SỞ Y TẾ NGHỆ AN

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NHI KHOA

Lưu hành nội bộ

Xuất bản lần thứ nhất

NGHỆ AN - 2020

SỞ Y TẾ NGHỆ AN

PHÁC ĐỒ
ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ
NHI KHOA

Xuất bản lần thứ nhất

NGHỆ AN - 2020

LỜI MỞ ĐẦU

Nâng cao chất lượng điều trị bệnh được xem là nhiệm vụ then chốt, đòi hỏi các bệnh viện phải triển khai nhiều hoạt động một cách đồng bộ, trong đó việc xây dựng quy trình chuyên môn kỹ thuật, phác đồ điều trị là một trong những thành tố không thể thiếu được. Để phác đồ điều trị thật sự là cở sở khoa học, cơ sở pháp lý cho mọi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh; yêu cầu mỗi phác đồ điều trị phải đảm bảo tính khoa học, tính cập nhật, độ bao phủ và tính khả thi. Trên tinh thần đó, Sở Y tế Nghệ An đã thành lập Hội đồng khoa học kỹ thuật gồm các Phó giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ Nhi khoa có chuyên môn sâu để biên soạn cuốn sách "Phác đồ điều trị bệnh lý Nhi khoa".

Cuốn sách này có sử dụng tài liệu tham khảo trong nước và ngoài nước, cùng sự chia sẻ thực tế của đồng nghiệp chuyên ngành Nhi khoa. Mỗi bài viết được biên soạn đảm bảo nguyên tắc thông tin chính xác, hữu ích, cập nhật, ngắn gọn, đầy đủ, theo một thể thức thống nhất và được thẩm định bởi Hội đồng khoa học của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An , Hội đồng thẩm định ngành Y tế Nghệ An. Các phác đồ điều trị sẽ được cập nhật, chỉnh sửa và bổ sung hàng năm.

Các bài viết trong Phác đồ điều trị này là cơ sở pháp lý để thực hiện, thống nhất việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý Nhi khoa tại các cơ sở khám, chữa bệnh của tỉnh Nghệ An.

Sở Y tế Nghệ An trân trọng cảm ơn các Phó giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, chuyên ngành là tác giả hoặc là thành viên của Hội đồng biên soạn, Hội đồng nghiệm thu và các nhà chuyên môn đã tham gia góp ý giúp chúng tôi hoàn thiện nội dung cuốn sách. Cảm ơn Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội và Hệ thống tiêm chủng vắc xin VNVC đã hỗ trợ in ấn bộ sách này.

Tuy đã hết sức cố gắng nhưng quá trình biên soạn vẫn khó tránh khỏi sai sót, vì vậy chúng tôi rất mong nhận được sự thông cảm của quý đồng nghiệp. Sở Y tế Nghệ An xin chân thành đón nhận mọi ý kiến đóng góp xây dựng để lần tái bản tiếp theo các phác đồ điều trị sẽ được hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến xin gửi về: Phòng Nghiệp vụ Y - Sở Y tế Nghệ An - 18 Trường Thi, thành phố Vinh, Nghệ An.

Trân trọng.

Nghệ An, ngày 11 tháng 12 năm 2020

GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ

PGS.TS. Dương Đình Chỉnh

Ký bởi: Sở Y tế
Email: yt@nghean.gov.vn
Cơ quan: Tỉnh Nghệ An
Ngày ký: 11-12-2020 09:30:11 +07:00

UBND TỈNH NGHỆ AN **SỞ Y TẾ**	**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**
Số: 1645 /QĐ-SYT	*Nghệ An, ngày 11 tháng 12 năm 2020*

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành "Phác đồ điều trị bệnh lý Nhi khoa "

GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ NGHỆ AN

Căn cứ Quyết định số 30/2017/QĐ-UBND ngày 23/02/2017 của UBND tỉnh Nghệ An về việc ban hành Quy định phân công, phân cấp quản lý tổ chức bộ máy và cán bộ công chức, viên chức tỉnh Nghệ An;

Căn cứ Quyết định số 46/2016/QĐ-UBND ngày 17/11/2016 của UBND tỉnh Nghệ An về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế tỉnh Nghệ An;

Căn cứ kết quả thẩm định Hội đồng thẩm định phác đồ Ngành Y tế Nghệ An;

Theo đề nghị Trưởng phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn "Phác đồ điều trị bệnh lý Nhi khoa ".

Điều 2. Phác đồ điều trị bệnh lý Nhi khoa là tài liệu tham khảo chính của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Nghệ An trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Sở Y tế, Chánh thanh tra Sở Y tế, Trưởng các phòng/ban thuộc Sở Y tế, Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Nghệ An chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như điều 4;
- Lãnh đạo SYT (để báo cáo);
- BHXH tỉnh (để P/H);
- Cổng thông tin điện tử SYT;
- Lưu: VT, NVY.

GIÁM ĐỐC

Dương Đình Chỉnh

Chủ biên	PGS.ST Dương Đình Chỉnh	Giám đốc SYT
Đồng chủ biên	TS.BS CKII. Đậu Huy Hoàn	Phó Giám đốc Sở Y tế
	DSCKII. Trần Minh Tuệ	Phó Giám đốc Sở Y tế
	BSCKII. Nguyễn Hữu Lê	Phó Giám đốc Sở Y tế
	PGS.TS. Trần Minh Điển	Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi TW
	TS.BSCKII. Tăng Xuân Hải	Giám đốc Bệnh viện Sản Nhi
Ban biên soạn	TS.Trần Văn Cương	Phó Giám đốc Bệnh viện Sản Nhi
	BS CKII. Đinh Xuân Hương	Phó Giám đốc Bệnh viện Sản Nhi
	PGS.TS. Cao Trường Sinh	Phó Hiệu trưởng Trường Đại học Y Khoa Vinh
	BSCKII. Luyện Văn Trịnh	TP. Nghiệp vụ Y, Sở Y tế
	TS. Thái Văn Bình	Bệnh viện Sản Nhi
	BS CKII. Lê Xuân Thu	Bệnh viện Sản Nhi
	BS CKII. Nguyễn Văn Lương	Bệnh viện Sản Nhi
	BS CKII. Nguyễn Thanh Khôi	Bệnh viện Sản Nhi
	BSCKI. Nguyễn Hùng Mạnh	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS.BS Trương Lệ Thi	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Bùi Anh Sơn	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Hồ Đăng Mười	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Võ Mạnh Hùng	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Nguyễn Văn Nam	Bệnh viện Sản Nhi
	BS CKI. Nguyễn Đình Cảnh	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Đoàn Thị Thanh Bình	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Phan Đình Toàn	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Đậu Anh Trung	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Nguyễn Sĩ Hoàn	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Trương Lệ Thi	Bệnh viện Sản Nhi
	BS CKI. Đoàn Nhân Chính	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Nguyễn Hữu Sơn	Bệnh viện Sản Nhi
Ban thư ký	BSCKI. Nguyễn Thanh Ngọc	Phó TP. Nghiệp vụ Y, Sở Y tế
	BSCKII. Nguyễn Hữu Hồng	Bệnh viện ĐKKV Tây Bắc
	ThS. Nguyễn Xuân Chung	Bệnh viện Sản Nhi
	ThS. Nguyễn Thùy Linh	Bệnh viện Sản Nhi
	Đinh Thị Thu Trang	Bệnh viện Sản Nhi
	Dương Thị Ngọc	Bệnh viện Sản Nhi

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: HỒI SỨC CẤP CỨU

RỐI LOẠN KIỀM TOAN **14**

NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU HỮU CƠ **20**

NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN **24**

ĐUỐI NƯỚC **26**

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT **30**

PHÙ PHỔI **33**

ONG ĐỐT **35**

RẮN CẮN **38**

RỐI LOẠN NƯỚC – ĐIỆN GIẢI **42**

SUY THẬN CẤP **47**

ĐAU BỤNG CẤP **52**

ĐAU BỤNG KHÔNG XÁC ĐỊNH VÀ ĐAU BỤNG KHÁC **52**

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TRẺ NÔN **57**

CHƯƠNG II: HỒI SỨC SƠ SINH

XUẤT HUYẾT NÃO **62**

SUY HÔ HẤP SƠ SINH **67**

CHẬM TIÊU DỊCH PHỔI **72**

BỆNH MÀNG TRONG Ở TRẺ ĐẺ NON **74**

BỆNH NÃO THIẾU OXY THIẾU MÁU CỤC BỘ **78**

HỘI CHỨNG HÍT PHÂN SU **82**

ĐA HỒNG CẦU SƠ SINH **86**

NUÔI ĂN QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH CHO TRẺ SƠ SINH **88**

HẠ ĐƯỜNG MÁU SƠ SINH **93**

TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH **96**

VIÊM RUỘT HOẠI TỬ **98**

CHƯƠNG III: HỒI SỨC NHI

TẮC RUỘT SƠ SINH **102**

ÁP XE DA, NHỌT, NHỌT CỤM **106**

HỒI SỨC CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO Ở TRẺ EM **112**

TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG **116**

CHẤN THƯƠNG BỤNG **118**

CHẨN ĐOÁN VÀ HỒI SỨC BỆNH THOÁT VỊ HOÀNH 122
SỐC MẤT MÁU DO CHẤN THƯƠNG Ở TRẺ EM 125
CHƯƠNG IV: SƠ SINH
NHIỄM TRÙNG SƠ SINH 130
VÀNG DA DO CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC 135
NHIỄM KHUẨN DA SƠ SINH 137
VÀNG DA DO TAN HUYẾT QUÁ MỨC 139
VÀNG DA NHÂN 145
UỐN VÁN RỐN SƠ SINH 147
VIÊM PHỔI SƠ SINH 151
VIÊM MÀNG NÃO MỦ SƠ SINH 154
SƠ SINH NON THÁNG 157
CƠN THỞ NHANH THOÁNG QUA Ở TRẺ SƠ SINH 163
CHƯƠNG V: TIÊU HÓA- HUYẾT HỌC
BỆNH THALASSEMIA 166
BỆNH HEMOPHILIA 169
THIẾU MÁU TÁN HUYẾT CẤP 173
XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU TIÊN PHÁT 175
VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DO H.PYLORI 179
VIÊM TỤY CẤP 182
SUY DINH DƯỠNG 185
CÒI XƯƠNG 189
XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA 191
TIÊU CHẢY CẤP 194
TIÊU CHẢY KÉO DÀI 199
TÁO BÓN 202
THIẾU MÁU THIẾU SẮT 205
CHƯƠNG VI: TIM MẠCH - THẬN TIẾT NIỆU
NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU 210
HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT TRẺ EM 212
VIÊM CẦU THẬN CẤP SAU NHIỄM LIÊN CẦU 217
CÒN ỐNG ĐỘNG MẠCH 220
THÔNG LIÊN THẤT 222

THÔNG LIÊN NHĨ 224
HẸP ĐỘNG MẠCH PHỔI BẨM SINH 226
KAWASAKI 228
SUY THẬN CẤP 231
MÀY ĐAY CẤP 234
HỘI CHỨNG BONG VẢY DA DO TỤ CẦU 236
BỆNH CHỐC 238
NHỌT 240
SCHONLEIN HENOCH 242
CHƯƠNG VII: HÔ HẤP
VIÊM PHẾ QUẢN CẤP 246
VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP 248
VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP 251
HEN PHẾ QUẢN 255
VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI 261
VIÊM PHỔI 265
ÁP XE PHỔI 270
TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI 274
TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI 279
CHƯƠNG VIII : THẦN KINH
BẠI NÃO 286
CO GIẬT DO SỐT 290
ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM 293
HỘI CHỨNG GUILLAIN BARRÉ 297
CHƯƠNG IX: BỆNH TRUYỀN NHIỄM
SỐT Ở TRẺ EM 300
PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỞI 305
VIÊM NÃO CẤP DO VIRUS Ở TRẺ EM 309
BỆNH TAY CHÂN MIỆNG 315
VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM 321
VIÊM NÃO NHẬT BẢN 327
NHIỄM RICKETTSIA 330
HỘI CHỨNG LỴ 334

CHƯƠNG X: NỘI TIẾT- CHUYỂN HÓA

CHẬM TĂNG TRƯỞNG CHIỀU CAO DO THIẾU HỤT HORMON TĂNG TRƯỞNG.....**338**
SUY GIÁP TRẠNG BẨM SINH.....**340**
DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG.....**343**

CHƯƠNG XI: CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH - BỎNG

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO.....**348**
VIÊM XƯƠNG TRẺ EM.....**355**
GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY.....**358**
GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI.....**360**
GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY.....**363**
GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY.....**365**
BỎNG TRẺ EM.....**367**
U BẠCH MẠCH.....**370**
U LÀNH CỦA DA VÀ DƯỚI DA.....**372**
ÁP XE DA, NHỌT, NHỌT CỤM.....**373**

CHƯƠNG XII: MẮT

BỆNH VÕNG MẠC TRẺ ĐẺ NON (ROP).....**378**
LÁC TRONG CƠ NĂNG.....**381**
QUẶM MI BẨM SINH.....**383**
RÁCH MI MẮT.....**385**
SỤP MI BẨM SINH.....**387**
TẮC ỐNG LỆ MŨI BẨM SINH.....**390**
VIÊM KẾT MẠC CẤP.....**392**
VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN.....**395**

CHƯƠNG XIII: TAI MŨI HỌNG

DỊ VẬT THỰC QUẢN.....**400**
RÒ LUÂN NHĨ.....**403**
VIÊM AMIDAN CẤP.....**405**
VIÊM AMIDAN MẠN.....**407**
VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM.....**410**
VIÊM TAI GIỮA CẤP.....**413**
VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM.....**418**
VIÊM THANH QUẢN CẤP.....**421**

VIÊM VA CẤP 425
VIÊM VA MẠN 428
CHƯƠNG XIV : NGOẠI TỔNG HỢP
HẸP BAO QUY ĐẦU 432
LỖ TIỂU THẤP (HYPOSPADIAS) 434
LỒNG RUỘT 437
DỊ TẬT HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG 439
BỆNH HIRSCHSPRUNG 442
THẬN Ứ NƯỚC DO HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN – NIỆU QUẢN 445
THOÁT VỊ BẸN TRẺ EM 448
TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU 451
VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA 453
VIÊM RUỘT THỪA 455
CHƯƠNG XV: RĂNG HÀM MẶT
DÍNH LƯỠI 458
GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI 460
GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN 462
KHE HỞ MÔI 466
KHE HỞ VÒM MIỆNG 469
NANG NHÁI SÀN MIỆNG 472
NANG RÒ GIÁP LƯỠI 475
NANG THÂN RĂNG 477
U MÁU Ở TRẺ EM 480
VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT 484
VIÊM TỦY RĂNG SỮA 487

CHƯƠNG I:
HỒI SỨC CẤP CỨU

RỐI LOẠN KIỀM TOAN

1. Đại cương

- Bình thường, ion H+ phải được duy trì trong một giới hạn hẹp (35 - 45 mmol/L) hay pH trong máu động mạch phải từ 7,35 - 7,45 để đảm bảo cho chức năng của các tế bào trong cơ thể hoạt động bình thường.

- Rối loạn thăng bằng toan kiềm xảy ra khi trạng thái cân bằng trên bị phá vỡ. Có nhiều loại rối loạn toan kiềm do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, điều trị rối loạn toan kiềm quan trọng là điều trị nguyên nhân, điều chỉnh toan kiềm chỉ góp phần hạn chế những nguy hiểm do rối loạn toan kiềm gây ra.

- Các rối loạn toan kiềm trên lâm sàng:

+ Toan chuyển hóa.

+ Toan hô hấp.

+ Kiềm hô hấp và kiềm chuyển hóa.

+ Ngoài ra, còn có các dạng rối loạn phối hợp. Trong đó hay gặp là toan chuyển hoá hay toan hô hấp.

2. Toan chuyển hóa

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Hỏi bệnh sử

- Dấu hiệu cơ năng không đặc hiệu của toan chuyển hóa: Mệt mỏi, buồn nôn, nôn.

- Dấu hiệu giúp chẩn đoán nguyên nhân:

+ Tiêu chảy

+ Hỏi tiền căn những bệnh đã được chẩn đoán:

- Bệnh thận: Suy thận, toan hóa ống thận
- Tiểu đường

+ Hỏi bệnh sử của ngộ độc: Thuốc (aspirin, INH,…), rượu, ethylen glycol.

+ Hỏi điều trị trước khi xảy ra toan chuyển hóa: Truyền dung dịch acid amine, dẫn lưu các dịch của đường tiêu hóa (trừ dịch dạ dày).

b. Khám

- Dấu hiệu tăng thông khí bù trừ: Đây là dấu hiệu gợi ý giúp nghĩ đến toan chuyển hóa:

+ Thở sâu, ở giai đoạn đầu.

+ Thở nhanh, thở kiểu Kussmaul và rối loạn tri giác ở giai đoạn sau.

- Dấu hiệu giúp chẩn đoán nguyên nhân:

+ Dấu mất nước: Tiêu chảy, tiểu đường.

+ Dấu hiệu sốc: Sốc nhiễm trùng, sốc giảm thể tích.

c. Cận lâm sàng

Xét nghiệm:

- Khí máu động mạch.
- Ion đồ: Na+, K+, Ca++, Cl- → Anion gap = Na - (Cl + HCO3-).
- Đường huyết.
- Chức năng thận.
- 10 chỉ số nước tiểu (pH, đường, ketone).

Xét nghiệm tìm nguyên nhân dựa bệnh sử, lâm sàng:

- Chức năng gan
- Lactate máu
- Bilan nhiễm trùng
- Điện giải đồ: Na+, K+, Cl- → AG niệu
- Siêu âm bụng: Đánh giá gan, thận, thượng thận
- Xét nghiệm khác: Uric máu, triglycerid máu, sinh thiết gan, CT scanner /MRI.

d. Chẩn đoán

- Toan chuyển hóa:

+ pH < 7,35

+ HCO3 - < 21 mEq/L

+ PCO2 < 40 mHg (do bù trừ), thường PCO2 giảm 11-13 mmHg cho mỗi 10 mEq/L HCO3 bị giảm, nếu pCO2 thấp hoặc cao hơn so với dự tính thì gợi ý có sự phối hợp với kiềm hoặc toan hô hấp.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân toan chuyển hóa, dựa vào:

+ Bệnh sử và dấu hiệu lâm sàng.

+ Anion gap:

- Tăng: Tiểu đường (do ketoacids), giảm tưới máu mô (sốc), suy gan, (do tăng acid lactic), suy thận (do ứ đọng phosphate, sulfates, urate,…), ngộ độc Methanol, ethylene glycol, salycilate (tích tụ anion hữu cơ ngoại sinh).
- Bình thường: Tiêu chảy, mất dịch tiêu hóa qua dẫn lưu mật, tụy, dịch ruột (mất HCO3), toan hóa ống thận gần hoặc xa, bệnh thận mô kẻ (giảm bài tiết H+).

2.3. Điều trị

2.3.1. Điều chỉnh toan máu bằng bù Natri Bicarbonate.

- Chỉ định bù Bicarbonate:

+ Toan chuyển hóa trong sốc: HCO3 - < 15, PaCO2 < 25 - 35 mmHg.

+ Ketoacidosis/tiểu đường: pH < 7.1 hoặc HCO3 - < 5.

+ Khác: pH < 7,2 hoặc HCO3 - < 8.

- Chống chỉ định: Có toan hô hấp đi kèm, chỉ bù khi toan hô hấp đã được giải quyết. Để biết có toan hô hấp đi kèm, dùng công thức Winter tính PCO2 ước lượng = 1,5 HCO3 - + (8 ± 2) nếu < PCO2 đo được, tức là có toan hô hấp đi kèm.

- Công thức bù Bicarbonate:

HCO3 - cần bù = (18 - HCO3 -) x CN x 0,4 hoặc = BE x CN x 0,4

+ Chỉ bù 1/2 lượng HCO3 - được tính theo công thức trên, truyền chậm trong 6 - 8 giờ, pha loãng thành dung dịch đẳng trương (dung dịch pha: Dextrose 5% hoặc NaCl 0,45%). Nếu chuyển hóa nặng, có thể tiêm tĩnh mạch 2 mEq/ kg, sau đó truyền duy trì phần còn lại trong 6-8 giờ. Thử lại khí máu sau khi truyền, nếu tCO2 hoặc HCO3 > 15mmol/l: Không cần bù tiếp vì thận có khả năng bù phần còn lại nếu nguyên nhân toan được giải quyết.

+ Natribicarbonate 8,4%: 2,5 ml/kg/lần tăng HCO3 - 4 mEq/L.

- Lưu ý: Khi truyền Bicarbonate theo dõi điện giải đồ: ↑Na+, ↓ K+, ↓ Ca++, pha loãng thành dd đẳng trương, truyền chậm (bơm nhanh gây RLNT). Không tiêm Calcium, truyền thuốc vận mạch Dopamin, Dobutamin chung với đường truyền Natri Bicarbonate.

2.3.2. Điều trị nguyên nhân

- Sốc: Bù dịch chống sốc.
- Tiêu chảy cấp mất nước: Bù dịch.
- Hậu môn nhân tạo (iliostomy), dò ruột, mật, tụy,…): Bù Biarbonate theo hướng dẫn.
- Suy thận cấp: Chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc khi có chỉ định.
- Tiểu đường: Insulin, bù dịch.
- Nhiễm trùng huyết: Kháng sinh thích hợp.
- Đói: Dinh dưỡng đủ năng lượng.
- Do truyền đạm: Ngừng truyền
- Ngộ độc: Tùy nguyên nhân; Aspirin: Kiềm hóa nước tiểu.
- Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh: Hydrocortison, Syncortyl.

3. Toan hô hấp

3.1. Chẩn đoán

a. Hỏi bệnh sử

- Mệt, nhức đầu.
- Hỏi các dấu hiệu cơ năng của các nguyên nhân: Yếu liệt chi, nuốt khó.
- Tiền sử: Hen phế quản, bệnh hô hấp mạn tính. rối loạn kiềm toan.

b. Khám

- Tìm các dấu hiệu của toan hô hấp: Chủ yếu là dấu hiệu của bệnh lý não do chuyển hóa (metabolic encephalopathy) gồm: Nhức đầu, lừ đừ, hôn mê, run giật cơ nhiều ổ, có thể kèm dãn các tĩnh mạch võng mạc và phù gai thị do tăng áp lực nội sọ.

- Tìm dấu hiệu suy hô hấp: Thở nhanh, rút lõm ngực, thở ngực - bụng ngược chiều (liệt cơ hô hấp).

- Tìm các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân:

+ Yếu liệt cơ do sốt bại liệt, nhược cơ, hội chứng Guillain-Barre.

+ Hen, viêm phổi nặng, tràn khí màng phổi.

+ Tắc nghẽn vùng thanh quản, khí quản.

c. Xét nghiệm

- Khí máu động mạch.

- Xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân.

d. Chẩn đoán

- Toan hô hấp:

+ pH < 7,35, PCO2 > 45 mmHg, HCO3 bình thường hoặc tăng nhẹ trong giai đoạn cấp.

+ Toan hô hấp mạn tính HCO3 sẽ tăng 3 - 4 mEq/L cho mỗi 10 mmHg tăng PCO2 , HCO3 tăng lớn hơn hoặc ít hơn so với dự tính cho biết có kiềm hoặc toan chuyển hóa kèm theo.

3.2. Điều trị

- Chủ yếu là điều trị nguyên nhân gây suy hô hấp và có chỉ định giúp thở kịp thời (PCO2 > 60 mmHg trong suy hô hấp cấp).

- Trong suy hô hấp mạn tính cần lưu ý một số điểm sau:

+ Hầu hết bệnh nhân dung nạp với PCO2 cao, và yếu kích thích hô hấp chính là tình trạng giảm Oxy máu, do đó chỉ nên cung cấp Oxy với nồng độ ở mức thấp nhất để nâng PaO2 ở mức chấp nhận được (> 50 mmHg) tránh nâng PaO2 tăng cao đột ngột sẽ gây ức chế hô hấp.

+ Nếu bệnh nhân suy hô hấp mạn tính đang được giúp thở, cũng cần thận trọng làm giảm PaCO2 từ từ, tránh gây giảm đột ngột sẽ gây kiềm máu nặng, làm đường cong phân ly oxyhemoglobin chuyển trái và gây co thắt mạch máu não có thể dẫn đến co giật và tử vong.

- Toan hô hấp có phối hợp toan hoặc kiềm chuyển hóa, điều trị phải dựa trên nguyên tắc điều chỉnh nguyên nhân của từng loại rối loạn.

4. Kiềm chuyển hóa

4.1. Chẩn đoán

a. Hỏi bệnh sử

- Nôn nhiều.

- Khai thác điều trị trước đó:

+ Truyền NaHCO3 , dẫn lưu dịch dạ dày, sử dụng thuốc nhuận tràng kéo dài, thuốc lợi tiểu kéo dài.

+ Kiềm chuyển hóa sau toan hô hấp đã điều chỉnh (post-hypercapnia).

b. Khám

- Tìm dấu hiệu không đặc hiệu: Tăng kích thích do thiếu oxy, do đường cong phân ly Oxyhemoglobin chuyển trái.

- Dấu hiệu do hậu quả của kiềm chuyển hóa gây ra:

+ Tetany do giảm calci máu.

+ Yếu cơ, liệt ruột do giảm Kali máu.

- Dấu hiệu của các bệnh lý là nguyên nhân gây kiềm chuyển hóa do cơ chế cường mineralocorticoid: Cushing, hẹp động mạch thận.

c. Xét nghiệm

- Khí máu động mạch.

- Điện giải đồ máu.

- Xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân.

d. Chẩn đoán

- Kiềm chuyển hóa: pH máu động mạch > 7,45, HCO3 thường tăng cao > 40 mEq/L (mức HCO3 tăng nhẹ thường do đáp ứng bù trừ suy hô hấp mạn), PCO2 tăng 6 - 7 mmHg cho mỗi 10 mEq/L tăng HCO3 do đáp ứng bù trừ. PCO2 tăng ở mức cao hơn hoặc thấp hơn gợi ý có kèm toan hoặc kiềm hô hấp.

4.2. Điều trị

- Kiềm chuyển hóa nhẹ: Không cần điều trị đặc hiệu.

- Nếu do thuốc: Ngừng các thuốc gây kiềm chuyển hóa.

- Kiềm chuyển hóa nặng: Bù Cl cho dịch ngoại bào bằng dung dịch NaCl đường uống hoặc truyền tĩnh mạch, chống chỉ định trong trường hợp có nguy cơ quá tải. Lưu ý: Bù Cl chỉ có tác dụng khi Kali máu đã được bù trong kiềm chuyển hóa do cơ chế cường mineralocorticoid: Hội chứng Cushing, cường Aldosterone tiên phát, bướu tiết Renin, hẹp động mạch thận.

5. Kiềm hô hấp

5.1. Chẩn đoán

a. Hỏi bệnh sử

- Trạng thái hay lo lắng.

- Sử dụng thuốc: Quá liều Salicylate.

- Bệnh lý đã mắc: Xơ gan, bệnh lý thần kinh trung ương.

b. Khám

- Thở nhanh, sâu (do nguyên nhân tại não hoặc rối loạn chuyển hóa).

- Tetany do kiềm hô hấp.

- Bệnh nhân đang thở máy: Kiểm tra các thông số máy thở.

c. Xét nghiệm

- Khí máu động mạch.

- Điện giải đồ.

- Các xét nghiệm khác giúp chẩn đoán nguyên nhân.

d. Chẩn đoán

Kiềm hô hấp: pH máu tăng, PCO2 giảm còn 20 – 25 mmHg, HCO3 giảm không quá 3 - 4 mEq/L do bù trừ, trong trường hợp kiềm hô hấp mạn tính HCO3 giảm 4 - 5 mEq/L cho mỗi 10 mmHg giảm PCO2 . Nếu HCO3 giảm ở mức nhiều hơn hoặc ít hơn so với dự tính, thường gợi ý có kèm theo toan hoặc kiềm chuyển hóa.

5.2. Điều trị

- Trấn an sự lo lắng cho bệnh nhân.

- Nếu tăng thông khí do máy thở, điều chỉnh các thông số máy thở để giảm thông khí phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, 2019.

2. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 2, 2013.

NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU HỮU CƠ

1. Đại cương

Các thuốc trừ sâu chứa phospho hữu cơ hoặc Carbamate như Monitor, Basudin, Wolfatox... gây ức chế men Acetylcholine esterase làm ứ đọng acetylcholine tại synapse thần kinh, biểu hiện lâm sàng bằng ba hội chứng: Muscarinic, Nicotinic và thần kinh trung ương. Trong đó Carbamate sự ức chế men thường tự giới hạn, hồi phục trong vòng 24 giờ nhẹ hơn và ngắn hơn so với Phospho hữu cơ.

Ngộ độc có thể qua đường uống, hít hay qua da, tử vong chủ yếu do suy hô hấp thường xảy ra trong 2 – 5 ngày đầu.

Thuốc trừ sâu chứa phospho hữu cơ: Thiophốt (Parathion) - Vôfatốc (methyl parathion) - Dipterec - DDVP (dichloro diphenyl vinyl phosphat), Clorpyriphos.

Thuốc trừ sâu chứa Carbamate: Bendiocarb (Coarvox, Seedox); Butocarboxim; Carbaryl (Sevin); Carbofuran (Furadan, Curaterr); Cartap; Fenobucarb (Bassa, BPMC, Baycarb,…); Isoprocarb (Mipcin, MIPC), Methiocarb (Mesurol); Propoxur.

2. Chẩn đoán

- Bệnh sử: tiếp xúc với thuốc bảo vệ thực vật.

- Lâm sàng:

+ Dấu hiệu Muscarinic: co đồng tử, tăng tiết đờm nhớt, đau bụng, tiêu chảy chậm nhịp tim, hạ huyết áp.

+ Dấu hiệu Nicotinic: rung thớ cơ, yếu liệt cơ, tim nhanh, cao huyết áp.

+ Dấu hiệu thần kinh trung ương: nhức đầu, hôn mê, co giật.

- Cận lâm sàng:

Trong trường hợp nặng:Điện giải đồ, đường huyết, chức năng gan thận, X-quang phổi.

- Phân độ nặng

+ Nhẹ: chỉ có hội chứng Muscarinic đơn thuần.

+ Trung bình: hội chứng Muscarinic kèm hội chứng Nicotinic, thần kinh trung ương nhưng chưa suy hô hấp, tuần hoàn.

+ Nặng: suy hô hấp, sốc, hôn mê.

- Chẩn đoán xác định

+ Bệnh sử tiếp xúc với thuốc bảo vệ thực vật.

+ Lâm sàng có hội chứng Muscarinic, Nicotinic, thần kinh trung ương.

+ Rửa dạ dày có mùi thuốc trừ sâu.

+ Trong trường hợp nghi ngờ có thể dùng Test Atropin để xác định: Atropin 0,02 mg/kg (TM) nếu đồng tử không dãn, không đỏ da, mạch không tăng là ngộ độc Phospho hữu cơ hoặc Carbamate.

- Chẩn đoán phân biệt

+ Cần chẩn đoán phân biệt với ngộ độc Chlor hữu cơ vì Atropin làm nặng hơn tình trạng bệnh nhân. Trong ngộ độc Clor hữu cơ triệu chứng chính là thần kinh, co giật. Xử trí: loại bỏ độc chất, chống co giật. Không có chất đối kháng.

+ Thuốc bảo vệ thực vật Clor hữu cơ: Lindan, Thiodan, Endosulfan, DDT, Toxaphen, Metox, DMDT, Perthane, Chlordane, Heptachlor, Aldorin, Endrin, Dieldrin…

3. Điều trị

- Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tình huống cấp cứu.
- Loại bỏ độc chất.
- Chống tác dụng của acetylcholin.
- Bình thường hóa men Acetylcholinesterase.
- Điều trị biến chứng.

- Điều trị

- Điều trị các tình huống cấp cứu: suy hô hấp, co giật, sốc, hôn mê.
- Lập ngay đường truyền tĩnh mạch: để tiêm Atropin.

o**Atropin**:

- Atropin có tác dụng đối kháng triệu chứng Muscarinic, là thuốc chủ yếu điều trị ngộ độc Phospho hữu cơ và Carbamate.

- Atropin phải được tiêm trước và trong khi rửa dạ dày.

- Liều Atropin: 0,02 - 0,05 mg/kg (TM) mỗi 15 phút cho đến khi có dấu thấm Atropin.

- Mục tiêu mong muốn là duy trì dấu hiệu thấm Atropin (hết ran phổi, đồng tử hơi dãn 3-4mm) trong 12-24 giờ, tránh đưa đến tình trạng ngộ độc Atropin (sảng, sốt cao >39oC, đỏ da, đồng tử dãn to).

- Sau đó khi có dấu hiệu thấm Atropin:

Giảm liều tĩnh mạch đang dùng cho đến 0,02 mg/kg, sau đó sẽ tiêm tĩnh mạch cách quãng xa hơn.

Hoặc truyền TM liên tục 0,02 - 0,08 mg/kg/giờ.

- Nếu trong quá trình truyền Atropin trẻ xuất hiện triệu chứng ngộ độc Atropin phải ngừng ngay Atropin, theo dõi sát đến khi hết dấu hiệu ngộ độc Atropin sẽ cân nhắc chọn liều Atropin thích hợp thấp hơn liều đang truyền.

- Khi bệnh nhân ổn định với liều truyền tĩnh mạch thấp hơn 0,02 mg/kg/giờ hoặc đang tiêm TM cách khoảng 1 giờ, sẽ chuyển sang TDD mỗi 2-4 giờ. Khi bệnh nhân xuất hiện lại dấu ngộ độc cho biết liều hiện tại là thấp, cần tăng liều Atropin.

- Thời gian điều trị Atropin tùy mức độ nặng, trung bình thường từ 3-5 ngày.

- Nên chọn loại Atropin đậm đặc 1mg/1ml để tránh ngộ độc nước, hạ natri máu.

o Rửa dạ dày:

- Thực hiện càng sớm càng tốt.

- Rửa dạ dày lại dù tuyến trước đã rửa.

- Rửa dạ dày với dung dịch Natriclorua 0,9%.

- Rửa kỹ đến khi nước trong và không mùi, thường 20-30 lít.

- Nếu sau 3 giờ tình trạng chưa cải thiện có thể rửa dạ dày lại lần 2.

o Than hoạt tính.

o Pralidoxim: (nếu có)

- Pralidoxim (2PAM: 2 Pyridin Aldoxim Methochlorid).

- Tác dụng: hoạt hóa lại men Acetylcholinesterase, cải thiện tốt hội chứng nicotinic đặc biệt là liệt cơ hô hấp.

- Phối hợp sớm với Atropin trong các trường hợp ngộ độc Phospho hữu cơ nặng, cải thiện tử vong.

Thường không chỉ định trong ngộ độc Carbamate.

- Chỉ định: trong trường hợp ngộ độc Phospho hữu cơ nặng:

- Ngừng thở, suy hô hấp.
- Yếu cơ, run thớ cơ.
- Uống lượng nhiều, hoặc loại thuốc có độc tính cao.

- Nên dùng sớm trong 12-24 giờ đầu.

- Biệt dược: Pampara 500mg, Contrathion 200mg, Protopam 500mg.

- Cách dùng: 20-50 mg/kg/lần (tối đa 1g) pha trong 100 mL Normal saline TTM trong 30 phút-1 giờ, có thể lặp lại sau 1-2 giờ nếu chưa cải thiện tình trạng suy hô hấp. Liều kế tiếp cách mỗi 10-12 giờ, cho đến khi mất các biểu hiện Nicotinic. Trong những ca nặng, sau liều đầu tiên có thể thay liều cách quãng bằng cách TTM liên tục 10-20 mg/kg/giờ.

- Tác dụng phụ: truyền nhanh có thể gây nhức đầu, buồn nôn, tim nhanh, co gồng cơ.

o Điều trị rối loạn điện giải: cần chú ý tình trạng hạ Natri máu do rửa dạ dày, nhất là khi rửa dạ dày với nước thường không dùng dung dịch Natriclorua 0,9%.

o Xem xét thay huyết tương (plasmaphenisis) trong trường hợp ngộ độc nặng đang thở máy kèm thất bại với điều trị Atropin + PAM liều cao.

o Dinh dưỡng: sau giai đoạn cấp cứu truyền Atropin bắt đầu cho ăn bột hoặc cháo đường sau đó cháo thịt nạc hạn chế mỡ, lipid, sữa.

c. Theo dõi

- Mỗi giờ đến khi ổn định ít nhất là 72 giờ.

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác.

- Kích thước đồng tử.

- Ran phổi.

- Đỏ da, cầu bàng quang.

- Sau khi ổn định cần theo dõi tiếp ít nhất là 72 giờ đầu để phát hiện hội chứng trung gian yếu liệt chi, liệt hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.
2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN

1. Đại cương

- Acetaminophen là thuốc hạ sốt, giảm đau được sử dụng rộng rãi do thuốc an toàn, tuy nhiên có thể gây ngộ độc khi dùng quá liều hay tự tử.

- Nồng độ tối đa ở giờ thứ 4.

- Sau khi uống, quá liều Acetaminophen được chuyển hóa ở gan thành những chất gây độc, giảm Gluthathion và hoại tử tế bào gan.

- Biểu hiện lâm sàng: Suy gan, hạ đường huyết, suy thận, rối loạn nhịp tim.

- Liều độc của Acetaminophen > 150 mg/kg.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh sử: Uống quá liều Acetaminophen > 150 mg/kg.

- Lâm sàng:

+ Trước 24 giờ: Biếng ăn, nôn mửa, đau bụng.

+ Sau 24 – 72 giờ: Nôn mửa, tăng men gan, kéo dài PT.

+ Từ 72 – 96 giờ: Hoại tử tế bào gan, vàng da, suy gan, bệnh não - gan, rối loạn đông máu, suy thận cấp, suy đa tạng.

+ Từ ngày thứ 4 đến 2 tuần: Suy gan tiến triển hoặc hồi phục.

- Xét nghiệm:

+ Chức năng gan: AST, ALT tăng cao, tăng bilirubine. Thường tăng sau ngộ độc 24 – 36 giờ vì thế cần lặp lại xét nghiệm chức năng gan sau 24 giờ nhập viện.

+ Chức năng đông máu: Thời gian PT kéo dài. Đông máu toàn bộ.

+ Chức năng thận.

+ Đường huyết.

+ Điện giải đồ.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Siêu âm gan

2.2 Chẩn đoán phân biệt

Viêm gan virus.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tình huống cấp cứu.

- Nhanh chóng loại bỏ độc chất.

- Chất đối kháng đặc hiệu.

- Điều trị biến chứng.

3.2. Điều trị

- Điều trị tình huống cấp cứu:

+ Hồi sức hô hấp.

+ Hồi sức sốc với bù dịch và thuốc vận mạch theo hướng dẫn CVP.

- Rửa dạ dày.

- Than hoạt tính:

+ Cần cho than hoạt càng sớm càng tốt ngay sau rửa dạ dày.

+ Không cho than hoạt tính khi dùng thuốc đối kháng N-acetylcystein đường uống.

- Chất đối kháng đặc hiệu: N-acetylcystein:

+ Tác dụng thay thế Gluthathion đang thiếu do ngộ độc.

+ Cần cho N-acetylcystein sớm trước khi bệnh nhân có tổn thương gan.

- Chỉ định:

+ Nếu không định lượng được Acetaminophen máu:

- Liều Acetaminophen > 150 mg/kg.
- Hoặc liều > 100 mg/kg kèm tiền căn bệnh lý gan.
- Uống lượng nhiều (không xác định được tổng liều).

+ Có rối loạn chức năng gan trong vòng 24 giờ đầu sau ngộ độc.

+ Liều lượng:

- N-acetylcystein uống:

An toàn, hiệu quả, sẵn có, rẻ.

Liều đầu 140 mg/kg pha với nước hoặc nước trái cây tỉ lệ ¼, uống.

Sau đó 70 mg/kg mỗi 4 giờ cho đủ tổng liều là 17 liều.

Nếu nôn mửa trong 1 giờ sau khi uống, phải uống lặp lại hoặc đổi sang dạng tiêm tĩnh mạch trong trường hợp nôn mửa nhiều.

- Dinh dưỡng tĩnh mạch.

- Lọc máu liên tục: Mặc dù lọc máu liên tục có thể lấy được Acetaminophen ra khỏi cơ thể tuy nhiên lọc máu liên tục thường không được chỉ định kể cả nồng độ Acetaminophen cao vì hầu hết đáp ứng tốt với N-acetylcystein. Vì thế lọc máu liên tục được chỉ định trong suy thận cấp.

- Điều trị biến chứng:

+ Hạ đường huyết: Glucose ưu trương.

+ Rối loạn điện giải.

+ Rối loạn đông máu: Vitamin K1.

+ Suy gan cấp (xem phác đồ suy gan cấp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.

2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

ĐUỐI NƯỚC

1. Đại cương

Ngạt nước là tai nạn thường gặp ở trẻ em, đặc biệt trẻ trai và trẻ dưới 4 tuổi. Nước vào đường thở làm co thắt thanh môn vì thế khoảng 10% trẻ ngạt nước không có hít nước vào phổi. Sau đó nước vào phổi làm thay đổi surfactant gây xẹp phổi, phù phổi, suy hô hấp, thiếu oxy não, dẫn đến phù não và tăng áp lực nội sọ và rối loạn nhịp, ngừng tim tử vong.

2. Chẩn đoán

2.1. Hỏi bệnh

- Hoàn cảnh phát hiện, loại nước gây ngạt (mặn, ngọt, độ bẩn).
- Thời gian chìm trong nước.
- Tình trạng trẻ lúc đưa ra khỏi mặt nước.
- Sơ cứu ban đầu.

2.2. Lâm sàng

- Đường thở thông hay không, nhịp thở, mức độ khó thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Phổi: Ran phổi, phù phổi.
- Tim mạch: Sốc (thường là sốc giảm thể tích), rối loạn nhịp.
- Tri giác.
- Khám thần kinh: Dấu hiệu phù não; lưu ý chấn thương đầu và cột sống cổ.
- Hạ thân nhiệt.

2.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- Điện giải đồ.
- X-quang phổi: Phù phổi, viêm phổi.
- Điện tâm đồ: Rối loạn nhịp, thường gặp rung thất.
- Khí máu: Nếu hôn mê, suy hô hấp.
- Chức năng thận, gan, đông máu khi nghi ngờ có tổn thương da cơ quan.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức tim phổi cơ bản.
- Hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm.

3.2. Sơ cứu ban đầu

- Nhanh chóng vớt bệnh nhân khỏi nước.

- Ngay khi vớt khỏi mặt nước lập tức thực hiện hồi sức cơ bản: Thổi ngạt, ấn tim. Động tác hồi sức cơ bản phải được tiến hành tiếp tục trên đường vận chuyển.

- Cố định cột sống cổ nếu nghi chấn thương cột sống cổ kèm theo.

- Tất cả các trường hợp ngạt nước cần được đưa đến cơ sở y tế.

- Các trường hợp cần nhập viện:

+ Bệnh nhân tím tái, ngừng thở khi vớt lên.

+ Có hồi sức cơ bản ngay khi vớt lên.

+ Thời gian chìm trong nước lâu > 1 phút.

+ Suy hô hấp

+ Hôn mê

3.3. Điều trị tại bệnh viện

Bệnh nhân được phân làm 3 mức độ:

3.3.1. Bệnh nhân tỉnh, hồng hào, không khó thở, phổi không ran SpO2 >95%

- Nằm nghiêng tránh hít sặc do nôn mửa.

- Kháng sinh chỉ cho khi nghi ngờ nguồn nước bị nhiễm bẩn hoặc có dấu hiệu viêm phổi. Kháng sinh được chọn là Cephalosphorin tĩnh mạch.

- Do có khả năng xuất hiện phù phổi trong vòng 24 giờ đầu gây suy hô hấp thứ phát, nên cần được theo dõi tại bệnh viện ít nhất trong vòng 4-6 giờ.

3.3.2. Bệnh nhân tỉnh kèm khó thở (thở nhanh, co lõm ngực), có ran phổi SpO2 92-95%

- Nhập cấp cứu.

- Cung cấp oxygen, duy trì SaO2 ≥ 95%.

- Thở CPAPqua mũi nếu thất bại oxy, hoặc phù phổi.

- Kháng sinh Cephalosphorin tĩnh mạch.

- Đặt sonde dạ dày.

- Ủ ấm.

- Theo dõi sát nhịp thở, tình trạng suy hô hấp, sốc để can thiệp kịp thời.

3.3.3. Bệnh nhân hôn mê có hoặc không ngừng thở

- Nhập cấp cứu, hồi sức.

- Thông đường thở.

- Hỗ trợ hô hấp:

+ Cho thở oxy duy trì SaO2 92-96%.

+ Thở CPAP nếu thất bại với oxy hoặc phù phổi.

+ Đặt nội khí quản giúp thở khi ngừng thở, thất bại CPAP.

+ Hút sạch đờm, dịch ở ống nội khí quản nếu có.

+ Bóp bóng hoặc thở máy với PEEP từ 4-10 cm H2 O (sử dụng PEEP là yếu tố quan trọng cải thiện tình trạng thiếu oxy).

- Điều trị phù phổi (nếu có):

+ Nằm đầu cao.

+ Thở máy.

+ Dobutamin.

+ Lợi tiểu.

- Điều trị sốc:

+ Sốc phần lớn hồi phục sau khi hồi sức hô hấp.

+ Đặt nội khí quản, thở máy tất cả trường hợp sốc do ngạt nước.

+ Sốc nếu không hồi phục sau khi hồi sức hô hấp phần lớn là sốc giảm thể tích, tuy nhiên phải đo CVP để chẩn đoán phân biệt sốc tim và quyết định điều trị, tránh quá tải phù phổi. Giữ CVP từ 7 – 10 cmH2O.

+ CVP thấp < 5 cmH2O hoặc không đo được CVP kèm không dấu hiệu quá tải: Truyền Lactated Ringer 20ml/kg/giờ (không phân biệt ngạt nước ngọt hoặc nước mặn), nếu thất bại truyền cao phân tử.

+ CVP bình thường hoặc cao (có thể kết hợp với siêu âm đánh giá chức năng co bóp thất trái): thuốc vận mạch hoặc tăng sức co cơ tim Dopamin, Dobutamin.

- Đặt sonde dạ dày mục đích: Lấy bớt dịch dạ dày để giảm hít sặc, chướng bụng và giảm nguy cơ nhiễm trùng tiêu hóa trong trường hợp nước bẩn.

- Điều trị phù não nếu có: Manitol hoặc muối Natri Clorua 3%.

- Điều trị khác:

+ Điều chỉnh Natri máu, đường huyết.

+ Điều trị co giật.

+ Điều trị toan máu: Không dùng thường quy, chỉ sử dụng khi toan chuyển hóa nặng pH < 7,1 và sau khi thông khí tốt.

+ Ủ ấm.

+ Kháng sinh: Do nguy cơ nhiễm trùng phổi gram âm cao trong các trường hợp nặng nên cho kháng sinh phổ rộng: Cephalosphorin.

+ Lọc máu khi suy thận cấp thất bại điều trị nội khoa.

- Điều trị tổn thương phối hợp nếu có (chấn thương sọ não, cột sống…).

4. Theo dõi

Theo dõi tri giác, nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, monitoring nhịp tim, SaO2, CVP (nếu có sốc), mỗi giờ đến khi ổn định và sau đó mỗi 2 giờ trong ít nhất 24 giờ.

5. Biến chứng

- Ngạt thở, thiếu oxy và tổn thương do thiếu tưới máu.

+ Não: Thiếu oxy não, phù não, tăng áp lực nội sọ, hôn mê co giật di chứng não.

+ Tim: Rối loạn nhịp tim, sốc.

+ Suy thận cấp.

+ Đông máu nội mạch lan tỏa.

- Quá tải dịch.

+ Rối loạn điện giải.

+Tán huyết cấp.

+ Phù phổi.

- Tổn thương phổi.

+ Phù phổi, ARDS.

+ Viêm phổi hít.

- Hạ thân nhiệt.

Tiên lượng tùy thuộc vào thời gian chìm trong nước và biện pháp sơ cứu.

Các yếu tố tiên lượng nặng:

- Trẻ nhỏ < 3 tuổi.

- Thời gian chìm trong nước lâu > 5 phút.

- Hôn mê sâu (Glasgow < 91% sau khi được hồi sức hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.

2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

1. Đại cương

- Hạ đường huyết khi đường huyết < 40 mg/dL (< 40 mg/dL (< 2,2 mmol/l).
- Biến chứng nguy hiểm của hạ đường huyết kéo dài là tổn thương não có thể không hồi phục.

2. Chẩn đoán

2.1. Hỏi bệnh

Yếu tố nguy cơ:

- Suy dinh dưỡng.
- Sơ sinh nhẹ cân, ngạt, hạ thân nhiệt.
- Nhịn ăn, đói.
- Bệnh lý bẩm sinh chuyển hoá.
- Hội chứng Beckwith-Weidemann.
- U tụy tạng insuline.
- Suy thượng thận cấp.
- Suy gan cấp.
- Bệnh nặng: Nhiễm khuẩn huyết, sốt rét nặng.
- Tiền căn tiểu đường đang điều trị.
- Chấn thương, tiếp xúc độc chất để chẩn đoán phân biệt.

2.2. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Nhức đầu, hoa mắt, vã mồ hôi, mệt lã, run tay.
- Cảm giác đói bụng.
- Tay chân lạnh, mạch nhanh.
- Rối loạn tri giác, lừ đừ.
- Giảm trương lực cơ.
- Trường hợp nặng: Hôn mê, co giật, cơn ngừng thở.
- Loại trừ nguyên nhân chấn thương, ngộ độc, viêm não màng não, xuất huyết màng não.

2.3. Cận lâm sàng

- Đường huyết.
- Nồng độ cortison máu (nghi suy thượng thận cấp).
- Xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt khi cần: Công thức máu, siêu âm xuyên thóp, Ct-scaner sọ não, NH3, Lactat.
- Xét nghiệm chẩn đoán biến chứng: Khí máu khi suy hô hấp.

2.4. Chẩn đoán xác định

- Có yếu tố nguy cơ.

- Lâm sàng:

+ Sơ sinh: Bỏ bú, khóc yếu, cơn ngừng thở, giảm trương lực cơ, hôn mê, co giật.

+ Trẻ em: Lừ đừ, vã mồ hôi, tay chân lạnh, hôn mê, co giật.

+ Đường huyết (Dextrosestix) < 40 mg/dL (< 2,2 mmol/l).

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc thuốc ngủ, an thần, morphin.

- Viêm não màng não.

- Xuất huyết não màng não.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Truyền đường ưu trương.

- Giữ đường huyết mức từ 4 - 8 mmol/l.

- Điều trị sớm ngay khi có kết quả đường huyết.

- Sớm chuyển bổ sung đường qua đường miệng.

3.2. Điều trị

Mục tiêu truyền đường ưu trương giữ đường huyết mức từ 4 - 8 mmol/l.

- Hạ đường huyết nhẹ trẻ còn tỉnh

+ Cho uống sữa.

+ Uống nước đường: 4 muỗng cafe đường tương ứng với 20 gram pha trong 200 ml nước chín.

- Điều trị hôn mê hạ đường huyết:

+ Sơ sinh: Dextrose 10% liều 2 ml/kg (TMC) trong 2 - 3 phút, sau đó duy trì 3 - 5 ml/kg/giờ (6 + 8 mg/kg/phút).

+ Trẻ em: Dextrose 30% liều 2 ml/kg (TMC), sau đó duy trì Dextrose 10% 3-5 ml/kg/giờ (6 - 8 mg/kg/phút).

+ Trong trường hợp không thể thiết lập đường truyền có thể tạm thời cho Glucagon 0,03 mg/kg (TB) nếu có, tối đa 1 mg. Do Glucagon chỉ có tác dụng nâng đường huyết tạm thời nên tất cả mọi trường hợp phải được truyền tĩnh mạch đường ưu trương sau đó.

- Điều trị về sau

+ Thường trẻ nhanh chóng tỉnh lại sau khi TMC dung dịch đường ưu trương, tuy nhiên nếu hạ đường huyết nặng và kéo dài, trẻ sẽ chưa tỉnh lại ngay.

- Khi trẻ tỉnh táo kèm mức đường huyết > 45mg/dL (2,5mmol/l) xét nghiệm ít nhất 2 lần sẽ đổi sang đường miệng cho ăn hoặc bú sữa.

3.4. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Tri giác.
- Đường mao mạch sau 30 phút tiêm tĩnh mạch Dextrose, sau đó mỗi 1-2 giờ đến khi trẻ tỉnh táo, mức đường huyết > 5 mmol/l, sau đó mỗi 4-6 giờ.
- Đường huyết sinh hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.
2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

PHÙ PHỔI

1. Định nghĩa

- Phù phổi cấp là tình trạng thoát dịch vào lòng phế nang từ mao mạch phổi.

- Phù phổi cấp xảy ra khi áp lực mao mạch phổi vượt quá áp lực giúp kéo nước vào trong lòng mạch máu (bao gồm áp lực keo huyết tương và áp lực thủy tĩnh mô kẽ). Ban đầu dịch ứ đọng ở mô kẽ phổi, sau đó tràn ngập vào trong lòng phế nang và gây rối loạn chức năng trao đổi khí.

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Hỏi bệnh

- Tiền căn: Thấp tim, bệnh van tim, tim bẩm sinh, bệnh thận.

- Bệnh sử: Bệnh tim (mệt khi gắng sức, khó thở, ho khạc ra máu,…), bệnh thận (phù, tiểu ít, tiểu máu,…), viêm cơ tim (dấu hiệu suy tim cấp,…), đang truyền dịch, truyền máu.

2.2. Lâm sàng

- Thở nhanh nông, ho, khó thở, khạc bọt hồng.

- Khó thở phải ngồi, co kéo cơ hô hấp, mạch nhanh, tím tái, chi lạnh, ẩm, sốc.

- Khám phổi: Ran ẩm, ngáy, rít dâng lên từ đáy phổi.

- Khám tim: Gallop T3, tiếng thổi bệnh lý, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

- Huyết áp (có khi cao: Cơn cao huyết áp; có khi thấp: Hẹp van hai lá, suy tim nặng).

2.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu.

- X-quang phổi: Bóng tim to, thâm nhiễm mờ, bờ không rõ, quanh rốn phổi hai bên, đường Kerley B.

- Khí máu động mạch: Giúp đánh giá và theo dõi suy hô hấp.

- Men tim: CPK, CK-MB.

- Xét nghiệm giúp tìm nguyên nhân: ECG, siêu âm tim (bệnh tim); tổng phân tích nước tiểu, chức năng thận (bệnh thận); đạm máu (giảm áp lực keo); ASLO, VS, CRP (thấp tim).

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Hỗ trợ hô hấp.

- Giảm tiền tải và hậu tải, thuốc tăng sức co bóp cơ tim.

- Điều trị nguyên nhân.

3.2. Điều trị cụ thể

- Đặt bệnh nhân tư thế ngồi hoặc đầu cao 30^0.

- Ngưng dịch nếu đang truyền.

- Thở oxy, thông khí áp lực dương hoặc đặt nội khí quản thở máy (sốc, kiệt sức, rối loạn tri giác).

- Furosemide tiêm TM 1-2 mg/kg/liều lặp lại sau 15 phút nếu chưa hiệu quả, có thể truyền TM.

- Morphin sulfate tiêm TM 0,1-0,2 mg/kg/liều (giãn mạch, an thần).

- Digoxin (xem phác đồ Suy tim).

- Vận mạch: Dobutamin, dopamin, adrenalin khi không cải thiện hoặc sốc.

- Khi có dấu hiệu khò khè co thắt phế quản: Aminophyline 5-7 mg/kg pha với glucose 5% TM trong 20 phút, sau đó 1 mg/kg/giờ tĩnh mạch chậm.

3.3. Điều trị nguyên nhân

- Suy tim.

- Thấp tim.

- Hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp.

+ Theo dõi: mạch, HA, nhịp thở, Sa2O, ran phổi mỗi 5-15 phút trong giờ đầu, sau đó tùy theo tình trạng bệnh nhân.

+ Mời hội chẩn chuyên khoa để tìm nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.

2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

ONG ĐỐT

1. Đại cương

Ong đốt là một tai nạn thường gặp có thể gây nguy hiểm đến tính mạng. Tử vong thường do sốc phản vệ và biến chứng của suy hô hấp. Thường gặp trong độ tuổi đi học, do chọc phá tổ ong hoặc vô tình chạm phải hay đi ngang qua nơi có tổ ong bị phá.

2. Chẩn đoán

2.1. Hỏi bệnh

- Đặc điểm ong do người nhà mang con ong đến hay mô tả tổ ong và hình dạng con ong.

+ Ong vò vẽ: Thân dài, bụng thon, mình vàng có vạch đen, thường làm tổ trên cây và mái nhà.

+ Ong mật: Thường để lại ngòi đốt kèm túi nọc độc, được người nuôi.

+ Ong đất (bắp cày): Thân đen chấm vàng, đầu và ngực có nhiều lông tơ màu nâu vàng, thường làm tổ ở bụi cây, sát mặt đất trong đống cây mục.

+ Ong vàng: Mình thon gọn, thân dài, vàng toàn thân, làm tổ trên cây hoặc dưới mái nhà tranh.

- Thời điểm và vị trí, số lượng nốt ong đốt.

- Tiền sử dị ứng và tiền sử ong đốt.

2.2. Triệu chứng

- Dấu hiệu toàn thân (sốc phản vệ hay phản ứng phản vệ):

+ Phù, mặt đỏ, ngứa.

+ Mạch, huyết áp, màu da, nhịp thở.

- Dấu hiệu tại chỗ: Mẩn đỏ, ngứa, đau. Nốt chích của ong vò vẽ có dấu hiệu hoại tử.

- Lượng nước tiểu (thiểu niệu, vô niệu), màu sắc nước tiểu (sẫm màu).

2.3. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu.

- Chức năng gan, thận, điện giải đồ, đông máu toàn bộ.

- Ong vò vẽ: CPK, tổng phân tích nước tiểu.

- Xét nghiệm chẩn đoán biến chứng:

+ Khí máu khi có suy hô hấp.

+ X-quang tim phổi khi có phù phổi hoặc suy hô hấp.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện và điều trị ngay sốc phản vệ.

- Điều trị biến chứng: Suy thận cấp, suy hô hấp, tổn thương đa cơ quan.

- Điều trị giảm đau.

- Phòng ngừa và điều trị nhiễm trùng vết đốt.

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị sốc phản vệ (phác đồ điều trị sốc phản vệ).

- Tiểu myoglobin – hemoglobin: Thường sau 24 – 72 giờ do tán huyết và hủy cơ.

+ Truyền máu nếu thiếu máu.

+ Các trường hợp khác, truyền dịch với lượng dịch tăng hơn nhu cầu để phòng ngừa suy thận cấp do tiểu hemoglobin, myoglobin. Điều chỉnh rối loạn nước điện giải. Chú ý tăng kali máu.

+ Tiểu myoglobin: Kiềm hóa nước tiểu để tăng thải myoglobin qua thận:

- Dung dịch dextrose 5% trong 0,45% saline 500ml pha thêm 50ml natri bicacbonat 4,2%, truyền tốc độ 7ml/kg/giờ đến khi không còn tiểu myoglobin, thường ở ngày thứ 3.
- Có thể kết hợp với dung dịch manitol 20%.
- Giữ pH nước tiểu > 6,5.

- Suy thận cấp:

+ Khi có suy thận cấp, cần hạn chế dịch, điều trị rối loạn điện giải. Thường suy thận cấp do ong đốt tự hồi phục không di chứng sau 14 – 21 ngày.

+ Chỉ định lọc thận hay thẩm phân phúc mạc:

- Phù phổi cấp.
- Tăng kali máu nặng không đáp ứng điều trị nội khoa.
- Toan máu không đáp ứng bicarbonat.
- Hội chứng urê máu cao.

- Suy hô hấp:

+ Thường trước 24 – 48 giờ, do hội chứng suy hô hấp cấp.

+ CPAP mũi hay thở máy với PEEP cao = 6 – 15 cmH_20.

- Sốc muộn:

+ Thường sau 12-24 giờ do hậu quả tổn thương đa cơ quan: Đo CVP, bù dịch, dùng thuốc vận mạch dopamine và dobutamine.

- Đông máu nội mạch lan tỏa:

+ Truyền máu toàn phần 10 – 20 mg/kg và huyết tương tươi đông lạnh 10 – 20 ml/kg, vitamin K1 5 -10mg tĩnh mạch.

- Phản ứng tại chỗ và tình trạng nhiễm trùng:

+ Kháng histamine: Diphenhydramine (Benadryl) 1 - 2 mg/kg uống hay tiêm bắp cetirizine.

+ Corticoide: Nếu có phản ứng toàn thân. Methylprednisolone (Solumedrol): 0,5 – 2 mg/kg tĩnh mạch.

+ Sát khuẩn da nơi ong chích với Betadine.

+ Chườm lạnh nơi vết chích.

+ Lấy ngòi ong nếu có thể.

+ Kháng sinh:

- Uống Cephalexine 25 – 50mg/kg/24 giờ chia làm 3 lần khi có nhiễm trùng tại chỗ.
- Kháng sinh tiêm Cephalosprine thế hệ III 50 – 100 mg/kg/24 giờ chia làm 3 lần khi nhiễm trùng toàn thân. Nếu có suy thận cấp thì giảm liều.

3.3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Lượng dịch xuất nhập, màu sắc nước tiểu.
- Cân nặng hằng ngày khi có phù và thiểu niệu.
- Điện giải đồ.
- Khí máu nếu cần.
- Chức năng gan, thận.

3.4. Phòng ngừa

- Tuyên truyền rộng rãi về sự nguy hiểm của ong đốt.
- Khuyên trẻ tránh xa, không được chọc phá tổ ong.
- Không để ong làm tổ trong nhà, gần đường đi.
- Khi bị ong đốt, nhanh chóng đến cơ sở y tế gần nhất để được hướng dẫn cách chăm sóc và theo dõi các biến chứng nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.

2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

RẮN CẮN

1. Đại cương

Rắn độc phân bố khắp nơi trên thế giới, đặc biệt là miền nhiệt đới và cận nhiệt đới. Tại Việt Nam, thường gặp 2 loại rắn độc:

- Họ rắn lục: Rắn lục điển hình rắn lục nưa… → gây rối loạn đông máu.
- Họ rắn hổ: Hổ chúa, hổ đất, hổ mèo, cạp nong, cạp nia… → gây liệt, suy hô hấp.

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Lâm sàng

- Xác định loại rắn: Người nhà mang theo con rắn hoặc mô tả hình dạng, địa phương, hoàn cảnh xảy ra rắn cắn.
- Vị trí rắn cắn và các dấu hiệu lâm sàng tại vị trí rắn cắn:

+ Tại chỗ: Dấu cắn của rắn độc, cảm giác tê rần, ngứa ngáy tại chỗ hoặc quanh môi, sưng phù và lan rộng, bầm tím, bóng nước, xuất huyết, nhiễm trùng.

+ Toàn thân: Buồn nôn, nôn, khó chịu, đau bụng, lạnh run, vã mồ hôi, rung cơ, yếu toàn thân, ngủ gà, mệt lả, ngất.

- Các hội chứng thường gặp trên lâm sàng:

+ Nhiễm độc thần kinh: Sụp mí mắt, tăng tiết đờm dãi, liệt hầu họng, liệt cơ hô hấp, liệt gốc chi, mất các phản xạ gân xương, giãn đồng tử.

+ Rối loạn đông cầm máu: Đông máu nội mạch lan tỏa, tiêu huyết, biểu hiện: Chảy máu nơi vết cắn và nơi khác: Nướu răng, mũi, da niêm mạc, hệ tiêu hóa, tiểu máu, xuất huyết não, xuất huyết nơi tiêm chích.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức bạch cầu, hct, tiểu cầu.
- Chức năng đông máu:

+ Đông máu toàn bộ.

+ CK.

+ Chức năng gan, thận, điện giải đồ.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Khí máu nếu có suy hô hấp.

+ X-quang phổi nếu có suy hô hấp để chẩn đoán phân biệt.

Bảng xác định loại rắn cắn

Loại rắn	Dấu hiệu tại chỗ	Dấu hiệu toàn thân	Xét nghiệm
Hổ đất	Đau, phù Hoại tử lan rộng	30 phút - vài giờ sau: Tê, nói, nuốt khó Sủi bọt mép Liệt cơ hô hấp	

Cạp nong Cạp nia	Đau tại chỗ Ít/Không hoại tử	Liệt cơ hô hấp thường sau 1 – 4 giờ	
Hổ mèo	Đau tại chỗ Hoại tử	Lừ đừ, liệt cơ hô hấp ± co giật	XN đông máu
Rắn lục nưa	Đau Hoại tử lan rộng Chảy máu không cầm Bỏng nước có máu	Bầm máu Xuất huyết DIC	XN đông máu
Rắn lục	Tương tự rắn lục nưa nhưng ít hơn	XH ít hơn rắn lục nưa	XN đông máu
Rắn biển	Đau ± sưng	1 - 3 giờ sau: Mệt, đau cơ, liệt cơ hô hấp, suy thận	

Phân độ nặng rắn độc cắn

	Nhẹ	**Trung bình**	**Nặng**
Dấu hiệu tại chỗ	Phù, đỏ, bầm máu khu trú tại vết cắn	Phù, đỏ, bầm máu lan chậm	Phù, đỏ, bầm máu lan rộng nhanh
Dấu hiệu toàn thân	Không	Có (lừ đừ, dấu hiệu nhiễm độc) Không nguy hiểm	Dấu hiệu nguy hiểm cấp cứu (Sốc, suy hô hấp, rối loạn tri giác, yếu liệt cơ)
Rối loạn đông máu	Không	RLĐM nhẹ Không dấu hiệu xuất huyết toàn thân	RLĐM nặng Xuất huyết toàn thân (ói, tiểu máu, xuất huyết não)

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Rắn lành cắn: Theo dõi trong 12 giờ.

Tại chỗ: Đau, phù không lan, không có dấu hiệu hoại tử, xuất huyết.

Không dấu hiệu toàn thân.

Đông máu bình thường: Là 1 xét nghiệm độ nhạy cao phân biệt rắn độc với rắn lành cắn.

- Sinh vật khác cắn hay chích: Nhện, sứa, bọ cạp, sâu bọ, bạch tuộc.

- Tai biến mạch máu não.

- Bệnh lý thần kinh tiến triển (ví dụ Guillain – Barre).

- Nhồi máu cơ tim cấp.

- Phản ứng dị ứng (chú ý một số bệnh nhân, đặc biệt là người huấn luyện rắn, có thể có phản ứng dị ứng với nọc rắn và huyết thanh kháng nọc rắn).

- Hạ đường huyết/hạ calci huyết.

- Quá liều thuốc.

- Chấn thương sọ não kín.

3. Điều trị

3.1.Nguyên tắc điều trị

- Làm chậm hấp thu độc tố.

- Xác định loài rắn.

- Điều trị triệu chứng.

3.2. Sơ cứu ban đầu

- Trấn an bệnh nhân.

- Bất động và nẹp.

- Dùng băng thun rộng bản băng chặt vùng bị rắn cắn (băng chặt như khi bị bong gân), băng từ dưới vết cắn băng lên càng cao càng tốt. Không có bằng chứng khác biệt giữa điểm bắt đầu băng và hướng băng.

- Nẹp cố định và giữ bất động chi bị cắn.

- Không cởi bỏ quần áo hay rửa, chạm vào vết thương.

- Ép cố định giúp ngăn ngừa triệu chứng dù đã có dấu hiệu nhiễm độc. Chỉ gỡ bỏ băng ép khi đã có kết quả xét nghiệm ban đầu nếu nghi ngờ nhiễm độc nọc rắn và có đội ngũ hồi sức tích cực sẵn sàng.

3.3. Điều trị triệu chứng

- Suy hô hấp: Thường do rắn hổ cắn.

+ Thở oxy, nếu nặng thì đặt nội khí quản.

- Sốc: Thường là hậu quả của suy hô hấp, xuất huyết.

+ Hỗ trợ hô hấp.

+ Chống sốc bằng dung dịch Lactate Ringer 20ml/kg tiêm tĩnh mạch nhanh trong 15 - 60 phút.

3.4. Điều trị hỗ trợ

- Kháng sinh chống nhiễm trùng:

+ Vi khuẩn có thể gặp là vi khuẩn gram (-), gram (+) hoặc kị khí.

+ Kháng sinh sử dụng: Cephalosphorin.

- Rối loạn đông máu, DIC:

+ Truyền máu tươi toàn phần 20 ml/Kg khi Hct < 30%.

+ Huyết tương tươi đông lạnh 10-20 ml/kg khi có DIC.

+ Kết tủa lạnh fibrinogen < 0,5 mg/l.

+ Vitamin K1 5-10 mg tiêm tĩnh mạch.

+ Phòng ngừa uốn ván (nếu có).

+ Điều chỉnh nước điện giải, thăng bằng kiềm toan, dinh dưỡng thích hợp.

3.5. Điều trị tại chỗ

- Săn sóc vết thương hằng ngày.
- Phẫu thuật: Chỉ được thực hiện sau khi điều chỉnh rối loạn đông máu và bệnh nhân đã được điều trị nội khoa ổn định.
- Chèn ép khoang cần phải phẫu thuật giải áp sớm.
- Cắt lọc vết thương, đoạn chi hoại tử chỉ nên làm sau 7 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.
2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

RỐI LOẠN NƯỚC – ĐIỆN GIẢI

1. Đại cương

Nguyên nhân rối loạn nước - điện giải ở trẻ em thường do tiêu chảy, nôn mửa hay nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.

Khi có rối loạn điện giải bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm cần chú ý tới các yếu tố sau:

- Rối loạn điện giải là tăng hay giảm.
- Tình trạng huyết động học, mất nước, tri giác.
- Bệnh lý hiện tại, dịch nhập, dịch xuất.
- Kết quả ion đồ phù hợp lâm sàng.

2. Rối loạn natri máu

2.1. Hạ Natri máu: Khi Natri máu ≤ 135 mEq/l.

- Nhẹ: 130 - 134 mEq/l.
- Trung bình: 120 - 129 mEq/l.
- Nặng: < 120 mEq/l.
- Có triệu chứng khi < 125 mEq/l.

2.1.1. Nguyên nhân

- Ngộ độc nước:

+ Tiêu chảy bù bằng nước thường không dùng ORS.

+ Rửa dạ dày, thụt tháo ruột già dùng nước thường.

+ Bù dịch, nuôi ăn TM chỉ với Dextrose 5%.

- Suy thận, suy tim, tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh.
- Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp. (Trong tiết ADH không thích hợp cần: Hạn chế dịch ¾ nhu cầu, dịch natrichlorua 0,9% trong dextrose 5% thay cho dung dịch natrichlorua 1,8% trong dextrose 5%).
- Điều trị lợi tiểu.

2.1.2. Lâm sàng

Lơ mơ, hôn mê, co giật nếu hạ Natri máu nặng (< 120 mEq/L).

2.1.3. Điều trị

a. Nguyên tắc

Điều trị hạ Natri máu song song bồi hoàn thể tích dịch ngoại bào.

b. Bệnh nhân có sốc mất nước

Natri clorua 0,9% tốc độ 20 ml/kg/h truyền tĩnh mạch cho đến khi ổn định huyết động học.

c. Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước nặng và natri < 130mEq/L

Natri clorua 0,9% trong Dextrose 5% truyền tĩnh mạch theo phác đồ điều trị mất nước cho đến khi có chỉ định bù dịch bằng đường uống.

Theo dõi điện giải đồ mỗi 4 giờ cho đến ổn định hoặc bù đường uống.

d. Bệnh nhân không sốc, không dấu hiệu mất nước nặng

- Hạ natri máu nặng có biểu hiện thần kinh:

+ Truyền Natri clorua 3% 4 ml/kg qua bơm tiêm trong 30 phút (4 ml/kg Natri clorua 3% tăng Na+ 3 mmol/L).

+ Sau đó kiểm tra điện giải đồ, nếu Natri máu còn thấp thì lặp lại liều thứ 2 cho đến khi Natri máu đạt 125 mEq/l tổng liều không quá 10ml/kg.

- Hạ natri máu không biểu hiện thần kinh:

+ Điều chỉnh thường trong vòng 48 giờ.

+ Không tăng natri máu quá nhanh, không quá < 0,5 mEq/l/giờ.

+ Lượng natri thiếu cần bù:

Na+ thiếu = 0,6 x cân nặng (kg) x (135 - Na+ đo được)

+ Na+ cho trong 24 giờ = Na thiếu + nhu cầu natri.

+ Lượng natri theo nhu cầu: 3 mEq/100 mL dịch.

+ Cách dùng: 1/2 TTM trong 8 giờ đầu, 1/2 truyền trong 16 giờ kế tiếp.

+ Nếu hạ natri do quá tải dịch hoặc tiết ADH không thích hợp (Natri/nước tiểu > 20 mEq/L và nồng độ Osmol máu thấp < 280 mosm/L, Osmol nước tiểu cao >100 mosm/L, tỉ trọng nước tiểu tăng > 1020).

- Không cần bù natri (trừ khi hạ natri máu có biểu hiện thần kinh).
- Hạn chế dịch 50% nhu cầu.
- Dịch natrichlorua 0,9% trong dextrose 5%.
- Furosemid 0,5 mg/kg TM.

2.2. Tăng Natri máu: Khi Natri máu ≥ 150 mEq/L.

- Tăng natri máu trung bình: 150 – 169 mEq/L.

- Tăng natri máu nặng: > 169 mEq/L.

- Tăng Natri máu ít gặp ở trẻ em.

2.2.1. Nguyên nhân

- Tiêu chảy ở trẻ nhũ nhi chỉ bù bằng ORS.

- Truyền quá nhiều dịch chứa Natri: Bicarbonate.

- Đái tháo nhạt.

2.2.2. Lâm sàng

Tăng natri máu nặng có biểu hiện thần kinh: Lơ mơ, kích thích, tăng phản xạ gân xương, hôn mê, co giật.

2.2.3. Điều trị

- Nguyên tắc:

+ Chỉ làm giảm Natri máu tốc độ chậm không quá 12 mEq/L/ngày để tránh nguy cơ phù não.

+ Điều chỉnh thường trong vòng 48 giờ.

- Bệnh nhân có sốc mất nước:

+ Lactate Ringer‘s 20 ml/kg/h truyền tĩnh mạch cho đến khi ổn định huyết động học.

+ Sau đó truyền Dextrose 5% in saline 0,45%.

+ Tốc độ giảm natri máu không quá 0,5 -1 mEq/L/giờ. Nếu tốc độ Natri máu giảm > 1 mEq/L/giờ sẽ giảm tốc độ truyền 25%.

+ Sau đó nếu nước tiểu tốt có thể truyền Dextrose 5% in saline 0,2%.

- Bệnh nhân không sốc:

+ Tránh hạ natri máu quá nhanh sẽ có nguy cơ phù não.

+ Dung dịch nên chọn là Dextrose 5% in saline 0,2%.

+ Nếu thể tích dịch ngoại bào bình thường có thể cho Furosemid 1 mg/kg TM hoặc TB lần đầu và lặp lại mỗi 6 giờ nếu cần.

3. Rối loạn kali máu

3.1. Hạ Kali máu: Khi kali máu < 3,5 mEq/L.

3.1.1. Nguyên nhân

- Tiêu chảy, nôn.

- Dẫn lưu dạ dày ruột, dịch mật.

- Điều trị lợi tiểu, Corticoids.

- Nhiễm ketones trong tiểu đường.

3.1.2. Lâm sàng

- Liệt ruột, bụng chướng.

- Nặng: Yếu liệt chi, liệt cơ hô hấp, rối loạn nhịp tim: Bloc nhĩ thất.

- ECG: ST xẹp, T giảm biên độ, xuất hiện sóng U, Bloc nhĩ thất, ngoại tâm thu thất.

3.1.3. Điều trị

- Nguyên tắc:

+ Không có công thức chung để điều chỉnh hạ Kali máu, do Kali là ion nội bào và bị ảnh hưởng bởi tình trạng toan kiềm.

+ Cần theo dõi sát điện giải đồ và ECG trong quá trình điều chỉnh. Rối loạn nước - điện giải.

- Hạ kali máu không yếu liệt cơ hô hấp, không rối loạn nhịp tim:

+ Bù kali bằng đường uống.

+ Hoặc bù bằng đường tĩnh mạch:

- Nồng độ kali trong dịch truyền tối đa 40 mEq/l.
- Tốc độ truyền tối đa 0,3 mEq/kg/giờ.

- Theo dõi điện giải đồ và ECG.

- Hạ Kali máu nặng < 2 mEq/l kèm có rối loạn nhịp tim, liệt cơ hô hấp:

+ Bù bằng đường tĩnh mạch:

- KCl pha trong dịch truyền, nồng độ kali tối đa 80 mEq/L.
- Tốc độ truyền 0,5 mEq/kg/giờ, tối đa 1 mEq/kg/giờ.
- Phải dùng máy truyền dịch hoặc bơm tiêm.
- Truyền 0,5 - 1 mEq/kg sẽ tăng kali máu từ 0,5 - 1 mEq/l.

+ Theo dõi sát điện giải đồ và ECG, monotoring theo dõi nhịp tim trong suốt thời gian bù kali.

3.2. Tăng kali máu: Khi kali máu > 5 mEq/l.

3.2.1. Nguyên nhân

- Suy thận.
- Toan huyết.
- Tán huyết, huỷ cơ.

3.2.2. Triệu chứng

- Yếu cơ.
- ECG: Sóng T cao nhọn, QRS dãn, kéo dài PR, rối loạn nhịp thất.

3.2.3. Điều trị

- Nguyên tắc:

+ Tất cả các điều trị đều có tính chất tạm thời.

+ Lấy bớt kali khi có thể.

+ Tại tế bào: Dùng thuốc đối kháng tác dụng Kali tại tế bào.

- Kali máu ≥ 6 mEq/L, không rối loạn nhịp tim:

+ Kayexalate 1 g/kg pha với Sorbitol 70% 3 ml/kg (U). Hay pha trong 10 ml/ kg nước thụt tháo mỗi 4-6 giờ.

+ Monitor nhịp tim và điện giải đồ mỗi 6 giờ.

- Kali máu > 6 mEq/l, có rối loạn nhịp tim:

+ Calcium gluconate 10% 0,5 ml/kg hay Calci chlorua 10% 0,2 ml/kg TMC trong 3 – 5 phút.

+ Glucose 30% 2 ml/kg TMC ± Insulin 0,1 UI/kg.

+ Sodium bicarbonate 7,5% 1 - 2 ml/kg TMC.

+ Resine trao đổi ion: Kayexalate.

+ Truyền salbutamol.

+ Lọc máu liên tục: Khi thất bại điều trị nội khoa.

4. Hạ calci máu

4.1. Định nghĩa

Trong cơ thể calcium ion hóa chiếm 40% calcium toàn phần và giữ nhiệm vụ điều hòa chức năng của enzyme, ổn định màng thần kinh - cơ, tiến trình đông máu và tạo xương.

- Toan máu sẽ tăng và ngược lại kiềm máu sẽ giảm calci ion hóa gây co giật.
- Bình thường nồng độ calci máu toàn phần dưới 4,7 - 5,2 mEq/L.
- Hạ calci máu nhẹ khi calci ion hóa từ 0,8 - 1 mmol/l.
- Hạ calci máu nặng khi calci ion hóa dưới 0,8 mmol/l.

4.2. Nguyên nhân

- Thường gặp ở trẻ sơ sinh hơn trẻ lớn.
- Thiếu vitamin D.
- Hội chứng ruột ngắn.
- Suy cận giáp.
- Kiềm hô hấp do thở nhanh.

4.3. Lâm sàng

Kích thích, bú kém, nôn mửa, co thắt thanh quản, tetany, co giật, dấu Troussau và Chvostek.

4.4. Điều trị

- Điều trị ban đầu:

+ Do tăng thông khí: Cho bệnh nhân thở chậm lại, hay qua mask với túi dự trữ mục đích là cho bệnh nhân thở lại một phần CO2 của bệnh nhân để làm giảm pH, vì thế sẽ làm tăng calci ion hóa trong máu.

+ Nếu không do tăng thông khí:

- Calcium gluconate 10% liều 0,5 - 1ml/kg TMC trong 1-2 phút (tiêm tĩnh mạch nên pha loãng Calcium gluconate nồng độ 50 mg/ml). Hoặc Calcium chlorua 10% 0,1 - 0,2 ml/kg, tối đa Calci chlorua 10% 2 - 5 ml/ liều. TMC trong 1 - 2 phút TMC (tiêm tĩnh mạch nên pha loãng Calcium clorua nồng độ 20 mg/ml bằng cách pha loãng 10 ml CaCl 10% trong dextrose 5% cho đủ 50 ml).
- Nên theo dõi dấu hiệu thoát mạch hoại tử nơi tiêm, và điện tim trong khi tiêm tĩnh mạch calci để phát hiện rối loạn nhịp nếu có.
- Nếu co giật không đáp ứng cần loại trừ nguyên nhân do hạ Magné máu.

- Điều trị tiếp theo:

+ Truyền calci liên tục calci chlorua 50 - 100 mg/kg/ngày (pha 2g dung dịch calcichlorua 10%, trong 1 lít dịch).

+ Uống Calcium carbonate, lactate hoặc phosphate 200 - 600 mg/lần x 3 - 4 lần/ngày.

+ Kết hợp với magnesium nếu cần (giảm calci thường kèm giảm magnesium).

+ Cho thêm Vitamin D trong còi xương liều 5000 đơn vị/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.
2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

SUY THẬN CẤP

1. Định nghĩa

Suy thận cấp là tình trạng suy cấp tính chức năng thận gây ứ đọng nitrogen và nước gây rối loạn điện giải, toan kiềm, rối loạn đông máu.

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử: Bệnh thận, dị dạng đường niệu, sỏi thận.
- Dùng thuốc độc thận, đặc biệt nhóm Aminoglycosids.
- Bệnh sử: Phù, tiểu máu (viêm cầu thận cấp).
- Nôn, sốt, tiêu chảy, côn trùng đốt.
- Thiểu niệu: < 1 ml/kg/giờ.
- Vô niệu: < 0,5 ml/kg/ngày.
- Sốc.

2.2. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn, tri giác.
- Dấu hiệu quá tải: Khó thở, ran phổi, nhịp Gallop, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.
- Dấu hiệu mất nước: Khát, mắt trũng, dấu véo da mất chậm.
- Phù, báng bụng.
- Khám: Tim, phổi, thận.
- Phát ban đặc hiệu hình cánh bướm trong lupus, ban máu dạng thấp, dấu hoại tử da do ong đốt.

2.3. Cận lâm sàng

- CTM, đếm tiểu cầu, ion đồ, urê, creatinin.
- Nước tiểu: TPTNT, tỉ trọng, natri và creatinin.
- Tính khả năng bài xuất natri từng phần (FeNa).

FeNa (%) = [(UNa X PCr)/(PNa X UCr)] x 100

U_{NA}: Nồng độ natri nước tiểu, U_{Cr}: Nồng độ creatinin nước tiểu.

P_{Cr}: Nồng độ creatinin máu, P_{Na}: Nồng độ natri máu.

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

- ECG: Dấu hiệu tăng kali máu, rối loạn nhịp, dấu hiệu dày thất trái.

- Siêu âm thận và hệ niệu: Kích thước thận, cấu trúc chủ mô thận, đường niệu.

- Đông máu toàn bộ khi rối loạn đông máu.

- X quang phổi, khí máu khi có suy hô hấp.

- UIV thường chỉ định để tìm nguyên nhân suy thận sau thận nhưng chỉ thực hiện sau giai đoạn suy thận.

2.4. Chẩn đoán suy thận cấp

a. Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận cấp theo AKIN (Acute Kidney Injury Network)

- Giảm đột ngột chức năng thận (trong 48 giờ), được xác định bởi tăng tuyệt đối Creatinin huyết thanh (SCr) > 0,3mg/dl (hoặc 26,4 µmol/l).

- Mức độ tăng SCr > 50% (1,5 giá trị nền) Hoặc

- Giảm bài niệu < 0,5 ml/kg/giờ trong 6 giờ.

b. Phân loại AKI:

Tiêu chuẩn phân loại AKI theo pRIFLE dựa trên độ thanh thải creatinin (GFR) (công thức Schwartz) và lượng nước tiểu (urine output).

Mức độ	**Creatinin huyết thanh/MLCT**	**Số lượng bài niệu**	**Thời gian kéo dài**
Nguy cơ	Nồng độ Creatinin tăng 1,5 lần hoặc MLCT giảm > 25%	<0,5 ml/kg/giờ	8 giờ
Thương tổn	Nồng độ Creatinin tăng 12 lần hoặc MLCT giảm > 50%	<0,5 ml/kg/giờ	16 giờ
Suy giảm	Nồng độ Creatinin tăng 2 lần, MLCT giảm > 75% hoặc <35ml/phút/1,73m^2	<0,3 ml/kg/giờ Hoặc vô niệu	24 giờ 12 giờ
Mất	Mất hoàn toàn chức năng thận		4 tuần
Bệnh thận giai đoạn cuối	Mất hoàn toàn chức năng thận		3 tháng

(theo Bellomo R.et al 2004; Akcan-AriKan A.et al.2007)

MLCT = k x $\frac{H(cm)}{SCreat}$ (ml/phút/1,73m^2).

- Screat: Độ thanh thải Creatinin nội sinh.

- K: 41 (nếu giá trị huyết thanh tính bằng µmol) hoặc 0,4 (nếu tính bằng mg).

Tuổi	Sơ sinh đủ tháng		Sơ sinh thiếu tháng
< 1 tuần	41,65 ± 6,6		18,7 ± 5,5
1 – 2 tuần	59,30 ± 10,5		43,3 ± 9,3
3 – 4 tuần	69,9 ± 9,9		
Trẻ em			
2 -3 tháng	73,9 ± 13,1	13 – 15 tháng	96,6 ± 13,2
4 – 6 tháng	78,5 ± 16,6	16 – 18 tháng	100,5 ± 14,2
7 – 9 tháng	83,0 ± 15	19 -21 tháng	105,5 ± 20,2
10 – 12 tháng	88,9 ± 17	22 – 24 tháng	107,2 ± 11,9

2 tuổi giá trị tương đương như người trưởng thành 117 ± 23

Tham chiếu MLCT ở trẻ em theo tuổi.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

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

3.2. Điều trị ban đầu

Loại trừ nguyên nhân suy thận cấp trước và sau thận rất quan trọng vì suy thậntrước và sau thận nếu được xử trí kịp thời sẽ hồi phục nhanh nhưng cũng dễ dàng suy thận tại thận nếu xử trí không đúng và kéo dài.

a. Điều trị suy thận cấp sau thận

Hội chẩn ngoại niệu để phẫu thuật điều trị nguyên nhân và giải áp.

b. Loại trừ và điều trị suy thận cấp trước thận

Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước hoặc không có bằng chứng quá tải có thể xem như suy thận trước thận và bắt đầu điều trị với Normal saline hoặc Lactate Ringer chảy nhanh 20 ml/kg trong 1 giờ. Trong trường hợp khó chẩn đoán phân biệt suy thận cấp trước và tại thận thì căn cứ FeNa, tuy nhiên kết quả xét nghiệm thường trễ vì thế nên đo CVP, nếu CVP thấp (< 4 cmH2O) chứng tỏ suy thận cấp nguyên nhân trước thận. Nếu đáp ứng tốt sau khi truyền dịch bệnh nhân sẽ cải thiện và

có nước tiểu. Nếu vẫn chưa tiểu và không dấu quá tải có thể lặp lại dung dịch điện giải lần thứ hai 10 + 20 ml/kg/giờ.

Trong trường hợp không còn dấu thiếu dịch mà vẫn chưa tiểu có thể cho Furosemid TMC 2 mg/kg. Nếu không đáp ứng lặp lại Furosemid liều thứ hai 4-10 mg/kg, dùng qua bơm tiêm tốc độ < 4 mg/phút để giảm nguy cơ độc tai. Sau đó nếu vẫn không tiểu thì xem như suy thận cấp tại thận và không được tiếp tục Furosemid.

c. Điều trị suy thận cấp tại thận

- Hạn chế dịch: Chỉ bù lượng nước mất không nhận biết.

- Đang có dấu hiệu quá tải: Tạm thời không cho thêm dịch.

- Không dấu quá tải:

- Lượng dịch 300-400 ml/m2 da/24 giờ hoặc 1/5 lượng dịch cơ bản cộng thêm lượng nước tiểu và nước mất khác (nôn, tiêu chảy…).

- Cần đánh giá lại bilan xuất nhập mỗi 12 giờ để điều chỉnh lượng dịch cho vào.

- Điện giải: hạn chế cung cấp natri 1 - 2 g/ngày, không cho kali ngoại trừ kết quả ion đồ và ECG có dấu hiệu hạ kali máu.

- Lượng dịch tốt nhất nên cung cấp qua đường uống hay qua sonde dạ dày.

- Giảm natri máu thường do pha loãng và chỉ cần hạn chế dịch.

- Tăng kali máu: xem phác đồ rối loạn điện giải.

- Cao huyết áp: xem phác đồ cao huyết áp.

- Toan máu: chỉ bù bicarbonate khi toan máu nặng có pH < 7,2 và không có dấu hiệu quá tải. Có thể bù qua đường uống.

- Truyền máu: thiếu máu trong suy thận cấp thường nhẹ là hậu quả của pha loãng máu và thường không cần truyền máu, ngoại trừ các trường hợp tán huyết với mức Hemoglobine < 7 g% có thể xem xét chỉ định truyền máu nhưng lưu ý nguy cơ quá tải khi truyền máu. Nếu có chỉ định nên truyền hồng cầu lắng 5 - 10 ml/kg với tốc độ thật chậm trong 3 - 4 giờ. Nếu bệnh nhân thiếu máu kèm dấu quá tải có chỉ định chạy thận thì chỉ nên truyền máu trong lúc chạy thận nhân tạo.

- Tránh dùng các thuốc độc thận và điều chỉnh liều lượng, khoảng cách các liều thuốc tùy theo độ thanh thải Creatinin. Không giảm liều ở liều đầu tiên.

- Dinh dưỡng: chế độ ăn suy thận (hạn chế đạm, ít natri và kali), năng lượng cung cấp chủ yếu bằng carbonhydrate và lipide (bột Borst cải biên) và hạn chế dịch.

d. Chỉ định lọc thận hay thẩm phân phúc mạc

- Quá tải (suy tim, phù phổi cấp, cao huyết áp).

- Tăng kali máu nặng > 7 mEq/L và không đáp ứng điều trị nội khoa.

- Toan hóa máu không cải thiện với Bicarbonate.

- Hội chứng urê huyết cao: Rối loạn tri giác, ói, xuất huyết tiêu hóa, Urê máu > 100 mg% và/hoặc Creatinin ở trẻ nhũ nhi > 4,5 mg%, trẻ nhỏ > 6,8 mg% và trẻ lớn > 9 mg%.

Hiện nay phương pháp lọc thận được chọn do có nhiều ưu điểm: hiệu quả nhanh đặc biệt trong trường hợp quá tải, thời gian thực hiện ngắn, ít nguy cơ nhiễm trùng so với thẩm phân phúc mạc. Tuy nhiên do điều kiện còn hạn chế, các trường hợp cân nặng < 15 kg sẽ được thẩm phân phúc mạc.

Lọc máu liên tục (hemofiltration) có nhiều ưu điểm hơn phương pháp lọc thận (hemodialysis) trong những trường hợp huyết động học không ổn định. Vì thế hemofiltration được khuyến cáo trong trường hơp nhiễm trùng huyết kèm tiểu ít > 24 giờ hoặc Creatinin > 4 mg% hoặc Creatinin tăng nhanh trên 1 mg%/ngày.

Trong điều kiện chưa có khả năng ghép thận cho trẻ em chỉ nên lọc thận các trường hợp suy thận cấp và không lọc thận ở đợt cấp của suy thận mạn hoặc giai đoạn cuối của bệnh hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.

2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

ĐAU BỤNG CẤP
ĐAU BỤNG KHÔNG XÁC ĐỊNH VÀ ĐAU BỤNG KHÁC

1. Khái niệm

Đau bụng cấp chiếm khoảng 9% số trẻ em đến khám cấp cứu, thường lành tính và tự khỏi do viêm dạ dày, ruột, táo bón hoặc nhiễm virus. Tuy nhiên điều quan trọng là phải chẩn đoán cho được các bệnh nặng gây đau bụng, trong đó chủ yếu là các bệnh cấp cứu ngoại khoa như viêm ruột thừa, lồng ruột, xoắn ruột… Mặc dù các bệnh cấp cứu này chỉ chiếm khoảng 1% nhưng không phải trường hợp nào cũng có thể chẩn đoán được ngay từ lần khám đầu tiên.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Bệnh sử

- Đặc điểm cơn đau: khởi phát (từ từ, đột ngột), vị trí, kiểu đau (từng cơn, âm ỉ, co thắt), hướng lan (khu trú, lan tỏa), yếu tố giảm đau (sau đi tiêu, tư thế chổng mông, sau nôn ói…). Ở trẻ nhỏ, đau bụng có thể biểu hiện bằng các cơn khóc thét kéo dài, bú kém, kích thích….

+ Viêm ruột thừa*:* đau quanh rốn, lan hố chậu phải.

+ Xoắn buồng trứng, tinh hoàn: đau đột ngột, khu trú, dữ dội.

+ Lồng ruột: đau từng cơn, co thắt.

+ Viêm dạ dày ruột: đau mơ hồ, lan tỏa.

+ Viêm túi mật, gan: đau hạ sườn phải.

+ Viêm loét dạ dày tá tràng*:* đau thượng vị, khu trú.

+ Viêm tụy: đau quanh rốn, thượng vị âm ỉ, lan sau lưng.

- Triệu chứng đi kèm:

+ Toàn thân: sốt, mệt mỏi.

+ Đau họng. nhức đầu → viêm họng.

+ Nôn ói: cần loại trừ xoắn ruột (ói dịch mật ở trẻ sơ sinh), lồng ruột ở nhũ nhi, viêm ruột thừa.

+ Tiêu chảy: thường gặp trong viêm dạ dày ruột, nhiễm trùng tiểu, lồng ruột (tiêu máu ở nhũ nhi) hay viêm ruột, bệnh Crohn, hội chứng urê huyết tán huyết.

+ Ho, thở nhanh, đau ngực: trong viêm phổi.

+ Tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, tiểu khó trong nhiễm trùng tiểu hay tiểu nhiều, khát nước trong nhiễm toan ceton tiểu đường.

+ Tiểu máu: trong sỏi hệ niệu, Henoch Schonlein, hội chứng tán huyết urê huyết cao.

+ Đau khớp: Henoch Schonlein purpura.

2.1.2. Tiền sử

- Phẫu thuật ở bụng: gợi ý tắc ruột do dính, Hirschsprung

- Chấn thương bụngBệnh nội khoa: hội chứng thận hư

- Phụ khoa: hay đau bụng khi hành kinh nguyệt

2.1.3. Khám lâm sàng

- Toàn trạng

+ Dấu hiệu giảm thể tích, mất nước: chấn thuơng bụng, xoắn ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc.

+ Vàng da: bệnh lý gan, tán huyết.

+ Sốt gợi ý bệnh nhiễm trùng: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm họng, nhiễm trùng tiểu…

+ Thở nhanh: viêm phổi, toan chuyển hóa (trong nhiễm toan ceton, viêm dạ dày ruột kèm mất nước, viêm phúc mạc, tắc ruột…)

+ Huyết áp thấp: xuất huyết do chấn thương bụng, xoắn ruột, tắc ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc ruột thừa.

- Khám bụng (cần loại trừ bụng ngoại khoa)

+ Bụng chướng

+ Nhu động ruột

+ Vị trí đau

+ Dấu hiệu viêm phúc mạc

+ Thăm trực tràng.

- Khám tổng quát:

+ Tai mũi họng: phát hiện viêm đường hô hấp trên

+ Hô hấp: phát hiện viêm phế quản, viêm phổi, viêm tiểu phế quản,

+ Tim mạch: nhịp tim nhanh, tiếng cọ màng tim, … → Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim

2.1.4. Cận lâm sàng:

- Công thức máu:

+ Bạch cầu tăng gợi ý bệnh lý viêm hay nhiễm trùng, tăng > 20 G/L → viêm ruột thừa, viêm phổi, áp xe.

+ Hematocrit: thấp gợi ý xuất huyết, kèm giảm tiểu cầu trong hội chứng tán huyết urê huyết cao.

- CRP phản ứng hoặc CRP định lượng hoặc Pro-calcitonin (theo TT50/2017) khi nghi ngờ nhiễm khuẩn

- Sinh hóa:

+ GOT, GPT

+ Ure/Creatinin

+ Albumin/Protid

+ Điện giải đồ, glucose máu khi bệnh nhân nôn, ỉa lỏng nhiều.

+ Nghĩ đến viêm tụy cấp: Amylase, Lipase

+ Nghĩ đến bệnh gan mật: xét nghiệm chức năng gan, các macker viêm gan A, B, C, D. HbsAg, anti HCV, CMV (Cytomegalo virut) tùy theo từng bệnh nhân cụ thể.

+ Nghĩ đến bệnh thận – tiết niệu: Tổng phân tích nước tiếu

+ Nghĩ đến bệnh đường tiêu hóa:

+ Ỉa lỏng nhiều -> TD Tiêu chảy cấp: Rotavirus phân

+ Ỉa phân nhầy -> TD Viêm ruột: Soi phân (hồng cầu, bạch cầu)

+ Nghĩ đến bệnh lý thai sản, chửa ngoài dạ con: HCG máu…

- X-quang:

+ X-quang bụng: khi nghi nghờ tắc ruột, thủng tạng rỗng (hơi tự do), dị vật (sỏi cản quang thận, túi mật …).

+ X-quang ngực: khi nghi nghờ viêm phổi đặc biệt là apxe phổi.

- Siêu âm bụng: khi nghi ngờ lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột do xoay ruột bất toàn, viêm tụy, bệnh lý hệ niệu dục (sỏi niệu, xoắn tinh hoàn, buồng trứng, u nang buồng trứng vỡ, …).

- CT scan bụng: giúp chẩn đoán viêm tụy, khối u ở bụng, abces ổ bụng, viêm ruột thừa khó, túi thừa Meckel.

- Nội soi tiêu hóa: khi nghi ngờ các bệnh lý viêm loét dạ dày, tá tràng, bệnh viêm đại tràng loét hay crohn, các polype ở đại trực tràng, bệnh phình đại tràng (Hirchsprung) ...

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Có rất nhiều nguyên nhân gây đau bụng nhưng thường được chia thành 2 nhóm chính đó là nguyên nhân ngoại khoa và nội khoa

2.2.1. Các nguyên nhân ngoại khoa

- Các bệnh cấp cứu đường tiêu hóa

+ Viêm ruột thừa cấp và biến chứng như viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn thể do viêm ruột thừa vỡ.

+ Tắc ruột

+ Lồng ruột

+ Xoắn ruột

+ Thoát vị nghẹt

+ Viêm ruột hoại tử

+ Viêm phúc mạc

+ Chấn thương bụng

- Cấp cứu về niệu – sinh dục.

+ Xoắn tinh hoàn

+ Xoắn buồng trứng

+ Chửa ngoài dạ con vỡ...

2.2.2. Các nguyên nhân nội khoa

- Bệnh lý ở đường tiêu hóa

+ Viêm dạ dày ruột và tiêu chảy cấp

+ Táo bón

+ Loét dạ dày tá tràng

+ Rối loạn chức năng ruột

+ Hội chứng ruột kích thích

+ Viêm hạch mạc treo

+ Bệnh Hirschspung

+ Viêm đường mật

+ Viêm gan virut

+ Viêm tụy cấp

+ Áp xe gan ...

- Bệnh lý ngoài đường tiêu hóa

+ Nhiễm trùng tiết niệu và viêm thận bể thận

+ Nhiễm khuẩn tiểu khung

+ Đau bụng kinh nguyết

+ Viêm phổi thùy và thoát vị hoành

+ Viêm mao mạch dị ứng

+ Các bệnh thần kinh như động kinh thể bụng, đau bụng migraine...

3. Điều trị

3.1. **Chuyển ngoại phẫu thuật**

- Viêm ruột thừa và các biến chứng như viêm phúc mạc ruột thừa

- Tắc ruột, lồng ruột, xoắn ruột, chửa ngoại dạ con vỡ, chấn thương vỡ tạng đặc ở bụng...

3.2. **Điều trị giảm đau**

- Các thuốc giảm đau chống co thắt chỉ thực hiện cho bệnh nhân khi đã loại trừ được các bệnh ngoại khoa.

3.3. **Điều trị theo nguyên nhân**

4. Một số điểm lưu ý đặc biệt:

- Trong một số trường hợp nếu loại được các bệnh ngoại khoa và bệnh nặng khác có thể cho bệnh nhân ra viện nhưng phải dặn dò kỹ lưỡng để bệnh nhân có thể quay lại phòng cấp cứu bất cứ lúc nào khi cần.

- Những trường hợp khó có thể phải cho nhập viện theo dõi diễn biến của đau bụng và đánh giá lại khi cần để chắc chắn không bỏ sót các trường hợp đau bụng ngoại khoa. Những trường hợp này thì không nên dung thuốc giảm đau vì có thể làm mất triệu chứng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 4068/QĐ- BYT ngày 29/07/2016 của BYT, ban hành hướng dẫn biên soạn quy tình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh .
2. Nguyễn Gia Khánh. Đau bụng. Sách giáo khoa Nhi khoa. Chủ biên: GS . Nguyễn Công Khanh. 2016; Tr837- 843.
3. Bệnh viện Nhi đồng 2. Đau bụng cấp tính. Phác đồ điều trị nhi khoa. Nhà xuất Y học 2016; Tr 97- 102.
4. PGS.TS. Nguyễn Tiến Dũng. Đau bụng cấp tính. Cấp cứu nhi khoa. Nhà xuất Y học 2016; Tr 276- 290.
5. Sách " Các xét nghiệm hóa sinh thường quy sử dụng trong thực hành lâm sàng" Nhà xuất Y học 2013.
6. Thông tư 35/2016/ TT- BYT, ngày 28/ 09/ 2016 của BYT, ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.
7. Thông tư 50/2017/ TT-BYT, ngày 29/12/2017 của BYT, ban hành sủa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TRẺ NÔN

1. Định nghĩa

Nôn là tình trạng tống một phần hoặc toàn bộ thức ăn trong dạ dày hoặc ruột ra ngoài do sự co bóp cơ trơn dạ dày ruột kèm theo sự co thắt của các cơ vân thành bụng.

Trớ là luồng thức ăn trào ngược đơn thuần sau khi ăn, không có sự co thắt của các cơ vân mà căn nguyên đơn thuần thường do thực quản.

Cần phân biệt giữa nôn và trớ.

2. Chẩn đoán

Để tiếp cận một bệnh nhân nôn, thầy thuốc cần hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng cẩn thận. Khi thu thập các dữ kiện lâm sàng qua hỏi bệnh, cần xác định 2 điểm chính sau: đặc điểm nôn và hoàn cảnh xuất hiện nôn.

2.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm xuất hiện nôn: mới đây hoặc từ lâu, từ lúc mới sinh hay sau một khoảng thời gian bình thường là 3- 4 tuần, hay lúc bắt đầu ăn dặm, loại thức ăn. Chế độ nuôi dưỡng: số lần bú, sữa mẹ hay sữa công thức, có thay đổi chế độ ăn gần đây không.
- Tần suất nôn: nôn ít hay nôn nhiều lần và diễn tiến (giảm bớt hay nặng dần). Nôn tất cả mọi thứ là một dấu hiệu nguy hiểm toàn thân cần phải nhập viện để theo dõi và điều trị tại bệnh viện
- Nôn thụ động hay nôn mạnh thành vòi
- Nôn có liên quan đến tư thế hay ho.
- Thời điểm nôn: sau bữa ăn hay xa bữa ăn
- Đặc điểm của dịch nôn, màu sắc thành phần: ói thức ăn kèm theo nhớt hay chỉ có nước, nôn máu, nôn ra dịch mật).
- Các triệu chứng đường tiêu hóa khác đi kèm: tiêu chảy, chướng bụng, đau bụng, chán ăn…
- Các triệu chứng ngoài đường tiêu hóa kèm theo
- Bệnh sử có chấn thương đầu không
- Thuốc sử dụng (điều trị nôn hay bệnh khác)

2.2. Khám lâm sàng

2.2.1. Khám cơ quan tiêu hóa:

- Quan sát bụng để tìm các dấu hiệu: chướng bụng, các sóng nhu động bất thường, dấu hiệu rắn bò.
- Sờ bụng: tìm khối u cơ môn vị, khối lồng, gan to, lách to, phản ứng viêm phúc mạc, lỗ thoát vị, thăm trực tràng.
- Gõ bụng: tìm dấu hiệu gõ đục vùng thấp, tìm dấu hiệu mất vùng đục trước gan (thủng tạng rỗng)

- Tìm bệnh lý tai mũi họng (viêm họng, viêm tai giữa…), bệnh viêm đường hô hấp dưới

- Tìm bệnh lý thần kinh: khám tri giác dấu hiệu thần kinh khu trú, tăng áp lực nội sọ, soi đáy mắt yếu liệt chi, dấu hiệu màng não – màng não, co giật.

2.2.2. Hậu quả của nôn

- Dấu hiệu mất nước: đánh giá mức độ

- Tìm dấu hiệu suy dinh dưỡng hoặc sụt cân: gợi ý nôn kéo dài ảnh hưởng đến dinh dưỡng của trẻ.

2.2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

a. Nôn cấp tính kèm theo sốt:

- Nguyên nhân đường tiêu hóa: viêm dạ dày- ruột, tiêu chảy cấp, ngoài đường tiêu hóa chủ yếu (viêm tai giữa, nhiễm trùng đường tiểu, viêm màng não…)

- Các nguyên nhân ngoại khoa: viêm ruột thừa, lồng ruột, tắc ruột, thoát vị bẹn nghẹt

- Nguyên nhân thần kinh: tăng ALNS do khối u hoặc do ngộ độc, viêm màng não, tụ máu ngoài màng cứng, dưới màng cứng

b. Nôn dai dẳng, tái đi tái lại

- Cần nghĩ đến do ăn không đúng cách: cho ăn quá nhiều hoặc các nguyên nhân cơ học:

- Hẹp môn vị do phì đại lớp cơ: bệnh được phát hiện khoảng 2 đến 3 tháng đầu mới sinh, nhất là giữa 2 đến 4 tuần,

- Trào ngược dạ dày thực quản

- Dị ứng đạm sữa bò

- Bệnh chuyển hóa: tăng sản thượng thận bẩm sinh, bất dung nạp Frutose, tăng amoinac máu, bệnh lý của acid amin).

c. Nôn do nguyên nhân tâm lý nghĩ đến sau cùng khi đã loại trừ các nguyên nhân trên.

2.2.4. Chẩn đoán nguyên nhân theo tuổi

Bảng 3.1 Sơ lược một số nguyên nhân nặng theo tuổi sơ sinh

Nguyên nhân	**Đặc điểm**
Dò khí quản – thực quản	Tăng tiết nước bọt, tím và sặc khi bú, bụng chướng
Hẹp môn vị phì đại	Trẻ trai mắc nhiều hơn trẻ gái, nôn sau 2 tuần tuổi, nôn không có dịch mật, khối gò hình quả trám khi di chuyển trên bụng
Tắc tá tràng	X-Q bụng hình ảnh mức nước mức hởi
Teo, hẹp ruột	Nôn ra dịch mật
Ruột xoay bất toàn	Nôn từng đợt

Viêm ruột hoại tử	Trẻ đẻ non, ỉa máu, giảm tiểu cầu, X quang có bóng hơi trong thành ruột
Xuất huyết não	Sinh non, sinh khó, siêu âm não, CT scanner sọ não (+)
Bệnh Hirschprung	Chậm phân su, chụp Xquang đại tràng có cản quang
Nguyên nhân khác	Cho ăn sai, viêm màng não, suy thượng thận, bệnh chuyển hóa

Bảng 3.2 Sơ lược một số nguyên nhân nặng theo tuổi nhũ nhi và trẻ lớn

Nguyên nhân	Đặc điểm
Lồng ruột cấp	Nôn, ỉa máu, đau quặn bụng, sờ bụng có khối lồng
Viêm ruột thừa	Đau hố chậu phải, đề kháng thành bụng
Trào ngược dạ dày thực quản	Có thể có triệu chứng hô hấp nổi bật, sụt cân
Hội chứng Reye	Bệnh não, gan thoái hóa mỡ, có bằng chứng nhiễm siêu vi và đang dùng aspirin
Viêm tụy cấp	Nôn, đau bụng nhiều amylase máu và nước tiểu tăng do viruts, sỏi, chấn thương
Dị vật thực quản	Chụp Xquang
Nguyên nhân khác	Viêm dạ dày, viêm phổi, viêm gan siêu vi, u não, bệnh chuyển hóa (như bệnh không dung nạp Fructose)

2.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm cận lâm sàng cần dựa trên các chẩn đoán phân biệt đặt ra sau khi thăm khám lâm sàng toàn diện

- Công thức máu
- CRP phản ứng hoặc CRP định lượng hoặc Pro-calcitonin (theo TT50/2017) khi nghi ngờ nhiễm khuẩn
- Sinh hóa:

+ GOT, GPT
+ Ure/Creatinin
+ Albumin/Protid
+ Điện giải đồ, Glucose

- Nghĩ đến viêm họng/viêm tai giữa → Khám chuyên khoa Tai mũi họng

- Nguyên nhân do đường tiêu hóa
  + Nghĩ đến viêm tụy cấp → Amylase máu
  + Nghĩ đến Viêm ruột → soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu
  + Nghĩ đến Tiêu chảy cấp → tìm Rotavirus trong phân
  + Nghĩ đến Tắc ruột → Chụp XQ ổ bụng
  + Nghĩ đến Lồng ruột/ phì đại môn vị…. → siêu âm ổ bụng
  + Nghĩ đến Viêm dạ dày → Nội soi dạ dày, sinh thiết Hp
- Nguyên nhân do não
  + Nghĩ đến Xuất huyết não → đông máu cơ bản, CT scanner sọ não
  + Nghĩ đến U não/ Chấn thương sọ não → CT Scanner hoặc MRI sọ não
  + Nghĩ đến Viêm não – màng não → Chọc dịch não tủy, xét nghiệm tế bào, sinh hóa và cấy dịch não tủy
- Nghĩ đến bệnh chuyển hóa → xét nghiệm sàng lọc

3. Điều trị

- Bù nước và điện giải theo phân độ mất nước A, B, C
- Điều trị theo nguyên nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Nôn trớ trẻ em", Bài giảng Nhi khoa tập 1 bộ môn Nhi, Đại học Y Dược TPHCM, tr223-230.
2. Nguyễn Gia Khánh (2009), "Hội chứng nôn ở trẻ em", Bài giảng Nhi khoa tập 1 bộ môn Nhi, Đại học Y Hà Nội, tr283-294.
3. Ói ở trẻ em. https://fr.slideshare.net/ThanhLiemVo/tiếp cận triệu chứng ói trẻ em.
4. Phác đồ điều trị Nhi khoa, Bệnh viện Nhi Đồng 1, năm 2019.

CHƯƠNG II:
HỒI SỨC SƠ SINH

XUẤT HUYẾT NÃO (I61)

Xuất huyết não thường gặp ở trẻ đẻ non và trẻ nhỏ từ 1 đến 2 tháng tuổi

A. Xuất huyết não ở trẻ đẻ non

1. Khái niệm

Xuất huyết não là một biến chứng hay gặp ở trẻ đẻ non, nhất là trẻ ≤ 32 tuần thai. 90% xuất hiện trong tuần đầu sau sinh. Trong đó xuất huyết trong não thất (IVH – Intraventricular Hemorrhage) là loại thường gặp nhất. Tần suất khoảng từ 13 - 65% ở các trung tâm khác nhau, tuổi thai càng thấp thì tỉ lệ xuất huyết trong não thất càng tăng và bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố nguy cơ chu sinh.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng , cân nặng , tuổi thai lúc sinh.

Siêu âm thóp cho chẩn đoán xác định. Nếu cần chụp CT scanner sọ não.

- Lâm sàng

Phần lớn xuất huyết trong não thất không có triệu chứng lâm sàng, vài trường hợp dẫn đến xuất huyết nặng, 75% xuất hiện từ 1 – 3 ngày đầu sau sinh, đôi khi từ 14 – 30 ngày, hiếm gặp sau 1 tháng, gồm 2 hội chứng sau:

- Hội chứng thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, thiểu niệu, sốc..

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ:

+ Hô hấp: rối loạn nhịp thở, xanh tím, cơn ngừng thở > 20 giây.

+ Tim mạch: rối loạn nhịp tim, huyết áp hạ hoặc kẹt.

+ Thần kinh: bú kém, bỏ bú, lừ đừ, khóc thét, co giật kiểu co cơ, giảm trương lực cơ, sụp mi, đồng tử giãn không đều, phản xạ ánh sáng giảm, thóp phồng, khe khớp giãn rộng, rối loạn điều hòa thân nhiệt. Nặng hơn: tư thế mất não, liệt mềm tứ chi, hôn mê, mất phản xạ ánh sáng.

+ Nhuyễn não chất trắng quanh não thất: không có triệu chứng cho đến khi có di chứng thần kinh của tổn thương chất trắng.

- Cận lâm sàng

- Công thức máu : HCT, số lượng hồng cầu giảm, tiểu cầu bình thường hoặc giảm

- Đông máu cơ bản

- Nhóm máu ABO - Rh khi cần truyền máu

- Khí máu toan chuyển hóa, giảm PO2, tăng PCO2

- Sinh hóa máu : hạ đường huyết, tăng Bilirubin gián tiếp, kiểm tra chức năng gan thận, điện giải đồ, canxi, đường, magie (nếu có co giật, hạ Canxi), protid, lactat(nếu có biểu hiện sốc, suy hô hấp)...

- Siêu âm qua thóp

+ Độ I: xuất huyết ở vùng mầm hoặc có kèm xuất huyết trong não thất vùng xuất huyết < 10% não thất

+ Độ II: xuất huyết trong não thất, vùng xuất huyết 10 – 50% não thất

+ Độ III: vùng xuất huyết > 50% não thất, thường có kèm giãn não thất bên

+ Độ IV: chảy máu trong nhu mô não, bất kì số lượng và vị trí

- Do triệu chứng của xuất huyết não, màng não không đặc hiệu hoặc không rõ ràng:

+ Siêu âm thóp thường quy ở tất cả trẻ ≤ 32 tuần, lần đầu lúc 7 -14 ngày tuổi sau sinh, nhắc lại lúc 36 – 40 tuần tuổi hiệu chỉnh

+ Siêu âm thóp chẩn đoán ở trẻ bệnh nặng, nghi ngờ xuất huyết não

+ Siêu âm thóp ở trẻ > 32 tuần có các yếu tố nguy cơ như sinh ngạt, suy hô hấp nặng, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng huyết, viêm ruột hoại tử

- Chụp CT scanner sọ não xác định chính xác vị trí xuất huyết hoặc cộng hưởng từ khi có các biến chứng kèm theo.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thiếu máu: phân biệt với nhiễm khuẩn huyết nặng, bệnh lý về máu bẩm sinh.
- Triệu chứng thần kinh với các bệnh lý bất thường não bẩm sinh, nhiễm trùng bào thai.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Không có điều trị nào đặc hiệu khi xuất huyết não đã xảy ra. Điều trị hỗ trợ với mục tiêu phục hồi tưới máu não, ngăn tổn thương não tiến triển và phát hiện sớm biến chứng.

3.2. Điều trị cụ thể:

- Xử trí cấp cứu cơ bản ABC : hỗ trợ hô hấp, truyền dịch, chống sốc nếu có, truyền máu nếu thiếu máu, duy trì tưới máu não, tránh tăng hoặc hạ huyết áp.

- Điều chỉnh rối loạn đông máu

- Thông khí cung cấp oxygen đầy đủ, tránh tăng hoặc giảm CO2 máu vì dễ phù não và xuất huyết thêm

- Cung cấp đủ dịch, điện giải, hỗ trợ dinh dưỡng

- Chống co giật, tránh tổn thương não thêm

- Phát hiện sớm não úng thủy và tăng áp lực nội sọ(đo vòng đầu và siêu âm não mỗi tuần)

- Khám chuyên khoa thần kinh với các trường hợp xuất huyết não độ III, độ IV

3.3. Biến chứng và xử trí biến chứng

- Não úng thủy sau xuất huyết não(giãn não thất):

- Khoảng 1 -3 tuần sau, xảy ra khoảng 25% trẻ sơ sinh xuất huyết não

- Tần suất 70 – 75% trẻ xuất huyết não độ III, IV tiến triển đến giãn não thất so với 7% độ I, II

- Tiến triển sẽ gây tổn thương chất trắng quanh não thất với nang hóa và nhuyễn não chất trắng

- Giãn não thất tiến triển nhanh gây tăng áp lực nội sọ với biểu hiện:

+ Siêu âm thóp: giãn não thất > 4mm so với 97 percentiles theo tuổi sau sinh.

+ Bằng chứng của tăng áp lực nội sọ với khe thóp rộng, thóp phồng

+ Tăng vòng đầu > 2 cm mỗi tuần

- Xử trí: hội chẩn bác sĩ ngoại thần kinh:

+ Chọc dò tủy sống lấy bớt dịch não thất, siêu âm não trước và sau thủ thuật, để cho thấy có giảm kích thước não thất, thường hiệu quả kém

+ Dẫn lưu não thất tạm thời khi thủ thuật chọc lấy bớt dịch tủy sống không hiệu quả.

+ Dẫn lưu não thất vĩnh viễn

- Nhồi máu quanh não thất: do tắc nghẽn tĩnh mạch sau xuất huyết, về lâu dài ảnh hưởng đến phát triển trí tuệ.

- Nhuyễn hóa chất trắng quanh não thất, nang não, teo não.

- Di chứng muộn mù, điếc, rối loạn vận động.

3.4. Phòng ngừa: rất quan trọng, bao gồm

- Trước sinh

+ Phòng ngừa đẻ non

+ Tăng cường quản lý chu sinh, bao gồm:

✓ Vận chuyển thai phụ có nguy cơ sinh non tới trung tâm trước khi sinh.

✓ Corticoid trước sinh: tăng trưởng thành của phổi và giảm tần suất xuất huyết não.

✓ Quản lý thai nghén tốt. Các thai phụ đang dùng các thuốc có nguy cơ chảy máu nên được dùng vitamin K trước sinh.

- Sau sinh:

+ Vitamin K: 0,5 – 1mg tiêm bắp dự phòng cho tất cả trẻ ngay sau sinh.

+ Có kỹ năng hồi sức để tránh thiếu oxy và tăng CO2.

+ Hỗ trợ tuần hoàn để tránh hạ huyết áp và dao động áp lực máu động mạch.

+ Điều chỉnh các bất thường đông máu.

Lịch siêu âm qua thóp

Tuổi	Chỉ định siêu âm
1 ngày	Ngạt chu sinh, phơi nhiễm thuốc trong tử cung

3 ngày	Bất thường trên lâm sàng
7 ngày	Mọi trẻ đẻ non có tuổi thai <= 32w

Sau đó:

+ Nếu có IVH, siêu âm qua thóp sau 1 tuần (để phát hiện sớm não úng thuỷ). Việc kiểm tra tiếp theo phụ thuộc trên lâm sàng.

+ Nếu không có IVH, nhắc lại siêu âm qua thóp ở tuổi thai 4 - 6 tuần để phát hiện nang nhuyễn não chất trắng.

B. Xuất huyết não - màng não ở trẻ 1 - 2 tháng tuổi.

1. Chẩn đoán.

- Lâm sàng

- Hội chứng thiếu máu cấp : da xanh, niêm mạc nhợt.

- Hội chứng não – màng não : co giật, rên è è, thóp căng phồng, li bì, hôn mê, giảm vận động nửa người.

- Cận lâm sàng.

- Công thức máu : Hb , HCT giảm, tiểu cầu bình thường

- Nhóm máu ABO – Rh nếu có truyền máu

- Đông máu cơ bản : PT, APTT kéo dài, fibrinogen bình thường

- Khí máu : Toan chuyển hóa, pCO2 tăng, pO2 giảm

- Sinh hóa máu : hạ đường huyết , tăng Bilirubin gián tiếp, kiểm tra chức năng gan thận, điện giải đồ, canxi, đường, magie (nếu có co giật, hạ Canxi), protid, lactat(nếu có biểu hiện sốc, suy hô hấp)...

- Chọc dịch não tuỷ : dịch máu đỏ để không đông, dịch hồng, dịch vàng, tế bào bình thường.

- Siêu âm qua thóp, chụp cắt lớp vi tính cho biết các vị trí chảy máu não : chảy máu dưới màng cứng, chảy máu dưới màng nhện, ổ máu tụ trong não, chảy máu trong não thất.

- Trẻ nhỏ thường chảy máu ở não và màng não.

2. Điều tri:

2.1. Điều trị cụ thể

- Xử trí cấp cứu cơ bản ABC : hỗ trợ hô hấp , truyền dịch chống sốc nếu có, truyền máu nếu thiếu máu, duy trì tưới máu não, tránh tăng hoặc hạ huyết áp, điều trị co giật.

- Điều trị thiếu máu :

+ Truyền máu

Truyền hồng cầu 10-15 ml/kg.

Truyền plasma tươi đông lạnh 10ml/kg nếu xuất huyết nặng

+ Tiêm Vitamin K 1-2 mg tiêm bắp

- Điều trị hội chứng tăng áp lực sọ não, giảm phù não :

+ Manitol 20%, 0,5g/kg x 2 lần/ngày cách 8 – 10 giờ, truyền nhanh tốc độ 40 giọt/phút, trong 2-3 ngày. Truyền tiếp Ringer Lactate 40 – 50ml/kg/ngày.

+ Dexamethasone 0,4mg/kg tĩnh mạch x 2 lần/ngày; trong 2 – 3 ngày.

+ Nếu thóp còn căng phồng : Lasix x 1,5 – 2mg/kg TM, tiêm nhắc lại sau 8 – 10 giờ, kiểm soát điện giải đồ

- Điều trị hỗ trợ :

+ Tư thế đầu cao 30 độ

+ Cho ăn qua sonde

+ Nếu suy hô hấp hoặc có triệu chứng thiếu máu nhiều cho thở oxy 0.5 – 1 l/ phút, đặt nội khí quản nếu ngừng thở, co giật khó khống chế cần an thần hoặc gây mê.

+ Nếu trẻ có sốc do mất máu, bồi hoàn thể tích với Natrichlorua 0.9% 10-20ml/kg/30 phút, sau đó nhanh chóng truyền khối hồng cầu và plasma tươi đông lạnh

+ Nếu trẻ có co giật, chỉ định Phenolbarbital 20mg/kg tĩnh mạch chậm 30 phút, lặp lại nếu không cải thiện, liều tối đa 40mg/kg.

2.2. Dự phòng

– Vitamin K 5mg tiêm bắp cho mẹ có thai vào 2 tuần cuối trước sinh.

– Sơ sinh sau đẻ Vitamin K 1-2 mg tiêm bắp hoặc uống 5mg.

– Tiêm nhắc lại lúc 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.

2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản Y học.

SUY HÔ HẤP SƠ SINH (P22)

1. Định nghĩa

Suy hô hấp là tình trạng rối loạn chức năng hô hấp do nhiều nguyên nhân, tại phổi hoặc ngoài phổi gây ra thất bại trong quá trình trao đổi khí dẫn đến thiếu oxy và tăng CO2 trong máu, do đó không còn khả năng duy trì PaO_2, $PaCO_2$, pH ở mức có thể chấp nhận được.

Là hội chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh đòi hỏi phải cấp cứu nhanh chóng và xử trí đúng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Khám lâm sàng

- 3 nhóm triệu chứng chính:

+ Thay đổi nhịp thở: thở nhanh > 60l/ph, hoặc thở chậm < 30l/ph.

+ Dấu hiệu thở gắng sức: phập phồng cánh mũi, rút lõm lồng ngực, thở rên.

+ Tím khi thở khí trời: tím quanh môi, đầu chi hoặc toàn thân, đo SpO_2 < 90%.

- Ngoài ra còn có những triệu chứng đáng chú ý khác: nhịp tim nhanh hay chậm, thay đổi tri giác, giảm phản xạ.

- Hỏi tiền sử

- Trẻ đẻ non

+ Phổi chưa trưởng thành, thiếu surfactant → bệnh màng trong.

+ Hệ thần kinh chưa hoàn chỉnh → cơn ngừng thở.

+ Mẹ nhiễm trùng gây đẻ non → bất hoạt surfactant.

- Trẻ đẻ ngạt: tuần hoàn phổi giảm, nguy cơ hít.

- Trẻ đẻ mổ: nguy cơ chậm tiêu dịch phổi → thở nhanh thoáng qua.

- Mẹ tiểu đường → ảnh hưởng tổng hợp surfactant → bệnh màng trong.

- Mẹ ối vỡ sớm, sốt, nước ối bẩn hôi → nhiễm trùng làm bất hoạt surfactant.

- Da trẻ nhuốm màu phân su → hít phân su.

- Cận lâm sàng

- Khí máu: thực hiện khi cần hỗ trợ hô hấp, hoặc khi nhu cầu hỗ trợ hô hấp tăng, đánh giá PaO_2, $PaCO_2$, tình trạng toan kiềm.

- Chụp X-quang phổi.

- Các xét nghiệm khác: Tùy theo nguyên nhân gây ra suy hô hấp mà có những chỉ định cận lâm sàng khác.

+ Công thức máu

+ Chức năng đông máu nếu có xuất huyết, chảy máu

+ Cấy máu, cấy các loại dịch nếu có nhiễm trùng

+ Siêu âm tim

+ Các xét nghiệm sinh hóa như: LDH, lactat, chức năng gan, thận, men tim, bilirubin TP,TT, canxi, Protein, albumin, điện giải đồ...

2.2. Chẩn đoán mức độ

Mức độ suy hô hấp được đánh giá bằng chỉ số Silverman, dựa vào 5 tiêu chí lâm sàng sau:

Triệu chứng	**0**	**1**	**2**
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược chiều
Co kéo liên sườn	–	+	++
Rút lõm hõm ức	–	+	++
Cánh mũi phập phồng	–	+	++
Tiếng thở rên	–	Qua ống nghe	Nghe được bằng tai

Tổng số điểm:

<3 đ : Không suy hô hấp

3-5đ : Suy hô hấp nhẹ

>5đ : Suy hô hấp nặng

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Bệnh lý	**Tuổi**	**Dấu hiệu**	**Tiền sử**	**X quang**
Bệnh màng trong	Non tháng	Suy hô hấp sớm sau sinh	Sinh non ± ngạt	Lưới hạt, khí phế quản đồ
Hít phân su	Già tháng, đủ tháng	Lồng ngực căng phồng, nhuộm phân su da, cuống rốn	Nước ối xanh, ngạt, có phân su trong dịch ối	Xẹp, xen kẽ ứ khí từng vùng
Ngạt, viêm phổi hít (ối, máu)	Già tháng, đủ tháng	Suy hô hấp, dấu hiệu thần kinh	Ngạt sau sinh, đôi khi phải hỗ trợ hô hấp ngay sau sinh	Tăng đậm mạch máu phổi, đôi khi trắng xóa hai phổi
Viêm phổi	Mọi lứa tuổi	Sốt hoặc hạ thân nhiệt, vàng da sớm	Vỡ ối sớm, nước ối mùi hôi, mẹ mắc bệnh nhiễm trùng	Mờ dạng đốm và/hoặc khí phế quản đồ, có thể khó phân biệt với bệnh màng trong
Tràn khí màng phổi	Đủ tháng > non tháng	Lồng ngực căng phồng bên tràn khí	Hít phân su, ngạt phải hồi sức hô hấp tuần hoàn	Tràn khí một bên

Thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh	Đủ tháng	Thở nhanh, rên nhẹ, ít gây SHH nặng	Sinh mổ, kẹp rỗn trễ	Tăng đậm mạch máu phổi, rãnh liên thủy, đường viền màng phổi
Cơn ngừng thở ở trẻ non tháng	Non tháng	Cơn ngừng thở > 20 giây kèm mạch chậm < 100 l/p		Phổi sáng bình thường, cần chẩn đoán loại trừ
Thoát vị hoành	Đủ tháng > non tháng	Phế âm mất 1 bên, bụng lõm	Có thể có chẩn đoán trước sinh	Quai ruột trong lồng ngực
Teo thực quản	Đủ tháng, non tháng	Sùi bọt miệng, không thể đặt sonde dạ dày	Có thể có chẩn đoán trước sinh	Bóng khí của túi cùng thực quản
Tim bẩm sinh	Đủ tháng, non tháng	Suy hô hấp hiếm khí < 4 giờ sau sinh		Bóng tim to, tuần hoàn phổi tăng hoặc giảm

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Thông đường thở.
- Cung cấp oxy.
- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị hỗ trợ.

3.2. Xử trí ban đầu

- Tư thế trung gian
- Thông đường thở, hút đờm giãi
- Hỗ trợ hô hấp

+ Cung cấp oxy

+ Thông khí áp lực dương (bóp bóng qua mặt nạ, NCPAP (Nasal continuous positive airway pressure), đặt nội khí quản (NKQ) thở máy

+ Mục tiêu điều trị: SpO2 90-95%

- Cung cấp oxy khi:

+ Thay đổi nhịp thở > 60 l/p hoặc < 30 l/p, kèm theo dấu hiệu thở gắng sức

+ Hoặc tím tái

+ Hoặc PaO2< 60 mmHg (đủ tháng), PaO2 < 50 mmHg (non tháng)

- Chỉ định thở CPAP

+ Bệnh màng trong

✓ Trẻ non tháng có nguy cơ bệnh màng trong, hoặc thở gắng sức, cần chỉ định NCPAP sớm.

✓ Cân nặng lúc sinh < 1.500 g

✓ Tuổi thai ≤ 32 tuần

+ Cơn ngừng thở ở trẻ non tháng

✓ Ngưng thở > 20 giây

✓ Ngưng thở < 20 giây kèm giảm SpO_2< 85% và/ hoặc giảm nhịp tim

+ Suy hô hấp

✓ Cần FiO_2> 40-50% để duy trì SpO_2> 90%

✓ Thở nhanh, tăng công thở (dù đã thở oxy với FiO_2> 40%)

- Chỉ định đặt NKQ, thở máy

+ Toan hô hấp (pH < 7,2 và $PaCO_2$ > 60-65 mmHg)

+ Giảm oxy máu (PaO_2 < 50 mmHg hoặc gắng sức nhiều dù đã thở NCPAP với FiO_2 > 60%)

+ Ngưng thở nặng không đáp ứng với thở CPAP

3.3. Điều trị nguyên nhân

- Các bệnh lý cần can thiệp ngoại khoa: thoát vị hoành, teo thực quản, teo tịt lỗ mũi sau…

- Các bệnh lý nội khoa có xử trí đặc hiệu:

+ Viêm phổi hít phân su: bơm surfactant

+ Tràn khí màng phổi: lượng nhiều cần dẫn lưu

+ Ngộ độc Morphin hoặc dẫn xuất Morphin: Dùng Naloxone 0,1mg/ kg/lần tĩnh mạch

+ Cơn ngừng thở ở trẻ sinh non: Caffein citrate 20mg/kg liều tấn công, 5mg/kg/ngày liều duy trì TM hoặc uống

+ Bệnh màng trong: bơm surfactant, thở NCPAP

3.4. Các điều trị khác

- Đảm bảo khả năng phân bố oxy cho mô và tế bào:

+ Sốc: bồi hoàn thể tích tuần hoàn.

+ Chỉ định truyền máu theo tuổi thai và bệnh chính.

- Điều trị toan máu:

Chỉ bù Bicarbonate khi có toan chuyển hóa nặng (pH< 7,2) và không kèm toan hô hấp.

3.5. Điều trị hỗ trợ

- Đảm bảo môi trường nhiệt độ thích hợp

- Cung cấp oxy ẩm, ấm

- Cung cấp đủ năng lượng, tùy tình trạng bệnh có thể bơm sữa qua sonde dạ dày hoặc nuôi bằng đường tĩnh mạch

- Điều trị nhiễm trùng: Bằng các loại kháng sinh phổ rộng

4. Phòng bệnh

- Thực hiện tốt hồi sức tại phòng sinh, xử trí ngạt
- Phòng ngừa hít, sặc, chống trào ngược
- Sử dụng corticoid trước sinh cho bà mẹ mang thai 24 -34 tuần có nguy cơ sinh non trong 7 ngày để phòng ngừa bệnh màng trong: dùng 2 liều Betamethason 12mg (TB) 24 giờ/ lần hoặc 4 liều Dexamethasone 6mg (TB) 12 giờ/ lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản Y học.

CHẬM TIÊU DỊCH PHỔI (P22.1)

1. Khái niệm

Chậm tiêu dịch phổi là một hội chứng suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh. Còn được gọi là thở nhanh thoáng qua hay hội chứng chậm hấp thu dịch phổi. Hội chứng này thường xảy ra ở trẻ sinh đủ tháng hoặc gần đủ tháng đẻ mổ chưa có chuyển dạ, đẻ nhanh.

Chậm tiêu dịch phổi được đặc trưng bởi tình trạng phù phổi do chậm tái hấp thu và giải phóng dịch trong phế nang từ thời kỳ bào thai. Có khả năng hồi phục sau 48-72 giờ.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng**

- Suy hô hấp (SHH) có thể xuất hiện ngay hoặc trong vài giờ đầu sau sinh, thường SHH nhẹ hoặc vừa, có thể ổn định sau 48- 72 giờ. Ít gặp SHH phải thở máy.
- Thở nhanh > 60 lần / phút là triệu chứng nổi bật
- Tím tái
- Thở rên
- Rút lõm lồng ngực
- Lồng ngực có thể hơi vồng
- Nghe phổi có thể bình thường

- **Cận lâm sàng**

- X-quang tim phổi: Tăng thể tích phổi, vòm hoành dẹt, bóng tim có thể hơi to, mạch máu phổi tăng đậm từ rốn phổi, tụ dịch ở rãnh liên thùy, có thể có ít dịch màng phổi, nhu mô phổi mờ nhẹ.
- Khí máu động mạch: Thường gặp toan hô hấp.
- Công thức máu: Thường không thay đổi.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi, nhiễm trùng sơ sinh: Dựa vào X-quang, tiền sử đẻ, xét nghiệm
- Tim bẩm sinh: Khám lâm sàng và siêu âm tim

3. Điều trị

- Hút dịch mũi họng.
- Giữ ấm
- Hỗ trợ hô hấp:

+ Thở oxy, giữ SPO2 >90%

+ N- CPAP nếu thất bại với oxy (tím, gắng sức, thở rên, khí máu thay đổi xấu)

+ SIMV/ AC nếu thất bại với CPAP (FiO2> 60%, AL> 7cmH2O)

- Kháng sinh: Bắt đầu với Ampicillin, có thể phối hợp Gentamycin hoặc Tobramycin tùy vào tình trạng nhiễm trùng kèm theo của bệnh nhân.

- Nuôi dưỡng

+ Đặt sonde dạ dày cho ăn hoặc tạm nhịn ăn nếu suy hô hấp nặng.

+ Hỗ trợ dịch với trường hợp suy hô hấp nặng. Bắt đầu với dung dịch Glucose 10%, tổng dịch 60ml/kg/24h.

- Điều trị triệu chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neonatal guidelines 2017-19: Necrotisingenterocolitis 235-236
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1, 2019.
3. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Trung ương.

BỆNH MÀNG TRONG Ở TRẺ ĐẺ NON

1. Khái niệm

Bệnh màng trong hay còn gọi là hội chứng suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh (RDS) là bệnh lý cấp tính gây ra bởi tình trạng thiếu hụt surfactant làm cho phế nang bị xẹp và giảm độ đàn hồi của phổi.

Tình trạng này hay gặp ở trẻ đẻ non < 32 tuần

Bệnh màng trong có thể xảy ra trong vòng 30 phút sau sinh. Và các tế bào biểu mô hồi phục sau 36 - 72 giờ sau sinh và quá trình sản xuất surfactant nội sinh bắt đầu.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng

- Triệu chứng có thể xuất hiện vài phút hoặc vài giờ sau đẻ, nếu không điều trị tích cực suy hô hấp sẽ tiến triển nặng dần trong vòng 24- 48 giờ. Trường hợp nhẹ có thể ổn định ở 72- 96 giờ (không điều trị surfactant).

- Các dấu hiệu của suy hô hấp :

+ Thở nhanh

+ Thở rên ở thì thở ra, phập phồng cánh mũi, co kéo hõm ức, liên sườn,..

+ Thở không đều, cơn ngừng thở dài

+ Tím

- Khám lâm sàng : rì rào phế nang giảm, có thể có phù ngoại biên do giữ nước.

- Mức độ suy hô hấp được đánh giá theo chỉ số Silverman

< 3 điểm: không suy hô hấp

3-5 điểm: suy hô hấp vừa

> 5 điểm: suy hô hấp nặng

- Cận lâm sàng

- Khí máu: giảm PaO2. Trong giai đoạn đầu pCO2 có thể bình thường hoặc tăng nhẹ

- Công thức máu: trong giới hạn bình thường

- Chụp X- quang phổi: 4 giai đoạn

+ Giai đoạn 1: ứ khí ở phế quản lớn, phế quản gốc sáng hơn bình thường.

+ Giai đoạn 2: nhiều phế nang bị xẹp tạo hình ảnh lấm tấm mờ những hạt mịn, hình ảnh lưới hạt điển hình.

+ Giai đoạn 3: phổi bị xẹp nhiều tạo hình ảnh mờ đều ở 2 phổi, bờ tim không rõ ràng.

+ Giai đoạn 4: phổi mờ hoàn toàn, khó phân biệt ranh giới tim- phổi, chỉ thấy 2 nhánh khí phế quản.

- Siêu âm não nếu nghi ngờ xuất huyết não.

- Siêu âm tim nêu nghi ngờ tim bẩm sinh.

- Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Trẻ đẻ non

- Suy hô hấp xuất hiện ngay sau sinh hoặc vài giờ sau sinh.

- Cận lâm sàng: Khí máu động mạch PaO2 giảm, PaCO2 tăng.

- Các dấu hiệu đặc trưng trên phim X- quang phổi: hình ảnh lưới hạt đều lan toả nhu kính mờ hai phế trường kèm hình ảnh khí nội phế quản , giảm thể tích phổi.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Khó thở nhanh thoáng qua

- Viêm phổi bẩm sinh

- Các tình trạng suy hô hấp không do phổi: hạ nhiệt độ, hạ đường huyết, thiếu máu, đa hồng cầu, toan chuyển hoá.

2.3. Chẩn đoán biến chứng

- Tràn khí màng phổi

- Chảy máu phổi

- Còn ống động mạch

- Xuất huyết não

- Viêm ruột hoại tử

- Bệnh võng mạc ở trẻ đẻ non

- Bệnh phổi mạn tính

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Hỗ trợ hô hấp hợp lý

- Điều trị đặc hiệu: liệu pháp surfactant ngoại sinh

- Điều chỉnh các rối loạn

- Dự phòng corticoid trước sinh

3.2. Điều trị cụ thể

- Liệu pháp surfactant

- Dùng sản phẩm surfactant chiết xuất từ động vật

- Điều trị: cho các bệnh nhân đẻ non có hội chứng màng trong phải thở máy với FiO2 ≥ 30% hoặc thất bại với NCPAP (Nasal continuous positive airway pressure) (cần FiO2 ≥ 40% để duy trì SPO2 >90%)

- Liều: 100-200 mg/kg/lần, tuỳ mức độ nặng của bệnh (nếu dùng liều 200 mg/kg sẽ giảm nguy cơ phải điều trị lặp lại. Liều lặp lại: khi bệnh nhân cần FiO2 >30%- 40% và không rút được nội khí quản sau bơm surfactant. Tối đa có thể lặp lại 3 lần cách nhau 6-12 giờ

- Đường dùng: bơm qua nội khí quản.

- Cân nhắc INSURE (INtubation-SURfactant-Extubation) nếu trẻ có nhịp tự thở tốt

- Hiện nay, để tránh các chấn thương đường thở do áp lực, người ta sử dụng phương pháp LISA (less invasive surfactant administration): dùng đèn đặt nội khí quản để đưa ống thông dạ dày qua dây thanh âm khoảng 1,5cm và bơm surfactant qua ống thông dạ dày mà không đặt nội khí quản, bệnh nhân vẫn được thở NCPAP trong quá trình bơm.

- Thông khí hỗ trợ

- Nguyên tắc:

+ SpO2 mục tiêu 90-94%.

+ Hỗ trợ hô hấp không xâm lấn được ưu tiên trước.

+ Chỉ nên cho thở máy nếu những biện pháp khác thất bại, rút ngắn thời gian thở máy.

+ Thông khí Vt mục tiêu.

+ Tránh giảm CO2 < 45 mmHg và tăng CO2 > 60-65 vì tăng nguy cơ tổn thương não.

+ Cai máy thở chấp nhận CO2 cao, miễn pH> 7,22.

- Thở NCPAP để ngăn xẹp phế nang, duy trì dung tích cặn chức năng và giảm các cơn ngừng thở.

- Thở máy không xâm nhập: tránh các chấn thương do ống nội khí quản.

- Thở máy xâm nhập khi có một trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Toan hô hấp: pH < 7,2 và pCO2 > 60 mmHg với NCPAP

+ Giảm Oxy: PaO2 < 50 mmHg với pCO2 > 60 mmHg với NCPAP

+ Ngừng thở dài

- Caffein nên cho sớm, không khuyến cáo dùng Midazolam hay Morphin thường quy.

- Liệu trình ngắn Dexamethasone nên chỉ định trước rút ống nội khí quản (NKQ) ở trẻ thở máy kéo dài sau 1-2 tuần (liều 0,2mg/ kg/ ngày).

- Điều trị hỗ trợ:

+ Giữ nhiệt độ trẻ 36,5- 37 ℃ để giảm tiêu thụ oxy và năng lượng

+ Truyền dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch khi trẻ chưa ăn đủ qua đường miệng, đảm bảo cân bằng dịch, nên giữ âm nhẹ.

+ Duy trì đường huyết

+ Ổn định huyết động học: bolus dịch bằng Natriclorua 0,9% 10 – 20ml/kg và vận mạch khi có bằng chứng giảm tưới máu mô.

+ Điều chỉnh toan kiềm, thiếu máu, rối loạn đông máu.

+ Điều trị đóng ống động mạch nếu ống động mạch có triệu chứng.

+Dinh dưỡng: nuôi ăn đường tĩnh mạch hoặc đường miệng, khuyến khích cho ăn sớm bằng sữa mẹ.

+ Kháng sinh phổ rộng nếu nghi ngờ có nhiễm trùng

Thường phối hợp nhóm Ampicillin (Unasyn) 100mg/kg/ngày và nhóm Aminosid. Cân nhắc dùng thêm nhóm Cepholosporin thế hệ 3 nếu có bằng chứng nhiễm khuẩn nặng. Tốt nhất dùng kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Gợi ý cách xử trí suy hô hấp ở trẻ đẻ non:

< 29 tuần	29-31 tuần	≥ 32 tuần
Thở máy không xâm nhập + surfactant sớm	Thở máy không xâm nhập Cho surfactant nếu phải đặt ống nội khí quản	Theo dõi CPAP/ thở máy không xâm nhập nếu có suy hô hấp.
Rút nội khí quản sớm Cho caffeine	Cho điều trị surfactant nếu FiO2 > 35 % và có dấu hiệu trên x- quang Cho caffeine	Điều trị surfactant muộn hơn khi FiO2 > 40%, có dấu hiệu trên X- quang Cho caffeine nếu có triệu chứng
Lặp lại nếu FiO2 > 35%	Lặp lại nếu FiO2 > 40%	Lặp lại nếu FiO2 > 45%.

3.3. Điều trị dự phòng

- Chăm sóc trước sinh

- Sản phụ có nguy cơ sinh non < 30 tuần nên chuyển đến nơi có kinh nghiệm điều trị bệnh màng trong.

- Cho steroid cho các bà mẹ có nguy cơ đẻ non từ 23-34 tuần, thời gian sử dụng corticoid trước sinh ít nhất 24 giờ mới có hiệu quả.

- Steroid trước sinh nhắc lại sau 1 tuần nếu còn nguy cơ đẻ non < 32 tuần , nếu liệu trình trước đó 1-2 tuần.

- MgS04 chỉ định cho mẹ chuyển dạ sinh non < 32 tuần.

- Cân nhắc dùng thuốc giảm co cho sản phụ nguy cơ sinh rất non để hoàn thành liệu trình steroid trước sinh.

- Hồi sức tại phòng sinh

- Trì hoãn kẹp rốn ít nhất 60s để tăng lượng máu đến trẻ.

- Hồi sức oxy bộ trộn, FiO2 ban đầu 30% cho trẻ < 28W, 21 – 30% cho trẻ 28 – 31%, 21% cho trẻ ≥ 32W.

- Ở trẻ còn tự thở, cho thở CPAP. Nếu ngừng thở hoặc nhịp tim chậm cân nhắc thở máy.

- Đặt NKQ khi trẻ không đáp ứng với hồi sức áp lực dương.

- Trẻ đẻ non có chỉ định đặt NKQ để ổn định thì nên cho surfactant sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.

2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1(2013), Nhà xuất bản Y học.

BỆNH NÃO THIẾU OXY THIẾU MÁU CỤC BỘ (P91.6)
(HIE: Hypoxic- ischemic Encephalopathy)

1. Khái niệm

Ngạt là tình trạng suy yếu sự trao đổi khí máu, nếu kéo dài dẫn đến giảm oxy máu và tăng CO_2 tiến triển với toan chuyển hóa.

Bệnh não trẻ sơ sinh (Neonatal Encephalopathy - NE) là hội chứng rối loạn chức năng thần kinh biểu hiện khó khăn khởi phát và duy trì nhịp thở, giảm trương lực cơ và phản xạ, thay đổi tri giác và thường co giật trong tuần lễ đầu sau sinh ở trẻ đủ tháng và gần đủ tháng.

Bệnh não thiếu oxy (HIE) là thuật ngữ diễn tả bệnh não trẻ sơ sinh với nguyên nhân do thiếu oxy thiếu máu cục bộ.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng**

- Trong bào thai

+ Chậm phát triển trong tử cung với sự tăng đề kháng mạch máu có thể biểu hiện đầu tiên của thiếu oxy thai.

+ Trong quá trình chuyển dạ nhịp tim thai chậm, không đều hoặc muộn hơn tăng nhịp tim thai.

- Vào lúc đẻ: Xác định ngạt thông thường dựa vào các tiêu chuẩn sau:

+ Suy thai cấp(nhịp tim thai bất thường, nước ối có phân su)

+ Appgar < 5 điểm lúc 5 phút và 10 phút

+ Toan chuyển hóa nặng (pH< 7,0; HCO3- ≥ 12 mmol/l; lactat tăng)

+ Các dấu hiệu thần kinh (co giật, hôn mê, giảm trương lực cơ...)

+ Tổn thương nhiều cơ quan (suy đa tạng); đặc biệt gan, thận.

+ Loại bỏ tất cả nguyên nhân khác của bệnh não.

- **Cận lâm sàng**

- Các xét nghiệm:

+ Điện giải đồ, LDH, lactat, canxi, glucose, GOT, GPT, ure, cre, protein, men tim (CK – MB > 5 – 10%, tăng troponin I – T) trong một số trường hợp

+ Đông máu cơ bản (PT, APTT, Fibrinogen)

+ Khí máu

- Siêu âm qua thóp: trong trường hợp nặng thấy được phù não, phát hiện xuất huyết lớn nội sọ, đây là chống chỉ định điều trị hạ thân nhiệt.

- Chụp CT scanner sọ não xác định tổn thương: phù não, xuất huyết, tổn thương thiếu máu do thiếu oxy cục bộ. Chỉ định chụp CT khi cần thiết cho mục đích điều trị.

- Chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI): là kĩ thuật chọn lựa tốt nhất để thấy các tổn thương não và đánh giá các di chứng.

2.2. Chẩn đoán giai đoạn

Phân loại các giai đoạn bệnh não của SARNAT cải tiến

	Giai đoạn I (nhẹ)	Giai đoạn II (trung bình)	Giai đoạn III (nặng)
Tình trạng ý thức	Kích thích	Lơ mơ	Hôn mê
Vận động tự nhiên	Bình thường	Giảm	Mất
Kiểm soát thần kinh cơ			
Tư thế	Gấp các chi	Gấp các chi mạnh	Cơn duỗi cứng
Trương lực cơ	Bình thường	Giảm nhẹ	Mềm nhẽo
Phản xạ gân xương	Tăng	Tăng	Giảm hoặc mất
Phản xạ nguyên thủy			
Mút	Có	Yếu hoặc mất	Mất
Moro	Quá mức	Yếu, không đầy đủ	Mất
Trương lực cơ cổ	Nhẹ	Mạnh	Không có
Hệ thống thần kinh tự động			
Đồng tử	Giãn	Co	Không đồng đều, kém đáp ứng với ánh sáng, giãn đồng tử.
Tần số tim	Nhanh	Chậm	Thay đổi
Co giật	Không có	Thường xuyên, khu trú hoặc nhiều ổ	Không thường xuyên (không bao gồm cơn duỗi cứng).

3. Điều trị

3.1. Điều trị trước sinh

Theo dõi nhịp tim và xử lý sản khoa tốt

3.2. Tại phòng sinh

Cấp cứu và hồi sức trẻ tốt

3.3. Điều trị sau sinh

- Hô hấp: Duy trì PaCO2: 45-55 mmHg và Pa02< 80mmHg để Sp02< 95% (tăng hoặc giảm CO2, Pa02 quá mức đều gây thêm tổn thương não).

- Duy trì tưới máu não và tưới máu tổ chức: Tránh hạ hoặc tăng huyết áp, không làm tăng độ nhớt của máu (nên duy trì huyết áp trung bình 35- 45mmHg)

- Duy trì chuyển hóa bình thường: Đường huyết, nuôi dưỡng, canxi máu

- Kiểm soát tốt co giật:

+ Phenobarbital: 20mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm trong 15 phút. Sau 30 phút nếu còn co giật, lặp lại liều thứ hai 10mg/ kg tiêm TM/15 phút. Tổng liều tối đa không quá 40mg/ kg. Sau 24 giờ tiếp theo dùng liều duy trì 3-5mg/ kg/ ngày.

+ Phenytonin: nếu không đáp ứng sau khi dùng liều cao Phenobarbital. Phenytonin 20mg/ kg truyền tĩnh mạch trong 20 phút, sau đó duy trì 5mg/ kg/ ngày (chỉ dùng nước muối sinh lý để pha phenytonin).

+ Benzodiazepines: 0,05-0,1 mg/kg/ liều tiêm tĩnh mạch

+ Cắt cơn giật lâu dài: Có thể sử dụng thuốc co giật kéo dài từ 1-6 tháng hoặc hơn nếu trẻ sơ sinh có nguy cơ cao tái phát co giật về sau với tồn tại thiếu hụt thần kinh và bất thường trên EEG

- Kiểm soát phù não: Tránh quá tải dịch

- Điều trị các tổn thương khác:

+ Rối loạn chức năng cơ tim: Hạn chế dịch, Dopamin, Milrinone.

+ Rối loạn chức năng thận: Hạn chế dịch, lợi tiểu, Dopamin liều thấp.

+ Tổn thương dạ dày ruột: chỉ cho ăn khi huyết động ổn định.

+ Rối loạn đông máu: truyền plasma tươi, tiểu cầu, huyết thương tươi đông lạnh tùy theo thiếu hụt.

- Liệu pháp hạ thân nhiệt: là biện pháp bảo vệ não cho trẻ sơ sinh ngạt. Mặc dù thiếu những so sánh cần thiết, làm lạnh vùng đầu và làm lạnh toàn thân cho thấy hiệu quả và độ an toàn như nhau. Làm lạnh toàn thân tạo thuận lợi cho việc theo dõi điện não đồ hơn.

- Các tiêu chuẩn bao gồm:

+ Tuổi thai ≥ 36 tuần và < 6 giờ tuổi

+ Một trong các tiêu chuẩn sau:

+ pH ≤ 7 hoặc kiềm dư ≥ 16 trong máu cuống rốn hoặc bất kỳ mẫu máu lấy trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ.

+ Apgar 10 phút< 5 điểm

+ Cần tiếp tục hồi sức bắt đầu sau đẻ và kéo dài đến 10 phút (hô hấp hỗ trợ, ấn ngực hoặc dùng thuốc)

+ Bệnh não mức độ vừa đến nặng qua khám lâm sàng

+ Khi liệu pháp hạ thân nhiệt không được dùng, khuyến cáo theo dõi sát nhiệt độ cơ thể tránh tăng thân nhiệt.

- Tiêu chuẩn loại trừ của hạ thân nhiệt:

+ 6 giờ tuổi

+ Đẻ non dưới 36 tuần

+ Cân nặng lúc đẻ ≤ 1800 gr

+ Bệnh chuyển hóa bẩm sinh

+ Nhiễm trùng nặng

+ Đa dị tật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1(2013), Nhà xuất bản Y học.

HỘI CHỨNG HÍT PHÂN SU (P24)

1. Khái niệm

Hội chứng hít phân su (MAS - Meconium Aspiration syndrome) được định nghĩa là tình trạng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh được sinh ra trong nước ối có phân su.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

• Lâm sàng

- Có biểu hiện suy hô hấp ngay sau sinh ở những trẻ có tiền sử nước ối nhuốm phân su :

+ Thở rên

+ Cánh mũi phập phồng

+ Rút lõm lồng ngực

+ Nhịp thở nhanh

+ Tím tái

- Da nhuốm phân su, bong da

- Dây rốn héo

- Có thể có ran ẩm hoặc ran phế quản

- Có thể có suy dinh dưỡng thai

- Lồng ngực gồ (biểu hiện của tràn khí màng phổi - tràn khí trung thất)

- Trường hợp nặng có thể có dấu hiệu của tăng áp lực động mạch phổi ở những giờ sau (chênh áp tay phải- chân).

• Cận lâm sàng

- Công thức máu

- Đông máu cơ bản có khi rối loạn

- Khí máu : thường có toan hô hấp (PCO2 thường tăng, PaO2 giảm)

- Sinh hóa máu: Điện giải đồ, canxi, glucose, CRP định lượng trong 24h đầu có thể thay đổi, GOT, GPT, ure, creatinin có thể thay đổi

- Chụp X- quang tim phổi

+ Hình ảnh ứ khí xen kẽ hình ảnh xẹp phổi

+ Bất hoạt surfactant

+ Hình ảnh viêm phổi

+ Có thể có tràn khí màng phổi

- Siêu âm tim khi nghi ngờ có tăng áp lực động mạch phổi.

- Cấy máu, cấy dịch nội khí quản (NKQ)/ dịch tỵ hầu khi có tình trạng nhiễm khuẩn.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Khó thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh (TTN) : thường gặp ở trẻ 34-37 tuần tuổi thai, đẻ mổ chủ động, bệnh cải thiện nhanh, còn hội chứng hít phân su bệnh thường gặp ở trẻ có tuổi thai trên 41 tuần hoặc suy dinh dưỡng thai, bệnh thường diễn biến nặng. Phân biệt bằng X- quang phổi.
- Hội chứng suy hô hấp cấp: thường xảy ra ở trẻ đẻ non.
- Viêm phổi bẩm sinh: hiếm gặp, một số trường hợp khó phân biệt với hít phân su. Trong hít phân su, tiền sử nước ối có phân su.
- Tim bẩm sinh tím sớm: phân biệt với hội chứng hít phân su bằng khám lâm sàng, X-quang phổi và siêu âm tim để loại trừ.
- Thoát vị hoành: nghe âm ruột ở lồng ngực, ngực gồ, bụng lõm, X- quang chẩn đoán xác định.
- Tăng áp phổi nguyên phát: phân biệt bằng siêu âm tim
- Tràn khí màng phổi tiên phát

2.3. Biến chứng

- Tràn khí màng phổi : chiếm từ 15%- 30 % trong số những bệnh nhân bị hít phân su, đặc biệt ở những bệnh nhân thở máy, có bẫy khí. Chọc hút khí hoặc dẫn lưu khí là điều cần thiết ở những bệnh nhân này.
- Tăng áp động mạch phổi dai dẳng ở trẻ sơ sinh (PPHN): chiếm 1/3 trong số trẻ hít phân su.
- Giảm chức năng phổi: chiếm 5% trẻ sống phụ thuộc oxy đến 1 tháng tuổi,chức năng phổi bất thường, bao gồm tăng dung tích cặn chức năng, tần suất bị viêm phổi cao.
- Hậu quả về thần kinh - tâm thần : 20% đứa trẻ có thể có vấn đề về thần kinh

3. Điều trị

- Xử trí ban đầu tại phòng đẻ

- Nếu trẻ sơ sinh khỏe (trẻ khóc to, hồng hào, trương lực cơ tốt), không cần phải hút NKQ chỉ cần hút mũi miệng nếu có dịch ối. Hút miệng trước, hút mũi sau.

- Nếu trẻ sơ sinh không khỏe, ngay lập tức cần:

+ Đặt trẻ ở giường sưởi ấm

+ Trì hoãn việc lau khô, kích thích thở, hút dịch dạ dày.

+ Đặt ngay NKQ hút trực tiếp dưới đèn soi thanh quản.

+ Tránh thông khí áp lực dương bằng mask

- Các xử trí tiếp theo

- Hỗ trợ hô hấp

+ Liệu pháp hỗ trợ oxy trong trường hợp bệnh nhẹ hoặc trung bình để giữ SaO2 > 90%, duy trì PO2 máu động mạch 55-> 90 mmHg để cung cấp oxy tới các mô và tránh gây chấn thương phổi.

+ Hỗ trợ thông khí: Được chỉ định khi thất bại với liệu pháp oxy (trẻ còn suy hô hấp và/ hoặc khí máu thay đổi). Mục đích của hỗ trợ thông khí là để đạt tối đa sự thay đổi khí máu và hạn chế tối thiểu chấn thương phổi.

- Các hình thức hỗ trợ hô hấp:

+ Thở CPAP (Continuous Positive Airway Pressure): khi thở oxy đòi hỏi nồng độ cao hơn 40%. Thở CPAP cần thận trọng ở những trẻ có tăng thông khí, có thể tạo bẫy khí .

+ Thở máy SIMV/ AC: Khi thất bại với CPAP(nhu cầu oxy > 50%, bệnh nhân vẫn tím, hoặc gắng sức, thở rên...) -> đặt ống NKQ thở máy xâm nhập. Cài đặt, điều chỉnh thông số máy (PIP, PEEP, Ti, tần số) tùy thuộc vào khí máu, tình trạng bệnh nhân.

+ Thở máy rung cao tần HFO(High frequency oscillator) khi thất bại với SIMV/ AC, X-quang phổi hít phân su nặng, hoặc trẻ có tràn khí màng phổi.

✓ Cài đặt MAP tối thiểu hiệu quả, Ti tối thiểu, cài đặt, điều chỉnh f, Amp theo khí máu

✓ Đích cần đạt :PaCO2 50-55 mmHg, PO2 50 -90 mmHg(SaO2 >90%).

- Liệu pháp surfactant: có thể làm giảm tình trạng suy hô hấp nặng và giảm cần thiết phải thở ECMO ở những đứa trẻ thở máy:

+ Chỉ định surfactant cho bệnh nhân hít phân su phải thở máy đòi hỏi nồng độ oxy FiO2 cao > 40 % và MAP 10- 12 cmH2O, hoặc OI > 15 - 25.

$$OI = (MAP \times FiO2 \times 100)/ PAO2$$

+ Liều lượng surfactant 100 mg / kg

- An thần : những trẻ có hội chứng hít phân su (MAS) có thể có nhịp tự thở chống máy, mà nó có thể làm tăng sự kích thích, nguy cơ tràn khí màng phổi.

+ Tiêm tĩnh mạch chậm hoặc duy trì (Morphin hoặc Fentanyl, Midazolam).

- Hỗ trợ tuần hoàn : Đảm bảo được cung lượng tim và tưới máu mô thích hợp bao gồm :

+ Duy trì thể tích tuần hoàn: Tăng thể tích tuần hoàn bằng nước muối sinh lý 0.9% (10-20ml/kg) ở những trẻ huyết áp thấp và tưới máu ngoại biên không tốt.

+ Dùng Albumin hỗ trợ khi bệnh nhân có biểu hiện sốc, nghi do giảm Albumin máu.

+ Duy trì nồng độ hemoglobin trên 15g/dL hoặc Hematocri trên 40 – 45%.

+ Vận mạch: hỗ trợ vận mạch để duy trì huyết áp phù hợp, tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân để sử dụng các loại thuốc vận mạch, liều vận mạch phù hợp: Dopamin, Dobutamin, Adrenalin, Nor- adrenalin.

- Nuôi dưỡng: Ngừng cho ăn trong trường hợp suy hô hấp nặng, duy trì nuôi dưỡng tĩnh mạch trong 24 giờ đầu sau sinh với việc hạn chế thể tích dịch với 60ml/kg bao gồm đường 10% và không có điện giải, lượng muối đưa vào để hạn chế nuôi dưỡng ngoại biên tối thiểu và hạn chế phù phổi.

- Kháng sinh : vì nguy cơ nhiễm trùng cao và khó để phân biệt giữa hội chứng hít phân su và nhiễm trùng nên chúng ta bắt đầu cho kháng sinh phổ rộng: Ampicillin (100mg/kg/ngày phối hợp Aminosid(Gentamycin hoặc Tobramycin 3-5mg/kg/ngày) trong lúc chờ đợi kết quả cấy máu.

+ Nếu có tình trạng nhiễm trùng nặng có thể bắt đầu từ Cephalosporin thế hệ 3 (100mg/kg/ngày) phối hợp Gentamycin hoặc dùng 3 loại kháng sinh phối hợp: Ampicilin + Cephalosporin thế hệ 3 + Aminosid .

+ Điều chỉnh kháng sinh phù hợp theo diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân, tốt nhất dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc kháng sinh phổ rộng nếu không xác định được vi khuẩn gây bệnh.

- Chống toan

- Đảm bảo thân nhiệt.

- Điều trị các triệu chứng kèm theo như: những rối loạn điện giải, đường huyết, chọc dò khí màng phổi dẫn lưu nếu có tràn khí màng phổi...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản Y học.

ĐA HỒNG CẦU SƠ SINH (P61.1)

1. Định nghĩa

Đa hồng cầu sơ sinh xác định khi hematocrite (Hct) cao hơn 65% và/ hoặc Hb cao hơn 22g/100 ml, máu được lấy ở tĩnh mạch.

Chú ý: Máu mao mạch có tỷ lệ Hct cao hơn từ 5 đến 20 %.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào xét nghiệm Hb và Hct máu tĩnh mạch

- Lâm sàng: Thường không có triệu chứng, các triệu chứng thường không đặc hiệu

Tim mạch – Hô hấp	Suy hô hấp Tăng áp phổi dai dẳng Suy tim xung huyết
Thần kinh	Li bì, giảm trương lực cơ trong vòng 6h Khó đánh thức, kích thích Run giật, co giật, dễ giật mình
Tiêu hóa	Bú kém, nôn Viêm ruột hoại tử
Chuyển hóa	Hạ đường huyết Hạ canxi Vàng da
Huyết học	Giảm tiểu cầu
Thận – tiết niệu	Huyết khối tĩnh mạch thận Suy thận

- **Cận lâm sàng :**

  - CTM: chú ý Hb, Hct và số lượng tiểu cầu

  - Định lượng canxi, đường máu.

3. Điều trị

3.1. Xử trí ngay các tình trạng cần cấp cứu : như co giật, suy hô hấp... nếu có.

3.2. Điều trị đa hồng cầu dựa theo mức độ Hct máu tĩnh mạch và tình trạng lâm sàng.

- Nếu Hct > 70 % và không có triệu chứng: bù đủ dịch và kiểm tra Hct sau 6h, nếu vẫn tiếp tục cao thì xem xét thay máu 1 phần (các bằng chứng cho thấy không có lợi ích nào rõ ràng khi thay máu ở các bệnh nhân không triệu chứng)

- Nếu Hematocrite > 65% và có biểu hiện lâm sàng: Thay máu một phần

- **Thay máu một phần**

- Thể tích dịch thay được tính theo công thức sau:

$$P(kg) \times 80 \times \frac{(\text{Hct BN} - \text{Hct mong muốn})}{\text{Hct BN} + \text{Hct BN}}$$

: hematocrite bệnh nhân

+ Hct mong muốn : từ 50- 55%

+ Dịch dùng để thay là nước muối sinh lý. Thể tích mỗi lần thay máu khoảng 15-20ml/kg

- Kỹ thuật thay máu một phần: có thể dùng một trong các đường sau

+ Đường động mạch rốn – tĩnh mạch ngoại biên

+ Đường tĩnh mạch rốn – tĩnh mạch ngoại biên

+ Động mạch ngoại biện – tĩnh mạch ngoại biên

3.3. Điều trị bệnh theo nguyên nhân

3.4. Theo dõi

Các bệnh nhân có thay máu 1 phần, cần theo dõi phát triển thần kinh

Ngoài ra, còn theo dõi tùy theo bệnh chính

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản Y học.

NUÔI ĂN QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH CHO TRẺ SƠ SINH

1. Chỉ định

- Sinh non < 1.500 g.

- Khi không thể dung nạp năng lượng tối thiểu 50 kcal/kg/ngày qua đường tiêu hóa trong thời gian 3 ngày (cân nặng ≤ 1.800 g) hoặc 5 ngày (cân nặng> 1.800 g).

- Dị dạng hay phẫu thuật đường tiêu hóa.

- Không dung nạp đường miệng: nhiễm trùng huyết nặng, viêm ruột hoại tử, ngạt nặng...

2. Mục tiêu

- Đảm bảo cung cấp đủ chất dinh dưỡng thích hợp.

- Giảm tác dụng của quá trình dị hóa.

- Hỗ trợ quá trình chuyển hóa liên tục.

- Duy trì dự trữ glycogen.

- Cải thiện chức năng mô, đặc biệt gan, hệ miễn dịch, tim, hô hấp, cơ xương.

- Duy trì cân bằng acid, base và các chất điện giải.

- Trẻ thiếu tháng cần đạt tăng cân nặng >18g/kg/ngày, vòng đầu 0.9 cm/tuần.

3. Những điểm cần lưu ý

- Nuôi ăn tĩnh mạch ngoại biên, nồng độ glucose tối đa < 12.5 % (tối thiểu 5 %).

- Tốt nhất chọn đường tĩnh mạch trung tâm cho trẻ cần nuôi ăn đường tĩnh mạch ≥ 2 tuần, nồng độ glucose ≥ 12.5 % (tối đa 25 %).

- Lipid truyền đường riêng liên tục trong 20- 24 giờ. Trẻ sơ sinh có cân nặng thấp hay đang nhiễm trùng thường không dung nạp liều tối đa của lipid. Trẻ vàng da: lipid < 3g/ kg/ ngày (tránh cạnh tranh gắn kết albumin).

4. Nhu cầu các chất

4.1. Nhu cầu năng lượng

- Nhu cầu năng lượng tối thiểu 50 – 60 kcal/kg/ngày.

- Trẻ đẻ non năng lượng tiêu thụ khoảng 120 – 130 kcal/kg/ngày là cần thiết để đáp ứng nhu cầu trao đổi và tốc độ phát triển tương đương trong tử cung.

- Trẻ đủ tháng nhu cầu năng lượng khoảng 100 -120 kcal/kg/ngày.

- Bệnh mãn tính: 150 kcal/ kg/ ngày.

- Dung dịch Glucose 10% cung cấp 0,34 kcal/ml; dung dịch lipid 10% cung cấp 0,9 kcal/ml và lipid 20% cung cấp 1,1 kcal/ml.

- Năng lượng được cung cấp với tỷ lệ:

+ 50 – 50% dưới dạng carbohydrate

+ 10 -15% dưới dạng protein

+ 30 – 35% dưới dạng lipid.

4.2. Nhu cầu amino acid

- Mục đích:

+ Tăng trưởng (khi có đủ năng lượng không protein)

+ Tổng hợp men, hormone, antioxidant

+ Thay thế mất qua da và chuyển hóa

+ 1,5 g/kg/ngày + glucose: ngăn dị hóa protein

- Nhu cầu lý thuyết là 3,5 – 4,0 g/ kg/ ngày.

- Có thể bắt đầu từ 0 – 36 giờ sau sinh.

- Bắt đầu ở mức 1 – 1,5g/kg/ngày sau đó tăng dần 3,5 – 4 g/kg/ngày.

- Trong quá trình nuôi dưỡng, để điều chỉnh lượng protid đưa vào ta cần chú ý đến chú ý đến ure máu và cân nặng.

4.3. Nhu cầu carbohydrates

- Mục đích:

+ Cơ chất chính cho não.

+ Năng lượng chính, hỗ trợ tăng trưởng.

+ Duy trì đường máu bình thường (50 – 100 mg/dl).

- Liều truyền:

+ Trẻ không ổn định: 4 mg/kg/phút.

+ Trẻ non tháng: 6 mg/kg/phút.

+ Trẻ đủ tháng: 8 mg/kg/phút.

+ Tăng 0,5 – 1 mg/kg/phút (tối đa: 12 – 13 mg/kg/phút).

- Phụ thuộc tổng số năng lượng cần thiết cho trẻ.

- Năng lượng được sử dụng dưới dạng DD glucose 5%, 10%, 20%, 30% với sự kiểm soát chặt chẽ glucose máu để tránh tăng hoặc giảm.

- Có thể được truyền với tôc độ 4 – 6 mg/kg/phút và có thể cao hơn 8 – 10 mg/kg/phút.

- Đường ngoại vi tốc độ < 13 mg/kg/phút, nồng độ < 12,5%

4.4. Nhu cầu lipid.

- Chiếm 40% năng lượng cung cấp cho trẻ. Trẻ cần a.linoleic, a.alpha linoleic, a. béo không no chuỗi dài, cung cấp ngay ngày đầu sau đẻ.

- Lipid có thể bắt đầu từ ngày thứ 1 với liều 0,5 – 1 g/kg/ngày và tăng dần đạt 3 – 4 g/kg/ngày ở ngày thứ 4 với tốc độ truyền chậm < 0,15 g/kg/h.

4.5. Nhu cầu điện giải và khoáng chất.

Na	0 – 3 mEq/kg/ngày (tuần thứ 1) 3 – 6 mEg/kg/ngày (tuần thứ 2)
K	0 – 2 mEq/kg/ngày (tuần thứ 1) 1 – 3 mEq/kg/ngày (tuần thứ 2)
Chloride	2 – 3 mEq/kg/ngày
Calcium	150 – 200 mg/kg/ngày
Magnesium	15 – 25 mg/ ngày
Phospho	20 -40 mg/kg/ngày

4.6. Nhu cầu Vitamin – vi chất

- Vitamin tan trong dầu: Vit A, D, E, K.

- Vitamin tan trong nước: Vit B, C.

- Khoáng chất – Fe, Calcium, Phophorous, ZinC, Copper, Selenium, Chronium, Manganse...

- Vitamin A:

+ Cần thiết cho thị lực, tăng trưởng, biệt hóa tế bào và khả năng đáp ứng miễn dịch.

+ Hàm lượng vitamin A trong sữa mẹ thay đổi theo tuổi, khối lượng và hàm lượng chất béo trong sữa – tuy nhiên không đủ cung cấp nhu cầu của trẻ sơ sinh đặc biệt trẻ sơ sinh nhẹ cân.

+ Vitamin A cho trẻ cực thấp bắt đầu từ 72 giờ đầu sau sinh.

+ Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch đạt tốc độ 1,5 ml/kg amino acid – glucose cần thiết phải thêm vitamin A và một số vitamin khác.

+ Đối với trẻ cân nặng rất thấp, nhu cầu là 700 – 1500 UI/ ngày.

- Vitamin E có tác dụng bảo vệ màng tế bào và chống oxy hóa ở mức tế bào.

+ Cho trẻ sinh non: 2,8 – 3,5 UI/kg/ ngày đường ngoại vi.

6 – 12 UI/kg/ngày đường tiêu hóa

+ Nồng độ khuyến nghị trong huyết thanh là 0,5 mg/dl.

- Nồng độ vitamin K trong sữa mẹ rất thấp.

+ Bổ sung Vitamin K 1 mg cho tất cả trẻ sau sinh.

+ Có thể nhắc lại liều sau 1 đến 2 tuần và lúc 4 tuần sau sinh.

- Chuyển hóa Vitamin D liên quan đến Canxi, phospho và Mg.

+ Vitamin D được bổ sung từ tuần thứ 2 sau sinh.

+ Liều Vitamin D: 400 – 800 UI/ngày.

- Bổ sung sắt từ tuần thứ 5 sau sinh.

- Vi chất bổ sung: Kẽm, Selen, Đồng, Magan

5. Nhu cầu dịch

- Bắt đầu từ 60 – 80 ml/kg/ngày, tăng dần từ 5 – 20 ml/kg/ngày, đạt tối đa 150 ml/kg/ngày ở cuối tuần thứ nhất sau sinh.

- Nhu cầu dịch bao gồm:

+ Thuốc tiêm

+ Dịch trong catheter, dây truyền.

+ Các chế phẩm của máu.

- Nhu cầu tăng trong trường hợp:

+ Chiếu đèn tăng 20% nhu cầu, lồng ấp tăng 10% nhu cầu.

+ Đái nhiều (đái đường, mất protein, dùng caffein), bài tiết (sonde dẫn lưu).

+ Giảm nhiều hơn 5% trọng lượng cơ thể/ 24 giờ trong hai ngày đầu.

+ Giảm nhiều hơn 15% trọng lượng cơ thể/ 24 giờ trong những ngày tiếp theo.

+ Tỷ trọng nước tiểu lớn hơn 1.010 trong 3 lần liên tiếp không cần có dấu hiệu mất nước.

- Nhu cầu giảm tới 50 – 60 ml/kg/24 giờ trong trường hợp:

+ Sau ngạt chu sinh

+ Suy tim

+ Còn ống động mạch

+ Không giảm cân trong những ngày đầu tiên

+ Tỷ trọng nước tiểu nhỏ hơn 1.003 trong lần 3 thử liên tiếp. Trong trường hợp này, lượng dịch là 30 ml/kg/24 giờ cộng với lượng nước tiểu.

+ Suy thận (không do giảm khối lượng tuần hoàn)

6. Nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung

6.1. Chỉ định

Khi trẻ ăn bằng đường miệng khó ăn, cụ thể là:

- Trẻ đẻ non < 2000g, không nhận đủ 40 kcal/kg/24h bằng đường miệng trong 3 ngày đầu.

- Trẻ đủ tháng không nhận đủ lượng dịch cần thiết trong 3 ngày đầu.

- Đường truyền thường dùng là đường tĩnh mạch ngoại biên.

6.2. Thành phần dịch truyền

- Không cần thiết truyền phospho, vitamin và yếu tố vi lượng.

- Không cần cho canxi hàng ngày vì có thể gây hoại tử tại chỗ, chỉ dùng trong trường hợp suy giáp trạng thứ phát do thiếu oxy, trẻ đẻ non, có hội chứng suy hô hấp, mẹ bị đái đường.

7. Ngừng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

- Ngưng nuôi ăn tĩnh mạch khi lượng sữa qua đường tiêu hóa đạt 100 ml/ kg/ngày.

8. Cận lâm sàng

- Kiểm tra đường máu thường xuyên, đặc biệt trong khi đang tăng tốc độ truyền đường cho bệnh nhân.
- Điện giải đồ: 2 – 3 lần/ tuần, sau đó hàng tuần.
- Ure máu 2 -3 lần/ tuần, sau đó hàng tuần.
- Canxi 2 – 3 lần/ tuần, sau đó hàng tuần.
- Magnesium và phos pho: hàng tuần
- Nồng độ Albumin: 2 lần/ tuần, sau đó hàng tuần.
- Chức năng gan: hàng tuần.
- Triglycerides: hàng tuần

9. Theo dõi

- Cân hàng ngày (2 lần/ ngày).
- Chiều dài 1 tuần/ lần.
- Vòng đầu 1 tuần/ lần.
- Lượng dịch hàng ngày.
- Năng lượng kcal/kg/ngày.
- Protein/ kg/ngày.
- Nước tiểu ml/kg/h.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi Đồng I (2013).
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi Trung ương (2012).

HẠ ĐƯỜNG MÁU SƠ SINH (P70.4)

1. Khái niệm

Hạ đường huyết (hypoglycemia) là một trong những vấn đề thường gặp trong giai đoạn sơ sinh, có thể thoáng qua trong giai đoạn đầu sau sinh. Tuy nhiên hạ đường huyết dai dẳng có thể gây tổn thương não và để lại hậu quả lâu dài. Hạ đường huyết sơ sinh được xác định khi glucose máu của trẻ dưới 2,6 mmol/l (45mg/dL).

2. Chẩn đoán

- Lâm sàng

- Thường không điển hình, có thể không triệu chứng
- Kích thích, run giật, co giật
- Li bì, ngơ ngác
- Tiếng khóc bất thường
- Thở rên, thở nhanh, cơn ngừng thở
- Vã mồ hôi
- Nhịp tim nhanh
- Hạ nhiệt độ
- Triệu chứng ăn bất thường: trẻ bỏ bú, đặc biệt trên nền trẻ đang bú tốt
- Các yếu tố nguy cơ gợi ý đi kèm

+ Già tháng, non tháng, nhẹ cân so với tuổi thai, thai to > 4000g.
+ Triệu chứng của đa hồng cầu.
+ Sơ sinh cần chăm sóc tích cực (ngạt, nhiễm trùng huyết, hạ thân nhiệt, sau thay máu…)
+ Ngưng dịch tĩnh mạch có nồng độ đường cao đột ngột.
+ Bất thường chuyển hóa, bất thường nội tiết.
+ Sơ sinh có mẹ tiểu đường, hoặc dùng thuốc ức chế beta..
+ Di tật bẩm sinh: Hội chứng Beckwith-Weidemann...

- Cận lâm sàng

- Cần kiểm tra đường huyết ngay trong giờ đầu sau sinh và tiếp tục theo dõi thường quy trong thời gian tiếp theo ở sơ sinh có yếu tố nguy cơ (nêu trên) hoặc sơ sinh có triệu chứng nghi do hạ đường huyết.

- Sơ sinh non tháng hoặc nhẹ cân so với tuổi thai hoặc lớn cân (> 4.000 g) nên kiểm tra sớm sau sinh và tiếp tục 3 - 4 ngày sau.

- Sơ sinh thay máu kiểm tra lại sau thay máu.

- Xét nghiệm cơ bản

+ Máu: glucose trong huyết thanh.

+ Nước tiểu: đường niệu.

+ Các xét nghiệm khác tùy theo nguyên nhân, bệnh lý và tình trạng bệnh đi kèm.

- Hạ đường huyết kéo dài: Khi cần truyền nồng độ glucose > 8-10mg/ kg/ phút để duy trì glucose máu > 50 mg/dl trong thời gian > 1 tuần. Các xét nghiệm cần làm để xác định nguyên nhân:

+ Định lượng Insulin máu.

+ Định lượng Cortisol máu.

+ Beta-hydroxybutyrate và acid béo tự do: nếu giảm cho biết hoạt động quá mức của insulin.

+ Nếu Insulin máu bình thường, cần làm thêm các xét nghiệm nội tiết khác

+ Hormon tăng trưởng GH, T3, T4, TSH, ACTH, axit amin/ máu, nước tiểu, ceton niệu , glucagon, xét nghiệm di truyền …

2.2. Chẩn đoán xác định

Hạ đường huyết sơ sinh được xác định khi glucose huyết của trẻ dưới 2,6 mmol/L (45mg/dL).

3. Xử trí

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

- Điều chỉnh đường huyết tùy theo mức độ hạ huyết

+ Nếu trẻ có triệu chứng và glucose máu <2,6 mmol/L: truyền tĩnh mạch glucose 10% 5-8mg/kg/ph (80-100ml/kg/ngày).

+ Nếu trẻ không có triệu chứng:

➢ ***Glucose máu < 1,4mmol/L (25mg/dl)***

- Tiêm tĩnh mạch glucose 10% 2ml/kg trong 5 phút. Nếu không thể tiêm tĩnh mạch ngay thì bơm glucose 10% qua sonde dạ dày 2ml/kg.

- Truyền DD Glucose 10% liều 5-8mg/kg/ph.

- Sau 30 phút thử lại đường máu và tiếp tục theo dõi 3h/lần:

+ Nếu Glucose máu < 1,4 mmol/l: Tiêm glucose tĩnh mạch, tăng dần liều duy trì đường tối đa 15mg/kg/phút, nồng độ đường có thể tăng 15% (cần có đường truyền tĩnh mạch trung tâm khi nồng độ đường trong dịch truyền > 12,5%).

+ Nếu vẫn hạ đường máu dai dẳng có thể phải điều trị thuốc Diazocid hoặc Hydrocortison và cần tìm căn nguyên để điều trị.

+ Nếu Glucose máu 1,4mmol < glucose máu< 2,6mmol tiếp tục truyền liều duy trì, làm lại xét nghiệm 3 giờ/lần cho đến khi đường huyết từ 2,6 mmol trở lên ở 2 lần xét nghiệm liên tiếp.

+ Nếu Glucose máu ≥ 2,6mmol ở 2 lần xét nghiệm liên tiếp thì xem phần theo dõi đường huyết sau khi ổn định .

➢ ***Glucose máu > 1,4 mmol/l(25 mg/dl) và < 2 mmol/l (36mg/dl).***

- Truyền dung dịch Glucose 10% liều duy trì 80- 120 ml/kg/ngày.

- Theo dõi đường huyết 3 giờ/ lần cho đến khi đường được > 2,6mmol (45mg/dl) ở 2 lần xét nghiệm liên tiếp.

➢ ***Glucose máu > 2mmol/l (36 mg/dl) và < 2,6mmol/l (45 mg/dl)***

- Bú mẹ tích cực. Nếu trẻ không thể bú mẹ thì vắt sữa và cho trẻ ăn bằng phương pháp thay thế .

- Làm lại xét nghiệm glucose máu sau 3 giờ hoặc trước khi cho trẻ bú:

+ Nếu glucose máu < 2 mmol: điều trị như hướng dẫn trên.

+ Nếu 2mmol/l < glucose máu < 2,6mmol/l : vẫn cho trẻ bú mẹ và cho ăn hoàn toàn lượng nhu cầu trong ngày bằng sữa mẹ vắt, nếu không đủ cần thêm sữa công thức. Có thể tăng từ 8 bữa/ ngày lên 12 bữa/ngày.

+ Khi glucose máu > 2,6mmol trong 2 lần xét nghiệm liên tiếp thì xem phần theo dõi glucose máu sau khi ổn định .

Theo dõi khi glucose máu bình thường

- Nếu glucose máu ổn định với điều trị tĩnh mạch:

+ Bắt đầu cho ăn 20ml/ kg/ ngày.

+ Tăng dần lượng ăn và giảm dần dịch truyền cho đến khi ăn hoàn toàn

+ Làm xét nghiệm glucose máu 12 giờ/lần trong thời gian trẻ truyền dịch

- Nếu trẻ không phải truyền tĩnh mạch thì xét nghiệm glucose máu 12 giờ/ lần đến khi kết quả 2 lần liên tiếp bình thường thì dừng lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1(2013), Nhà xuất bản Y học.

TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH (R73.9)

1. Khái niệm

Tăng đường huyết được xác định khi: Glucose máu >6,9mmol/l (125 mg/dl) hay glucose huyết thanh của trẻ trên 8 mmol/l (145mg/dl).

Hậu quả của tăng đường huyết: tăng tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh, suy giảm miễn dịch, tăng nguy cơ nhiễm trùng, chậm lành vết thương, tăng nguy cơ bệnh lý võng mạc, tăng nguy cơ xuất huyết não.

2. Chẩn đoán

- Tăng đường huyết được xác định khi: Glucose máu > 6,9mmol/l (125 mg/dl) hay glucose huyết thanh của trẻ trên 8 mmol/l (145mg/dl).

- Tăng đường huyết thường gặp ở những trẻ sơ sinh cân nặng thấp được truyền dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch, nhưng cũng có thể gặp ở những trẻ bệnh nặng.

- Tăng đường huyết ở trẻ sơ sinh không có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu. Thường gặp trong bệnh cảnh trẻ nhẹ cân, sinh non, nhiễm trùng. Do đó mọi trẻ bệnh cần được tầm soát đường huyết để chẩn đoán và điều trị.

- Những trẻ sau có nguy cơ tăng đường huyết:

+ Đẻ non

+ Chậm phát triển trong tử cung

+ Tăng các hormon stress: truyền các catecholamin, tăng nồng độ glucocorticoid (dùng corticosteroid trước và sau sinh), tăng nồng độ glucagon

+ Truyền dung dịch glucose tốc độ cao hơn nhu cầu

+ Truyền dung dịch lipid tốc độ cao và sớm

+ Chậm cho ăn qua đường miệng

- Trẻ sơ sinh tiểu đường thường có biểu hiện nhỏ so với tuổi thai (SGA), tiểu nhiều, mất nước, nhiễm toan, lớp mỡ dưới da mỏng, chậm lớn, không tăng cân. Xét nghiệm có glucose máu tăng, glucose niệu nhiều, có thể có ceton niệu và nhiễm toan máu. Xét nghiệm Insulin có thể thấp hoàn toàn hoặc tương đối để đáp ứng với tình trạng tăng glucose.

3. Điều trị

Mục tiêu là phòng ngừa và phát hiện sớm tình trạng tăng đường huyết bằng cách kiểm soát tốc độ truyền đường (GIR) và xét nghiệm glucose huyết, glucose niệu.

- Với trẻ sinh non cân nặng cực thấp nên bắt đầu GIR 4-6 mg/kg/ph.Theo dõi nồng độ glucose huyết và cân bằng dịch vào ra để điều chỉnh nồng độ glucose trong dịch truyền và tốc độ truyền.Tránh sử dụng dung dịch có nồng độ đường < 5%.

- Khi glucose máu cao giảm GIR và theo dõi đường máu đảm bảo GIR tối thiểu 4mg/kg/ph

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch càng sớm càng tốt cho trẻ sinh non cân nặng thấp

- Nuôi dưỡng đường miệng sớm nhất khi có thể

- Điều trị nguyên gây tăng đường huyết như: nhiễm trùng, thiếu oxy, đau, suy hô hấp, ngừng thuốc, …

- Điều trị Insulin khi glucose máu ≥ 14 mmol/l (≥ 250mg/dl): pha Insulin trong dung dịch Natriclorid 0.9% để đạt nồng độ 0,1UI/ml.

+ Liều tiêm tĩnh mạch Insulin : 0,05- 0,1 UI/Kg mỗi 4-6 giờ; tiêm tĩnh mạch trong 15 phút. Kiểm tra lại glucose máu sau mỗi 30 phút- 1 giờ.

- Nếu glucose máu vẫn > 11 mmol/l sau 3 liều insulin thì cân nhắc truyền insulin liên tục.

+ Truyền tĩnh mạch Insulin liên tục : liều 0,01- 0,2 UI/kg/giờ; thường bắt đầu 0,05 UI/kg/giờ. Kiểm tra lại glucose máu sau mỗi 30 phút- 1 giờ. Nếu glucose máu vẫn > 10mmol/l tăng liều thêm 0,01UI/kg/giờ.

+ Nếu hạ đường huyết ngừng ngay insulin và tiêm tĩnh mạch Glucose 10% 2ml/kg.

+ Cần theo dõi kali máu và tình trạng tăng đường huyết trở lại.

- Insulin lispro tiêm dưới da: Hiếm khi sử dụng trừ trường hợp tiểu đường. Liều 0.03UI/kg khi glucose máu > 11mmol. Thuốc có tác dụng nhanh sau 15-30 phút và tác dụng cao nhất từ 30 phút-2,5 giờ. Theo dõi điện giải đồ (kali máu). Thay đổi vị trí tiêm thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản Y học.

VIÊM RUỘT HOẠI TỬ (P77)

1. Khái niệm

Viêm ruột hoại tử (VRHT) ở trẻ sơ sinh được đặc trưng bởi tình trạng hoại tử chảy máu ruột, có thể gây tắc ruột hoặc thủng ruột. Bệnh thường biểu hiện bởi bụng chướng, máu trong phân và dấu hiệu khí thành ruột trên X-quang.

VRHT chiếm 2-5% sơ sinh nhập viện, 7-10% trẻ sinh non cân nặng thấp hơn 1500. Tỷ lệ tử vong 25-30%, tỷ lệ cần phẫu thuật 50%.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng

  - Triệu chứng của VRHT không đặc hiệu, đa dạng và thay đổi

  - Triệu chứng toàn thân

  + Hạ nhiệt độ

  + Li bì

  + Cơn ngừng thở

  +Rối loạn về huyết động, rối loạn đông máu xuất hiện ở giai đoạn nặng

  - Triệu chứng tiêu hóa

  + Dư dịch dạ dày sau ăn

  + Phân máu: có thể phân máu đại thể hoặc vi thể

  + Chướng bụng

  + Thành bụng nề: được coi là triệu chứng quan trọng nhưng là dấu hiệu muộn của VRHT

  + Ban thành bụng là dấu hiệu muộn

- Cận lâm sàng

  - Công thức máu: Bạch cầu tăng hoặc bình thường, hay gặp tiểu cầu hạ.

  - Đông máu cơ bản: có thể có rối loạn đông máu.

  - Khí máu có thể gặp toan chuyển hóa hoặc toan hỗn hợp kèm theo tình trạng thiếu oxy.

  - Sinh hóa máu :Điện giải đồ(có thể gặp hạ Natri , tăng Kali), tăng lactat, tăng CRP định lượng, ure, cre, GOT, GPT, Protein, albumin, canxi, glucose, bilirubin TP, TT thay đổi trong một số trường hợp.

  - Cấy máu: thường gặp vi khuẩn gram âm, kỵ khí hoặc nấm. Có thể cấy nhiều thời điểm khác nhau để tìm vi khuẩn.

  - Cấy dịch NKQ, dịch tỵ hầu, cấy phân trong một số trường hợp khi có tình trạng nhiễm khuẩn huyết đi kèm, để tìm nguyên nhân gây bệnh.

  - Soi phân (trong những trường hợp phân máu) tìm hồng cầu.

- Chụp X- quang ổ bụng không chuẩn bị tư thế thẳng, nếu bệnh nhân nặng chụp X- quang tại giường tư thế nằm, chụp thẳng hoặc nằm nghiêng trái. Cần chụp X-quang bụng mỗi 6-8h, có thể gặp các hình ảnh:

+ Quai ruột giãn , dày thành ruột, ruột cố định

+ Khí trong thành ruột

+ Khí tĩnh mạch cửa

+ Khí tự do trong ổ bụng là dấu hiệu xấu và cần phẫu thuật cấp cứu.

- Siêu âm ổ bụng, siêu âm thóp, siêu âm tim trong một số trường hợp.

- Chẩn đoán xác định dựa vào :

Triêu chứng lâm sàng (như trên) và trên phim chụp X-quang ổ bụng thẳng tư thế đứng hoặc nằm hoặc tư thế nằm nghiêng trái thấy:

- Khí thành ruột hoặc khí tĩnh mạch cửa.

2.2. Chẩn đoán giai đoạn

Chẩn đoán giai đoạn	Toàn thân	Tại chỗ	Xquang	Hướng xử trí
I	Không đặc hiệu: nhiệt độ không ổn định, ngưng thở, nhịp chậm	Ăn không tiêu, dịch dư dạ dày	Bình thường	Điều trị nội khoa, truyền dịch kháng sinh
II	Giai đoạn + toan chuyển hóa + giảm tiểu cầu	Chướng bụng, phân máu, viêm mô tế bào thành bụng	Quai ruột giãn, hơi trong thành ruột, tĩnh mạch cửa, có thể có dịch ổ bụng	Hỗ trợ hô hấp Hội chẩn ngoại khoa
III	Giai đoạn II + Sốc DIC, vô niệu	GĐ II + viêm phúc mạc toàn thể	GĐ II + nhiều dịch, hơi tự do trong ổ bụng	Hội chẩn ngoại, truyền dịch, vận mạch, truyền máu

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm đại tràng chảy máu: ngoài triệu chứng phân máu đỏ đơn thuần, bệnh này không có triệu chứng đường tiêu hóa, toàn thân, X- quang của VRHT, CRP bình thường.
- Thủng ruột đơn thuần: có ít triệu chứng tiêu hóa (chỉ có bụng chướng) và toàn thân, X-quang bụng thấy có tràn khí phúc mạc nhưng không tìm thấy bóng hơi thành ruột.
- Xoắn ruột non: bệnh cảnh tắc ruột, bụng phẳng và tình trạng sốc đến rất sớm, X- quang bụng thấy mờ nhưng không có bóng hơi thành ruột.
- Không thích ứng protein sữa bò: thường kết hợp hoặc tiếp theo của VRHT.

2.4. Biến chứng

- Tái phát: Trong 10% các trường hợp.

- Teo ruột: 10% các trường hợp không phẫu thuật.
- Hội chứng ruột ngắn, các vấn đề chậm hấp thu ruột.
- Chậm phát triển thần kinh.

3. Điều trị

- Nhịn ăn, dẫn lưu dạ dày từ 7-10 ngày
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần, duy trì nước tiểu 1-3 ml/kg/h
- Rút catheter rốn
- Kháng sinh

Ampicillin/Cefotaxim/Meropenem+Gentamycin+Metronidazol+Vancomycin hoặc dùng theo kháng sinh đồ

- Can thiệp ngoại khoa

- Thủng ruột: hơi tự do trong ổ bụng trên X-quang
- Viêm phúc mạc: thành bụng nề đỏ, chọc dò ổ bụng ra máu hoặc mủ.
- Bằng chúng hoại tử ruột: quai ruột giãn cố định trên 2 phim
- Thất bại điều trị nội: sốc, toan chuyển hóa kéo dài, DIC, giảm tiểu cầu
- Bắt đầu nuôi ăn đường tiêu hóa lại:

+ Khi lâm sàng cải thiện, đáp ứng điều trị, thường sau 7-14 ngày. VRHT độ 1 có thể cho ăn lại sau 3 ngày nếu soi phân không có hồng cầu.

+ Theo dõi hàng ngày: tình trạng toan máu, cân bằng dịch vào ra, điện giải đồ, công thức máu, sinh hóa máu và đông máu, x-quang cho tới khi ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1(2013), Nhà xuất bản Y học.

CHƯƠNG III: HỒI SỨC NHI

TẮC RUỘT SƠ SINH

1. Khái niệm

Tắc ruột là sự tắc nghẽn lưu thông trong lòng ống tiêu hóa. Tắc ruột sơ sinh (newborn intestinal obstruction) là cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tỉ lệ khoảng 1/2000 trẻ sinh sống. Nguyên nhân hay gặp nhất là tắc tá tràng.

2. Chẩn đoán

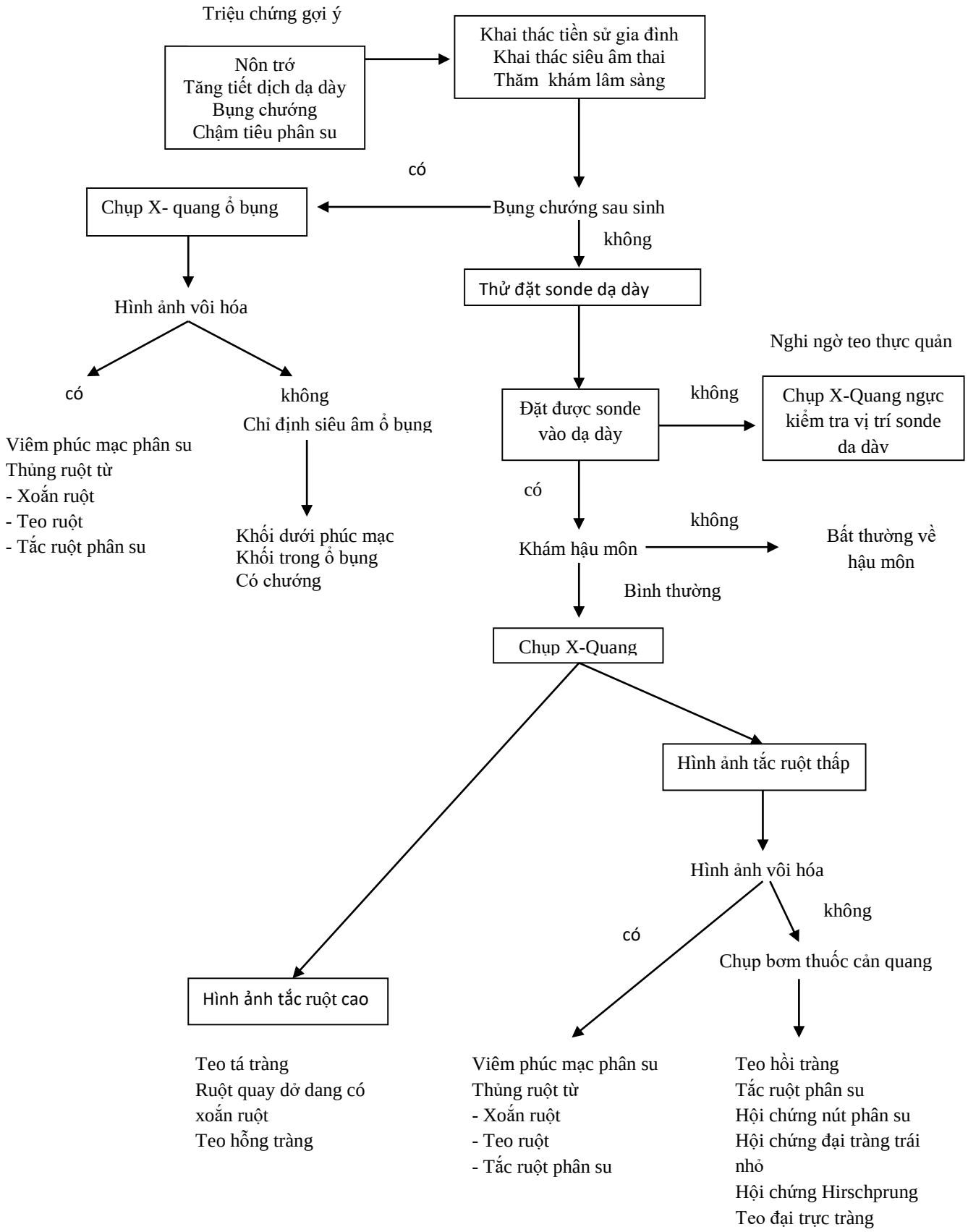
2.1 Chẩn đoán nguyên nhân

- Teo hoặc hẹp tá tràng, hỗng hồi tràng và đại tràng.
- Ruột quay dở dang.
- Tắc ruột phân su.
- Phình đại tràng bẩm sinh (bệnh Hirschsprung).
- Đại tràng trái nhỏ.
- Xoắn ruột, thoát vị nghẹt.
- Bất thường hậu môn trực tràng biểu hiện muộn.
- Khối lớn sau phúc mạc, lồng ruột.

2.2. Tiếp cận chẩn đoán

+ Tiếp cận chẩn đoán theo lưu đồ dưới

Lưu đồ tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột sơ sinh



+ Cận lâm sàng

- Công thức máu

- Sinh hóa máu : Điện giải đồ, men gan, creatinine, CRP định lượng

- Khí máu
- Đông máu cơ bản
- Xquang bụng chuẩn bị
- Siêu âm ổ bụng
- Chụp MRI, CTscan ổ bụng
- Chụp đại tràng có thuốc cản quang

3. Điều trị

3.1 Mục tiêu điều trị và nguyên tắc điều trị

3.1.1. Mục tiêu

- Đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn ổn định.
- Tái lập lưu thông đường tiêu hoá.
- Hạn chế biến chứng trước, trong và sau mổ.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Hồi sức trước mổ

- Đặt sonde dạ dày.
- Đảm bảo hô hấp, thân nhiệt.
- Chống sốc (nếu có).
- Vitamin K: vitamin K1 liều 0,3mg/kg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch trong 60 phút.
- Kiểm soát điện giải.
- Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần.
- Kháng sinh: được lựa chọn dựa trên nguồn gốc nhiễm khuẩn (cộng đồng hay trong bệnh viện), mức độ nghiêm trọng của bệnh và sự an toàn của nhóm kháng sinh. Các kháng sinh phổ rộng được sử dụng trong nhiễm trùng ổ bụng gồm: aminoglycoside kết hợp với carbapenem (imipenem, meropenem hoặc ertapenem) hay kháng sinh nhóm betalactam/betalactamase (piperacillin-tazobactam hoặc ticarcillin-clavulanate) hoặc cephalosphorin thế hệ mới (cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime, hoặc cefepime) kết hợp với metronidazole. Nếu dị ứng với betalactam thì sử dụng ciprofloxacin với metronidazol hoặc aminoglycoside. Lựa chọn vancomycin nếu nghi ngờ MRSA.
- Kháng sinh dự phòng trước mổ: cefazolin, nếu dị ứng với betalactam thì dùng Clindamycin kết hợp với gentamycin.
- Hoàn thiện xét nghiệm phẫu thuật.
- Hội chẩn ngoại khoa.

3.2.2 Phẫu thuật

Thời điểm phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật tùy thuộc thể bệnh và thể trạng của bệnh nhân.

3.2.3 Hồi sức sau mổ

- Cân nhắc thông khí nhân tạo khi có chỉ định.

- Đảm bảo ổn định huyết động, kiểm soát tình trạng tưới máu mô.

- Lưu sonde dạ dày dẫn lưu hơi và dịch.

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch, giảm dần khi bắt đầu nuôi ăn đường ruột

- Nuôi ăn đường ruột càng sớm càng tốt, tùy tình trạng và mức độ hồi phục ruột, trong vài ngày hoặc vài tuần.

- Bắt đầu cho ăn đường miệng khi lượng dịch dạ dày tồn dư giảm.

- Kháng sinh phổ rộng, diệt hệ khuẩn kị khí và điều chỉnh theo kháng sinh đồ.

- Giảm đau bằng morphin hoặc paracetamol tùy vào tình trạng bệnh nhân.

3.3 Biến chứng

Tùy thuộc vào nguyên nhân gây tắc ruột và phương pháp phẫu thuật, tắc ruột sơ sinh có biến chứng ngắn hạn và dài hạn khác nhau, thường gặp:

- Chảy máu.

- Xì, rò miệng nối.

- Teo, hẹp đoạn ruột.

- Dính ruột.

- Nhiễm khuẩn.

- Tắc ruột tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed H. Al-Salem (2014). Neonatal Intestinal Obstruction. An Illustrated Guideto Pediatric Surgery, first edition, Springer, Switzerland, 1 39-148.

2. Prem Puri và cộng sự (2018). Newborn Surgery, fourth edition, CRC Press, New York, 565-588.

3. Bệnh viện Nhi đồng 2 (2016). Phác đồ điều trị nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, 401 - 402.

4. Joseph S. Solomkin và cộng sự (2010). Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America

5. CHOC Children’s Antibiotic prophylaxis for surgery guideline (2017).

ÁP XE DA, NHỌT, NHỌT CỤM

1. Khái niệm

Nhọt là tình trạng viêm cấp tính gây hoại tử nang lông và tổ chức xung quanh. Bệnh thường gặp về mùa hè, nam nhiều hơn nữ. Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh, tuy nhiên, bệnh thường gặp hơn ở trẻ em.

Nguyên nhân gây bệnh là tụ cầu vàng (Staphylococcus aereus). Bình thường, vi khuẩn này sống ký sinh trên da, nhất là các nang lông ở các nếp gấp như rãnh mũi má, rãnh liên mông…hoặc các hốc tự nhiên như lỗ mũi. Khi nang lông bị tổn thương kết hợp với những điều kiện thuận lợi như tình trạng miễn dịch kém, suy dinh dưỡng, mắc bệnh tiểu đường…vi khuẩn sẽ phát triển và gây bệnh.

2. Chẩn đoán: Chủ yếu dựa vào lâm sàng

2.1. Lâm sàng

- Ban đầu là sẩn nhỏ, màu đỏ, sưng nề, chắc, tấy đỏ ở nang lông. Sau 2 ngày đến 3 ngày, tổn thương lan rộng hóa mủ tạo thành ổ áp xe, ở giữa hình thành ngòi mủ.
- Triệu chứng cơ năng: Đau nhức
- Vị trí thường gặp là ở đầu, mặt, cổ, lưng, mông và chân, tay.
- Số lượng tổn thương có thể ít hoặc nhiều
- Triệu chứng toàn thân: sốt, mệt mỏi, hội chứng nhiễm trùng.
- Biến chứng nhiễm khuẩn huyết có thể gặp, nhất là ở những người suy dinh dưỡng. Nhọt ở vùng môi trên, ở má có thể dẫn đến viêm tĩnh mạch xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.
- Nhọt cụm còn gọi là nhọt bầy hay hậu bối gồm một số nhọt xếp thành đám.

2.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm chẩn đoán : công thức máu, CRP phản ứng, CRP định lượng, CK
- Tăng bạch cầu trong máu ngoại vi.
- Máu lắng tăng.
- Mô bệnh học: ổ áp xe ở nang lông, cấu trúc nang lông bị phá vỡ, giữa là tổ chức hoại tử, xung quanh thâm nhập nhiều các tế bào viêm, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Nuôi cấy mủ có tụ cầu vàng phát triển.
- Cấy máu, procalcitonin khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn huyết
- Siêu âm, X quang vùng có nhọt áp xe
- X quang tim phổi, siêu âm tim tìm tổn thương phối hợp

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc chung

- Vệ sinh cá nhân

- Điều trị chống nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ

- Nâng cao thể trạng

3.2. Điều trị cụ thể

- Vệ sinh cá nhân: rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, tránh tự lây nhiễm ra các vùng da khác.

- Điều trị tại chỗ:

- Ở giai đoạn sớm, chưa có mủ: không nặn, kích thích vào thương tổn; bôi dung dịch sát khuẩn ngày 2-4 lần

- Giai đoạn có mủ: cần phẫu thuật rạch rộng làm sạch thương tổn.

- Dung dịch sát khuẩn: dùng một trong các dung dịch sau

+ Povidon-iodin 10%

+ Hexamidin 0,1%

+ Chlorhexidin 4%

Thuốc kháng sinh tại chỗ: dùng một trong các thuốc sau:

+ Kem hoặc mỡ axít fucidic 2% bôi 1- 2 lần ngày.

+ Mỡ mupirocin 2% bôi 3 lần/ngày.

+ Mỡ neomycin, bôi 2- 3 lần/ngày.

+ Kem silver sulfadiazin 1% bôi 1-2 lần/ngày. Bôi thuốc lên tổn thương sau

+ Khi sát khuẩn, thời gian điều trị từ 7-10 ngày.

- Kháng sinh toàn thân:

+ Cloxacilin: Trẻ em dưới 20 kg cân nặng, liều 50 - 100 mg/kg/ngày chia làm 4 lần. Liều uống tối đa: 4 g/ngày. Trẻ em từ 20 kg trở lên, dùng liều như của người lớn.

+ Augmentin (amoxillin phối hợp với axít clavulanic): trẻ em dùng liều 80mg/kg/ngày chia ba lần, uống ngay khi ăn.

+ Roxithromycin viên 50mg và 150mg. Trẻ em dùng liều 5-8mg/kg/ngày chia hai lần.

+ Azithromycin: viên 250mg và 500mg; dung dịch treo 50mg/ml. Trẻ em 10mg/kg/ngày trong 3 ngày, uống trước bữa ăn 1 giờ hoặc sau bữa ăn 2 giờ.

+ Axít fusidic viên 250mg. Trẻ em liều 30-50mg/kg/ngày chia hai lần, uống trong bữa ăn. Người lớn 1-1,5 g/ngày chia hai lần, uống ngay trước khi ăn.

Thời gian điều trị kháng sinh từ 7- 10 ngày.

+ Oxacilin liều 50 - 100 mg/kg/ngày chia làm 4 lần

+ Vancomycin dùng liều 40-60mg/kg/ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em (2015).

PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH (BỆNH HIRSCHSPRUNG)

1. Khái niệm

- Định nghĩa**:** do thiếu bẩm sinh các tế bào hạch thần kinh của đám rối cơ ruột, với khởi điểm luôn bắt đầu từ cơ thắt trong, đoạn ruột bệnh lý co thắt thường xuyên và không có nhu động đưa đến ứ đọng phân và hơi ở đoạn ruột phía trên làm cho đoạn ruột này bị giãn dần dần.

- Tỉ lệ mắc 1/4000 - 1/5000 trẻ sơ sinh, nam/nữ = 4/1 hay 9/1.

- Bệnh Hirschsprung có thể có biểu hiện lâm sàng rất sớm ở trẻ sơ sinh bằng bệnh cảnh tắc ruột cấp tính, dễ đưa đến tử vong nếu không can thiệp kịp thời; biểu hiện bán cấp tính ở trẻ nhũ nhi hay trẻ lớn với bệnh cảnh táo bón và ỉa chảy kéo dài đưa đến tình trạng suy dinh dưỡng, chậm phát triển.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Rối loạn đại tiện ở tuổi sơ sinh: chậm đi ngoài phân su sau 24 giờ và sau đó là táo bón.

- Chướng bụng.

- Nôn: muộn và lẫn mật.

- Khám bụng: bụng chướng dấu rắn bò, tăng tần số và cường độ nhu động ruột.

- Thăm trực tràng hay đặt thông trực tràng: dấu hiệu “tháo cống”. Một số trẻ sơ sinh có ít triệu chứng và chỉ biểu hiện ở tuần thứ 2 hoặc thứ 3 trở đi.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu, bilan nhiễm trùng: Kiểm tra có tình trạng viêm ruột, hoại tử, nhiễm trùng kèm theo: CTM

- Điện giải đồ, CRP định lượng, protein, albumin, creatinin

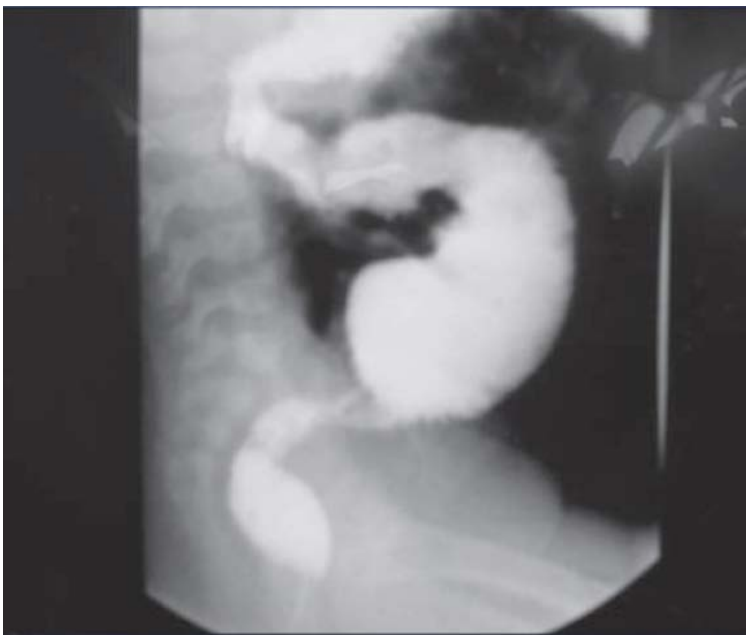
- Đông máu cơ bản, nhóm máu (trường hợp chuẩn bị cho phẫu thuật)

- Siêu âm ổ bụng: tìm kiếm tổn thương kèm theo, rà soát, phân biệt với các bệnh cảnh khác.

- X-quang bụng không chuẩn bị: ghi nhận hình ảnh tắc ruột thấp (các quai ruột dãn hơi rõ rệt nhất ở xích ma, đại tràng trái và đại tràng ngang), kèm vắng hơi vùng tiểu khung.

- Chụp đại tràng cản quang: có hình phễu điển hình do chênh lệch khẩu kính giữa đoạn hẹp bệnh lý và đoạn dãn phía trên. Đại tràng sigma giãn to, trực tràng teo nhỏ (tỉ lệ >1)

- Thuốc ngấm không đều ở đoạn vô hạch, thuốc lưu lại > 24h



- Sinh thiết trực tràng: không thấy tế bào hạch thần kinh của đám rối thần kinh Auerbach và Meissner. Đây là tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

2.2.1. Ở trẻ sơ sinh

- Hội chứng nút phân su: tắc nghẽn thường ở đại tràng trái và thường biến mất sau thụt tháo hay chụp cản quang đại tràng.

- Tăng hạch đại tràng (Hyperganglionosis): hiếm gặp, lâm sàng có triệu chứng táo bón giống Hirschsprung. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết toàn phần: phì đại và tăng sản đám rối Auerbach và Meissner.

2.2.2. Ở trẻ lớn

- Táo bón do phình to đại tràng chức năng như: suy giáp, thiếu vitamin nhóm B… Bệnh nhân thường không có biểu hiện từ lúc mới sinh và sẽ đáp ứng với điều trị nội khoa của bệnh nguyên.

3. Điều trị

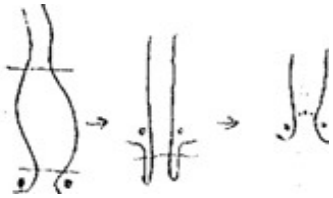
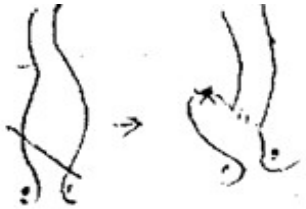
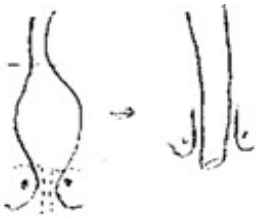
3.1. Điều trị tạm thời

- Thụt tháo 2 lần/ngày với nước muối đẳng trương ấm pha dầu.

- Chế độ ăn giàu dinh dưỡng và nhuận trường.

3.2. Điều trị phẫu thuật

- Can thiệp phẫu thuật đặt ra sau khi có chẩn đoán xác định.

	a. Phương pháp Swenson (1948- Mỹ): Cắt đoạn vô hạch và giãn to, bằng cách phẫu tích, lộn ra ngoài cắt ở phía ngoài rồi khâu nối tận- tận, thường cách hậu môn 1,5 cm, sau đó đưa vào. Ưu: Giải quyết đúng lý thuyết về vựng vô hạch. Là giải pháp lý tưởng. Nhược: - Khó làm (4-6 giờ) - Có thể tái phát do cắt không hết vùng vô hạch - Bụng trễ gây viêm phúc mạc tiểu khung. - Bóc tách nhiều gây tổn thương thần kinh sinh dục, tiết niệu dẫn đến dài bàng quang hay bất lực sinh dục.
	b. Phương pháp Duhamel- Grob (1956- Pháp) Cắt trên vùng vô hạch, loại nó ra khỏi đường tiêu hóa, nối đại tràng lành tận bên Ưu: Đơn giản không có biến chứng như Swenson Nhược: Có thể cũng gây ra ứ phân, gây hội chứng túi cùng, chèn ép gây rối loạn tiểu tiện.
	c. Phương pháp Suave (1960- Ý) Để lại thanh cơ trực tràng, luồn đoạn trên qua, để sau… tháng liền sẹo thì sửa lỗ ngoài. Ưu: đơn giản, không có biến chứng như Swenson Nhược:- Ống trực tràng không có nhu động mềm mại -> phân qua ống cứng, khó khăn. - Khe tiếp giáp nếu chảy máu→ dễ áp xe gây viêm phúc mạc tiểu khung.
	d. Phương pháp State- Rebbein Theo thuyết không phải vô hạch: Cắt phần đại tràng dài to và cắt trực tràng tối đa 6- 8 cm. Nối với ruột lành và phủ phúc mạc lên (khâu nối ngoài phúc mạc)

3.3. Hậu phẫu

- Tiếp tục kháng sinh như trước mổ: Cefa thế hệ 3: Ceftriaxone/ Cefotaxim/ Cefoperazole 100mg/kg/ngày từ 1 ngày trước mổ.

- Phối hợp thêm Metronidazol 30mg/kg/ngày nếu thấy ruột viêm nhiều trong lúc phẫu thuật.

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch: 3-5 ngày sau phẫu thuật, đảm bảo cân đối theo nhu cầu Protein (bắt đầu 1g/kg tăng dần -> 2-3g/kg), Glucose, Lipid, cân bằng dịch vào - ra, đảm bảo lượng dịch nhu cầu.

- Điều chỉnh rối loạn điện giải kèm theo nếu có.

- Xét nghiệm theo dõi sát các chỉ số viêm, nhiễm trùng, các chỉ số dễ rối loạn, đánh giá dinh dưỡng, chức năng gan - thận (CTM, CRP định lượng, điện giải đồ, albumin, protein, creatinin, ure…)

- Tái khám sau mổ:

+ Sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và mỗi năm đến khi ổn định..

- Biến chứng và theo dõi:

- Sớm: rò miệng nối (nếu có tình trạng viêm ruột, miệng nối căng, máu nuôi không tốt, khâu xếp nếp nhiều). Cần trao đổi kĩ giữa phẫu thuật viên và bác sĩ điều trị sau phẫu thuật để có sự phối hợp tốt.

- Muộn: sót đoạn vô hạch, hẹp miệng nối.

- Theo dõi: đánh giá dinh dưỡng, theo dõi tính chất phân, ngày bắt đầu đi ngoài của trẻ sau mổ, số lần đi ngoài/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản Y học.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.

HỒI SỨC CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO Ở TRẺ EM

1. Khái niệm

Chấn thương sọ não (CTSN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở trẻ em. CTSN ở trẻ em cũng gây ra các loại tổn thương ở da đầu, hộp sọ và não tương tự như ở người lớn nhưng có sự khác biệt về sinh lý bệnh và điều trị do sự thay đổi về giải phẫu theo lứa tuổi, cơ chế chấn thương và sự khó khăn trong đánh giá thần kinh ở trẻ em.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Bệnh sử:

+ Hoàn cảnh xảy ra tai nạn

+ Diễn biến sau khi xảy ra tai nạn: tình trạng ý thức, đau đầu, nôn, co giật, yếu chân tay.

- Triệu chứng thực thể:

+ Dấu hiệu sống: SpO2, nhịp thở, mạch, huyết áp, thân nhiệt.

+ Đầu: bầm tím, rách da đầu, lún xương sọ; dấu hiệu vỡ nền sọ: máu hoặc dịch não tuỷ chảy ra từ mũi, tai, máu tụ sau màng nhĩ, tụ máu hố mắt kiểu đeo kính râm (panda eyes), tụ máu dưới da vùng xương chũm (Battle's sign).

+ Ý thức: dùng thang điểm Glasgow. Cần đánh giá nhiều lần để theo dõi tiến triển.

+ Kích thước và phản xạ đồng tử

+ Soi đáy mắt: không có phù gai thị trong tăng ALNS cấp, nếu có xuất huyết võng mạc ở trẻ nhũ nhi cần nghĩ tới tổn thương do bạo hành.

+ Đánh giá chức năng vận động (vận động mắt, mặt, chi, trương lực cơ, phản xạ gân xương) để phát hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú.

+ Khám toàn thân để phát hiện các tổn thương kèm theo.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: khí máu, công thức máu, đông máu cơ bản, đường máu, ure, creatinin, điện giải đồ. Khí máu

- Chẩn đoán hình ảnh: chụp CLVT sọ não hoặc MRI.

2.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: dựa và bệnh sử, triệu chứng thực thể và chẩn đoán hình ảnh.

- Chẩn đoán mức độ nặng: dựa và điểm Glasgow (> 12: nhẹ, 9-12: trung bình, 3-8: nặng).

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Đảm bảo tốt hô hấp, tuần hoàn, ngăn ngừa các tổn thương não thứ phát

- Kiểm soát tốt áp lực nội sọ

- Hội chẩn bác sỹ ngoại thần kinh, phẫu thuật kịp thời

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Hồi sức ban đầu

- Đánh giá và xử trí ngay đường thở, thở và tuần hoàn là yêu cầu bắt buộc đối với tất cả các bệnh nhân có giảm tri giác.

- Đặt NKQ, thông khí nhân tạo khi có chỉ định (giữ CO2 trong giới hạn bình thường)

Chú ý: giữ đầu ở tư thế trung gian (midline) trong suốt quá trình đặt NKQ nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ.

- Điều trị sốc nếu có

+ Bolus dịch đẳng trương, truyền khối hồng cầu nếu có mất máu cấp.

+ Dùng thuốc vận mạch (dopamin, adrenalin...) nếu huyết áp còn thấp sau khi đã bù đủ dịch.

- Không dùng liệu pháp ưu trương thường quy trong hồi sức ban đầu CTSN.

3.2.2. Theo dõi ALNS xâm nhập

Cần theo dõi ALNS xâm nhập trong trường hợp:

- CTSN nặng: điểm Glasgow ≤ 8

- Có nguy cơ tăng ALNS nặng (khối máu tụ lớn, tổn thương lan toả) nhưng khó theo dõi bằng đánh giá lâm sàng do dùng thuốc an thần, giãn cơ, gây mê.

3.2.3. Điều trị tăng áp lực nội sọ

3.2.3.1. Các biện pháp chung cho tất cả bệnh nhân

Trẻ không thở máy

- Điều trị tích cực tình trạng giảm ôxy, tăng CO2, tụt huyết áp

- Đảm bảo máu tĩnh mạch trở về: để trẻ nằm đầu cao 15 – 30o, tư thế trung gian (không nghiêng đầu). Làm giảm chướng bụng nếu có.

- Duy trì thân nhiệt bình thường.

- Dùng thuốc phòng co giật: đối với trẻ có tổn thương nhu mô não, lún xương sọ hoặc chấn thương sọ não nặng.

+ Trẻ > 6 tuổi: levetiracetam uống, 55mg/kg/ngày.

+ Trẻ < 6 tuổi: phenytoin uống, 4 – 8mg/kg/ngày hoặc levetiracetam như trên.

- Kiểm soát đau: đảm bảo giảm đau đủ (paracetamol, morphin...).

Các biện pháp đối với trẻ cần phải thở máy

- Tư thế đầu: như trên, tránh cố định NKQ bằng băng dính quanh cổ.

- Cài đặt máy thở: giữ áp lực máy thở (PIP, PEEP) thấp nhất có thể.

- An thần, giảm đau, giãn cơ:

+ An thần: dùng các thuốc an thần tác dụng ngắn (midazolam TM 1 - 4mg/kg/phút).

+ Giảm đau: morphin TM 10-30µg/kg/giờ hoặc fentanyl TM 5-10µg/kg/giờ.

+ Giãn cơ: vecuronium (TM 0,5-2µg/kg/phút) hoặc rocuronium (TM 5-15µg/kg/phút) hoặc atracurium (TM 5-10µg/kg/phút).

- Dùng lidocain trước khi hút NKQ: lidocain 1mg/kg TM hoặc 2mg/kg nhỏ NKQ.

3.2.3.2. Tăng ALNS không đáp ứng với các biện pháp trên

- Áp dụng trong trường hợp ALNS > 20mmHg (27cmH2O) mặc dù đã áp dụng các biện pháp trên hoặc bệnh nhân tăng ALNS nặng đe doạ tụt kẹt.

- Mục tiêu: giảm ALNS < 20mmHg, duy trì đủ áp lực tưới máu não (0-5 tuổi: 40-50 mmHg, 6-17 tuổi: 50-60mmHg).

Liệu pháp ưu trương

- Mannitol 20%: 0,25 – 1g/kg TM trong 20-30 phút, dùng lặp lại mỗi 4 giờ nếu ALNS > 20mmHg, duy trì áp lực thẩm thấu máu 300-320mosmol/L.

- Dung dịch Natrichlorid 3%.

+ Truyền liên tục dung dịch NaCl 3% 0,5-1,5ml/kg/giờ, nâng Natri máu lên 160-165mmol/l, tốc độ nâng < 12mEq/l/24 giờ, áp lực thẩm thấu máu <360 mosmol/l.

+ Trường hợp tăng ALNS đe doạ tụt kẹt có thể bolus NaCl 3% 5ml/kg, lặp lại mỗi 1 giờ cho đến khi Na máu đạt 160mmol/l.

+ Nếu có hạ natri máu, phải điều trị theo phác đồ hạ natri máu trước để tránh tổn thương mất myelin cầu não.

Tăng thông khí

- Sử dụng hạn chế trong điều trị tăng ALNS vì chỉ có tác dụng trong thời gian ngắn (11-20 giờ) và có thể gây thiếu máu não nếu co mạch quá mức.

- Chỉ nên sử dụng trong thời gian ngắn với mục đích chờ các biện pháp khác có tác dụng hoặc trong trường hợp tăng ALNS không đáp ứng với an thần, dẫn lưu DNT, liệu pháp ưu trương. Chỉ tăng thông khí nhẹ, giữ PCO2 30-35mmHg.

Barbiturate

- Thiopentone: tiêm tĩnh mạch chậm 1mg/kg, sau đó duy trì 1 -5 mg/kg/giờ.

- Chú ý tác dụng phụ gây hạ huyết áp, điều trị bằng bù dịch, sau đó dùng thuốc vận mạch nếu cần.

Hạ thân nhiệt

- Chưa có nhiều bằng chứng về hiệu quả của hạ thân nhiệt trong điều trị tăng ALNS ở trẻ em. Xem xét áp dụng hạ thân nhiệt trong tăng ALNS nặng không đáp ứng với các biện pháp điều trị thông thường:

+ Hạ thân nhiệt mức độ vừa (32-33 oC), bắt đầu 8 giờ sau chấn thương

+ Làm ấm lại sau 48 giờ, tốc độ không quá 0,5oC/giờ

Dẫn lưu dịch não tủy

- Làm giảm ALNS ngay lập tức do giảm thể tích dịch trong não, đồng thời cho phép dẫn lưu dịch phù-viêm vào hệ thống não thất.

- Ít tác dụng trong các trường hợp phù não lan tỏa nặng, chèn ép mạnh hệ thống não thất.

Mở hộp sọ giảm áp lực

- Phẫu thuật cắt bỏ một phần hộp sọ, tạo một cửa sổ cho phép một não bị phù nề thoát vị qua đó để làm giảm áp lực.

- Chỉ định trong các trường hợp tăng ALNS nặng không kiểm soát được.

3.2.4. Điều trị ngoại khoa

Khoảng 1/3 các trường hợp CTSN nặng có các tổn thương có thể điều trị được bằng phẫu thuật. Cần xác định sớm các tổn thương này và hội chẩn bác sỹ phẫu thuật thần kinh.

3.2.5. Điều trị khác

- Kháng sinh : cephalosporin thế hệ 3: có thể lựa chọn ceftriaxon , cefotaxim, ceftazidim, cefoperazol.

- Điều trị hạ natri máu nếu có (do hội chứng SIADH hoặc mất muối não

- Kiểm soát đường huyết: chỉ dùng dịch truyền nồng độ glucose 5%, giữ đường huyết trong giới hạn bình thường. Tăng đường huyết sau CTSN là một yếu tố tiên lượng xấu

- Điều trị giảm tiểu cầu và rối loạn đông máu nếu có

- Steroid không được khuyến cáo sử dụng trong CTSN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1(2013), Nhà xuất bản y học.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản y học

TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

1. Khái niệm

- Đa chấn thương là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong.

- Đa chấn thương là bệnh cảnh nặng nề do tổn thương nhiều cơ quan:

+ Hôn mê (sọ não, choáng chấn thương).

+ Khó thở, ngừng thở (chèn ép khí quản, suy hô hấp, tràn khí và tràn máu màng phổi, dập phổi, chèn ép trung thất).

+ Rối loạn huyết động học (chảy máu, tổn thương mạch máu, choáng chấn thương, ngừng tim…).

+ Nhiều tổn thương phối hợp (sọ não, ngực bụng, gãy xương, tiết niệu và mạch máu).

2. Xử trí đa chấn thương

2.1. Hô hấp

- Thở Oxy

- Chụp mask bóp bóng.

- Đặt nội khí quản bóp bóng.

- Mở khí quản.

- Tái lập hô hấp đặt siphonage khi có tràn khí và tràn máu màng phổi. Để được an toàn, nên đặt ở liên sườn 4 hoặc 5 đường nách giữa.

2.2. Tuần hoàn

Thiết lập ngay hai đường truyền và bù đắp nhanh lưu lượng tuần hoàn đã mất bằng Lactat Ringer 20ml/kg (Bolus)

- Truyền máu.
- Đo CVP để theo dõi lượng cho vào.
- Đặt thông tiểu
- Đặt thông dạ dày
- Phân loại mức độ chấn thương

2.2.1. Dựa vào bảng điểm Pediatric Trauma Score (PTS):

Điểm	+2	+1	-1
Cân nặng	> 20 kg	10 - 20 kg	< 10 kg
Đường thở	Bình thường	Suy hô hấp đáp ứng với oxy thông thường	Suy hô hấp không đáp ứng với oxy thông thường
HA tâm thu	> 90 mmHg	50 - 90 mmHg	< 50 mmHg
Tri giác	Tỉnh	Đáp ứng kích thích đau	Không đáp ứng
Gãy xương	không	Gãy kín hoặc còn nghi ngờ	Gãy hở hoặc gãy nhiều chỗ
Vết thương	Không	Nhẹ	Nặng, xuyên thấu, phỏng.

+ 9 - 12 điểm: Chấn thương nhẹ.

+ ≤ 8 điểm: Chấn thương nặng.

2.2.2. Các triệu chứng của choáng chấn thương

	Độ 1	Độ 2	Độ 3
1. Lượng máu mất	< hoặc = 25% thể tích máu cơ thể	25 – 40% thể tích máu cơ thể	≥ 40% thể tích máu cơ thể
2. Nhịp tim	Nhanh	Nhanh	Nhanh đến chậm
3. Huyết áp	Bình thường	Giảm (85-100)	Giảm nhiều (HA < 85)
4. Da	Ấm, hơi ẩm ướt	Chi lạnh	Tím tái, lạnh toàn thân
5. Sự lấp đầy mao mạch	< hoặc = 2giây	Kéo dài	Kéo dài đáng kể
6. Tri giác	Kích động	Lơ mơ	Mê sâu
7. Nước tiểu	Giảm <1mg/kg/h	Giảm, BUN tăng	Vô niệu

- Làm nhanh công tác chẩn đoán

+ Khám sọ não: khoảng tỉnh – tri giác – dãn đồng tử – liệt ½ người – liệt mặt – phản xạ đồng tử.

+ Chỉ số Glasgow:

13 – 15 bình thường

9 – 12 nhẹ

< 9 nặng

+ Khám cổ và cột sống:

- Trầy xát phần mềm, máu tụ dưới da.

- Tổn thương cột sống cổ: liệt tứ chi hay hai chi.

- Tổn thương mạch máu, khí quản, thực quản.

+ Khám ngực:

- Gãy sườn và mảng sườn di động.

- Tràn khí và máu màng phổi. Nếu tràn máu màng phổi lượng nhiều → dẫn lưu màng phổi:

+ Nếu lượng máu mất < 1/3 thể tích máu cơ thể hoặc < 3ml/kg/h → theo dõi.

+ Nếu lượng máu mất > 1/3 thể tích máu cơ thể: mở lồng ngực cầm máu.

- Tràn máu màng ngoài tim.

- XQ ngực bụng

- Siêu âm tim.

+ Khám bụng: phát hiện tổn thương tạng đặc, tạng rỗng. XQ bụng, siêu âm bụng.

+ Khám cơ xương khớp: XQ – cố định sớm các gãy xương.

Lập Bilan các thương tổn và ưu tiên xử trí các thương tổn tuần tự: hô hấp → xuất huyết → sọ → tiêu hóa → tiết niệu → chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

3. Phác đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản y học.
4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản y học

CHẤN THƯƠNG BỤNG

1. Khái niệm

Ở trẻ em, chấn thương bụng kín thường gặp do tai nạn giao thông hoặc do ngã. Hai cơ quan thường bị chấn thương là gan, lách.

2. Chẩn đoán

Sau khi điều trị tình huống nguy kịch cấp cứu:

2.1. Hỏi bệnh

- Xác định cơ chế chấn thương, thời điểm, phương tiện gây chấn thương.
- Sơ cứu ban đầu nếu có.
- Đau khu trú hoặc toàn thể bụng.

2.2. Thăm khám bụng

- Vết trầy xước, bầm máu, vết thương xuyên thấu và trực chiếu.
- Bụng chướng.
- Bụng đề kháng, đo vòng bụng.
- Gõ bụng: mất vùng đục trước gan gợi ý có hơi trong ổ bụng do thủng tạng rỗng. Gõ đục vùng thấp gợi ý có dịch hoặc máu trong ổ bụng.
- Vùng chậu: tìm điểm đau chói. Do các biểu hiện lâm sàng có thể xuất hiện trễ từ vài giờ đến vài ngày sau chấn thương vì thế cần đánh giá, thăm khám thường xuyên.

2.3. Xét nghiệm

- Công thức máu, nhóm máu, đông máu
- Xquang bụng đứng: tìm hơi tự do trong ổ bụng (thủng tạng rỗng). Tuy nhiên 80% thủng tạng rỗng không có biểu hiện trên Xquang. Chú ý thêm cột sống và vị trí ống thông dạ dày.
- Xquang ngực: tìm dấu hiệu tổn thương ngực, vị trí của cơ hoành, liềm hơi dưới hoành.
- Siêu âm bụng: tìm tổn thương tạng đặc, hoặc tràn máu ổ bụng (xuất huyết nội).
- CT scan: xác định tạng tổn thương, phân độ tổn thương. Chỉ định khi nghi ngờ chấn thương vùng tá tụy và tạng đặc.
- Các xét nghiệm sau khi có hướng chẩn đoán nguyên nhân: amylase máu, niệu (chấn thương tụy), men gan (chấn thương gan), tổng phân tích nước tiểu, chức năng thận (chấn thương thận), khí máu (khi có sốc).

2.4. Chẩn đoán xác định nguyên nhân

2.4.1. Xuất huyết nội

- Chấn thương vùng bụng.
- Dấu hiệu thiếu máu.
- Đau bụng, bụng chướng đề kháng.

- Siêu âm bụng: dịch không thuần nhất trong ổ bụng, có thể có hình ảnh vỡ gan, vỡ lách, máu tụ sau phúc mạc.

- Xquang bụng đứng: mờ vùng thấp.
- CT scan: xác định tạng thương tổn.
- Chọc ổ bụng nếu có chỉ định: dịch máu.

2.4.2. Thủng tạng rỗng

- Chấn thương vùng bụng.
- Dấu hiệu nhiễm trùng nếu nhập viện sau 6 giờ.
- Đau bụng, bụng chướng, đề kháng.
- Xquang bụng đứng: liềm hơi dưới cơ hoành. Không liềm hơi dưới hoành không loại trừ thủng tạng rỗng.
- CT scan ổ bụng: xác định tổn thương, nhất là trong chấn thương tá tràng.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Cấp cứu ngay tình trạng nguy kịch.
- Khám và đánh giá các tổn thương.
- Điều trị đặc hiệu.

3.2. Điều trị cụ thể

- Tất cả các trường hợp chấn thương bụng nếu bệnh nhân đang suy hô hấp, sốc phải được cấp cứu, hồi sức tích cực theo các bước (A, B, C, D .....), tìm các tổn thương phối hợp.
- Ngay cùng lúc hội chẩn ngoại khoa để chẩn đoán nguyên nhân, phối hợp hồi sức và xem xét chỉ định phẫu thuật.
- Đặt ống thông dạ dày. Phẫu thuật nội soi: có thể thực hiện trong trường hợp chấn thương tạng rỗng và khi huyết động học ổn định.

*** Chỉ định mở ổ bụng:**

- Vết thương bụng xuyên thấu.
- Xuất huyết trong ổ bụng sau khi truyền máu ở trẻ mà huyết động học không ổn định hoặc Hct ≤ 25% với bù máu ≥ 40 ml/kg.
- Có liềm hơi dưới hoành trên X-quang bụng.
- Nghi ngờ thủng tạng rỗng hoặc viêm phúc mạc.
- Vỡ cơ hoành.
- Chọc dịch ổ bụng: dịch mật, dịch đục, nước tiểu.

3.2.1. Chấn thương lách

Hiện nay chấn thương lách có thể điều trị bảo tồn, hiếm khi can thiệp phẫu thuật, hầu hết được điều trị theo dõi tại khoa hồi sức ngoại.

Chỉ định điều trị bảo tồn:

- Dấu hiệu sinh tồn ổn định.

- Lượng máu bù < 40 ml/kg.

- Không có tổn thương phối hợp khác. Điều kiện bắt buộc khi điều trị bảo tồn:

+ Bệnh viện có khả năng phẫu thuật nhi 24/24 giờ để khi cần thiết có thể phẫu thuật ngay.

+ Thực hiện được siêu âm tại giường.

- Bác sĩ, điều dưỡng phải theo dõi sát M, HA, Hct bệnh nhân ít nhất trong vòng 7 ngày. *Điều trị bảo tồn:*

- Bệnh nhân nằm yên, hạn chế di chuyển.

- Kháng sinh phòng ngừa: Cephalosporin thế hệ 2 : cefuroxim hoặc cephalosporin thế hệ 3: ceftazidim, cefoperazol hoặc cefotaxim, ceftriaxon.

Theo dõi:

- Mạch, HA mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó mỗi 1-6 giờ.

- Tình trạng bụng, công thức máu, siêu âm 1 - 2 lần/ngày.

Chỉ định phẫu thuật:

- Sốc mất máu không đáp ứng với bù máu, vừa hồi sức tích cực vừa mổ.

- Không đủ điều kiện để theo dõi điều trị bệnh nhân bảo tồn.

- Đang điều trị bảo tồn bệnh nhân có dấu hiệu xấu đi.

3.2.2. Chấn thương gan

Tương tự như chấn thương lách, các trường hợp chấn thương gan không sốc, hoặc đáp ứng tốt với bù dịch thì có thể điều trị bảo tồn. Chỉ định phẫu thuật: vỡ gan gây xuất huyết nội cần truyền máu > 50% thể tích máu trong vòng 24 giờ đầu.

3.2.3. Thủng tạng rỗng, thủng đường mật, vết thương xuyên thấu

- Phẫu thuật sau khi hồi sức. Trong trường hợp còn vật xuyên thấu thì chỉ được rút ra tại phòng mổ.

- Kháng sinh sử dụng: cephalosporin thế hệ 3: ceftazidim, cefoperazol hoặc cefotaxim, ceftriaxon liều 100mg/kg/ngày. Phối hợi với Metronidazol liều 30mg/kg/ngày chia 2 lần

3.2.4. Tụ máu sau phúc mạc

- Truyền máu.

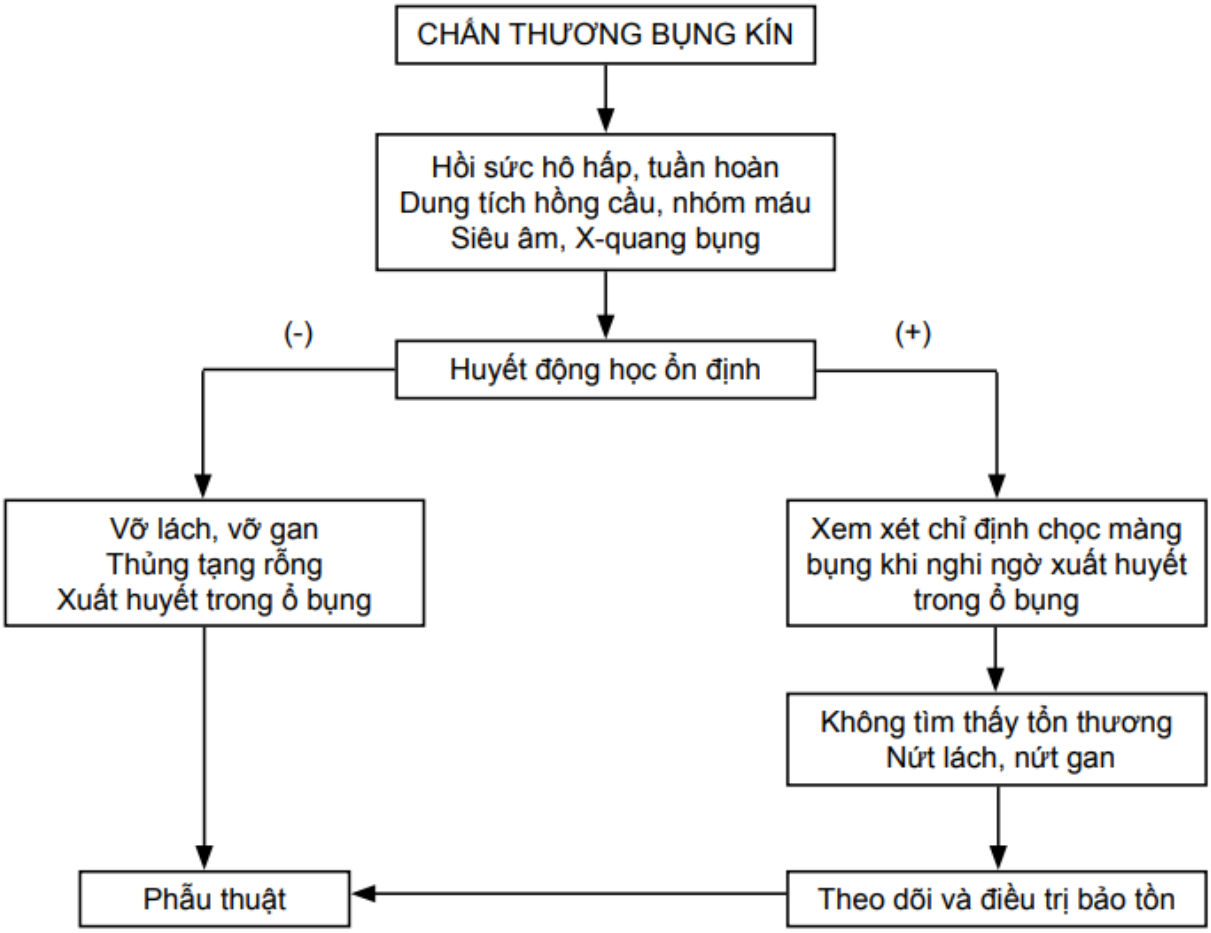
- Theo dõi.

- Chỉ định phẫu thuật:

  Huyết động học không ổn định sau khi truyền > 50% thể tích máu.

  Kích thước khối máu tụ tăng dần trên lâm sàng và siêu âm.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1(2013), Nhà xuất bản y học.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản y học.

CHẨN ĐOÁN VÀ HỒI SỨC BỆNH THOÁT VỊ HOÀNH

1. Khái niệm

Thoát vị hoành bẩm sinh (congenital diaphragmatic hernia) là bệnh lý trong đó các tạng trong ổ bụng chui lên khoang lồng ngực qua lỗ khuyết cơ hoành. Thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS) chiếm tỷ lệ 1/2000 – 1/4000 trẻ sơ sinh đẻ ra sống. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, nhưng lệ tử vong còn cao khoảng 20-60%.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán trước sinh

Siêu âm là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán trước sinh của TVHBS, hầu hết các trường hợp được xác định sớm từ tuần 12 đến 18 của thai kỳ.

2.2. Chẩn đoán sau sinh

+ Biểu hiện suy hô hấp sớm ngay sau sinh

+ Không nghe tiếng rì rào phế nang cùng bên và có thể nghe tiếng óc ách của ruột.

+ Nghe tim lệch sang bên đối diện.

+ Bụng lõm.

2.3. Cận lâm sàng

+ Siêu âm ngực - bụng: thấy hình ảnh các tạng ổ bụng nằm trong lồng ngực

+ Chụp phim phổi thẳng - nghiêng: hình bóng hơi của ruột ở trong lồng ngực (cần phân biệt với kén khí bẩm sinh, viêm phổi có abces phổi do tụ cầu), tim và trung thất bị đẩy lệch sang bên đối diện.

+ Chụp dạ dày ruột có thuốc cản quang: giúp chẩn đoán xác định, phát hiện hình ảnh dạ dày, các quai ruột nằm trong khoang lồng ngực.

+ Siêu âm và chụp cắt lớp lồng ngực khi lâm sàng không rõ và có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán.

+ Siêu âm tim: Tim lệch phải, đánh giá áp lực động mạch phổi, tìm dị tật TBS phối hợp

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, khí máu, đông máu cơ bản (Fibrinogen, APTT, PT), sinh hóa máu (ĐGĐ, Glucose, lactate, chức năng gan, thận)

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Nang phế quản.
- Khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh.
- Các nang phổi bội nhiễm.
- Xẹp thuỳ dưới phổi.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Ổn định bệnh nhân trước mổ (hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn, điều trị tăng áp lực động mạch phổi) và phẫu thuật có trì hoãn.

3.2. Phác đồ điều trị hồi sức trước và sau phẫu thuật cho bệnh nhân TVHBS có suy hô hấp sớm.

3.2.1. Các vấn đề xử trí hồi sức trước phẫu thuật

- Nằm đầu cao 30 độ và nghiêng về bên thoát vị để giảm sự chèn ép

- Nhịn ăn và đặt sonde dạ dày để giảm chèn ép do căng dạ dày

Hỗ trợ hô hấp

- Thở oxy duy trì SpO2 90 – 96%

- Nếu bệnh nhân thất bại oxy cần đặt NKQ giúp thở, không bóp bóng qua mask, đặt nội khí quản ngay, thở máy.

- Ưu tiên thở máy thường: mode (PC); PIP (18 - 20 cmH2O), PEEP (3 - 5 cmH2O), tần số (40 - 60 lần/phút), Ti (0.35 - 0.5 giây), FiO2 (0.6 - 1.0). Kiểm tra khí máu sau 2 giờ, điều chỉnh máy thở theo khí máu và kiểm tra khí máu mỗi 4 - 6 giờ nếu ổn định.

- Mục tiêu đạt SpO2 tay phải 80 - 95% và SpO2 chân ≥ 70%, ổn định khí máu (pH > 7.2, PaO2> 60 mmHg, PaCO2≈ 60 mmHg).

- Chuyển thở HFOV khi PaO2/FiO2< 200, hoặc PaCO2> 70 mmHg dù đã cho thở máy thường PIP > 25 cmH2O, tần số > 60 lần/phút.

- Đặt sonde dạ dày, dẫn lưu dịch dạ dày.

Cấp cứu tuần hoàn

- Đặt đường truyền ngoại biên, động mạch xâm nhập (động mạch tay phải), tĩnh mạch trung tâm.

- Xác định suy tuần hoàn

+ Suy tuần hoàn hệ thống: huyết áp trung bình (HATB) < 40 mmHg, trẻ đẻ non HATB theo tuổi thai, các dấu hiệu giảm tưới máu ngoại vi

+ Tăng áp lực động mạch phổi: dựa vào lâm sàng (cơn tăng áp động mạch phổi, chênh lệch SpO2 tay phải và chi dưới > 10%) và các dấu hiệu trên siêu âm tim.

- Xử trí.

+ Kiểm soát CVP 8 - 10 mmHg (không thở máy), 10 - 12 mmHg (có thở máy PEEP > 5 cmH2O). Sử dụng albumin 5% hoặc NaCl 9‰: 10 ml/kg/lần, tĩnh mạch trong 15 phút.

+ Thuốc vận mạch và tăng cường co bóp cơ tim: dopamine, Noradrenalin, Adrenalin….. Đảm bảo HATB > 40 mmHg, hoặc HATB cao hơn so tuổi thai nếu trẻ đẻ non.

An thần, giảm đau

An thần, giảm đau, giãn cơ (fentanyl, midazolam, atracurium).

Phòng và điều trị nhiễm khuẩn

- Kháng sinh ngay vào viện: lựa chọn kháng sinh tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân. Kháng sinh có thể dùng Ampicillin, phối hợp với amynosid. Có thể dùng cephalosporin thế hệ 3: cefotaxim, ceftazidim…

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm khuẩn: sốt, bạch cầu máu, CRP, cấy chất dịch, máu…khi vào viện và mỗi 48 giờ sau đó.

Điều trị tăng huyết áp động mạch phổi

+ Dùng an thần, giảm đau, giãn cơ thỏa đáng

+ Kiểm soát thăng bằng toan kiềm

+ Tránh các yếu tố kích thích

+ Dùng các thuốc làm giảm sức cản mạch máu phổi Iloprost duy trì đường tĩnh mạch (Ilomedine) 1 - 3 ng/kg/phút. Có thể kết hợp tăng cường co bóp cơ tim với giãn mạch: Milrinone 0,5 – 1mcg/kg/phút, Dobutamin 2,5 – 5 mcg/kg/phút.

Tiêu chuẩn ổn định cho phẫu thuật

+ Hô hấp: thở máy ổn định, khí máu (PaO2 > 60 mmHg hoặc chỉ số PaO2/FiO2 > 200 kết hợp với PaCO2 < 60 mmHg).

+ Tuần hoàn: HATB > 40 mmHg, thuốc vận mạch sử dụng ở liều trung bình, dopamine < 10µg/kg/ph, Noradrenaline < 0,1µg/kg/ph, Adrenaline <0,1µg/kg/phút.

+ Không có tình trạng nhiễm khuẩn nặng tiến triển.

3.2.2. Xử trí sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân suy hô hấp sớm

Hồi sức hô hấp

+ Tiếp tục thở máy theo các chỉ số tại phòng mổ. Kiểm tra khí máu mỗi 4 - 6 giờ/lần. Nếu bệnh nhân thở HFOV, chuyển thở máy CMV, khi MAP < 12cmH2O, F 10-12 Hz, FiO2 0.4-0.6.

+ Cai máy thở khi bệnh nhân ổn định

Hồi sức tuần hoàn

Bù dịch và thuốc vận mạch như phần hồi sức trước mổ.

Nước, điện giải và nuôi dưỡng

- Kiểm soát điện giải, albumin máu.
- Phác đồ nuôi dưỡng trẻ sơ sinh sau phẫu thuật theo phác đồ thống nhất.

Chống nhiễm khuẩn

- Kiểm soát nhiễm khuẩn sau mổ
- Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu có vi khuẩn hiện diện
- Áp dụng các biện pháp giảm mắc viêm phổi liên quan thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi Trung ương, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em cập nhật năm 2018, Nhà xuất bản Hà Nội

2. Bệnh viện Nhi Đồng 1, Phác đồ điều trị bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản y học.

SỐC MẤT MÁU DO CHẤN THƯƠNG Ở TRẺ EM

1. Khái niệm

Sốc mất máu do chấn thương là cấp cứu nội - ngoại khoa khẩn cấp do giảm lưu lượng máu lưu thông. Bình thường máu lưu thông ở trẻ em khoảng 80 ml/kg cân nặng. Sốc xảy ra khi lượng máu mất trên 25%. Nguyên nhân:

+ Vỡ tạng đặc (gan, lách, thận...) trong chấn thương bụng kín.

+ Gãy xương lớn (xương đùi, xương chậu).

+ Đứt các mạch máu lớn.

***** Phân độ mất máu:

+ Độ I: mất < 15% thể tích máu: dấu hiệu sinh tồn ít thay đổi, tim nhanh, huyết áp bình thường.

+ Độ II: mất 15 - 25% thể tích máu: tim nhanh, huyết áp kẹp, kích thích.

+ Độ III: mất 26 - 40% thể tích máu: huyết áp tụt, mạch nhẹ, lơ mơ.

+ Độ IV: mất trên 40% thể tích máu: sốc nặng, mạch không bắt được, huyết áp không đo được, hôn mê, da lạnh.

Trẻ em có thể không có tụt huyết áp như người lớn dù mất một lượng máu đáng kể. Vì cung lượng tim và huyết áp động mạch được duy trì bằng nhịp tim tăng và co mạch nên tụt huyết áp thường có ở giai đoạn trễ, sốc nặng.

2. Chẩn đoán

2.1 Chẩn đoán

2.1.1 Hỏi bệnh

- Chấn thương: cơ chế chấn thương.
- Xuất huyết: vị trí, lượng máu mất.
- Cách sơ cứu cầm máu.

2.1.2 Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn, thời gian phục hồi màu da.
- Dấu hiệu thiếu máu, nơi chảy máu.
- Mức độ tri giác.
- Khám tim, phổi, bụng, đầu, chi.

2.1.3 Cận lâm sàng

- CTM, tiểu cầu đếm, Hct, nhóm máu.
- Đông máu toàn bộ.
- Tìm nguyên nhân: X-quang bụng không sửa soạn, X-quang xương nếu có dấu hiệu nghi gãy xương, siêu âm bụng.
- Có thể làm thêm CTscan hoặc MRI cơ qua nghi ngờ tổn thương.

2.2. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu sốc.

- Đang chảy máu hoặc dấu hiệu thiếu máu hoặc Hct < 30%.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Sơ cứu cầm máu.

- Bù lượng máu mất.

- Điều trị nguyên nhân: phẫu thuật cầm máu.

3.2. Điều trị ban đầu

3.2.1. Nếu thấy máu đang chảy

Nhanh chóng cầm máu bằng cách: dùng gạc và ấn ngón tay vào nơi máu đang chảy, nâng cao chỗ bị thương đang chảy máu, không cột garrot ngoại trừ trường hợp đứt lìa chi và không kiểm soát được chảy máu ở các mạch máu lớn. Sau đó mời khám ngoại khoa ngay lập tức.

3.2.2 Thở oxy

3.2.3 Nằm đầu phẳng, chân cao

3.2.4 Lập 2 đường truyền tĩnh mạch lớn ở chi (thường chi trên) với kim luồn

- Lấy máu xét nghiệm: Hct, nhóm máu, đăng ký máu.

- Truyền dịch trong khi chờ máu (đường truyền 1). Lactate Ringer hay Normal saline để tăng thể tích tuần hoàn và bù lượng dịch thiếu hụt. Ban đầu truyền 20 ml/kg chảy nhanh, sau đó tùy theo đáp ứng của bệnh nhân mà điều chỉnh tốc độ. Ở trẻ dưới 6 tuổi mà không chích tĩnh mạch được thì có thể truyền tạm thời qua đường tủy xương trong thời gian chích hoặc bộc lộ tĩnh mạch.

3.2.5 Truyền máu toàn phần (đường truyền 2)

- Truyền máu toàn phần cùng nhóm 20 ml/kg. Nếu không có máu cùng nhóm, truyền máu nhóm O. Tốc độ tùy theo tình trạng huyết động. Nếu đang sốc nặng với mạch=0, huyết áp = 0 thì bơm trực tiếp. Chỉ định truyền máu: Hct thấp < 30% hoặc sau khi đã truyền nhanh 40 ml/kg dung dịch điện giải vẫn không nâng được huyết áp.

- Tiếp tục truyền dung dịch điện giải qua đường truyền

- Nếu cần truyền máu tốc độ nhanh, lượng nhiều thì máu cần được làm ấm để tránh rối loạn nhịp tim.

- Nếu chưa có máu sau khi truyền dung dịch điện giải 40 ml/kg mà bệnh nhân còn sốc: truyền cao phân tử (Gelatine) 20 ml/kg, tốc độ tùy theo tình trạng sốc.

3.3. Điều trị tiếp theo

Sau khi truyền máu toàn phần 20 ml/kg:

+ Cải thiện tốt: bệnh nhân ra sốc và Hct bình thường: tiếp tục duy trì dịch điện giải, tuy nhiên tránh truyền quá nhanh có thể gây quá tải. Nếu nguyên nhân sốc do vỡ tạng đặc thì mời ngoại khoa can thiệp phẫu thuật.

+ Đáp ứng nhưng huyết áp tụt khi giảm tốc độ truyền dịch: tiếp tục bù dịch và máu. Nếu có chỉ định phẫu thuật thì sẽ hồi sức song song với phẫu thuật.

+ Không đáp ứng:

- Nếu còn sốc và Hct thấp < 30% thì cần truyền máu tiếp tục. Số lượng tiếp theo tùy tình trạng huyết động của bệnh nhân lúc đó. Khi truyền máu khối lượng lớn > 50 ml/kg, cần xét nghiệm chức năng đông máu và tiểu cầu.

- Nếu rối loạn đông máu thì truyền hồng cầu lắng và huyết tương tươi đông lạnh 10 ml/kg.

- Nếu giảm tiểu cầu (< 50.000/mm3) truyền tiểu cầu đậm đặc 1 đơn vị/5 kg. Đo CVP để hướng dẫn bù dịch và máu. Mời bác sĩ ngoại khoa xem xét chỉ định phẫu thuật cầm máu.

- Calcium: khi truyền quá 40 ml/kg máu toàn phần cần chú ý cho calci gluconate 10% 1 - 2 mL TMC.

3.4. Chỉ định ngoại khoa

- Đứt mạch máu: can thiệp ngoại khoa ngay trong lúc hồi sức sốc.

- Vỡ tạng đặc:

- Khi tình trạng bệnh nhân tạm ổn định huyết động học.

- Khi truyền máu trên 50 ml/kg mà bệnh nhân còn sốc hay Hct dưới 30% chứng tỏ bệnh nhân đang chảy máu nặng cần phẫu thuật cầm máu.

4. Theo dõi

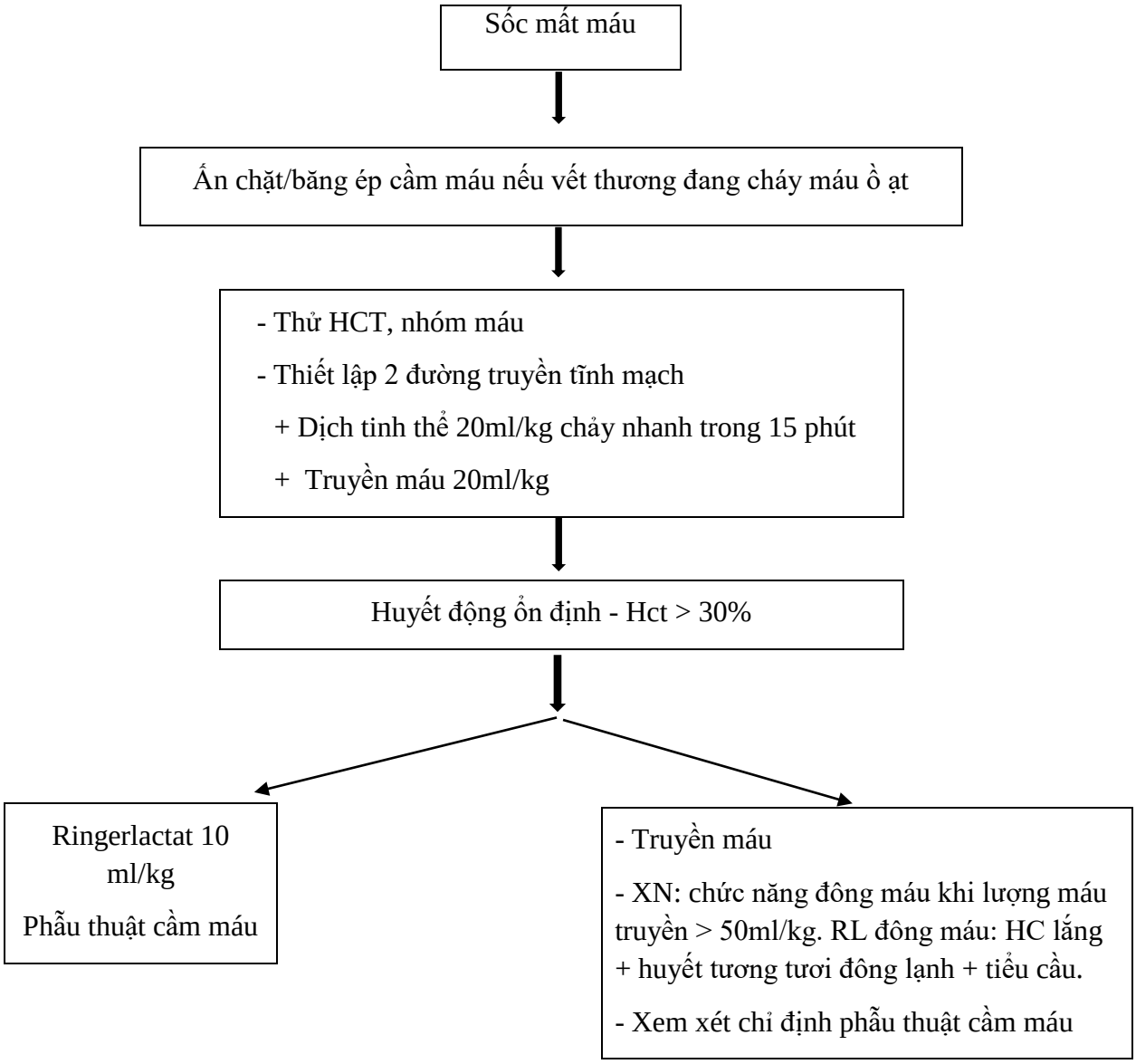
- Mạch, huyết áp, tưới máu da mỗi 15 phút cho đến khi ra sốc và sau đó mỗi giờ.

- Hct sau truyền máu và mỗi giờ cho đến khi ổn định

- Nước tiểu mỗi 4 - 6 giờ.

- Vòng bụng ở bệnh nhân chấn thương bụng kín, tình trạng chảy máu tại vết thương

LƯU ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỐC MẤT MÁU DO CHẤN THƯƠNG



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi Trung ương, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em cập nhật năm (2018), Nhà xuất bản Hà Nội

2. Bệnh viện Nhi Đồng1, Phác đồ Nhi Đồng 1 (2013), Nhà xuất bản Y học.

CHƯƠNG IV: SƠ SINH

NHIỄM TRÙNG SƠ SINH (P36)

A. Nhiễm trùng sơ sinh sớm

1. Định nghĩa

Nhiễm trùng sơ sinh (NTSS) sớm là những nhiễm trùng xảy ra trong vòng 72 giờ đầu sau sinh.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. *Yếu tố nguy cơ*

- Nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B ở lần sinh trước.
- Mẹ mắc bệnh nhiễm trùng trong thời kỳ mang thai (rubella, toxoplasmosis, cytomegalovirus, liên cầu B).
- Vỡ ối sớm trước 12 giờ gây nhiễm trùng ối.
- Mẹ sốt trước trong và sau sinh.
- Thời gian chuyển dạ kéo dài trên 12 giờ, nhất là trên 18 giờ.
- Mẹ bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu trước sinh mà không điều trị đúng.
- Trẻ sinh non.
- Nhẹ cân so với tuổi thai.
- Sang chấn sản khoa.
- Chỉ số Apgar thấp khi sinh
- Lây truyền trực tiếp hoặc gián tiếp qua mẹ, thân nhân bệnh nhi, cán bộ y tế.

2.1.2. *Triệu chứng lâm sàng*

- Hô hấp: xanh tím, rối loạn nhịp thở, thở rên, thở nhanh > 60 lần/phút + co kéo, ngừng thở > 15 giây.
- Tim mạch: xanh tái, da nổi vân, nhịp tim nhanh > 160 lần/phút, lạnh đầu chi, thời gian hồng trở lại của da kéo dài > 3s, huyết áp hạ.
- Tiêu hóa: bú kém, bỏ bú, trướng bụng, nôn ói, tiêu chảy, dịch dạ dày ứ > 2/3 số lượng sữa bơm cử trước.
- Da và niêm mạc: da tái, nổi vân tím, phát ban, xuất huyết, vàng da sớm trước 24 giờ. nốt mủ, phù nề, cứng bì.
- Thần kinh: tăng hoặc giảm trương lực cơ, dễ bị kích thích, co giật, thóp phồng, giảm phản xạ, hôn mê.
- Huyết học: tử ban, tụ máu dưới da, xuất huyết nhiều nơi, gan lách to.
- Thực thể: chậm tăng cân hoặc sụt cân.
- Rối loạn điều hòa thân nhiệt.

2.1.3. *Cận lâm sàng*

- Cấy máu.
- Công thức máu: bạch cầu < 5000/mm^3 hay > 20.000/mm^3, bạch cầu đa nhân trung tính < 1.500 – 2.000 mm^3 , tiểu cầu < 100.000/mm^3
- CRP định lượng
- Cấy nước tiểu.
- Soi cấy phân.
- Choc dò tủy sống.
- Cấy dịch dạ dày.
- Cấy mủ (ở da, rốn).
- Cấy nội khí quản, catheter.

Những xét nghiệm hỗ trợ khác:

- Khí máu động mạch.
- Chức năng gan thận.
- Chức năng đông máu.
- Điện giải đồ/máu, đường huyết.
- X quang ngực / bụng.
- Nhóm máu.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân gây nhiễm trùng sớm có liên quan đến người mẹ, trẻ bị lây nhiễm vi khuẩn khi qua đường âm đạo. Các vi khuẩn phổ biến liên quan đến nhiễm trùang sớm bao gồm: Streptococcus nhóm B (GBS), Escherichia coli, Staphylococcus non coagulase (tụ cầu không đông huyết tương), Heamophilus Influenzae, Listeria monocytogenes.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng. Thường các kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng được phối hợp với nhau hoặc chọn kháng sinh khả năng đạt được nồng độ diệt khuẩn tai vị trí nhiễm trùng, tác dụng phụ, sự non kém của chức năng gan, thận.
- Phối hợp với điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng.

3.2. Điều trị cụ thể

Kháng sinh:

- Ampicilline + Gentamycin
- Hoặc Ampicilline + Cefotaxim
- Hoặc Ampicilline + Cefotaxim + Gentamycin: khi có một trong các dấu hiệu sau:

+Nhiễm trùng huyết trước 7 ngày tuổi.

+Bệnh có dấu hiệu nặng, nguy kịch ngay từ đầu.

+Nhiễm trùng huyết + viêm màng não mủ.

+Nếu có sốc hoặc nghi tụ cầu: Cefotaxime + Vancomycin ± Gentamicin

Liều một số kháng sinh thường dùng

- Ampicilline: 100mg/kg/24h
- Cefotaxime: 100mg/kg/24h
- Ceftazidime: 50-60mg/kg/24h
- Vancomycin: 10-15mg/kg/8h x 3 lần
- Gentamicin: 4-5mg/kg/24h
- Amikacin: 15mg/kg/24h

Viêm màng não mủ:

- Ampicilline: 200-300mg/kg/24h
- Cefotaxime: 200mg/kg/24h
- Vancomycin: 20mg/kg/8h x 3 lần

3.3. Điều trị nâng đỡ và hỗ trợ

- Điều trị suy hô hấp
- Điều trị vàng da
- Điều trị triệu chứng
- Nuôi dưỡng, cung cấp năng lượng
- Điều trị biến chứng

B. NHIỄM TRÙNG SƠ SINH MUỘN

1. Định nghĩa

Nhiễm trùng sơ sinh muộn là nhiễm khuẩn khởi phát sau 72h đầu.

Nhiễm liên cầu B khởi phát muộn sau 6 ngày.

2. Chẩn đoán

2.1.Chẩn đoán xác định

2.1.1. *Yếu tố nguy cơ*

- Tuổi thai thấp, cân nặng khi sinh thấp.
- Các tình trạng khi sinh, đòi hỏi can thiệp: thở máy kéo dài, nuôi dưỡng tĩnh mạch, đặt đường truyền trung tâm.
- Chậm cho ăn đường ruột.
- Sau phẫu thuật tiêu hóa

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Có thể âm thầm và không đặc hiệu:

- Vàng da, da tái, tưới máu kém (Refill > 3s), chi lạnh, nổi vân tím. Có thể xuất huyết dưới da.

- Giảm trương lực cơ, li bì, kích thích, quấy khóc.

- Có thể có ban nhiễm trùng ở mắt, rốn, móng tay, da.

- Nhịp tim nhanh hoặc chậm, huyết áp giảm.

- Thở nhanh và rút lõm lồng ngực hoặc cơ liên sườn, tăng nhu cầu oxy và hỗ trợ.

- Nôn trớ, chậm tiêu, bú kém. Khám bụng thấy chướng bụng và phản ứng thành bụng. Nghe âm ruột giảm hoặc mất khi có nhiễm khuẩn (tắc ruột cơ năng) hoặc viêm ruột hoại tử. Nhìn xem có máu trong phân không.

- Có thể có co giật. Thóp phồng gợi ý tăng áp lực nội sọ: Không luôn luôn phát hiện được ở trẻ viêm màng não.

- Khó cử động hoặc đau ở khớp và chi gợi ý viêm xương tủy hoặc viêm khớp nhiễm khuẩn.

- Đường huyết không ổn định.

2.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu trung tính < 2.000/mm^3 hoặc > 15000/mm^3, tiểu cầu 100.000/mm^{3,} Tỉ lệ bạch cầu non / trưởng thành > 0,2.

- Đông máu có thể bị rối loạn.

- CRP: lúc có biểu hiện lâm sàng và nhắc lại sau 18 – 24h.

- Cấy máu.

- Soi/cấy dịch (mủ da, rốn).

- Chọc dịch não tủy nếu nghi ngờ viêm màng não mủ.

- Các thăm dò khác: Xquang ngực/bụng.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Vi khuẩn Gram dương chiếm chủ yếu. Tụ cầu không đông huyết tương chiếm khoảng 50% trong nhiễm khuẩn khởi phát muộn.

- Vi khuẩn Gram âm chiếm khoảng 20 – 40% và ngày càng kháng Gentamycin (Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Pseudomonas, E.Coli, Acinetobacter).

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân

- Điều trị biến chứng

- Điều trị hỗ trợ

3.2. Điều trị cụ thể

Kháng sinh:

- Kháng sinh bậc 1: Cefotaxim + Gentamycin.

- Kháng sinh bậc 2: Vancomycin + Gentamycin.

- Kháng sinh bậc 3 hoặc kháng sinh đồ yêu cầu: Meronem +/- Vancomycin.

Hoặc thay bằng Tazocin cho Nhiễm khuẩn Gram (-).

- Khi dùng kháng sinh trên 1 tuần ở trẻ sinh non hoặc sau phẫu thuật tiêu hóa, cân nhắc dự phòng nấm bằng Nystatin đường miệng hoặc Fluconazol uống hoặc tiệm.

- Không nên dùng Vancomycin thường quy cho bệnh nhân có catheter hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch trừ khi trẻ rất nặng.

- Khi có kết quả nuôi cấy: Chuyển sang kháng sinh phổ hẹp nhất phù hợp, hoặc cắt nếu nuôi cấy âm tính và các marker viêm không tăng và hết triệu chứng lâm sàng.

Thời gian điều trị kháng sinh: dựa vào kết quả cấy máu và diễn tiến lâm sàng.

- Thời gian điều trị kháng sinh: 10-14 ngày.

- Thời gian điều trị kéo dài hơn (3-4 tuần) khi:

+Nhiễm trùng huyết gram âm.

+Có viêm màng não mủ đi kèm.

- Thời gian sử dụng Aminoglycoside không quá 5-7 ngày.

3.3. Điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng:

- Sốc nhiễm trùng, đông máu nội mạch lan tỏa

- Cung cấp năng lượng

- Hỗ trợ hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em 2018, Bệnh viện Nhi Trung ương, Tr 203-206
2. Phác đồ điều trị nhi khoa 2020, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Tr 325-327
3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2016, Bệnh viện Nhi Đồng 2, Tr 271-276.

VÀNG DA DO CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC

I. Vàng da do tăng bilirubin gián tiếp

(Xem bài vàng da tăng Bilrubin gián tiếp)

II. Vàng da do tăng bilirubin trực tiếp

1. Định nghĩa: là tình trạng vàng da đi kèm với sự gia tăng thành phần bilirubin trong máu: Bilirubin trực tiếp có thể chiếm tỉ lệ ≥ 25% của bilirubin toàn phần và thường > 2 mg%.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.2. *1. Lâm sàng*

- Tiền sử.
- Khám da: vàng da, vàng củng mạc mắt, xỉn màu.
- Rối loạn đông máu: xuất huyết, mảng bầm tím trên da, chảy máu chân răng, chảy máu lợi.
- Phát triển thể chất: nhẹ cân, cân nặng thấp so với tuổi, suy dinh dưỡng thể còi cọc trong các bệnh lý vàng da ứ mật tiến triển bệnh gan giai đoạn cuối.
- Bộ mặt bất thường: bộ mặt Alagille, bộ mặt Chubby.
- Gan, lách to, có thể gặp xơ gan, hay gặp trong các bệnh lý nhiễm trùng, các bệnh lý gan từ trong thời kỳ bào thai: nhiễm rubella, giang mai, CMV bẩm sinh.
- Thần kinh: kích thích hoặc li bì, bú kém.
- Màu phân:bạc màu hoàn toàn, liên tục trong bệnh lý teo mật bẩm sinh, thiểu sản đường mật, nước tiểu sẫm màu.

2.1.2. Cận lâm sàng

- CTM, ĐMCB.
- CRP, Cấy máu khi nghi ngờ nhiễm trùng.
- Xét nghiệm tím nguyên nhân, viêm gan B, C, A.
- Sinh hóa: tăng bilirubinTP/ TT, SGOT, SGPT, ALP, gama GT, Tăng cholesterol, triglyceride trong bệnh Alagille.
- Siêu âm bụng: phát hiện bất thường đường mật: u nang ống mật chủ, sỏi mật, sỏi bùn. Đánh giá túi mật và sự co bóp túi mật trong teo mật bẩm sinh.
- Chụp MRI, CT Scanner trong bệnh lý gan mật.
- Nếu nghi ngờ CMV làm PCR.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Do suy gan: Không dung nạp galactose, bất dung nạp tyrosine, nhiễm trùng bẩm sinh hay mắc: nhiễm trùng, Herpes, Coxsakie, ECHO virus, viêm gan B, Adenovirus, CMV, Toxoplasma, giang mai.

- Ở trẻ khỏe mạnh:

+ Nguyên nhân trong gan: Thiếu anpha1-antitripsin, xơ nang, tắc mật trong gan có tính gia đình, hội chứng Alagille, bệnh nội tiết(suy giáp, suy tuyến yên), hội chứng Zellweger's, Niemman Pick, viêm gan, bệnh toàn thân, nhiễm trùng tiểu, tam nhiễm sắc thể 13,18,21.

+ Nguyên nhân ngoài gan: teo đường mật, nang đường mất, hội chứng mật đặc.

- Các nguyên nhân thường gặp:

+ Teo đường mật ngoài gan.

+ Viêm gan sơ sinh tự phát.

+ Viêm gan do nhiễm trùng.

+ Thiếu anpha1- antitrypsin, hội chứng Alagille.

+ Vàng da ứ mật có tính gia đình.

+ Nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh.

- Các bệnh lý ngoại khoa: teo hoặc giãn đường mật bẩm sinh cần được điều trị ngoại khoa .

- Điều trị triệu chứng, hạn chế sự ứ mật và kiểm soát ngứa.

- Đảm bảo dinh dưỡng tối ưu và xây dựng chế độ ăn điều trị trong các bệnhcụ thể.

3.2. Điều trị đặc hiệu

- Tắc mật ngoài gan: hội chẩn ngoại khoa để phẫu thuật.

- Viêm gan do nhiễm trùng huyết: điều trị nhiễm trùng bằng kháng sinh, kháng vi rút.

- Galactosemia: Chế độ ăn không có Galactose.

3.3. Điều trị nâng đỡ:

- Năng lượng cung cấp bằng 125% so với nhu cầu theo cân nặng lý tưởng (bằng truyền tĩnh mạch hay cho ăn).

- Khi cung cấp năng lượng bằng đường miệng: lipid được cho dưới dạng triglyceride chuỗi trung bình.

- Lượng protein: 2-3g/kg/ngày đối với trẻ không có tăng amoniac máu

- Vitamin A, D, E, K.

- Ursodeoxycholic acid: 10-20mg/kg/ ngày để kích thích dòng mật và thải các acid mật độ từ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị Nhi khoa (2019), Bệnh Viện Nhi Đồng 2, NXB Y học, trang 196-199.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018), Bệnh Viện Nhi Trung ương
3. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em.

NHIỄM KHUẨN DA SƠ SINH

1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn da sơ sinh là bệnh nhiễm khuẩn khu trú vùng da trên cơ thể trẻ, rất dễ lan rộng thành nhiễm khuẩn huyết toàn thể, và dễ lây lan sang trẻ khác

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào tiền sử., bệnh sử và khám bệnh

2.1.1. Tiền sử: cách chăm sóc da trẻ tại nhà, bệnh lí của bà mẹ khi mang thai (giang mai, thủy đậu,…)

2.1.2. Bệnh sử: vị trí, thời gian xuất hiện, kích thước tổn thương, tiến triển của tổn thương.

2.1.3. *Khám bệnh:*

- Tìm vị trí tổn thương (nách, quanh rốn, bẹn,long bàn tay, bàn chân,…):

+ Da và tổ chức dưới da sưng đỏ, viêm tấy

+ Da có nốt mủ hoặc bỏng, rộp

+ Mụn mủ (đường kính <1cm) hoặc mụn nước, (đường kính >1cm)

+ Da tấy đỏ, đau hoặc biến dạng một vùng da.

- Tìm các biến chứng của nhiễm khuẩn da: có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thể.

2.1.4. *Cận lâm sàng*

- Công thức máu
- CRP
- Nhuộm soi
- Cấy dịch mủ
- Cấy máu
- Xét nghiệm giang mai

2.2. Chẩn đoán phân loại:

- Nhiễm khuẩn da: xuất hiện ngày đầu hoặc sau đó, đầu tiên chỉn có một tổn thương đặc sau đó thành từng cụm và lan rộng ra các vùng khác nhau. Tổn thương mụn mủ, mụn phỏng, vị trí chủ yếu ở mu bàn tay, quanh cổ, nách, rốn, hang.

- Viêm mô tế bào/ áp xe: khởi phát ngày thứ 3 hoặc sau đó, tổn thương da đỏ và tổ chức dưới da sưng nề ở một vùng cơ thể, vùng tổn thương mềm, di động.

- Nẫm vùng quấn tã: xuất hiện vào ngày thứ 3 hoặc sau đó, đám đỏ nhạt ở hang, nơi quấn tã, có vảy hoặc chấm trắng ở giữa.

- Giang mai bẩm sinh: mẹ có xét nghiệm giang mai (+) trong thời gian mang thai, chưa được điều trị hoặc điều trị chưa đầy đủ, xuất hiện ngay sau đẻ. Trẻ phù toàn thân, chướng bụng, gan lách to, có dịch ổ bụng, nốt phồng rộp ở lòng bàn tay, bàn chân, chảy nước mũi.

3. Điều trị:

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị toàn thân
- Điều trị tại chỗ
- Điều trị biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Nhiễm khuẩn da

- Dưới 10 mụn mủ/ nốt phỏng hoặc tổn thương chưa lan quá nửa cơ thể, không có nhiễm khuẩn huyết kèm theo: điều trị tại chỗ, sát khuẩn bằng dung dịch sát khuẩn, chấm thuốc tím gentian 0.5%, Eosin 1% hoặc Xanh methylen vào tổn thương.

Theo dõi 5 ngày tổn thương chưa hết, uống Cloxaxillin.

- Từ 10 nốt mủ/ nốt phỏng hoặc tổn thương quá nửa cơ thể, không kèm nhiễm khuẩn huyết: Điều trị tại chỗ, tiêm tĩnh mạch Vancomycin nuôi cấy (-), tiếp tục dùng Vancomycin, phối hợp Gentamicin trong 7 ngày.

3.2.2. Mụn mủ/ nốt phỏng kèm theo nhiễm khuẩn huyết

- Điều trị nhiễm khuẩn huyết, thay Ampicilin bằng Vancomycin và Gentamicin tiêm tĩnh mạch.

3.2.3. Viêm mô tế bào/ Áp xe:

- Nếu tổn thương viêm di động, có dịch thì chọc hút và dẫn lưu.
- Tiêm tĩnh mạch Vancomycin 10 ngày, phối hợp Gentamicin.
- Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu kết quả nuôi cấy (+)

3.2.4. Nấm vùng quấn tã:

- Xoa kem Nystatin lên vùng tổn thương hoặc dung thuốc tím gentian 0.5% chấm lên tổn thương mỗi lần thay tã, khi tổn thương lành, tiếp tục bôi thêm 3 ngày.
- Khuyên bà mẹ phải thay tã cho trẻ khi tã ướt, bẩn.

+ Vệ sinh da

- Tiếp xúc da kề da (bà mẹ và trẻ) ngay sau sinh.
- Tắm trẻ bằng nước ấm và xà phòng kiềm thấp.
- Thay tã thường xuyên

+ Phòng ngừa tổn thương da

- Khăn lau, quần áo, drap trải giường cho trẻ sơ sinh phải mềm mại, không có cồn.
- Dinh dưỡng: bú mẹ sớm và bú mẹ hoàn toàn cung cấp dinh dưỡng và kháng thể.
- Chăm sóc phòng ngừa nhiễm khuẩn da tại Khoa sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em 2018, Bệnh viện Nhi Trung ương.

VÀNG DA DO TAN HUYẾT QUÁ MỨC

1. Định nghĩa

Vàng da tan huyết là tình trạng gia tăng bilirubin trong máu do tăng phá hủy hồng cầu, Hậu quả có thể gây tổn thương não, để lại di chứng nặng nề. Được chia làm 2 loại. Vàng da sinh lý và vàng da bệnh lý

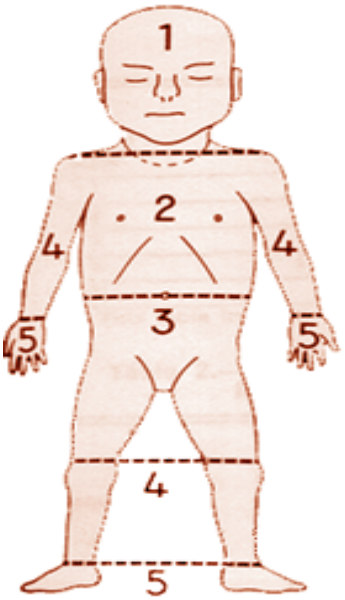
2. Chẩn đoán.

2.1. Chẩn đoán xác định.

2.1.1. Lâm sàng

- Trẻ có biểu hiện vàng da, vàng lòng bàn tay, bàn chân vàng kết mạc mắt
- Dựa vào công thức ước tính bilirubin máu theo Kramer: Bilirubin máu (mg%) # (Số vùng + 1) x 3

Phân vùng vàng da của Kramer

	**Ước tính bilirubin** ■ Vùng 1 100µmol/l ■ Vùng 2 150 µmol/l ■ Vùng 3 200 µmol/l ■ Vùng 4 250 µmol/l ■ Vùng 5 >250 µmol/l

2.1.2. Các xét nghiệm CLS

- Bilirubin TP/TT là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán vàng da.
- CTM, HC lưới, nghiệm pháp coombs TT/ GT
- Nhóm máu ABO- Rh của trẻ và mẹ
- XN nước tiểu và các xét nghiệm khác để chẩn đoán nguyên nhân như định lượng G6PD khi cần thiết.
- Siêu âm ổ bụng, gan mật

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt vàng da tăng bilirubil gián tiếp và tăng bilirubil trực tiếp

Đặc điểm	Tăng bilirubil gián tiếp	Tăng bilirubil trực tiếp
Thời gian xuất hiện	Sớm, trong tuần đầu tiên	Muộn, thường sau 2 tuần
Màu da	Vàng cam	Vàng chanh, lẫn xanh lá
Gan lách to	±	+
Màu phân, nước tiểu	Phân vàng, tiểu vàng nhạt	Phân nhạt màu, tiểu sẫm màu
Xét nghiệm bilirubil TT	≤ 1 mg% khi bil TP ≤ 5 mg %. ≥ 20mg % khi bil TP ≥ 5mg %	>1mg % khi bil TP ≤ 5mg%. > 20mg % khi bil TP > 5 mg%

Phân biệt vàng da sinh lý và bệnh lý:

- Vàng da sinh lý: Vàng da nhẹ từ ngày thứ 3-10, bú tốt, không kèm theo các yếu tố nguy cơ, mức Bilirubin trong máu chưa đến ngưỡng phải can thiệp
- Vàng da bệnh lý: vàng da sóm, mức độ vàng nặng, kèm các yếu tố nguy cơ, mức Birubin máu vượt quá ngưỡng phải can thiệp

2.3. Chẩn đoán một số nguyên nhân

- **Bất đồng nhóm máu Rh:** Mẹ có nhóm máu Rh (-) con có nhóm máu Rh (+). Trẻ vàng da sớm thường xuất hiện trước 24 giờ tuổi. Có thể bị phù thai hiếm gặp (trẻ khi sinh ra đã bị vàng da, gan lách to, phù toàn thân, thiếu máu nặng và suy tim, thường chết sau khi sinh. Test coomb's TT ở con (+) , GT (+) ở mẹ, Bilirubin máu tăng rất nhanh, thường vượt ngưỡng thay máu
- **Bất đồng nhóm máu ABO . X**ảy ra khi mẹ có nhóm O, con nhóm máu A hoặc B. Lâm sàng trẻ vàng da sớm và tăng nhanh từ ngày thứ 2-3 sau sinh. CLS: Coomb's TT (+), hồng cầu lưới tăng.
- **Bất hợp tác với phụ nhóm (group Kell, Duffy,** ...): bệnh cảnh thường nhẹ.
- **Khiếm khuyết sinh hóa của hồng cầu**: hình dạng điển hình là bệnh thiếu glucose -6-phosphate dehydrogenase (G6PD). XN định lượng G6PD
- **Bất thường cấu trúc màng hồng cầu**: điển hình là bệnh hồng cầu hình cầu, hiếm ở Việt Nam
- **Nhiễm trùng.** Vàng da kèm theo tình trạng nhiễm trùng trên LS và CLS.
- **Vàng da do sữa mẹ**
- **Bệnh lý thiểu năng tuyến giáp**: xác định dựa vào XN chức năng tuyến giáp
- **Máu tụ**: từ các ổ xuất huyết, hồng cầu bị phá hủy giải phóng nhiều bilirubin gây vàng da. Hiếm khi phải thay máu.

3. Điều trị

3.1. Ánh sáng liệu pháp (ASLP)

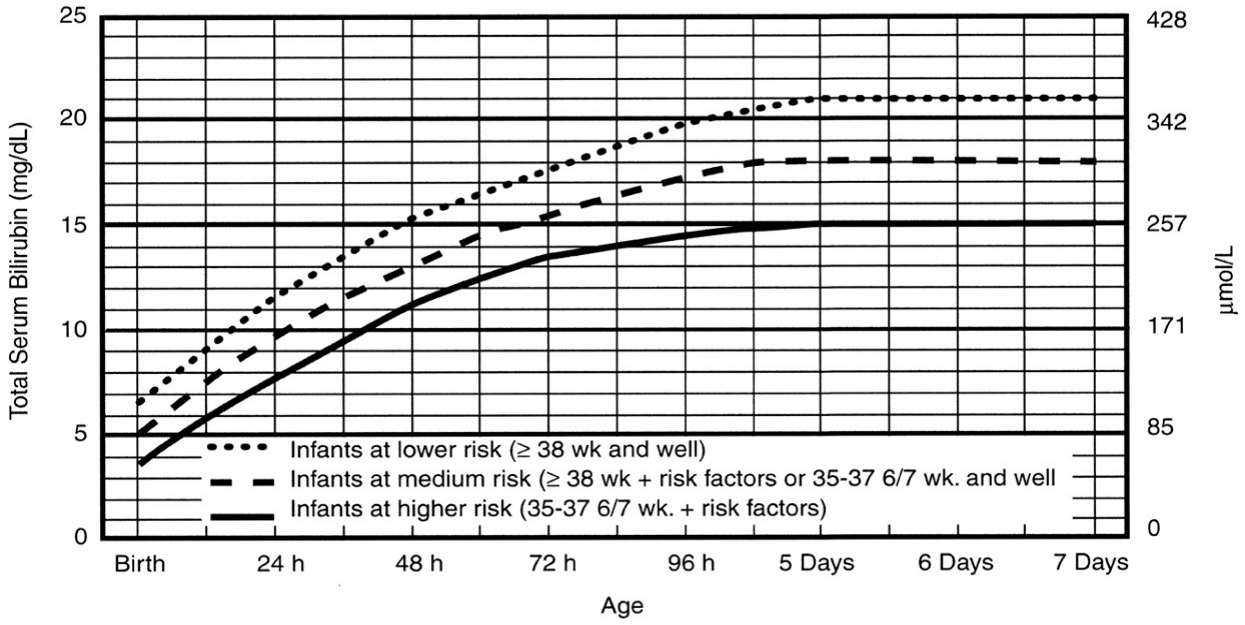
Chỉ định chiếu đèn:

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

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

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

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



- Use total bilirubin. Do not subtract direct reacting or conjugated bilirubin.
- Risk factors = isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, sepsis, acidosis, or albumin < 3.0g/dL (if measured)
- For well infants 35-37 6/7 wk can adjust TSB levels for intervention around the medium risk line. It is an option to intervene at lower TSB levels for infants closer to 35 wks and at higher TSB levels for those closer to 37 6/7 wk.
- It is an option to provide conventional phototherapy in hospital or at home at TSB levels 2-3 mg/dL (35-50mmol/L) below those shown but home phototherapy should not be used in any infant with risk factors.

- < 35 tuần tuổi: chiếu đèn dựa bảng sau:

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

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

Trong một số trường hợp đặc biệt như trẻ có phù trong phù bào thai hoặc giảm albumin rất nặng, cân nặng của trẻ sẽ không tương xứng với tuổi thai. Bởi vậy, trong những trường hợp này sẽ chỉ định chiếu đèn dựa vào định

- Tuổi thai từ 28 – 29 tuần: TSB: 103 – 137 micromol/l (6- 8 mg/dl)
- Tuổi thai từ 30 – 31 tuần: TSB: 137 – 171 micromol/l (8 – 10 mg/dl)
- Tuổi thai từ 32 – 33 tuần: TSB: 171 – 205 micromol/l (10 12 mg/dl)
- Tuổi thai từ 34 lượng bilirubin toàn phần theo tiêu chuẩn của Viện quốc gia về sức khỏe trẻ em và phát triển con người (NICHHD).
- < 28 tuần: TSB > 86 micromol/l (5 mg/dl)
- 35 tuần: TSB: 205 – 239 micromol/l (12 – 14 mg/dl)

Vàng da tăng bilirubin tự do ở trẻ đẻ non thường phổ biến hơn, nặng nề hơn và kéo dài hơn so với trẻ đủ tháng. Do đó, vàng da ở trẻ đẻ non cần phải theo dõi sát để có chỉ định chiếu đèn sớm và thời gian chiếu đèn sẽ kéo dài hơn .

Nguyên tắc chiếu đèn

- Chiếu đèn liên tục, chỉ ngưng khi cho bú, vệ sinh cá nhân.
- Che mắt, bộ phận sinh dục (đối với nam) khi chiếu đèn.
- Vàng da nặng: nên chọn ánh sáng xanh với hệ thống đèn 2 mặt
- Tăng lượng dịch cung cấp cho trẻ: tăng 10 – 20% nhu cầu

Ngừng chiếu đèn: khi Ngưỡng bilirubin không gây bệnh não, yếu tố nguy cơ, thúc đẩy đã ổn định.

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

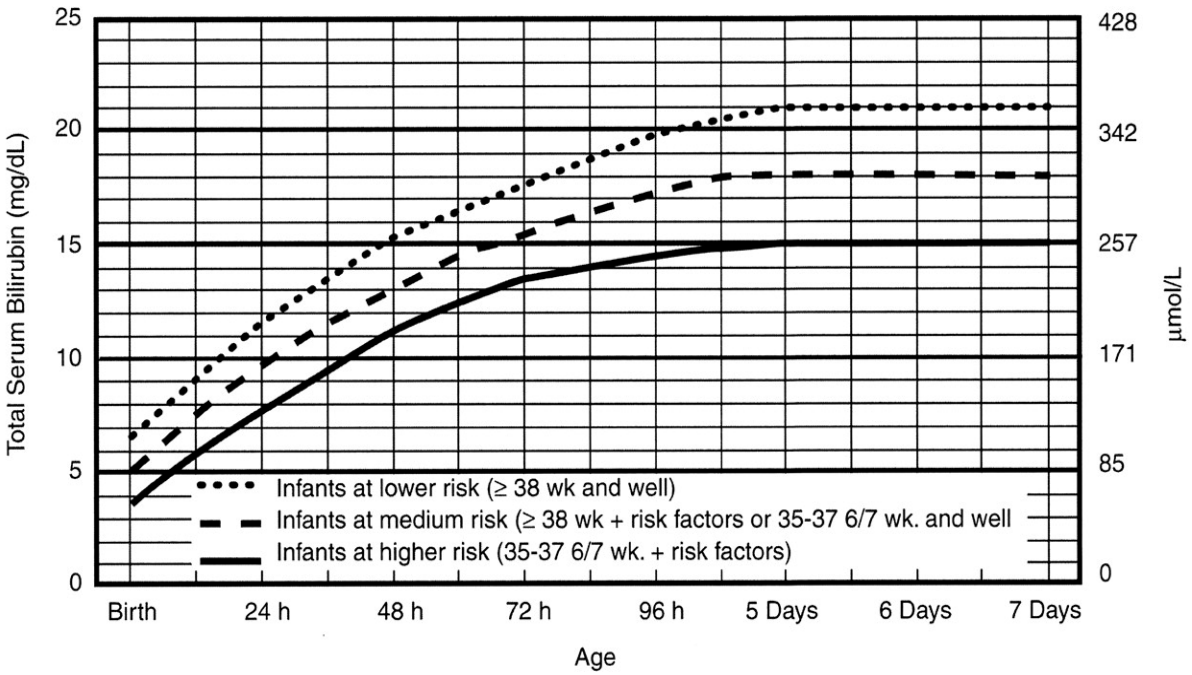
3.1.1. Thay máu

- Chỉ định:

+Lâm sàng: vàng da nặng đến lòng bàn tay, bàn chân (< 1 tuần) + bắt đầu có biểu hiện thần kinh, hoặc;

+Mức Bilirubin máu tăng cao > 20 mg% + bắt đầu có biểu hiện thần kinh

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



- Use total bilirubin. Do not subtract direct reacting or conjugated bilirubin.
- Risk factors = isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, sepsis, acidosis, or albumin < 3.0g/dL (if measured)
- For well infants 35-37 6/7 wk can adjust TSB levels for intervention around the medium risk line. It is an option to intervene at lower TSB levels for infants closer to 35 wks and at higher TSB levels for those closer to 37 6/7 wk.
- It is an option to provide conventional phototherapy in hospital or at home at TSB levels 2-3 mg/dL (35-50mmol/L) below those shown but home phototherapy should not be used in any infant with risk factors.

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

Cân nặng (gram)	Trẻ khỏe mạnh Thay máu(mg%)	Trẻ có yếu tố nguy cơ Thay máu(mg%)
<1500	10-15	10-14
1501-2000	16-18	14-16
2001-2500	18-20	16-18

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

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

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

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

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

- Số lượng máu thay: Trung bình 160- 180ml/kg

- Chống chỉ định thay máu

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

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

+ Nhiễm trùng rốn nặng

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

3.2. Điều trị nguyên nhân

3.2.1. Điều trị nguyên nhân:

Bao gồm điều trị các nguyên nhân gây tăng bilirubin gián tiếp có thể điều trị được:

- Nhiễm trùng: kháng sinh liệu pháp
- Thiểu năng tuyến giáp: hormone tuyến giáp
- Tắc đường tiêu hóa: giải phóng tắc nghẽn
- Vàng da do sữa mẹ: trấn an mẹ và tiếp tục cho con bú sữa mẹ.

3.2.2. Điều trị hỗ trợ

- Cung cấp đủ dịch (tăng 10 – 20% nhu cầu).
- Chống co giật bằng Phenobarbital.
- Cho bú mẹ hoặc cho ăn qua sonde dạ dày sớm.
- Vật lý trị liệu nếu vàng da nhân qua giai đoạn nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. “Hưỡng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em”
2. Bệnh viện Nhi Trung ương, “Hưỡng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em”
3. Bệnh viện Nhi đồng 1, Phác đồ điều trị năm (2013)
4. Bệnh viện Nhi đồng 2, Hưỡng dẫn điều trị bệnh nhi khoa năm (2019)
5. Đại học y dược TP Hồ Chí Minh , Nhi khoa tập II năm (2020).

VÀNG DA NHÂN

1. Định nghĩa

- Vàng da nhân xám là tình trạng khi nồng độ bilirubin tự do hay bilirubin kết hợp với Albumin trong máu cao nhưng hàng rào máu não bị tổn thương, phần bilirubin tự do không liên kết lưu hành trong máu vượt qua hàng rào này đến gắn vào màng các tế bào cơ thể và gây độc tế bào .

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. *Lâm sàng*

- Vàng da sẫm màu toan thân + bilirubin gián tiếp tăng cao.
- Biểu hiện thần kinh: bệnh lý não cấp do bilirubin bệnh thường biểu hiện trước 15 ngày tuổi vì sau 15 ngày bilirubin không dễ qua hàng rào máu não trải qua 3 giai đoạn.

+Giai đoạn1 (1-2 ngày đầu): bú chậm, đờ đẫn, co giật, giảm trương lực cơ, khóc thét.

+Giai đoạn 2 (tuần đầu): trẻ lừ đừ, dễ bị kích thích và tăng trương lực cơ, có thể sốt, khóc the thé hay lơ mơ và giảm trương lực cơ, tăng trương lực cơ biểu hiện bằng ưỡn cổ và thân.

+Giai đoạn 3: hệ thần kinh bị tổn thương và không hồi phục được, biểu hiện bằng tự thế ưỡn cổ- ưỡn người, khóc the thé, không bú được, có cơn ngừng thở, hôn mê, một số trường hợp co giật và tử vong.

+Nếu trẻ được thay máu kịp trong giai đoạn rất sớm thì có thể khôi phục. Trong giai đoạn 2 và 3, trẻ có thể tử vong.

2.1.2. *Cận lâm sàng*

Không thể dự đoán chính xác ngưỡng này đối với từng trẻ sơ sinh cụ thể nhưng:

- Ngưỡng bilirubin toàn phần để xác định 90% trẻ sơ sinh mắc bệnh lý não do bilirubin là 25,4 mg% ở trẻ có bệnh lý tán huyết; và 31,5 mg % ở trẻ không có bệnh lý tán huyết.
- Trẻ càng non thì càng dễ bị bệnh lý não, bilirubin không liên kết 10-12 mg / dL có kết hợp với bệnh lý não ở một số trẻ non tháng.
- Thời gian tiếp xúc bilirubin ở nồng độ cao càng dài, bilirubin máu càng gia tăng nhanh chóng thì trẻ càng dễ bị bệnh lý não.

2.1.3. *Các yếu tố nguy cơ bệnh lý não do bilirubin*

- Non tháng, nhẹ cân so với tuổi thai.
- Đầu nhỏ, liên quan đến nhiễm trùng bào thai.
- Bầm máu, xuất huyết da.
- Xanh xao do thiếu máu.
- Da đỏ do đa hồng cầu.

- Gan lách to.
- Nhiễm trùng ối.
- Các dấu hiệu suy giáp.
- Nhiễm trùng.
- Các dấu hiệu tắc ruột, chậm tiêu phân su.

3. Điều trị

3.1. Điều trị bằng liệu pháp ánh sáng

Liệu pháp ánh sáng xanh hoặc trắng và thay máu là 2 phương pháp chính cần thực hiện (xem bài vàng da tan tan huyết). Những trẻ có biểu hiện vàng da nhân cần được theo dõi và tái khám định kỳ.

3.2. Dự phòng

- Cần phát hiện và xử lý kịp thời những trường hợp vàng da tăng bilirubin máu nặng bằng chiếu đèn sớm, trước khi trẻ có triệu chứng thần kinh của bệnh lý não do bilirubin hay cần phải thay máu.

- Cung cấp cho cộng đồng, trong giai đoạn tiền sản và hậu sản, kiên thức về vàng da tăng bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh, bệnh lý não do bilirubin và biện pháp hiệu quả. Cần khẳng định chỉ có hai biện pháp điều trị hiệu quả là ánh sáng liệu pháp và thay máu. Phơi nắng không làm giảm vàng da.

- Trong những ngày đầu sau sinh của trẻ, nhân viên y tế cần:

+ Xác định các yếu tố nguy cơ vàng da nặng, theo dõi sát trẻ để phát hiện vàng da nặng.

+ Khuyến khích và hướng dẫn để bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ thành công.

+ Hướng dẫn gia đình phát hiện vàng da bằng mắt và đưa trẻ tái khám khi vàng da đến rốn.

+ Trẻ vàng da nặng cần điều trị phải theo dõi lâu dài, để đánh giá phát triển toàn diện, bao gồm kiểm tra thính lực. Vật lý trị liệu là cần thiết khi trẻ đã bị bệnh lý não do bilirubin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn điều trị Nhi khoa (2019), Bệnh Viện Nhi Đồng 2, NXB Y học.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018), Bệnh Viện Nhi Trung Ương.
3. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em.

UỐN VÁN RỐN SƠ SINH

1. Định nghĩa

Uốn ván ở trẻ sơ sinh là một bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc do vi khuẩn uốn ván (Clostridium tetani) gây nên, xâm nhập vào cơ thể trẻ qua rốn nên còn gọi là uốn ván rốn sơ sinh.

Các triệu chứng của bệnh được biểu hiện là những cơn co cứng cơ thường xuyên, thỉnh thoảng có những cơn co giật trên nền co cứng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định: Chủ yếu dựa vào lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh

Kể từ khi cắt rốn tới khi có dấu hiệu cứng hàm là thời kỳ không có gì báo trước về bệnh uốn ván, thời gian ủ bệnh từ 4-15 ngày, trung bình là 7 ngày, ủ bệnh ngắn bệnh càng nặng.

- Thời kỳ khởi phát

Trẻ quấy khóc, bỏ bú, miệng chúm chím lại, trẻ đói nhưng không bú được nên càng khóc, lúc này nếu đè lưỡi ấn xuống thì thấy phản ứng lại đó là dấu hiệu cứng hàm (trismus), thời kỳ khởi phát này nhanh chóng chuyên sang thời kỳ toàn phát (từ vài giờ đến một ngày).

- Thời kỳ toàn phát

Bệnh thể hiện rõ ràng, cứng hàm càng rõ, xuất hiện hai triệu chứng chính là cơn co giật và co cứng.

+ Cơn co giật:

Xẩy ra một cách tự phát hay kích thích (ánh sáng, khám, bế cho ăn) lúc đó nét mặt trẻ nhăm nhúm lại, miệng chúm chím, sùi bọt mép, hai tay năm chặt. Cơn co giật có thể kéo dài vài phút. Cũng có khi tới 5-6 giờ liền, nếu cơn co giật mạnh liên tục, dễ kèm theo cơn ngừng thở kéo dài 2-3 phút, thậm chí đến 20-30 phút do cơ thanh quản bị co thắt. Lúc đó tiếng tim đập chậm lại, nếu kéo dài tiếng tim rời rạc, mạch khó bắt, chân tay lạnh, mỗi cơn ngừng thở là một lần có thể đe doạ tính mạng bệnh nhi, hoặc dễ bị bội nhiễm và toan hoá máu.

+ Cơn co cứng cơ:

Người trẻ uốn cong, đầu ngả ra sau, hay tay khép chặt, nó thường xuyên hiện sau cơn co giật đầu tiên và kéo dài suốt thời gian trị bệnh.

Toàn thân

Nhiệt độ có thể bình thường nhưng thường tăng trên 37°c đến 40-41°C là yếu tố phối hợp làm cơn co giật xảy ra.

Tiêu hoá hay bị táo bón.

Rốn thường rụng sớm (100%) và nhiễm khuẩn, có thể rốn ướt, có mủ hay thối, lấy mủ ở rốn cấy có thế thấy vi khuấn uốn ván mọc.

Bệnh kéo dài 2-3 tuần, dễ tử vong ở tuần thứ nhất và thứ hai trong cơn co giật, hoặc biến chứng viêm phổi.

- Thời kỳ lui bệnh

Những trẻ qua được tuần thứ hai, thứ ba thường tiến triển tốt dần, cơn giảm dần và bệnh nhi bắt đầu mở mắt, khóc được, trước nhỏ sau to dàn. Trong thời gian này vẫn còn tăng trương lực. Vài hôm sau, bệnh nhi có thể bú mẹ được. Như vậy, độ một tháng kể từ khi bệnh phát thì bệnh nhi bú được. Nhưng phải từ 1,5-2 tháng thì trương lực cơ mới trở lại bình thường.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Là trực khuẩn uốn ván (Clostridium tetani), gram dương, có lông quanhthân, di động tương đối trong môi trường yếm khí.

Trực khuẩn thường tạo nha bào. Nha bào hình cầu tròn ở dạng tự do hoặc ở một đầu của tế bào trực khuẩn nên có hình dùi trống.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng huyết
- Xuất huyết não màng não
- Viêm màng não mủ

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí vết thương và chống nhiễm trùng.
- Trung hòa độc tố uốn ván.
- Chống co giật và đảm bảo thông khí.
- Điều trị các triệu chứng khác: cân bằng nước điện giải và thăng bằng kiềm toan, đảm bảo dinh dưỡng, chống nhiễm trùng bệnh viện

3.2. Điều trị cụ thể

- Chăm sóc điều dưỡng: rất quan trọng

+ Phòng bệnh nhân phải được yên tĩnh, không tiếng động, ánh sáng dịu, hạn chế tối đa các thủ thuật xâm nhập.

+ Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ, bù nước điện giải thích hợp.

+ Vệ sinh cá nhân hàng ngày, hút đờm dãi, xoay trở mỗi 4 giờ tránh loét.

- Kháng độc tố uốn ván

+ Globulin miễn dịch uốn ván có nguồn gốc từ người (Human Tetanus Immunoglobulin – HTIG

Liều dùng: 3000-10000 đơn vị tiêm bắp hay tiêm mạch. Thuốc đắt tiền và hiện chưa có tại Việt Nam.

+ Huyết thanh uốn ván từ ngựa (Tetanus Antitoxic Serum - SAT).

Liều dùng: 500-1000 UI/ kg. Phải thử test trước với khi tiêm.

- Điều trị nhiễm trùng: thời gian điều trị kháng sinh 7- 10 ngày, có thể cho một trong các thuốc sau:

Metronidazol 0,5g x 3 lần/ngày, dùng đường uống, truyền tĩnh mạch.

+ Erythromycin 0,5g x 3 lần/ngày uống.

+ Penicillin 100000 UI/kg/ngày chia 4 lần, tiêm bắp hay tiêm mạch.

- Điều trị an thần chống co giật

+ Nhóm Benzodiazepine: đóng vai trò then chốt trong điều trị uốn ván. Đây là nhóm GABA agonists có tác dụng đối kháng độc tố một cách gián tiếp. Bệnh nhân sẽ không bị co thắt, co giật, và giảm được tình trạng co cứng cơ.

+ Diazepam: thông dụng nhất trong điều trị uốn ván. Diazepam khởi đầu Tiêm tĩnh mạch 0,1-0,3 mg/kg liều mỗi 2- 4 giờ, tối đa 10mg/liều tổng liều 1-2mg/kg/ ngày Uống 1-3 mg/kg/ngày nếu đáp ứng tốt và không xuất huyết tiêu hóa, tối đa 20mg/liều.

+ Midazolam khởi đầu: tiêm tĩnh mạch 0,05-0,2 mg/kg/liều mỗi 2-3 giờ, tối đa 7 mg/liều người lớn. Hoặc 0,05-0,1 mg/kg truyền tĩnh mạch mỗi giờ, tối đa 7 mg/giờ ở người lớn. Theo dõi hô hấp, co giật và tri giác để chỉnh liều.

+ Nhóm Barbiturate: liều dùng: Phenobarbital 0,2g/ống (1-3 ống/ngày)

+ Thuốc giãn cơ: dùng để điều trị uốn ván nặng, co giật không kiểm soát được và co giật có nguy cơ gây suy hô hấp. Chỉ nên sử dụng ở những nơi mở được khí quản, có máy thở. Pipecuronium: 0,02-0,08mg/kg/tiêm tĩnh mạch chậm (TMC) hay truyền tĩnh mạch trong 2-4 giờ.

- Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn

- Chống suy hô hấp: hút đờm dãi thường xuyên, thở oxy.

+ Thông khí nhân tạo: khi cần

+ Chỉ định mở khí quản: ứ đọng đờm dãi nhiều, có cơn co thắt thanh quản hoặc có cơn ngừng thở, co giật liên tục, có chỉ định thuốc giãn cơ.

+ Điều kiện rút canuyn: hết giật, giảm cơn co cứng, ho khạc tốt, nuốt được.

- Các biện pháp khác

+ Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày hoặc đường tĩnh mạch.

+ Hạ huyết áp: bù nước, điện giải, dùng thuốc vận mạch.

3.3. Điều trị dự phòng

- Tiêm phòng uốn ván chủ động.

- Phòng ngừa uốn ván rốn. Gây miễn dịch cơ bản cho phụ nữ mang thai bằng 2 liều TT cách nhau tối thiểu 1 tháng. Liều thứ 2 phải tiêm trước khi sinh 1 tháng. Những lần có thai sau cần tiêm nhắc lại 1 liều TT trước khi sinh 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đại học Y Hà nội(2016). Bài giảng Bệnh Truyền nhiễm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi đồng 1 (2013). Phác đồ điều trị Nhi khoa 2013, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh.

3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018), Bệnh viện Nhi Trung ương

4. Principles and Practice of Infectious Diseases, third edition.

Https://www.cdc.gov/tetanus/about/index.html

Http://www.who.int/immunization/diseases/tetanus.

VIÊM PHỔI SƠ SINH

1. Định nghĩa

- Viêm phổi sơ sinh (VPSS) là tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng ở nhu mô phổi, thường gặp ở giai đoạn sơ sinh. Có thể xảy ra trước, trong hoặc sau khi sinh.

- VPSS được chia 2 loại:

+ Viêm phổi khởi phát sớm: trước 7 ngày sau sinh

+ Viêm phổi khởi phát muộn: sau 7 ngày sau sinh

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác đinh:

- Triệu chứng lâm sàng

+ Dấu hiệu nhiễm trùng: bú kém, bỏ bú, nôn ói, chướng bụng, sốt hoặc hạ thân nhiệt, giảm phản xạ, lừ đừ.

+ Dấu hiệu hô hấp: ho, khò khè, khó thở, tím tái, ran phổi, nhịp thở >= 60l/phút, thở gắng sức, rút lõm lồng ngực, thở rên, cơn ngừng thở kéo dài

- Cận lâm sàng

+ CTM: số lượng BC tăng, thiếu máu, giảm tiểu cầu

+ Sinh hoá máu:

- Creatinin hoặc Ure

- Glucose

- GOT, GPT

- Albumin hoặc Protein

- CRP ĐL

+ Khí máu động mạch khi có suy hô hấp.

+ XQ phổi: hình ảnh của VPSS đa dạng gồm thâm nhiễm nhu mô phổi, hình ảnh lưới hạt, phế quản đồ, mờ toàn bộ thùy hay phân thùy.

+ Xét nghiệm tìm nguyên nhân: cấy dịch mũi, họng, test nhanh cúm A, B, RSV

- Xét nghiệm có thể làm thêm:

+ ĐGĐ khi có biểu hiện tím, nôn, chướng bụng

+ PCR ho gà, phế cầu, HI…

+ Chụp CT scan lồng ngực để đánh giá tổn thương

+ Cấy máu có thể làm khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn máu

2.2. Nguyên nhân.

- Viêm phổi khởi phát sớm:

+ Các tác nhân gây bệnh gồm: L. monocytogenes, lao, giang mai, CMV, HSV, rubella, adenovirus, virus influenza A, S.agalactae, E.coli, L.monocytogenes, S.pneumoniae, H.influenza, Klebsiella, CMV, HSV.

- Viêm phổi khởi phát muộn:

+ Các tác nhân thường gặp là: Staphylococci coagulase, S. aureus, trực khuẩn Gram (-) như Klebsiela, E.coli, Pseudomonas.

+ Các virus cũng có thể gây bệnh: RSV, virus Influenza, Parainfluenza virus, Adenovirus.

+ Nhiễm nấm, vi khuẩn không điển hình như Chlamydia trachomatis.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh màng trong
- Cơn khó thở nhanh thoáng qua
- Tắc mũi sau
- Tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi
- Tim bẩm sinh
- Thoát vị hoành
- Teo thực quản có dò khí thực quản

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị.

- Hỗ trợ hô hấp
- Kháng sinh
- Điều trị hỗ trợ và biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể

- Hỗ trợ hô hấp: Trẻ nằm tư thế trung gian, làm sạch mũi miệng, Cung cấp oxy khi có suy hô hấp,

- Kháng sinh:

+ Viêm phổi sơ sinh là bệnh cảnh có thể diễn tiến nặng nhanh chóng nếu không điều trị kịp thời. Do đó cần cho kháng sinh ngay khi có chẩn đoán nghi ngờ đặc biệt là những trẻ có SHH cho đến khi có bằng chứng ngược lại.

- Kháng sinh khởi đầu thường dùng.

+ Ampicilin + Amikacin/ Gentamicin

+ Hoặc Ampicilin + Cefotaxime

+ Hoặc Ampicilin + Cefotaxime + Gentamycin/ Amikacin nếu tình trạng bệnh nặng

- Khi không đáp ứng điều trị đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ hay theo kinh nghiệm điều trị kháng sinh từng nơi.

- Nếu nghi ngờ có nhiễm trùng bệnh viện hoặc điều trị kháng sinh ban đầu không đáp ứng, có thể dùng Ciprofloxacin/ Pefloxacin/ Cefepim + Amiklin

- Trường hợp nghi ngờ có Tụ cầu vàng kháng Methicilin trong Nhiễm trùng bệnh viện thì dùng thêm Vancomycin

3.3. Điều trị hỗ trợ

- Tránh hạ đường huyết, hạ thân nhiệt và hạ Calci máu rất dễ xảy ra ở trẻ non tháng.
- Cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng, nước, điện giải : giai đoạn cấp cứu có thể nuôi ăn bằng tĩnh mạch ngắn ngày, khi ổn định cho ăn sữa qua sonde dạ dày.
- Điều chỉnh cân bằng kiềm toan
- Điều trị trào ngược dạ dày thực quản ở những trẻ nghi Viêm phổi do hít
- Vật lý trị liệu hô hấp tránh xẹp phổi.

3.4. Điều trị biến chứng

- Tràn khí màng phổi nhiều : chọc dò màng phổi giải áp hoặc dẫn lưu
- Xẹp phổi : Vật lý trị liệu hô hấp, thở NCPAP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kiến Mậu (2013), « Viêm phổi sơ sinh’’Phác đồ điều trị nhi khoa, Bệnh viện Nhi đồng 1 , NXB Y học , Tr 306-308

2. "Viêm phổi sơ sinh ’’Hướng dẫn điều trị nhi khoa (2019), Bệnh viện Nhi đồng 2, NXB Y học , Tr 141-143.

VIÊM MÀNG NÃO MỦ SƠ SINH

1. Định nghĩa

- Viêm màng não mủ sơ sinh là nhiễm trùng hệ thống thần kinh trung ương trong tháng đầu của đời sống.

- 1/3 các trường hợp nhiễm trùng huyết sơ sinh có kèm theo viêm màng não mủ. Hầu hết các vi trùng gây nhiễm trùng huyết đều có thể gây viêm màng não mủ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh:

- Sinh non, sinh nhẹ cân.
- Vỡ ối sớm ≥ 18 giờ, nước ối đục, hôi.
- Sinh khó, sinh ngạt (Apgar 1 phút < 5, 5 phút <7).
- Mẹ có sốt hay nhiễm trùng trước, trong và sau sinh.
- Có hồi sức lúc sinh hoặc các thủ thuật xâm lấn.

2.1.2. Khám:

- Toàn thân: bú kém, sốt ≥ 38°C, hoặc hạ thân nhiệt ≤ 36,5°C
- Các cơ quan:

+Thần kinh: lừ đừ, hôn mê hay tăng kích thích, co giật, giảm phản xạ nguyên phát, giảm hay tăng trương lực cơ, thóp phồng, dấu hiệu thần kinh khu trú.

+Tiêu hóa: Nôn , tiêu chảy, chướng bụng, xuất huyết tiêu hóa, gan lách to.

+Tim mạch: Nhịp tim nhanh hay chậm, hạ huyết áp, da xanh, lạnh, nổi bông.

+Da, niêm mạc: Vàng da, xuất huyết da, niêm mạc, rốn mủ, mủ da, cứng bì.

+Dấu hiệu nặng của nhiễm khuẩn.

+Phù cứng bì.

2.1.3. Các xét nghiệm đề nghị

- Các xét nghiệm về máu:

+ Công thức máu

+ Cấy máu

+ Đường huyết cùng lúc chọc dò dịch não tủy.

+ SHM: ĐGĐ, GOT, GPT, CRP Creatinin, protein, Calci, CRP đl, lactat

+ PCT nếu tăng hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết

- Dịch não tủy
- Sinh hóa dịch não tủy
- Tế bào dịch não tủy.

- Nuôi cấy dịch tủy sống .

- Siêu âm qua thóp: giúp chẩn đoán phân biệt xuất huyết não và phát hiện biến chứng, viêm não thất và não úng thủy

- CT Scanner hoặc MRI não trong trường hợp viêm màng não có biến chứng

2.2. Chẩn đoán xác định: dựa vào kết quả dịch não tủy:

- Tế bào tăng > 32 TB bạch cầu /mm^3

- Đạm > 150 mg/dl ở trẻ sinh non, > 100 mg/dl ở trẻ đủ tháng

- Đường DNT < 30 mg/dl ở trẻ sơ sinh đủ tháng, < 20 mg/dl ở trẻ sinh non.

- ***Chẩn đoán nguyên nhân***: kết quả soi, cấy dịch não tủy, Cấy máu.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

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

- Kháng sinh.

- Điều trị hỗ trợ: chống phù não, chống co giật, dinh dưỡng

3.2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị bằng kháng sinh

+ Khởi đầu phối hợp 3 kháng sinh: Ampicilin + Cefotaxim + Gentamycin.

+ Chọc dò tủy sống lần 2: 48 giờ sau:

Dịch não tủy tốt hơn, lâm sàng tốt hơn: tiếp tục kháng sinh đã dùng.

Dịch não tủy xấu hơn, lâm sàng không cải thiện: đổi kháng sinh dựa vào:

▪ Cấy dịch não tủy dương tính: theo kháng sinh đồ

▪ Cấy dịch não tủy âm tính:

+Nghi Gr(-): Cefepim + Amikacin. Nếu sau 2 ngày lâm sàng không đáp ứng hoặc dịch não tủy không cải thiện: dùng meropenem.

+ Nghi do Staphylococus: dùng Vancomycin thay cho Ampicillin.

+ Nghi do trùng yếm khí: dùng thêm Metronidazol.

+ Nghi do Hemophilus influenzae: dùng Pefloxacin.

+ Thời gian điều trị kháng sinh: 21- 28 ngày.

+ Nhóm Aminoglycosid không dùng quá 5 – 7 ngày.

- Điều trị hỗ trợ.

+ Chống phù não.

+ Chống co giật.

+ Điều chỉnh các rối loạn phối hợp: hạ Na máu, hạ đường huyết, thiếu máu.

+ Dinh dưỡng qua sonde dạ dày đến khi trẻ có thể bú được.

3.3. Tái khám và theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, thóp, vòng đầu, cân nặng mỗi ngày.
- Ion máu mỗi ngày khi bệnh nhân mê.
- Siêu âm qua thóp mỗi tuần hoặc khi nghi có biến chứng tụ mủ, áp xe não hoặc giãn não thất.
- Tái khám: Mỗi 3 - 6 tháng để phát hiện di chứng thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Viêm màng não mủ sơ sinh'', (2019) Bệnh Viện Nhi Đồng 2, Hướng dẫn điều trị nhi khoa , NXB Y học, Tr 161-163.

2. Nguyễn Kiến Mậu (2013), Viêm màng não mủ sơ sinh, Bệnh Viện Nhi Đồng 1, phác đồ điều trị Nhi khoa, NXB Y học Tr 332- 333.

SƠ SINH NON THÁNG

1. Định nghĩa

- Sơ sinh non tháng khi tuổi thai trẻ sinh ra dưới 37 tuần.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Hỏi

- Ngày kinh cuối của mẹ.
- Tiền sử khám và siêu âm thai (độ chính xác cao trước 12 tuần tuổi).

2.1.2. Khám lâm sàng

- Đánh giá tuổi thai: đánh giá mức độ trưởng thành về hình dạng và thần kinh cơ (xem bảng đánh giá tuổi thai theo Thang điểm NEW BALLARD).
- Đánh giá cân nặng –tuổi thai (dựa trên Biểu đồ Lubchenco).
- Đánh giá biểu hiện của các yếu tố nguy cơ:
- Hạ thân nhiệt
- Hạ đường huyết
- Hạ huyết áp
- Suy hô hấp
- Vàng da
- Nhiễm trùng
- Viêm ruột hoại tử

2.2. Các xét nghiệm đề nghị

- Tổng phân tích tế bào máu, CRP nếu lâm sàng nghi ngờ nhiễm trùng.
- ĐMCB (Fib, PT,APTT), khi nghi ngờ rối loạn đông máu
- Nhóm máu mẹ, con nếu trẻ có vàng da.
- Test đường mao mạch tại giường.
- Cấy máu nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn.
- SMH: Bil TP/TT, Protenin/ Albumin, GOT/GPT, Cre/Ure, Canxi, Magne
- X-quang phổi nếu có suy hô hấp.
- Siêu âm tim.
- Siêu âm bụng, Siêu âm não thực hiện cho tất cả trẻ non tháng.

2.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán đẻ non tháng cần biết 03 yếu tố:

- Non tháng: tuổi thai <37 tuần.
- Cân nặng: phù hợp tuổi thai; nhẹ cân so với tuổi thai.

- Bệnh kèm theo: suy hô hấp bệnh màng trong, hạ huyết áp, nhiễm trùng, vàng da, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, viêm ruột hoại tử, dị tật bẩm sinh

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Ổn định các yếu tố nguy cơ: ổn định thân nhiệt, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng, cung cấp đủ dinh dưỡng.

- Điều trị bệnh kèm: suy hô hấp, hạ huyết áp, vàng da, nhiễm trùng.

- Tầm soát các vấn đề của trẻ non tháng.

Mốc thời gian tầm soát các vấn đề của trẻ sinh non:

- Lần khám đầu ngay sau sinh vài giờ: dấu hiệu cấp cứu, suy hô hấp, ngạt, dị tật bẩm sinh nặng.

- Đến sau N4: còn ống động mạch, vàng da.

- Đến N7-10: chức năng thận, viêm ruột hoại tử, xuất huyết não màng não, còn ống động mạch.

- Đến N14-21: đánh giá tăng cân.

- Đến tháng 1: bệnh phổi mạn, bệnh lý võng mạc, thiếu máu, tăng cân.

- Xuyên suốt thời gian nằm viện: nhiễm trùng bệnh viện.

3.2. Ổn định các yếu tố nguy cơ

3.2.1. Kiểm soát thân nhiệt

- Giúp duy trì nhiệt độ môi trường, độ ẩm thích hợp: lồng ấp/giường sưởi ấm (radiant warmer). Phương pháp bà mẹ Kangaroo cho trẻ ổn định.

- Chỉ định nằm lồng ấp:

+ Trẻ non tháng có cân nặng dưới 1700g.

+Trẻ bệnh lý có thân nhiệt không ổn định.

- Chỉ định nằm giường sưởi ấm: giống chỉ định nằm lồng ấp + cần nhiều can thiệp (giúp thở, hút đờm giãi thường xuyên, thay máu,...).

3.2.2. Hạn chế nhiễm trùng

- Đảm bảo vô trùng các kỹ thuật chăm sóc trẻ, rửa tay, thường xuyên thay đổi, sát trùng lồng ấp, máy giúp thở (mỗi 48-72 giờ). Hạn chế tiếp xúc trẻ; hạn chế thủ thuật xâm lấn.

- Cần chú ý các tác nhân gây bệnh trong môi trường bệnh viện như S. Aureaus, Pseudomonas, Klebsiella...để có hướng lựa chọn kháng sinh thích hợp.

3.2.3.Dinh dưỡng

Nhu cầu năng lượng**:** 130-150 Kcal/kg/ngày giúp tốc độ tăng cân đạt 15-20g/kg/ngày (đủ tháng 15-30g/ngày). Trong tuần lễ đầu sau sinh, trẻ non tháng có thể sụt cân sinh lý 5-15% (đủ tháng 5-10%).

Chọn phương pháp dinh dưỡng:

- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch: rất nhẹ cân < 1250g, các bệnh lý nội khoa giai đoạn nặng chưa thể nuôi ăn qua đường miệng (suy hô hấp nặng; xuất huyết tiêu hóa,...); hoặc bệnh lý đường tiêu hóa mắc phải hoặc bẩm sinh (viêm ruột hoại tử; thủng dạ dày, ruột; tắc tá tràng, teo ruột non, teo thực quản...).

- Dinh dưỡng qua tiêu hóa: là phương pháp sinh lý nhất, trong trường hợp phải dinh dưỡng tĩnh mạch cần sớm chuyển qua đường miệng ngay khi có thể.

- Sữa mẹ giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử ở trẻ non tháng, khi không có sữa mẹ nên chọn các loại sữa thích hợp dành cho trẻ non tháng cho đến khi trẻ đạt 37 tuần tuổi.

- Các lần ăn đầu tiên cho sữa non.

- Các lần ăn sau (sau 12-24 giờ kể từ lúc bắt đầu cho ăn):

+ Sữa mẹ .

+ Nếu không có sữa mẹ có thể cho sữa dành cho trẻ non tháng.

+ Nuôi ăn qua ống thông dạ dày:

Cung cấp vitamin và chất khoáng:

+ Chỉ định trẻ <2000g hoặc < 35 tuần thai. Bổ sung cho trẻ bú mẹ đến khi ăn dặm hoặc khi dung nạp được 1000ml sữa công thức/ngày.

+ Vitamin E: 5-25 đơn vị/ngày cho trẻ non tháng < 1500g trong 4-6 tuần đầu.

+ Sắt: 2-6mg/kg sắt cơ bản/ngày cho trẻ có cân nặng < 1800g, bắt đầu lúc 2-6 tuần tuổi.

Lưu ý: khi dùng sữa cao năng lượng và protein, không cần bổ sung vitamin. Tùy theo hàm lượng Fe trong sản phẩm sữa mà bổ sung khi chưa đủ.

3.3. Điều trị bệnh lý

3.3.1. *Suy hô hấp*

Cơn ngừng thở

- Đặc điểm:

+ Thường gặp ở trẻ non tháng <34 tuần tuổi, trong tuần đầu sau sinh.

+ Cơn ngừng thở nặng: cơn ngừng thở kéo dài hơn 20 giây, hoặc kèm tím tái, xanh xao, giảm trương lực cơ, chậm nhịp tim (<100 lần/phút).

- Xử trí:

+ Thở CPAP với áp lực thấp 3-4cmH20 để duy trì PaO2 60-80 mmHg (SaO2 90-94%).

+ Nếu thất bại với CPAP hoặc không có hệ thống CPAP, dùng thuốc kích thích hô hấp nhóm Methylxathin: Caffein citrate, liều tấn công 20mg/kg (hoặc 10mg/kg Caffein cơ bản) uống hoặc tiêm tĩnh mạch, liều duy trì 5mg/kg/ngày (2,5mg/kg Caffein cơ bản), bắt đầu cho 24 giờ sau liều tấn công.

+ Giúp thở khi không đáp ứng với các biện pháp trên.

+ Tránh các tác động gây khởi phát cơn ngừng thở như: hút dịch hầu họng, cho ăn đường miệng, đặt bệnh nhân ở tư thế cổ gập hoặc ngửa quá mức, nhiệt độ môi trường không thích hợp.

Bệnh màng trong

- Đặc điểm:

+ Suy hô hấp do bệnh màng trong thường gặp ở trẻ non tháng < 28 tuần (60-80%); 32-36 tuần (15-30%).

+ Biểu hiện suy hô hấp muộn 48-72 giờ sau sinh: thở nhanh, co kéo lồng ngực, cánh mũi phập phồng, tiếng rên thì thở ra, tím tái.

+ X-Quang phổi: thể tích phổi giảm, hình ảnh mờ lan toản có dạng lưới, hạt, air bronchogram.

- Xử trí:

+ Hỗ trợ hô hấp: thở CPAP 4-6 cm nước, nếu thất bại với CPAP (PaCO2 >55 mmHg hoặc PO2 < 50mmHg với FiO2 >60%) có chỉ định thở máy. Các trường hợp thất bại với CPAP, thường cũng không hiệu quả với thở máy nếu không có Surfactant.

+ Sử dụng Surfactant: chỉ định, tiêu chuẩn loại trừ và liều lượng xem bài suy hô hấp sơ sinh.

3.3.2. *Hạ huyết áp*

Đặc điểm

- Trị số huyết áp trung bình của N1 = số tuần tuổi thai của trẻ non tháng; N2-3: tăng thêm 5-7 mmHg.

- Trẻ non tháng rất nhẹ cân dễ bị hạ huyết áp trong 24-48 giờ sau sinh, sau khi sử dụng các chất surfactant thay thế.

- Các yếu tố ảnh hưởng: ngạt, bệnh màng trong, toan hóa, hạ thân nhiệt, nhiễm khuẩn, mất máu, thiếu dịch.

Xử trí: điều trị phải hướng về bệnh nguyên nếu biết được:

- Bù thể tích: khi có biểu hiện thiếu dịch, dùng dung dịch Natri chlorid là tốt nhất. Nếu thiếu máu hoặc mất máu thì truyền hồng cầu lắng. Liều 10-20 ml/kg trong 15-30 phút. Bù dịch nhiều sẽ làm ống động mạch không đóng hoặc mở ống động mạch thứ phát và làm nặng nề hơn tình trạng suy hô hấp.

- Vận mạch: thường dùng cho trẻ sinh non và có hạ huyết áp hơn là bù dịch.

+ Dopamin liều 5-20 microgam/kg/phút.

+ Dobutamin liều 5-20 microgam/kg/phút.(nếu có vấn đề về sức co bóp).

+ Epinephrin liều 0,05-1 microgam/kg/phút (nếu không đáp ứng).

3.3.3. *Vàng da*

- Chiếu đèn có chỉ định sớm hơn đối với trẻ non tháng.

- Chiếu đèn phòng ngừa đối với các trường hợp non tháng < 1500g.

3.3.4. *Kém tăng cân và chậm phát triển thể chất*

- **Đánh giá**

+ Chậm tăng cân khi : tăng <15mg/kg/ngày (cho đến 40 tuần tuổi hiệu chỉnh) và tăng < 25g/kg/ngày (từ 0-3 tháng tuổi hiệu chỉnh).

+ Chậm phát triển thể chất nếu các chỉ số cân nặng, chiều dài, vòng đầu, dưới bách phân vị 10th (dựa vào biểu đồ tăng trưởng cho trẻ non tháng).

+ Mốc đánh giá trẻ chậm tăng cân sau sinh: Sau sinh 02 tuần cho trẻ rất nhẹ cân; sau sinh 03 tuần cho trẻ cực nhẹ cân.

- **Xử trí**

+ Tìm và điều trị nguyên nhân khác làm chậm tăng cân.

+ Dinh dưỡng:

Trẻ đang ăn sữa mẹ hoàn toàn: tăng thể tích sữa mẹ lên đến 180-200 ml/kg/ngày.

Khi ăn sữa mẹ được 80-100 ml/kg/ngày: pha ½ gói bột tăng cường sữa mẹ (HMF: Human Milk Fortifier) vào mỗi 25ml sữa mẹ vắt ra (năng lượng đạt 22 Kcal/oz).

Khi ăn sữa mẹ được 100-130ml/kg/ngày: pha một gói HMF vào mỗi 25ml sữa mẹ vắt ra (năng lượng đạt 24 Kcal/oz).

Lưu ý: - ngừng dùng HMF khi có dấu hiệu không dung nạp sữa mẹ.

1oz(Ounce)= 29,5ml

- Nếu trẻ không có sữa mẹ hoặc không đủ sữa: dùng kèm sữa non tháng có năng lượng và protein cao: dùng sữa sinh non 24 Kcal/oz hoặc pha ½ sữa mẹ với ½ sữa sinh non 30 Kcal/oz(thành 25 Kcal/oz).

- Nếu sau 02 tuần trẻ vẫn không tăng cân đủ khi đã dung nạp đủ sữa 24 Kcal/oz pha:

+ ½ sữa sinh non 24 Kcal/oz.

+ Hoặc ½ sữa mẹ có HMF (24 Kcal/oz) với ½ sữa sinh non 30 Kcal/oz (thành 27 Kcal/oz).

- Theo dõi:

+ Cân nặng, chiều cao, vòng đầu/ mỗi tuần.

+ BUN (dị hóa protein), Albumin máu, Calci máu khi đang dùng sữa cao năng lượng và protein.

Lưu ý: khi trẻ tăng cân tốt, bắt kịp theo biểu đồ đến 3,5 kg: trở lại dùng sữa mẹ hoàn toàn hoặc sữa công thức 20-22 Kcal/oz.

3.3.5. *Bệnh lý võng mạc ở trẻ non tháng (ROP)*

- Do sự rối loạn phát triển ở mạch máu võng mạc do ngừng tiến trình tạo mới mạch máu võng mạc, gây bong võng mạc, gây mù.

- Yếu tố ảnh hưởng: non tháng, cung cấp oxy quá dư hay quá thiếu.

3.4. Theo dõi xuất viện

- Hậu quả của thở máy và oxy liệu pháp: loạn sản phổi, bệnh lý võng mạc.
- Sự phát triển thể chất, tâm thần vận động cho đến 02 tuổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Tâm (2013), "Trẻ đẻ non'', phác đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện Nhi đồng 1, NXB Y học Tr 314- 321.

2. Hướng dẫn chẩn đoán , điều trị bệnh trẻ em (2015) Bệnh viện Nhi Trung Ương, NXB Y học Tr 9- 12.

CƠN THỞ NHANH THOÁNG QUA Ở TRẺ SƠ SINH

1. Định nghĩa

Khó thở nhanh thoáng qua (KTNTQ) ở trẻ sơ sinh được đặc trưng bởi tình trạng phù phổi do chậm tái hấp thu và giải phóng dịch trong phế nang từ thời kì bào thai. Bệnh thường gặp ở trẻ gần đủ tháng, đủ tháng có biểu hiện suy hô hấp ngắn ngay sau đẻ và có khả năng hồi phục trong vòng 3 - 5 ngày. Tần suất bệnh gặp ở 5,7‰ trẻ sơ sinh đủ tháng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ từ mẹ	Yếu tố nguy cơ từ con
Mổ đẻ chủ động	Giới nam
An thần quá liều cho mẹ	Thai to
Chuyển dạ kéo dài	Đẻ non (thường ít hơn)
Phosphatidylglycerol dịch ối âm tính	cân nặng cực thấp
Truyền dịch quá nhiều cho mẹ, đặc biệt cùng với truyền oxytoxin	Đẻ ngôi mông
Mẹ bị hen	Cặp dây rốn muộn
Mẹ đái tháo đường	Ngạt sơ sinh
Mẹ dùng thuốc mê, ma túy	Đa hồng cầu

- Ở trẻ đủ tháng, gần đủ tháng: triệu chứng lâm sàng điển hình xuất hiện trong vòng 6 giờ đầu sau đẻ: thở nhanh (nhịp thở > 60 lần/phút có thể đến 100 -120 lần/phút).

- Trẻ đẻ non: chậm tiêu dịch phổi kết hợp với thiếu hụt surfactan sẽ làmnặng thêm tình trạng suy hô hấp.

- Thường gặp suy hô hấp mức độ vừa: thở nhanh, thở rên, cánh mũi phập phồng, co kéo cơ liên sườn, tím tái. Lồng ngực hình thùng sau đó sẽ tăng đường kính trước sau. Nghe phổi không thấy ran. Không có dấu hiệu nhiễm trùng. Nhịp tim có thể tăng, nhưng huyết áp động mạch bình thường.

- Các triệu chứng của KTNTQ sẽ kéo dài 12 - 24 giờ nhưng cũng có thể kéo dài 48 - 72 giờ với những trường hợp nặng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:

+ Khí máu động mạch: thường gặp tình trạng nhiễm toan hô hấp với PaO2 giảm mức độ vừa, PaCO2 tăng.

+ Công thức máu thường bình thường

+ Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, điện giả đồ

- X - quang phổi: tăng thể tích phổi với vòm hoành bị hạ thấp, bóng tim to,

nhìn rõ mạch máu phổi, dịch khoảng kẽ, đôi khi có tràn dịch màng phổi.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

2.2.1. Viêm phổi/ Nhiễm khuẩn huyết

Chẩn đoán dựa trên yếu tố nguy cơ, triệu chứng nhiễm khuẩn và xét nghiệm, đặc biệt khi tình trạng suy hô hấp kéo dài trên 24 giờ.

2.2.2. Bệnh tim bẩm sinh tím sớm

Nghi ngờ tim bẩm sinh nếu khí máu có PaO2 giảm.

2.2.3. Bệnh màng trong

Chẩn đoán dựa trên: trẻ đẻ non, mức độ suy hô hấp nặng đòi hỏi phải thông khí nhân tạo.

3. Điều trị

3.1. Oxy liệu pháp

Thông thường chỉ cần thở oxy gọng mũi hoặc oxy qua mask để dạt SpO2 trên 90%. Nếu tình trạng suy hô hấp nặng thì chuyển thở CPAP hoặc thở máy.

3.2. Nuôi dưỡng

Nhịp thở > 60 và < 80 lần/phút đặt sonde dạ dày. Nhịp thở > 80 nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn.

3.3. Kháng sinh

Xem xét dùng kháng sịnh nếu có suy hô hấp kéo dài trên 6 giờ và xét nghiệm máu có tình trạng nhiễm trùng.

3.4. Hạn chế dịch có thể có hiệu quả

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2018). BV Nhi Trung ương, Tr173-176.

CHƯƠNG V: TIÊU HÓA- HUYẾT HỌC

BỆNH THALASSEMIA
(Thiếu máu tan máu do di truyền)
(D56)

1. Khái niệm

Thalassemia là bệnh lý khiếm khuyết di truyền trong sự tổng hợp chuỗi globin, làm cho hemoglobin không bình thường, hồng cầu bị vỡ sớm gây thiếu máu. Bệnh được gọi tên theo chuỗi globin bị khiếm khuyết.

Tùy theo thiếu hụt tổng hợp chuỗi alpha, beta hay cả beta và delta mà gọi là alpha thalassemia, beta thalassemia, delta - beta thalassemia.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

Thiếu máu huyết tán mãn: da xanh ánh vàng, niêm nhợt, xạm da.

Gan và lách to, chắc.

Biến dạng xương: trán dô, mũi tẹt, xương hàm trên nhô, u trán, u đỉnh.

Chậm phát triển thể chất và chậm dậy thì.

2.2. Xét nghiệm

- Hb giảm, MCV < 78fl, MCH < 28pg.
- Hồng cầu nhỏ, nhược sắc, có thể có hồng cầu bia, hình nhẫn, bạch cầu và tiểu cầu giảm khi cường lách.
- Sắt huyết thanh và Ferritin thường tăng.
- Huyết đồ: hồng cầu nhỏ, nhược sắc, độ phân giải tăng, có thể có hồng cầu bia.
- Điện di Hemoglobin: Tỉ lệ HbA ↓ (< 96%), HbF ↑, HbA2 ↑, có HbE hay HbH.

Thể bệnh	Lâm sàng	Xét nghiệm	Xử trí
α Thalassemia (thể Hb H)	Thiếu máu trung bình hay nhẹ Gan lách to Biến dạng xương ít	Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ HbH 5-30 %	Tùy diễn tiến
β Thalassemia (thể ẩn, dị hợp tử	Không triệu chứng Thiếu máu nhẹ	Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ HbA_2> 3,5 % hoặc HbF > 5	Không cần truyền máu
β Thalassemia (thể trung gian)	Thiếu máu từ nhẹ đến trung bình	Hb 7-10g/dL	Tùy diễn tiến
β Thalassemia (thể trung bình hay nặng, đồng hợp tử	Thiếu máu sớm nặng Gan lách to nhiều Biến dạng xương nặng	Hb <7g/dL HC nhỏ, nhược sắc, HC đa sắc, HC bia, HC nhân HbF > 20-80 %	Cần truyền máu

Thể bệnh	Lâm sàng	Xét nghiệm	Xử trí
β Thalassemia /Hb E	Thiếu máu trung bình đến nặng Gan lách to Biến dạng xương mức độ trung bình	Hb < 10g/dL HC nhỏ, nhược sắc, HC đa sắc, HC bia, HC nhân HbA < 80 % HbF > 20-80 % HbA_2/E > 8 %	Cần truyền máu

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc: Truyền máu, thải sắt, cắt lách, điều trị hỗ trợ.

3.2. Điều trị cụ thể

- **Truyền máu:** truyền máu khi: Hb < 8g/dL

Chế phẩm máu: hồng cầu lắng phù hợp nhóm máu ABO và Rhesus.

Liều: 10 – 20 ml/kg hồng cầu lắng/lần, truyền chậm 3-4 ml/kg/giờ.

Nếu có suy tim, truyền ≤ 2ml/kg/giờ, dùng lợi tiểu Lasix 0,5mg/kg/tĩnh mạch chậm ngay trước truyền máu và điều trị suy tim đi kèm.

Khoảng cách truyền máu khoảng 4 - 6 tuần tùy theo mức độ tán huyết của bệnh nhân, duy trì Hb ở ngưỡng 9,5 - 11g/dL sau truyền máu.

- **Thải sắt:** khi ferritin máu > 1000ng/ml, hay sau truyền máu 10-20 lần.

Cách thải sắt:

+Desferrioxamine:

Truyền dưới da 20- 40 mg/kg/ngày.

Thời gian truyền từ 8 – 12 giờ/ đêm trong 5- 6 đêm/tuần.

Uống vitamine C 3mg/kg , 1 giờ sau khi bắt đầu thải sắt.

+Deferasirox: Uống 20-30mg/kg/ngày, một lần mỗi ngày.

+Deferiprone: Liều 50 – 75mg/kg/ ngày, chia 2 -3 lần.

+Thải sắt thuốc phối hợp khi: Ferritin 2500 ng/ml và không đáp ứng với thuốc thải sắt đơn liều.

- **Điều trị hỗ trợ:**

+ Bổ sung axit folic 5mg/ ngày.

+ Không sử dụng các thuốc có chứa chất sắt. Hạn chế dùng vitamine C, chỉ sử dụng trong thời gian dùng thuốc thải sắt Desferrioxamine.

+ Sử dụng cân đối lượng Calcium và vitamine D dựa vào chế độ ăn, chỉ sử dụng Calcium,Vitamine D theo hướng dẫn của cán bộ y tế trong trường hợp có dấu hiệu suy tuyến cận giáp.

+ Vitamine E: bảo vệ lớp lipid của màng tế bào khỏi sự tấn công của các gốc tự do.

- **Cắt lách:**

+ Chỉ định:

Lách to quá rốn (độ IV) và truyền khối HC >250ml/kg/năm mới duy trì Hb ở ngưỡng an toàn Hb >9-10g/dL hoặc thời gian giữa hai lần truyền ≤ 2 tuần hoặc khối lượng truyền tăng 150% so với trước đây.

Trẻ trên 6 tuổi.

Chủng ngừa viêm gan siêu vi B, Streptococcus pneumonia, Nesseriameningitidis nhất là chủng Streptococcus pneumonia cần thực hiện từ 2 - 4 tuần trước cắt lách và lập lại sau mỗi 5 năm.

+ Sau cắt lách:

Uống Phenoxylmethylpenicilline 250mg/lần ngày 2 lần, hay Erythromycine 250mg/ ngày cho đến 16 tuổi.

- **Ghép tuỷ phù hợp HLA:**

Là biện pháp hiệu quả trong điều trị, tỉ lệ 90% trường hợp không triệu chứng sau 3 năm ở những trẻ không có gan to và xơ gan.

4. Theo dõi

Hẹn tái khám 4-6 tuần sau truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

BỆNH HEMOPHILIA (D66, D67)
(Thiếu yếu tố VIII, IX di truyền)

1. Khái niệm

Hemophilia là một bệnh chảy máu di truyền lặn liên quan đến nhiễm sắc thể giới tính X gây ra do giảm hoặc bất thường chức năng yếu tố VIII (Hemophilia A) hoặc yếu tố IX (Hemophilia B).

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:**

+ Người bệnh thường là nam giới.

+ Chảy máu khớp, cơ, dưới da, niêm mạc lâu cầm, tự nhiên, từ nhỏ.

+ Chảy máu kéo dài bất thường sau chấn thường/phẫu thuật.

+ Biến dạng khớp, teo cơ do chảy máu nhiều lần.

+ Tiền sử gia đinh: có người nam giới họ mẹ bị chảy máu nhiều lần.

- **Xét nghiệm:**

+ APTT kéo dài.

+ Định lượng yếu tố VIII: dưới 40% (Hemophilia A).

+ Định lượng yếu tố IX: dưới 40% (Hemophilia B).

+ Các xét nghiệm: số lượng tiểu cầu, PT, TT, Fibrinogen, định lượng yếu tố von Willebrand bình thường.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Von Willerbrand: giảm yếu tố VIII, giảm yếu tố Von Willerbrand, đo độ ngưng tập tiểu cầu giảm với Ristocetin.

- Bệnh thiếu yếu tố XI (Rosenthal), giảm yếu tố XI.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

Ngay khi nghi ngờ chảy máu cần áp dụng RICE (Rest = nghỉ ngơi, Ice = chườm đá, Compression = băng ép, Elevation = nâng cao chỗ tổn thương).

Bổ sung yếu tố VIII/IX đủ để cầm máu cho người bệnh càng sớm càng tốt.

3.2. Cách tính liều yếu tố đông máu

- Đối với Hemophilia A:

Yếu tố VIII cần dùng (UI) = $(VIII_{cđ} – VIII_{bn})\%$ x P(kg)/2

Trong đó:

$VIII_{cđ}$: nồng độ yếu tố VIII cần đạt.

VIII_{bn}: nồng độ yếu tố VIII người bệnh.

P: cân nặng của người bệnh (kg).

Một đơn vị yếu tố VIII/kg cân nặng nâng nồng độ yếu tố VIII trong máu lên 2%.

Thời gian bán hủy của yếu tố VIII là 8 – 12 giờ, vì vậy trường hợp chảy máu nặng, vị trí nguy hiểm cần bổ sung yếu tố VIII mỗi 8 -12 giờ.

- Đối với Hemophilia B:

Yếu tố IX cần dùng (UI) = ($IX_{cđ}$ – IX_{bn})% x P (kg).

Trong đó:

$IX_{cđ}$: nồng độ yếu tố IX cần đạt.

IX_{bn}: nồng độ yếu tố IX người bệnh.

P: Cân nặng của người bệnh (kg).

Một đơn vị yếu tố IX/kg cân nặng nâng nồng độ yếu tố IX trong máu lên 1%

Thời gian bán hủy của yếu tố IX là từ 18 – 24 giờ, vì vậy bổ sung yếu tố IX cứ 24 giờ/lần.

3.3. Điều trị chảy máu

Căn cứ vị trí, mức độ chảy máu và mục đích điều trị mà tính liều yếu tố VIII/IX.

- **Nồng độ yếu tố đông máu cần đạt và thời gian điều trị khi có chảy máu**

		Hemophilia A		**Hemophilia B**	
		Nồng độ cần đạt (%)	**Thời gian duy trì (ngày)**	**Nồng độ cần đạt (%)**	**Thời gian duy trì (ngày)**
Khớp, chảy máu răng miệng		15-30	1-2 ngày, có thể lâu hơn nếu chưa đáp ứng hoàn toàn	15-30	1-2 ngày, có thể kéo dài nếu chưa đáp ứng hoàn toàn
Cơ (không có tổn thương thần kinh đi kèm, trừ cơ đái chậu)		15-30	2-3 ngày, có thể lâu hơn nếu chưa đáp ứng hoàn toàn	15-30	2-3 ngày, có thể lâu hơn nếu chưa đáp ứng hoàn toàn
Cơ đái chậu hoặc cơ ở sâu có tổn thương thần kinh đi kèm	Tấn công	40-60	1-2	40-60	1-2
	Duy trì	20-30	3-5, có thể kéo dài hơn đến khi hồi phục chức năng	20-30	3-5, có thể kéo dài hơn đến khi hồi phục chức năng
Đầu, thần kinh trung ương	Tấn công	60-80	1-5	60-80	1-5
	Duy trì	30-50	6-10	30-50	6-10
	Củng cố	20-30	11-21	20-30	11-21

Xuất huyết tiêu hóa	Tấn công	40-60	1-7	40-60	1-7
	Duy trì	20-40	8-14	20-40	8-14
Đái máu		30-50	3-5	30-50	3-5
Vết thương sâu		30-50	5-7	30-50	5-7
Cổ và ngực	Tấn công	60-80	1-7	50-70	1-7
	Duy trì	30-50	8-14	30-50	8-14
Phẫu thuật nhỏ	Trước mổ	40-60		40-60	
	Sau mổ	30-40	1-5 ngày, tùy thuộc vào loại phẫu thuật	30-40	1-5 ngày, tùy thuộc vào loại phẫu thuật
Phẫu thuật lớn	Trước mổ	60-80		60-80	
	Sau mổ	50-80	1-3	40-60	1-3
		30-50	4-6	30-50	4-6
		15-30	7-14	15-30	7-14

3.4. Điều trị hỗ trợ

- Acid tranexamic (Transamin) 15-25mg/kg mỗi 6-8 giờ x 5-10 ngày.

Chống chỉ định khi có đái máu, không kết hợp với PCC và APCC vì có nguy cơ tắc mạch.

- Cororticoid:

Chỉ định: viêm khớp sau khi đã ngừng chảy máu.

Liều lượng: 1-2 mg/kg cân nặng trong thời gian < 2 tuần.

- Giảm đau: paracetamol, paracetamol kết hợp codein.

Chườm đá, băng ép, nâng cao vị trí tổn thương, nghỉ ngơi, an thần.

3.5. Điều trị Hemophilia A có chất ức chế

Lựa chọn hàng đầu: FEIBA- NovoSeven

FEIBA 50- 100 U/ kg, NovoSeven: 90 µg/kg, tiêm TM.

3.6. Điều trị khi người bệnh cần phẫu thuật

- Trước phẫu thuật: 50 đơn vị/kg yếu tố VIII trước khi phẫu thuật 30 phút.
- Sau phẫu thuật: 25 đơn vị/kg mỗi 8 - 12 giờ, kéo dài 24 - 48 giờ.
- Sau đó ngày 3 - 7: duy trì yếu tố VIII ở mức 50%.
- Sau đó khoảng 3 - 7 ngày kế tiếp duy trì VIIIc ở mức 30% cho đến khi vết thương lành và cắt chỉ.
- Cần định lượng và theo dõi nồng độ VIIIc thường xuyên sau phẫu thuật.

- Các can thiệp ngoại khoa cần được tiến hành tại cơ sở y tế có đủ điều kiện chẩn đoán và điều trị Hemophilia.

3.7. Nhổ răng

Truyền 20 đơn vị yếu tố VIII/kg ngày trước khi nhổ răng 30 - 60 phút, sau đó 10 đơn vị/kg/mỗi 12 giờ trong 1 - 2 ngày.

3.8. Điều trị dự phòng

- Người bệnh Hemophilia mức độ nặng < 15 tuổi:

Thời gian bắt đầu sau khi có chảy máu khớp lần thứ nhất.

Thời gian kết thúc khi trẻ đủ 15 tuổi.

- Người bệnh Hemophilia có chảy máu tái phát trên 3 lần tại 1 khớp trong vòng 6 tháng (khớp đích) hoặc người bệnh mới bị xuất huyết não-màng não.

Thời gian: 4-12 tuần.

- Liều lượng:

Hemophilia A: 10-20 UI/kg/lần x 3 lần/tuần.

Hemophilia B: 20 UI/kg/lần x 2 lần/tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quyết định 4984/QD –BYT (2016). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hemophilia sữa đổi, bổ sung".*

2. Nguyễn Công Khanh (2004). "*Huyết học lâm sàng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

THIẾU MÁU TÁN HUYẾT CẤP (D55-D59)

1. Khái niệm

Thiếu máu tán huyết là thiếu máu do giảm đời sống hồng cầu lưu hành trong máu ngoại vi. Thiếu máu tán huyết cấp là thiếu máu do tan máu xảy ra nhanh và cấp tính gây giảm đột ngột lượng hemoglobin và các triệu chứng mất bù của một tình trạng thiếu máu nặng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:**

+Dấu hiệu thiếu máu:

Bệnh nhân mệt, nhức đầu, chóng mặt, khó thở, đau ngực, ngất.

Da xanh, niêm nhợt, lòng bàn tay, bàn chân nhợt nhạt

+Dấu tán huyết:

Vàng da, vàng mắt, gan to, lách to.

Dấu hiệu của đợt tán huyết cấp: tiểu sậm màu, tiểu màu xá xị

Dấu hiệu của đợt tán huyết mạn đi kèm: biến dạng xương, da xạm, chậm lớn

+Có thể có một số dấu hiệu biến chứng: Tụt huyết áp, suy tim, suy thận cấp, thuyên tắc mạch.

- **Cận lâm sàng**

CTM: Hb và Hct giảm, mảnh vỡ hồng cầu tăng, MCV, MCH bình thường hoặc tăng, RDW thường tăng, tiểu cầu bình thường hoặc giảm.

Hồng cầu lưới thường tăng cao >1,5%.

Sinh hóa máu: Bilirubin TP tăng, chủ yếu tăng bilirubin gián tiếp

TPTNT: Urobilinogen tăng. .

Hemoglobin niệu dương tính nếu có tiểu huyết sắc tố.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân gây tán huyết

- Xét nghiệm tìm KST sốt rét.
- Nghi ngờ nhiễm trùng huyết: cấy máu.
- Tán huyết miễn dịch: Coomb's test trực tiếp (+).
- Hội chứng tán huyết urê huyết cao: xét nghiệm chức nặng thận (urê, creatinin).
- Bệnh thiếu G6PD: định lượng men G6PD.
- Tán huyết do ong đốt, ngộ độc, do thuốc: dựa vào tiền sử, khám lâm sàng.
- Bệnh hồng cầu hình cầu: sức bền hồng cầu tăng.
- Tán huyết cấp xảy ra sau mổ tim: siêu âm tim.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh thalassemia, bệnh hemoglobin: thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ, điện di huyết sắc tố cho chẩn đoán xác định.
- Vàng da của bệnh lý gan mật: xét nghiệm chức năng gan mật.

- Bệnh đái máu như viêm cầu thận cấp: tổng phân tích nước tiểu.

4. Điều trị

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Duy trì thể tích tuần hoàn
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị nguyên nhân

4.2. Điều trị cụ thể

- **Truyền dịch:**

Truyền theo tỷ lệ Dextrose 10% 250ml + NaCl 0,9% 250ml để làm tăng lưu lượng nước tiểu càng sớm càng tốt.

Làm kiềm hóa nước tiểu để pH > 6,5 bằng cách pha thêm 50ml Natri bicarbonate 4,2% cho mỗi 500ml dịch truyền nhất là khi có kèm tiểu myoglobin để ngừa tắc nghẽn ống thận gây suy thận cấp.

Không nên truyền Natri bicarbonate nếu pH máu > 7,5, hạ canxi máu nặng, hoặc bicarbonate máu > 30mEq/l.Thường truyền từ 3 -5ml/kg/giờ (1-1,5 giọt/kg/phút) cho đến khi bệnh nhân tiểu khá và nước không còn sậm màu nhiều.

Trường hợp có suy thận cấp tại thận, dịch truyền cần tính theo lượng nước mất và nhu cầu của bệnh nhân.

- **Truyền khối hồng cầu:**

+Khi Hb < 9g/dl với bệnh nhân không có tiền sử thiếu máu từ trước.

+Đối với thiếu máu tán huyết miễn dịch chỉ truyền máu khi thiếu máu nặng Hct < 15-20% hoặc đe dọa tính mạng (bệnh có thể nặng hơn nếu truyền không phù hợp nhóm máu)

- **Điều trị nguyên nhân:**

+Sốt rét: phác đồ điều trị sốt rét.

+Thiếu máu tán huyết miễn dịch: corticoid, gamaglobulin.

Bệnh cấp tính và nặng: Methylprednisolon 10mg/kg/ ngày TM x 3 ngày sau đó giảm liều.

Bệnh khởi phát từ từ, nhẹ, trung bình: Prednisolon 1-2 mg/kg/ ngày x 3-4 tuần rồi giảm liều dần.

+Nhiễm trùng huyết, ong đốt, ngộ độc: điều trị theo phác đồ theo từng bài riêng.

+Thiếu men G6PD: phòng ngừa tái phát bằng tránh các tác nhân oxi hóa

+ Hội chứng thiếu máu tán huyết urê huyết cao: truyền huyết tương, thay huyết tương, lọc máu nếu có suy thận cấp,…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Nguyễn Công Khanh (2004). *"Huyết học lâm sàng nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU TIÊN PHÁT (D69.3)

1. Khái niệm

Tình trạng giảm tiểu cầu mắc phải do kháng thể tự sinh bám lên kháng nguyên trên màng tiểu cầu, phức hợp kháng thể và tiểu cầu bị các đại thực bào bắt giữ gây giảm tiểu cầu ở máu ngoại biên.

Bệnh có dấu hiệu lâm sàng chính là xuất huyết da dạng chấm hay mảng một cách đột ngột trên một cơ địa đang khỏe mạnh, tủy đồ bình thường. Bệnh thường gặp trẻ em và thường tự giới hạn trong 3 - 6 tháng (90%), một số ít khi kéo dài trên 6 tháng (10%).

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:**

+ Xuất huyết dưới da: chấm, nốt bầm tím tự nhiên

+ Xuất huyết do va đập, cào xước.

+ Chảy máu kéo dài: mũi, chân răng, chỗ chọc kim, vết thương, nhổ răng,...

+ Kinh nguyệt ồ ạt ở trẻ gái lớn (rong kinh)

+ Chảy máu nội tạng: đường tiêu hóa, đường tiết niệu, phổi, não

- **Cận lâm sàng:**

+ Số lượng tiểu cầu giảm dưới 100.000/ mm^3.

+ Số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu bình thường theo lứa tuổi.

+ Hemoglobin bình thường, giảm khi xuất huyết nhiều hoặc thiếu máu kèm theo.

+ Đông máu: PT, APTT, Fibrinogen bình thường.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt xuất huyết: test Dengue (+)
- Nhiễm trùng huyết: do não mô cầu, do risketsia
- Hemophilia: thường gặp ở bệnh nhân nam, xuất huyết da dạng mảng lớn, tụ máu, xuất huyết khớp. Tiểu cầu bình thường, PT bình thường, APTT dài, định lượng VIII, IX giảm.
- Suy tủy, bạch cầu cấp: dựa huyết đồ, tủy đồ.

Tủy đồ có chỉ định khi:

+ Giảm tiểu cầu kèm bất thường về bạch cầu, hồng cầu.

+ Giảm tiểu cầu kèm sốt cao kéo dài, đau nhức xương cơ và gan, lách hay hạch to.

+ Sau ba tuần điều trị tấn công bằng corticoid lâm sàng không cải thiện và tiểu cầu < 20.000/mm^3.

+ Tái phát sau giảm liều.

+ Giảm tiểu cầu kéo dài sau 3 tháng.

- Giảm tiểu cầu trong bệnh mô bào.

2.3. Đánh giá mức độ xuất huyết

- Nhẹ: xuất huyết da, không xuất huyết niêm mạc.

- Trung bình: xuất huyết da, xuất huyết niêm mạc mắt, mũi, họng.

- Nặng: xuất huyết niêm mạc nhiều vị trí, xuất huyết nội tạng (võng mạc, chảy máu họng, thành sau họng, tiểu máu, xuất huyết tiêu hóa, ra kinh nhiều ngày, lượng nhiều ở nữ dậy thì).

- Xuất huyết nguy kịch: xuất huyết não (ói, nhức đầu, lơ mơ, co giật).

3. Điều trị

3.1. Xuất huyết giảm tiểu cầu cấp tính

3.1.1. *Điều trị đặc hiệu*

- Xuất huyết nhẹ, tiểu cầu > 20.000/mm3:

Không cần dùng corticoids, nhưng cần theo dõi sát diễn biến lâm sàng nếu mới phát bệnh

- Xuất huyết nhẹ + tiểu cầu < 20.000/mm^3, hoặc xuất huyết trung bình + tiểu cầu < 50.000/mm^3:

+ Methyl Prednison 2 mg/kg/ngày (tối đa 60 - 80 mg/ngày) trong 14 ngày.

sau đó giảm trong 7 ngày (tổng thời gian dùng 21 ngày) hay đến khi tiểu cầu lên > 50 000/mm^3

Sau đó giảm 1mg/kg/ngày trong 1- 2 tuần, kế tiếp 0,5mg/kg/ngày trong 1-2 tuần.

+ Hoặc methyl Prednison 4 mg/kg/ngày trong 7 ngày, sau đó giảm dần liều sau mỗi 7 ngày và ngừng hẳn trong 21 ngày.

- Xuất huyết nặng và tiểu cầu < 20.000/mm^3:

+ Methylprednisolon 30 mg/kg/TM chậm một lần hoặc 10 mg/kg/24 giờ chia 2 lần tiêm tĩnh mạch trong 3 ngày.

+ Hoặc Immunoglobulin 0,25 g/kg/TTM trong hai ngày hoặc 0,8g/kg/ một lần.

- Xuất huyết nguy kịch:

Phối hợp truyền Immunoglobulin, tiểu cầu đậm đặc và Methylprednisolon 30 mg/kg/ngày trong 1 - 3 ngày cho tới khi ngừng xuất huyết lâm sàng và tiểu cầu trên 20.000 - 30.000/mm^3.

3.1.2. *Điều trị triệu chứng*

- Truyền tiểu cầu:

Cần hạn chế do bị kháng thể phá hủy rất nhanh và đời sống tiểu cầu ngắn, chỉ định khi:

+ Tiểu cầu < 10.000/mm^3 .

+ Tiểu cầu < 50.000/mm^3 kèm xuất huyết nặng đe dọa tính mạng hay cần phẫu thuật hoặc thủ thuật xâm lấn.

+ Liều lượng: 1 đơn vị/5 - 7 kg cân nặng. Kiểm tra lại tiểu cầu 1 giờ sau truyền, 24 giờ, 3 ngày sau.

- Truyền hồng cầu lắng:

Khi có thiếu máu, Hct < 25%. Lượng 10 - 15 ml/kg.

3.2. Điều trị XHGTC tái phát sau điều trị lần đầu

Tấn công lại lần thứ hai thuốc đã điều trị lần đầu sau đó giảm liều dần prednisolon 2mg/kg/ngày x 1-2 tuần, kế tiếp 1mg/kg/ngày 1-2 tuần và 0,5 mg/kg/ngày.

Nếu không đáp ứng có thể dùng thay thế corticoid bằng Immunoglobulin hay ngược lại.

3.3. Điều trị XHGTC mạn tính

- Định nghĩa: tiểu cầu giảm < 150.000/mm^3 trên 6 tháng sau phát bệnh.
- Mục tiêu: ngăn ngừa xuất huyết niêm mạc và giữ tiểu cầu >20.000/mm^3.
- Các biện pháp điều trị:

3.3.1. *Xuất huyết nhẹ và tiểu cầu < 20.000/mm^3 hoặc xuất huyết trung bình và tiểu cầu > 30.000/mm3*

- Methyl Prednisolon 4mg/kg/ngày trong 4 ngày hay Methyl prednisolon 2mg/kg/ngày trong 7 ngày. Sau đó nếu tiểu cầu còn dao động thấp < 20.0000/ mm3 và xuất huyết nhẹ có thể duy trì methyl prednisolon 0,2mg/kg/ngày.
- Hoặc IVIG 0,8 g/kg/lần mỗi 4- 8 tuần, thời gian điều trị khoảng 12 tháng.

Phối hợp IVIG, methyl Prednisolon sau truyền IVIG duy trì methyl prednisolon 0,2mg/kg/ngày hoặc cách ngày vì cả hai có tác dụng cộng lực

3.3.2. *Cắt lách*

- Chỉ định:

+ Chẩn đoán trên 1 năm + đang xuất huyết + tiểu cầu <10.000/ mm^3 ở bệnh nhân trên 5 tuổi hay

+ Xuất huyết giảm tiểu cầu >1 năm + đang xuất huyết + tiểu cầu 10 - 30.000/mm^3 ở bệnh nhân trên 8 tuổi

- Chuẩn bị trước cắt lách:

+ Chủng ngừa: Pneumococcus, Hemophilus enfluenzae type B và não mô cầu ít nhất 2 tuần trước cắt lách.

+ Corticosteroid trước khi cắt lách để nâng tiểu cầu và ức chế trục adenocortical (đối với bệnh nhân đã dùng corticosteroid).

+ Truyền tiểu cầu ngay trước mổ để nâng tiểu cầu lên 50.000 -100.000/mm3.

- Theo dõi sau cắt lách:

+ Tiểu cầu tăng sau 1 - 2 tuần. Nếu tiểu cầu giảm coi chừng có lách phụ.

+ Nguy cơ nhiễm trùng.

3.3.3. *Thuốc khác*

Có thể dùng khi XHGTCMD tái phát sau cắt lách và sau khi đã dùng thuốc Corticosteroid, Immunoglobulin.

+ Vincristin: 1,5 mg/m2/TM/tuần x 1 tháng.

+ Azahioprin: 50 - 200 mg/m2/ngày/uống x 4 - 6 tháng.

+ Cyclophosphamid: có hiệu quả tương tự Azathioprin.

3.4. XHGTCMD mạn có xuất huyết trầm trọng đe dọa tính mạng.

Immunoglobulin (1g/kg) +Methylprednisolon (30mg/kg) + truyền tiểu cầu.

4. Tái khám

Thời gian tái khám: 2 tuần sau xuất viện và mỗi tháng trong 6 tháng liên tiếp.

Tiêu chuẩn ngừng tái khám: khi tiểu cầu trên 150.000/mm^3 mỗi tháng, số tiểu cầu ổn định trong 3 tháng liên tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Nguyễn Công Khanh (2004). *"Huyết học lâm sàng nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DO H.PYLORI (K29)

1. Khái niệm

- Viêm dạ dày là những tổn thương vi thể của niêm mạc dạ dày thể hiện sự đáp ứng của niêm mạc dạ dày đối với các yếu tố tấn công.

- Viêm tá tràng: là tình trạng viêm vi thể của niêm mạc tá tràng (có sự xâm nhập của bạch cầu đa nhân và mono ở bề mặt biểu mô, tuyến hoặc lanina propria), có thể kèm theo hiện tượng cùn mòn của các nhung mao.

- Loét dạ dày và loét tá tràng: là tình trạng tổn thương sâu làm mất tổ chức niêm mạc một cách có giới hạn ở phần ống tiêu hóa có bài tiết acid và pepsin.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Đau bụng: đau bụng tái diễn, đau bụng thượng vị, đau nhiều về đêm.
- Buồn nôn, nôn.
- Chướng bụng, ợ hơi, ợ chua.
- Đại tiện phân đen, nôn ra máu.
- Da xanh, mệt mỏi.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: thiếu máu nhược sắc, giảm Hb.
- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng: có hình ảnh tổn thương viêm, loét hoặc chảy máu.
- Chẩn đoán nhiễm H. pylori:

+Nuôi cấy H. pylori (+)

+Hoặc khi có ≥ 2 trong số các tiêu chuẩn sau:

∗ Mô bệnh học, test Urease và test thở, test phân (+)

∗ Trường hợp ngoại lệ: nếu gia đình từ chối nội soi: chỉ định làm test thở hoặc test phân (mọi lứa tuổi).

- Nếu test (-) tìm nguyên nhân khác.
- Nếu test (+) thảo luận gia đình để soi dạ dày chẩn đoán nguyên nhân đau bụng.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Đau bụng do bệnh Scholein - Henoch.
- Viêm tuỵ cấp - viêm tuỵ mạn.
- Sỏi mật, u nang ống mật chủ.

3. Điều trị

3.1. Chỉ định điều trị

- Chỉ định điều trị diệt H. pylory cho tất cả cả trường hợp loét dạ dày tá tràng có H. pylory dương tính.

- Trẻ có tổn thương trên nội soi, H. pylory dương tính, có tiền sử gia đình loét hoặc ung thư dạ dày.

- Cân nhắc điều trị khi trẻ có H. pylory dương tính, có tổn thương trên nội soi nhưng không có loét.

- Trẻ có triệu chứng gợi ý bệnh lý dạ dày tá tràng, có H. pylory dương tính qua test thở hoặc test phân cần được nội soi tiêu hóa trước khi quyết định điều trị.

3.2. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh
- Giảm tiết
- Bảo vệ niêm mạc dạ dày

3.3. Điều trị cụ thể

Lựa chọn 1 trong các phác đồ sau:

- **Phác đồ bậc 1:**

+PPI + amoxicillin + metronidazole/tinidazole

+PPI + amoxicillin + clarithromycin

+Phác đồ trình tự: PPI + amoxicillin trong 5 ngày sau đó

PPI + clarithromycin+ metronidazole trong 5 ngày

- **Phác đồ bậc 2:**

+ PPI + Metronidazol + Amoxicillin + Bismuth

+ PPI + Levofloxacin + Amoxicillin.

∗ Trong đó:

Amoxicillin: 50-100 mg/kg/ngày.

Clarithromycin: 20 mg/kg/ngày.

PPI (omeprazole): 1-2 mg/kg/ngày.

Metronidazol: 20-40 mg/kg/ngày.

Tetracyclin: 50 mg/kg/ ngày.

Doxycyclin: 5 mg/kg/ngày.

Bismuth: 8 mg/kg/ngày.

∗ Thời gian điều trị kháng sinh kéo dài 10 -14 ngày, đối với PPI điều trị 28 ngày.

3.4. Đánh giá hiệu quả diệt H.pylori

- Tiến hành sau khi:

+ Dừng kháng sinh ≥ 4 tuần

+ Dừng PPI ≥ 2 tuần.

- Phương pháp: test thở C13 hoặc test phân.

- Kết quả:

+ Nếu test (-): sạch vi khuẩn.

+ Nếu test (+): còn vi khuẩn, phác đồ thất bại.

- Trường hợp điều trị thất bại: (*Nếu test (+) là còn vi khuẩn)*

+ Nếu bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng: cần theo dõi và hẹn khám lại định kỳ.

+ Nếu bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng: bệnh nhân được tiến hành nội soi dạ dày, urease test, mô bệnh học, nuôi cấy HP và làm kháng sinh đồ.

+ Nếu cấy H.pylori (+) và làm được kháng sinh đồ: điều trị theo kháng sinh đồ: kết hợp 2 loại kháng sinh nhạy cảm + PPI trong 2 tuần.

+ Nếu cấy H.pylori (-):

- Thay kháng sinh khác loại kháng sinh đã dùng trong phác đồ 1
- Tăng liều
- Kéo dài thời gian điều trị
- Phối hợp Bismuth

∗ Chữ viết tắt: PPI: Proton-pump-inhibitor (thuốc ức chế bơm proton) DDTT: Dạ dày tá tràng H.pylory, HP: Helicobacter pylori.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

VIÊM TỤY CẤP (K85)

1. Khái niệm

Viêm tụy cấp (VTC) là quá trình tự tiêu hủy tuyến tụy gây ra do men tụy, bao gồm cả các thương tổn kèm theo ở nhiều mức độ khác nhau của các cơ quan lân cận cũng như các biến chứng toàn thân. Viêm tuỵ cấp là bệnh tổn thương viêm nhu mô tuyến tuỵ cấp tính từ nhẹ đến nặng và có thể gây tử vong.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng

+ Đau bụng: cơn đau thường xảy ra bất ngờ và có thể đau dữ dội vài giờ sau, thương khu trú vùng thượng vị, quanh rốn, ¼ bụng trên phải, đau có thể lan ra sau lưng, đau tăng lên khi ăn, ấn điểm sườn lưng đau.

+ Nôn, nôn vẫn không làm giảm đau

+ Nhu động ruột giảm hoặc liệt ruột

+ Trường hợp viêm tụy cấp thể nặng có thể có:

- Dấu mất nước, hạ huyết áp.
- Da đổi màu xanh tím vùng quanh rốn (dấu Cullen), hoặc da đổi màu xanh tím vùng hông (dấu Grey Turner) trong viêm tụy thể xuất tiết.
- Thở nhanh, khó thở, tràn dịch màng phổi.
- Vàng da nhẹ có thể xảy ra trong viêm tụy tự phát, nhưng vàng da nặng hoặc trung bình gợi ý viêm tụy do sỏi mật.

- Cận lâm sàng

+ Công thức máu: HCT tăng, BC tăng.

+ Amylase máu: thường tăng trên 3 lần trị số bình thường tối đa và tồn tại trong 3-5 ngày.

+ Amylase nước tiểu tăng và tồn tại 2 tuần, có giá trị khi amylase máu tăng chưa đến 3 lần.

+ Lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường, có độ đặc hiệu cao hơn amylase máu.

+ Siêu âm bụng: có thể thấy tuyến tụy lớn, phù nề, bờ không rõ, giảm mật độ echo, có thể có dịch hoặc áp xe.

+ Xquang bụng không chuẩn bị: loại trừ các trường hợp tắc ruột, thủng ruột.

+ CT scanner trong trường hợp có chấn thương bụng hoặc để đánh giá biến chứng.

- Chẩn đoán xác định khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Đau bụng kiểu viêm tụy cấp:

Đau đột ngột, tăng dần và có thể dữ dội sau vài giờ, thường khu trú vùng thượng vị, quanh rốn, hạ sườn (P), có thể lan ra sau lưng, đau tăng lên sau khi ăn.

Tư thế giảm đau: nằm nghiêng, mông và gối gập vào bụng hoặc ngồi thẳng lưng.

+ Amylase máu và /hoặc lipase máu tăng gấp 3 - 4 lần bình thường.

+ Hình ảnh siêu âm hoặc CT scanner của viêm tụy cấp.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

+ Tắc ruột cấp: Xq bụng không chuẩn bị có hình ảnh mức nước hơi.

+ Viêm, loét dạ dày- tá tràng: nội soi dạ dày- tá tràng có tổn thương.

+ Viêm túi mật cấp: siêu âm túi mật, xét nghiệm CTM và sinh hóa máu.

+ Thủng tạng rỗng: Xq bụng có liềm hơi dưới cơ hoành.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Cho tụy nghỉ ngơi, giảm bài tiết để ngăn cản quá trình tự tiêu hủy tuyến tụy.
- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Điều trị nguyên nhân nếu có.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm các biến chứng.
- Chỉ định ngoại khoa kịp thời.

3.2. Điều trị cụ thể

- Xử trí cấp cứu: nếu có sốc, suy hô hấp, suy tuần hoàn
- Xử trí đặc hiệu:

+ Cho bệnh nhân nằm yên tại chỗ.

+ Nhịn ăn hoàn toàn, nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.

+ Đặt sonde hút dịch dạ dày nhất là ở những bệnh nhân có nôn.

+ Bù dịch điện giải:

+ Giảm tiết: somatostatin 1- 10ug/kg/24h TMC

+ Kháng acid: làm giảm acid dạ dày xuống tá tràng và ngừa viêm dạ dày do stress

+ Kháng sinh: dùng trong trường hợp nặng, xem xét trong trường hợp trung bình, không dùng trong trường hợp nhẹ, kháng sinh vào mô tụy tốt là nhóm Imipenem/ Carbapenem hoặc Ciprofloxacin phối hợp Metronidazole.

+ Nếu từ 2 đến 4 ngày sau, hết nôn, đau bụng giảm dần và hết hẳn, amylase máu giảm dần, có thể cho chế độ ăn bắt đầu bằng carbonhydrat như nước đường.

+ Nếu sau 3 ngày điều trị BN vẫn tiếp tục đau bụng, sốt, tiền sốc, nhiễm trùng nhiễm độc, amylase tăng kéo dài, hạ calci máu cần lưu ý các biến chứng: viêm tụy xuất huyết hoại tử, u nang giả tụy, áp xe tụy → siêu âm kiểm tra và hội chẩn ngoại khoa.

- Chỉ định ngoại khoa:

+ Viêm tụy hoại tử, xuất huyết.

+ Viêm phúc mạc do viêm tụy hoại tử.

+ Viêm tụy cấp do chấn thương gây vỡ ống tụy.

+ Viêm tụy kéo dài không đáp ứng điều trị nội khoa (suy đa cơ quan và hoại tử vô trùng > 50% tuyến tụy).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

SUY DINH DƯỠNG (E40-E46)

1. Khái niệm

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng cơ thể thiếu hụt protein năng lượng và thường kèm theo thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng. Bệnh hay gặp ở trẻ dưới 5 tuổi và tăng cao ở giai đoạn trẻ bắt đầu ăn bổ sung.

Nguyên nhân do thiếu kiến thức về dinh dưỡng, chất lượng bữa ăn không đảm bảo cả về số lượng và chất lượng, do nhiễm trùng, đẻ non, SDD thai nhi, dị tật bẩm sinh, bệnh lý di truyền, tập quán dinh dưỡng, ô nhiễm môi trường, nghèo đói, hạn hán, lụt lội…

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Lâm sàng

Giai đoạn đầu triệu chứng nghèo nàn, dễ bỏ sót: ngừng hoặc chậm tăng cân, lớp mỡ dưới da mỏng dần, chậm biết đi, da xanh, biếng ăn.

- SDD độ 1: cân nặng/ tuổi còn 70-80% trọng lượng chuẩn (-2SD đến -3SD)
- SDD độ 2: cân nặng/ tuổi còn 60-70% trọng lượng chuẩn (-3SD đến -4SD)
- SDD nặng:

+Thể phù (Kwashiorkor):

Cân nặng/ tuổi còn 60-80% trọng lượng chuẩn

Phù 2 chi dưới hoặc phù toàn thân, phù mềm, trắng, ấn lõm

Cơ nhẽo

Da khô, trên da xuất hiện các mảng sắc tố màu nâu sẫm

Trẻ kích thích, quấy khóc hoặc thờ ơ, kém ăn, ỉa phân mỡ

Gan to nhiễm mỡ

+ Thể teo đét (Marasmus):

Cân nặng/ tuổi giảm dưới 60% trọng lượng chuẩn

Trẻ gầy da bọc xương, da nhăn nheo, mất toàn bộ lớp mỡ dưới da

Cơ teo, giảm trương lực

Trẻ tinh thần mệt mỏi, ít phản ứng với ngoại cảnh

Táo bón hoặc tiêu chảy

+ Thể phối hợp:

Cân nặng còn 60% so với chuẩn

Phù

Có triệu chứng của cả 2 thể trên

2.2. Cận lâm sàng

- **Xét nghiệm máu:**

+ CTM: Hb giảm

+ Protid máu giảm nhẹ ở Marasmus, giảm nặng ở Kwashiorkor

+ Albumin máu giảm, tỷ lệ A/G đảo ngược

+ ĐGĐ: Na, K giảm

+ Đường máu giảm

+ Fe huyết thanh giảm

- **Xét nghiệm phân:**

Cặn dư phân có thể có tinh bột, sợi cơ, hạt mỡ

- **Dịch tiêu hóa:**

Độ toan giảm, men tiêu hóa giảm

- **Miễn dịch:**

Miễn dịch tế bào giảm, lympho T giảm, miễn dịch tại chỗ IgA tiết giảm.

3. Điều trị

3.1. SDD nhẹ và vừa

- Điều trị tại nhà, tư vấn chế độ ăn, chăm sóc
- Điều chỉnh chế độ ăn: xây dựng chế độ ăn cân đối theo ô vuông thức ăn, tiếp tục bú mẹ.
- Phòng và phát hiện sớm các bệnh nhiễm trùng

3.2. SDD nặng

Cần điều trị theo các bước sau:

- **Hạ đường huyết**

Tất cả trẻ SDD nặng đều có nguy cơ hạ đường huyết. Hạ đường huyết khi glucose máu < 3mmol/l. Nếu không thể đo glucose máu được, cần coi tất cả những trẻ SDD nặng đều có hạ đường huyết.

+ Cho 50ml glucose 10% hoặc nước đường sucrose (1 thìa cà phê đường và 3,5 thìa canh nước) uống hoặc cho qua sonde dạ dày, sau đó cho ăn càng sớm càng tốt.

+ Cho ăn 2 giờ/lần cả ngày và đêm.

+ Cho kháng sinh thích hợp.

+ Nếu trẻ hôn mê, điều trị bằng glucose tĩnh mạch, nếu không có hôn mê cho glucose 10% hoặc nước đường sucrose qua sonde dạ dày.

Nếu đường máu còn thấp (đo lại sau 30 phút).

Glucose < 3mmol/l, trẻ vẫn còn lơ mơ thì cho lại glucose 10% hoặc nước đường một lần nữa như trên.

- **Hạ thân nhiệt**

Hạ đường huyết và hạ thân nhiệt thường xảy ra đồng thời. Cho ăn thường xuyên là phần quan trọng để phòng hạ thân nhiệt.

+ Cho ăn 2 giờ/lần và cho ăn ngay, cho ăn cả đêm.

+ Đặt trẻ trong phòng ấm, tránh gió lùa và quấn kín trẻ.

+ Thay tã, quần áo ướt, giữ cho trẻ và giường khô.

+ Tránh cho trẻ tiếp xúc với lạnh.

+ Cho trẻ ngủ với mẹ.

- **Mất nước**

Nếu chỉ dựa vào lâm sàng thì khó đánh giá chính xác tình trạng mất nước ở trẻ SDD nặng. Có thể coi tất cả trẻ tiêu chảy đều có mất nước.

+ Không bù dịch bằng đường truyền trừ khi có sốc.

+ Dung dịch ORS pha loãng một nửa. Dung dịch này uống chậm hơn so với khi bù nước ở trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường. 5ml/kg 30 phút/lần trong 2 giờ. Sau đó cho 5 - 10ml/kg/giờ trong 4-10 giờ tiếp theo.

+ Đánh giá cứ 30 phút/lần trong 2 giờ, sau đó 1 giờ/lần trong 6-12 giờ.

+ Chú ý phát hiện thừa nước, nên kiểm tra mạch, nhịp thở, số lần đi tiểu, số lần đi ngoài, nôn. Nếu có dấu hiệu thừa nước (nhịp thở tăng, mạch tăng) ngừng ORS ngay và đánh giá lại sau 1 giờ.

- **Rối loạn điện giải**

Tất cả SDD nặng đều thiếu kali, magiê.

+ Điều trị: cho thêm kali (3-4mmol/kg/ngày).

+ Thêm magiê (0,4-0,6mmol/kg/ngày).

+ Cần cho kali, magiê vào thức ăn.

+ Chế biến thức ăn không thêm muối vì thừa natri trong cơ thể vẫn xảy ra khi natri trong huyết tương thấp. Cho nhiều natri có thể làm trẻ tử vong.

- **Nhiễm khuẩn**

+ Cho tất cả SDD nặng: kháng sinh phổ rộng.

+ Tiêm vaccin sởi nếu trẻ > 6 tháng, chưa được tiêm phòng sởi, hoặc > 9 tháng và đã tiêm chủng trước 9 tháng.

+ Chọn kháng sinh phổ rộng.

- **Thiếu các yếu tố vi lượng**

+ Mặc dù thiếu máu là phổ biến, vẫn không được cho viên sắt ngay mà cần chờ đến khi trẻ ăn ngon miệng và bắt đầu tăng cân vì sắt có thể làm tăng tình trạng nhiễm khuẩn nặng lên.

+ Đa sinh tố.

+ Acid folic (ngày đầu cho 5mg, sau đó 1mg/ngày).

+ Kẽm (2mg/kg/ngày).

+ Đồng (0,3mg/kg/ngày).

+ Khi đã tăng cân, cho sulfat sắt (3mg Fe/kg/ngày).

+ Cho vitamin A uống (< 6 tháng: 50.000UI, 6-12 tháng: 100.000UI, trẻ lớn: 200.000UI) trong ngày đầu.

- **Bắt đầu cho ăn lại**

Đặc điểm của cho ăn bữa ban đầu:

- Ăn nhiều bữa nhỏ với nồng độ thẩm thấu và nồng độ lactose thấp.

Ngày đầu: 75kcal/kg và tăng dần năng lượng để đạt cuối tuần đầu là: l00kcal/kg/ngày.

- Dịch: 130ml/kg/ngày (100ml/kg/ngày nếu trẻ có phù nặng).

- Nên ăn từ từ và số lượng tăng dần

- **Đuổi kịp sự tăng trưởng**

Giai đoạn này cần chăm sóc tích cực để đảm bảo tăng cân > l0g/kg/ngày.

Tăng cân được đánh giá như sau:

+ Kém: < 5g/kg/ngày.

+ Trung bình: 5-10g/kg/ngày

+ Tốt: > l0g/kg/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

CÒI XƯƠNG (E55)

1. Khái niệm

Còi xương là bệnh loạn dưỡng xương do thiếu vitamin D, hoặc do rối loạn chuyển hoá vitamin D dẫn đến xương mềm và dễ gãy.

2. Chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau:

2.1. Lâm sàng

- Các biểu hiện ở hệ thần kinh:

+Trẻ ra mồ hôi nhiều kể cả ban đêm (còn gọi là mồ hôi trộm).

+Trẻ kích thích khó ngủ, hay giật mình.

+Rụng tóc gáy (do trẻ ra mồ hôi nhiều).

+Đối với còi xương cấp có thể gặp: tiếng thở rít thanh quản, cơn khóc lặng, hay nôn, nấc khi ăn. Có thể co giật do hạ calci máu.

- Trẻ chậm phát triển vận động: chậm biết lẫy, chậm biết bò.
- Các biểu hiện ở xương:

+ Thóp chậm liền, bờ thóp mềm, bướu trán bướu đỉnh.

+ Chậm mọc răng, răng hay bị sâu, răng mọc lộn xộn.

+ Lồng ngực gà, chuỗi hạt sườn.

+ Vòng cổ chân, vòng cổ tay, xương chi cong.

- Toàn thân:

Nếu không được điều trị, trẻ chán ăn, SDD, da xanh, thiếu máu, lách to.

2.2. Cận lâm sàng

- **Xét nghiệm máu**

+ Công thức máu: có thể có thiếu máu nhược sắc.

+ Phosphatase kiềm tăng (bình thường 40-140UI/1). Phosphatase kiềm trở về bình thường khi còi xương điều trị khỏi.

+ Calci máu: bình thường hoặc giảm (hay gặp trong còi xương cấp, nếu calci ion giảm < 0,75mmol/l có thể gây co giật).

+ Phospho máu: giảm nhẹ.

+ Định lượng 25 OH-D giảm (bình thường 20-40ng/ml).

- **Xquang xương**

+ Xương chi:

Xương mất chất vôi.

Đầu xương to bè.

Đường cốt hoá nham nhở, lõm.

Điểm cốt hoá chậm.

+ Xương lồng ngực: có hình nút chai.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Trong giai đoạn đầu: cần phân biệt dấu hiệu mềm xương sọ với mềm xương bẩm sinh do loạn sản màng xương sọ
- Khi có bướu trán, đỉnh cần phân biệt với ứ nước não thất
- Khi còi xương nặng ảnh hưởng đến chiều cao cần phân biệt với suy giáp, bệnh ngắn xương chi.

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- **Còi xương do thiếu vitamin D**

+ Thiếu ánh sáng mặt trời

+ Thiếu hụt vitamin D trong chế độ ăn, thức ăn chứa nhiều phytate, phosphate

+ Kém hấp thu vitamin D, gặp trong hội chứng kém hấp thu, bệnh gan mật, suy tụy

- **Còi xương kháng vitamin D**

+ Rối loạn chuyển hóa vitamin D thứ phát: còi xương giảm phosphat máu có tính chất gia đình; còi xương phụ thuộc vitamin D; còi xương do giảm men phosphatase; …

+ Rối loạn chuyển hóa vitamin D thứ phát: thiếu calci; suy thận mạn; dùng thuốc chống động kinh; nhiễm toan ống thận và bệnh Fanconi; …

3. Điều trị còi xương thiếu vitamin D

3.1. Điều trị bằng vitamin D

- Quan điểm1: liều 1 lần 300.000-600.000 đơn vị uống hoặc tiêm bắp trong một ngày và có thể nhắc lại sau 1-2 tháng
- Quan điểm 2: liều hàng ngày 2000-5000 đơn vị trong 4-6 tuần

Sau đó cả 2 quan điểm đều phải duy trì với liều 400 đơn vị vitamin D trong một ngày.

3.2. Điều trị phối hợp

- Uống thêm các loại vitamin.
- Muối calci 500mg/ ngày đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ; l-2g/ngày đối với trẻ lớn.
- Nếu calci giảm < 0,75mmol/l hay bị co giật: Calcium gluconat 10%: l-2ml/kg/l lần truyền có thể nhắc lại 6 giờ 1 lần (chỉ định không quá 3 ngày).
- Nếu calci máu > 2,6mmol/l dừng uống calci.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA (K92.2)

1. Khái niệm

Xuất huyết tiêu hoá là xuất huyết xảy ra ở bất cứ vị trí nào của đường tiêu hoá, biểu hiện bằng: nôn ra máu, đại tiện phân màu đen, phân máu tươi, có thể phân máu vi thể không nhìn thấy bằng mắt thường.

Tùy theo vị trí xuất huyết so với góc Treitz mà người ta phân loại: xuất huyết tiêu hóa trên là xuất huyết ở trước góc treitz, xuất huyết tiêu hóa dưới là xuất huyết ở sau góc Treitz.

Xuất huyết tiêu hóa trên: hay gặp do viêm loét thực quản, vỡ tĩnh mạch thực quản, viêm loét dạ dày tá tràng, chảy máu đường mật.

Xuất huyết tiêu hóa dưới: hay gặp do u máu ruột non, viêm ruột hoại tử, lồng ruột, nhiễm trùng đường ruột, polip trực tràng, nứt kẽ hậu môn, viêm đại tràng chảy máu, viêm túi thừa meckel.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- **Xuất huyết tiêu hóa trên:**

+ Dấu hiệu thiếu máu: da xanh niêm mạc nhợt.

+ Đau bụng

+ Nôn máu, hoặc sonde dạ dày ra máu

+ Nếu không có hai dấu hiệu trên cũng cần nghĩ đến nếu đại tiện phân đen hoặc máu đỏ tươi ồ ạt.

- **Xuất huyết tiêu hóa dưới:**

+ Dấu hiệu thiếu máu: da xanh niêm mạc nhợt.

+ Đại tiện phân đen sẫm hay máu đỏ tươi hoặc thăm trực tràng có máu.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: HCT, hồng cầu, hemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, bạch cầu bình thường hoặc tăng.
- Có hồng cầu hoặc sản phẩm giáng hóa hồng cầu trong phân.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Rối loạn đông máu: xét nghiệm đông máu toàn bộ.
- Tăng lực tĩnh mạch cửa: tiền sử mắc bệnh gan mật, vàng da, gan to, xét nghiệm chức năng gan, siêu âm ổ bụng.
- Xuất huyết đường tiêu hoá trên: nội soi dạ dày tá tràng .
- Xuất huyết đường tiêu hoá dưới: nội soi trực tràng, đại tràng.
- Viêm ruột hoại tử: chụp Xq ổ bụng

- Lồng ruột: siêu âm ổ bụng
- Viêm túi thừa meckel: siêu âm, chụp nhấp nháy Tc99

2.3. Chẩn doán phân biệt

- Chảy máu mũi, lợi miệng.
- Trẻ sơ sinh hít máu mẹ khi đẻ.
- Ho khái huyết.
- Ăn tiết hoặc uống thuốc làm phân đen (uống sắt).

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nhịn ăn uống
- Bồi hoàn thể tích máu mất.
- Điều trị cầm máu.
- Tìm và điều trị nguyên nhân.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị sốc, thiếu máu nặng:

- Thở oxy qua cannula mũi hay mask.
- Nhịn ăn.
- Thiết lập hai đường truyền tĩnh mạch lớn.
- Lấy máu thử CTM, nhóm máu.
- Truyền nhanh Lactate Ringer hay nước muối sinh lý 20 ml/kg/15 phút, sau đó 20 ml/kg/giờ cho đến khi có huyết áp.
- Truyền máu toàn phần 20 ml/kg/giờ nếu Hct < 30% và bệnh nhân tiếp tục nôn máu.
- Rửa dạ dày với nước muối sinh lý để cầm máu hiện nay không dùng vì có thể gây tăng xuất huyết do ngăn cản cục máu đông thành lập ở vị trí chảy máu.

3.2.2. Điều trị nguyên nhân

- **Do viêm loét dạ dày tá tràng**:

+ Thuốc ức chế bơm proton (PPI): Omeprazole, Esomeprazol… tiêm tĩnh mạch trong 3 ngày, liều 1-2mg/kg/ngày, có thể dùng bolus nhiều lần.

+ Thuốc chẹn thụ thể H_2: Ranidine 1-2mg/kg/liều TMC, mỗi 6 - 8 giờ (tối đa 50 mg).

+ PPI có hiệu quả hơn nhóm chẹn thụ thể H_2.

- **Do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản:**

+ Octreotide: Sandostatine liều 1-2 µg/kg tiêm tĩnh mạch chậm sau đó 1µg/kg/giờ; 0,25 µg/kg/giờ.

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

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

- **Do rối loạn đông máu và bệnh lý gan mật:**

Truyền huyết tương đông lạnh trong trường hợp rối loạn đông máu: 10-20 ml/kg.

Vitamin K: liều 1mg/kg TB hay TM (tối đa 10 mg).

3.2.3. Điều trị cầm máu

- Nội soi cầm máu:

Nội soi nên tiến hành trong 24 - 72 giờ ngay sau khi huyết động ổn định và không có rối loạn đông máu nặng.

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

Xuất huyết tiêu hóa do lồng ruột, viêm ruột hoại tử, viêm túi thừa meckel, u máu, polip trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIÊU CHẢY CẤP (K90.1)

1. Khái niệm

Định nghĩa: Tiêu chảy cấp là đi ngoài phân lỏng hoặc tóe nước từ 3 lần trở lên trong 24h, thời gian tiêu chảy dưới 14 ngày.

Nguyên nhân gây tiêu chảy ở trẻ em thường do virus, vi khuẩn, nấm, kí sinh trùng, hoặc do kháng sinh, dị ứng thức ăn, rối loạn hấp thu.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:**

+ Tiêu chảy: phân lỏng nước, nhiều lần (10 - 15 lần/ngày), có thể có nhầy, mùi chua, trường hợp lỵ phân có nước lẫn nhầy, máu.

+ Nôn: xuất hiện trước hoặc cùng với tiêu chảy thường gặp trong nhiễm rotavirus, tụ cầu, thời gian nôn kéo dài 1 đến 3 ngày.

+ Biếng ăn: xuất hiện trước hoặc khi trẻ đã bị tiêu chảy vài ngày.

+ Triệu chứng khác: sốt, quấy khóc

+ Triệu chứng mất nước: trẻ kích thích hoặc li bì, môi khô, mắt trũng, da khô se, nếp véo da mất chậm hoặc rất chậm, khát nước, tiểu ít,….

- **Cận lâm sàng:**

+ Soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu, KST.

+ Cấy phân phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ

+ Tùy theo chẩn đoán lâm sàng có thể làm các xét nghiệm khác: điện giải đồ, phân tích khí máu (mất nước nặng), công thức máu,…

2.2. Chẩn đoán mức độ mất nước theo IMCI

Dựa vào 4 dấu hiệu cơ bản: toàn trạng, mắt trũng, khát nước, nếp véo da (đối với trẻ dưới 2 tháng tuổi không đánh giá dấu hiệu khát nước)

Mức độ mất nước	Mất nước nặng	Có mất nước	Không mất nước
Toàn trạng	Li bì, khó đánh thức	Kích thích, vật vã	Tỉnh táo
Mắt trũng	++	+	(-)
Khát nước	Không uống được hoặc uống rất kém	Uống háo hức. Khát nước	Không khát nước
Nếp véo da	Mất rất chậm	Mất chậm	Mất nhanh

2.3. Chẩn đoán biến chứng

- **Rối loạn điện giải:**

+ Hạ Natri: khi Na+ < 130 mmol/L

Na < 125 mmol/L bệnh nhân nôn, co rút cơ, lơ mơ.

Na <115 mmol/L bệnh nhân hôn mê, co giật.

+ Tăng Natri: khi Na >145 mmol/L

Bệnh nhân kích thích, rất khát nước, co giật.

+ Hạ Kali: K <3,5 mmol/L

Yếu cơ, yếu chi, liệt ruột, bụng chướng.

ĐTĐ có ST xẹp, T giảm biên độ, xuất hiện sóng U, nếu Kali giảm nặng PR kéo dài, QT dãn rộng, rối loạn nhịp xoang.

+ Tăng Kali: khi K> 5mEq/L

Yếu cơ.

ĐTĐ có T cao nhọn, QT ngắn, Block A-V, rung thất.

- **Rối loạn toan kiềm:**

Thường là toan chuyển hoá

PH động mạch < 7,2; HCO_3^- < 15mEq/L, thở nhanh, sâu, môi đỏ, hậu môn đỏ.

- **Suy thận cấp**:

Tiểu ít hoặc vô niệu, BUN, Creatinin máu tăng.

- **Hạ đường huyết:** glucose < 45mg%

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tiêu chảy do Virus: test nhanh Rotavirus, xét nghiệm máu.
- Tiêu chảy do Vi khuẩn: tìm hồng cầu, bạch cầu trong phân, xét nghiệm máu tìm dấu hiệu nhiễm trùng.
- Tiêu chảy do Kí sinh trùng: soi phân Giardia, Amip, giun, sán, nấm.
- Tiêu chảy do dị ứng thức ăn: tiền sử, khám và làm test dị ứng thức ăn.
- Tiêu chảy do rối loạn hấp thu, bất dung đường lactose: đo độ pH phân, sợi cơ, hạt mỡ, sinh thiết ruột.
- Tiêu chảy do các nguyên nhân khác như do thuốc, các nhiễm khuẩn hô hấp, tiết niệu: dựa vào lâm sàng và tiền sử.
- Tiêu chảy do mất cân bằng hệ vi khuẩn đường ruột: xét nghiệm vi hệ đường ruột.

3. Điều trị

3.1. Bồi phụ nước và điện giải

Dựa vào chẩn đoán mức độ mất nước theo phác đồ của Tổ chức Y tế thế giới.

- **Phác đồ A: Điều trị tại nhà:**

Cho trẻ uống nhiều dịch hơn bình thường để phòng mất nước.

Cho trẻ ăn nhiều thức ăn giàu dinh dưỡng để phòng SDD.

Lượng ORS cần dùng sau mỗi lần đi ngoài.

Tuổi	Lượng ORS cho uống sau mỗi lần đi ngoài	Lượng ORS cần cung cấp để dùng tại nhà
Dưới 24 tháng	50-100 ml	500ml/ ngày
2-10 tuổi	100-200 ml	1000ml/ngày
10 tuổi trở lên	Uống theo nhu cầu	2000ml/ngày

Cách cho uống ORS:

Trẻ dưới 2 tuổi cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 1-2 phút.

Trẻ lớn hơn cho uống từng ngụm bằng cốc.

Nếu trẻ nôn, đợi 10 phút sau đó cho uống trở lại, uống chậm hơn

- **Phác đồ B*:* Điều trị có mất nước:**

Cho uống ORS dựa theo cân nặng hoặc theo tuổi.

Lượng nước (ml) trong 4 giờ = cân nặng bệnh nhi x 75 ml.

Cách cho uống:

+ Trẻ nhỏ hơn 2 tuổi thì cho uống từng thìa, cứ 1-2 phút cho uống 1 thìa, đối với trẻ lớn cho uống từng ngụm.

+ Nếu trẻ nôn cho trẻ ngừng uống 10 phút, sau đó uống chậm hơn.

+ Sau 4 giờ đánh giá lại, nếu hết triệu chứng mất nước chuyển sang phác đồ A, trẻ còn có dấu hiệu mất nước tiếp tục phác đồ B, nếu nặng lên thì chuyển sang phác đồ C.

+ Nếu trẻ không uống được cho dùng đường truyền tĩnh mạch.

- **Phác đồ C: áp dụng trường hợp mất nước nặng:**

+ Truyền tĩnh mạch ngay 100ml/kg dung dịch Ringer lactat (hoặc Natriclorid 0,9%) theo hướng dẫn:

Tuổi	Lúc đầu 30ml/kg trong	Sau đó 70ml/kg trong
< 12 tháng	1 giờ	5 giờ
Bệnh nhi lớn hơn	30 phút	2 giờ 30 phút

+ Cứ 1-2 giờ đánh giá lại bệnh nhân. Truyền 1 lần nữa với số lượng và thời gian tương tự nếu mạch quay còn yếu hoặc không bắt được.

+ Nếu bệnh nhân uống được, cho uống ORS 5ml/kg/giờ.

+ Nếu không truyền được, tùy điều kiện cụ thể có thể đặt ống thông dạ dày cho ORS với số lượng 20ml/kg/giờ (tổng số 120ml/kg).

+ Cho ăn trở lại ngay khi trẻ có thể ăn được (bú mẹ, thức ăn giàu dinh dưỡng,…)

3.2. Kháng sinh

Chỉ định dùng kháng sinh cho các trường hợp sau:

+ Tiêu chảy phân máu.

+ Tiêu chảy nghi do nhiễm trùng đường ruột.

+ Tiêu chảy mất nước nặng nghi ngờ tả.

+ Tiêu chảy Giardia.

+ Trẻ tiêu chảy kèm các bệnh nhiễm trùng khác: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết…

Kháng sinh sử dụng điều trị các nguyên nhân gây tiêu chảy:

Nguyên nhân	Kháng sinh lựa chọn	Kháng sinh thay thế
Tả	Erythromycin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày x 3 ngày	Tetracyclin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày x 3 ngày
		Azithromycin 6-20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày
Lỵ trực khuẩn, nhiễm khuẩn đường ruột	Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2 lần x 3 ngày.	Ceftriaxon 50-100mg/kg/ngày x 5 ngày tiêm tĩnh mạch.
Lỵ amip	Metronidazole 10mg/lần x 3 lần/ngày x 5-10 ngày, uống.	
Giardia	Metronidazole 5mg/lần x 3 lần/ngày x 5 ngày, uống	

3.3. Bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy cấp

- Trẻ 1 – 6 tháng: 10 mg/kg/ngày x 10-14 ngày.
- Trẻ > 6 tháng: 20 mg/kg/ngày x 10-14 ngày.

3.4. Chế độ dinh dưỡng

Nếu trẻ bú mẹ tiếp tục cho bú nhiều lần và lâu hơn.

Nếu trẻ không bú mẹ:

+ Cho trẻ loại sữa mà trẻ ăn trước đó.

+ Không pha loãng sữa.

+ Nên sử dụng sữa free lactose.

+ Tránh thức ăn có nhiều năng lượng, protein, điện giải thấp, nhiều carbohydrate.

+ Sau khi khỏi tiêu chảy, cho trẻ ăn thêm 1 bữa ngoài những bữa ăn bình thường.

3.5. Điều trị hỗ trợ

- Men vi sinh.

- Racecadotril: 1,5mg/kg/lần x 3 lần/ngày, không quá 7 ngày.
- Không sử dụng thuốc cầm nôn, cầm đi ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TIÊU CHẢY KÉO DÀI (K90.1)

1. Khái niệm

Định nghĩa: Tiêu chảy kéo dài là đi ngoài phân lỏng trên 3 lần trong 24h và kéo dài trên 14 ngày (trong đó không có 2 ngày liền ngừng tiêu chảy).

Nguyên nhân:

- Nhiễm trùng: vi khuẩn (Shigella, Salmonella, E.coli,…); virus (Rotavirus, Norovirus, HIV,…); kí sinh trùng (Giardia, Cryptosporidium,…)
- Chế độ ăn không hợp lý: ăn nhiều đường, thực phẩm dinh dưỡng chứa sorbitol, mannitol,…
- Kém hấp thu: bất dung nạp đường lactose, thiếu men lactase, bất dung nạp fructose, rối loạn hấp thu, dị dạng ruột.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:**

+ Đặc điểm phân: phân lỏng nhiều nước, có thể có máu, bóng mỡ, bọt,…

+ Thời gian tiêu chảy: trên 14 ngày, không có 2 ngày liền ngừng tiêu chảy.

+ Dấu hiệu mất nước: đánh giá tương tự tiêu chảy cấp.

+ Tình trạng nhiễm trùng:

+ Tình trạng dinh dưỡng:

o Chiều cao và cân nặng < 80%

o Dấu hiệu phù mu bàn chân 2 bên.

+ Thiếu máu.

Triệu chứng thiếu vitamin và các yếu tố vi lượng: loét miệng, mờ giác mạc, viêm da, tóc dễ gãy rụng,…

- **Cận lâm sàng:**

+ Soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu, KST.

+ Cấy phân phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ

+ Tùy theo chẩn đoán lâm sàng có thể làm các xét nghiệm khác: điện giải đồ, phân tích khí máu (mất nước nặng), công thức máu,…

2.2. Chẩn đoán mức độ

- Tiêu chảy kéo dài nặng là tiêu chảy kéo dài kèm một trong các vấn đề như có mất nước, SDD nặng, nhiễm trùng nặng, nhỏ hơn 4 tháng.
- Tiêu chảy kéo dài không nặng là tiêu chảy kéo dài không có các vấn đề trên.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Cung cấp đủ dịch thích hợp để dự phòng và điều trị mất nước

- Dinh dưỡng hợp lý để không làm tiêu chảy nặng thêm
- Bổ sung vitamin và khoáng chất
- Dùng kháng sinh khi có nhiễm trùng

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Tiêu chảy kéo dài không nặng: Điều trị tại nhà

- Phòng ngừa mất nước theo phác đồ A (ORS, nước thường, nước trái cây)
- Tăng cường bú mẹ, chia nhỏ bữa ăn, dùng sữa giảm hoặc không lactose.

3.2.2. Tiêu chảy kéo dài nặng:

- Điều trị mất nước theo phác đồ B hoặc C

Nếu bù mất nước ORS bị thất bại, cho Lactate Ringer, Natriclorua 0,9% truyền tĩnh mạch 75 ml/kg/4giờ.

- Điều chỉnh rối loạn điện giải và kiềm toan nếu có.
- Kháng sinh: không điều trị kháng sinh thường quy trong tiêu chảy kéo dài, ngừng kháng sinh khi nghi ngờ tiêu chảy do dùng kháng sinh kéo dài. Dùng kháng sinh khi:

+ Cấy phân dương tính: dùng kháng sinh theo KSĐ

+ Lỵ trực khuẩn (soi phân thường có máu):

Bactrim biseptol) 60mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày

Acid Nalidixic (Negram) 60mg/kg/ngày chia 4 lần x 5 ngày

Ciprofloxacin 30mg/kg/ngày chia 2 lần x 3 ngày

Trẻ < 2 tháng dùng ceftriaxon 100mg/kg/ngày 1 lần x 5 ngày

+ Lỵ amip:

Metronidazol 30mg/kg/ngày x 5 ngày

+ Giardia: Metronidazol 30mg/kg/ngày x 5 ngày

- Chế độ dinh dưỡng:

Rất quan trọng với tất cả trẻ tiêu chảy kéo dài, khẩu phần cung cấp 150 kcal/kg/24 giờ.

- Trẻ < 4 tháng tuổi:

+ Bú mẹ liên tục, thường xuyên, kéo dài

+ Nếu không có sữa mẹ, uống sữa giảm hoặc không có lactose, sữa protein thủy phân

- Trẻ > 4 tháng tuổi:

+ Khuyến khích tiếp tục bú mẹ

+ Chế độ ăn đặc biệt giảm lactose, tăng số lần và tổng năng lượng khoảng 150kcal/kg/ngày.

+ Nếu trẻ ăn uống kém cần nuôi ăn qua sode dạ dày

- Cung cấp vitamin và khoáng chất: Bổ sung thêm vitamin và khoáng chất mỗi ngày trong 2 tuần

- Hội chẩn dinh dưỡng: suy dinh dưỡng nặng, thất bại trong nuôi ăn hoặc khi có chỉ định nuôi ăn qua sonde.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

TÁO BÓN (K59.0)

1. Khái niệm

- Định nghĩa: Táo bón là tình trạng đi ngoài không thường xuyên, phân to cứng, đau và khó khăn khi đi ngoài kèm theo đi ngoài phân són.
- Phân loại táo bón:
- Táo bón cơ năng: do nhịn ỉa, do thuốc, do chế độ ăn.

+Táo bón thực thể: do bệnh lý của thần kinh dạ dày - ruột (Bệnh Hirschsprung, loạn sản thần kinh ruột, bệnh Chaga), bệnh lý thần kinh trung ương (bại não, thoát vị màng não tủy, u dây sống, tật nứt dọc tủy sống), bệnh lý suy giáp trạng, đa xơ cứng, tăng hoặc giảm can xi máu.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Thời điểm xuất hiện triệu chứng.
- Số lần đi ngoài trong một tuần: ít hơn 3 lần/1tuần.
- Tính chất phân: phân cứng chắc, to, máu quanh phân hoặc trong giấy vệ sinh, són phân.
- Hành vi nín nhịn đi ngoài: ngồi xổm, bắt chéo hai chân, gồng cứng người, đỏ mặt, đổ mồ hôi, khóc, bấu vào mẹ, đồ vật, trốn đi ngoài.
- Đau bụng: không đặc trưng, không có điểm đau khu trú, đau bụng giảm khi trẻ đi ngoài.
- Trẻ chán ăn, giảm cảm giác thèm ăn.
- Khám bụng: có thể có bụng chướng, dấu hiệu tắc ruột hoặc sờ thấy khối phân.
- Thăm trực tràng: có khối phân trong trực tràng, đánh giá sự co dãn tự động của cơ thắt hậu môn, hẹp trực tràng.

2.2. Cận lâm sàng

- XQ bụng không chuẩn bị:

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

- XQ có thuốc cản quang:

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

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

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

- Đo áp lực hậu môn trực tràng:

Có thể có ích đối với những trường hợp táo bón kéo dài và khó chữa.

Giúp phát hiện bệnh phình đại tràng bẩm sinh.

Tiên lượng kết quả và đáp ứng điều trị ở một số bệnh nhân.

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

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

+Chụp CT- scanner hoặc MRI chẩn đoán táo bón do nguyên nhân thần kinh,…

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

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

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

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

- Táo bón xuất hiện ở trẻ dưới 1 tuổi.
- Chậm phân su
- Bóng trực tràng rỗng.
- Có máu trong phân.
- Không có sự nín nhịn đi ngoài.
- Không đi ngoài són.
- Xuất hiện triệu chứng ngoài ruột.
- Bất thường sắc tố.
- Bệnh liên quan đến bàng quang.
- Không đáp ứng với điều trị thông thường.
- Cơ thắt hậu môn chặt.
- Chậm phát triển.
- Khi có các dấu hiệu gợi ý trên cần thăm khám lâm sàng để tìm nguyên nhân thực thể gây táo bón.

3. Điều trị

3.1. Điều trị táo bón cơ năng

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

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

- PEG (Poly ethylene glycol): 1 – 1,5g/1kg/ngày x 3 ngày (uống).
- Thụt hậu môn: Phosphate soda enemas (Fleet): trẻ > 2 tuổi.
- Dầu paraffin: trẻ > 1 tuổi: 15- 30ml/tuổi (năm) chia 2 lần.

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

- Điều trị thuốc:

+ Nhuận tràng thẩm thấu:

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

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

PEG 3350 không có điện giải: 1g/kg/ngày.

Magiesium hydroxide: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

+ Nhuận tràng bôi trơn (ít dùng)

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

+ Nhuận tràng kích thích:

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

1 – 3 viên nén 5mg/lần.

Glycerin đặt hậu môn.

- Chế độ ăn:

+ Tăng lượng dịch, carbonhydrate và chất xơ.

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

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

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

- Huấn luyện đi ngoài.

3.2. Điều trị táo bón thực thể

- Tùy thuộc vào nguyên nhân:
- Bệnh phình đại tràng bẩm sinh: phẫu thuật cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch.
- Bệnh suy giáp trạng bẩm sinh: liệu pháp hormone thay thế.
- Khối u vùng tủy- thắt lưng, các dị tật thần kinh như thoát vị màng não tủy hoặc tật nứt dọc đốt sống phải được điều trị triệt để bằng phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Đại học Y Hà Nội (2015). *"Bài giảng nhi khoa*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

THIẾU MÁU THIẾU SẮT (D50)

1. Khái niệm

- Thiếu máu thiếu sắt là tình trạng thiếu máu xảy ra do cơ thể không đủ sắt đáp ứng nhu cầu tạo hồng cầu cho cơ thể gây nên các hậu quả về thiếu máu và thiếu sắt.
- Thiếu máu thiếu sắt là thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc, có sắt và ferritin huyết thanh giảm.
- Nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt thường do cung cấp sắt thiếu, hấp thu kém, mất sắt qua đường tiêu hóa, sinh dục hoặc do tăng nhu cầu sử dụng ở các giai đoạn dậy thì, đẻ non, nhẹ cân, tuổi hành kinh.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:**

+ Dấu hiệu thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, lòng bàn tay, bàn chân nhợt hoặc rất nhợt.

+ Dấu hiệu thiếu oxy não: mệt mỏi, kém vận động, hay quấy khóc.

+ Dấu hiệu thiếu dinh dưỡng: ăn kém, chậm tăng cân hay sụt cân.

- **Cận lâm sàng:**

+ Công thức máu: Hct giảm, Hb giảm, MCV <80 fl, MCH < 28 PG, MCHC < 300g/l, RDW tăng.

+ Dạng huyết cầu: HC nhỏ, nhược sắc.

+ Ferritin huyết thanh < 12 ng/ml

+ Sắt huyết thanh thường giảm.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Giun móc: soi phân tìm HC, trứng giun.
- Chảy máu đường tiêu hóa: nội soi tiêu hóa.
- Đái máu: tìm hồng cầu niệu.
- Do cung cấp thiếu, tăng nhu cầu sử dụng, do rong kinh, chảy mũi mạn tính, trĩ: thăm khám lâm sàng.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh viêm hoặc nhiễm trùng kéo dài: thiếu máu, thiếu sắt nhưng feritin tăng.
- Thalasemia: thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ, sắt và feritin bình thường hoặc tăng.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Bổ sung sắt, truyền máu, bổ sung vitamin C.

3.2. Điều trị cụ thể

- **Bổ sung sắt**

- *Dạng uống:*

+ Chế phẩm sắt: sunfat sắt (II) hoặc phức hợp sắt (III) Hydroxid Polymaltose…

+ Liều dùng: 4 – 6 mg/kg/ngày chia 3 lần, uống cách xa bữa ăn.

+ Bổ sung Vitamin C: 50 -100 mg/ ngày.

+ Thời gian: uống trong 3 tháng hay ít nhất 1 tháng sau khi Hb về bình thường.

+ Tác dụng phụ: phân có màu đen, rối loạn tiêu hóa. Nếu có rối loạn tiêu hóa có thể uống trong bữa ăn nhưng cần tăng tổng liều thêm l/3.

- *Dạng tiêm được chỉ định khi:*

+ Thiếu máu nặng, khó uống thuốc, nôn, không đáp ứng với sắt uống.

+ Chế phẩm: imferon 50mg/ ml.

+ Tổng liều cần tiêm:

Ml = 0,0467 x P (kg) x (Hb cần đạt được – Hb bệnh nhân) + 1ml/5kg

+ Cách tiêm:

Tiêm bắp sâu ¼ trên ngoài đùi.

Lần đầu tiên tiêm 0,5ml/ ngày ở trẻ lớn, 0,25ml/ ngày ở trẻ nhỏ, sau đó tăng lên đạt theo nhu cầu.

+ Tổng liều tối đa hàng ngày:

Trẻ nhỏ < 5kg: 25mg

Trẻ 5- 10kg: 50 mg

Trẻ > 10 kg: 100mg

● **Truyền máu**

- Chỉ định khi:

Hb < 6 g/L hay trẻ thiếu máu kèm theo rối loạn tri giác, mạch yếu, suy tim, phẫu thuật cấp cứu cần nâng nhanh lượng Hb lên 90-100g/l.

- Truyền khối hồng cầu 10 – 15 ml/kg.

● **Bổ sung thêm thực phẩm chứa sắt:**

+ Các loại thịt đỏ đậm, rau xanh đậm, gan, huyết.

+ Tăng cường thức ăn giàu vitamin C như cam, quýt, khoai tây, cà chua

+ Tránh các thức ăn giảm hấp thu sắt như sữa, ngũ cốc, cà phê, trà.

● **Điều trị nguyên nhân gây thiếu sắt:** *(tùy nguyên nhân mà điều trị)*

- Điều trị chảy máu đường tiêu hóa, sinh dục, tiết niệu.
- Điều trị giun móc
- Khám và hướng dẫn cách cho ăn phù hợp theo lứa tuổi.

4. Tái khám

Sau hai tuần từ khi bắt đầu điều trị.

Sau đó mỗi tháng một lần trong ba tháng liên tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi trung ương (2018). "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Bệnh viện Nhi Đồng I (2017). *"Phác đồ điều trị Nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Nguyễn Công Khanh (2004). *"Huyết học lâm sàng nhi khoa",* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

CHƯƠNG VI: TIM MẠCH - THẬN TIẾT NIỆU

NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU (N39.0)

1. Một số khái niệm, phân loại

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một thuật ngữ để chỉ các tình trạng viêm nhiễm ở hệ thống tiết niệu, đặc trưng bởi tăng số lượng vi khuẩn và bạch cầu niệu một cách bất thường nhưng không bao gồm các bệnh viêm đường tiết niệu do các bệnh lây qua đường tình dục như lậu, giang mai… Tùy theo vị trí tổn thương mà có thuật ngữ tương ứng như viêm bàng quang (hay NKTN dưới), viêm thận bể thận (hay NKTN trên).

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng gợi ý: tiểu dắt, tiểu khó, tiểu đau (ở trẻ nhỏ có thể khóc khi đi tiểu), tiểu đục, tiểu máu, sốt, rét run, đau bụng hoặc đau vùng thắt lưng, nôn, ỉa chảy, …

- Xét nghiệm nước tiểu thỏa mãn ít nhất một trong hai tiêu chuẩn sau:

  ▪ Bạch cầu niệu ≥ 2+ (xét nghiệm tế bào cặn nươc tiểu hoặc tổng phân tích nước tiểu).

  ▪ Vi khuẩn niệu dương tính ($\geq 10^5$ CFU/ml) (cấy nước tiểu giữa dòng).

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Với các nguyên nhân gây sốt nhiễm trùng khác: Nhiễm khuẩn huyết, viêm não- màng não mủ, viêm tai giữa cấp, viêm A-VA cấp mủ,…

3.3. Chẩn đoán thể bệnh:

2.3.1. Viêm bàng quang

- Dấu hiệu nhiễm khuẩn nhẹ: sốt vừa (< $38,5^0$C) hay không sốt.

- Dấu hiệu bàng quang: đái khó, đái buốt, đái dắt, đái đau..

- Xét nghiệm bạch cầu máu, CRP bình thường hoặc tăng nhẹ.

2.3.2. Viêm thận bể thận cấp

- Sốt ≥ $38,5^0$C, có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân

- Bạch cầu máu ≥ 15 G/l và CRP ≥ 20 mg/l

3.4. Chẩn đoán nguyên nhân:

Dựa vào kết quả phân lập vi khuẩn sau khi cấy nước tiểu, thường gặp nhất là E. coli

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Kháng sinh thích hợp chống nhiễm trùng.

- Tìm xem có bất thường đường niệu không và các yếu tố thuận lợi không để giải quyết, phòng tái phát.

- Điều trị triệu chứng, hỗ trợ.

3.2. Cụ thể

3.2.1. Viêm thận bể thận cấp

- Cấy nước tiểu trước tiêm kháng sinh.

- Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, thường chọn nhóm Cephalosporin thế hệ 3(Ceftriaxon, Cefotaxime,…). Có thể phối hợp nhóm Amynoside trong vòng 3 ngày đầu nếu tình trạng nhiễm trùng nặng.

- Sau 4 ngày hoặc khi hết sốt có thể chuyển sang kháng sinh uống đủ 10- 14 ngày dùng kháng sinh nếu nhạy cảm trên kháng sinh đồ. Điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc khi không đáp ứng.

- Điều trị NKTN cao sơ sinh phải điều trị như một nhiễm khuẩn huyết.

- Sau khi điều trị nội khoa ổn định, phối hợp với Ngoại khoa để giải quyết dị tật đường niệu nếu có.

3.2.2. Viêm bàng quang cấp

- Kháng sinh uống: (Amoxicillin- Clavunanate 30- 50 mg/kg/ngày/3lan. Hoăc Cefixime. Thời gian 5-7 ngày.

- Uống nhiều nước.

3.3. Điều trị dự phòng

- Giải quyết các nguyên nhân gây tắc ngẽn đường tiểu: phối hợp với Ngoại khoa để giải quyết những bất thường về đường tiết niệu (nong hẹp bao quy đầu, trào ngược bàng quang niệu quản cần được nong và trồng lại, hẹp niệu quản,…)

- Kháng sinh dự phòng: Trước đây, có quan điểm dùng kháng sinh dài ngày để dự phòng tái phát ở những trẻ có NKTN tái phát thường xuyên trên nền các dị tật về đường tiết niệu(mặc dù đã được phẫu thuật sửa chữa). Nhưng hiện nay đang được cân nhắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Bộ y tế ban hành năm 2015.

2. Phác đồ điều trị nhi khoa 2013- BV Nhi đồng 1.

4. Bài giảng chuyên khoa định hướng nhi, BV Nhi TW, năm 2012

5. Bài giảng Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở trẻ em, Bs. Thái Thiên Nam- Khoa Thận- Lọc máu, BV Nhi TW.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT TRẺ EM (N04)

1. Khái niệm

- Hội chứng thận hư(HCTH) Là tình trạng phù kèm tiểu đạm >= 50 mg/kg/ ngày, giảm đạm máu, tăng Lipit máu.

- Gần 90% HCTH trẻ em là nguyên phát. Bệnh có tỉ lệ tái phát cao, điều trị kéo dài, là 1 bệnh mãn tính. Tuổi hay gặp: 1-8 tuổi, thường 2-6 tuổi, Nam /nữ = 2/1.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn, chẩn đoán thể bệnh

Hội chứng thận hư	Phù, protein/ creatine niệu > 0.2 g/mmol, hoặc > 40mg/m^2/h hoặc 50 mg/kg/24giờ, albumin máu giảm < 25 g/l, protid máu <56g/l, cholesterol máu tăng > 5,2 mmol/l.
Thuyên giảm	Hết phù, protein/ creatinine < 0,02 g/mmol, hoặc < 4 mg/ m^2/h hoặc 10mg/kg/24 giờ, hoặc que thử nước tiểu âm tính hoăc vết trong 3 ngày liên tiếp.
Đáp ứng với corticoid	Đạt được sự thuyên giảm với liệu trình corticoid đơn thuần.
Tái phát	Protein/ creatinine > 0,2 g/l hoặc que thử nước tiểu lúc sáng sớm ≥ 2+ trong 3 ngày liên tiếp (tái phát phần sinh hóa) và hoặc có giảm albumin máu (tái phát đầy đủ)
Tái phát không thường xuyên	Tái phát sau liệu trình đầu tiên, nhưng < 2 lần trong 6 tháng hoặc < 4 lần trong 1 năm.
Tái phát thường xuyên	Tái phát sau lần đầu tiên, với ≥ 2 lần trong 6 tháng hoặc ≥4 lần trong 1 năm.
Phụ thuộc corticoid	Tái phát thường xuyên với 2 lần liên tiếp trong liệu trình corticoid hoặc trong 2 tuần sau khi ngừng thuốc.
Kháng corticoid	Không đạt được sự thuyên giảm sau 6- 8 tuần dùng liệu pháp prednisolon liều cao hàng ngày (60mg/m^2/ngày) hoặc sau 4 tuần liều cao cộng 3 mũi Methylprednisolon 30mg/kg/48giờ hoặc 4 tuần liều cao và 4 tuần liều 1.5mg/kg/48 giờ.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm cầu thận cấp: Tăng HA, đái máu vi thể hoặc đại thể. Tăng ASLO, C3,C4. Protein, Albumin có thể giảm nhưng không đến ngưỡng thận hư.

- Lupus ban đỏ: Có biểu hiện ở nhiều cơ quan khác (Da, niêm mạc, khớp, máu, kháng thể kháng nhân ANA,…

- Sốt mò(đều có phù toàn thân+ giảm protein, albumin máu): sốt cao, vết mò, gan to, tiểu cầu giảm, Test nhanh rickettsia, xét nghiệm nước tiểu bình thường,…

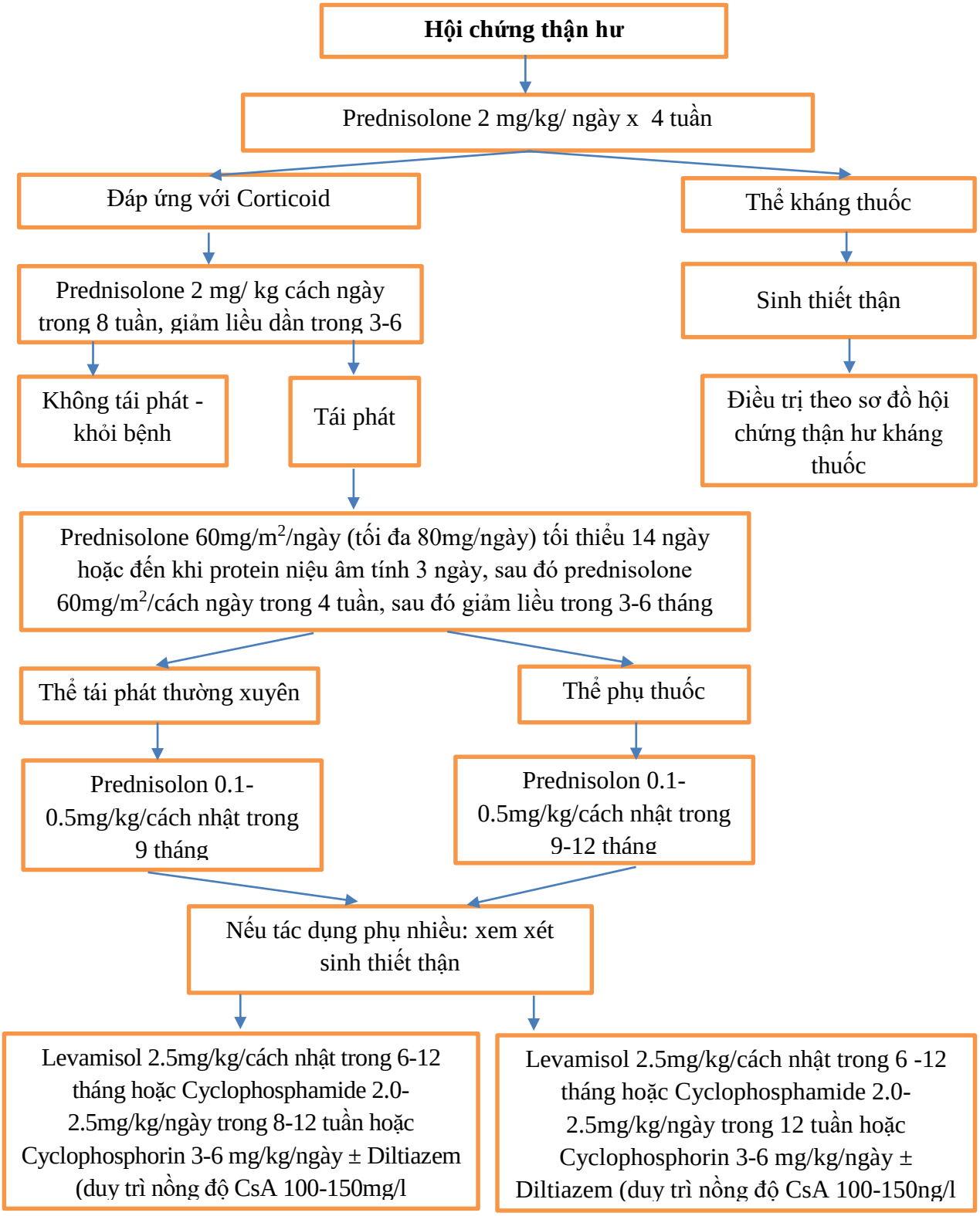
3. Điều trị

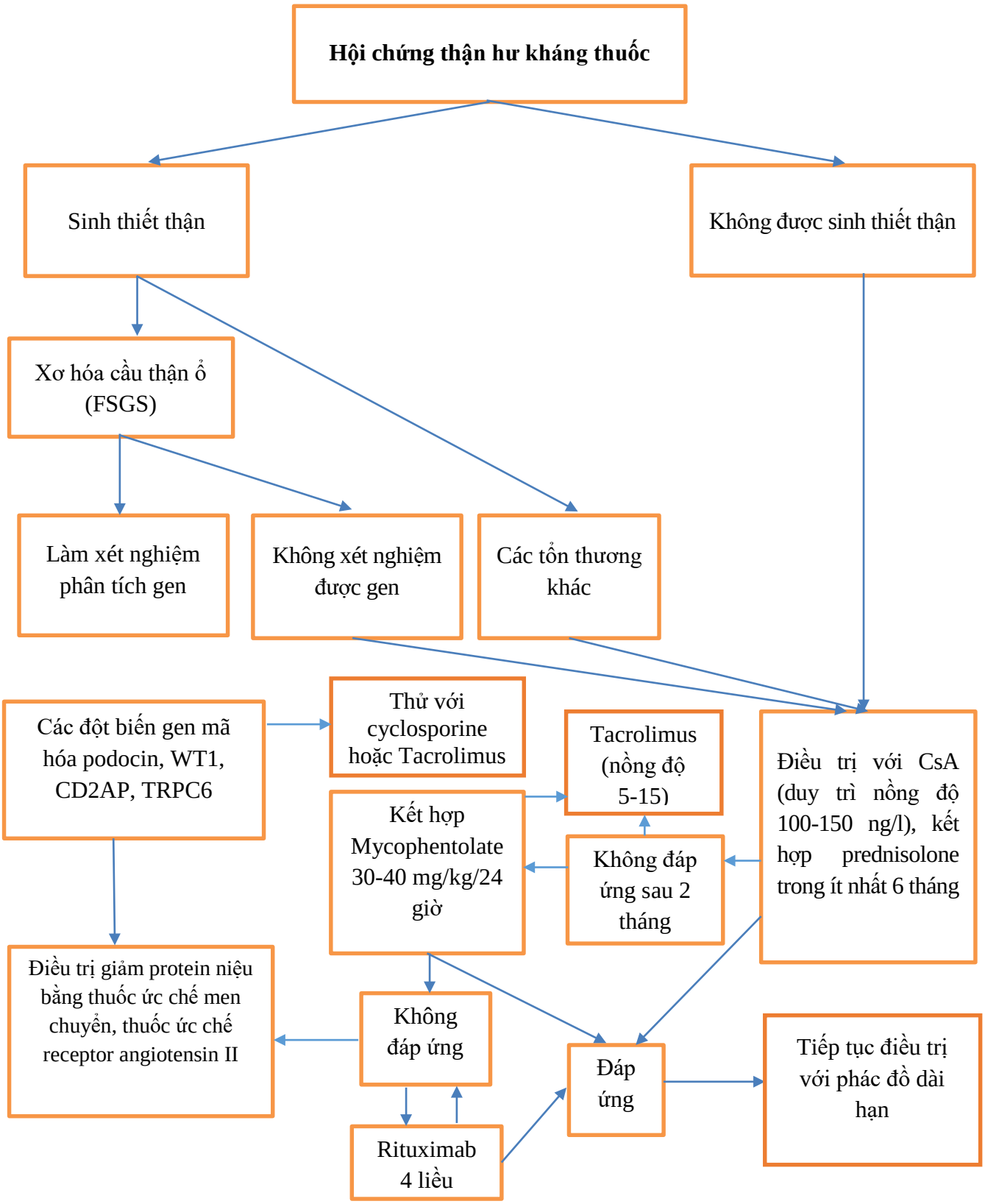
3.1. Nguyên tắc điều tri

- Điều trị đặc hiệu: dùng thuốc ức chế miễn dịch
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị biến chứng

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị đặc hiệu:





3.2.2. Điều trị triệu chứng

* Kiểm soát phù.

- Hạn chế muối nước trong giai đoạn phù

- Truyền albumin 20% liều 1g/kg trong 4h, tiêm furosemide 1-2 mg/kg giữa quá trình truyền và/ hoặc sau truyền albumin

- Chỉ định truyền albumin trên bệnh nhân HCTH

+ Bệnh nhân có biểu hiện shock hoặc tiền shock

+ Albumin máu dưới 20 g/l

+ Bệnh nhân phù nhiều kéo dài kém đáp ứng với thuốc lợi tiểu

- Chỉ định dùng lợi tiểu kéo dài trên bệnh nhân phù không thuyên giảm:

Kết hợp Furosemide 1-2 mg/kg/ OM hoặc chia 2 lần và Spironolactone 1-2 mg/kg/24 giờ hoặc Bumetanide 25-50 µg/kg (tối đa 3 mg) hàng ngày có thể tăng 8-12h

* Giảm protein niệu

- Thuốc ức chế men chuyển (ACE inhibitor): Bắt đầu liều enalapil 0.1- 1.0 mg/kg ngày mỗi 12h hoặc 24h (tối đa 40mg/ ngày) hoặc captopril 1-2 mg/kg/24 giờ hoặc ramipril 0.05- 0.2 mg/kg/ngày 1 lần (tối đa 10mg).

- Thuốc ức chế receptor Angiontension II: Thêm losartan 0.5- 2.0 mg/kg/ ngày (tối đa 100mg) nếu protein niệu vẫn còn.

- Mục đích để giảm protein niệu ít nhất là dưới mức thận hư < 50mg/kg/24giờ hoặc protein/ creatinine < 0.2 g/mmol, và albumin huyết tương tăng 30g/l.

3.2.3. Điều trị biến chứng:

* Nhiễm trùng:

Thường gặp là viêm phúc mạc nguyên phát, Viêm phổi,viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn tiết niệu. Có chỉ định kháng sinh phổ rộng sớm

* Tăng đông

- Tránh giảm thể tích máu

- Aspirin 3- 5 mg/Kg(tối đa 100mg) hàng ngày hoặc chống ngưng tập tiểu cầu như dipyridamole 1- 2 mg/kg (tối đa 100 mg)/8h

- Heparin hoặc warfarin (nếu có hiện tượng huyết khối).

Chỉ định dùng heparin: có đủ 2 trong 4 tiêu chuẩn:

+ Albumin ≤ 20 mg/l

+ ATP III ≤ 70%

+ Fibrinogen ≥ 6g/l

+ D-Dimer ≥ 1000

Chú ý: Dừng asprin, dipyridamole, heparin hoặc wafarin ít nhất 1 tuần trước khi sinh thiết thận.

3.3. Điều trị dự phòng

Chủ yếu là các biện pháp phòng không đặc hiệu, hạn chế số lần tái phát vì bệnh vẫn chưa rõ căn nguyên:

- Điều trị sớm các ổ nhiễm trùng vì đây thường là nguyên nhân thuận lợi gây khởi phát các đợt tái phát.

- Dinh dưỡng đầy đủ, tiêm phòng đầy đủ, giữ ấm vào mùa đông

- Hướng dẫn, giải thích động viên bệnh nhân và người nhà tin tưởng, tuân thủ nghiêm túc phác đồ điều trị

- Không tự ý dùng các thuốc nam, ăn kiêng thiếu khoa học

- Phòng các biến chứng do bệnh, do thuốc gây ra: Uống đúng thuốc, đúng liều, đúng thời điểm được hướng dẫn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em – Bộ y tế ban hành năm 2015.

2. Phác đồ điều trị nhi khoa 2016 – Bệnh viện Nhi đồng 2.

3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2018 Bệnh viện Nhi Trung Ương.

VIÊM CẦU THẬN CẤP SAU NHIỄM LIÊN CẦU (N00)

1. Định nghĩa

Là một hội chứng bao gồm: Khởi phát cấp tính của tiểu máu, tiểu ít, phù, tăng huyết áp, và có thể giảm chức năng thận. Nguyên nhân do hậu nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng:

Dựa vào tam chứng cổ điển:

- Phù: Thường phù nhẹ mặt hoặc toàn thân
- Tăng huyết áp: Tăng cả HA tối đa và tối thiểu
- Đái máu: Đại thể hoặc vi thể

Ngoài ra, có thể có các triệu chứng: đau đầu, buồn nôn, tiểu ít, viêm họng, viêm Amydal, viêm da,…

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Nước tiểu: Hồng cầu luôn (+), protein niệu có nhưng thường dưới 2 g/l (những ngày đầu thường cao do nước tiểu bị cô đặc).
- Công thức máu
- Sinh hóa máu: ion đồ, urê, creatinin tăng cao trong viêm cầu thận cấp thể tiến triển nhanh hoặc có thiểu niệu, vô niệu.
- ASLO máu tăng
- C3, C4 máu: giảm, trở về bình thường sau 3- 6 tuần.
- Cấy phết họng hay sang thương da tìm liên cầu khuẩn nhóm A.
- Điện tâm đồ, siêu âm tim khi có triệu chứng của tim mạch do tăng huyết áp. Có thể có hình ảnh nhịp chậm xoang, tăng gánh thất trái, tăng Kali máu trên điện tâm đồ (trong biến chứng suy thận cấp)…

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng thận hư
- Đái máu do các nguyên nhân khác: Viêm bàng quang, bệnh thận IgA…
- Các bệnh lý gây tăng huyết áp ở trẻ em

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Chế độ ăn uống nghỉ ngơi.
- Loại bỏ ổ nhiễm khuẩn.
- Điều trị triệu chứng. biến chứng.
- Điều trị theo thể lâm sàng.

3.5. Điều trị cụ thể:

-Chế độ ăn uống nghỉ ngơi: Ăn nhạt cho đến khi hết phù, hạn chế thức ăn giàu đạm khi có tăng ure, creatinin máu, hạn chế nước khi có phù nhiều, Nghỉ ngơi, hạn chế vận động trong giai đoạn cấp tính.

- Loại bổ ổ nhiễm khuẩn:

+ TMH, răng, da

+ Điều trị penixillin 50.000- 100.000 UI/kg/24 giờ x 10 ngày. Dự phòng 400000 Ui/ 24 giờ x 6 tháng

+ Nếu dị ứng penicilin thay bằng erythromycin 25- 30mg/kg/24 giờ

- Điều trị triệu chứng:

+ Hạn chế muối nước

+ Lợi tiểu: Furosemid 1-2 mg/kg/24 giờ

+ Điều trị tăng HA: giãn mạch ưu tiên số 1

Amlor 5mg (chẹn kênh Canxi): 0.2-0,3 mg/kg/24 giờ uống 1 lần(sáng)

Captopril 25 mg (ức chế men chuyển):1- 2mg/24 giờ chia 2 lần cách 12 giờ.

+ An thần nếu có co giật

Seduxen: 0,3 mg-0,5 mg/kg TMC hoặc TB

Midazolam: 0,1 mg-0,2 mg/kg TMC hoăc TB

+ Suy tim:

Digoxin

Lợi tiểu

+ Suy thận:

Nội khoa

Lọc máu

- Điều trị theo thể lâm sàng :

+ Thể kết hợp:

Điều trị như HCTH

Sinh thiết thận

+ Thể đái protein niệu dai dẳng:

Protein niệu < 0,5g/ngày => không điều trị

Protein niệu 0,5 – 1 g/ngày => điều trị ức chế men chuyển

Protein niệu > 1 g/ngày=> Cocticoid 1 mg/kg/24 h x 6 tháng

+ Thể đái máu (đái máu đại thể > 7 ngày) : Prednisolon 1- 1,5 mg/ kg/ ngày sau đó giảm liều dần.

3.4. Điều trị dự phòng

Penicillin 400.000 UI uống hàng ngày trong 6 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em- Bộ y tế ban hành năm 2015.

2. Phác đồ điều trị nhi khoa 2013- BV Nhi đồng 1.

3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2016- BV Nhi đồng 2

4. Bài giảng chuyên khoa định hướng nhi, BV Nhi TW, năm 2012.

5. Bài giảng Viêm cầu thận cấp (2017), Nguyễn Thu Hương- Khoa Thận và Lọc máu - Bệnh viện Nhi Trung Ương.

CÒN ỐNG ĐỘNG MẠCH (Q25.0)

1. Định nghĩa

Ống động mạch nối liền nơi phân nhánh động mạch phổi và eo động mạch chủ. Ống động mạch thông thường trong thời kỳ bào thai và đóng lại ngay sau khi bé sinh ra đời. Ống động mạch còn tồn tại nếu có bất thường thành mạch. Tần suất của bệnh là 9.8% trong các bệnh tim bẩm sinh.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

2.1.1. *Cơ năng*

- Triệu chứng mệt, khó thở khi gắng sức.
- Sốt, ho tái phát nhiều lần.
- Chậm lớn, chậm biết đi.

2.1.2. *Thực thể*

- Mạch ngoại vi nẩy mạnh, chìm nhanh (mạch Corrigan).
- Huyết áp tâm trương thấp, hiệu áp rộng.
- Khám tim: tim to, thất trái tăng động, âm thổi liên tục, cường độ lớn, ở khoảng liên sườn II- III ngay dưới xương đòn trái, sờ có rung miêu tâm thu và tâm trương. T2 mạnh không tách đôi.
- Khám phổi tìm dấu hiệu thở nhanh, phổi có ran.

2.2. Cận lâm sàng

- Xquang tim phổi: Diên tim bình thường hoặc lớn thất trái, nhĩ trái. Tuần hoàn phổi bình thường hoặc tăng
- ECG : Bình thường hoặc lớn thất trái, lớn hai thất
- Siêu âm tim : Đo đường kính ống động mạch, xác định chiều luồng thông, tình trạng tăng gánh thể tích thất trái, nhĩ trái, áp lực ĐMP, chức năng tim

2.3. Chẩn đoán xác định: dựa vào siêu âm tim.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Đóng ống động mạch.
- Phòng ngừa và điều trị biến chứng.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Đóng ống động mạch bằng thuốc

- Trong giai đoạn sơ sinh (dưới 15 ngày tuổi) đóng ống động mạch bằng thuốc Ibuprofen. Liều dùng 10mg/kg uống, lặp lại 2 liều 5 mg/kg sau 24 và 48 giờ.

3.2.1. Đóng ống động mạch bằng dụng cụ

****Chỉ định***

- Ống động mạch kích thước trung bình – lớn, shunt trái-phải, có hình dạng và kích thước

của ống động mạch thuận lợi cho việc đóng bằng dụng cụ, có 1 trong các biến chứng sau: suy tim, chậm lớn, tuần hoàn phổi tăng nhiều (có hoặc không kèm tăng áp động mạch phổi), lớn nhĩ trái hoặc thất trái.

- Ống động mạch kích thước nhỏ, shunt trái-phải, kích thước buồng tim bình thường, nghe tim có âm thổi hoặc không.

- Còn ống động mạch có shunt 2 chiều do tăng áp động mạch phổi nhưng trở lại shunt trái-phải yếu do đáp ứng với điều trị thuốc như Sildenafil hoặc Bonsentan (AHA, review 2011, mức độ chứng cứ loại C). (Hiện bệnh viện chưa có thuốc này)

3.2.3. Đóng ống động mạch bằng phẫu thuật

Chỉ định: Những trường hợp ống động mạch có shunt trái-phải, nghe có âm thổi, nhưng kích thước và hình dạng không cho phép đóng bằng dụng cụ hoặc thất bại với đóng bằng dụng cụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị nhi khoa 2013- BV Nhi đồng 1.

2. Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em – Bộ y tế ban hành năm 2015.

3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2016 – BV Nhi đồng 2.

THÔNG LIÊN THẤT (Q21.0)

1. Định nghĩa

Thông liên thất (TLT) là tổn thương bẩm sinh do khiếm khuyết một hay nhiều nơi trên vách liên thất khiến có sự thông thương giữa hai tâm thất. Thường gặp thông liên thất phần màng. Bệnh thường gặp nhất trong các dị tật tim bẩm sinh chiếm tỷ lệ 25% trong các bệnh tim bẩm sinh.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Cơ năng

- Mệt, khó thở khi gắng sức.
- Sốt ho tái phát nhiều lần.
- Chậm lớn, chậm biết đi.

2.1.2. Thực thể

- Khám tim: diện tim lớn hay bình thường. Sờ có thể có rung miêu tâm thu. Âm thổi tâm thu cường độ thay đổi, âm sắc trung bình hay cao, nghe rõ ở khoảng liên sườn IV trái bờ ức, có thể lan ra xung quanh. T2 vang mạnh nếu có tăng áp phổi.
- Khám tìm các dấu hiệu suy tim.
- Khám tìm dấu hiệu viêm nội tâm mạc nếu bệnh nhân có sốt kéo dài.
- Khám phổi để phát hiện nhiễm trùng phổi đi kèm.

2.2. Cận lâm sàng

- Xquang tim phổi: Diên tim bình thường hoặc lớn thất trái, nhĩ trái. Tuần hoàn phổi bình thường hoặc tăng
- ECG : Bình thường hoặc lớn thất trái, lớn hai thất
- Siêu âm tim: Xác định TLT, kích thước, vị trí TLT, chiều luồng thông, tình trạng tăng gánh thể tích thất trái và nhĩ trái, áp lức ĐMP, chức năng tim

2.2.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào siêu âm tim.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Đóng lỗ thông.
- Phòng ngừa và điều trị các biến chứng nội khoa.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Đóng lỗ thông bằng thông tim can thiệp

Chỉ định:

- Thông liên thất cơ bè lớn, còn shunt trái-phải, gây lớn thất trái hoặc nhĩ trái hoặc tỉ số Qp/Qs ≥ 2:1, rìa động mạch chủ > 4 mm.

+ Nếu cân nặng ≥ 5 kg: thông tim và đóng bằng dụng cụ

+ Nếu cân nặng < 5 kg, kèm thêm tật tim bẩm sinh khác cần phải phẫu thuật tim hở: có thể xem xét đóng lỗ thông liên thất bằng dụng cụ với kỹ thuật hybrid, trong lúc phẫu thuật.

- Thông liên thất phần màng lớn, còn shunt trái-phải, gây lớn thất trái hoặc nhĩ trái hoặc tỉ số Qp/Qs ≥ 2:1, cân nặng > 5kg, rìa động mạch chủ > 2 mm

- Thông liên thất lỗ nhỏ, phần màng (rìa động mạch chủ > 2 mm) hoặc cơ bè (rìa động mạch chủ > 4 mm), nhưng không còn khả năng tự đóng (> 8 tuổi) hoặc từng có tiền căn viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Theo dõi sau đóng bằng dụng cụ:

- Uống Aspirin chống đông máu, 5mg/kg/ngày trong 6 tháng.

- Tái khám, theo dõi lâm sàng và siêu âm tim định kỳ vào các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng sau khi đóng lỗ thông bằng dụng cụ.

3.2.2. Phẫu thuật tim hở

Chỉ định:

- TLT lỗ nhỏ ở phần màng và cơ bè có thể tự đóng 80%.

- Chỉ định phẫu thuật:

- TLT lỗ nhỏ phần tiếp nhận và phần phễu.

- TLT lỗ lớn ở vị trí bất kỳ còn shunt trái-phải, suy tim, chậm phát triển thể chất, thường xuyên nhiễm trùng phổi.

- Theo dõi sau phẫu thuật:

- Tái khám định kỳ, khám lâm sàng, ECG, X-quang ngực và siêu âm tim vào các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng sau khi phẫu thuật.

- Những trường hợp có suy tim, cao áp phổi trước phẫu thuật sẽ tiếp tục điều trị sau phẫu thuật cho tới khi các triệu chứng biến mất.

- Chỉ định thông tim đo kháng lực mạch máu phổi trước khi quyết định phẫu thuật trong trường hợp áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim ≥ 2/3 áp lực mạch máu hệ thống ở trẻ trên 1 tuổi.

- Làm test oxy lúc thông tim, nếu tỉ số kháng lực mạch máu phổi/kháng lực mạch máu hệ thống ≥ 0,5, thì không còn khả năng phẫu thuật, những trường hợp này được xếp vào nhóm hội chứng Eissenmenger. Nếu tỉ số này < 0.5, cho phẫu thuật ngay và dùng Sildenafil hoặc Bonsentan trước và sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị nhi khoa 2013- BV Nhi đồng 1.

2. Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em – Bộ y tế ban hành năm 2015.

3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2016 – BV Nhi đồng 2.

THÔNG LIÊN NHĨ (Q21.1)

1. Định nghĩa

Thông liên nhĩ (TLN) là một nhóm bệnh gồm những tổn thương của vách liên nhĩ. Lỗ thông thứ phát nằm ở phần cao của vách liên nhĩ, lỗ thông tiên phát nằm ở phần thấp của vách liên nhĩ, có thể đơn thuần hoặc kèm với bất thường của gối nội mạc và một số ít ở vị trí xoang tĩnh mạch, xoang vành. TLN lỗ tiên phát nằm trong bệnh cảnh kênh nhĩ thất. Tần suất TLN 7 -15% các bệnh tim bẩm sinh.

2. Chẩn đoán

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Cơ năng

- Triệu chứng mệt, khó thở khi gắng sức.
- Sốt, ho tái phát nhiều lần.
- Chậm lớn, chậm biết đi.

1.1.2. Thực thể:

- Khám tim: thất phải đập dọc bờ ức trái. Âm thổi tâm thu ở khoảng liên sườn II bờ trái ức, cường độ ≤ 3/6, dạng phụt, âm sắc trung bình, không kèm rung miêu. T2 vang mạnh, tách đôi rộng cố định

1.2. Cận lâm sàng

- CTM
- SHM : chức năng gan (GOT, GPT), thận (ure,creatinine), ĐGĐ
- Xquang tim phổi : Lớn thất phải, lớn nhĩ phải, ĐMP giãn to, tuần hoàn phổi tăng
- ECG : Lớn thất phải, nhĩ phải, block nhánh phải không hoàn toàn
- Siêu âm tim : Phát hiện thông liên nhĩ, xác định vị trí, kích thước lỗ TLN. Đo áp lực ĐMP , đường kính các buồng tim (cho thấy tim phải giãn to)

1.3. Chẩn đoán xác định: dựa vào siêu âm tim.

2. Điều trị

2.1. Nguyên tắc điều trị

- Đóng lỗ thông
- Phòng ngừa và điều trị các biến chứng nội khoa.

2.2. Điều trị cụ thể

2.2.1. Đóng lỗ thông bằng thông tim can thiệp

Chỉ định:

- Thông liên nhĩ lỗ thứ phát, đường kính ≤ 38 mm, còn shunt trái-phải, gây lớn nhĩ phải hoặc thất phải hoặc tỉ số Qp/Qs ≥ 2, có các rìa bao quanh lỗ thông > 5 mm, có cân nặng ≥ 8 kg.

- Thông liên nhĩ lỗ thứ phát, đã từng bị thuyên tắc nghịch như tai biến mạch máu não hoặc cơn thiếu máu não tạm thời, tái phát.

- Thông liên nhĩ lỗ thứ phát, có cơ địa nguy cơ của huyết khối và thuyên tắc (có đặt máy tạo

nhịp đường tĩnh mạch hoặc có mang catheter tĩnh mạch lâu dài hoặc có bệnh lý tăng đông).

Sau khi đóng lỗ thông bằng dụng cụ, cho bệnh nhân uống Aspirin liều chống đông 5 mg/kg/ngày, trong 6 tháng. Tái khám định kỳ theo dõi lâm sàng, ECG, X-quang ngực và siêu âm tim sau khi đóng 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

2.2.2. Phẫu thuật tim : nội soi hoặc mổ hở

Chỉ định:

- TLN lỗ thứ phát nhỏ (< 8 mm) có thể tự đóng vào khoảng 2-3 tuổi với tần suất 14-16%; do đó không nên phẫu thuật ở trẻ ≤ 1 tuổi, ngoại trừ có biến chứng suy tim hay tăng áp động mạch phổi không kiểm soát được.

- Khi Qp/Qs >1.5, tuổi mổ thích hợp 3-5 tuổi.

- Chỉ định thông tim đo kháng lực mạch máu phổi trước khi quyết định phẫu thuật trong trường hợp áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim ≥ 2/3 áp lực mạch máu hệ thống.

- Làm test oxy lúc thông tim, nếu tỉ số kháng lực mạch máu phổi/kháng lực mạch máu hệ thống ≥ 0,5, thì không còn khả năng phẫu thuật, những trường hợp này được xếp vào nhóm hội chứng Eissenmenger. Nếu tỉ số này < 0,5, cho phẫu thuật ngay và dùng Sildenafil hoặc Bonsentan trước và sau phẫu thuật.

- Phẫu thuật tim : nội soi hoặc mổ hở.

2.3. Phòng ngừa và điều trị các biến chứng nội khoa

- Suy tim: phần lớn TLN không dẫn đến suy tim hoặc dẫn đến suy tim nhưng muộn.
- Nhiễm trùng hô hấp.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: TLN ít bị biến chứng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, không cần dùng kháng sinh phòng ngừa khi mổ, chữa răng hay làm thủ thuật ngoại khoa.
- Tăng áp động mạch phổi: Những trường hợp tăng áp động mạch phổi nặng (hội chứng Eissenmenger, áp lực ĐMP tâm thu ≥ áp lực hệ thống), cho hội chẩn khoa chỉ định điều trị với Sildenafil uống 0.5 mg/kg/3-6 giờ (tối đa 4 mg/kg/liều). Sau 4 tuần nếu không đáp ứng cho ngừng. (hiện bệnh viện chưa có sildenafil). Những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị Sildenafil hoặc cơn cao áp phổi nặng sau phẫu thuật tim, hội chẩn khoa xem xét chỉ định về khả năng dùng Bonsentan uống 1mg/kg (tối đa 62,5mg) mỗi 12 giờ trong 1-4 tuần, sau đó tăng lên 2 mg/kg (tối đa 125mg) mỗi 12 giờ. (hiện bệnh viện chưa có bonsentan).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị nhi khoa 2013- BV Nhi đồng 1.

2. Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em – Bộ y tế ban hành năm 2015.

3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2016 – BV Nhi đồng 2.

HẸP ĐỘNG MẠCH PHỔI BẨM SINH (Q25.6)

1. Định nghĩa

Hẹp động mạch phổi (ĐMP) chiếm 8-12% các trường hợp tim bẩm sinh. Hẹp động mạch phổi thường đi kèm với những tật TBS khác như còn ống động mạch, thông liên nhĩ, thông liên thất, tứ chứng Fallot, tim 1 thất,…Hẹp động mạch phổi có thể ở dưới van, tại van hoặc trên van (thân, 2 nhánh chính, nhánh ngoại biên).

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. *Lâm sàng*

- Cơ năng: Mệt , khó thở , đau ngực khi gắng sức. Bú kém, thở nhanh, tím ở trẻ sơ sinh

- Thực thể**:** Tím, thở nhanh ở trẻ sơ sinh bị hẹp động mạch phổi nặng, rung miu tâm thu ở khoang liên sườn (KLS) II, III cạnh bở trái xương ức hoặc ở trên hõm ức . T2 mờ , tách đôi rộng. Nghe click phun tâm thu , âm thổi tâm thu dạng phụt (2/6-5/6) ở KLS II, III cạnh bờ trái xương ức , lan ra sau lưng. Gan to nếu kèm suy tim

2.1.2. *Cận lâm sàng*

- ECG : Bình thường nếu hẹp nhẹ. Lớn nhĩ phải, thất phải nếu hẹp vừa đến nặng. Trẻ sơ sinh nếu có hẹp nặng sẽ có lớn thất trái do thất phải thiểu sản và máu sẽ từ nhĩ phải qua nhĩ trái qua lỗ bầu dục

- X - quang ngực : Tuần hoàn phổi giảm, cung động mạch phổi lõm hoặc phồng (do giãn sau hẹp tại van), bóng tim có thể to nếu có suy tim.

- Siêu âm tim: Xác địch hẹp động mạch phổi, vị trí hẹp, hình dạng ,cấu trúc, kích thước vòng van, than và 2 nhánh động mạch phổi

2.1.3. Chẩn đoán xác định : Dựa vào siêu âm tim

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Mở rộng vị trí hẹp

- Điều trị và dự phòng các biến chứng nội khoa (Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, suy tim…)

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Nội khoa

- Hẹp ĐMP nặng thời kì sơ sinh: truyền tĩnh mạch Prostaglandin E1 liều 0,01- 0,1µg/kg/phút để giữ ống động mạch trong thời gian chờ can thiệp.

- Propranolol uống trong trường hợp hẹp dưới van động mạch phổi

- Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

3.2.2. Thông tim can thiệp

Nong van động mạch phổi bằng bóng qua da.

Chỉ định : khi hẹp van ĐMP mức độ vừa trở lên(PG> 40mmHG) có triệu chứng lâm sàng hoặc rối loạn chức năng thất phải

3.2.3. Ngoại khoa

Chỉ định phẫu thuật cho những trường hợp hẹp ĐMP có thiểu sản van động mạch phổi, vòng van ĐMP, hẹp thân và hai nhánh chính, không thể hoặc thất bại với nong bằng bóng.

3.3. Điều trị dự phòng

- Bổ sung sắt nguyên tố 10mg mỗi ngày để làm tăng nồng độ Hb trung bình của hồng cầu (MCHC), tang khả năng chuyên chở oxy của hồng cầu

- Propranolol 1-4mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, uống (không hiệu quả trong trường hợp không lỗ van động mạch phổi).

- Giữ ống động mạch mở bằng prostaglandin E1 (0,05- 0,2µg/kg/phút) ở thời kì sơ sinh cho đến lúc phẫu thuật.

- Chăm sóc răng miệng , điều trị các ổ nhiễm trùng (nếu có) nhằm phòng biến chứng viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, 2019.
2. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 2, 2013.

KAWASAKI (M30.3)

1. Định nghĩa

Kawasaki là bệnh sốt có mọc ban cấp tính kèm viêm lan tỏa hệ mạch máu vừa và nhỏ chưa rõ căn nguyên, thường gặp ở nhũ nhi và trẻ dưới 5 tuổi. Biểu hiện và biến chứng hay gặp của bệnh là viêm tim, phình giãn động mạch vành gây nhồi máu cơ tim và suy vành mãn tính về sau.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

Bảng 1: Sáu biểu hiện lâm sàng chính thường gặp (6 tiêu chuẩn lâm sàng)

1	Sốt liên tục 5 ngày hoặc hơn
2	Viêm đỏ kết mạc 2 bên
3	Thay đổi khoang miệng: Môi đỏ sẫm , mọng hoặc rỉ máu; Phù đỏ khoang miệng; Lưỡi đỏ nổi gai, “ lưỡi dâu tây” (Strawberry tongue)
4	Thay đổi đầu chi: Giai đoạn đầu: Phù nề mu tay, mu chân; Đỏ tía gan bàn tay, bàn chân, Giai đoan bán cấp (tuần 2-3): Bong da đầu ngón tay, đầu ngón chân
5	Ban đỏ đa dạng toàn than
6	Sưng hạch góc hàm, >1,5 cm, không hóa mủ.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm máu và nước tiểu

- Máu ngoại biện: Tăng bạch cầu , chủ yếu đa nhân trung tính; Thiếu máu nhược sắc các mức độ; Sau 7 ngày thường gặp tăng số lượng tiểu cầu
- Phản ứng viêm: Tốc độ lắng máu cao , sớm và kéo dài, Protein- C phản ứng (C-RP) tăng cao và tăng sớm .
- Xét nghiệm khác: Thường tăng men gan, bilirubin; giảm albumine máu
- Nước tiểu: Protein niệu, hồng cầu niệu, bạch cầu niệu.

2.2.2. Siêu âm tim

(Giai đoạn cấp và bán cấp, 1-4 tuần đầu)

Hình ảnh dãn hay phình ĐMV, khi đường kính trong (lumen diameter) >3 mm ở trẻ dưới 5 tuổi và > 4 mm trẻ 5 tuổi hoặc hơn; Hoặc đường kính nơi tổn thương gấp rưỡi đoạn kế theo. Tính theo diện tích da(Z score): Đường kính ĐMV phải hay nhánh liên thất trước ĐMV trái ≥ + 2.5 SD.

+ Dấu hiệu tổn thương viêm ĐMV hay viêm tim (2 tuần đầu): Tăng sáng thành mạch; mất thuôn lòng mạch; đường kính ĐMV phải hoặc nhánh liên thất trước từ 2.0-2.5SD; hoặc dịch màng tim; hở van 2 lá, chức năng tâm thu thất trái giảm.

2.3. Chẩn đoán xác định

+ Có ít nhất 5 trong số 6 biểu hiện lâm sàng chính (bảng 1).

+ Hoặc 4 biểu hiện chính kèm giãn, phình ĐMV trên siêu âm hoặc chụp mạch. Đồng thời phải loại trừ những bệnh có biểu hiện lâm sàng tương tự. (Theo Ủy ban nghiên cứu bệnh Kawasaki Nhật bản-J.R.C.K.D)

+ Hiệp hội Tim mạch Mỹ (AHA): sốt liên tục ≥ 5 ngày là tiêu chuẩn bắt buộc.

2.4. Thể không điển hình hay không đủ triệu chứng *(Incomplet, Atypical KD)*.

- Xác định chẩn đoán: ít hơn hoặc đủ 4 biểu hiện lâm sàng chính, kèm theo:

+ Bằng chứng tổn thương ĐMV: giãn hay phình mạch vành, hoặc hình ảnh gơi ý viêm ĐMV trong giai đoạn cấp của bệnh.

+ Tăng phản ứng viêm: CRP≥ 30 mg/dl và tốc độ lắng máu ≥ 40 ml /1 h.

+ Có ít nhất 3 trong 6 tiêu chuẩn xét nghiêm là Albumin huyết thanh <3 gr/dl; Tạch cầu ngoại vi >15.000 /mm3; Tiểu cầu sau 7 ngày> 450.000/ mm3 ; Thiếu máu các mức độ; Men gan tăng; Nước tiểu >10 bạch cầu/ vi trường**.**

2.4. Chẩn đoán phân biệt

Kawasaki cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau: Bệnh sởi; Sốt tinh hồng nhiệt; Phản ứng dị ứng thuốc; Nhiễm Leptospirose; Viêm khớp dạng thấp thiếu niên; Hội chứng sốc; Hội chứng Stevens-Johnson; Nhiễm vi rút. Thực tế lâm sàng cần loai trừ các bệnh nhiễm trùng toàn thân, đặc biệt nhiễm tụ cầu trùng, liên cầu nhóm A, sốt xuất huyết hay sốt phát ban nhiệt đới có bội nhiễm.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị :

Điều trị triệu chứng như hạ sốt, giảm suy tim; phòng và điều trị biến chứng, đặc biệt biến chứng mạch vành.

3.2. Điều trị cụ thể

a. Aspirin: Chống viêm và giảm ngưng tập tiểu cầu , với 2 mục đích

- Liều chống viêm: 80 mg- 100mg/kg/24 h, uống chia 4 lần, đến khi hết sốt 3 ngày hoặc ngày thứ 14 của bệnh. Các tác giả Nhật bản khuyến cáo sử dụng liều aspirine chống viêm thấp hơn cho trẻ châu Á, với liều 30-50 mg /kg /24 giờ.

- Liều thấp duy trì: 3-7 mg/kg/ ngày, dùng 6-8 tuần.

b. Gamma globulin miễn dịch (Immuno Globuline tĩnh mạch -IVIG)

Giúp thuyên giảm triệu chứng và hạn chế thương tổn ĐMV nếu dùng sớm.

- Chỉ định: khi xác định chẩn đoán bệnh. Nên dùng sớm trong 10 ngày đầu của bệnh. Tuy nhiên trước 5 ngày dễ mất triệu chứng và tăng tỷ lệ kháng thuốc.

Trường hợp phát hiện muộn (sau10 ngày) còn sốt hoặc có thương tổn ĐMV trên siêu âm tim và tăng phản ứng viêm vẫn chỉ định IVIG .

- Liều lượng: tổng liều 2 gram/kg truyền tĩnh mạch liên tục trong 10-12 giờ .

c. Không đáp ứng hay kháng gammaglobulin (Noneresponder- Resistant IVIG):

- Biểu hiện: sau điều trị IVIG vẫn sốt cao liên tục trên 36 giờ hoặc tái sốt kéo dài trên 48-72 giờ và tồn tại một triệu chứng chính hoặc hơn; Biểu hiện viêm không giảm (BC >12.000, CRP >3gr/Dl) và đã loại trừ nguyên nhân gây sốt khác.

- Điều trị: truyền IVIG 2 gram/kg liên tục 10-12 giờ ; Tiếp tục dùng aspirine 80 mg /kg/24 trong ít nhất 3 ngày sau hết sốt.

- Trường hợp liệu pháp IVIG lần 2 vẫn không đáp ứng: tiếp tục sốt kèm không thuyên giảm triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm, được xem là thể kháng thuốc. Điều trị IVIG liều 1gram/kg kết hợp methylpretnisolone 30mg/kg/ngày, tĩnh mạch trong 2-3 giờ. Có thể dùng từ 1 đến 3 ngày, đến khi hết sốt.

3.3. Điều trị dư phòng – theo dõi bệnh nhân

Theo dõi ít nhất 6 tháng -1 năm với mọi bệnh nhân. Kiểm tra công thức máu , tốc độ lắng máu và CRP hàng tháng, trong 2 tháng đầu. Siêu âm tim đáng giá ĐMV trong tuần thứ 4, 8 và sau 6 tháng. Nếu có tổn thương ĐMV tiếp tuc điều trị aspirin tới khi kích thước ĐMV về bình thường. Trường hợp ĐMV phình giãn lớn, đường kính trên 8 mm, hoặc hẹp ĐMV nên dùng heparine và kháng vitamin K để phòng nghẽn vành và nhồi máu cơ tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em – Bộ y tế ban hành năm 2015.

SUY THẬN CẤP (N17)

1. Định nghĩa

- Suy thận cấp (STC) là tình trạng giảm mức lọc cầu thận đột ngột và duy trì dẫn đến tăng các sản phẩm chuyển hóa nitơ trong máu, gây ra hàng loạt các biến loạn lâm sàng và cận lâm sàng.

- Ngày nay, người ta thường sử dụng khái niệm Tổn thương thận cấp để thay thế khái niệm suy thận cấp. Định nghĩa tổn thương thận cấp theo KDIGO:

- Tăng Cr máu ≥26.5 Mmol/l trong 48h *Hoặc:*
- Tăng Cr máu ≥1.5 lần giá trị bình thường xảy ra trong 7 ngày trước. *Hoặc:*
- Thể tích nước tiểu ‹0.5ml/kg/h trong 6h.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Dấu hiệu thừa dịch: phù, khó thở, … Trừ trường hợp STC trước thận sẽ có dấu hiệu thiếu dịch.
- Tăng huyết áp.
- Tiểu ít/ vô niệu.
- Có thể có: H/c ure huyết,(mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, thở Kussmal, li bì, hôn mê…
- Các triệu chứng của nguyên nhân:
- STC trước thận: nôn, tiêu chảy,…
- STC tại thận: đái máu, đái ít, tiền sử dùng thuốc hoặc ăn uống các thứ gây độc thận,…
- STC sau thận: có tiền sử sỏi thận, dị dạng tiết niệu trước đó.

2.1.2. Cân lâm sàng:

- SHM: ure, cre tăng, có thể rối lọa điện giải: tăng Kali, giảm Na, Ca,..
- CTM:
- Khí máu: toan hóa máu,
- Đông máu cơ bản.
- Nước tiểu, tính mức lọc cầu thận (GFR).
- Siêu âm hệ tiết niệu, UIV,… sau khi điều trị STC cơ bản.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

2.2.1. Suy thận cấp trước thận

Gồm các nguyên nhân làm giảm lượng máu đến thận: Nôn, tiêu chảy cấp mất nước nặng, dùng thuốc lợi tiểu quá liều, bỏ ăn, sốc giảm thể tích, mất dịch vào các khoảng gian bào (Hội chứng thận hư),… Chỉ số BUN/Crea > 20

2.2.2. Suy thận cấp tại thận

Gồm các nguyên nhân gây tổn thương cầu thận, ống thận, kẽ thận, mạch máu thận: Viêm cầu thận cấp tiến triển nhanh, Ngộ độc cấp, nhiễm khuẩn tiết niệu, Hội chứng thận hư thể phức tạp,… Chỉ số BUN/Crea <10

2.2.3. Suy thận cấp sau thận

Gồm các nguyên nhân làm tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân.
- Xử lý các biến loạn: HA, quá tải dịch, tình trạng toan máu, rối loạn điện gải, ure huyết cao,…
- Điều trị thay thế thận khi có chỉ định.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nguyên nhân

* Suy thận cấp trước thận

- Bắt đầu điều trị với Normal saline hoặc Lactate Ringer chảy nhanh 20 mL/kg trong 1 giờ. Trong trường hợp khó chẩn đoán phân biệt suy thận cấp trước và tại thận thì căn cứ FeNa, tuy nhiên kết quả xét nghiệm thường trễ vì thế nên đo CVP, nếu CVP thấp (< 4cm H2O) chứng tỏ suy thận cấp nguyên nhân trước thận. Nếu đáp ứng tốt sau khi truyền dịch bệnh nhân sẽ cải thiện và có nước tiểu. Nếu vẫn chưa tiểu và không có dấu hiệu quá tải có thể lặp lại dung dịch điện giải lần thứ hai 10-20 mL/kg/giờ. Trong trường hợp không còn dấu thiếu dịch mà vẫn chưa tiểu có thể cho Furosemide TMC 2 mg/kg. Nếu không đáp ứng lặp lại Furosemide liều thứ hai 4-10 mg/kg. Sau đó nếu vẫn không tiểu thì xem như suy thận cấp tại thận và không được tiếp tục Furosemide.
- Truyền Albumin nếu suy thận do giảm Abumin máu

*Suy thận cấp tại thận

- Hạn chế dịch: chỉ bù lượng nước mất không nhận biết
- Đang có dấu hiệu quá tải: tạm thời không cho thêm dịch.
- Không dấu quá tải: - Lượng dịch 300 - 400 mL/m2 da/24 giờ hoặc 1/5 lượng dịch cơ bản cộng thêm lượng nước tiểu và nước mất khác (ói, tiêu chảy…)
- Cần đánh giá lại bilan xuất nhập mỗi 12 giờ để điều chỉnh lượng dịch cho vào
- Lợi tiểu mạnh: Furosemid 2-4 mg/ kg/ ngày chia nhiều lần

* Suy thận cấp sau thận

Hội chẩn ngoại niệu để phẫu thuật điều trị nguyên nhân và giải áp

3.2.2. Xử lý các biến loạn:

- Kiểm soát HA: ưu tiên nhóm chẹn kênh calci: Amlordipin,…
- Toan hóa máu: Bù bicacbonat theo công thức:

Số lượng BiNa (mmol) = 1/3 x P (kg) x BE (mmol/l)

- Nếu PH< 7.2 =>Bù 100%
- Nếu PH> 7.2 => Bù 50% bằng đường uống 1-3 mmol/ kg/ ngày BiNa 1g = 12 mmo/l.

- Tăng kali :

Nhẹ: 6 tới 6,5 mEq/l

+ Giảm cung cấp

+ résines trao đổi : 1 g/kg uống - thụt HM

+ KAYEXALATE

+ CALCIUM SORBISTERIT

Furosémide : 1 mg/kg

Trung bình : 6,5 tới 7,5 mEq/l và/hoặc sóng T nhọn

+ Sửa chữa nhiễm toan BiNa 4,2 % 1 tới 2 mmol / kg TM trong 15 phút

+ Gluconate calcium 10% TM : 0,5 - 1 ml/kg trong 10 phút

+ Glucose 0,5 g/kg/h +/- insuline 0,2 U/g de glucose trong 2 h.

+ Salbutamol: . TM : 5 µg/kg trong 20 phút.

. Hít : < 25 Kg = 2,5 mg, >25 Kg= 5 mg

Nặng : > 7,5 mEq/l và/hoặc bất thường điện tâm đồ:

+ Lọc máu

+ Gây bài niệu mạnh : Furosemid 2mg/kg/24h, liều tối đa 10mg/kg/24h. Tốc độ < 4mg/phút.

+ Điều trị các biến loạn khác như hạ canxi, hạ natri,truyền máu, kháng sinh,...

- Chế độ ăn :

+ Bảo đảm đủ năng lượng : 60- 100kcal/ kg, chủ yếu Glucid và Lipid. Hạn chế protid 0,5-0,8g/ kg/ ngày (tùy mức độ).

+ Hạn chế muối, nước, kali. Lượng nước vào = Nước tiểu+ lượng nước mất (do sốt, tiêu chảy, nôn,..) + 20ml/kg/ ngày.

3.2.3. Điều trị thay thế thận : bằng lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc.

- Chỉ định :

Ngộ độc nước phù phổi cấp và tăng huyết áp nặng (nguy cơ suy tim)

- Suy thận cấp vô niệu
- RL nước-điện giải nặng:Tăng Kali > 7.5 mmol / l
- Nhiễm toan hóa nặng, không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Tăng phospho máu > 4 mmol / l
- Ứ đọng nitơ nặng với RL tâm thần kinh.
- Cre> 600micromol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Bộ y tế ban hành năm 2015.

2. Phác đồ điều trị nhi khoa 2013- BV Nhi đồng 1.

3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2016- BV Nhi đồng 2

4. Bài giảng chuyên khoa định hướng nhi, BV Nhi TW, năm 2012

MÀY ĐAY CẤP (L50)

1. **Đại cương**

Mày đay là phản ứng của mao mạch trên da với các yếu tố khác nhau gây nên phù cấp hoặc mạn tính ở trung bì. Cơ chế phức tạp, đa số là thông qua kháng thể IgE; trong đó có vai trò quan trọng của các chất trung gian hóa học, nhất là histamin.

Là bệnh da phổ biến, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, dễ nhận biết nhưng rất khó tìm được nguyên nhân chính xác.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Thương tổn cơ bản: Sẩn phù hơi nổi cao trên mặt da, màu sắc hơi đỏ hoặc nhợt nhạt hơn vùng da xung quanh. Kích thước và hình dáng của các mảng sẩn thay đổi nhanh chóng, xuất hiện nhanh, mất đi nhanh. Phân bố: có thể khu trú hoặc lan rộng toàn thân.

- Ở vùng tổ chức lỏng lẻo như mi mắt, môi, sinh dục ngoài... các ban đỏ, sẩn phù xuất hiện đột ngột làm sưng to cả một vùng, còn gọi là phù mạch hay phù Quincke.

- Cơ năng: đa số trường hợp mày đay rất ngứa, càng gãi càng ngứa và nổi thêm nhiều sẩn khác. Tuy nhiên, có trường hợp chỉ là cảm giác châm chích hoặc rát bỏng.

- Phân loại:

+ Mày đay cấp: là phản ứng tức thì xảy ra trong vòng 24 giờ, có thể kéo dài đến 6 tuần.

+ Mày đay mạn: là mày đay tồn tại trên 6 tuần.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: xác định số lượng bạch cầu đa nhân ái toan, nếu có tăng gợi ý bệnh dị ứng hoặc do ký sinh trùng; số lượng bạch cầu giảm trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

- Hóa sinh máu: GOT, GPT, Cre, Alb

- Kháng thể tuyến giáp nếu nghi mày đay mạn trong bệnh tự miễn

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Mày đay tự phát (vô căn): chiếm khoảng 50%

- Do thức ăn: thường gặp là sữa, trứng, hải sản...

- Do thuốc: kháng sinh nhóm bêta-lactam, sau đó là nhóm cyclin, macrolid, nhóm NSAID

- Do tác nhân đường hô hấp: hít phải các chất gây dị ứng như rơm rạ, phấn hoa, bụi nhà, bụi kho, lông vũ, khói thuốc, men mốc.

- Mày đay vật lý

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Chứng da vẽ nổi: là những vết lằn màu hồng sau đó chuyển màu trắng, xuất hiện tại nơi có một vật đầu tù chà xát trên da, thường không ngứa.

- Viêm mạch mày đay: sẩn phù kéo dài hơn 24 giờ, tổn thương thường mềm, ngứa ít. Đáp ứng kém với kháng histamin.

- Ngoài ra, cần phân biệt với hồng ban đa dạng, phản ứng do côn trùng đốt.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân

- Điều trị triệu chứng

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị nguyên nhân: Xác định và loại bỏ dị nguyên gây bệnh, tránh tiếp xúc lại với dị nguyên

- Điều trị triệu chứng: Các nhóm thuốc chủ yếu để kiểm soát triệu chứng gồm: adrenaline, các thuốc kháng histamin H1, H2 vàglucocorticoid.

+ Thuốc kháng histamin H1: Có thể lựa chọn 1 trong các thuốc: Chlorpheniramine 0.35mg/kg/24h, Diphenhydramine 1-2mg/kg mỗi 6-8h, Desloratadine 0,1mg/kg/ ngày

+ Thuốc kháng histamine H_2:Cimetidine: 20-40 mg/kg/ ngày chia 4 lần, Famotidine: 0,5-1mg/kg/ngày. Tổng liều 40mg/ngày

+ Adrenaline (epinephrine): Chỉ định cho các trường hợp phù Quincke do cơ chế dị ứng có phù nề đường hô hấp hoặc tụt huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu.

2. Tài liệu về đào tạo liên tục Miễn dịch – dị ứng- khớp , bệnh viện Nhi Trung ương 2018.

HỘI CHỨNG BONG VẢY DA DO TỤ CẦU (L00)

1. Đại cương

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu hay bệnh Ritter được bác sĩ người Đức Gotfried Ritter von Rittershain mô tả lần đầu vào năm 1878. Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ do độc tố của tụ cầu vàng gây ra và có thể gây thành dịch ở trẻ sơ sinh trong bệnh viện.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Thường xuất hiện ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ
- Nhiễm khuẩn tụ cầu vàng ban đầu có thể là thương tổn chốc hoặc nhọt.
- Khởi phát trẻ sốt cao, mệt mỏi, khó chịu, kích thích, đau họng và đau rát da. Sau đó xuất hiện ban màu hồng nhạt, thường ở quanh miệng.
- Sau 1-2 ngày xuất hiện các bọng nước nông, nhanh chóng vỡ tạo thành lớp vảy da mỏng, nhăn nheo như giấy cuốn thuốc lá. Có thể có đỏ da toàn thân.
- Dấu hiệu Nikolsky dương tính.
- Thương tổn khỏi không để lại sẹo.
- Có thể xuất hiện viêm kết mạc

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: Bạch cầu có thể tăng, tuy nhiên phần lớn các trường hợp bình thường.
- Máu lắng tăng.
- Sinh hóa máu: GOT, GPT, Cre, Alb, điện giải đồ
- Nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ: vị trí nuôi cấy nên là kết mạc, mũi họng, phân, ổ mủ trên da.
- Nuôi cấy dịch bọng nước: thường cho kết quả âm tính do nhiễm tụ cầu ở nơi xa.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng Lyell: nguyên nhân do thuốc, hoại tử phần thượng bì, thương tổn niêm mạc thường gặp, tiên lượng rất nặng.
- Bỏng nắng.
- Chốc bọng nước lớn.
- Ban đỏ do virút: hội chứng viêm long, dát đỏ dạng tinh hồng nhiệt hoặc dạng sởi.
- Pemphigus thể đỏ da: bệnh bọng nước tự miễn, hiếm gặp ở trẻ em.

3. Điều trị

***3.1.* Nguyên tắc điều trị**

- Kháng sinh toàn thân
- Bồi phụ nước-điện giải, nâng cao thể trạng

***3.2.* Điều trị cụ thể**

- Tùy tình hình dịch tễ để lựa chọn kháng sinh, tốt nhất là amoxicillin phối hợp với acid clavulanic: Liều 50-100mg/kg/ ngày, chia 2 lần. Thời gian điều trị 7 ngày.
- Tụ cầu vàng nhạy cảm methicillin: oxacillin 100 mg/kg/ngày chia 2 lần/ ngày trong 5-7 ngày.
- Tụ cầu vàng kháng methicillin: vancomycin 40-60 mg/kg/ngày chia đều 6 giờ/lần trong 7-14 ngày
- Điều trị hỗ trợ: kem, mỡ dưỡng ẩm để nâng cao khả năng hồi phục của da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu.

2. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (2010). Rook's Textbook of Dermatology, Eighth edn. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.

3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em, bệnh viện Nhi Trung ương 2018.

BỆNH CHỐC (L01)

1. Đại cương

Chốc là một bệnh nhiễm khuẩn da rất phổ biến, đặc trưng bởi các thương tổn cơ bản là bọng nước nông, rải rác, nhanh chóng hoá mủ, dập vỡ đóng vảy tiết.

Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ. Tuy nhiên, người lớn cũng có thể bị. Bệnh có thể gây các biến chứng tại chỗ và toàn thân nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Khởi phát là dát đỏ xung huyết đường kính 0,5 – 1 cm đường kính, sau đó bọng nước nhanh chóng phát triển trên các dát đỏ. Bọng nước có thể hóa mủ nhanh chóng sau vài giờ. Bọng nước nhanh chóng dập vỡ, đóng vảy tiết màu vàng nâu hoặc nâu nhạt giống màu mật ong. Nếu ở đầu, vảy tiết làm bết tóc. Khoảng 7-10 ngày sau, vảy tiết bong đi để lại dát hồng, ẩm ướt, ít lâu sau lành hẳn, không để lại sẹo hoặc chỉ để lại dát tăng sắc tố.

- Tổn thương thường ở vùng da hở như tay, mặt, cổ, chi dưới. Trẻ thường không sốt, đôi khi có hạch viêm do phản ứng. Trẻ có thể ngứa nhiều hoặc ít.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: Bạch cầu có thể tăng, tuy nhiên phần lớn các trường hợp bình thường.

- Sinh hóa máu: : GOT, GPT, điện giải đồ, Cre, Alb

- Nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ: vị trí nuôi cấy nên là kết mạc, mũi họng, phân, ổ mủ trên da.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nấm da: rất dễ nhầm trong trường hợp chốc không có bọng nước.

- Thuỷ đậu

- Herpes simplex

- Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome)

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Kết hợp thuốc điều trị tại chỗ và toàn thân.

- Chống ngứa: tránh tự lây truyền.

- Điều trị biến chứng nếu có.

3.2. Điều trị cụ thể

- Tại chỗ:

+ Ngâm tắm ngày một lần bằng nước thuốc tím loãng 1/10.000 hoặc các dung

+ dịch sát khuẩn khác.

+ Bọng nước, bọng mủ: chấm dung dịch màu vào buổi sáng (milian, castellani, dung dịch eosin 2%...)

+ Trường hợp nhiều vảy tiết: đắp nước muối sinh lý 9‰, nước thuốc tím 1/10.000, hoặc bôi mỡ kháng sinh Fucidin ngày hai đến ba lần.

- Toàn thân:

- Kháng sinh nhóm Penicillin: Amoxicillin phối hợp với acid clavulanic: Liều 50-100mg/kg/ ngày, chia 2 lần, thời gian điều trị 7 ngày. Oxacillin 100 mg/kg/ngày chia 2 lần/ ngày trong 5-7 ngày.

+ Tụ cầu vàng kháng methicillin: vancomycin 40-60 mg/kg/ngày chia đều 6 giờ/lần trong 7-14 ngày

+ Kháng histamine tổng hợp nếu có ngứa.

+ Nếu chốc kháng thuốc hoặc chốc loét phải điều trị theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu.
2. Tài liệu về đào tạo liên tục Miễn dịch – dị ứng- khớp ,bệnh viện Nhi Trung ương 2018.

NHỌT (L03)

1. Đại cương

Nhọt là tình trạng viêm cấp tính gây hoại tử nang lông và tổ chức xung quanh.

Bệnh thường gặp về mùa hè, nam nhiều hơn nữ. Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh, tuy nhiên, bệnh thường gặp hơn ở trẻ em.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Ban đầu là sẩn nhỏ, màu đỏ, sưng nề, chắc, tấy đỏ ở nang lông. Sau 2 ngày đến 3 ngày, tổn thương lan rộng hóa mủ tạo thành ổ áp xe, ở giữa hình thành ngòi mủ. Đau nhức là triệu chứng cơ năng thường gặp, nhất là khi nhọt khu trú ở mũi, vành tai. Vị trí thường gặp là ở đầu, mặt, cổ, lưng, mông và chân, tay. Số lượng tổn thương có thể ít hoặc nhiều, kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi, hội chứng nhiễm trùng.

- Biến chứng nhiễm khuẩn huyết có thể gặp, nhất là ở những trẻ suy dinh dưỡng. Nhọt ở vùng môi trên, ở má có thể dẫn đến viêm tĩnh mạch xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.

- Nhọt cụm còn gọi là nhọt bầy hay hậu bối gồm một số nhọt xếp thành đám. Bệnh thường gặp ở những trẻ suy dinh dưỡng, giảm miễn dịch hoặc mắc các bệnh mạn tính.

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng. Ở giai đoạn sớm cần chẩn đoán phân biệt với viêm nang lông, herpes da lan tỏa, trứng cá và viêm tuyến mồ hôi mủ.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: Bạch cầu tăng
- Sinh hóa máu: CRP tăng, GOT, GPT, Alb, Cre, ĐGĐ
- Nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ: cấy máu, cấy mủ
- Siêu âm tại nhọt và tổ chức xung quanh
- Nuôi cấy mủ có tụ cầu vàng phát triển

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc chung

- Vệ sinh cá nhân
- Điều trị chống nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ
- Nâng cao thể trạng

3.2. Điều trị cụ thể

- Vệ sinh cá nhân: tắm rửa sạch sẽ, rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, tránh tự lây nhiễm ra các vùng da khác.

- Điều trị tại chỗ

+ Ở giai đoạn sớm, chưa có mủ: không nặn, kích thích vào thương tổn; bôi dung dịch sát

khuẩn ngày 2-4 lần (dùng một trong các dung dịch sau: Povidon-iodin 10%, Hexamidin 0,1%, Chlorhexidin 4%)

+ Giai đoạn có mủ: cần phẫu thuật rạch rộng làm sạch thương tổn.

- Kháng sinh

+ Nhóm betalactam

• Augmentin (amoxillin phối hợp với axít clavulanic): liều 100mg/kg/ngày chia ba lần, tối đa 2g/ ngày

• Oxacillin 100mg/kg/ ngày chia 2 lần, tối đa 2g/ ngày

+ Nhóm macrolid

• Azithromycin: 10mg/kg/ngày trong 3-5 ngày, uống trước bữa ăn 1 giờ hoặc sau bữa ăn 2 giờ.

Thời gian điều trị kháng sinh từ 7- 10 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu.
2. Tài liệu về đào tạo liên tục Miễn dịch – dị ứng- khớp , bệnh viện Nhi Trung ương 2018.

SCHONLEIN HENOCH (D69.0)

1. Đại cương

Schonlein Henoch là một bệnh lý viêm mạch hệ thống không rõ căn nguyên, có tổn thương các mạch nhỏ do lắng đọng phức hợp miễn dịch IgA, liên quan chủ yếu đến mạch da, thận, ruột và khớp. Bệnh thường gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi, ít gặp ở trẻ nhũ nhi, nam nhiều hơn nữ.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng:

- Ban xuất huyết: thường đa hình thái, có thể dạng chấm nốt hoặc liên kết với nhau thành mảng, đám, hơi nổi gờ trên mặt da, không ngứa, không đau. Ở trẻ lớn tuổi, ban thường tập trung ở vùng thấp của tay và chân (dấu hiệu đi ủng), nhưng ở trẻ nhỏ, ban thường tập trung ở lưng, mông và đùi. Các ban xuất huyết tồn tại 5-10 ngày, nhạt dần màu và mất đi không để lại di chứng. Các ban xuất huyết mới có thể liên tục xuất hiện trong 4-8 tuần.
- Đau khớp/ viêm khớp: gặp ở 50 - 80% người bệnh, chủ yếu ở khớp gối và cổ chân, kéo dài 3-7 ngày, không đối xứng và không gây biến dạng khớp.
- Đau bụng: thường đau quặn từng cơn, chủ yếu ở vùng quanh rốn và thượng vị, có thể kèm theo buồn nôn, nôn, ỉa chảy và ỉa ra máu hoặc ỉa phân đen.
- Tổn thương thận: Là tổn thương quan trọng trong điều trị và tiên lượng. Bệnh nhân có thể biểu hiện tiểu ra protein, tiểu máu vi thể hoặc đại thể.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Tăng số lượng bạch cầu đa nhân trung tính
- Số lượng tiểu cầu và các xét nghiệm đông cầm máu bình thường.
- Tăng nồng độ CRP
- Xét nghiệm nước tiểu có protein niệu, HC niệu và trụ HC ở những người bệnh có tổn thương cầu thận.
- Mô bệnh học: Nhuộm miễn dịch huỳnh quang mô sinh thiết sinh thiết da hoặc thận có tình trạng lắng đọng IgA và bổ thể.

2.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo Tiêu chuẩn củ a Hội Khớp học châu (2010) Chẩn đoán xác định viêm mạch Schonlein – Henoch khi có ban xuất huyết dạng chấm nốt nổi gờ trên mặt da và ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn dưới đây:

- Đau bụng lan toả
- Sinh thiết tổn thương da và mạch máu có lắng đọng IgA
- Viêm khớp (cấp, bất kỳ khớp nào) hoặc đau khớp.
- Tổn thương thận (hồng cầu niệu hoặc protein niệu).

2.2. **Chẩn đoán phân biệt**

- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: toàn trạng nặng, nguy kịch, ban xuất huyết hình sao tăng nhanh, sốc nhiễm khuẩn, cấy máu (+)

- Xuất huyết giảm tiểu cầu: xuất huyết dạng chấm, mảng, số lượng tiểu cầu giảm

- Bụng ngoại khoa: khám thấy điểm đau cụ thể, phản ứng thành bụng, không có ban xuất huyết ở da, siêu âm bụng phát hiện bất thường

- Các viêm mạch khác: Lupus ban đỏ, viêm da động mạch dạng nút…

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Không có điều trị đặc hiệu.

- Phương pháp điều trị chủ yếu: chống viêm + điều trị triệu chứng

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị chống viêm:

+ Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): các trường hợp chỉ có ban xuất huyết và đau khớp đơn thuần: Ibuprofen (viên 200, 400mg, hỗn dịch uống 2g/100ml) 30–40 mg/kg/ngày chia 3- 4 lần

+ Glucocorticoid (GC): chỉ định trong các trường hợp có đau bụng, tổn thương thận, đau khớp và ban xuất huyết không đáp ứng với các thuốc chống viêm không steroid đơn thuần

- Prednisolon 1-2 mg/kg/ngày, trong 1-2 tuần rồi giảm dần và ngừng
- Methylprednisolone 1-2 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chậm

Điều trị triệu chứng

+ Đau bụng, xuất huyết tiêu hóa: dùng các thuốc ức chế tiết dịch vị (Esomeprazol hoặc Omeprazol 1mg/kg/ngày)

+ Khi có biểu hiện tiêu hóa nên giảm chế độ dinh dưỡng qua đường tiêu hóa (ăn mềm, hạn chế hoặc nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch)

+ Suy thận: lợi tiểu, ăn nhạt, hạn chế dịch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về dị ứng – miễn dịch lâm sàng.
2. Tài liệu về đào tạo liên tục Miễn dịch – dị ứng- khớp , bệnh viện Nhi Trung ương 2018.

CHƯƠNG VII: HÔ HẤP

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP (J20.9)

1. Định nghĩa

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

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng là chủ yếu

2.1.1. Bệnh sử

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

2.1.2. Thăm khám

- Tăng trưởng và phát triển.
- Triệu chứng về hô hấp:

+ Ran phổi, khò khè, ngón tay dùi trống

+ Đau căng xoang, sung nề, chảy mũi sau, viêm mũi, viêm mũi dị ứng, polype mũi.

+ Lâm sàng cải thiện khi dùng thuốc giãn phế quản..

2.1.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: có thể có số lượng bạch cầu và tốc độ máu lắng tăng.
- Xquang phổi bình thường hoặc có thể thấy thành phế quản dày.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản
- Dị vật đường thở
- Lao phổi

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

2.3.1. Virus

- Viêm phế quản cấp do virus chiếm 50%-90% các trường hợp viêm phế quản cấp.
- Các virus thường gặp nhất là các myxovirus (virus cúm và virus á cúm), các rhinovirus, coronavirus, virus đại thực bào đường hô hấp (respiratory syncytial virus), adenovirus, enterovirus (coxsackie và echovirus) và một số chủng herpes virus (cytomegalovirus, varicellae).

2.3.2. Vi khuẩn

- Ít gặp hơn các trường hợp viêm phế quản cấp do virus

- Thường gặp nhất là nhóm các vi khuẩn không điển hình trong tế bào như Mycoplasma và Chlamydiae, các vi khuẩn gây mủ hiếm gặp hơn.

- Do phế cầu, Hemophillus influenza : Thường đi kèm với sốt và các dấu hiệu ngoài đường hô hấp.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

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

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

- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.

- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.

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

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

3.2. Điều trị cụ thể

- Nghỉ ngơi, giữ ấm

- Nếu có co thắt phế quản: Sử dụng thuốc giãn phế quản đường khí dung hoặc uống

- Đảm bảo uống đủ nước, dinh dưỡng

- Chỉ định dùng kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm trùng hoặc:

+Ho kéo dài trên 7 ngày

+Ho, khạc đờm mủ rõ

+Viêm phế quản cấp ở người có bệnh mạn tính nặng

- Kháng sinh sử dụng: có thể dùng 1 trong các loại sau

+ Amoxicillin 90mg/kg/24h chia 2-3 lần

+ Macrolid: Azithromycin 10mg/kg/24h ngày 1 lần; Erythromycin 50mg/kg/24h chia 3-4 lần.

+ Các kháng sinh nhóm Cephalosporin

- Các thuốc giảm ho, long đờm thường không có khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi đồng 2 (2016). *Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2016,* nhà xuất bản y học, Hồ Chí Minh

2. Bệnh viện Bạch Mai (2012), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa*

3. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp (ban hành kèm theo Quyết định số 4235 ngày 31/12/2012 BYT)*, Hà Nội.

VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP (J21.9)

1. Định nghĩa

Viêm tiểu phế quản là một nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới được đặc trưng bởi tổn thương viêm cấp ở các tiểu phế quản, các đường dẫn khí có đường kính nhỏ hơn 2mm.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định :

2.1.1. Lâm sàng

- Giai đoạn khởi phát:

+ Viêm đường hô hấp trên: chảy mũi và ho. Điển hình: chảy nước mũi trong và ho.

+ Sốt thường là sốt nhẹ, đôi khi sốt rất cao, đến 40^0C. Có trẻ không sốt.

- Giai đoạn toàn phát : Trẻ thường được đưa đến viện trong tình trạng:

+ Tinh thần: Ngủ không yên giấc, hoặc kích thích, nhưng không có các triệu chứng toàn thân hoặc li bì.

+ Ho,khò khè lan toả

+ Tắc nghẹt mũi, phập phồng cánh mũi.

+ Không bú được hoặc bú kém, nôn sau ho

- Khám phổi:

+ Trẻ thở nhanh nông , thì thở ra kéo dài

+ Rales rít, rales ngáy khắp hai trường phổi, giảm thông khí, thậm chí mất thông khí phổi.

+ Suy hô hấp với các dấu hiệu: Da tái, vã mồ hôi, nhịp thở nhanh, rút lõm lồng ngực, co kéo các cơ hô hấp phụ, tím quanh môi và đầu chi.

+ Ngừng thở gặp 2-7%, hay gặp ở trẻ sơ sinh, hoặc trẻ sinh non và thường xuất hiện trong 3 ngày đầu tiên.

2.1.2. Xét nghiệm

- X quang phổi : Hình ảnh mờ lan toả, ứ khí , xẹp phổi từng vùng

- Công thức máu ngoại vi: Số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, tăng tỷ lệ bạch cầu lympho.

- Khí máu : Pa02 giảm, PaC02 tăng, nhiễm toan hô hấp kèm theo, có giá trị đánh giá mức độ nặng của suy hô hấp.

- Xét nghiệm phát hiện virus: Test nhanh từ dịch tỵ hầu(Virus RSV test nhanh), Real time-PCR phát hiện virus độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 90%, phản ứng huyết thanh (ELISA)

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản

- Viêm phổi do vi khuẩn hoặc virus

- Trào ngược dạ dày thực quản

- Khò khè thứ phát sau nhiễm virus

- Dị vật đường thở

- Chèn ép khí phế quản từ ngoài vào(mạch máu,u…)

- Tắc nghẽn đường hô hấp ở trong:u mạch máu,hẹp khí quản…

- Mềm sụn thanh khí quản .

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Test phát hiện kháng nguyên virus trong dịch tỵ hầu, thường gặp virus cúm A, B, Virus hợp bào hô hấp(RSV).

- Real-time PCR phát hiện chuỗi AND đặc hiệu của virus từ dịch tiết đường hô hấp, thường gặp Adenovirus, Rhinovirus, Virus cúm, CMV, H.influenzae, Mycoplasma pneumoniae…

2.4. Chẩn đoán thể bệnh

- Viêm tiểu phế quản nặng: Khi có một trong các dấu hiệu sau: Dấu hiệu gắng sức hô hấp tăng lên dai dẳng (thở nhanh, phập phồng cánh mũi, rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp phụ, thiếu oxy, ngưng thở) diễn ra ít nhất 15 phút, nhịp thở >70 lần/phút, SpO2<95%, ngừng thở, suy hô hấp.

- Viêm tiểu phế quản không nặng khi không có các dấu hiệu nặng trên.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Hỗ trợ

- Phát hiện và điều trị biến chứng.

- Đặc hiệu

3.2. Điều trị cụ thể

- Điều trị tại nhà:

+ Ăn uống đầy đủ, uống nhiều nước

+ Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lí 0.9%

+ Hướng dẫn bố mẹ phát hiện dấu hiệu nặng (Khó thở tăng lên: thở rên, phập phồng cánh mũi, co kéo LN đáng kể, ăn khoảng 50-75% bình thường hoặc bỉm không ướt sau 12h, mệt lả).

- Điều trị tại bệnh viện:

+ Hỗ trợ hô hấp: thông thoáng đường thở, hầu hết trẻ cần hút mũi, thở oxy duy trì SpO_2 > 93%, một số trường hợp cần thở oxy lưu lượng cao (humidified high-flow nasal cannula HFNC) hoặc CPAP trước khi thở máy xâm nhập.

+ Ăn qua sonde hoặc truyền dịch giúp đủ nhu cầu và lượng dịch mất đi do thở nhanh hoặc sốt.

+ Khí dung bằng nước muối ưu trương 3%: cải thiện triệu chứng bệnh và giảm thời gian nằm viện sau hơn 72 giờ.

+ Cân nhắc khí dung Ventolin (Salbutamol) 0.15 mg/kg/lần (liều đầu tiên và theo dõi đáp ứng của bệnh nhân)

+ Steroid không được khuyến cáo sử dụng trong tất cả các trường hợp viêm tiểu phế quản lần đầu

+ Lý liệu pháp hô hấp được khuyến cáo trong các trường hợp trẻ khó khăn tống dịch ra ngoài: bệnh lý thần kinh cơ, xơ nang phổi, biến chứng xẹp phổi

+ Kháng sinh: chỉ định trong trường hợp đồng nhiễm vi khuẩn hoặc lứa tuổi nhỏ dưới 3 tháng,những trẻ có yếu tố nguy cơ.

3.3. Dự phòng

- Rửa tay thường xuyên có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh.
- Không hút thuốc lá
- Hạn chế tiếp xúc người bệnh,có biện pháp cách ly khi có bệnh
- Bú mẹ đầy đủ
- Giữ vệ sinh sạch sẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi Trung Ương (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trẻ em năm 2018,* Hà Nội

2. Bộ y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em (Ban hành theo quyết định 3312/QĐ-BYT*), Hà Nội

3. Bệnh viện Nhi đồng 2 (2019). *Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019*, nhà xuất bản y học, Hồ Chí Minh, 268-272.

VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP [J04]

1. Định nghĩa

Viêm thanh khí phế quản cấp (croup) là bệnh lý viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn biểu hiện đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: Thở rít, khàn giọng, ho ông ổng. Thường gặp ở trẻ 6 tháng - 36 tháng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, sổ mũi, đau họng. Sau 1-3 ngày đột ngột xuất hiện dấu hiệu khàn tiếng hoặc mất tiếng và khó thở thanh quản. Cơn ho đặc trưng: ho ông ổng như chó sủa**.**

Khó thở thanh quản được coi như một cấp cứu hô hấp ở trẻ em. Chủ yếu dựa vào lâm sàng để chẩn đoán. Có 3 triệu chứng cơ bản, cổ điển là**:**

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

Có 4 triệu chứng phụ hay gặp:

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

* Đánh giá mức độ khó thở thanh quản

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

• Độ 1

- Khàn và rè tiếng khi khóc, nói.
- Tiếng ho còn trong hay hơi rè.
- Biểu hiện khó thở vào chưa điển hình, tiếng rít thanh quản nhẹ hoặc chưa rõ, co kéo cơ hô hấp phụ ít.
- Tình trạng toàn thân chưa ảnh hưởng.

• Độ 2

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

• Độ 3

- Mất tiếng hoàn toàn, khóc hoặc nói không thành tiếng.

- Không ho thành tiếng hoặc không ho được.

- Triệu chứng khó thở dữ dội, có biểu hiện của tình trạng thiếu oxy nặng. Trẻ có thể tím tái, rối loạn nhịp thở.

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

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Các chỉ điểm viêm bình thường hoặc tăng

- Khi suy hô hấp hoặc cần chẩn đoán phân biệt: X quang phổi và cổ thẳng phát hiện tình trạng hẹp hạ thanh môn (dấu hiệu nóc nhà thờ)

- Nội soi thanh khí quản: chỉ định khi

Cần chẩn đoán phân biệt dị vật đường thở.

Khó thở thanh quản tái phát.

Thất bại điều trị nội khoa.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật đường thở

- Áp xe thành sau họng

- Viêm nắp thanh môn cấp

- Bạch hầu thanh quản

- U nhú thanh quản

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

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

70 % nguyên nhân do Parainfluenza, sau đó là RSV, Adenovirus, enterovirus, influenzavirus, đôi khi do vi khuẩn như Hemophilus influenza.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng: Phục hồi sự thông thương đường thở, đảm bảo thông khí và oxy hóa máu

- Điều trị nguyên nhân

- Điều trị hỗ trợ

- Điều trị và dự phòng biến chứng, di chứng

3.2. Điều trị cụ thể

Tùy theo mức độ khó thở thanh quản

a. Khó thở thanh quản độ 1:

- Điều trị ngoại trú

- Cần giữ yên trẻ, tránh khóc vì làm tăng phù nề thanh quản và khó thở nhiều hơn.

- Dexamethason uống 0,15mg/kg liều duy nhất (tối đa 10mg), hoặc prednisone 2mg/kg trong 2-3 ngày.

- Khí dung Budesonid 2mg là lựa chọn thay thế, đặc biệt đối với trẻ em đang nôn mửa hay có chống chỉ định corticoid đường toàn thân (đang thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày)

- Không chỉ định kháng sinh

- Điều trị triệu chứng: hạ sốt, giảm ho, uống nhiều nước.

- Theo dõi dấu hiệu nặng, tái khám mỗi ngày.

b. Khó thở thanh quản độ 2

- Nhập viện điều trị nội khoa

- Dexamethason 0,6mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch một lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; hoặc cho uống với liều 0,15mg/kg/24h hoặc khí dung budenoside nếu có chống chỉ định dùng corticoide toàn thân. Sau 2 giờ nếu không cải thiện xem xét khí dung adrenalin, kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.

- Adrenalin 1‰ 0,5ml/kg/liều (tối đa 5ml, trẻ <4 tuổi: 2ml).

- Theo dõi toàn trạng liên tục.

c. Khó thở thanh quản độ 3

- Nhập viện, nằm cấp cứu.

- Nằm đầu cao, thở oxy đảm bảo SpO2 ≥ 95%.

- Khí dung Adrenalin để co mạch, giảm phù nề thanh quản, tác dụng nhanh sau 30 phút và kéo dài khoảng 2 giờ. Adrenalin 1‰ 0,5ml/kg/liều (tối đa 5ml, trẻ <4 tuổi: 2ml), có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút nếu còn khó thở nhiều và sau đó 1-2 giờ nếu cần, tối đa 3 liều. Chống chỉ định Adrenalin trong tứ chứng Fallot và bệnh lý cơ tim của tâm thất gây tắc đường ra vì có thể gây đột ngột giảm cung lượng tim.

- Dexamethason 0,6 mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần.

- Kháng sinh trong 3-5 ngày.

- Hội chẩn chuyên khoa Tai mũi họng khi không đáp ứng khí dung Adrenalin hoặc cần chẩn đoán phân biệt.

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

- Không khuyến cáo mở khí quản.

- Theo dõi**:** Tri giác, tiếng rít thanh quản, nhịp thở, nhịp tim, $Sa0_2$.

Lưu ý: Chỉ chỉ định kháng sinh trong trường hợp cấp cứu hoặc nghi do vi khuẩn (dấu nhiễm trùng, sốt cao**)**

Kháng sinh lựa chọn đầu tay: Kháng sinh uống nhóm peniciclin (Amoxicillin, Amoxicillin/Acid Clavulanic…)

Trường hợp nặng: Kháng sinh đường tĩnh mạch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi Trung Ương (2018), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trẻ em năm 2018, Hà Nội

2. Bệnh viện Nhi đồng 2 (2019). Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019, nhà xuất bản y học, Hồ Chí Minh, 264-268.

3. Bộ y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em (Ban hành theo quyết định 3312/QĐ-BYT), Hà Nội

HEN PHẾ QUẢN (J45)

1. Định nghĩa

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh phổi mạn tính được đặc trưng bởi 3 dấu hiệu: viêm mạn tính của đường thở, tắc nghẽn đường thở có thể hồi phục tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc, tăng tính phản ứng hoặc tăng đáp ứng của đường thở với nhiều loại tác nhân kích thích bên ngoài.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh sử ho khò khè tái đi tái lại
- Có yếu tố nguy cơ suyễn
- Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới, đo chức năng hô hấp
- Đáp ứng với thuốc giãn phế quản
- Loại được các nguyên nhân khác

Bệnh sử

- Ho
- Khò khè
- Khó thở
- Nặng ngực
- Triệu chứng thường xảy ra và nặng hơn vào ban đêm hay sáng sớm, tái đi tái lại, xuất hiện thành từng đợt sau khi tiếp xúc với dị nguyên, khi thay đổi mùa, hay gắng sức.
- Tiền căn bản thân, gia đình: suyễn, dị ứng, viêm da dị ứng, viêm mũi dị ứng…

Khám thực thể:

- Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới
- Thở nhanh: co lõm ngực, phập phồng cánh mũi, hõm trên ức
- Khám phổi:

Ran rít, ran ngáy

Phế âm giảm, thông khí kém

Cận lâm sàng

- Thăm dò chức năng hô hấp:
- Hô hấp ký (> 5 tuổi): FEV1, FVC, FEV1/FVC, PEF
- Hội chứng tắc nghẽn có đáp ứng với đồng vận β2
- Dao động xung ký (2-5 tuổi)
- Xét nghiệm khác:
  - Công thức máu (bạch cầu ái toan/máu)
  - Test da với các dị nguyên

- ❖ IgE trong máu
- ❖ X-quang phổi: chẩn đoán phân biệt, phát hiện biến chứng

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tiểu phế quản
- Viêm mũi xoang mạn tính
- Dị vật đường thở
- Các dị tật về giải phẫu (vòng mạch, hẹp khí quản bẩm sinh…), bất thường chức năng (rối loạn vận động khí phế quản, rối loạn chức năng dây thanh âm…)
- Chèn ép phế quản do: u trung thất, hạch to, nang phế quản
- Thâm nhiễm phổi tăng bạch cầu ái toan
- Trào ngược dạ dày thực quản hoặc hội chứng hít tái diễn, dò khí thực quản
- Suy giảm miễn dịch bẩm sinh

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân gây hen do sự kết hợp giữa yếu tố gen và môi trường sống.Yếu tố di truyền được cho thấy đến 60% hen phế quản có yếu tố di truyền từ cha mẹ.HLA liên quan đến di truyền trong hen như HLA DRB1,DRB2,DP1.Các yếu tố tác nhân môi trường thường gặp bao gồm:

+ Nhiễm virus đường hô hấp
+ Tác nhân kích thích như khói thuốc lá, các dị nguyên trong nhà hoặc ngoài nhà như lông súc vật,mạt bụi nhà, gián, thức ăn, nấm mốc..
+ Thay đổi thời tiết đặc biệt là trời lạnh
+ Xúc cảm:cười hoặc tức giận
+ Bệnh trào ngược dạ dày thực quản.

➢ Yếu tố nguy cơ hen phế quản

- Nguyên nhân phổ biến gây khò khè ở trẻ em là nhiễm trùng đường hô hấp
- Yếu tố dự báo diễn biến khò khè chuyển sang hen là bệnh chàm
- Tiếp xúc yếu tố dị nguyên và các yếu tố gây kích thích làm tăng nguy cơ bị hen
- Dị ứng với gián ở trẻ em sống ở khu vực thành thị
- Mẹ hút thuốc lá
- Đẻ non làm tăng nguy cơ bị hen phế quản

2.4. Phân loại độ nặng của hen phế quản

2.4.1 Phân loại theo phenotype

Hen dưới 5 tuổi được chia thành 4 thể : + Hen do virus
+Hen gắng sức
+Hen do di truyền đặc hiệu
+Hen không xác định

2.4.2. Phân loại theo mức độ nặng

- Hen ngắt quãng không thường xuyên

+ Trên 6-8 tuần mới có một đợt cấp

+ Giữa các đợt này trẻ hoàn toàn bình thường

+ Không cần dự phòng

- Hen ngắt quãng thường xuyên

+ Có rất ít triệu chứng giữa các cơn cấp

+ Dự phòng: ICS liều thấp ≤ 200mcg/ ngày hoặc kháng leukotrien(LTRA).

- Hen dai dẳng

+ Triệu chứng có hầu hết trong ngày

+ Ảnh hưởng tới giấc ngủ và hoạt động thể lực

+ Cơn cấp có thể xảy ra như trong hen ngắt quãng

+ Dự phòng: ICS liều trung bình hoặc ICS liều thấp+ LTRA

- Mức độ nặng của cơn hen cấp

* Trẻ > 5 tuổi

Thông số	**Nhẹ**	**Trung bình**	**Nặng**	**Nguy kịch**
Khó thở	Khi đi bộ	Khi nói chuyện Trẻ nhỏ khóc ngắn hơn bình thường, ăn khó	Khi nghỉ Trẻ nhỏ: bỏ ăn	Thở ngáp
Tư thế	Có thể nằm được	Thích ngồi hơn	Ngồi cúi người ra trước	
Khả năng nói chuyện	Nói được cả câu	Chỉ nói được cụm từ	Chỉ nói được từng từ	Không nói được
Nhịp thở	Tăng	Tăng	Thường > 30 lần /phút	Chậm- rối loạn nhịp thở
Nhịp thở bình thường khi trẻ thức: Tuổi — Nhịp bình thường < 2 tuổi — < 60/ phút 2-12 tháng — < 50/ phút 1-5 tuổi — < 40/ phút 6-8 tuổi — < 30/ phút				
Co kéo cơ hô hấp phụ và hõm trên xương ức	Thường không có	Thường có	Thường có	Chuyển động ngực bụng - nghịch thường
Khò khè	Trung bình, thường chỉ có lúc thở ra	To	Thường to	Không khò khè

Mạch/ phút	< 100	100-120	> 120 /phút	Nhịp tim chậm
Giới hạn mạch bình thường ở trẻ em Trẻ nhỏ 2-12 tháng mạch bình thường < 160/ phút Mẫu giáo 1- 2 tuổi mạch bình thường < 120/ phút Tiểu học 2-8 tuổi mạch bình thường < 110/ phút				
Mạch nghịch thường (mạch đảo)	Không < 10mmHg	Có thể có 10-20mmHg	Thường có 20- 40 mmHg	Có thể không mệt do mệt cơ hô hấp
PÈF sau thuốc giãn phế quả khởi đầu % dự đoán hoạc % tốt nhất	> 80 %	60-80%	< 60% dự đoán hoặc đáp ứng kéo dài < 2 giờ	
PaO2(thở khí trời) và / hoặc PaCO2	Bình thương < 45 mmHg Thường không cần	> 60 mmHg < 45 mmHg	< 60 mmHg Có thể tím tái > 45mmHg, có thể suy hô hấp	
SpO2 hoặc SpO2 % (thở khí trời)	> 95%	91-95 %	< 90 %	
Tăng CO2 máu (giảm thông khí) xảy ra ở trẻ em nhanh hơn ở thiếu niên và người lớn				
Phân loại dựa vào các thông số trên, nhưng không nhất thiết phải có tất cả, cần có sự nhận định tổng quát để có quyết định thích hợp.				

* Trẻ < 5 tuổi

	Nhẹ	**Nặng**
Rối loạn tri giác	Không	Kích thích, lơ mơ, lú lẫn
SpO_2	≥ 92%	<92%
Nói từng câu/từng từ	Từng câu	Từng từ
Mạch	< 100 lần/phút	> 200 lần/phút (0-3 tuổi) > 180 lần/phút (4-5 tuổi)
Tím trung ương	Không	Có thể có
Mức độ khò khè	Thay đổi	Có thể im lặng

3. **Điều trị**

3.1. Mục tiêu điều trị:

- Phòng các triệu chứng mạn tính và khó chịu
- Duy trì chức năng hô hấp bình thường hoặc gần như bình thường
- Duy trì mức độ hoạt động bình thường, gồm cả tập luyện gắng sức

- Phòng các đợt hen cấp

- Cung cấp các liệu pháp dùng thuốc tối ưu với các tác dụng phụ ít nhất

3.2. Có 4 can thiệp cần thiết để đạt được các mục tiêu trên

- Đo chức năng phổi hoặc theo dõi lưu lượng đỉnh

- Liệu pháp dùng thuốc

+ Thuốc giảm co thắt và giảm nhanh các triệu chứng bao gồm: thuốc cường beta tác dụng ngắn, corticoid toàn thân, thuốc kháng cholinergic

+ Điều trị viêm kèm theo: thuốc cường beta tác dụng kéo dài, corticoid dạng hít, thuốc chống viêm không steroid, thuốc kháng leucotrien, Theophyline

- Kiểm soát các dị nguyên và các yếu tố gây kích ứng trong môi trường

- Giáo dục bệnh nhân

3.3. Điều trị cụ thể:

+ Điều trị cắt cơn:

Dùng Ventolin dạng xịt hoặc dạng khí dung để cắt cơn

+ Điều trị dự phòng hen:

Lựa chọn khuyến cáo cho điều trị khởi đầu

Triệu chứng hiện tại	Thuốc dự phòng ban đầu đề xuất
Triệu chứng hen hoặc nhu cầu cần thuốc cắt cơn tác dụng ngắn (SABA) < 2 lần/ tháng; không thức giấc về đêm do hen trong tháng qua; và không có nguy cơ cơn kịch phát, bao gồm không có cơn kịch phát trong năm qua	Không cần thuốc dự phòng
Tần xuất triệu chứng hen ít, nhưng bệnh nhân có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ gây kịch phát; vd chức năng phổi thấp, hoặc cơn kịch phát cần cấp cứu trong năm qua, hoặc đã từng phải chăm sóc đặc biệt vì hen	Liều thấp ICS
Triệu chứng hen cần SABA từ 2 lần một tháng đến 2 lần một tuần, hoặc bệnh nhân thức giấc vì hen một hoặc nhiều lần một tháng	Liều thấp ICS
Triệu chứng hen cần SABA từ 2 lần một tuần	Liều thấp ICS Lựa chọn khác ít hiệu quả hơn LTRA
Triệu chứng hen ảnh hưởng hầu hết các ngày; hoặc thức giấc về đêm do hen một lần một tuần hoặc hơn, đặc biệt nếu bất kỳ yếu tố nguy cơ nào tồn tại	Liều trung bình ICS Liều thấp ICS/LABA
Biểu hiện hen ban đầu triệu chứng hen không kiểm soát nặng, hoặc với đợt hen kịch phát	OCS đợt ngắn VÀ Bắt đầu thuốc dự phòng; lựa chọn là: ICS liều cao hoặc ICS/LABA liều trung bình

Trước khi điều trị dự phòng bắt đầu
- Ghi lại chứng cứ chẩn đoán hen, nếu có thể - Ghi lại mức độ kiểm soát triệu chứng của bệnh nhân và yếu tố nguy cơ, bao gồm cả chức năng phổi. - Cân nhắc yếu tố ảnh hưởng lựa chọn điều trị - Đảm bảo rằng bệnh nhân có thể sử dụng xịt đúng cách - Lên lịch khám lại
Sau khởi đầu điều trị dự phòng
Đánh giá đáp ứng của bệnh nhân sau 2-3 tháng, hoặc sớm hơn phụ thuộc vào mức độ cần thiết lâm sàng Giảm liều một khi kiểm soát tốt đạt được và duy trì trong 3 tháng

3.4 Khi nào cần nhập viện

Nhập viện được chỉ định khi : trẻ không đáp ứng với liệu pháp cường beta, trẻ có lưu lượng đỉnh < 50%, so với kết quả tốt nhất trước đó sau khi dùng với cường beta, trẻ có biểu hiện khó thở, với các bằng chứng:

+ Co kéo lồng ngực và cổ

+ Tư thế rướn người

+ Khó đi lại và nói chuyện

+ Ngừng chơi hoặc không thể chơi lại

+ Môi hoặc móng tay tím

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em.
2. Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019-Bệnh viện nhi đồng 2
3. Tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp trẻ em năm 2015.

VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI

1. Định nghĩa

Viêm phế quản phổi là bệnh viêm các phế quản nhỏ, phế nang và tổ chức xung quanh phế nang làm rối loạn trao đổi khí, tắc nghẽn đường thở dễ gây suy hô hấp và tử vong.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

+ Biểu hiện nhiễm khuẩn: sốt hoặc hạ thân nhiệt, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn.

+ Ho khan hoặc có đờm.

+ Khó thở: nhịp thở nhanh so với lứa tuổi, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, đầu gật gù theo nhịp thở…

+ Thở nhanh:

- Trẻ dưới 2 tháng ≥ 60 lần/phút
- Trẻ 2 tháng – dưới 12 tháng ≥ 50 lần/phút
- Trẻ 12 tháng – 5 tuổi ≥ 40 lần/phút
- Trẻ trên 5 tuổi ≥ 30 lần/phút

+ Suy hô hấp: khó thở, tím tái, rối loạn nhịp thở, ngừng thở…

+ Nghe phổi: rale ẩm nhỏ hạt, có thể có rale rít, rale ngáy…

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

+ Công thức máu và CRP: Bạch cầu ngoại vi và bạch cầu đa nhân trung tính, CRP máu thường tăng cao trong viêm phế quản phổi do vi khuẩn, bình thường nếu do virus hoặc do vi khuẩn không điển hình.

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

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tiểu phế quản
- Hen phế quản
- Viêm phổi do virus

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thay đổi theo lứa tuổi:

+ Trẻ sơ sinh: liên cầu nhóm B, trực khuẩn Gram âm đường ruột, Listeria monocytogent, Chlamydia trachomatis.

+ Trẻ 2 tháng tới 5 tuổi: phế cầu, H.influenzae, Mycoplasma pneumonia, tụ cầu...

+ Trẻ trên 5 tuổi: Mycoplasma pneumonia, phế cầu, tụ cầu.

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

2.4. Chẩn đoán mức độ

2.4.1. Viêm phổi

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

+ Thở nhanh:

- Trẻ dưới 2 tháng ≥ 60 lần/phút
- Trẻ 2 tháng – dưới 12 tháng ≥ 50 lần/phút
- Trẻ 12 tháng – 5 tuổi ≥ 40 lần/phút
- Trẻ trên 5 tuổi ≥ 30 lần/phút

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

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

2.4.2. Viêm phổi nặng

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

+ Bỏ bú hoặc không uống được

+ Rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê

+ Co giật

+ Thở rên

+ Rút lõm lồng ngực rất nặng

+ Tím tái hoặc Sp02 < 90 %

+ Trẻ dưới 2 tháng tuổi

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng sinh
- Chống suy hô hấp
- Điều trị rối loạn nước, điện giải, thăng bằng toan kiềm…
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị các biến chứng (nếu có)

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Viêm phổi

- Điều trị ngoại trú.

- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà: cách cho trẻ uống thuốc, cách nuôi dưỡng, cách làm thông thoáng mũi, theo dõi và phát hiện các dấu hiệu nặng để đưa đến khám lại ngay.

- Điều trị kháng sinh:

+ Trẻ dưới 5 tuổi: Ưu tiên chọn kháng sinh nhóm beta-lactam. Uống một trong các kháng sinh sau:

- Amoxicillin
- Amoxicillin – clavulanic
- Thời gian điều trị 5 ngày
- Nếu trẻ dị ứng với nhóm beta-lactam hoặc nghi viêm phổi do vi khuẩn không điển hình thì dùng nhóm macrolid (azithromycin, clarithromycin, erythromycin).

+ Trẻ trên 5 tuổi: Do vi khuẩn không điển hình thường hay gặp. Kháng sinh lựa chọn ban đầu là nhóm macrolid (azithromycin, clarithromycin, erythromycin)

(Thời gian điều trị từ 7 – 10. Azithromycin có thể dùng 5 ngày).

3.2.2. Viêm phổi nặng

- Trẻ viêm phổi nặng được điều trị tại bệnh viện.

+ Chống suy hô hấp:

- Bệnh nhân nằm nơi thoáng mát, yên tĩnh.
- Thông thoáng đường thở.
- Thở oxy khi Sp02 < 90%. Tùy theo mức độ suy hô hấp có thể thở gọng mũi, thở qua mask, thở liên tục hay ngắt quãng. Thở CPAP.

+ Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt khi nhiệt độ lớn hơn hoặc bằng 38.5 độ, dùng thuốc hạ sốt, cho trẻ nằm phòng thoáng, lau người bằng nước ấm.
- Chống hạ nhiệt độ.
- Cung cấp đủ nước, điện giải và dinh dưỡng.
- Phòng lây chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.

+ Điều tri kháng sinh: kháng sinh lựa chọn ban đầu thuộc nhóm penicilline A kết hợp với một thuốc nhóm aminosid. Lựa chọn:

- Ampicillin
- Amoxicillin-clavulanic
- Kết hợp với gentamicin, amikacin.

- Dùng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3: ceftriaxon, cefotaxim dùng khi thất bại với các thuốc trên hoặc dùng ngay từ đầu.

- Thời gian dùng kháng sinh ít nhất 5 ngày.

- Nếu có bằng chứng viêm phổi màng phổi do tụ cầu nhạy cảm với methicillin (cộng đồng), dùng oxacillin hoặc oloxacillin kết hợp gentamycin. Chọc hút dẫn lưu mủ khi có tràn mủ màng phổi. Điều trị ít nhất 3 tuần.

- Nếu có bằng chứng của tụ cầu, phế cầu kháng methicillin hoặc trong cộng đồng có tỉ lệ kháng cao chọn một trong các kháng sinh sau: clindamycin, vancomycin.

- Nếu có bằng chứng viêm phổi do vi khuẩn không điển hình: Uống macrolid nếu trẻ không suy hô hấp. Nếu trẻ suy hô hấp hoặc sau 48 giờ dung maclorid trẻ còn sốt dùng levofloxacin. Thời gian điều trị 1-2 tuần.

3.2.3. Viêm phổi bệnh viện: thường là vi khuẩn gram âm, có thể kết hợp aminosid với một trong các nhóm sau:

- Piperacillin- tazobactam
- Meropenem
- Ceftazidim
- Cefepim
- Clindamycin (cho bệnh nhân dị ứng với nhóm beta lactam).

Có thể kết hợp thêm vancomycin nếu nghi ngờ tụ cầu kháng methicillin.

3.3. Điều trị dự phòng

- Bảo đảm sức khỏe bà mẹ khi mang thai, khám thai định kỳ nhằm làm giảm tỷ lệ sinh ra thiếu tháng, thiếu cân, dị tật bẩm sinh…
- Vệ sinh môi trường sạch sẽ, thông thoáng, tránh bụi bặm, khói thuốc…
- Cho trẻ bú sữa non sớm ngày sau đẻ, bú mẹ đầy đủ, ăn sam đúng theo ô vuông thức ăn.
- Tiêm chủng phòng bệnh đầy đủ theo lịch. Tiêm vaccin phòng phế cầu và Hib góp phần làm giảm tỷ lệ viêm phổi cộng đồng.
- Phát hiện và điều trị sớm các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp và mạn tính.
- Hạn chế nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em (Ban hành theo quyết định 3312/QĐ-BYT*), Hà Nội.

2. Bệnh viện Nhi Trung Ương (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trẻ em năm 2018,* Hà Nội.

3. Bệnh viện Nhi đồng 2 (2019). Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019, nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 272-281.

VIÊM PHỔI

1. Đại cương

- Viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng, là nhóm tuổi có nguy cơ mắc và tử vong do viêm phổi cao nhất.

- Trên thực tế trong hầu hết các trường hợp viêm phổi không tìm được tác nhân gây bệnh nên việc điều trị viêm phổi là điều trị theo kinh nghiệm. Yếu tố quan trọng nhất để dự đoán tác nhân gây bệnh là dựa trên tuổi của bệnh nhi.

- Nguyên nhân viêm phổi: Thay đổi tùy theo lứa tuổi. Đối với những nước đang phát triển:

+ Ở trẻ dưới 5 tuổi: Viêm phổi được xem như viêm phổi do vi khuẩn, thường gặp là: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae (là 2 nguyên nhân hàng đầu), Branhamella catarrhalis, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes…

+ Riêng ở trẻ dưới 2 tháng ngoài những nguyên nhân kể trên, còn có thể gặp VK Gram âm đường ruột: E.coli, Kliebsiella, Proteus,…..

+ Ở trẻ từ 5 - 15 tuổi: M. pneumoniae, S. pneumoniae, C. pneumoniae, Non typable H.influenzae, siêu vi (influenza A hay B, Adenovirus, các loại siêu vi hô hấp khác).

2. Chẩn đoán

2.1 Chẩn đoán xác định

a. Hỏi bệnh sử

- Hỏi tìm các dấu hiệu: Ho, thời gian ho, dấu hiệu khó thở, sốt và các triệu chứng khác đi kèm.

- Xử trí trước nhập viện.

b. Khám lâm sàng

- Tìm dấu hiệu nguy hiểm: Tím tái trung ương, không uống được, li bì – khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.

- Tìm dấu hiệu co lõm lồng ngực cũng như các dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ khác.

- Đếm nhịp thở trong một phút: Ngưỡng thở nhanh ở trẻ em thay đổi theo tuổi, gọi là thở nhanh khi:

+ Nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng tuổi.

+ Nhịp thở ≥ 50 lần/phút ở trẻ từ 2 tháng -> 12 tháng tuổi.

+ Nhịp thở ≥ 40 lần/phút ở trẻ ≥ 12 tháng -> 5 tuổi.

+ Nhịp thở ≥ 30 lần/phút ở trẻ ≥ 5 tuổi.

- Khám phổi: Nghe phổi: Ran phổi, rì rào phế nang, âm thổi ống gõ, rung thanh.

c. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm chỉ định thường qui khi nhập viện:

+ X-quang tim phổi thẳng.

+ Công thức máu.

- Xét nghiệm khác nếu cần thiết:

+ CRP, cấy máu: Nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết.

+ VS, IDR, BK đờm/dịch dạ dày: Nếu nghi ngờ lao.

- Khí máu động mạch: Khi có suy hô hấp.

- PCR, (Phế cầu, Hemophilus, Mycoplasma, RSV,..): Trong viêm phổi kéo dài, cần xác định tác nhân.

2.2. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: Sốt, ho, thở nhanh, khó thở.

- X-quang: Là tiêu chuẩn chính của chẩn đoán dù mức độ tổn thương trên X-quang có thể không tương xứng với biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên X-quang cũng không thể giúp phân biệt giữa viêm phổi do siêu vi và do vi trùng.

2.3. Chẩn đoán có thể

Lâm sàng: Bệnh nhân có sốt, ho, thở nhanh, nhưng trên X-quang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ có tổn thương nhu mô.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân gây viêm phổi: Thường rất khó.

- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác:

+ Suyễn.

+ Dị vật đường thở bỏ quên.

+ Các bệnh lý phổi bẩm sinh.

+ Các nguyên nhân gây suy hô hấp khác: Bệnh lý tim mạch (suy tim, tim bẩm sinh, bệnh lý cơ tim,…), chuyển hóa, ngộ độc,…

2.5. Phân loại viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi

a. Viêm phổi rất nặng: Ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Tím tái trung ương.

- Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được.

- Co giật, li bì – khó đánh thức.

- Suy hô hấp nặng.

b. Viêm phổi nặng: Ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Thở co lõm lồng ngực.

- Cánh mũi phập phồng.

- Rên rỉ (ở trẻ < 2 tháng).

- Và không có các dấu hiệu nguy hiểm.

- Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được đánh giá là nặng.

c. Viêm phổi: Khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.

3. Điều trị

3.1.Nguyên tắc điều trị:

- Sử dụng kháng sinh.
- Hỗ trợ hô hấp nếu cần.
- Điều trị biến chứng.
- Hỗ trợ dinh dưỡng.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi

a. Viêm phổi rất nặng

- Nhập viện.
- Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).
- Kháng sinh:

+ Lựa chọn đầu tiên là Cephalosporin thế hệ thứ III.

Cefotaxim: 200 mg/kg/ngày – TMC chia 3 - 4 lần.

Ceftriaxon 80 mg/kg/ngày – TB/TMC – 1 lần/ngày.

+ Thuốc thay thế: Chloramphenicol hoặc Ampicillin + Gentamycin.

+ Sau đó duy trì bằng đường uống, với tổng thời gian điều trị là ít nhất 10 ngày.

+ Nếu nghi ngờ tụ cầu:

Oxacillin (50 mg/kg IM hay IV mỗi 6-8 giờ) và Gentamycin.

Khi trẻ cải thiện, chuyển sang Oxacillin uống trong tổng thời gian 3 tuần.

- Các điều trị hỗ trợ khác:

+ Hạ sốt: Paracetamol.

+ Khò khè: Dùng thuốc dãn phế quản tác dụng nhanh.

+ Thông thoáng đường thở.

+ Cung cấp đủ nhu cầu nước – điện giải, dinh dưỡng theo lứa tuổi nhưng không cho quá nhiều nước.

+ Khuyến khích trẻ ăn uống bằng đường miệng.

+ Đặt ống thông dạ dày nuôi ăn khi có chỉ định.

+Truyền dịch (xem bài viêm tiểu phế quản). Chú ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp.

- Theo dõi: Trẻ cần được theo dõi bởi điều dưỡng ít nhất mỗi 3 giờ, bởi Bác sĩ ít nhất 2 lần/ngày. Nếu không có biến chứng, trẻ phải có dấu hiệu cải thiện trong vòng 48 giờ: Thở bớt nhanh, bớt co lõm ngực, bớt sốt, ăn uống khá hơn.

b. Viêm phổi nặng

- Nhập viện.

- Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).

- Kháng sinh:

+ Benzyl Penicillin: 50.000 đv/kg IM hay IV mỗi 6 giờ ít nhất 3 ngày hoặc Ampicillin (TM) hoặc Cephalosporin thế hệ thứ III (TM).

+ Nếu trẻ không cải thiện sau 48 giờ, hoặc khi trẻ có dấu hiệu xấu đi: Chuyển sang Chloramphenicol (TM, TB) hoặc Cephalosporin thế hệ thứ III (nếu đang dùng Benzyl Penicillin).

+ Khi trẻ cải thiện, chuyển sang Amoxicillin uống.

+ Tổng số thời gian điều trị: 7–10 ngày.

- Điều trị nâng đỡ.

- Theo dõi: Điều dưỡng theo dõi ít nhất mỗi 6 giờ, Bác sĩ: ít nhất 1 lần/ngày. Nếu không có biến chứng, sẽ có cải thiện trong vòng 48 giờ.

c. Viêm phổi

- Điều trị ngoại trú.

- Kháng sinh:

+ Amoxicillin: 50 mg/kg/ngày chia 2 lần uống. Khi nghi ngờ vi khuẩn kháng thuốc: 80-90 mg/kg/ngày chia 2 lần uống.

+Cotrimoxazol (4mg/kg Trimethoprim - 20mg/kg Sulfamethoxazol) x 2 lần/ngày. Thời gian: Ít nhất 5 ngày.

+Nếu cải thiện (hết thở nhanh, bớt sốt, ăn uống khá hơn): Tiếp tục uống kháng sinh đủ 5 ngày.

+ Nếu trẻ không cải thiện (còn thở nhanh, sốt, ăn kém): Đổi sang cephalosporin thế hệ thứ hai (Cefaclor, Cefuroxim) hoặc Amoxicillin + clavulinic acid.

+ Macrolid (Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin) là kháng sinh thay thế trong trường hợp dị ứng với beta lactam, kém đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu hay nghi ngờ vi khuẩn không điển hình.

- Theo dõi: Khuyên bà mẹ mang trẻ đến khám lại sau 2 ngày hoặc khi trẻ có dấu hiệu nặng hơn.

3.2.2. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng

- Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được xem là nặng và đều cần phải nhập viện.

- Điều trị viêm phổi sơ sinh tương tự như điều trị các nhiễm khuẩn nặng khác ở sơ sinh.

- Kháng sinh ban đầu phải nhằm vào cả vi khuẩn Gram dương (đặc biệt là Streptococcus group B) và cả trực khuẩn Gram âm đường ruột.

+ Ampicillin (50 mg/kg mỗi 6 – 8 giờ) và Gentamycin (7,5mg/kg – 1 lần/ngày).

+ Điều trị thay thế: Cephalosporin thế hệ thứ III: Cefotaxim: 50 mg/kg mỗi 6-8 giờ.

+ Nếu nghi ngờ S. aureus: Oxacillin (50 mg/kg mỗi 6 – 8 giờ) + Gentamycin.

- Thời gian điều trị tùy thuộc vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh:

+ Streptococcus group B, trực khuẩn Gram âm đường ruột: 7 – 10 ngày.

+ S. aureus: 3 – 6 tuần.

3.2.3. Viêm phổi ở trẻ từ 5 tuổi trở lên

- Viêm phổi không điển hình như Mycoplasma và Chlamydia pneumoniae là nguyên nhân quan trọng ở lứa tuổi này. Tuy nhiên S. pneumoniae vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm phổi do vi trùng nhưng H. influenzae ít gặp hơn.

- Vì vậy lựa chọn kháng sinh ban đầu trong trường hợp viêm phổi mức độ từ nhẹ đến vừa phải nhằm vào cả S. pneumoniae và Mycoplasma.

- Trường hợp viêm phổi: Có thể dùng Amoxcillin hoặc Macrolid hoặc Cotrimoxazol uống trong 7 - 10 ngày. Nếu có dấu hiệu nghi ngờ vi khuẩn không đặc hiệu, dùng nhóm Macrolid: Erythromycin, Azithromycin, Clarithromycin.

+ Liều lượng:

Erythromycin: 40mg/kg/ngày chia 4 lần x 7 – 10 ngày.

Clarithromycin: 15mg/kg/ngày chia 2 lần x 7 – 10 ngày.

Azithromycin: 10 mg/kg/ngày (1lần/ngày) x 5 ngày.

- Cần đánh giá đáp ứng sau 48 – 72 giờ điều trị. Nếu không đáp ứng có thể chuyển sang Amoxicillin – Clavulanic acid (uống) hoặc Cephalosporin thế hệ 2 uống (Cefaclor/Cefuroxim).

- Trường hợp viêm phổi nặng: Ampicillin (TM) hoặc Penicillin (TM). Nếu phải nhập Hồi sức: Cefotaxim/Ceftriaxon ± Gentamycin.

+ Nếu nghi viêm phổi không điển hình: thêm Macrolid.

+ Nếu nghi ngờ tụ cầu: Thêm Oxacillin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi đồng 1, 2019.

2. Phác đồ điều trị Nhi đồng 2, 2013.

ÁP XE PHỔI (J85.1-J85.2)

1.Định nghĩa

- Áp xe phổi là bệnh lý nhiễm trùng tại phổi. Nhu mô phổi bị hoại tử do quá trình viêm nhiễm cấp tính trong các bệnh lý như viêm phổi, màng phổi, hình thành dịch mủ và các ổ áp xe chứa mủ, xác bạch cầu chết và các vi sinh vật gây bệnh.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định.

2.1.1. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm trùng:

+ Sốt: sốt 38,5 độ C - 39 độ C hoặc cao hơn, có thể kèm theo các biểu hiện như rét run hoặc không.

+ Biểu hiện nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi

- Ho và khạc đờm thối lẫn máu và mủ (trẻ lớn), thường xuất hiện 10 ngày sau ở trẻ không được điều trị

- Đau ngực (ở trẻ nhỏ biểu hiện quấy khóc nhiều)

- Trường hợp nặng: trẻ có biểu hiện khó thở, suy hô hấp như: thở nhanh, tím môi, đầu chi, SaO2 giảm, PaO2 giảm.

- Triệu chứng toàn thân: ăn kém, sụt cân

- Triệu chứng thực thể ở phổi:

+ Các triệu chứng đông đặc ở phổi: giảm thông khí phổi, gõ đục, ran thì hít vào,ran ngáy, ran nổ, tiếng thổi vò hoặc tiếng thổi hang

+ Tiếng cọ màng phổi liên quan đến viêm dày dính màng phổi

+ Các triệu chứng của tràn mủ màng phổi, tràn dịch màng phổi, tràn mủ khí phế mạc: gõ đục, giảm/mất thông khí phổi.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: thường thấy số lượng bạch cầu >10G/L, tốc độ máu lắng tăng

- X quang phổi:hình hang thường có thành tương đối đều với mức nước mức hơi. Có thể có một hay nhiều ổ áp xe, một bên hoặc 2 bên

- Cần chụp phim X quang phổi nghiêng, có khi phải chụp cắt lớp vi tính để xác định chính xác vị trí ổ áp xe giúp chọn phương pháp dẫn lưu mủ phù hợp

-Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn từ đờm, dịch phế quản hoặc mủ ổ áp xe, cấy máu khi sốt > 38,5 độ C.

- Siêu âm

+ Phát hiện vùng áp xe có liên quan màng phổi

- Chụp cắt lớp vi tính

+ CT để xác định tràn mủ màng phổi và tiến triển của nhồi máu phổi.

+ Chụp CT có tiêm thuốc cản quang giúp chẩn đoán phân biệt mủ màng phổi với áp-xe phổi.

+ CT scan cũng có giá trị hướng dẫn chọc dò ổ áp-xe.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Hang lao bội nhiễm
- Các khối u ở phổi
- Kén sán
- Giãn phế quản bội nhiễm
- Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình
- Nang phổi

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân.

Xét nghiệm vi sinh vật: đờm, dịch phế quản, máu hoặc bệnh phẩm khác.

Các tác nhân gây áp xe phổi thường là Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, E. Coli, Proteus, vi khuẩn yếm khí, Strreptococcus pneumoniae, Hemophilus influenzae. Một số trường hợp do nấm, ký sinh trùng(amip).

Cần tìm các yếu tố thuận lợi như suy giảm miễn dịch do HIV hoặc các thuốc ức chế miễn dịch, tìm các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát: răng hàm mặt, tai mũi họng,…

2.4. Chẩn đoán thể bệnh:

Áp xe phổi phân loại dựa vào thời gian bị bệnh

- Áp xe phổi cấp tính là áp xe có thời gian ít hơn 4-6 tuần.
- Áp xe phổi mãn tính là áp xe có thời gian kéo dài hơn.

Áp xe phổi phân loại dựa vào sinh bệnh học

- Áp xe phổi tiên phát là áp xe phổi xuất hiện do vi khuẩn xâm nhập từ ngoài vào theo đường hô hấp hay viêm phổi trên bệnh nhân trước đó khỏe mạnh.
- Áp xe phổi thứ phát là áp xe phổi do vi khuẩn từ vị trí khác đưa đến, lan rộng trên các nhánh phế quản và phổi và/hoặc trên cơ địa bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

Áp xe phổi cũng còn được phân loại dựa trên căn nguyên gây bệnh: áp xe phổi do tụ cầu, vi khuẩn kỵ khí hay nấm…

2.5. Biến chứng.

- Áp xe vỡ vào khoang màng phổi gây tràn mủ màng phổi, điều trị kéo dài.
- Áp xe vỡ vào trung thất, màng ngoài tim.
- Áp xe gần những mạch máu lớn đặc biệt rốn phổi gây ho máu và ho máu sét đánh.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Suy kiệt.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

• Điều trị kháng sinh

• Dẫn lưu mủ

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị nội khoa:

- Nguyên tắc chung:

+ Cần phối hợp kháng sinh

+ Sử dụng các loại kháng sinh diệt và nên có kháng sinh có tác dụng trên vi khuẩn kỵ khí

+ Việc lựa chọn kháng sinh ban đầu là theo kinh nghiệm. Sau 7-10 ngày, các kháng sinh đang sử dụng sẽ được đánh giá lại tùy theo đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.

+ Khởi đầu dùng bằng đường tiêm khoảng 2-3 tuần, sau đó chuyển sang uống khi lâm sàng và xét nghiệm công thức máu ổn định

+ Cần kéo dài liệu trình điều trị từ 4-6 tuần

-Lựa chọn kháng sinh ban đầu:

+ Kháng sinh ban đầu cần phải diệt được cả vi khuẩn ái khí và vi khuẩn kỵ khí. Đối với vi khuẩn ái khí, cần có kháng sinh chống lại được vi khuẩn tiết men penicillinase (Staphylococcus aureus kháng Methicillin) như Vancomycin.Đối với vi khuẩn kỵ khí, cần sử dụng Clindamycin hay Ticarcillin/Clavulanic acid. Nếu nghi ngờ có vi khuẩn Gram âm, cần kết hợp thêm Aminoglycosid.

+ Clindamycin có tác dụng với phần lớn các vi trùng kỵ khí đề kháng với Penicillin G, ngoài ra còn có tác dụng tốt đối với vi khuẩn ái khí Gram dương.

+ Trong trường hợp nhiễm trực khuẩn Gram âm đa kháng nên bắt đầu điều trị với kháng sinh thuộc nhóm β-lactam chống được P.aeruginosa như Ceftazidim, Ticarcillin/Clavulanat, Imipenem hoặc Fluoroquinolone (Ciprofloxacin, Ofloxacin) bằng đường tĩnh mạch.

- Nếu có kết quả nhuộm Gram bệnh phẩm hoặc diễn tiến bệnh

không thuận lợi sau 7-10 ngày, cân nhắc đổi kháng sinh:

+ Tụ cầu vàng: Vancomycin

+ Trực khuẩn Gram âm từ đường ruột hoặc trực khuẩn mủ xanh (P.aeruginosa):

- Ceftazidim ± Aminoglycosid
- Imipenem ± Aminoglycosid
- Fluoroquinolone ± Aminoglycosid

+ Nhiễm trùng hỗn hợp (ái khí và kỵ khí)

- Ceftazidim + Clindamycin (hoặc Metronidazole) ± Aminoglycosid.
- Ticarcillin/Clavulanat ± Aminoglycosid.
- Imipenem + Clindamycin (hoặc Metronidazole) ± Aminoglycosid.
- Fluoroquinolone + Clindamycin (hoặc Metronidazole) ± Aminoglycosid.

- Thời gian điều trị:

Thường từ 4-6 tuần. Nếu ổ áp-xe được dẫn lưu mủ tốt thì thời gian điều trị có thể ngắn hơn. Tuy nhiên, có trường hợp phải kéo dài điều trị đến 3-4 tháng để đề phòng tái phát. Khi hết đàm mủ, mất hình ảnh khí - dịch, xóa hoàn toàn tổn thương X-quang thì không cần tiếp tục cho kháng sinh.

3.2.2. Dẫn lưu mủ

3.2.2.1. Dẫn lưu tư thế và vật lý trị liệu

Khi ở giai đoạn ổ mủ thông với phế quản,phải hướng dẫn bệnh nhân nằm ở tư thế dẫn lưu và vỗ lưng bệnh nhân để giúp bệnh nhân ho và khạc đờm mủ được dễ dàng

• Chỉ định trong áp xe phổi giai đoạn tạo hang, ộc mủ.

• Chống chỉ định trong: suy hô hấp, suy tim, ho ra máu, áp xe chưa khu trú, bệnh nhân hôn mê.

3.2.2.2. Chọc tháo mủ ổ áp xe qua da

• Chỉ định: Khi áp-xe phổi khu trú, cách thành ngực ≤ 1cm, đường kính >4cm.

• Thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm.

• Tai biến: tràn mủ, tràn máu, tràn khí màng phổi, ho ra máu.

3.2.2.3. Nội soi phế quản

• Chỉ định khi nghi ngờ có dị vật.

• Qua nội soi có thể hút bớt mủ, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm.

3.2.2.4. Đặt catheter nhỏ dẫn lưu tạm thời ổ áp-xe

• Chỉ định trong trường hợp ổ áp-xe có chỉ định điều trị ngoại khoa nhưng cơ địa bệnh nhân không cho phép.

• Phương pháp này có nguy cơ dò mủ vào màng phổi.

3.2.3. Điều trị ngoại khoa

Khi điều trị nội khoa thất bại

3.2.4. Điều trị hỗ trợ

- Hỗ trợ hô hấp khi có khó thở.
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Đảm bảo cân bằng nước điện giải
- Giảm đau, hạ sốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Mai Hoàn (2019), *Phác đồ điều trị bệnh Hô hấp,* Bệnh viện nhi Trung ương, Hà Nội

2. Bệnh viện Nhi đồng 2 (2019). *Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019,* nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 284-289

3. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp,* Hà Nội.

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI (J93.9)

1. Định nghĩa

Tràn khí màng phổi là sự tích tụ khí trong khoang màng phổi, gây xẹp phổi thứ phát.

2. Nguyên nhân

2.1. Tràn khí màng phổi tự phát

- Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát:
  - Xảy ra ở bệnh nhân không có bệnh phổi và không có tiền sử chấn thương, phẫu thuật.
  - Do vỡ các bóng khí dưới màng phổi.
- Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát:

Xảy ra như biến chứng của vỡ phế nang của bệnh phổi cấp tính hay mạn tính và không liên quan chấn thương.

Có thể xảy ra ở bệnh nhân có bệnh lý nền tại phổi:

Hít nước ối phân su

Bệnh màng trong

Hen

Viêm tiểu phế quản

Viêm phổi (kết hợp với tràn mủ màng phổi)

Áp-xe phổi

Lao phổi

Dị vật đường thở

Xơ nang

HIV

Bệnh mô liên kết

2.2. Tràn khí màng phổi do chấn thương

Chấn thương ngực kín hay hở

Chấn thương do các thủ thuật liên quan đến chẩn đoán và điều trị: đặt đường truyền tĩnh mạch trung ương, thở máy, chọc dò màng phổi, sinh thiết xuyên thành phế quản

3. Lâm sàng và cận lâm sàng

3.1. Bệnh sử

- Tiền sử sản khoa: hít nước ối phân su, bệnh màng trong
- Các triệu chứng ho, đau ngực, khó thở, đau thượng vị
- Hỏi các triệu chứng liên quan đến bệnh lý phổi
- Hỏi tiền sử tràn khí màng phổi
- Hỏi tiền sử chấn thương ngực

3.2. Lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng của tràn khí màng phổi tự phát thứ phát thường nặng hơn triệu chứng lâm sàng của tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát và dấu hiệu khó thở không tương xứng với mức độ tràn khí. Khi có dấu hiệu suy hô hấp tuần hoàn nên nghĩ đến tràn khí áp lực.
- Đánh giá các dấu hiệu lâm sàng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim, tri giác.
- Dấu hiệu suy hô hấp: thở nhanh, rút lõm ngực, cánh mũi phập phồng, thở rên, tím tái
- Dấu hiệu suy tuần hoàn
- Nghe âm phế bào giảm hay mất, rung thanh giảm, gõ vang nơi tràn khí
- Lồng ngực gồ, kém cử động
- Tràn khí dưới da
- Tìm dấu hiệu chấn thương: vết đụng giập, trầy da,vết thương nhỏ xuyên thấu
- Tìm các bệnh phổi đi kèm
- Tìm bệnh cảnh toàn thân

3.3. Cận lâm sàng

- X-quang ngực:

X-quang ngực thẳng thì hít vào: là chìa khóa để xử trí lâm sàng tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát và tràn khí màng phổi tự phát thứ phát. Không đánh giá chính xác mức độ tràn khí màng phổi.

X-quang ngực nghiêng: khi nghi ngờ tràn khí màng phổi mà không xác định được bằng X-quang ngực thẳng.

X-quang ngực tư thế nằm: thường được sử dụng trong trường hợp bệnh nhân chấn thương, không an toàn khi di chuyển.

- Siêu âm: xét nghiệm tương đối mới và ngày càng có giá trị, đặc biệt ở bệnh nhân chấn thương, bệnh nhân không an toàn khi di chuyển, giúp phát hiện khí thủng do phẫu thuật, bệnh phổi bóng khí.

- CT scan: tiêu chuẩn vàng trong việc phát hiện tràn khí màng phổi kích thước nhỏ cũng như đánh giá kích thước tràn khí màng phổi. CT cũng có ít trong trường hợp khí thủng do thủ thuật, bệnh phổi bóng khí và bệnh lý phổi đi kèm.

- Khí máu động mạch.

4. Chẩn đoán xác định [1]

- Dựa vào X-quang ngực: thấy đường màng phổi tạng song song với thành ngực. Có thể thấy tràn khí trung thất, tràn khí màng tim, tràn khí dưới da, trung thất lệch sang bên đối diện.

- Tràn khí màng phổi áp lực: chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng.

+ Dấu hiệu sớm: đau ngực, khó thở, lo lắng, thở nhanh, nhịp tim nhanh, gõ vang bên ngực tràn khí, phế âm giảm bên ngực tràn khí.

+ Dấu hiệu trễ: giảm ý thức, khí quản lệch về phía đối diện, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, tĩnh mạch cổ nổi, tím tái.

+ Dựa vào X-quang ngực có thể ước lượng thể tích khí trong khoang màng phổi.

+ Công thức của Light:

Kích thước của khí trong màng phổi (PTX) (%): 100 – [DL^3/DH^3x100]

DL: đường kính phần phổi bị xẹp.

DH: đường kính nửa bên lồng ngực.

Ví dụ: DL: 6 cm. DH: 10 cm.

Kích thước khí trong màng phổi (%) : 100 - ($6^3/10^3$x100) = 78,4%

4. Điều trị

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị hổ trợ, điều trị triệu chứng.
- Giãi phóng hết khí trong khoang màng phổi, phòng tái phát.
- Điều trị nguyên nhân.

4.2. Điều trị nội khoa: điều tri hổ trợ, điều trị triệu chứng.

- Nghỉ ngơi tại giường với tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Liệu pháp oxy: thở oxy ấm 100%.
- Giảm đau: paracetamol, morphin.
- An thần, giảm ho.

4.3. Chọc hút bằng kim

- Chỉ định cho hầu hết các PSP có thể tích trên 15%, hoặc trước khi chờ dẫn lưu khí trong trường hợp thể tích tràn khí tăng dần hoặc quá lớn hay suy hô hấp.
- Vị trí: đường giữa xương đòn ở khoang liên sườn 2 hoặc bờ trên xương sườn dưới đường nách giữa ở mức khoang liên sườn 4-5.

4.4. Dẫn lưu khí màng phổi

- Chỉ định: tràn khí màng phổi lớn trên 15% và/hoặc có triệu chứng lâm sàng, PSP chọc hút thất bại,SSP. Sau khi dặt dẫn lưu đầu ống dẫn lưu hướng lên trên và ra trước để hút khi với áp lưc âm 15 đến âm 20 cm nước, kiểm tra ống dẫn lưu bằng chụp xquang thẳng và nghiêng.
- Thời gian lưu ống dẫn lưu: từ 5 đến 10 ngày.
- Các bước trước trước rút ống dẫn lưu: hút liên tục cho đến sau khi hết khí 24 giờ, kẹp ống dẫn lưu và theo dõi thêm 24 giờ nếu không có tràn khí lại thì rút ống dẫn lưu.
- Nguy cơ khi phổi tái dãn nở: trong TKMP nhiều, đẩy lệch trung thất. Sự di chuyển vị trí đột ngột của trung thất khi dẫn lưu khí gây hạ huyết áp dẫn đến ngừng tim, sự tái dãn nở phổi đột ngột gây phù phổi cấp.

- Có thể không cần hút dẫn lưu liên tục: ống dẫn lưu nối với van một chiều kiểu Heimlich không hút liên tục mà chỉ hút khi có tràn khí.

4.5. Dự phòng tái phát: điều trị ngoại khoa

- Chỉ định ngoại khoa khi:

+ TKMP tồn tại dai dẳng sau 10 ngày dẫn lưu khí.

+ TKMP tái phát đối bên.

+ TKMP đồng thời 2 bên.

+ TKMP tái phát lần thứ 2

Bảng 5.1. Phân loại các túi khí (Bulle) và kén khí (Bleb) dựa vào hình ảnh nội soi và chọn phương pháp can thiệp.

	Hình ảnh tổn thương	**Phương pháp can thiệp**
	Tổn thương ở đỉnh	Dính màng phổi cơ học
Kén khí		
Típ I	Duy nhất, thành mỏng, đường kính trên 1 cm	Cắt bấm, thắt vòng, khâu, laser, dính màng phổi cơ học (chà màng phổi một phần hay toàn bộ)
Típ II	Trên 1 kén khí, dưới màng phổi, trong một thùy phổi	Thắt vòng, cắt bấm, khâu lại, dính màng phổi cơ học
Típ III	Trên 1 kén khí, dưới màng phổi, trong nhiều thùy phổi	Cắt bỏ màng phổi hoặc dính màng phổi cơ học
Túi khí		
Típ I	Duy nhất, thành mỏng, đường kính trên 1 cm	Cắt bấm, thắt vòng, khâu
Típ II	Một hay nhiều túi khí kết hợp với các kén khí, trong một thùy phổi	Thắt vòng, cắt bấm, khâu lại, dính màng phổi cơ học
Típ III	Ứ khí dạng túi lan tỏa xâm lấn nhiều thùy phổi	Thắt vòng, cắt bấm, cắt bỏ màng phổi hoặc dính màng phổi cơ học

- Gây dính màng phổi bằng cơ học: gạc vô khuẩn, xốp kiểu Scotch-Brite, đệm đặc hiệu, laser (điện đông, quang đông), bàn chải quay.

- Gây dính màng phổi bằng hóa học: chất talc (bột hay dịch treo), kháng sinh (tetracyclin, doxycyclin, minocyclin), chống sốt rét (quinacrine, mepacrine), thuốc chống ung thư (bleomycin, mitomycin, thiotepa), thuốc điều hòa miễn dịch (INFα, INFβ), máu tự thân, nitrat bạc, keo fibrin.

- Trong PSP thường chọn VATS kết hợp với gây dính màng phổi hoặc cắt bỏ màng phổi một phần.

- Trong SSP chon LAT kết hợp với gây dính màng phổi hoặc cắt bỏ màng phổi một phần hay toàn bộ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ diều trị bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2019.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2018

TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI (J90)

1. Định nghĩa

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là tình trạng xuất hiện dịch trong khoang màng phổi nhiều hơn mức bình thường

Bình thường khoang màng phổi là khoang ảo, lượng dịch trong khoang màng phổi hoảng 0,1 - 0,2 ml/kg cân nặng và protein <1,5 g/dL

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định:

- Hội chứng nhiễm trùng,nhiễm độc: sốt cao, mệt mỏi, kém ăn, quấy khóc, môi khô, lưỡi bẩn, thể trạng gầy sút.

- Triệu chứng cơ năng:

- Ho
- Khó thở (do chèn ép phổi)
- Đau ngực bên phổi bệnh (đau tăng khi họ, hít mạnh). Có thể đau bụng trong viêm thùy dưới, đau lan lên vai

- Triệu chứng thực thể:

- Nhịp tim nhanh, mạch nhanh.
- Đánh giá mức độ suy hô hấp: nhịp thở nhanh (trẻ dưới 2 tháng: ≥ 60 lần/phút , trẻ 2 -12 tháng: ≥ 50 lần/phút, trẻ 1 – 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút); phập phồng cánh mũi, đầu gật gù theo nhịp thở, rút lõm lồng ngực; tím tái ở lưỡi, quanh môi, đầu chi.
- Lượng dịch ít, khám khó phát hiện. Khi lượng dịch nhiều, khám có hội chứng 3 giảm ở phổi (rì rào phế nang giảm, gõ đục, rung thanh giảm).
- Khám hạch ngoại biên (khi nghi ngờ lao hoặc bệnh ác tính).

- Cận lâm sàng:

- Công thức máu

+ Số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.

+ CRP tăng.

+ Lactat tăng.

- Xquang ngực (thẳng – nghiêng):

+ Hình ảnh góc sườn hoành tù -> mờ hoàn toàn một bên phổi, trung thất bị đẩy về bên đối diện.

+ Mờ đồng nhất hay không đều, mờ nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ tràn dịch.

+ Hoặc có hình ảnh vách hoá khoang màng phổi.

- Siêu âm màng phổi:

Hình ảnh tràn dịch hay vách hoá tạo thành ổ cặn (giai đoạn muộn).

- Xét nghiệm dịch màng phổi:

+ Màu sắc dịch màng phổi: trong -> đục có mủ.

+ Tế bào: số lượng bạch cầu >10.000/mcl, chủ yếu là bạch cầu đa nhân.

trung tính.

+ Sinh hóa: có ý nghĩa tiên lượng xuất hiện mủ trong khoang màng phổi:

pH<7,2, glu <40mg%, LDH >1000ui/l.

+ Vi sinh (nhuộm Gram, nuôi cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ).

- Trong trường hợp tràn dịch màng phổi khu trú cần kết hợp siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính để xác định vị trí.

- Tiền sử : Lao, hít dị vật, bệnh ác tính, chấn thương ngực...

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- U trung thất

- U phổi

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

	Dịch thấm	Dịch tiết
Màu	Trong	Mủ
pH	Bình thường	7,2 – 7,4
Protein	<3g/dL	>3 g/dL
Glucose	= đường huyết	<60mg/dL
LDH	<200 U/L	>200 U/L
Tỉ lệ Protein dịch màng phổi/máu	< 0,5	> 0,5
Tỉ lệ LDH dịch màng phổi/máu	<0,6	> 0,6
Số lượng tế bào	< 1000	> 1000
Loại tế bào	Lympho, mono	Đa nhân trung tính

- Dịch thấm

+ Hội chứng thận hư, suy thận mạn.

+ Xơ gan cổ trướng.

+ Suy tim trái không hồi phục.

+ Thẩm phân phúc mạc.

+ Suy giáp.

+ Hội chứng Demon-Meigs.

+ Suy dinh dưỡng.

- Dịch tiết

+ Do lao.

+ Do ung thư.

+ Do nhiễm trùng phổi và màng phổi (vi khuẩn, nấm, vi rút, ký sinh trùng như a míp, sán lá phổi, sán lá gan lớn).

+ Do nghẽn tắc động mạch phổi.

+ Do các bệnh hệ thống (lupus, viêm khớp dạng thấp...).

- Tràn dịch màng phổi dịch màu máu: dịch có màu đỏ máu, Hemoglobin dịch màng phổi/hemoglobin máu < 0,5.

+ Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.

+ Lao màng phổi.

- Tràn máu màng phổi: tỷ lệ hemoglobin dịch màng phổi/hemoglobin máu > 0,5.

+ Do chấn thương lồng ngực.

+ Ung thư màng phổi, ung thư di căn tới màng phổi.

+ Tai biến của các thủ thuật thăm dò màng phổi: chọc dò màng phổi, sinh thiết màng phổi,…

+ Vỡ phình tách động mạch chủ ngực.

+ Bệnh Rendu Osler.

- Tràn dưỡng chấp màng phổi: Dịch màng phổi trắng như sữa, tái phát rất nhanh. Soi vi thể thấy những giọt mỡ. Mỡ toàn phần của dịch màng phổi 1-4 g/100 ml. Triglycerid dịch màng phổi > 110 mg%.

+ Do chấn thương lồng ngực.

+ Phẫu thuật lồng ngực gây lỗ dò ống ngực - màng phổi.

+ Viêm bạch mạch do lao, giun chỉ.

+ Do ung thư hệ lympho hoặc ung thư phế quản di căn.

2.4. Chẩn đoán thể bệnh

- Viêm màng phổi.

Viêm màng phổi thường kèm tràn dịch màng phổi, nguyên nhân dựa vào tính chất dịch: dịch thấm hay dịch tiết.

-Tràn dịch màng phổi.

Nguyên nhân hay gặp là viêm phổi do vi khuẩn, suy tim, bệnh khớp, thận hư và bệnh ác tính di căn ngực. Ngoài ra, còn gặp là lao, lupus ban đỏ, viêm tụy, abces dưới hoành.

-Tràn mủ màng phổi: ba giai đoạn.

- Dịch tiết.
- Mủ fibrin.
- Tổ chức hóa.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh toàn thân, phổ rộng, liều cao, thời gian kéo dài, thấm được vào khoang màng phổi, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Làm sạch khoang màng phổi, phát hiện và dẫn lưu mủ sớm.

- Điều trị hỗ trợ.

+ Chống suy hô hấp.

+ Giảm đau, hạ sốt.

+ Điều chỉnh rối loạn nước điện giải.

+ Đảm bảo dinh dưỡng.

3.2. Điều trị cụ thể

• Thuốc

- Lựa chọn 1 trong số các nhóm kháng sinh sau: penicillin, cephalosporin, aminosid, glycopeptid, macrolid.

- Chuyển kháng sinh đường uống khi lâm sàng cải thiện: (hết sốt, bạch cầu giảm, CRP giảm).

- Thời gian điều trị kháng sinh 2-6 tuần.

• Phẫu thuật, thủ thuật

- Chọc hút màng phổi: áp dụng với tất cả các bệnh nhân để chẩn đoán nguyên nhân và hỗ trợ điều trị.

- Chọc tháo mủ làm giảm khó thở khi lượng dịch màng phổi nhiều gây chèn ép.

- Mở màng phổi dẫn lưu kín nên được tiến hành sớm khi:

+ Bệnh nhân đã được chọc hút dịch, điều trị kháng sinh kết hợp, mà dấu hiệu nhiễm trùng trên lâm sàng không được cải thiện trong tuần đầu.

+ Xquang có dịch >3 khoang liên sườn.

+ Có hiện tượng vách hoá nhưng lượng dịch nhiều, mở khoang màng phổi dẫn lưu trong khi chờ phẫu thuật.

- Điều trị ngoại khoa: khi điều trị nội khoa thất bại.

- Đánh giá lại sau 48-72h, nếu bệnh nhân còn sốt dai dẳng hoặc còn suy hô hấp làm lại xét nghiệm máu, chụp xquang, siêu âm lại đánh giá lại mức độ và tính chất dịch.

- Thời gian dẫn lưu màng phổi: trung bình từ 5-7 ngày.

- Rút dẫn lưu khi lượng dịch còn 1-2ml/kg/24h và lâm sàng ổn định.

3.3.Điều trị hỗ trợ, điều trị triệu chứng

- Liệu pháp oxy (khi cần).

- Liệu pháp bù dịch, thăng bằng toan kiềm.

- Kiểm soát albumin máu.

- Đảm bảo về dinh dưỡng, năng lượng, nâng cao thể trạng: cho bệnh nhân ăn uống tốt, truyền đạm, truyền máu, các loại sinh tố.

3.4. Điều trị dự phòng

- Bệnh nhân tràn dịch màng phổi cần được theo dõi ngoại trú, chụp XQ phổi, xét nghiệm máu trong vòng 4 tuần sau khi xuất viện.

- Xquang phổi phần lớn bình thường sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi đồng 2 (2019). *Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019*, nhà xuất bản y học, thành phố Hồ Chí Minh, 301 - 305

2. Bệnh viện Nhi Trung Ương (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị trẻ em năm 2018,* Hà Nội

3. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp,* Hà Nội.

CHƯƠNG VIII : THẦN KINH

BẠI NÃO (ICD- G80)

1. Định nghĩa

Bại não là tổn thương não không tiến triển gây nên bởi các yếu tố nguy cơ xảy ra ở giai đoạn trước sinh, trong khi sinh và sau sinh đến 5 tuổi. Bại não biểu hiện chủ yếu bằng các rối loạn về vận động, và có thể các rối loạn đi kèm khác về trí tuệ, giác quan và hành vi.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Thể co cứng

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương thần kinh trung ương:

- Tăng trương lực cơ ở các chi bị tổn thương.
- Giảm khả năng vận động riêng biệt tại từng khớp.
- Dấu hiệu tổn thương hệ tháp.
- Tăng phản xạ gân xương ở các chi bị tổn thương.
- Có các phản xạ nguyên thủy.
- Dinh dưỡng cơ: Không có teo cơ, co rút tại các khớp.
- Cảm giác: Có thể có rối loạn điều hòa cảm giác.
- TK sọ não: Có thể bị liệt.
- Các dấu hiệu khác: Đa động gân gót, co rút tại các khớp, cong vẹo cột sống, động kinh.

Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau.

2.1.2. Thể múa vờn

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương thần kinh trung ương:

- Trương lực cơ thay đổi lúc tăng lúc giảm ở tứ chi.
- Giảm khả năng vận động thô.
- Có các vận động không hữu ý.
- Dấu hiệu tổn thương ngoại tháp: Rung giật, múa vờn.
- Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng ở các chi bị tổn thương.
- Có các phản xạ nguyên thủy.
- Dinh dưỡng cơ: Không có teo cơ, ít co rút tại các khớp.
- Cảm giác: Có thể có rối loạn điều hòa cảm giác.
- TK sọ não: Có thể bị liệt.
- Các dấu hiệu khác: Động kinh, rối loạn nhai nuốt, điếc ở tần số cao.

Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau.

2.1.3. Thể thất điều (mất điều phối)

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương thần kinh trung ương:

- Giảm trương lực cơ toàn thân.

- Rối loạn hoặc mất điều phối vận động hữu ý (quá tầm, rối tầm, không thực hiện được động tác tinh vi, rối loạn thăng bằng đầu cổ và thân mình, dáng đi như người say rượu).

- Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ.

- Có các phản xạ nguyên thủy.

- Dinh dưỡng cơ: Không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp.

- Cảm giác: Có rối loạn điều hòa cảm giác.

- TK sọ não: Có thể bị liệt.

- Các dấu hiệu khác: Cong vẹo cột sống, động kinh.

Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau.

2.1.4. Thể nhẽo (giảm trương lực)

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương thần kinh trung ương:

- Giảm trương lực cơ toàn thân.

- Giảm vận động hữu ý.

- Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ.

- Có các phản xạ nguyên thủy.

- Dinh dưỡng cơ: Không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp.

- Cảm giác: Có rối loạn điều hòa cảm giác.

- TK sọ não: Có thể bị liệt.

- Các dấu hiệu khác: Cong vẹo cột sống, động kinh, dấu hiệu Babinski.

Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau.

2.1.5. Thể phối hợp co cứng và múa vờn

Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương thần kinh trung ương: giống thể co cứng và múa vờn.

Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau.

2.2. Cận lâm sàng

- Điện não đồ: Hoạt động cơ bản bất thường, có các hoạt động kịch phát điển hình hoặc không điển hình, khu trú hoặc toàn thể hóa.

- Siêu âm qua thóp: Để tìm các nguyên nhân khu trú như xuất huyết, giãn não thất

- Chụp CT scan hoặc MRI sọ não: Phát hiện một số tổn thương não

- Chụp XQ: Xác định các dị tật cột sống, khớp đi kèm

- Đo thị lực, thính lực

- Các xét nghiệm khác: CK, LDH loại trừ bệnh lý cơ; T3, T4, TSH loại trừ suy giáp.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

2.3.1. Nguyên nhân trước sinh

- Mẹ bị cúm, sốt cao khi mang thai.

- Nhiễm độc thai nghén nặng.

- Mẹ bị bệnh tim, tiểu đường, các bệnh lý chuyển hóa khác.

- Bất đồng nhóm máu Rh.

- Chấn thương.

- Không rõ nguyên nhân.

2.3.2. Các nguyên nhân trong khi sinh

- Trẻ đẻ non.

- Đẻ ngạt.

- Can thiệp sản khoa, đẻ khó.

- Các dị tật bẩm sinh: Não bé, não úng thủy.

2.3.3. Sau khi sinh

- Trẻ bị ngạt nước, ngạt hơi.

- Chấn thương sọ não.

- Các bệnh nhiễm trùng thần kinh TW: Viêm não, viêm màng não.

- Nguyên nhân khác.

2.4. Chẩn đoán phân biệt: Các tổn thương não sau 5 tuổi.

3. Điều trị:

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm ngay sau khi được chẩn đoán, thường bắt đầu bằng vật lí trị liệu.

- Điều chỉnh trương lực cơ, tăng cường cơ lực ở một số nhóm cơ chính.

- Phá vỡ, ức chế các phản xạ nguyên thủy như duỗi chéo, nâng đỡ hữu hiệu.

- Tạo thuận các vận động chức năng và kích thích sự phát triển vận động theo các mốc: Lẫy, ngồi, bò, quỳ, đứng, đi, chạy.

- Tăng cường khả năng độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày: Ăn uống, đánh răng, rửa mặt….

- Kích thích giao tiếp sớm và phát triển ngôn ngữ, tư duy.

3.2. Điều trị cụ thể

Phục hồi chức năng:

- Vận động trị liệu

- Huấn luyện giao tiếp và ngôn ngữ

- Hoạt động trị liệu

- Vật lý trị liệu

- Dụng cụ hỗ trợ: Nẹp, đai, nâng, ghế, khung tập đi….

- Tiêm thuốc giãn cơ Botilinum toxin: Chỉ định trẻ bại não thể co cứng

3.3. Điều trị dự phòng

- Khám thai định kỳ và sàng lọc trước sinh (trong quá trình mang thai)
- Khám định kỳ theo mốc phát triển của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), Phục hồi chức năng trẻ bại não, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*, Nhà xuất bản y học.
2. Nguyễn Tiến Dũng (2018), Phục hồi chức năng bại não, *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản y học.
3. Trịnh Quang Dũng (2018), Phục hồi chức năng bại não, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em*, Bệnh viện Nhi Trung ương.

CO GIẬT DO SỐT (ICD R56.0)

1. Khái niệm

Co giật do sốt thường xảy ra ở trẻ từ 06 tháng đến 60 tháng tuổi, các cơn co giật xuất hiện trong quá trình mắc một bệnh cấp tính có sốt, nhưng không phải do nhiễm trùng thần kinh hoặc có các cơn co giật không do sốt trước đó và các dấu hiệu bất thường hệ thần kinh.

Co giật biểu hiện bằng tình trạng rối loạn tạm thời về ý thức, vận động, cảm giác, thần kinh tự động do sự phóng điện đột ngột, quá mức và nhất thời của một số tế bào thần kinh.

2. Chẩn đoán.

2.1. Lâm sàng

- Thăm khám một cách toàn diện, khai thác tiền sử và bệnh sử.
- Đánh giá đặc điểm cơn co giật.
- Đánh giá các dấu hiệu thần kinh, hội chứng não-màng não.
- Phát hiện các bệnh nhiễm trùng kèm theo.

2.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu, chụp XQ phổi để đánh giá tình trạng nhiễm trùng.
- Điện não đồ ít có giá trị ở bệnh nhi bị co giật do sốt đơn thuần. Một số trường hợp khác có chỉ định ghi điện não đồ như: Trạng thái động kinh do sốt cao hay co giật do sốt phức hợp.
- Chọc dò tủy sống: Trẻ < 6 tháng tuổi hoặc nghi ngờ có nhiễm trùng thần kinh trung ương.

2.3. Phân loại

- Co giật do sốt đơn thuần:

+ Xảy ra ở trẻ không có bất thường hệ thần kinh.

+ Cơn co giật toàn thể, kéo dài dưới 15 phút.

- Co giật do sốt phức tạp: Khi có một trong các biểu hiện sau:

+ Co giật cục bộ hoặc khởi phát cục bộ.

+ Thời gian co giật kéo dài trên 15 phút.

+ Không hồi phục hoàn toàn chức năng hệ thần kinh trong vòng một giờ.

+ Tái phát các cơn co giật trong đợt sốt.

- Trạng thái động kinh do sốt:

+ Là những cơn co giật kéo dài trên 30 phút.

Một số lưu ý:

+ Một số trẻ xuất hiện cơn co giật trong quá trình mắc một bệnh nhiễm trùng cấp tính (viêm dạ dày ruột) mà không có bằng chứng của sốt, việc điều trị và tiên lượng tương tự như co giật do sốt.

+ Đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi bị co giật do sốt cao cần thận trọng với tình trạng nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm khuẩn thần kinh: Viêm não, viêm màng não.
- Xuất huyết não.
- Hội chứng lỵ.
- Do thuốc: Thuốc chống trầm cảm 3 vòng, amphetamine, cocain.
- Rối loạn điện giải.
- Hạ đường máu.
- Chấn thương đầu.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí cơn co giật.
- Kiểm soát thân nhiệt.
- Điều trị nguyên nhân gây sốt.
- Dự phòng co giật trong đợt sốt.

3.2. Điều trị cụ thể

- Xử trí cơn co giật:

+ Để trẻ nằm yên, tránh kích thích.

+ Để đầu trẻ nằm nghiêng bên phải, nới rộng quần áo.

+ Trong một số trường hợp có thể đặt vật mềm hay đè lưỡi giữa hai hàm răng để trẻ không cắn vào lưỡi.

+ Thở oxy nếu cơn co giật kéo dài trên 5 phút hoặc có tình trạng thiếu oxy.

+ Nhanh chóng kiểm tra thân nhiệt, các chỉ số sinh tồn.

+ Trong trường hợp cơn co giật kéo dài: Sử dụng Diazepam 0,5 mg/kg thụt hậu môn hoặc tiêm tĩnh mạch chậm liều 0,2 - 0,3 mg/kg. Hoặc tiêm tĩnh mạch chậm phenolbarbital 15 - 20 mg/kg. Hoặc tiêm tĩnh mạch chậm Midazolam 0,1 mg/kg.

- Kiểm soát thân nhiệt

+ Khi sốt trên 38°C, hạ sốt bằng paracetamol 10 - 15mg/ kg/ lần, dùng đường uống, đặt hậu môn hoặc tiêm tĩnh mạch chậm, nhắc lại sau 4 - 6 giờ (nếu còn sốt), tối đa 60 mg/ kg/ 24h. Hoặc Ibuprofen 10 mg/ kg/ lần, đường uống, nhắc lại sau 4 - 6 giờ (nếu còn sốt).

+ Kết hợp các biện pháp vật lý: Chườm ấm, nới bỏ quần áo.

- Tìm, điều trị bệnh cơ bản gây sốt.

- Dự phòng co giật trong đợt sốt: Valproate 20 mg/kg/ngày, uống chia 2 lần. Hoặc Phenolbarbital 5 mg/kg/ngày.

3.3. Điều trị dự phòng

- Kiểm soát tốt tình trạng tăng thân nhiệt.
- Đối với các trường hợp co giật do sốt tái phát nhiều lần, có nguy cơ co giật cao có thể cân nhắc sử dụng thuốc kháng động kinh dài hạn.
- Hướng dẫn, tư vấn cha mẹ trẻ cách điều trị và hẹn tái khám định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Vũ Hùng (2018), Co giật do sốt, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em*, Bệnh viện Nhi Trung ương.

ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM (ICD- G40)

1. Định nghĩa

Động kinh là sự rối loạn từng cơn chức năng của hệ thần kinh trung ương do sự phóng điện đột ngột quá mức, nhất thời của các tế bào thần kinh ở não. Biểu hiện bằng các cơn co giật, rối loạn hành vi, cảm giác, có thể bao gồm rối loạn ý thức.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Các cơn có tính định hình, cơn ngắn, lặp lại nhiều lần.
- Rối loạn các chức năng thần kinh (vận động, cảm giác).
- Rối loạn ý thức trong cơn (trừ cơn cục bộ đơn giản).
- Sau cơn hồi phục nhanh.

2.1.2. Các xét ngiệm cận lâm sàng

` - Điện não đồ: Có các biến đổi kịch phát dạng sóng động kinh hoặc sóng đặc hiệu của các thể động kinh đặc trưng.

- Chụp cộng hưởng từ não có thể gợi ý nguyên nhân.
- Công thức máu, chức năng gan, đường máu, điện giải đồ, canxi.

2.2. Phân loại (Hiệp hội chống Động kinh thế giới năm 1989)

2.2.1. Động kinh cục bộ

- Động kinh cục bộ tiên phát.

+ Động kinh cục bộ không rõ nguyên nhân.

+ Động kinh cục bộ căn nguyên ẩn (nguyên nhân không rõ ràng).

- Động kinh cục bộ triệu chứng thứ phát.

+ Động kinh thùy thái dương, thùy trán, đỉnh, chẩm.

+ Động kinh cục bộ toàn thể hóa.

2.2.2. Động kinh toàn thể

- Động kinh toàn thể không rõ nguyên nhân: Co giật sơ sinh lành tính, động kinh cơn vắng ý thức, động kinh toàn thể nguyên phát...

- Động kinh toàn thể căn nguyên ẩn hoặc triệu chứng: Hội chứng West, hội chứng Lennox–Gastaut...

2.2.3. Động kinh và hội chứng không xác định được cục bộ hay toàn bộ

Động kinh thất ngôn mắc phải, động kinh có nhọn sóng liên tục khi ngủ...

2.2.4. Động kinh với hội chứng đặc hiệu

Động kinh khi có sốt.

2.3. Đặc điểm lâm sàng của một số thể động kinh

2.3.1. Động kinh toàn thể

- Co giật sơ sinh lành tính có tính chất gia đình: Di truyền trội, gen mã hóa bệnh lý nằm trên cánh tay dài của nhiễm sắc thể số 20 (20q 13.3) hoặc 8q24 và tương ứng bất thường kênh Kali loại KCNQ2, kênh Kali KCNQ3. Xuất hiện ngày thứ 2 - 5 sau khi sinh bằng cơn co giật, giật rung, đôi lúc ngừng thở.Thường không biến đổi đặc hiệu trên điện não đồ.

- Co giật sơ sinh lành tính: Khởi phát từ ngày thứ 5 sau sinh. Cơn giật cơ, giật tay, giật bàn chân, cơn có khuynh hướng lan tỏa từ một bên chuyển sang bên đối diện, kéo dài 20 - 30 giây. Cần loại trừ các vận động tự nhiên không phải động kinh. Điện não đồ có các nhọn sóng nhanh toàn bộ hai bán cầu. Bệnh có tiên lượng tốt, sự phát triển tinh thần vận động bình thường. Có một số chuyển cơn động kinh toàn thể thứ phát, rối loạn hành vi, chậm phát triển tinh thần vận động.

- Động kinh vắng ý thức ở trẻ em: Cơn điển hình là đột nhiên mất ý thức, dừng hoạt động, mắt nhìn trừng trừng, không thay đổi tư thế, không vận động, ý thức trở lại sau vài giây.

- Động kinh toàn thể cơn trương lực: Biểu hiện cơn giật cứng các chi, có thể quay mắt, quay đầu sang bên, không giật cổ. Cơn kéo dài 30 giây đến một phút.

- Động kinh toàn thể cơn giật cơ: Các cơ thân và chi đột ngột co mạnh, co cơ thể nhẹ hoặc rất mạnh làm mất thăng bằng ngã ra.

- Động kinh giật cơ mất đứng (hội chứng Doose).

2.3.2. Động kinh toàn thể căn nguyên ẩn hoặc động kinh triệu chứng

- Hội chứng West: Động kinh cơn co thắt gấp ở trẻ em tử 5 - 6 tháng tuổi, có 3 thể co giật:

+ Cơn co thắt gấp, cơ co cứng ở mặt, cổ chi thân, mỗi lần giật có 10 - 20 nhịp co thắt gấp.

+ Cơn giật cơ duỗi: Đầu ngửa ra sau, thân ưỡn ra, hai tay nắm chặt, hai chân duỗi cứng.

+ Cơn giật hỗn hợp: Đầu ngửa ra sau, hai tay, hai chân co dúm về phía trước.

- Hội chứng Lennox- Gatstaut: Có 3 đặc điểm chính:

+ Sự kết hợp của nhiều dạng co giật: Gồm cơn vắng ý thức không điển hình kết hợp với cơn mất trương lực, cơn giật cứng cơ.

+ Điện não đồ biến đổi: Nhọn chậm, lan tỏa ở giai đoạn thức, sóng alpha tạo nhóm ở giai đoạn ngủ.

+ Chậm phát triển tinh thần, rối loạn hành vi.

2.3.3. Động kinh cục bộ

- Động kinh cục bộ gây ra do một hưng phấn ở vỏ não, biểu hiện bằng giật khu trú nửa người lan từ một phần nhỏ đến rộng. Cơn Bravais Jackson giật nửa người khởi đầu co giật ở mắt, cơ mặt sau đó chuyển sang giật tay, sau cùng giật chân. Khởi đầu thường không mất ý thức, khi giật mặt nhiều có thể giảm hoặc mất ý thức. Vị trí khởi đầu chỗ bị giật có giá trị chẩn đoán vị trí tổn thương.

- Động kinh cục bộ thùy thái dương (cơn tâm thần vận động): Người bệnh ngửi thấy mùi khó chịu hoặc cảm thấy vị khó chịu, nhìn thấy cảnh lạ. Có thể có những động tác tự động, chép miệng, đứng dậy đi ra phía trước, cởi khuy áo, nói nhiều.

- Cơn động kinh thực vật: Biểu hiện bằng sự phối hợp các triệu chứng sau: Giãn hoặc co đồng tử, đỏ bừng cổ và mặt, vã mồ hôi, sởn gai ốc, tim đập chậm hoặc nhanh, đột ngột hạ huyết áp, rối loạn nhịp thở, đau bụng, tổn thương thường gặp ở đồi thị hoặc dưới đồ thị.

- Cơn động kinh cục bộ toàn thể hóa: Động kinh bắt đầu từ cục bộ nhưng chuyển nhanh sang cơn lớn vì chuyển hóa quá nhanh, khó phát hiện trên lâm sàng, phải dựa vào điện não đồ, thấy cơn kịch phát từ một ổ khu trú lúc đầu chuyển sang toàn bộ các đạo trình trên bản ghi.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Co giật do nguyên nhân nội khoa khác: Hạ đường huyết, rối loạn nước điện giải...
- Rối loạn cảm giác, giác quan do bệnh thần kinh khác, bệnh nội khoa.
- Rối loạn tâm thần.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Lựa chọn thuốc kháng động kinh theo thể co giật.
- Điều trị sớm, bắt đầu bằng một loại kháng động kinh.
- Bắt đầu từ liều thấp sau tăng lên đến tối đa.
- Kết hợp thuốc khi một loại kháng động kinh không có hiệu quả.
- Duy trì liều đã cắt cơn trong 2 năm.
- Không ngừng thuốc đột ngột, giảm liều từ từ.
- Ngừng điều trị thuốc ít nhất là sau 2 năm kể từ cơn co giật cuối cùng, giảm liều từ từ trong 3 - 6 tháng trước khi ngừng thuốc.

3.2. Thuốc kháng động kinh

- Động kinh cục bộ: Carbamazepine (Tegretol) 5-30 mg/kg/ngày, hoặc Oxcarbazepine (Trileptal) 10-30 mg/kg/ngày, hoặc Levetiracetam (Keppra) 10-50 mg/kg ngày, hoặc Topiramate (Topamax) 0,5 – 6 mg/kg/ngày.

- Động kinh toàn thể: Valproate (Depakine) 20-30mg/kg/ngày hoặc Phenytoine (Sodanton) 5-10 mg/kg/ngày, hoặc Phenobarbital (Gardenal) 5-10mg/kg/ngày, hoặc Sabril 10-50mg/kg/ngày (với hội chứng West).

3.3. Một số phương pháp điều trị khác

- Chế độ ăn sinh thể Ceton (Ketogenic diet) cho một số bệnh nhân động kinh kháng trị không có khả năng phẫu thuật như: hội chứng West, hội chứng Dravet,…
- Phục hồi chức năng, nâng đỡ tâm lý cho người bệnh.

3.4. Theo dõi và tiên lượng

- Liều thuốc chống động kinh hàng ngày phải là liều cắt cơn lâm sàng cho bệnh nhân mà không gây tác dụng phụ.

- Thuốc điều trị phải được dùng hàng ngày, đúng, đủ liều quy định.

- Thầy thuốc phải theo dõi diễn biến lâm sàng và các biểu hiện thứ phát của thuốc để kịp thời điều chỉnh liều lượng thuốc cho phù hợp với bệnh nhi.

- Bệnh nhi cần có chế độ ăn uống, sinh hoạt, học tập, nghỉ ngơi, giải trí thích hợp.

- Kết hợp phục hồi chức năng, hướng dẫn gia đình biết cách phòng chống tai nạn do co giật gây ra, tạo điều kiện cho bệnh nhi hòa nhập trong gia đình, cộng đồng và xã hội.

- Để điều trị bệnh động kinh ở trẻ em có kết quả cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa cơ sở y tế, gia đình, nhà trường và môi trường xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), Động kinh trẻ em, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*, Nhà xuất bản y học.

2. Ninh Thị Ứng (2018), Bệnh động kinh ở trẻ em, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em*, Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2017), Động kinh, *Phác đồ điều trị Nhi khoa*, Nhà xuất bản y học.

HỘI CHỨNG GUILLAIN BARRÉ (ICD G61.0)

1. Khái niệm

Guillain Barré là tình trạng viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính do tổn thương dây thần kinh vận động qua trung gian phản ứng kháng nguyên kháng thể. Biểu hiện lâm sàng bằng tình trạng liệt mềm cấp tính hướng lên. Bệnh xảy ra sau nhiễm siêu vi: Epstein Barr, Cytomegalovirus, Coxsackie virus, Echo virus, Influenza virus hoặc vi khuẩn Mycoplasma pneumonia và Campylobacter. Thường gặp ở lứa tuổi đi học.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

Triệu chứng ban đầu 50% các trường hợp rối loạn cảm giác, dị cảm ở các chi hoặc bệnh xuất hiện đột ngột liệt mềm 2 chi dưới, hay yếu các nhóm cơ.

+ Liệt có tính chất đối xứng, liệt ngọn chi nhiều hơn gốc chi, có nhiều trường hợp liệt đồng đều ngọn chi cũng như gốc chi. Liệt có thể lan lên 2 chi trên, liệt các dây thần kinh sọ não IX,X,XI,XII.

+ 10% liệt mềm tiến triển nặng, liệt cơ hô hấp phải cần hô hấp hỗ trợ.

+ Hệ thần kinh giao cảm bị tổn thương có thể biến loạn tuần hoàn, loạn nhịp tim, tăng huyết áp, hoặc hạ huyết áp.

2.2. Cận lâm sàng

+ Công thức máu trong giới hạn bình thường.

+ Ion đồ: Loại trừ liệt cơ do hạ kali máu.

+ Dịch não tủy (DNT): Những ngày đầu có thể bình thường, phân ly đạm tế bào sau ngày thứ 7-10, tế bào bình thường hoặc tăng nhẹ 5-10 BC/mm³, albumin tăng dưới 1g/l, DNT có thể bình thường trong suốt quá trình của bệnh.

+ Điện cơ đồ: Giảm tốc độ dẫn truyền vận động, thời gian tiềm ngoại vi
kéo dài.

2.3. Đánh giá mức độ liệt

+ Độ 0: Chức năng vận động bình thường.

+ Độ 1: Triệu chứng tổn thương tối thiểu.

+ Độ 2-3: Đi lại yếu (vận động yếu) cần sự giúp đỡ.

+ Độ 4: Liệt, nằm hoặc ngồi tại chỗ.

+ Độ 5: Liệt vận động, cơ hô hấp cần hô hấp hỗ trợ.

+ Độ 6: Tử vong

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy .
- Rối loạn chuyển hóa dây thần kinh.

- Thiếu vitamin B1, B12, Folate, Niacin, pantothenic.

- Một số bệnh: Tăng Ure máu, đái đường, myeloma nhiều nơi u ác tính.

- Khuyết tật chuyển hóa bẩm sinh: Porphyria, loạn dưỡng não chất trắng - thượng thận, loạn chuyển hóa Porphyria.

- Ngộ độc dây thần kinh do thuốc: Vincristine, Nitrofurantoin, Isoniazid.

- Ngộ độc dây thần kinh do kim loại nặng: Carbon monoxid.

- Bệnh di truyền dây thần kinh.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Hỗ trợ hô hấp

- Điều trị đặc hiệu

- Điều trị hỗ trợ

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Hỗ trợ hô hấp

- Thở Oxy

- Chỉ định hỗ trợ thở:

+ Ngưng thở, dọa ngưng thở (muộn)

+ $P_aO_2 < 60$ mmHg không cải thiện với oxy

+ $P_aCO_2 > 50$ mmHg.

+ Không nói được, không nuốt được, nhiều đờm

+ Có biểu hiện thở gắng sức kèm theo mạch nhanh, huyết áp tăng mặc dù P_aO_2 và P_aCO_2 có thể còn trong giới hạn bình thường.

3.2.1. Điều trị đặc hiệu

- Thể nặng: Gamma globulin 1g/kg/ngày x 2 ngày. Tổng liều 2g/kg cân nặng.

- Thể nhẹ: Solumedrol 10mg/kg x 5 ngày.

Vitamin nhóm B: B1, B6, B12.

- Tách huyết tương: Ở trẻ em còn ít được áp dụng nhưng ở người lớn thì có hiệu quả.

3.2.2. Điều trị hỗ trợ

- Dinh dưỡng qua sonde dạ dày khi có suy hô hấp.

- Vật lý trị liệu hô hấp, vận động.

- Xoay trở chống loét.

- Kháng sinh khi có viêm phổi bội nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ninh Thị Ứng (2018), Viêm đa rễ và dây thần kinh ngoại biên, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em*, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2. Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2017), Hội chứng Guillain Barre, *Phác đồ điều trị Nhi khoa*, Nhà xuất bản y học..

CHƯƠNG IX:

BỆNH TRUYỀN NHIỄM

SỐT Ở TRẺ EM (ICD-R50)

1. Khái niệm

Sốt là tình trạng tăng nhiệt độ của cơ thể lên trên mức giới hạn bình thường của mỗi cá thể

Thân nhiệt của người bình thường cũng thay đổi theo thời gian trong ngày hoặc giữa các ngày. Thân nhiệt thấp nhất lúc 4 giờ sáng, cao nhất lúc 6 giờ chiều. sự chênh lệch này vào khoảng 0,6 ^{0}C. Thân nhiệt còn tăng vào lúc ăn, hoạt động thể lực, tâm lý, chu kỳ kinh ở phụ nữ

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Triệu chứng sốt

- Thân nhiệt cao ở các mức độ
- Biểu hiện toàn thân: mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ, gầy sút…
- Dấu hiệu mất nước: da khô, môi khô, tiểu ít
- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, buồn nôn…
- Tính chất sốt

+ Sốt cao liên tục

+ sốt kiểu cao nguyên

+ Sốt chu kỳ

+ Sốt cao dao động

+ Sốt cơn

+ Sốt ngắn ngày, do các virus lành tính (thường tự khỏi sau 2- 3 ngày không cần điều trị đặc biệt)

+ Sốt kéo dài: Sốt liên tục hàng ngày từ 2 tuần trở lên

+ Sốt dai dẳng (Concurrent fever): Sốt nhiều ngày nhưng không liên tục, có những ngày không sốt

- Các biến chứng do sốt cao:

+ Co giật (sốt cao co giật đơn thuần)

+ Rối loạn vận mạch, shock

+ Suy hô hấp, suy tim…

2.1.2. Xác định sốt

- Dùng nhiệt kế đo đúng phương pháp. Có thể xác định sốt bằng cách sờ vào nách trẻ, không sờ chân tay vì khi sốt cao, chân tay có thể lạnh làm cho việc đánh giá sốt bị sai
- Các phương pháp đo thân nhiệt ở trẻ em:

Dụng cụ đo thân nhiệt (nhiệt kế): nhiệt kế thủy ngân, nhiệt kế điện tử

Các vị trí đo thân nhiệt: nách, miệng (dưới lưỡi), trực tràng, tai

- Mức độ sốt: dựa vào thân nhiệt đo tại nách:

Sốt nhẹ: 37,5 - 38,4 0C

Sốt vừa: 38,5 – 390 C

Sốt cao: > 39 0C

2.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM)
- Tốc độ máu lắng (VSS)
- Cấy máu làm kháng sinh đồ
- Các xét nghiệm phân-nước tiểu
- Chụp phim ngực
- Xét nghiệm Gen Xpert dịch dạ dày (xét nghiệm Lao)
- Máu đàn, giọt đặc (KST Sốt rét, nếu đi từ vùng dịch về)
- Lấy mẫu vi khuẩn học, huyết thanh học HIV....

2.2. Chẩn đoán căn nguyên gây sốt

Dựa vào khai thác kỹ tính chất sốt và các triệu chứng kèm theo sốt (triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng)

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc chung

- Hạ sốt
- Chống biến chứng
- Chăm sóc và dinh dưỡng
- Phòng chống nhiễm trùng
- Điệu trị căn nguyên sốt

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Hạ sốt: giữ thân nhiệt trẻ vào khoảng từ 36,4 ^{0}C đến 37,2 ^{0}C

a. Các biện pháp chăm sóc (hạ sốt không dùng thuốc)

- Cởi bớt quần áo (mặc quần áo nhẹ mỏng)
- Nằm phòng thoáng mát (nhiệt độ phòng vào khoảng 22 – 24 ^{0}C). Tránh ủ kín trẻ.
- Cho trẻ uống đủ nước. Chỉ truyền dịch khi trẻ không uống được hoặc bệnh nặng
- Chườm nước ấm cho trẻ: dùng khăn nhúng nước ấm (37 ^{0}C-40 ^{0}C) lau vào các vị trí trán, nách, bẹn, lật khăn và nhúng nước ấm liên tục (chú ý: mùa đông nước có thể ấm hơn)

b. Thuốc hạ sốt

Dùng thuốc hạ sốt khi trẻ sốt cao ≥38,5 ^{0}C trở lên (đo tại nách), cần phối hợp với các biện pháp chăm sóc như trên

Dùng thuốc hạ sốt đúng giúp cho trẻ tránh được các biến chứng nặng do sốt gây ra như co giật, rối loạn vận mạch, và làm cho trẻ dễ chịu hơn. Đặc biệt cần chú ý hạ sốt ở những trẻ có nguy cơ cao như trẻ mắc bệnh tim mạch, thần kinh, rối loạn chuyển hóa. Sốt > 41 ^{0}C chứng tỏ có nguy cơ cao của nhiễm trùng nặng, rối loạn vùng dưới đồi, xuất huyết não... cần phải đặc biệt chú ý dùng liệu pháp hạ sốt

- **Paracetamol (Acetaminophen):**

+ Đường dùng: uống, đặt hậu môn

+ Liều lượng: 10-15mg/kg/lần, cách mỗi 4-6 giờ, tối đa 60mg/kg/24 giờ

+ Cần đề phòng ngộ độc: Paracetamol có thể gây ngộ độc cho trẻ, làm hủy hoại tế bào gan, gây tăng men gan, hôn mê gan

Trẻ có nguy cơ ngộ độc paracetamol khi:

dùng Paracetamol ≥ 30 mg/kg/lần hoặc ≥ 60 mg/kg/24giờ hoặc dùng liều cao kéo dài

Chẩn đoán ngộ độc Paracetamol dựa vào 3 tiêu chuẩn sau :

+ Trẻ uống quá liều Paracetamol, lượng từ ≥ 150mg/kg/ngày.

+ Có triệu chứng lâm sàng: rối loạn tiêu hoá(buồn nôn, nôn, đau hạ sườn phải), suy chức năng gan, rối loạn đông máu, suy thận, hôn mê...

+ Định lượng nồng độ Paracetamol huyết tương sau 4 giờ đạt > 200 mcg/ml, sau 15 giờ Paracetamol huyết tương đạt 30 mcg/ml sẽ biểu hiện ngộ độc gan.

Để chẩn đoán xác định trẻ cần có 2 trong 3 tiêu chuẩn trên. Tuy nhiên việc xác định liều chính xác ở trẻ khó. Vì vậy trẻ uống quá liều Paracetamol mà có triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm là có chỉ định điều trị NAC. Cần chú ý nhóm trẻ có yếu tố nguy cơ cao, cơ địa đặc biệt liều Paracetamol thấp hơn có thể ngộ độc, nồng độ Paracetamol máu đạt ≥ 150 mcg/l hoặc thấp hơn là có thể bị ngộ độc.

➢ **Điều trị ngộ độc Paracetamol:**

Theo nguyên tắc chung điều trị ngộ độc phải hết sức khẩn trương, phối hợp các biện pháp sau :

+ Loại trừ độc chất khỏi cơ thể.

+ Giải độc đặc hiệu

+ Điều trị các rối loạn chức năng.

➢ **Xử trí ban đầu:**

- Gây nôn khi bệnh nhân đến sớm < 1 giờ sau uống liều độc. Trong ngộ độc Paracetamol không dùng siro Ipeca để gây nôn.

- Sử dụng than hoạt với liều 1g/Kg/1 lần uống sau rửa dạ dày có tác dụng làm giảm hấp thụ Paracetamol.

- Đảm bảo duy trì chức năng sống: hô hấp, tuần hoàn và thần kinh.

- Giải độc đặc hiệu: bằng N - Acetyl cystein (NAC)

Giải độc đặc hiệu đóng vai trò rất quan trọng trong ngộ độc Paracetamol

Điều trị NAC được dùng sớm < 10 giờ sau liều ngộ độc có thể dự phòng được tổn thương gan.

NAC có 2 dạng là uống và tiêm đều có tác dụng như nhau.

+ NAC dạng uống có biệt dược là Mucomyst gói 200mg.

Liều dùng: tấn công: 140 mg/kg duy nhất 1 liều, sau 4 giờ dùng tiếp 70mg/kg/1 lần, uống đủ 17 liều khoảng cách 4 giờ/1 lần.

Sử dụng đủ 17 liều NAC duy trì ngay cả khi định lượng nồng độ Paracetamol trong máu giảm dưới ngưỡng độc hoặc không còn. Thuốc thông dụng sử dụng an toàn, hiệu quả, ít tác dụng phụ. Thuốc được pha với nước lọc, nước quả hoặc sữa thành dung dịch 5%.

+ NAC dạng tiêm TM: Có biệt dược Fluimucil, Acetadote.

Chỉ định: khi bệnh nhân nôn, dịch dạ dày nâu bẩn, xuất huyết dạ dày ...

Liều dùng cho trẻ em (< 20 kg)..

Liều đầu: 150 mg/kg pha trong Glucoza 5% 3ml/Kg truyền TM trong 15 phút tiếp theo.

Liều tiếp: 50mg/kg pha trong Glucoza 5% 7ml/kg truyền trong 4 giờ.

Liều tiếp: 100mg/kg pha trong Glucoza 5% với khối lượng 14ml/kg truyền trong 16 giờ.

Khi sử dụng NAC tiêm TM có nhiều tác dụng phụ hơn dạng uống như nổi mẩn, đỏ mặt, phù mạch, co thắt thanh quản, tăng huyết áp. Nên dừng truyền, cho kháng histamin TM. Khi bệnh nhân ổn định cho NAC lại với tốc độ chậm 50mg/kg trong 4 giờ.

Sau khi sử dụng NAC, nếu nồng độ paracetamol huyết tương giảm dưới ngưỡng độc thì ngừng điều trị, nếu bệnh nhân còn triệu chứng hoặc kết quả xét nghiệm bất thường tiếp tục duy trì NAC liều 150mg/kg trong 24 giờ.

➢ Các biện pháp điều trị hỗ trợ khác

- Truyền máu, Plasma tươi ... khi có thiếu máu và cung cấp yếu tố đông máu.
- Cho Vitamin K tiêm bắp hoặc dưới da nếu PT giảm < 70%.
- Hạ đường huyết tiêm TM 0,5 g/kg dd Glucoza ưu tương và duy trì truyền dd Glucoza.
- Điều trị rối loạn điện giải.
- Chống nhiễm khuẩn
- Đảm bảo chăm sóc, dinh dưỡng cung cấp đầy đủ calo: ăn sonde hoặc nuôi dưỡng TM.

- Các thuốc hạ sốt khác:

+ Acetaminophen, Ibuprofen, Aspirin đều có tác dụng ức chế hypothalamic cyclo-oxygenase, do đó ức chế tổng hợp PGE2, và có tác dụng hạ sốt như nhau. Tuy nhiên vì aspirin gây hội chứng Reye ở trẻ em và giảm khả năng tập trung tiểu cầu nên ít được sử dụng.

+ Ibuprofen: có thể gây chứng khó tiêu, chảy máu dạ dày, giảm tưới máu thận, viêm màng não không nhiễm khuẩn, nhiễm độc gan. Tuy nhiên biến chứng nặng do quá liều ibuprofen

thường ít gặp. Liều dùng 5-10mg/kg/lần cách mỗi 6-8 giờ. Dùng xen kẽ paracetamol và ibuprofen mỗi 4-6 giờ cũng có hiệu quả tốt

3.2.2. Chế độ dinh dưỡng, chăm sóc:

- Cho trẻ ăn lỏng, dễ tiêu, chia nhỏ bữa
- Tiếp tục bú mẹ nếu trẻ còn bú

3.2.3. Sốt cao có biến chứng:

- Co giật: ngoài các biện pháp hạ sốt, phải phối hợp với chăm sóc trẻ co giật
- Tím tái: thở oxy, chống shock
- Phòng chống rối loạn nước điện giải

3.2.4. Phòng chống nhiễm trùng:

- Điều trị nhiễm trùng: thuốc kháng sinh, kháng nấm, kháng virus… tùy theo nguyên nhân
- Đảm bảo vô trùng trong chăm sóc trẻ, tránh nhiễm khuẩn bệnh viện

3.2.5. Điều trị căn nguyên

- Cần phải dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng để xác định đúng căn nguyên gây sốt để điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Nhật An, 2011. Sốt ở trẻ em. Bài giảng Y học gia đình (phần Nhi khoa). Nhà xuất bản Y học. tr 78-84.
2. Phạm Văn Thắng, 2009. Ngộ độc paracetamol ở trẻ em. Bài giảng Nhi khoa tập 2. Nhà xuất bản Y học. tr 290-297.
3. Kliegman. 2007. Chapter 174: Fever. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th edition
4. Sarrah S. Long, MD. 2008. Fever and the Imflammatory Response. Principle and Practice of Pediatric Infectious Diseases-Third edition. Elsevier Inc. p. 94-99.
5. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, 2019.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỞI (ICD-B05)

1. Khái niệm

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do vi rút sởi gây nên. Bệnh chủ yếu gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, hay xảy ra vào mùa đông xuân, có thể xuất hiện ở người lớn do chưa được tiêm phòng hoặc đã tiêm phòng nhưng chưa được tiêm đầy đủ.

Bệnh có biểu hiện đặc trưng là sốt, viêm long đường hô hấp, viêm kết mạc và phát ban, có thể dẫn đến nhiều biến chứng như viêm phổi, viêm não, viêm tai giữa, viêm loét giác mạc, tiêu chảy.... có thể gây tử vong.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Yếu tố dịch tễ: có tiếp xúc với BN sởi, có nhiều người mắc bệnh sởi cùng lúc trong gia đình hoặc trên địa bàn dân cư

2.1.2. Lâm sàng

a. Thể điển hình

- *Giai đoạn ủ bệnh*: 7 - 21 ngày (trung bình 10 ngày).

- *Giai đoạn khởi phát (giai đoạn viêm lon*g): 2-4 ngày. Người bệnh sốt cao, viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc, đôi khi có viêm thanh quản cấp, có thể thấy hạt Koplik là các hạt nhỏ có kích thước 0,5-1 mm màu trắng/xám có quầng ban đỏ nổi gồ lên trên bề mặt niêm mạc má (phía trong miệng, ngang răng hàm trên).

- *Giai đoạn toàn phát*: kéo dài 2-5 ngày. Thường sau khi sốt cao 3-4 ngày người bệnh bắt đầu phát ban, ban hồng dát sẩn, khi căng da thì ban biến mất, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.

- *Giai đoạn hồi phục*: ban nhạt màu dần rồi sang màu xám, bong vảy phấn sẫm màu, để lại vết thâm vằn da hổ và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện. Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1-2 tuần sau khi hết ban.

b. Thể không điển hình

- Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt. Thể này dễ bị bỏ qua, dẫn đến lây lan bệnh mà không biết.

- Người bệnh cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo.

2.1.3. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm cơ bản

- CTM thường thấy giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho và có thể giảm tiểu cầu.

- Xquang phổi có thể thấy viêm phổi kẽ. Có thể tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.

b. Xét nghiệm phát hiện vi rút sởi.

- Xét nghiệm huyết thanh học: lấy máu kể từ ngày thứ 3 sau khi phát ban tìm kháng thể IgM.

- Phản ứng khuếch đại gen (RT-PCR), phân lập vi rút từ máu, dịch mũi họng giai đoạn sớm nếu có điều kiện.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rubella: phát ban không có trình tự, ít khi có viêm long và thường có hạch cổ.
- Nhiễm Enterovirus: phát ban không có trình tự, thường nốt phỏng, hay kèm rối loạn tiêu hóa.
- Bệnh Kawasaki: Sốt cao khó hạ, môi lưỡi đỏ, hạch cổ, phát ban không theo thứ tự.
- Phát ban do các vi rút khác.
- Ban dị ứng: kèm theo ngứa, tăng bạch cầu ái toan.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Suy hô hấp
- viêm phổi
- viêm thanh khí phế quản
- viêm cơ tim
- viêm não
- viêm tai giữa
- viêm dạ dày ruột...

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ
- Người bệnh mắc sởi cần được cách ly.
- Phát hiện và điều trị sớm biến chứng.
- ***Không sử dụng corticoid khi chưa loại trừ sởi.***

3.2. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng: không sử dụng các chế phẩm có corticoid.
- Tăng cường dinh dưỡng.
- Hạ sốt:

+ Áp dụng các biện pháp hạ nhiệt vật lý như lau nước ấm, chườm mát.

+ Dùng thuốc hạ sốt paracetamol khi sốt cao.

- Bồi phụ nước, điện giải qua đường uống. Chỉ truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.

- **Bổ sung vitamin A:**

+ Trẻ dưới 6 tháng: uống 50.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.

+ Trẻ 6 - 12 tháng: uống 100.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.

+ Trẻ trên 12 tháng và người lớn: uống 200.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp. Trường hợp có biểu hiện thiếu vitamin A: lặp lại liều trên sau 4 - 6 tuần

**** Chú ý: các trường hợp sởi có biến chứng nặng thường có giảm protein và albumin máu nặng cần cho xét nghiệm để bù albumin kịp thời.***

3.3. Điều trị các biến chứng

3.3.1. Viêm phổi do vi rút

- Điều trị: điều trị triệu chứng.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp *(Xem phụ lục).*

3.3.2. Viêm phổi do vi khuẩn mắc trong cộng đồng

- Kháng sinh: beta lactam/ức chế beta lactamase, cephalosporin thế hệ 3.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp *(Xem phụ lục)*

- Điều trị triệu chứng.

3.3.3. Viêm phổi do vi khuẩn mắc phải trong bệnh viện

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh theo phác đồ điều trị viêm phổi mắc phải trong bệnh viện.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp (Cụ thể xem phụ lục).

- Điều trị triệu chứng.

3.3.4. Viêm thanh khí quản

- Khí dung Adrenalin khi có biểu hiện co thắt, phù nề thanh khí quản.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp (Cụ thể xem phụ lục).

- Điều trị triệu chứng.

3.3.5. Trường hợp viêm não- màng não cấp tính

Điều trị: hỗ trợ, duy trì chức năng sống.

- Chống co giật: Phenobarbital 10-20mg/kg pha trong Glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 30-60 phút. Lặp lại 8-12 giờ nếu cần. Có thể dùng Diazepam đối với người lớn 10 mg/lần tiêm tĩnh mạch.

- Chống phù não:

+ Nằm đầu cao 30°, cổ thẳng (nếu không có tụt huyết áp).

+ Thở oxy qua mũi 1-4 lít/phút, có thể thở oxy qua mask hoặc thở CPAP nếu người bệnh còn tự thở được. Đặt NKQ sớm để giúp thở khi điểm Glasgow < 12 điểm hoặc SpO_2 < 92% hay $PaCO_2$ > 50 mmHg.

+ Thở máy khi Glasgow < 10 điểm.

+ Giữ HA trong giới hạn bình thường

+ Giữ pH máu trong giới hạn: 7.4, pCO_2 từ 30 - 40 mmHg

+ Giữ NaCl máu trong khoảng 145-150 mEq/l bằng việc sử dụng NaCl 3%

+ Giữ Glucose máu trong giới hạn bình thường

+ Hạn chế dịch sử dụng 70-75% nhu cầu cơ bản (cần bù thêm dịch nếu mất nước do sốt cao, mất nước thở nhanh, nôn ỉa chảy..)

+ Mannitol 20% liều 0,5-1 g/kg, 6-8 giờ/lần, truyền tĩnh mạch trong 15 - 30 phút.

- Chống suy hô hấp: suy hô hấp do phù phổi cấp hoặc viêm não.

Hỗ trợ khi có suy hô hấp (Cụ thể xem phụ lục).

- Có thể dùng Dexamethasone 0,5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 4-6 lần trong 3-5 ngày. Nên dùng thuốc sớm ngay sau khi người bệnh có rối loạn ý thức.

3.4. Sử dụng IVIG (Intravenous Immunoglobulin)

***Chỉ định*:** khi có tình trạng nhiễm trùng nặng, tình trạng suy hô hấp tiến triển nhanh, viêm não.

Chế phẩm: lọ 2,5 gam/50 ml.

Liều dùng*: **5 ml/kg/ ngày x 3 ngày liên tiếp(Tương ứng 1g/kg/ngày).***

Truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. . Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi.

2. WHO (2014). Weekly epidemiological record. No 6, 45-52.

3. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, 2019.

4. CDC (2008). Update: measles--United States, January-July 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 57 (33), 893-896.

5. Gastanaduy P. A., Redd S. B., Fiebelkorn A. P. và cộng sự (2014). Measles - United States, January 1-May 23, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 63 (22), 496-499.

VIÊM NÃO CẤP DO VIRUS Ở TRẺ EM (ICD-A85)

1. Khái niệm

Viêm não cấp là tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở mô não - có thể lan toả hay khu trú, do nhiều nguyên nhân gây nên nhưng phần lớn là do một số loại virus.

Bệnh viêm não cấp do virus có thể lây truyền qua muỗi đốt (đối với các loại *arbovirus* như viêm não Nhật Bản); qua đường hô hấp (như *virus Herpes Simplex-HSP*) hoặc qua đường tiêu hoá (như các loại virus đường ruột). Bệnh thường khởi phát cấp tính diễn biến nặng, tỷ lệ tử vong và di chứng khá cao; hay gặp ở trẻ em với các độ tuổi khác nhau.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Yếu tố dịch tễ

Căn cứ vào tuổi, mùa, nơi cư trú, số người mắc trong cùng một thời gian

2.1.2. Lâm sàng

a. Giai đoạn khởi phát

- Sốt: sốt là triệu chứng phổ biến, xảy ra đột ngột, sốt liên tục 39-40^0 C nhưng cũng có khi sốt không cao

- Nhức đầu, quấy khóc, kích thích, kém linh hoạt

- Buồn nôn, nôn

Có thể có các triệu chứng khác tuỳ theo loại virus như:

+ Ho, chảy nước mũi;

+ Tiêu chảy, phân không có nhầy, máu;

+ Phát ban: mẩn đỏ, bọng nước hoặc ban ở lòng bàn tay, bàn chân kèm loét miệng (bệnh tay-chân – miệng gặp ở viêm não do *Enterovirus 71*)

b. Giai đoạn toàn phát

Sau giai đoạn khởi phát, các biểu hiện thần kinh sẽ nhanh chóng xuất hiện:

- Rối loạn tri giác từ nhẹ đến nặng như: ngủ gà, li bì, lơ mơ đến hôn mê

- Thường có co giật

- Có thể có các dấu hiệu thần kinh khác: dấu hiệu màng não, các dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt nửa người hoặc tứ chi), tăng hoặc giảm trương lực cơ...

- Có thể có suy hô hấp, phù phổi cấp, suy tim hoặc sốc

c. Các thể lâm sàng

- Thể tối cấp: sốt cao liên tục, co giật, hôn mê sâu, suy hô hấp, truỵ mạch và dẫn đến tử vong nhanh;

- Thể cấp tính: diễn biến cấp với các biểu hiện lâm sàng nặng, điển hình;

- Thể nhẹ: rối loạn tri giác mức độ nhẹ và phục hồi nhanh chóng.

2.1.3. Cận lâm sàng

***Dịch não tuỷ*:** có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán

- Dịch trong, áp lực bình thường hoặc tăng

- Tế bào bình thường hoặc tăng từ vài chục đến vài trăm/mm^3, chủ yếu là bạch cầu đơn nhân

- Protein bình thường hoặc tăng (thường tăng nhẹ trong viêm não Nhật Bản), glucose và muối bình thường.

Chú ý

- Nên gửi dịch não tuỷ để làm các xét nghiệm đặc hiệu chẩn đoán xác định căn nguyên virus (như PCR, ELISA, phân lập virus...).

- Không nên chọc dò dịch não tuỷ trong trường hợp có dấu hiệu tăng áp lực trong sọ, đang sốc, suy hô hấp nặng.

Máu

- Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng nhẹ hoặc bình thường.

- Điện giải đồ và đường huyết thường trong giới hạn bình thường.

Các xét nghiệm xác định nguyên nhân (áp dụng tại cơ sở có điều kiện)

- Tìm kháng thể IgM đặc hiệu cho từng loại căn nguyên bằng kỹ thuật thử nghiệm miễn dịch gắn enzym (ELISA).

- Tìm kháng nguyên đặc hiệu cho từng loại căn nguyên bằng kỹ thuật phản ứng khuyếch đại chuỗi polymeza (RT-PCR).

- Phân lập virus từ dịch não-tuỷ, máu, bọng nước ở da, dịch mũi họng, phân.

Các xét nghiệm khác:

- Điện não đồ

- Chụp MRI sọ não

- Chụp tim phổi.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Co giật do sốt cao

- Viêm màng não mủ

- Viêm màng não do lao

- Ngộ độc cấp

- Sốt rét thể não

- Chảy máu não-màng não

- Động kinh

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Bảo đảm các chức năng sống

+ Bảo đảm thông khí, chống suy hô hấp, chống các rối loạn tuần hoàn, sốc, truỵ mạch

+ Chống phù não

- Điều trị triệu chứng

+ Hạ nhiệt

+ Chống co giật

+ Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, đường huyết (nếu có).

- Điều trị hỗ trợ

+ Đảm bảo chăm sóc và dinh dưỡng

+ Phục hồi chức năng sớm

+ Phòng và chống bội nhiễm; nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Điều trị nguyên nhân...

3.2. Điều trị cụ thể

- Bảo đảm thông khí, chống suy hô hấp

+ Luôn bảo đảm thông đường hô hấp: đặt trẻ nằm ngửa, kê gối dưới vai, đầu ngửa ra sau và nghiêng về một bên, hút đờm dãi khi có hiện tượng xuất tiết, ứ đọng.

+ Nếu suy hô hấp:

- Thở oxy:

✓ Chỉ định: co giật, suy hô hấp, độ bão hoà oxy $SaO_2 < 90\%$ (nếu đo được)

✓ Phương pháp: thở oxy qua ống thông, liều lượng 1-3 lít/phút hoặc qua mặt nạ với liều lượng 5-6 lít/phút tuỳ theo lứa tuổi và mức độ suy hô hấp.

- Đặt nội khí quản và thở máy:

✓ Chỉ định: ngưng thở hoặc có cơn ngưng thở, thất bại khi thở oxy, SpO2 < 85% kéo dài.

✓ Phương pháp:

<u>Các thông số ban đầu khi thở máy</u>:

Chế độ: thở kiểm soát thể tích

FiO_2 ban đầu: 100%; thể tích khí lưu thông (TV): 10- 15 ml/kg.

Tần số thở: < 1 tuổi: 25 lần/phút; từ 1-5 tuổi: 20 lần/phút; > 5 tuổi: 15 lần/phút. Tỷ lệ hít vào/thở ra (I/E):1/2

Cài đặt PEEP: ban đầu 4 cm H_2O

Điều chỉnh các thông số dựa trên diễn biến, đáp ứng lâm sàng và SaO2, khí máu

<u>Trong trường hợp không đặt được nội khí quản</u> thì bóp bóng giúp thở qua mặt nạ. Nếu không có máy thở thì bóp bóng qua nội khí quản. Tần số bóp bóng từ 20 đến 30 lần/phút.

<u>Dừng thở máy và rút ống nội khí quản</u> khi bệnh nhân tự thở, hết co giật, huyết động học ổn định, tri giác cải thiện, khí máu bình thường với $FiO_2 < 40\%$ và PEEP = 4 cm H_2O.

- Chống phù não

+ Chỉ định: khi có các dấu hiệu của phù não như nhức đầu kèm theo dấu hiệu kích thích, vật vã hoặc li bì, hôn mê (có thể kèm theo phù gai thị, đồng tử không đều; liệt khu trú; co cứng; nhịp thở không đều; mạch chậm kèm theo HA tăng...)

+ Phương pháp:

- Tư thế nằm: đầu cao 15- 30 độ
- Thở oxy: khi thở máy cần tăng thông khí và giữ PaO2 = 90 – 100 mmHg và PaCO2 = 30 - 35 mmHg;
- Dung dịch Manitol 20%: Liều 0,5 g/kg (2,5 ml/kg) truyền tĩnh mạch 15-30 phút. Có thể truyền nhắc lại sau 8 giờ nếu có dấu hiệu phù não nhưng không quá ba lần trong 24 giờ và không quá ba ngày. Không dùng Manitol trong trường hợp có sốc, phù phổi.
- Khi truyền cần theo dõi lâm sàng và điện giải đồ (nếu có điều kiện) để phát hiện dấu hiệu quá tải và rối loạn điện giải. Đối với trẻ nhỏ < 3 tháng sau truyền Manitol có thể cho truyền chậm dung dịch Ringer lactat với liều 20-30 ml/kg;
- Có thể dùng Dexamethason liều 0,15 – 0,20 mg/kg tiêm TM chậm cho mỗi 6 giờ trong một vài ngày đầu.

- Chống sốc

Nếu có tình trạng sốc, cần truyền dịch theo phác đồ chống sốc - có thể sử dụng Dopamin truyền tĩnh mạch, liều bắt đầu từ 5 mcg/kg/phút và tăng dần, tối đa không quá 15 mcg/kg/phút, có thể sử dụng Dobutamin nếu có viêm cơ tim.

- Hạ nhiệt

+ Cho trẻ uống đủ nước, nới rộng quần áo, tã lót và chườm ấm

+ Nếu sốt ≥ 38,5^{0}C hạ nhiệt bằng paracetamol 10-15 mg/kg/lần, uống hoặc đặt âu môn (có thể nhắc lại sau 4-6 giờ); trường hợp sốt trên 40^{0}C hoặc uống không có hiệu quả có thể tiêm propacetamol (Prodafagan) 20-30 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch.

- Chống co giật

Diazepam: sử dụng theo một trong các cách dưới đây:

+ Đường tĩnh mạch: liều 0,2 - 0,3 mg/kg, tiêm tĩnh mạch chậm (chỉ thực hiện ở cơ sở có điều kiện hồi sức vì có thể gây ngừng thở).

+ Đường tiêm bắp: liều 0,2 – 0,3 mg/kg

+ Đường trực tràng: liều 0,5 mg/kg

Cách thức: Lấy lượng thuốc đã tính (theo cân nặng) từ ống Diazepam dạng tiêm vào bơm tiêm 1ml. Sau đó rút bỏ kim, đưa bơm tiêm vào trực tràng 4-5 cm và bơm thuốc. Kẹp giữ mông trẻ trong vài phút.

+ Nếu sau 10 phút vẫn còn co giật thì cho liều Diazepam lần thứ hai.

+ Nếu vẫn tiếp tục co giật thì cho liều Diazepam lần thứ ba hoặc phenobacbital (gardenal) 10-15 mg/kg pha loãng với dung dịch dextrose 5% truyền tĩnh mạch trong 30 phút. Sau đó dùng liều duy trì 5-8 mg/kg/24 giờ chia ba lần, tiêm bắp hoặc chuyển tới khoa điều trị tích cực.

- Điều chỉnh rối loạn điện giải, đường huyết (nếu có)

+ Bồi phụ đủ nước và điện giải. Cần thận trọng khi có dấu hiệu phù phổi.

+ Sử dụng dung dịch NaCl 0,9% và Glucose 5%. Lượng dịch truyền tính theo trọng lượng cơ thể

+ Điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm - toan dựa vào điện giải đồ và khí máu.

- Đảm bảo dinh dưỡng và chăm sóc, phục hồi chức năng

+ Dinh dưỡng:

- Cung cấp thức ăn dễ tiêu, năng lượng cao, đủ muối khoáng và vitamin. Năng lượng đảm bảo cung cấp 50 - 60 kcal/kg/ngày.
- Đảm bảo cho trẻ bú mẹ. Trẻ không bú được phải chú ý vắt sữa mẹ và đổ từng thìa nhỏ hoặc ăn bằng ống thông mũi - dạ dày (chia làm nhiều bữa hoặc nhỏ giọt liên tục). Cần thận trọng vì dễ sặc và gây hội chứng trào ngược.
- Nếu trẻ không tự ăn được thì phải cho ăn qua ống thông mũi - dạ dày hay dinh dưỡng qua truyền TM. Nên bổ sung vitamin C, vitamin nhóm B.

+ Chăm sóc và theo dõi:

- Chú ý chăm sóc da, miệng, thường xuyên thay đổi tư thế để tránh tổn thương do đè ép gây loét và vỗ rung để tránh xẹp phổi và viêm phổi do ứ đọng đờm dãi.
- Hút đờm dãi thường xuyên
- Chống táo bón
- Bí tiểu tiện, căng bàng quang: gõ cầu bàng quang. Hạn chế thông tiểu vì có nguy cơ gây bội nhiễm.
- Thường xuyên theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, mức độ tri giác; các dấu hiệu phù não; SaO2, điện giải đồ và đường huyết.

+ Phục hồi chức năng: tiến hành sớm khi trẻ ổn định lâm sàng hoặc khi có di chứng.

- Thuốc kháng virus khi nghi ngờ viêm não do *Virus Herpes Simplex* thì có thể dùng Acyclovir, liều 10-20 mg/kg/ mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch trong 1 giờ.

Thời gian điều trị: 14-21 ngày.

- Thuốc kháng sinh

Được chỉ định trong những trường hợp sau:

+ Trường hợp chưa loại trừ được viêm màng não mủ

+ Khi bội nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.. **Bộ y tế (2006)** *" Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí bệnh viêm não cấp do virus ở trẻ em"* QĐ-BYT số 2322

2. **E.Pilly (2002)** *" Infections virales : Arboviroses " Maladies infectieuses et tropicales,* page 433- 435

3. Lê Đức Hinh - Nguyễn Chương (2001) *" Viêm não Nhật Bản"* thần kinh học trẻ em - nhà xuất bản Y học, trang 177-190.

4. **Phạm Nhật An, Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Phương Hạnh, Nguyễn Thị Loan** (2012) *Nghiên cứu căn nguyên viêm não ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương 2011- 2012,* Tạp chí Y học Việt Nam

5. Stinley C (2004). *"Coma in the patients in the PICU". PICU courses,* Society of Critical Care Medicine

6. **Võ Công Đồng** (2007). *"Hôn mê ở trẻ em". Nhi khoa: Chương trình đại học – Bộ môn Nhi*, Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tập 2, tr. 423-438.

7. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, 2019

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (ICD-B08.4)

1. Khái niệm

Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là *Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71).* Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

a) Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày

b) Giai đoạn khởi phát: từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

c) Giai đoạn toàn phát: có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

- Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước: ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

- Sốt nhẹ.

- Nôn.

- Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

- Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

d) Giai đoạn lui bệnh: thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

e) Các thể lâm sàng:

- Thể tối cấp: bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

- Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.

- Thể không điển hình: dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

- Test nhanh EV71

- Các xét nghiệm cơ bản:

+ CTM: bạch cầu thường trong giới hạn bình thường.

Bạch cầu > 16.000/mm^3 hay đường huyết tăng > 160 mg% (8,9 mmol/l) thường liên quan đến biến chứng.

+ CRP < 10 mg/L.

+ Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

- Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

+ Khí máu khi có suy hô hấp

+ Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

+ Dịch não tủy:

• Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

• Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân ưu thế.

+ Chụp cộng hưởng từ não (MRI): khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý thần kinh khác.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

2.2.1. Các bệnh có biểu hiện loét miệng:

Viêm loét miệng (áp-tơ): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

2.2.2. Các bệnh có phát ban da:

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
- Viêm da mủ: đỏ, đau, có mủ.
- Thuỷ đậu: phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.
- Sốt xuất huyết Dengue: chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

2.2.3. Viêm não-màng não:

- Viêm màng não do vi khuẩn.
- Viêm não-màng não do vi rút khác.

2.2.4. Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

2.3. Chẩn đoán phân độ lâm sàng

2.3.1. Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

2.3.2. Độ 2:

a. Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám

+ Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39^0C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

b. Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

**** Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:***

- Giật mình ghi nhận lúc khám.

- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần / 30 phút.

- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

+ Ngủ gà

+ Mạch nhanh > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

**** Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:***

- Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

- Sốt cao ≥ 39,5^{o}C (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt

- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.

- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.

- Yếu chi hoặc liệt chi.

- Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói…

2.3.3. Độ 3: có một trong các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).

- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.

- HA tâm thu tăng : trẻ dưới 12 tháng > 100 mmHg, trẻ từ 12-24 tháng > 110 mmHg, trẻ từ trên 24 tháng > 115 mmHg

- Thở nhanh, thở bất thường: cơn ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm lồng ngực, khò khè, thở rít thanh quản.

- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).

- Tăng trương lực cơ.

2.3.4. Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.

- Phù phổi cấp.

- Tím tái, SpO_2 < 92%.

- Ngưng thở, thở nấc.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).

- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.

- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu (ABC,...)

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10-15 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh.Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:

+ Sốt cao ≥ 39^0C.

+ Thở nhanh, khó thở.

+ Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.

+ Đi loạng choạng.

+ Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.

+ Co giật, hôn mê.

3.2.2. Độ 2: điều trị nội trú tại bệnh viện

a. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 10-15 mg/kg/lần lập lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol).

- Thuốc: uống Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày.

- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

b. Độ 2b:

- Nằm đầu cao 30°.

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc:

+ Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

+ Immunoglobulin:

√ *Nhóm 2*: 1g/kg/ngày truền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: dùng liều thứ 2

√ *Nhóm 1*: không chỉ định Immunoglobulin thường quy. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định Immunoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi, mạch mỗi 1- 3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Đo độ bão hòa oxy SpO_2 và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

3.2.3. Độ 3: điều trị nội trú tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút. Đặt nội khí quản giúp thở sớm khi thất bại với thở oxy.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30°, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2- 3/4 nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ $PaCO_2$ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO_2 từ 90-100 mmHg.

- Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần. Liều tối đa 30 mg/kg/24 giờ.

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút (không dùng Dopamin).

- Milrinone truyền TM 0,4 – 0,75 µg/kg/phút chỉ dùng khi HA cao, trong 24-72 giờ. Nếu HA ổn định trong 12-24 giờ, giảm dần liều milrinone 0,1 µg/kg/phút mỗi 30-60 phút cho đến liều tối thiểu 0,25 µg/kg/phút. Nếu HA ổn định ở liều tối thiểu này trong ít nhất 6 giờ thì xem xét ngưng milrinone.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg truyền TM chậm, lập lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO_2, mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

3.2.4. Độ 4: Điều trị nội trú tại các đơn vị hồi sức tích cực

- Đặt Nội khí quản thở máy: tăng thông khí giữ $PaCO_2$ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO_2 từ 90-100 mmHg.

- Chống sốc: sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

+ Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi hoặc suy tim: truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat: 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng. Trường hợp không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

+ Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Dobutamin liều khởi đầu 5µg/kg/phút, tăng dần 2- 3µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa 20 µg/kg/phút.

- Phù phổi cấp:

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

+ Dùng Dobutamin liều 5-20 µg/kg/phút.

+ Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.

- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não:

- Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).

- Immunoglobulin: chỉ định khi HA trung bình ≥ 50 mmHg

- Kháng sinh: chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, HA, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO_2, nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng;CVP mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2012), "Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng".

2. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2011), "Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng trên toàn quốc và các biện pháp phòng chống dịch đã triển khai".

3. Bộ Y Tế (2011), "Quyết định số 2554/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2011 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng".

4. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, 2019.

5. Lê Nam Trà (2011), "Tổng quan về bệnh tay chân miệng do EV71", *Tạp chí nhi khoa, tập 4, số 4, tháng 11/2011*, tr. trang 5-16.

6. Lee Ms et al (2010), "An investigation of epidemic EV71 infection in Taiwan2008 clinical virology and serologic features", *Pediatr.Infect.Dis.J.* 29(11), tr. 1030-1034.

7. Ma E et al (2011), "Effects of public health interventions in reducing transmission of HFMD", *Pediatr.Infect.Dis.J.* 30(5), tr. 432-435.

VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM (ICD-A87)

1. Định nghĩa

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là một tình trạng bệnh lý **nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương** do vi khuẩn có khả năng sinh mủ xâm nhập vào **màng não** gây nên bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là hội chứng nhiễm khuẩn cấp và hội chứng màng não.

2. Chẩn đoán

2.1.Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

a. Viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ lớn:

Triệu chứng lâm sàng điển hình giống như ở người lớn:

- Giai đoạn khởi phát: diễn biến trong 1-2 ngày đầu. Có thể không rõ giai đoạn này. Sốt, mệt mỏi, đau đầu. Viêm hô hấp trên, rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy/táo bón, nôn/buồn nôn…)

- Giai đoạn toàn phát

Hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính: sốt cao, dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc rõ, có thể sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết

Hội chứng màng não:

Triệu chứng cơ năng: "tam chứng màng não" 1. Nhức đầu liên tục, sợ ánh sáng, tư thế cò súng, nằm quay mặt vào bóng tối; 2. Nôn tự nhiên, nôn vọt, nhiều lần, không liên quan tới bữa ăn; 3. Táo bón hoặc tiêu chảy

Triệu chứng thực thể: trẻ có dấu hiệu: cứng gáy, Kernig, Brudzinski, vạch màng não, tăng cảm giác đau

Triệu chứng thần kinh

Co giật: toàn thân, có thể cục bộ

Rối loạn tri giác: lơ mơ, li bì, có lúc hốt hoảng. Có thể hôn mê

Dấu hiệu thần kinh khu trú

Các triệu chứng riêng của VK gây bệnh*:* nốt phỏng, ban xuất huyết hoại tử, mụn mủ, áp xe cơ, viêm hô hấp, viêm tai giữa ....

b. Viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ nhũ nhi:

Các triệu chứng cơ năng thường nặng: trẻ đột ngột bỏ bú, khóc thét, rên rỉ, nôn vọt, khó thở, bụng chướng, tiêu chảy, co giật, hôn mê…

Triệu chứng thực thể không điển hình như ở trẻ lớn: trẻ có rối loạn tri giác, vô cảm, mắt nhìn xa xăm, nhìn ngược, li bì hoặc hôn mê, thóp phồng và căng, liệt thần kinh.

Ít khi có dấu hiệu cổ cứng, có khi cổ mềm (dấu hiệu Netter)

c. Viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh:

Thường gặp ở trẻ đẻ non, nhiễm khuẩn ối, ngạt khi đẻ.

Hội chứng nhiễm khuẩn thường không rõ. Trẻ thường không sốt, có khi hạ thân nhiệt.

Hội chứng màng não có thể kín đáo, dễ bị bỏ qua.

Một số triệu chứng chỉ điểm có thể nghĩ đến: Bỏ bú, li bì, thở rên; thở không đều, cơn ngừng thở, tím tái; thóp phồng, tiêu chảy, nôn trớ, co giật, giảm trương lực cơ ...

2.1.2. Cận lâm sàng

a. Dịch não tủy:

- *Chỉ định chọc dò tủy sống*:

+ Chọc dò tủy sống cho tất cả các trường hợp nghi ngờ viêm màng não nhiễm khuẩn .

+ Cần tiến hành sớm, trước khi dùng kháng sinh.

+ Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn.

- *Chống chỉ định:*

+ Tăng áp lực nội sọ nặng

+ Tình trạng nhễm khuẩn vùng thắt lưng

+ Suy hô hấp nặng, trụy mạch, shock

- *Biến đổi DNT*

+ Áp lực tăng

+ Màu sắc:

Màu *đục* với các mức độ khác nhau.

Có thể *trong* khi chọc dò tủy sống sớm < 24 giờ hoặc đã điều trị kháng sinh trước đó.

Có thể *vàng* (kèm xuất huyết não màng não hoặc biến chứng vách hóa MN)

+ Soi, cấy vi khuẩn : giúp chẩn đoán xác định viêm màng não nhiễm khuẩn và xác định căn nguyên.

+ Có thành phần kháng nguyên của vi khuẩn, tìm được bằng các xét nghiệm: PCR, ELISA).

+ Tế bào: tăng cao. Chủ yếu BCĐNTT. Có thể có BCĐNTT thoái hóa mủ.

+ Sinh hóa: Protein: tăng

Glucose: giảm nhiều

Cl- : bình thường hoặc giảm nhẹ

LDH, acid lactic, CRP tăng.

Phản ứng Pandy (+) mạnh

b. Xét nghiệm khác:

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng cao, BCĐNTT tăng, Hb giảm

- CRP định lượng tăng

- Tốc độ máu lắng: tăng cao, nhất là giờ đầu.

- Cấy máu: khi nghi có nhiễm trùng huyết
- Cấy dịch tỵ hầu.
- Điện giải đồ, canxi
- Chẩn đoán hình ảnh: *CT Scan hay MRI sọ não,* siêu âm qua thóp.
- X quang tim phổi

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh	Lâm sàng, dịch tễ, bệnh sử, diễn tiến bệnh	Các xét nghiệm cận lâm sàng
Viêm màng não mủ	- Sốt cao, nhức đầu, nôn vọt - Kernig (+) - Brudzinski (+) - Co giật - Diễn tiến nhanh trong 1 - 2 ngày - Dấu màng não (+)	*Dịch não tủy:* lờ đục, mủ, trong - Protein > 0,5 g/L - Đường < 1/2 đường huyết - Bạch cầu đa nhân > lympho - Vi trùng nhuộm Gram, soi trực tiếp, cấy (+) - CRP > 20 mg/L
Lao màng não	- Sốt kéo dài > 7 ngày - Dấu màng não - Hôn mê (+) - Babinski thường (+) - Dấu thần kinh định vị thường (+), co giật (+) - Tiền căn tiếp xúc lao - Chưa tiêm phòng BCG - Sút cân nhanh, suy dinh dưỡng....	*Dịch não tủy:* trong, vàng chanh, lờ đục - Protein 1-2 g/L - Đường: giảm, đôi khi chỉ còn vết - Tế bào: lympho > đa nhân - Cấy lao: 1-2 tháng và ít có ý nghĩa *X-quang phổi:* lao kê, hạch rốn phổi
Viêm màng não siêu vi	- Sốt cao,nhức đầu,nôn vọt - Kernig (+) - Brudzinski (+) - Co giật - Diễn tiến nhanh trong 1-2 ngày - Dấu màng não (+)	*Dịch não tủy:* Trong - Đạm bình thường hoặc tăng nhẹ - Đường bình thường hoặc giảm nhẹ - Tế bào: lympho > đa nhân - Cấy (-)
Viêm não	- Sốt cao,co giật,diễn tiến nhanh - Babinski (+/-), dấu thần kinh định vị (+/-) - Rối loạn tri giác	*Dịch não tủy:*trong - Đạm bình thoờng hoặc tăng nhẹ, đường bình thường - Tế bào không tăng hoặc tăng nhẹ - Áp lực tăng
Viêm não màng não	- Sốt cao, hội chứng màng não (+) - Co giật và hôn mê - Dấu thần kinh định vị (+/-) - Babinski (+/-)	*Dịch não tủy:*trong - Tế bào giống lao hoặc siêu vi - Đạm bình thường hoặc tăng nhẹ

2.3. Chẩn đoán biến chứng

- *Biến chứng sớm:*

Suy hô hấp: do tăng tiết, ứ trệ, co giật, chướng bụng, sốt cao, suy tim, viêm phổi.

Co giật: hạ đường máu, hạ Natri, hạ Calci, tắc tĩnh mạch động mạch não, phù não...

Phù não: có thể gây tụt kẹt.

Sốc nhiễm trùng: thường do não mô cầu

Đông máu rãi rác trong lòng mạch: hiếm.

Viêm cơ tim: hiếm

Rối loạn thân nhiệt: hạ nhiệt ở trẻ sơ sinh và sốt cao, co giật ở trẻ nhỏ.

Rối loạn nước - điện giải.

Hạ đường máu: thường xuất hiện ngay thời điểm vào viện

Hạ Calci máu

- *Các biến chứng muộn:*

Tràn dịch dưới màng cứng: Chẩn đoán nhờ siêu âm và scanner.

Tụ mủ dưới màng cứng

Tắc tĩnh mạch vỏ não: co giật, liệt khu trú. Không có điều trị đặc hiệu.

Áp-xe não: thường áp-xe não gây VMNNK.

Viêm não thất: thường gặp ở trẻ sơ sinh.

Não úng thủy: giãn khớp sọ, tăng vòng đầu.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc chung

- VMNNK là bệnh cấp cứu, cần được điều trị kịp thời, đúng và theo dõi chặt chẽ.

- Liệu pháp kháng sinh:

+ Kháng sinh có khả năng thấm tốt vào màng não.

+ Kháng sinh diệt khuẩn, nhạy cảm với căn nguyên gây bệnh.

+ Nồng độ kháng sinh trong dịch não tủy phải đủ cao (gấp 10 nồng độ diệt khuẩn tối thiểu).

+ Kháng sinh ít gây độc với trẻ em.

+ Dùng kháng sinh sớm, ngay khi có chẩn đoán.

+ Lựa chọn kháng sinh ban đầu khi chưa xác định được căn nguyên vi khuẩn dựa vào lứa tuổi, các dấu hiệu gợi ý căn nguyên.

+ Kháng sinh phải được dùng bằng đường tĩnh mạch.

+ Thời gian điều trị kháng sinh phải đủ dài tùy theo căn nguyên

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Khi chưa xác định được chính xác căn nguyên vi khuẩn

Bảng 1. Liệu pháp kháng sinh điều trị VMNM khi chưa xác định được căn nguyên

Tuổi	Loại kháng sinh	Liều lượng (mg/kg/24h)	Cách dùng	Thời gian dùng (ngày)
Trẻ sơ sinh (≤ 1 tháng tuổi)	1.Ceftriaxone hoặc Cefotaxime Kết hợp với Ampiciline Hoặc: 2. Ampiciline Kết hợp với Gentamicin	100mg 200 – 300mg 200-300 mg 200-300 mg 5mg	IV chia 1-2 lần IV chia 4 lần IV chia 4 lần IV chia 4 lần IV / IM 1 lần	7 - 21 ngày (tuỳ theo căn nguyên và tiến triển) nt
Từ >1 - ≤3tháng tuổi	Ceftriaxone hoặc Cefotaxime	100mg 200 – 300mg	IV chia 1-2 lần IV chia 4 lần	7- 14 ngày
Trên 3 tháng tuổi – 5 tuổi	Ceftriaxone hay Cefotaxime	100mg 200mg – 300mg	IV chia 4 lần IV chia 1-2 lần	7- 14 ngày
Trẻ > 5 tuổi	Ceftriaxone hay Cefotaxim Có thể phối hợp với Vancomycin	100mg 200 – 300mg 60mg	IV chia 1 -2 lần IV chia 4 lần PIV chia 4 lần	7-14 ngày

(Chữ viết tắt trong bảng 1: IV: Tiêm tĩnh mạch; PIV: truyền)

3.2.2. Khi xác định được chính xác căn nguyên vi khuẩn

Bảng 2. Liệu pháp kháng sinh khi đã xác định được căn nguyên gây bệnh

Vi khuẩn	Kháng sinh
N. meningitis (Não mô cầu)	Benzylpenicillin 200mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch, chia 4 lần, tiêm trong 7 ngày (vi khuẩn nhạy cảm Penicillin) hoặc Ceftriaxone 100mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch
S.pneumonia (Phế cầu)	Vancomycin 60mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch 4 lần + Cefotaxime 200-300mg/kg/ngày hoặc ceftriaxone 100mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch trong 10-14 ngày
Haemophilus influenzae typ b	Cefotaxime 200-300mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch 4 lần, tiêm trong 7-10 ngày , hoặc Ceftriaxone 100mg/kg/24h. Nếu không đáp ứng phối hợp Meropenem 120mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch 3-4 lần.
Vi khuẩn khác	Nếu không phân lập được vi khuẩn nhưng kết quả dịch não tủy có nhiều bạch cầu đáng kể thì khuyến cáo điều trị Cefotaxime hoặc Ceftriaxone tiêm tĩnh mạch tối thiểu 7 ngày. Yêu cầu điều trị kéo dài cho trẻ sơ sinh và các trường hợp viêm màng não mủ do trực khuẩn Gram âm.

3.3. Các biện pháp điều trị kèm theo:

- Hồi sức hô hấp, tuần hoàn theo mức độ
- Phòng, chống rối loạn nước, điện giải.
- Chống phù não: Mannitol 20% , Liều 0,5 g/kg (2,5 ml/kg) truyền tĩnh mạch 15-30 phút. Có thể truyền nhắc lại sau 8 giờ nếu có dấu hiệu phù não nhưng không quá ba lần trong 24 giờ và không quá ba ngày. Không dùng Manitol trong trường hợp có sốc, phù phổi.
- Hạ sốt: Paracetamol 10-15mg/kg/lần hoặc.
- chống co giật: Phenobarbital 100mg : 10-20mg/kg/lần hoặc seduxen 0.2 – 0.3mg/kg/lần.
- Đảm bảo dinh dưỡng (ăn qua sonde, nuôi dưỡng tĩnh mạch)
- Dexamethason (IV, 0,15mg/kg mỗi 6 giờ), dùng sớm, trước kháng sinh khoang 15 phút, kéo dài 3-4 ngày để phòng chống biến chứng, đặc biệt là điếc.
- Điều trị biến chứng: chọc hút dịch dưới màng cứng, phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị (2003), Thần kinh học- Bộ môn thần kinh - Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; Nhà xuất bản y học, trang 303 – 314.
2. David A. Greenberg et al (2006), Thần kinh học lâm sàng- Nhà xuất bản y học, trang 41 - 45 (Bản dịch từ nguyên tác Clinical Neurology, nhà xuất bản McGraw-Hill)
3. Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, 2019.
4. Allan R. Tunkel; W. Michael Scheld (2001)
5. Gerald T. Keusch, Matthew K. Waldor. 2002. Cholera and other vibrioses. Harrison’s Principles of Internal Medicine.
6. Cecil texbook of Medicine.1998
7. E.Pilly. 2002. Diarrhees infectieuses. Maladies ifectieuses.
8. Weekly epidemiological record 2000. Tạp chí Y học dự phòng. Số 3 - 2002.

VIÊM NÃO NHẬT BẢN (ICD-A83.0)

1. Khái niệm

Viêm não Nhật Bản là bệnh nhiễm trùng cấp tính hệ thần kinh trung ương do virus viêm não Nhật Bản gây ra, là một bệnh nặng, nguy cơ tử vong và di chứng cao.

Virus viêm não Nhật Bản truyền sang người do muỗi đốt. Vật chủ chính mang virus là lợn và một số loài chim. Bệnh không truyền trực tiếp từ người sang người.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Dịch tễ:

Đang có dịch lưu hành, hoặc có người xung quanh mắc bệnh, phổ biến từ tháng 5 đến tháng 7

2.1.2. Lâm sàng

Dựa vào các biểu hiện sau đây:

- Sốt cao đột ngột 39 - 40°C
- Đau đầu (nếu trẻ còn bú thường có những cơn khóc thét)
- Nôn hoặc buồn nôn
- Rối loạn tri giác các mức độ (ngủ gà, li bì, đau đầu hoặc hôn mê)
- Co giật, thường co giật toàn thân
- Có thể có các dấu hiệu: liệt, tăng trương lực cơ, rối loạn hô hấp, bi đại tiểu tiện

2.1.3. Cận lâm sàng

- Dịch não tuỷ:

+ Trong, áp lực tăng

+ Protein tàng nhẹ (thường < lg/lít)

+ Đường, muối bình thường

+ Bạch cầu tăng từ vài chục đến vài trăm /mm^3

+ Phản ứng Pandy (+)

+ ELISA phát hiện kháng thể chống virus viêm não Nhật Bản loại IgM (+)

- MRI sọ não để đánh giá
- Máu ngoại biên: số lượng bạch cầu tăng hoặc bình thường, CRP tăng hoặc bình thường
- Chức năng gan, thận, glucose...phục vụ cho quá trình điều trị

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt cao co giật
- Động kinh
- Viêm màng não cấp do vi khuẩn
- Sốt rét ác tính thể não

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Không có thuốc đặc hiệu, điều trị triệu chứng là chủ yếu
- Cần được điều trị kịp thời

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. *Hạ nhiệt*

Khi trẻ sốt > 38°C uống paracetamol 15mg/kg/lần hoặc đặt hậu môn, có thể nhắc lại sau 6 giờ. Không dùng quá 60mg/kg/24 giờ, chườm mát, đặt trẻ ở phòng thoáng.

3.2.2. Chống co giật

Diazepam 0,5mg/kg tiêm bắp hoặc diazepam 0,2 - 0,3mg/kg pha loãng với 5 - 10ml dung dịch đẳng trương tiêm chậm tĩnh mạch (chỉ thực hiện ở cơ sở có điều kiện hồi sức vì có thể gây ngừng thở)

Nếu co giật không hết, có thể dùng thêm hoặc phenobarbital (Gardenal) 5 - 8mg/kg/24 giờ chia 3 lần hoặc aminazin 0,5 - lmg/kg tiêm bắp

3.2.2. *Chống suy thở*

- Hút đờm dãi làm thông thoáng đường thở
- Thở oxy nếu co giật hoặc khó thở
- Hô hấp hỗ trợ nếu có ngừng thở (thở máy, đặt nội khí quản bóp bóng).

3.2.3. *Chống phù não*

Dung dịch mannitol 20% cho 0,5 - lg/kg/lần truyền tĩnh mạch trong 30 - 60 phút. Nên cho sớm, khi có biểu hiện phù não như đau đầu, nôn, rối loạn ý thức. Có thể truyền nhắc lại sau 8 giờ nếu biểu hiện phù não không cải thiện, nhưng không truyền quá 3 lần trong 24 giờ và không truyền quá 3 ngày

Dexamethason 0,2 - 0,4mg/kg/lần cách nhau 8 giờ. Tiêm tĩnh mạch chậm, không dùng quá 3 ngày

3.2.4. *Cân bằng nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan*

Dung dịch ringer lactat 30 - 50ml/kg, tốc độ 20 - 30 giọt/phút sau mỗi lần truyền mannitol.

Nếu không có ringerlactat thì thay bằng dung dịch đẳng trương natriclorua 9‰ và glucose 5% mỗi loại dịch 1/2

- Dựa vào điện giải đồ và đường máu để điều chỉnh nếu có rối loạn
- Nếu có điều kiện đo các thông số về khí máu để điều chỉnh thăng bằng toan - kiềm

3.2.5. *Dinh dưỡng chăm sóc*

- Dinh dưỡng: ăn thức ăn dễ tiêu, năng lượng cao, đủ muối khoáng và vitamin. Nếu trẻ không ăn được thì cho ăn qua ống thông dạ dày, đảm bảo 1500kcal/ngày.
- Chăm sóc:

+ Hút đơm dãi, vỗ rung.

+ Chông loét: nằm đệm chông loét, thay đổi tư thế.

+ Vệ sinh toàn thân: răng, miệng, da...

- Chống bội nhiễm:

Có thể dùng kháng sinh tuỳ theo tình trạng bệnh, thường gặp là viêm phổi: ampicillin 100mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chia 3 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam. Hưỡng dẫn chẩn đoán và xử trí bệnh viêm não cấp ở trẻ em. Số 2322/QĐ-BYT, 30/06/2006.

2. Trần Văn Luận. Góp phần nghiên cứu lâm sàng và điều trị bệnh viêm não Nhật Bản ở trẻ em Việt Nam. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 1994

3. Phạm Thị Sửu, Nguyễn Trung Hà, Phạm Nhật An. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điệu trị bệnh viêm não Nhật Bản ở trẻ em vụ dịch 1998 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Hội thảo khoa học "Dịch tễ học, lâm sàng và phòng chống bệnh viêm não ở trẻ em", Hà Nội,1998:18-32.

4. Phạm Nhật An (2014) "Bệnh viêm não trẻ em", nhà xuất bản y học.

5. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.

NHIỄM RICKETTSIA (ICD-A79.9)
(Sốt mò)

1. Khái niệm

Sốt mò là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do Orientia tsutsugamushi (là một loại vi khuẩn thuộc họ Rickettsiacea) gây nên. Bệnh lưu hành ở các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam. Biểu hiện lam sàng đa dạng, có thể dẫn tới tử vong nếu không được điều trị thích hợp và kịp thời.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh kéo dài từ 6-21 ngày (trung bình từ 9-12 ngày)

- Sốt: thường khởi phát đột ngột, sốt cao liên tục, có thể kèm theo rét run, đau đầu, đau mỏi người

- Biểu hiện da niêm mạc:

+ Da xung huyết, có thể phù nhẹ dưới da vùng mặt và mu chân, xung huyết kết mạc mắt

+ Vết loét ngoài da (còn gọi dấu Eschar) là dấu hiệu đặc hiệu của sốt mò, có dạng hình bầu dục, kích thước từ 0,5-2cm, có vảy đen hoặc đã bong vảy, thường không đau, khu trú ở những vùng da mền như nách, ngực, cổ, bẹn, bụng....vv

+ Ban ngoài da: thường xuất hiện vào cuối tuần thứ nhất của bệnh, có dạng dát sẩn, phân bố chủ yếu ở thân người, có thể ở cả chân tay, có thể gặp ban xuất huyết

- Sưng hạch lympho: tại chỗ vết loét và hạch toàn thân có kích thước 1,5-2cm mềm không đau, di động bình thường

- Trường hợp sốt mò chẩn đoán và điều trị muộn xuất hiện các tổn thương đa phủ tạng như phổi, thận, tim, gan, não và màng não

+ Tổn thương phổi: bệnh nhân thường có triệu chứng ho, nghe phổi có thể có rales, một số bệnh nhân có thể có biểu hiện tràn dịch màng phổi, những trường hợp sốt mò nặng có thể có khó thở, suy hô hấp dẫn đến tử vong

+ Tổn thương tim mạch: bệnh nhân sốt mò thường có tình trạng huyết áp hạ, viêm cơ tim gặp ở một số trường hợp

+ Viêm màng não, viêm não gặp một số ít các trường hợp

+ Suy thận

+ Gan to, lách to có thể gặp khoảng 40% số bệnh nhân sốt mò, một số trường hợp có thể có biểu hiện vàng da

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm huyết thanh học chẩn đoán sốt mò:

+ Test nhanh rickettsia Ab

+ Xét nghiệm RT-PCR (Real time Polymerase chain reaction)

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng, tỷ lệ bạch cầu lympho và mono thường tăng, tiểu cầu có thể hạ

- X-quang phổi: có thể gặp tổn thương kiểu viêm phế quản, một số bệnh nhân có tổn thương viêm phổi

- Chức năng gan: thường thấy tăng men gan, có thể tăng bilirubin, nhiều bệnh nhân có rối loạn protid máu (giảm albumin)

- Chức năng thận: xét nghiệm nước tiểu có thể có protein và hồng cầu. suy thận(tăng ure huyết và creatinin) gặp ở một số ít trường hợp

- Siêu âm: có thể phát hiện gan, lách to, tràn dịch màng phổi, màng bụng

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Thương hàn cũng có các biểu hiện sốt, gan lách to và tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng. Khác với sốt mò, thương hàn khởi phát bán cấp và đi kèm với triệu chứng rối loạn tiêu hóa. Hồng ban trong thương hàn thường có số lượng ít, phân bố chủ yếu ở bụng, ngực. Dấu hiệu chướng bụng và ùng ục hố chậu phải rất đặc hiệu cho thương hàn. Xét nghiệm máu thường thấy bạch cầu hạ, nuôi cấy máu, phân, và một số bệnh phẩm khác mọc vi khuẩn thương hàn (S.typhi, S.paratyphi các loại)

- Leptospirosis: bệnh cấp tính do các loại leptospira gây nên, biểu hiện chính là sốt, đau cơ, có thể có phát ban, vàng da, tổn thương phổi, suy thận, xét nghiệm máu có thể có giảm tiểu cầu, tăng men gan. Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán leptospirosis là đau cơ và suy thận.Nếu có điều kiện, có thể làm xét nghiệm huyết thanh học để chẩn đoán leptospirosis (ví dụ: Martin-petit)

- Các bệnh nhiễm abovirrus: thường có diễn biến cấp tính với các triệu chứng sốt, đau đầu, mỏi người, có thể có ban…tương tự như sốt mò. Dấu hiệu xuất huyết đi kèm với hạ tiểu cầu và tăng Hematocrit thường gặp hơn trong sốt xuất huyết dengue. Các bệnh nhiễm abovirus thường không đi kèm với gan, lách to, ít khi có biểu hiện đồng thời ở nhiều cơ quan và phủ tạng và bệnh thường tự khỏi trong vòng 5-7 ngày

- Các bệnh nhiễm rickettsia khác: sốt chuột và sốt do rickettsia nhóm phát ban có thể gặp ở nước ta. Các biểu hiện chính của các bệnh nhiễm rickettsia cũng tương tự như sốt mò, bao gồm sốt, đau đầu, mỏi người, phát ban, tổn thương một số cơ quan và phủ tạng. Vết loét đặc hiệu ngoài da không gặp trong sốt chuột, có thể gặp trong sốt do rickettsia nhóm phát ban nhưng hiếm hơn trong sốt mò, Các bệnh này thường tiến triển lành tính hơn sốt mò, có đáp ứng kháng thể đặc hiệu với kháng nguyên tương ứng và cũng đáp ứng với các thuốc điều trị rickettsia như Doxycycline, chloramphenicol

- Các bệnh nhiễm trùng huyết: có sốt, tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng như trong sốt mò, nhiễm trùng huyết thường ít khi đi kèm với xung huyết và phát ban trên da, tràn dịch các

màng. Cần thăm khám kỹ ngoài da và phát hiện các vết loét đặc hiệu để không bỏ sót bệnh sốt mò, làm xét nghiệm cấy máu để xác định vi khuẩn gây nhiễm trùng huyết

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Điều trị kháng sinh có tác dụng với rickettsia
- Điều trị hỗ trợ một cách hợp lý.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Tuyến cơ sở

Điều trị cho những bệnh nhân sốt mò nhẹ. Chuyển lên tuyến trên khi bệnh nhân có các biểu hiện nặng về hô hấp (khó thở, tím), tuần hoàn (huyết áp hạ), suy thận, viêm màng não hoặc bệnh nhân là phụ nữ mang thai, trẻ <10 tuổi.

Điều trị bằng một trong các thuốc kháng sinh có tác dụng với rickettsia sau đây:

- Doxycycline liều: 0,1g x 2 viên/ngày chia 2 lần mỗi 12h trong 5 ngày. Uống sau khin ăn để tránh nôn (tránh dùng các sản phẩm sữa, các thuốc giảm acid dịch vị dạ dày do có thể làm giảm hâp thu thuốc). Cho bệnh nhân uống bù nếu bị nôn trong vòng 2h sau khi uống. Chống chỉ định cho trẻ <8 tuổi.
- Chloramphenicol liều trung bình: 50mg/kg uống 2 lần/ngày x 5 ngày Hoặc liều tĩnh mạch (liều trẻ em) 50-70 mg/kg chia 2 lần/ngày x 5-7 ngày
- Hạ than nhiệt bằng paracetamol hoặc các thuốc hạ nhiệt khác, chờm mát khi bệnh nhân sốt cao.
- Bù dịch cho bệnh nhân theo các mức độ mất nước.

3.2.2. Tuyến huyện

Điều trị cho những bệnh nhân sốt mò có biểu hiện mức độ bệnh vừa, bệnh nhân là phụ nữ mang thai. Chuyển tuyến tỉnh khi bệnh nhân có biến chứng hô hấp và tuần hoàn, viêm màng não.

- Điều trị kháng sinh như ở tuyến cơ sở. tránh sử dụng doxycycline cho phụ nữ có thai, cho con bú và trẻ <8 tuổi. Nếu bệnh nhân không thể uống được có thể cho chloramphenicol tiêm tĩnh mạch liều 50-70 mg/kg chia 2 lần/ngày x 5-7 ngày. Nếu hạch sưng dùng trong 14 ngày.
- Azithromycin liều đơn 500mg uống một lần duy nhất. Chỉ định cho phụ nữ có thai và cho con bú.
- Bù dịch bằng đường uống(dung dịch ORS) hoặc tĩnh mạch (dung dịch natri chloride 0,9%, Ringer lactat, Glucose 5%) nếu bệnh nhân sốt ca và ăn uống kém. Bù dịch thận trọng khi bệnh nhân có suy hô hấp, có thể làm bệnh nhân nặng hơn khi truyền dịch quá tải.

3.2.3. Tuyến tỉnh trở lên

Điều trị cho những bệnh nhân nặng, có biến chứng hô hấp và tuần hoàn, trẻ em <10 tuổi

- Kháng sinh tương tự tuyến huyện trong trường hợp nặng có thể phối hợp kháng sinh Doxycycline với chloramphenicol tiêm tĩnh mạch (liều lượng như trên).

- Điều trị hỗ trợ

+ Điều trị hỗ trợ hô hấp: cho bệnh nhan thở oxy qua mũi hoặc mặt nạ, máy thở không xâm nhập BiPAP, hoặc đặt nội khí quản thở máy xâm nhập nếu tình trạng suy hô hấp nặng.

+ Điều trị suy tuần hoàn: đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để kiểm soát áp lực tĩnh mạch trung tâm, bù dịch kết hợp với các thuốc vận mạch (dobutamin, dopamine…) trong trường hợp huyết áp hạ.

+ Điều trị suy thận: bù dịch, lợi niệu, lọc thận nhân tạo khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn vi sinh (1982) Đại học Y Hà Nội “ Rickettsia”, Vi sinh vật y học tập II . Nhà xuất bản y học Hà Nội. tr 153-191

2 . Nguyễn Trần Chính và CS (1994) " Sốt mò" ,Bệnh truyền nhiễm, Nhà xuất bản y học tr 366-386 .

3. Lê Đăng Hà Cao Văn Viên và CS (2001) " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng . xét nghiệm , chẩn đoán và điều trị bệnh sốt mò do rickettsia Tsutsugamushi tại Viện Y học Lâm sàng các bệnh nhiệt đới " Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ , Viện Y học Lâm sàng các bệnh nhiệt đới . Bộ y tế Hà Nội

4 . Vũ Văn Ngọ , Phạm Thị Văn Hạnh (2002)" Nghiên cứu lâm sàng, xét nghiệm điều trị bệnh sốt mò" Nhi khoa tập 10 nhà xuất bản y học, Hà nội

5. Berman SJ, Brown GW, robinson huxsoll Dl et al Scrub typhus in saut Việt Nam a study of 87 cases. Annuals internal medicin 1973-1979,p26-30.

6. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.

HỘI CHỨNG LỴ

1. Định nghĩa

Lỵ trực khuẩn là bệnh nhiễm khuẩn đường tiêu hoá do trực khuẩn *Shigella* gây nên. Thể điển hình cấp tính có biểu hiện lâm sàng là sốt, đại tiện nhiều lần, phân có nhầy và máu, có những cơn đau quặn bụng và mót rặn khi đại tiện. Bệnh lây theo đường tiêu hoá và dễ phát thành dịch.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh: không có biểu hiện lâm sàng

Thường kéo dài 12-72 giờ (trung bình 1-5 ngày)

b. Thời kỳ khởi phát

- Đột ngột với các triệu chứng không đặc hiệu:

+ Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao 39 - 40°C đột ngột, thường kèm theo ớn lạnh, đau nhức cơ toàn thân, mệt mỏi biếng ăn, buồn nôn hoặc nôn mửa. Ở trẻ nhỏ có thể co giật do sốt cao.

+ Triệu chứng tiêu hóa: khởi đầu là tiêu chảy phân lỏng hoặc toàn nước vàng, kèm theo đau bụng có thể dẫn đến mất nước và điện giải nặng, suy thận cấp nhưng thường không đến nỗi đe dọa tính mạng trừ trường hợp trẻ suy dinh dưỡng, đẻ non.

- Giai đoạn này kéo dài 1-3 ngày

c. Thời kỳ toàn phát

Bệnh diễn tiến thành hội chứng lỵ điển hình đầy đủ với:

- Đi ngoài phân nhầy, nhiều lần, lượng phân càng lúc càng ít dần. Trường hợp nặng có thể đến 20 - 40 lần/ngày

- Mót rặn nhiều, ngày càng tăng, đau thắt lưng ở vùng trực tràng, có thể dẫn đến sa trực tràng ở người già, suy kiệt- Đau bụng quặn từng cơn, nhưng thường giảm sau vài ngày. Thể trạng suy sụp nhanh chóng, người mệt mỏi, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng bẩn

- Khám bụng thường thấy đau rõ ở nửa dưới bụng bên trái, vùng đại tràng sigma hoặc đau toàn bộ khung đại tràng

d. Diễn biến các thể lâm sàng

- Thể nặng và cấp với sốt cao, lạnh run, tiêu chảy ồ ạt, rối loạn nước điện giải, suy tuần hoàn, tử vong, thường là do nhiễm *Shigella dysenteriae 1*.

- Có thể nhẹ (thường là do nhiễm *S. Sonnei*) với tiêu chảy nhẹ hoặc không có triệu chứng rõ, chỉ có đau bụng âm ỉ, tiểu phân lỏng thoáng qua sau đó tự khỏi

- Thể mãn tĩnh bệnh nhân đi ngoài nhầy máu làm mất nhiều đạm, rối loạn nước điện giải kéo dài, suy kiệt

- Trẻ < 4 tuổi bệnh thường cấp tính, sốt cao kèm co giật, biểu hiện thần kinh li bì, lơ mơ, đau đầu, cổ cứng, một số trường hợp tử vong do sốc nội độc tố

2.1.2. Cận lâm sàng

a. Công thức máu: ít có giá trị chẩn đoán

- Bạch cầu thường tăng 5000-15.000/mm^3 chủ yếu là đa nhân trung tính có thể tăng đến 30.000/mm^3

- Xét nghiệm phân: có giá trị quan trọng và cần thiết để chẩn đoán gồm:

+ Soi phân tươi: xem đại thể: trường hợp nặng thấy phân lỏng có nhiều nhầy lẫn máu, thấy nhiều hồng cầu và bạch cầu đa nhân

+ Cấy phân: phân lập trực khuẩn *Shigella*

- Soi trực tràng: thấy hình ảnh viêm lan tỏa cấp tính niêm mạc, có nhiều vết loét nông đường kính 3-7mm, có thể xuất huyết chỗ loét và cần lấy chất nhầy tại chỗ loét để tìm vi khuẩn.

- Huyết thanh chẩn đoán: ít có giá trị

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với lồng ruột:

+ Thường ở trẻ bụ bẫm, có khóc từng cơn.

+ Thăm khám hoặc siêu âm bụng thấy có búi lồng.

+ Thăm trực tràng có máu theo tay.

-Với các nhiễm khuẩn tiêu hoá khác

2.3. Chẩn đoán biến chứng

2.3.1. Biến chứng sớm

- Sốc do mất nước điện giải

- Suy thận

- Thủng ruột già do cơ thể suy kiệt

- Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm (thường là E.coli)

- Viêm màng não, viêm phổi....

2.3.1. Biến chứng muộn

- Suy dinh dưỡng, phù nề toàn thân do mất đạm kéo dài

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị chống nhiễm khuẩn

- Điều trị triệu chứng

- Khủ trùng tẩy uế

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1.kháng sinh

a. Đối với lỵ trực khuẩn:

- Trimethoprim + Sulfamethoxazole (viên 80mg + 400mg): 10-48mg/kg/ngày, chia làm 2 lần, uống trong 3-5 ngày hoặc

- Ampixillin: liều 100mg/kg/ngày chia 4 lần, uống trong 5 ngày hoặc

- Nalidixic Acid (viên 500mg) liêu 50mg/kg/ngày chia 2 lần, uống trong 5 ngày

- Hiện nay vi khuẩn kháng kháng sinh ngày càng tăng nên có thể dùng nhóm Quinolon:

Ciprofloxacin 15mg/kg/ngày chia 2 lần, uống trong 3 ngày(tối đa 500mg/ngày)

b. Đối với Lỵ amip thể ăn hồng cầu:

Flagyl(Metronidazole): 30 - 40mg/kg/ngày, chia 2 lần, uống trong 5 ngày.

3.2.2. Điều trị triệu chứng

- chống mất nước và điển giải:

+ Mất nước nhẹ: bù Oresol uống

+ Mất nước vừa và nặng: bù Oresol uống kết hợp truyền tĩnh mạch(Ringer lactat hoặc natri chlorid 0,9% kết hợp với glucose 5%)

- Chống sốt cao co giật

- Trợ sức bằng vitamin nhóm B, C

- Chế độ dinh dưỡng

- Khử trùng tẩy uế

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh tiêu chảy- GS. TS Phùng Đắc Cam - Nhà xuất bản y học 2003
2. Bệnh truyền nhiễm - Đại học y dược TP.HCM-1997
3. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.
4. Longo, D.L (2012). Harrison's principles of internal medicine. 18th ed2012, New York: McGraw-Hill.
5. Mandell, G.L., J.E. Bennett, and R. Dolin (2010), Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed2010, Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier.

CHƯƠNG X:

NỘI TIẾT- CHUYỂN HÓA

CHẬM TĂNG TRƯỞNG CHIỀU CAO DO THIẾU HỤT HORMON TĂNG TRƯỞNG (ICD E23.0)

1. Khái niệm

- Chậm tăng trưởng chiều cao là khi chiều cao dưới -2SD so với quần thể tham chiếu.

- Thiếu hụt hormone tăng trưởng (GHD) là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất biểu hiện bằng tình trạng lùn.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng:

Tiêu chuẩn lâm sàng:

- Chiều cao < -2SD so với quần thể bình thường
- Giảm sản vùng mặt giữa (tạo nên bộ mặt giống búp bê)
- Tay và chân nhỏ
- Dương vật nhỏ ở nam
- Tiền sử : vàng da kéo dài, hạ đường huyết , dương vật nhỏ thời kì sơ sinh

Tiêu chuẩn tăng trưởng học:

- Lùn, chiều cao < 2SD (lùn nặng, chiều cao < 3SD)
- Chiều cao < 1,5 SD so với chiều cao trung bình của bố mẹ
- Chiều cao < 2SD và tốc độ tăng chiều cao trong 1 năm < 1,5 SD so với tuổi hoặc giảm SD chiều cao 0,5 SD trong 1 năm ở trẻ trên 2 tuổi
- Trong trường hợp chưa lùn thì tốc độ tăng chiều cao < 2SD trong 1 năm

2.2. Cận lâm sàng

- Định lượng GH
- Các test chẩn đoán:

+ Test dung nạp insulin: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán GHD. Không sử dụng test này cho trẻ nhỏ và trẻ có trọng lượng < 15kg

+ Test vận động

+Test glucagon: có thể sử dụng cho cả trẻ nhỏ

+Test Arginine hoặc clonidine

- Định lượng các yếu tố tăng trưởng: IGF1
- Tuổi xương : Chụp X quang bàn tay thẳng nghiêng tay trái trẻ trên 1 tuổi
- Chụp MRI sọ não

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Lùn thể trạng

- Suy dinh dưỡng.

- Chậm phát triển trong tử cung

- Các bệnh mạn tính

- Rối loạn chuyển hóa.

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Bẩm sinh: Bất sản hoặc giảm sản tuyến yên, bất thường não trước

- Mắc phải:U vùng dưới đồi, u vùng tuyến yên; chấn thương sọ não; thâm nhiễm do LCH, bạch cầu cấp; nhiễm trùng thần kinh ;chiếu xạ vùng sọ, vùng mũi họng

3. Điều trị GH

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Tiến hành điều trị sớm, trẻ càng nhỏ hiệu quả càng cao.

- GHD của bệnh nhân không được điều trị GH có chiều cao cuối cùng (FH) là 134 – 146 cm ở nam và 128 – 134 cm ở nữ.

- Tất cả bệnh nhân đã được điều trị GH nên được theo dõi trong thời gian dài.

3.2. Điều trị cụ thể

-Liều GH (Norditropin Nordilet 5mg/ 1,5ml) khuyến cáo trong GHD là 0,022- 0,035 mg/ kg/ ngày tiêm dưới da vào buổi tối.

4. Theo dõi

Bệnh nhân điều trị GH phải được khám định kỳ 3-6 tháng/lần: kiểm tra sự tăng chiều cao và tốc độ tăng chiều cao để đánh giá đáp ứng với điều trị GH, theo dõi tác dụng phụ của GH

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn và điều trị bệnh trẻ em năm 2018. Bệnh viên Nhi Trung ương

2. Phác đồ điều trị nhi khoa năm 2019. Bệnh viện Nhi đồng 2.

SUY GIÁP TRẠNG BẨM SINH (ICD E03)

1. Khái niệm

Suy giáp trạng bẩm sinh (SGTBS) là bệnh nội tiết do tuyến giáp sản xuất không đủ hocmon đáp ứng cho nhu cầu chuyển hóa và sinh trưởng của cơ thể.SGTBS để lại di chứng rất trầm trọng về thể lực và thiểu năng trí tuệ nặng nề nếu không được điều trị.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

• Trẻ bú mẹ: Tiêu chuẩn chẩn đoán sớm trên lâm sàng.

Biểu hiện lâm sàng và yếu tố nguy cơ	Điểm
1. Phù niêm và có bộ mặt đặc biệt	2
2. Da nổi vân tím, hạ thân nhiệt	1
3. Thoát vị rốn	2
4. Thóp sau rộng > 0,5cm	1
5. Giảm trương lực cơ	1
6. Lưỡi to	1
7. Táo bón	2
8. Vàng da kéo dài trên 3 tuần	1
9. Tuổi thai > 42 tuần	1
10. Cân nặng khi sinh >3,5 kg	1
11. Nữ	1
Nghi ngờ SGTBS khi tổng điểm	> 5

• Trẻ lớn:

- Bộ mặt phù niêm
- Dấu hiệu về da: da khô, lạnh và nổi vân tím.
- Dấu hiệu tiêu hóa: ngủ nhiều, ít khóc đòi ăn và táo bón kéo dài.
- Phát triển tinh thần và vận động thường chậm so với tuổi.

Xét nghiệm

- Xét nghiệm đặc hiệu:

+ TSH ≥20µUI/ml (bình thường 0 - 5µUI/ml)

+ T4 < 50nmol/l (bình thường 50 – 150nmol/l) hoặc FT4 < 9pmol/l

+ FT3 giảm

- Xét nghiệm không đặc hiệu:

+ Tuổi xương: Chụp X quang bàn tay trái thẳng nghiêng

+ Siêu âm tuyến giáp

- Chẩn đoán sớm dựa vào SLLSS

2.2. Chẩn đoán phân biệt.

- Còi xương

- Langdon Down

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Rối loạn phát triển tuyến giáp: 90% trẻ bị SGBS do tuyến giáp lạc chỗ, không có tuyến giáp hoặc tuyến giáp bị thiểu sản.

- 10% SGBS còn lại do rối loạn tổng hợp hormon giáp (bệnh do di truyền lặn nhiễm sắc thể thường)

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị tình trạng suy giáp về bình giáp càng sớm càng tốt.

- Liệu pháp điều trị thay thế hormon giáp suốt đời.

- Theo dõi định kỳ.

3.2. Điều trị cụ thể

-Thuốc: Hormon giáp tổng hợp (T4) Thyroxin có tác dụng sinh lý kéo dài, hấp thu qua ruột đạt 50-70%.

+ Liều lượng thuốc ban đầu là 10 - 15µg/kg/ngày

+ Liều duy trì:

Tuổi	**µg/ngày**	**µg/kg/ngày**
0-6 tháng	25-50	8-10
6-12 tháng	50-75	6-8
1-5 tuổi	75-100	5-6
6-12 tuổi	100-150	4-5
12 – người lớn	100-200	2-3

- Cách dùng thuốc :Uống thuốc ngày 1 lần vào trước bữa ăn sáng 1 giờ. Uống thuốc dạng viên. Đối với trẻ nhỏ, sơ sinh thì nghiền thành bột và pha vào vài ml nước hoặc sữa mẹ.

3.3.Theo dõi điều trị

- Trong năm đầu điều trị 3 tháng khám lại 1 lần, những năm sau 6 tháng khám lại 1 lần . Khám lâm sàng , đo chỉ số DQ (IQ), TSH , T4(FT4), T3 (FT3) trong máu và chụp tuổi xương 6 tháng/ 1 lần.

4. Tiên lượng

Phụ thuộc vào

- Phát hiện và điều trị sớm hay muộn.

- Nguyên nhân của SGTBS .

- Mức độ SGTBS trước điều trị.

- Ngày nay tiên lượng điều trị tốt hơn nhờ có chương trình sàng lọc sơ sinh đã điều trị sớm trẻ bị SGTBS tránh cho trẻ bị thiểu năng tâm thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn và điều trị bệnh trẻ em năm 2018. Bệnh viên Nhi Trung ương

2. Phác đồ điều trị nhi khoa năm 2019. Bệnh viện Nhi đồng 2.

DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG (ICD E30.1)

1. Khái niệm

- Dậy thì sớm trung ương hay còn gọi là dậy thì sớm phụ thuộc gonadotropin và bao gồm dậy thì sớm trung ương tiên phát (không rõ nguyên nhân) và thứ phát.

- Dậy thì sớm trung ương là quá trình dậy thì có dạng giống như dậy thì bình thường nhưng có sự hoạt hóa sớm trục dưới đồi – tuyến yên, thường gặp ở trẻ gái hơn trẻ trai, tỷ lệ nữ:nam là 10:1

- Nguyên nhân: do tổn thương não gặp ở 4,8 -13,3% các trường hợp dậy thì sớm trung ương ở các trẻ nữ và 20% ở các trẻ nam

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Trẻ gái:

+ Kích thước tuyến vú, phát hiện lông mu, mụn trứng cá

+ Đo chiều cao so, sánh với tuổi

Đánh giá sự tăng kích thước tuyến vú và lông mu theo bảng Tanner:

Trẻ gái : Sự phát triển của vú

Giai đoạn 1	Trước trưởng thành. Chỉ thấy núm vú.
Giai đoạn 2	Giai đoạn vú phát triển. Độ cao của vú và núm vú như một cái đồi nhỏ. Gia tăng đường kính quầng vú.
Giai đoạn 3	Vú lớn hơn, tăng độ cao của vú và quầng vú, không có sự ngăn cách của đường viền.
Giai đoạn 4	Sự nhô ra của quầng vú và núm vú.
Giai đoạn 5	Giai đoạn trưởng thành, chỉ núm vú nhô ra do sự rút dần của quầng vú.

Trẻ gái : Lông mu

Giai đoạn 1	Trước trưởng thành. Không có lông mu.
Giai đoạn 2	Sự phát triển thưa thớt của lông tơ nhạt màu chủ yếu tại âm hộ.
Giai đoạn 3	Lông sẫm màu, thô và cong hơn, lan rộng một cách thưa thớt đến vùng mu.
Giai đoạn 4	Lông giống người lớn, nhưng mức độ bao phủ nhỏ hơn ở người lớn. Không lan đến bề mặt giữa đùi.
Giai đoạn 5	Trưởng thành. Tăng số lượng và sự phân bố lông theo chiều ngang, lan sang các bề mặt giữa của bắp đùi.

Trẻ trai:

+ Tăng thể tích tinh hoàn > 4ml

+ Lông mu có thể có hoặc không

+ Tăng kích thước dương vật/ thay đổi bìu (đỏ, mỏng) thường khoảng 1 năm sau khi có tăng kích thước tinh hoàn

+ Tăng chiều cao so với tuổi, mụn trứng cá, thay đổi giọng nói

Đánh giá sự tăng kích thước bộ phận sinh dục và lông mu theo bảngTanner:

Trẻ trai: Sự phát triển bộ phận sinh dục

Giai đoạn 1	Chưa trưởng thành.Tinh hoàn, bìu và dương vật có cùng kíchthước và tỷ lệ như lúc nhỏ
Giai đoạn 2	Bìu và tinh hoàn to hơn. Da bìu trở nên đỏ hơn, dương vật to nhẹ hoặc không
Giai đoạn 3	Dương vật dài hơn, dương vật và bìu phát triển nhiều hơn.
Giai đoạn 4	Tăng kích thước của dương vật theo chiều ngang, và sự phát triển của qui đầu. Tinh hoàn và bìu lớn hơn, bìu sậm màu hơn.
Giai đoạn 5	Trưởng thành.

Trẻ trai: Lông mu

Giai đoạn 1	Chưa trưởng thành. Không có lông mu
Giai đoạn 2	Sự phát triển thưa thớt của lông tơ nhạt màu chủ yếu tại gốc của dương vật.
Giai đoạn 3	Lông sẫm màu, thô và cong hơn, lan rộng một cách thưa thớt đến vùng mu.
Giai đoạn 4	Lông giống người lớn, nhưng mức độ bao phủ nhỏ hơn ở người lớn. Không lây lan đến bề mặt giữa đùi.
Giai đoạn 5	Trưởng thành. Tăng số lượng và sự phân bố lông theo chiều ngang, lan sang các bề mặt giữa của bắp đùi.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy:

+ LH, FSH, testosterone (trẻ trai), estradiol (trẻ gái) .

+ Chức năng tuyến giáp:F T3, FT4, TSH

+ Tuổi xương dựa vào X-quang xương cổ bàn tay trái (X quang bàn tay trái thẳng nghiêng): Tuổi xương tăng > 1 năm so với tuổi thật.

+ Siêu âm vùng tiểu khung để đánh giá sự phát triển buồng trứng tử cung

- Xét nghiệm tìm nguyên nhân.

- MRI não : Bắt buộc trẻ trai, trẻ nữ nên chụp cho trẻ dưới 6 tuổi

- Thử nghiệm động: Thử nghiệm kích thích GnRH

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán dậy thì trung ương

- Xuất hiện những biểu hiện dậy thì ở những cơ quan sinh dục dưới 8 tuổi ở trẻ gái và dưới 9 tuổi ở trẻ trai.

- Tăng kích thước tinh hoàn> 4 ml ở trẻ trai hoặc tăng kích thước tuyến vú từ phân độ Tanner 2 ở trẻ gái.

- Tăng chiều cao trên + 2SD so với tuổi.

- LH cơ bản: > 0,3 UI/L.

- Testosterone > 1 nmol/L ở trẻ trai hoặc estradiol > 60pmol/L ở trẻ gái.

- Tuổi xương tăng > 1 năm so với tuổi thật.

- Thử nghiệm kích thích GnRH dương tính > 5UI/L.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Dậy thì ngoại biên:

- Phát triển tuyến vú đơn độc.

- Phát triển lông mu đơn độc.

- Nang buồng trứng.

2.5. Chẩn đoán nguyên nhân

- Đa số là vô căn chiếm 90 %, có tính chất gia đình 25% (di truyền trội, trên NST thường)

- Hamartoma vùng dưới đồi, u tế bào hình sao, u tế bào mầm, u thần kinh đệm, nang màng nhện, nang trên hố yên, não úng thủy.

- Tổn thương thần kinh mắc phải như viêm nhiễm, phẫu thuật, chấn thương, xạ trị hoặc áp xe.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Làm giảm hoặc ngừng sự phát triển các đặc tính dậy thì

- Giảm sự trưởng thành của xương.

- Cải thiện chiều cao trưởng thành đáp ứng nhu cầu tâm lý và xã hội

3.2.Điều trị cụ thể

Đồng vận của GnRH được sử dụng để điều trị:

- Liều dùng:

+ Trẻ > 20kg: Triptoreline 3,75mg/ống , 1 ống tiêm bắp mỗi 4 tuần.

+ Trẻ < 20kg: Triptoreline 3,75mg/ống, 1/2 ống tiêm bắp mỗi 4 tuần.

+ Hoặc Diphereline 11,25 mg tiêm bắp mỗi 12 tuần 1 ống trẻ >20kg, ½ ống cho trẻ < 20kg

3.3. Theo dõi

Đánh giá lại các thay đổi về đặc tính dậy thì mỗi 3-6 tháng:

+ Cân nặng, chiều cao, tốc độ tăng trưởng, BMI

+ Kích thước tuyến vú, thể tích tinh hoàn, lông mu.

+ FSH, LH, estrogen, testosterone

- Đánh giá lại tuổi xương sau 6 tháng đầu điều trị, và sau đó là mỗi năm.

- Tác dụng phụ.

- Chỉ định ngưng thuốc:

+ Tuổi thực từ 10,5 đến 11,5 tuổi hoặc tuổi xương đủ 12 tuổi.

+ Có tác dụng phụ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn và điều trị bệnh trẻ em năm 2018. Bệnh viên Nhi Trung ương

2. Phác đồ điều trị nhi khoa năm 2019. Bệnh viện Nhi đồng 2.

CHƯƠNG XI:

CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH - BỎNG

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO (ICD: S06)

1. Khái niệm

CTSN là những thương tích hộp sọ và cấu trúc bên trong sọ. Lâm sàng thường gặp các trường hợp sau: Vết thương rách lóc da đầu; Tụ máu dưới da đầu; Chấn động não; Xuất huyết dưới nhện; Nứt sọ, lún sọ, tụ khí nội sọ; Vết thương sọ não; Máu tụ ngoài màng cứng; Máu tụ dưới màng cứng; Máu tụ trong não; Dập não; Xuất huyết quanh thân não; Tổn thương sợi trục lan tỏa

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định dựa vào:

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- *Hỏi bệnh sử:* Loại tai nạn? Cơ chế và thời gian chấn thương? Khoảng tỉnh và quên sau chấn thương? Nôn mửa, động kinh sau chấn thương?

- *Khám lâm sàng toàn thân:* Tam chứng Cushing: mạch chậm, huyết áp tăng, rối loạn nhịp thở. Dấu hiệu đa chấn thương phối hợp: ngực, bụng, chậu...

- *Khám chấn thương sọ não:* Thương tích vùng đầu mặt. Vết bầm, rách da đầu. Sờ thấy nứt sọ, lõm sọ. Dấu hiệu vỡ sàn sọ. Dấu hiệu vỡ xương mặt. Đồng tử: kích thước, phản xạ ánh sang. Phát hiện liệt dây III. Rung giật nhãn cầu...Vận động: tìm dấu hiệu yếu, liệt chi. Yếu 1/2 người đối bên tổn thương. Phản xạ mắt búp bê, phản xạ nôn sặt

- *Đánh giá tri giác bằng Thang điểm glassgow*: E4 (mở mắt) V5 (ngôn ngữ) M6 (vận động). Mức độ: Glassgow 14-15 điểm (nhẹ). Glassgow 9-13 điểm (trung bình). Glassgow 3-8 điểm (nặng)

- *Yếu tố nguy cơ:* Glassgow < 15đ kéo dài > 2 giờ sau CTSN; Quên kéo dài các sự việc xảy ra sau CTSN; Quên hơn 30 phút các sự việc xảy ra trước khi CTSN*;* Có dấu hiệu: Nứt lún sọ, vỡ sàn sọ*;* Đau đầu dữ dội + Tuổi <2*;* Rối loạn đông máu Cơ chế chấn thương mạnh

2.1.2. Cận lâm sàng:

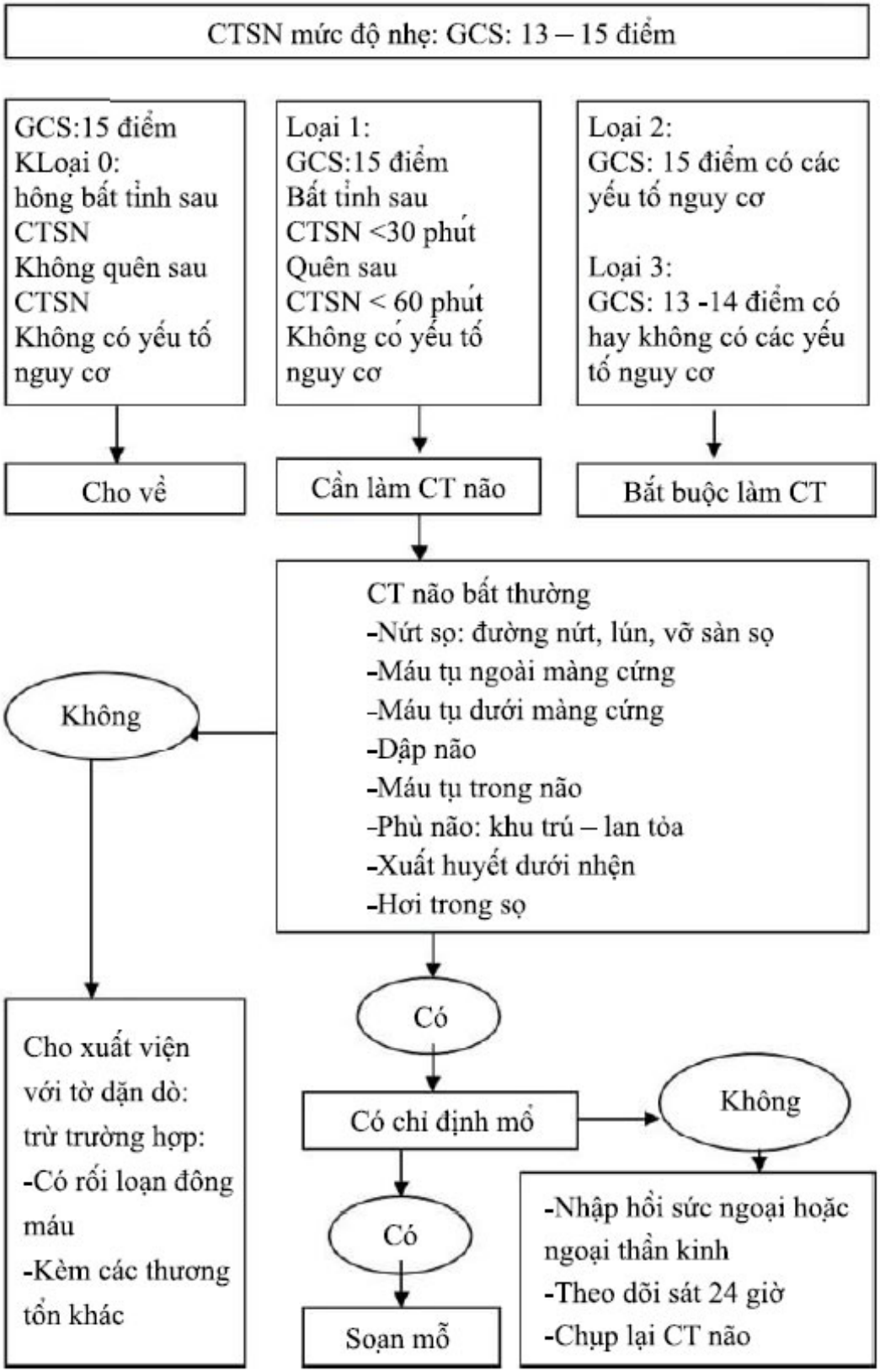
- *CT scanner sọ não* là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán CTSN, chỉ định khi: Bệnh nhân CTSN trung bình, nặng G ≤ 14 đ; Đau đầu kéo dài và nôn mửa, chóng mặt; Động kinh; Nứt sọ, lún sọ; Vết thương sọ não; Dấu hiệu thần kinh khu trú; Vỡ sàn sọ: Chảy dịch não tủy ra mũi, qua tai; Rối loạn tâm thần sau chấn thương; Bệnh nhân gây mê để làm thủ thuật nhưng cần theo dõi CTSN; Chụp kiểm tra sau mổ; Chụp theo dõi điều trị bảo tồn; Chụp lại 12 - 24 giờ khi có dấu hiệu dập não máu tụ ở phim đầu; Chụp lại CT scan ngay khi có tăng áp lực nội sọ, dấu hiệu lâm sàng xấu.- *Chụp CT* cột sống, ngực, bụng, chậu khi chưa loại trừ đa chấn thương.

- *Xét nghiệm:* Phân tích tế bào máu, nhóm máu ABO, Rh*;* Máu chảy, máu đông, Fibrinogen*;* Sinh hóa máu, điện giải đồ*;* Nước tiểu 10 thông số*;* XQ sọ khi chưa có CT Scanner*;* Siêu âm bụng tổng quát.

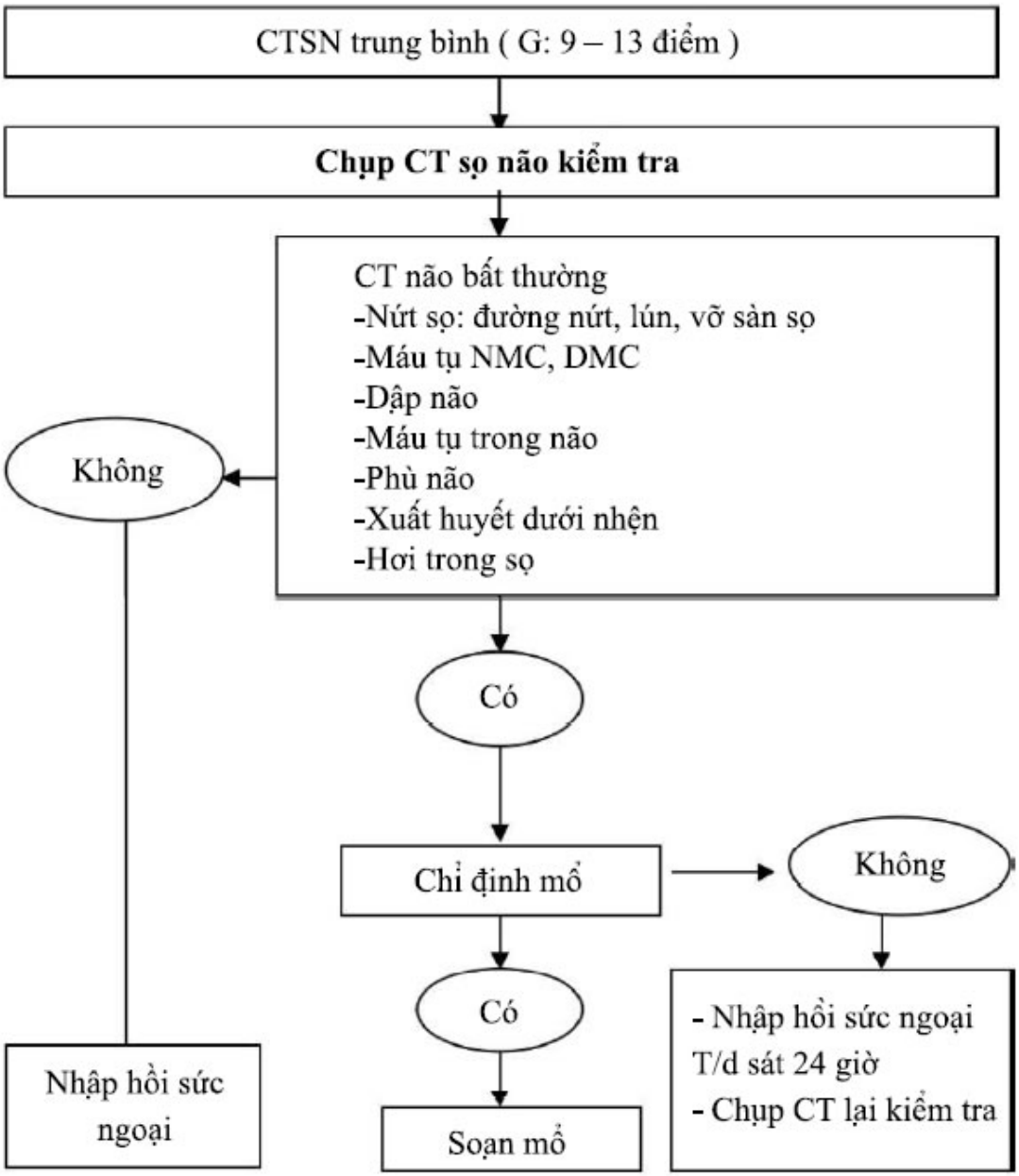
3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

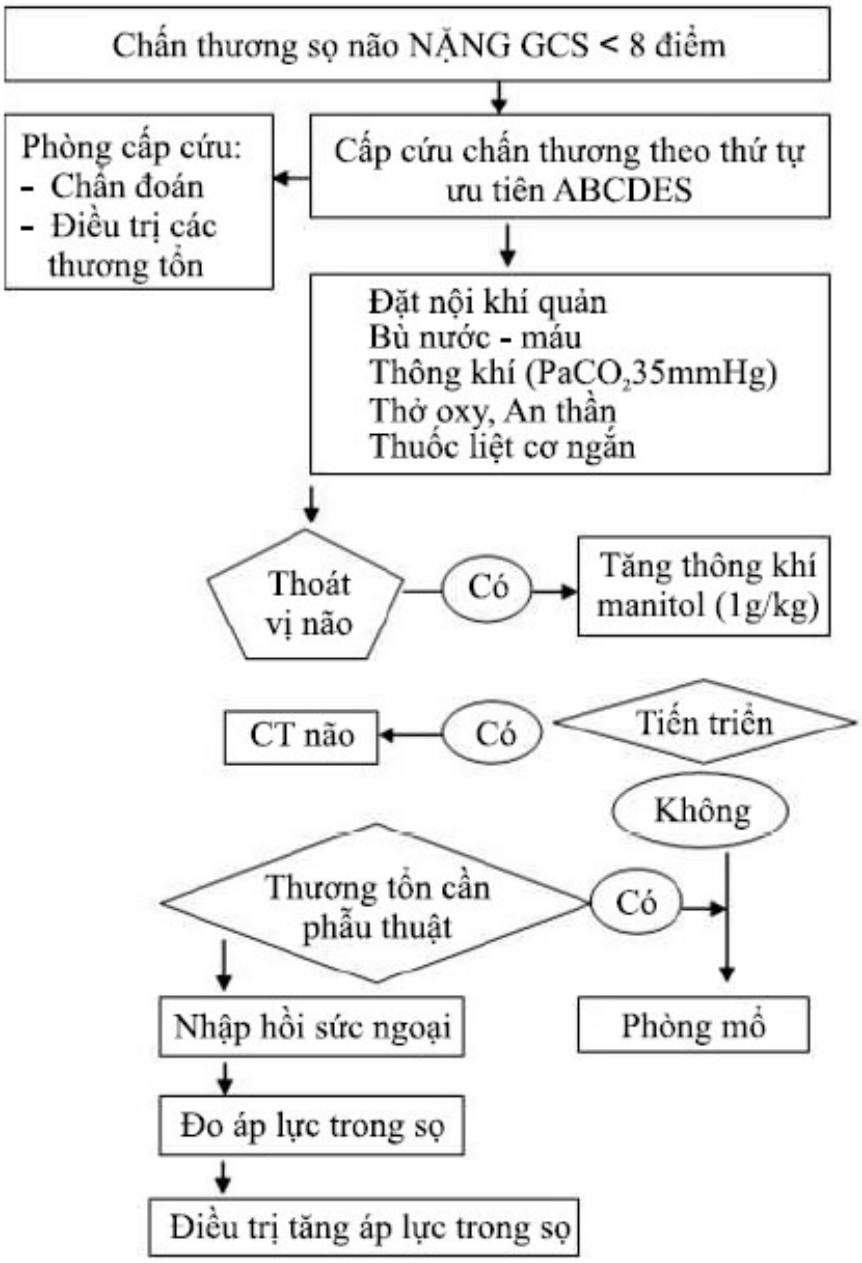
Lưu đồ 1: Các bước điều trị chấn thương sọ não mức độ nhẹ



Lưu đồ 2: Các bước điều trị chấn thương sọ não mức độ trung bình



Bảng 3: Các bước điều trị chấn thương sọ não mức độ nặng



3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Cấp cứu CTSN

- Cố định cột sống cổ nếu chưa loại trừ chấn thương cột sống cổ.
- Khai thông đường thở, hút đờm máu ở mũi, họng, lấy di vật
- Đặt nội khí quản hoặc khai khí quản nếu cần đảm bảo thông khí tốt
- Bóp bóng , thở máy
- Kiểm soát chảy máu, chặn nguồn chảy máu ra ngoài
- Đảm bảo HA tâm thu > 90mmHg
- Điều trị sốc tích cực
- NaCl 0,9%: 0,5-1 lít/ 24 giờ

- Không dùng glucose 5%, 10%

- Đặt Sond dạ dày, Sond tiểu nếu cần

- Hội chẩn chuyên khoa phối hợp cấp cứu đa chấn thương.

3.2.2. Điều trị nội khoa CTSN: Nằm đầu cao: 30-45^0, giữ đầu luôn thẳng; Tăng thông khí: nội khí quản, thở máy; An thần, giảm đau, giãn cơ (Morphin: 0,1- 0,2mg/kg/1 liều. có thể lặp lại cách nhau 4 giờ hoặc Propofol: 0,3-3mg/kg/giờ)

- Hạ sốt: chườm mát hoặc dùng thuốc Paracetamol 1g (15mg/kg/lần) x3lần/24 giờ

- Manitol: Liều ban đầu: 1g/kg tuyền tĩnh mạch nhanh trong 20 phút. Duy trì: 0,25-0,5g/kg mỗi 6 giờ

- Furosemid: 10-20mg / mỗi 6 giờ

- Kháng sinh: Amoxciciline và acid clavulanic 1 g : 20-40mg/kg/ chia 3lần / 24 giờ

hoặc Ceftazidine 0,5g (100mg/kg/lần) x 3 lần / 24 giờ có thẻ kết hợp Metronidazole 0,5g **:** liều 20-30mg/kg chia 3 lần/ 24 giờ/TTM

- Cầm máu: Tranexamide 250mg/ 24 giờ/TM hoặc Carbazochrome 3,6ml x3/24h

- Chống nôn: Metclopramide 10mg x 2 / 24 giờ

- Chống loét dạ dày: Esomepreazole 40mg/24 giờ

- Dự phòng động kinh: Phenytoin 100mg : 15-20mg/kg/lần x 3/ 24 giờ x 7 ngày

- Dinh dưỡng: Nacl 0,9% 500- 1000ml / 24 giờ; Đạm Amigold 500ml / 24 giờ; Nuôi ăn qua đường miệng...

- Thuốc dinh dưỡng thần kinh: Cerebolysine 5- 10ml TMC / 24h x 4 tuần hoặc Citicolin 0,5 -1 g TMC /24h x 4 tuần hoặc Nootropyl 6g TTM/24h hoặc 400mg x 3 uống / 24h

- Theo dõi Moritor ICP cho tất cả bệnh nhân: Chấn thương sọ não nặng; Máu tụ dưới màng cứng và Glassgow < 9 điểm

- Chụp CT sọ kiểm tra: Sau 12-24 giờ; Khi tình trạng xấu đi; Trước khi cho xuất viện

3.2.3. Điều trị phẫu thuật

Chuẩn bị trước mổ CTSN: Giải thích, ký cam kết*;* Cạo tóc vệ sinh vùng mổ*;* Xét nghiệm cơ bản trước mổ, dự trù máu*;* X.Q phổi thẳng, đo ECG*;* Đường truyền tĩnh mạch*;* Kháng sinh dự phòng trước mổ*;* Chi định mổ và kĩ thuật

3.2.4. Lún sọ

• *Lún sọ hở*

- Chỉ định mổ khi: lún sọ hơn một bản xương sọ.

- Điều tri nội khoa khi: không có bằng chứng của rách màng cứng; Không có máu tụ trong sọ lượng lớn; Lún sọ < lcm; Không liên quan đến xoang trán; Vết thương sạch, không nhiễm trùng; Không biến dạng nặng gây mất thẩm mỹ

• *Lún sọ kín:* có thể phẫu thuật hoặc không. Phải phẫu thuật khi: Có dấu thần kinh; Rách màng cứng; Tụ khí trong sọ; Lún sâu >lcm; Tổn thương xoang trán mất thẩm mỹ

• *Kỹ thuật:* Nâng và lấy các mãnh sọ vỡ. Nếu không có bằng chứng vết thương nhiễm trùng nên đặt lại xương

3.2.5. Vết thương sọ não

- *Chỉ định:* Phẩu thuật cấp cứu, càng sớm càng tốt, phẩu thuật triệt để

- *Kỹ thuật:* Cắt lọc mô dập nát; Xương lún được lấy bằng cắt xương xung quanh; Làm sạch và bít kín xoang hơi bằng cơ, mỡ; Mở rộng màng cứng hình sao; Lấy mô não dập tới mép não lành; Không lẩy di vật ở bán cầu đối diện nếu không thấy lỗ ra; Khâu kín màng cứng bằng cân cơ Galia. Trường hợp dò dịch não tủy nếu điều trị nội khoa sau hai tuần thất bại thì phải mỗ bít lỗ dò

Xử trí vết thương gần đường giữa hay hội lưu Herophil: Cảnh giác vết thương qua xoang tĩnh mạch; Băng ép là cần thiết và đầu cao 30 độ; Bộc lộ rõ toàn bộ xung quanh trước khi can thiệp vào vết thương xoang; Cầm máu xoang chảy bằng spongel và bông gòn ép trên vết thương; Phẫu thuật khâu tái tạo xoang khi thương tổn xoang lan rộng, phức tạp

3.2.6. Máu tụ ngoài màng cứng

- *Chỉ định:* Phẫu thuật khi máu tụ có thể tích >30ml. phẫu thuật càng sớm càng tốt khi. Glassgow < 9điểm và đồng tử giãn 1 bên. Điều trị nội, theo sát và chụp CT kiểm tra nếu: máu tụ có thể tích < 30ml, bề dày máu tụ < 15mm, đường giữa lệch <5mm, glassgow > 13 điểm, không có dấu hiệu thần kinh khu trú

- *Kỹ thuật:* Mở da theo đường Question Mask hay theo định vị trên phim CT sọ; Có thể khoang sọ 1 lỗ trước để hút máu tụ giải ép nhanh; Mở sọ cầm máu; Treo màng cứng xung quanh, lấy máu tụ; Đặt lại xương sọ, treo trung tâm; Đôi khi phải mở màng cứng kiểm tra đánh giá ,vá kín màng cứng, gửi xương sọ; Dẫn lưu áp lực âm 24 giờ

3.2.7. Máu tụ dưới màng cứng

- *Chỉ định:* Máu tụ có bề dày > 10mm,đường giữa lệch > 5mm nên mổ không cần GCS

Máu tụ có bề dày < 10 mm đường giữa lệch < 5mm chỉ đinh mổ khi: Glassgow giảm 2 điểm từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện Và / hoặc đồng tử không đối xứng hoặc cố định và giãn Và/hoặc ICP > 20mmHg

- *Kỹ thuật:* Mỡ da đường QuestionMask; Chuẩn bị gân cơ thái dương; Mở sọ giải áp, treo màng cứng; Mở màng cứng, lấy máu tụ; Có hoặc không có đặt lại xương sọ và tái tạo màng cứng; Dẫn lưu áp lực âm/24 giờ; Vá sọ sau 3 tháng hồi phục nếu gửi xương sọ

3.2.8. Máu tụ trong não

- *Phẫu thuật:* Tình trạng bệnh nhân nặng hơn do khối máu tụ; Thất bại điều trị nội khoa; Có hiệu ứng choáng chỗ trên CT sọ não; Thể tích khối máu tụ > 50ml; Khối máu tụ vùng trán thái dương có: Thể tích 20ml - Đường giữa lệch > 4 mm- Glassgow 6-8điểm- Chèn ép bề dịch não tủy

- *Điều trị nội khoa:* Không có dấu hiệu thần kinh*;* Không có dấu hiệu choán chỗ trên CT*;* Kiểm soát tốt ICP

- *Kỹ thuật mổ:* Đường mổ theo định vị trên phim CT sọ; Xử trí như máu tụ dưới màng cứng; Hút máu tụ vá kín màng cứng; Xương sọ gửi ngân hàng mô; Vá sọ sau 3 tháng

3.2.9. Máu tụ hố sau

- *Chỉ định phẫu thuật:* Máu tụ có khối choán chỗ trên lâm sàng và CT; Não thất IV bị ép, tắc, biến dạng*;* Bể đáy dịch não tủy mất*;* Có dấu hiệu đầu nước tắt nghẽn*;* Phát hiện dấu hiệu tụt não hố sau: mổ khẩn cấp

- *Điều trị nội khoa theo dõi sát:* Máu tụ không có khối choán chỗ trên CT scan và không dấu hiệu thần kinh , chụp CT scan lại kiểm tra

- *Kỹ thuật mổ:* Đường mở sọ dưới chẩm: giữa hoặc bên*;* Khoan gặm sọ, lấy máu tụ, cầm máu*;* Không dẫn lưu

3.2.10. Mở sọ giải áp

- *Chỉ định:* Dập phù não nặng*;* Điều trị nội khoa thất bại

- *Kỹ thuật;* Mổ sọ theo đường Question Mask rộng*;* Xử trí thương tổn*;* Vá kín màng cứng*;* Gửi xương sọ ngân hàng mô

2.3.11. Theo dõi và tái khám

Bệnh nhân cần nhập viện theo dõi khi:

Chưa có CT scan sọ não; CT scan não có dấu hiệu bất thường; Bệnh nhân quay lại cấp cứu lần hai; Tất cả bệnh nhân có vết thương sọ não; Bệnh sử ghi nhận giảm, mất tri giác lâu; Tri giác thay đổi sau chấn thương sọ não; Đau đầu vừa, nặng; Có dấu hiệu nứt sọ; Chảy dịch nảo tủy ra mũi, qua tai; Có các thương tổn khác kèm theo; Khi về nhà không có người nhà bên cạnh; Glassgow dưới 14 điểm; Có dấu hiệu thần kinh khu trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Văn Nho, Võ Tấn Sơn (2002), *"Phẫu thuật thần kinh",* Chuyên đề ngoại thần kinh, Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh.

2. Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2018),*"Chấn thương sọ não trẻ em",* Hướng dẫn điều trị Ngoại Nhi

3. Bệnh viện Chợ Rẫy *(*2013) *Phác đồ điều trị Chấn thương sọ não*

4. *Handbook of Neurosurgery* (2010) Seventh Edition.

VIÊM XƯƠNG TRẺ EM (ICD: M86)

1. Khái niệm

Tổn thương viêm xương trẻ em (VXTE) phần lớn có nguồn gốc từ nhiễm khuẩn máu và khu trú tại vùng hành xương của các xương dài, hoặc nguyên phát do nhiễm trùng trực tiếp từ gãy xương hở gây ra

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

• ***Giai đoạn cấp tính***

Giai đoạn đầu dấu hiệu mơ hồ, không rõ ràng, dễ bỏ qua. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng:

- Trẻ tự nhiên sốt cao, nhiễm trùng nhẹ.

- Trẻ kêu đau quanh chi, hạn chế hoạt động (trái với thường lệ).

- Khám thấy sưng nề nhẹ quanh đầu xương (hay gặp nhất viêm xương quanh gối), ấn vào khớp không đau.

- Khi bệnh trên 72 giờ thì triệu chứng lâm sàng rõ ràng hơn

• ***Giai đoạn mãn tính***

Giai đoạn muộn khi viêm đã phá ra tổ chức phần mềm. Dựa vào có các triệu chứng:

- Toàn thân có hội chứng nhiễm khuẩn rõ. Tại chỗ có ổ áp xe cơ ở chi: sưng-nóng-đỏ-đau và ở giữa bùng nhùng mủ.

- Nhiều khi có lỗ dò mủ ra ngoài. Lỗ dò mủ do viêm xương có đặc điểm điển hình: da quanh lỗ dò thâm, da sát xương, mủ chảy qua lỗ dò mùi hôi, tanh…

• ***X-quang***

Trong 7-10 ngày đầu, triệu chứng XQ chưa rõ ràng. Sau 12 ngày, dấu hiệu viêm xương bắt đầu rõ:

- Dấu hiệu hủy hoại của xương chính. Dấu hiệu tái tạo, phản ứng xây đắp của màng xương.

- Hình ảnh xương "tù" (xương chết). Chụp đường dò nếu có lỗ dò.

- Chụp cắt lớp xương với Technetium 99 có thể phát hiện đến 90-95% các trường hợp trong vòng 24 – 48h đầu, ngoài ra có thể chụp cắt lớp xương với Gallium hoặc Indium 111 đánh dấu bạch cầu. MRI có thể giúp thấy các thay đổi của phần mềm do phản ứng viêm.

• ***Xét nghiệm***

- Xét nghiệm máu tốc độ máu lắng cao, bạch cầu tăng…

- Chọc hút bằng kim để chẩn đoán vi khuẩn học và xác định ổ áp xe. Vị trí chọc hút thường là chỗ sưng nề nhất, soi tươi và cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ là cần thiết để giúp cho việc điều trị.

- Cấy máu. Cấy máu cần tiến hành sớm khi có nghi ngờ về chẩn đoán và trước khi dùng kháng sinh. Cấy máu có thể phát hiện đến 50% các trường hợp.

2.2. Chẩn đoán phân biệt.

- Bại liệt thể sớm, có vùng dịch tễ, không sưng nóng ở chi, khám chuyên khoa nhi – lây để loại trừ.

- Bệnh thấp khớp ở vị thành niên: tìm kháng nguyên, kháng thể liên cầu…

- Bệnh viêm nhiễm phần mềm…

- U xương

2.3. Chẩn đoán viêm xương sau chấn thương.

Lâm sàng:

- Viêm xương sau chấn thường gặp sau gãy xương hở, sau mổ kết hợp xương, ở tuổi hoạt động nhiều, ổ viêm khu trú. ở bất kỳ xương nào, vị trí nào bị gãy.

- Bệnh nhân sốt cao hoặc không sốt, dấu hiệu nhiễm trùng có thể rõ hoặc không.

- Tại vết thương: sưng nề, chảy dịch đục hoặc mủ. Nếu nặng hơn có thể thấy lộ xương viêm, lộ dụng cụ kết hợp xương.

X-quang: có đầy đủ hình ảnh viêm xương, ổ gãy xương cũ hoặc dụng cụ kết hợp xương

3. Điều trị

3.1. Viêm xương cấp tính ở trẻ em

• ***Nguyên tắc*** (theo Nade):

Điều trị phải tích cực, sớm, tính từng giờ. Kháng sinh liều cao toàn thân. Bất động bằng bột 2 tuần

Tìm ổ nhiễm khuẩn nguyên phát và phải điều trị tiệt căn. Nâng cao sức đề kháng cho bệnh nhân.

• ***Cụ thể***

Kháng sinh liệu pháp: dùng trong 1-3 ngày đầu sau khi có triệu chứng và sau khi đã thăm khám lâm sàng kỹ. Dùng kháng sinh ngay cả xét nghiệm âm tính. Trừ khi lâm sàng gợi ý đến bệnh khác, bắt đầu điều trị ngay với Cephalosporin hoặc Penicillin bán tổng hợp hiệu quả kháng tụ cầu vàng càng sớm ngay sau khi đã lấy bệnh phẩm để nuôi cấy. Dùng kháng sinh sau đó nên dựa vào kháng sinh đồ, sau khi đã có kết quả nuôi cấy vi khuẩn, Điều trị cần tiếp tục ít nhất sau đó 6 tuần để tránh tái phát bệnh.

Phẫu thuật: Phẫu thuật để rạch dẫn lưu mủ, giải ép trong xương và lấy bỏ các phần hoại tử. Chỉ định khi: chọc hút có mủ đặc, triệu chứng không thuyên giảm sau điều trị kháng sinh từ 24 - 48 tiếng, hoặc tiền sử đã gợi ý có bệnh viêm xương đường máu cấp tính. Giải ép là mục đích chính của phẫu thuật sớm. Lấy bỏ các thành phần hoại tử, mảnh xương chết làm giải phẫu bệnh. Để vết thương hở hoặc dẫn lưu một vài ngày. Sau mổ, chi cần bất động bột, để chống viêm và chống nguy cơ gãy. Nguy cơ này còn sau đó nhiều tuần, và chỉ hết khi xương mới được hình thành.

• *Kỹ thuật mổ:*

Dẫn lưu ổ áp xe dưới màng xương. Khoan một vài lỗ vào thân xương để thăm dò ống tủy, nếu có mủ trong ống tủy phải mở cửa sổ xương để làm sạch mủ và dẫn lưu rộng rãi. Đóng da thưa.

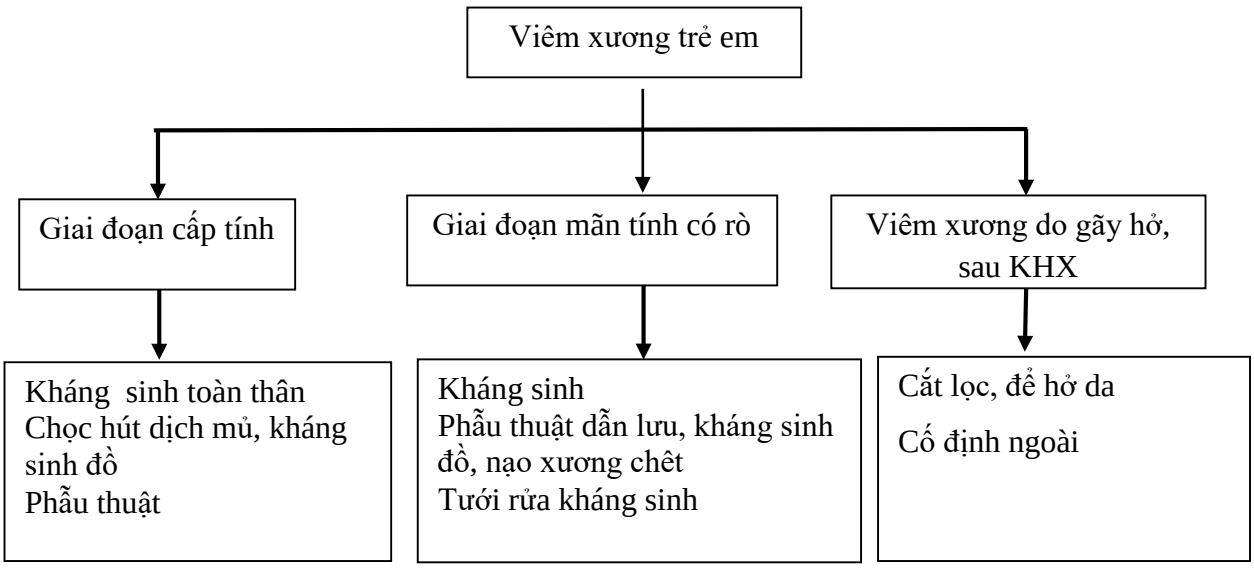
3.2. Viêm xương mạn tính

- Phẫu thuật lấy xương chết, nạo viêm, dẫn lưu rộng rãi và kháng sinh toàn thân.
- Che phủ khuyết xương có thể đơn thuần chỉ là đóng vết thương hoặc phải tiến hành chuyển vạt, lấp đầy chỗ khuyết xương bằng cơ có chân nuôi.
- Điều trị toàn thân: chế độ ăn uống nhiều vitamin.

3.3. Viêm xương sau chấn thương

- Nếu diễn biến lâm sàng nhẹ, toàn thân không có hội chứng nhiễm trùng, tại chỗ không có ổ áp xe, thì điều trị bảo tồn: kháng sinh và chăm sóc vết thương.
- Nếu diễn biến nặng thì phải phẫu thuật lấy hết dụng cụ kết hợp xương bên trong, lấy xương chết, làm sạch đầu xương và ống tủy. Điều kiện cho phép thì đặt bi Gentamycine hoặc ciment có kháng sinh vùng ổ gãy. Kháng sinh giải phóng từ từ diệt tận căn ổ nhiễm khuẩn. Cố định xương bằng cố định ngoài, hoặc bó bột (nếu can xương chắc).

Lược đồ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Quang Trí (2018) *Phác đồ điều trị viêm xương trẻ em,*Phác đồ điều trị của Bệnh viện CTCH. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 2, 207.

2. Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2018),*"Viêm xương tuỷ xương cấp ở trẻ em"*, Hướng dẫn điều trị Ngoại Nhi

3. Campbell's Operative Orthopaedics (2013) *Osteomyelitis.*

GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY (ICD S52)

1. Khái niệm

Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy đoạn xương được giới hạn: dưới lồi củ cơ nhị đầu 2cm và trên nếp gấp cổ tay 4cm. Theo thống kê, chiếm 5% gãy xương ở trẻ em, chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt ngã chống tay.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và Xquang

- Hỏi tiền sử có chấn thương, ngã.
- Toàn thân: ít có biến đổi.
- Tại chỗ: Cẳng tay biến dạng, sưng, đau, bầm tím vị trí gãy, gãy kín hay gãy hở, mất sấp ngửa, vận động bất thường ở cẳng tay.
- XQ cẳng tay thẳng, nghiêng
- Xét nghiệm tiền phẫu.

2.2. Chẩn đoán phân biệt: gãy xương bệnh lý, viêm xương ...

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Nắn chỉnh xương gãy về đúng vị trí giải phẫu, cố định vững chắc, bảo tồn mạch máu nuôi, vận động chủ động sớm.

3.2. Sơ cứu: (áp dụng đối với cơ sở không có khả năng điều trị)

- Bất động tay gãy bằng nẹp cánh cẳng bàn tay
- Giảm đau bằng paracetamol hoặc nhóm nonsteroid : ibuprofen hoặc diclofenac.

3.3. Điều trị cụ thể:

- Điều trị bảo tồn trẻ <7 tuổi bằng gây mê nắn bó bột cánh – cẳng - bàn tay. Lưu ý thời gian bất động là 2 tháng rưỡi đến 3 tháng. Kiểm tra XQ mỗi tuần/3 tuần lễ đầu sau đó mỗi tháng.
- Chỉ định phẫu thuật >7 tuổi (đinh Rush, Métaizeau, nẹp vis), khi gãy không vững, bảo tồn thất bại, di lệch thứ phát, gãy cao 1/3 trên 2 xương cẳng tay, trẻ không muốn mang bột khi đi học,....

Lấy dụng cụ từ 6 - 8 tháng.

Kỹ thuật phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa gây mê nội khí quản hoặc tê vùng nách, tay để trên đèn C-Arm, kéo nắn các di lệch sau đó cố định bằng kim kirschner. Kim luồn từ cách mỏm trâm quay 1cm lên chỏm quay và cách mỏm khuỷu 2cm xương mỏm trâm trụ. Trong trường hợp nắn khơng được thì rạch da nơi ổ gãy khoảng 3 cm tìm 2 đầu xương gãy nắn lại dưới màn tăng sáng, bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay khoảng 1-1.5 tháng khi có cal xương thì thế nẹp cẳng bàn tay đến khi xương liền hẳn, rút dụng cụ từ 6-8 tháng.

Thuốc sau mổ:

- Giảm đau: Paracetamol 10mg-15mg/kg/4 giờ. Hoặc nhóm nonsteroid: như ibuprofen, hoặc diclofenac...

- Kháng sinh sau mổ: thường dùng nhóm cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3.

3.4. Biến chứng

Nhiễm trùng vết mổ, giới hạn sấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc (2000) *Gẫy hai xương cẳng tay*. Tài liệu giảng dạy Đại học Y Hà Nội tập 5 (tr.46-55).

2. Đặng Kim Châu (1984) *Bệnh học ngoại khoa tập 2* (Tr.280-288)

3. Phan Quang Trí (2018). *Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tập một*.

4. Phùng Ngọc Hòa (2016).. *Gãy hai xương cẳng tay*. Bệnh học ngoại khoa đại học Y Hà Nội Nhà xuất bản Y học.

5. Boehler (l980*). Kỹ thuật điều trị gãy xương tập II* - Nhà xuất bản Y học 1980 (198-230).

GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI (ICD: S72)

1. Khái niệm

Gãy thân xương đùi là gãy đoạn dưới mấu chuyển lớn khoảng 5cm đến điểm trên 5cm lồi cầu xương đùi. Đứng hàng thứ 3 gãy xương trẻ em; xảy ra ở bé trai cao gấp 2.5 lần so với bé gái.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và Xquang

- Bệnh sử sau một chấn thương mạnh: ngã cao, tai nạn giao thông, sinh khó...
- Toàn thân: có thể biểu hiện sốc : vẻ mặt nhợt nhạt, vã mồ hôi, đau nhiều, da xanh niêm mạc nhợt, có thể sốc mất máu, hoặc do đau: mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt...
- Khám tìm các tổn thương kèm theo.
- Tại chỗ: đùi đau chói, sưng to nhanh, bầm tím, gập góc, có thể sờ được đầu xương gãy, mất vận động, bàn chân đổ ngoài, cạnh bàn chân sát mặt giường, chi gãy ngắn hơn bên lành

Có thể thấy đầu xương gãy đâm ra ngoài da nếu gãy hở.

Gãy 1/3 trên (13-20%): đoạn gần di lệch gập, dang, xoay ngoài

Gãy 1/3 giữa (60-70%): di lệch chồng ngắn.

Gãy 1/3 dưới (6-20%): đoạn xa di lệch ra sau do cơ sinh đôi dễ có nguy cơ chèn ép thần kinh mạch máu.

- XQ xương đùi thẳng, nghiêng. Siêu âm mạch máu, doppler.
- Xét nghiệm tiền phẫu.

2.2. Chẩn đoán thể bệnh: phân loại gãy theo Winquist (1984) có 4 loại:

- Gãy đơn giản: gãy ngang, gãy chéo
- Gãy có mảnh rời nhỏ < 50% chu vi xương đùi
- Gãy nhiều tầng hoặc gãy có mảnh rời > 50% chu vi xương đùi
- Gãy nhiều mảnh, các đầu gãy di lệch xa nhau.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Chấn thương phần mềm vùng đùi: đùi sưng đau nhưng chân vẫn cử động được, không có điểm đau chói cố định
- Gãy liên mấu chuyển xương đùi
- Gãy lồi cầu xương đùi.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị: Nắn chỉnh xương gãy về đúng vị trí giải phẫu, cố định vững chắc, bảo tồn mạch máu nuôi, vận động chủ động sớm.

Ở trẻ em xương đùi đang phát triển về chiều dài và chiều ngang, nên có thể tự điều chỉnh được, ít để lại di chứng nếu ngắn 1-2 cm hoặc gập góc < 10 độ cũng có thể chấp nhận.

Sơ cứu:

- Bất động tạm thời bằng các loại nẹp có sẵn.
- Tìm phát hiện các chấn thương kèm theo như: chấn thương sọ não, chấn thương bụng kín...
- Giảm đau bằng Morphin hoặc Feldene...
- Phòng và chống sốc bằng bù dịch hoặc máu

3.2 Điều trị cụ thể:

- Sơ sinh : nẹp đùi thẳng trục bằng bìa cứng 10- 12 ngày.
- Từ sơ sinh -> 3tuổi: bó bột ếch.
- Từ 4 tuổi –> 12 tuổi: gây mê nắn bó bột chậu lưng chân để bột 4-8-12 tuần tùy theo độ tuổi.

Nếu bó bột không có kết quả thì phải phẫu thuật kết hợp xương như: đóng đinh nội tủy dưới màn huỳnh quang sáng Métaizeau, Rush hoặc mổ mở nẹp vis AO tùy điều kiện cơ sở vật chất và kỹ thuật hiện có.

- Từ 12 tuổi-> 15 tuổi: phẫu thuật kết hợp xương: có thể đóng đinh Kuntscher hoặc mổ mở nẹp vis AO.

Kỹ thuật phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa được gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống. Chân gãy được đặt trên khung kéo nắn, dùng C-Arm kiểm tra khi nắn chỉnh hoàn toàn thì cố định bằng 2 đinh rush hoặc metaizeau được luồn từ dưới lồi cầu đi ngang cực trên xương bánh chè. Trong trường hợp nắn không được thì mở da ngay ổ gãy, nắn 2 đầu xương gãy có C-Arm và luồn đinh.

Sau 7- 10 ngày xuất viện, tái khám mỗi tháng, mổ tháo phương tiện kết hợp xương sau 6-12 tháng.

Thuốc sau mổ:

- Giảm đau: Paracetamol 10mg-15mg/kg/4 giờ. Hoặc nhóm Nonsteroid như : Diclofenac 2mg-3mg/kg/ngày, chia làm 2-3 lần sau ăn. Hoặc Ibuprofene 20mg-30mg/kg/ngày, chia làm 3-4 lần sau ăn.
- Kháng sinh sau mổ: thường dùng nhóm cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3. Dùng trong 7- 10 ngày.

4. Biến chứng

4.1. Biến chứng ngay

- Gãy xương hở:

+ Với gãy hở độ 1- 2, bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ có thể mổ kết hợp xương ngay nếu điều kiện trang thiết bị và kỹ thuật đáp ứng, thể trạng bệnh nhân tốt.

+ Với gãy hở độ 3, đến muộn: cắt lọc, rạch rộng, cố định ngoài để hở da.

- Tổn thương mạch máu, thần kinh: Kết hợp xương vững, phục hồi lại mạch máu thần kinh.
- Tắc mạch do mỡ: đây là 1 biến chứng nặng, hiếm gặp, thường chẩn đoán hồi cứu.

4.2. Biến chứng sớm: Nhiễm trùng đặc biệt gãy hở, sau mổ.

- Nếu nhiễm khuẩn nhẹ: tách vết mổ, chăm sóc tốt vết thương, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Nếu nhiễm khuẩn nặng phải mổ cấp cứu ngay: Rạch rộng dẫn lưu mủ, để hở hoàn toàn, chăm sóc tốt toàn thân và tại chỗ, một số trường hợp nặng xét cắt cụt chi để cứu sống bệnh nhân.

4.3. Di chứng:

- Can lệch gây ngắn chi, lệch trục chi: Phải can thiệp phẫu thuật nếu ngắn chi > 2cm hoặc lệch trục > 10 độ

- Chậm liền, khớp giả: bệnh nhân không đi lại được phải can thiệp phẫu thuật kết hợp xương và ghép xương.

- Viêm xương: điều trị phức tạp và tốn kém. Phẫu thuật nạo xương viêm, lấy xương chết, dẫn lưu mủ và cố định ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Quang Trí (2018).*Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình*.Nhà xuất bản giáo dục.

2. Phùng Ngọc Hòa (2016) . *Gãy thân xương đùi*. Bệnh học Ngoại khoa Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học.

3. Nguyễn Đình Chiến (2006*). " Gãy thân xương đùi".*Bệnh học chấn thương chỉnh hình Học viện Quân Y. Nhà xuất bản Y học.

GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY (ICD: S42)

1. Khái niệm

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy dưới chỗ bám của cơ ngửa dài và trên nếp gấp khuỷu 5cm, đường gãy qua hố khuỷu và hố vẹt, ngoài khớp. Chiếm 40-60% gãy vùng khuỷu, 4% gãy xương trẻ em.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và Xquang

- Hỏi cơ chế té, thời gian ngã, đã điều trị gì chưa?
- Khuỷu sưng, đau, biến dạng, vết bầm tím trên nếp khuỷu, giới hạn cử động.
- Khám mạch quay ở cổ tay, khám thần kinh quay, giữa trụ.
- Theo dõi chèn ép khoang.
- XQ khuỷu thẳng, nghiêng để xác định xương gãy và độ di lệch.
- Siêu âm, doppler mạch máu để xác định động mạch bị tổn thương.

2.2. Chẩn đoán thể bệnh: Phân loại Gartland có 3 độ và Wilkins bổ sung thêm bằng di lệch sang bên A hoặc B.

- Đội 1: gãy không di lệch.
- Độ 2: gãy di lệch, gập góc, có thể có di lệch sang bên, hai mặt gãy chạm nhau.
- Độ 3: gãy di lệch nhiều, 2 mặt gãy không chạm nhau và chia thêm 3A: di lệch sau trong; 3B: di lệch sau ngoài.

2.3. Chẩn đoán phân biệt: gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay, trật khớp khuỷu, gãy xương bệnh lý: u xương, viêm xương...

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Nắn chỉnh xương gãy về đúng vị trí giải phẫu, cố định vững chắc, bảo tồn mạch máu nuôi, vận động chủ động sớm.

3.2. Điều trị bảo tồn: gãy trên lồi cầu xương cánh tay trẻ em chủ yếu điều trị bảo tồn.

Độ 1: bột cánh- cẳng- bàn tay, gấp khuỷu 90 độ, để bột 4 tuần

Độ 2: nắn nhẹ nhàng, bột cánh – cẳng - bàn tay, gấp khuỷu 90 độ, để bột 4 tuần.

Độ 3: nắn 4 thì, bột cánh- cẳng – bàn tay rạch dọc, gấp khuỷu 90 độ, Xquang kiểm tra sau nắn. Nếu có màn huỳnh quang tăng sáng sau khi nắn xuyên 2 đinh kirschner chéo qua ổ gãy.

3.3. Điều trị phẫu thuật: gãy độ 3, nắn thất bại, gãy có biến chứng thần kinh mạch máu, gãy hở, đa chấn thương,...

- Kỹ thuật nắn xuyên kim/C-Arm: bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản hoặc tê tùng nách: nắn ổ gãy theo các bước sau: kéo dọc trục chính di lệch chồng ngắn, chỉnh di lệch sang bên và di

lệch xoay, gập khuỷu dùng 2 ngón tay cái để nắn hoàn chỉnh di lệch chồng ngắn, cố định ổ gãy bằng xuyên kim hoặc 2 kim phía ngoài, nếu đường gãy thấp thi nên xuyên 2 kim phía lồi cầu ngoài để tránh tổn thương thần kinh trụ. Bột cánh bàn tay rồi xẻ dọc bột, mang bột hoặc nẹp bột 1 tháng.

- Kỹ thuật mổ bằng đường cạnh ngoài khuỷu: bệnh nhân nằm ngửa, rạch da đường cạnh ngoài khuỷu vô vách gian cốt giữa cơ 3 đầu và cơ cánh tay và cơ ngửa tay dài, tách màng xương vô ổ gãy tìm 2 trụ trong, ngoài lồi cầu, lấy máu cục, rửa ổ xếp xương gãy và cố định bằng 2, 3 kim kirschner. Bột cánh bàn tay rồi xẽ dọc bột, máng bột hoăc nẹp bột 1 tháng. Điều trị phục hồi chức năng sau khi bỏ bột.

- Biến chứng Gãy hở; nhiễm trùng; H/C Volkmann; vẹo khuỷu; cứng khớp.

- Thuốc sau mổ:

Thuốc giảm đau

- Paracetamol 10mg-15mg/kg/4 giờ. Hoặc nhóm Nonsteroid như:
- Diclofenac 2mg-3mg/kg /ngày, chia làm 2-3 lần sau ăn. Hoặc:
- Ibuprofene 20mg-30mg/kg/ngày, chia làm 3-4 lần sau ăn. Hoặc:
- Tramadol lmg-2mg/kg/lần, chia 3-4 lần/ngày.

Kháng sinh sau mổ: thường dùng nhóm Cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3

- Cefazoline 25mg-50mg/kg/ngày, chia 2-3 lần. Hoặc:
- Cefuroxime 30mg-60mg/kg/ngày, chia 2 lần. Hoặc:
- Cetriaxone 50mg/kg/ngày, 1 lần. Hoặc:

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1Phan Quang Trí (2018).*Phác đồ điều trị chấn thương chỉnh hình tập một*. Nhà xuất bản Giáo dục.

2. Phùng Ngọc Hòa (2016) . *Gãy trên lồi cầu xương cánh tay.* Bệnh học Ngoại khoa Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học.

GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY (ICD: S42)

1. Định nghĩa

Gãy thân xương cánh tay là gãy đoạn từ cổ phẫu thuật đến trên lồi cầu xương cánh tay, trên nếp gấp khuỷu khoảng 4 khoát ngón tay.2.

2. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và xquang

- Trẻ sơ sinh có sinh khó không?
- Tiền sử có chấn thương vùng cánh tay.
- Toàn thân: ít biến đổi.
- Tại chỗ: Cánh tay sưng, đau, biến dạng, tay lành đỡ tay đau. Khám mạch quay, thần kinh cảm giác và vận động để phát hiện thần kinh, mạch máu bị tổn thương.
- XQ xương cánh tay thẳng, nghiêng lấy qua 2 khớp vai và khuỷu

3. Điều trị

3.1 Nguyên tắc điều trị

Nắn chỉnh xương gãy về đúng vị trí giải phẫu, cố định vững chắc, bảo tồn mạch máu nuôi, vận động chủ động sớm.

3.2. Điều trị cụ thể

Chỉ định điều trị bảo tồn cho trẻ sơ sinh; gãy vững; trẻ < 9 tuổi bằng các phương tiện như cố định thân ngực; bột treo; bột ngực, cánh tay.

Tái khám mỗi tuần/3 tuần đầu, sau đó mỗi tháng cho đến khi xương liền hoàn tồn.

Thuốc giảm đau:

- Paracetamol 10mg-15mg/kg/4 giờ. Hoặc Diclofenac 2mg-3mg/kg/ngày chia làm 2, 3 lần sau ăn. Hoặc Ibuprofene 20mg-30mg/kg/ngày chia làm 3-4 lần sau ăn.

Phẫu thuật cho: trẻ lớn >9 tuổi; gãy không vững; đa chấn thương, gãy hở, gãy tổn thương thần kinh, mạch máu, bằng đinh Rush, đinh Metaizeau; điều trị bảo tồn thất bại

Bất động 6 tuần.

Kỹ thuật phẫu thuật:

- Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản hoặc tê tùng nách.
- Dùng C-Arm kiểm tra nắn di lệch và xuyên 2 kim kirschner từ lồi cầu ngoài khuỷu.
- Nẹp cánh bàn tay 4 tuần, 7 ngày cắt chỉ thay băng, tái khám mỗi tháng.

Nếu có tổn thương thần kinh thì mổ thám sát thần kinh.

Thuốc sau mổ:

- Giảm đau: Paracetamol 10mg-15mg/kg/4 giờ. Hoặc Diclofenac 2mg-3mg/kg/ngày, chia làm 2-3 lần sau ăn, hoặc Ibuprofene 20mg-30mg/kg/ngày chia làm 3-4 lần sau ăn.

- Kháng sinh sau mổ: thường dùng nhóm Cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3 như: Céfazoline 25mg-50mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, hoặc Cefuroxime 30mg-60mg/kg/ngày, chia 2 lần. hoặc Cetriaxone 50mg/kg/ngày, 1 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Quang Trí (2018*). "Phác đồ điều trị gãy thân xương cánh tay"* Phác đồ điều trị của Bệnh viện chấn thương chỉnh hình,.Nhà xuất bản Giáo dục.
2. Phùng Ngọc Hòa (2016) . *Gãy thân xương cánh tay*. Bệnh học Ngoại khoa Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học.

BỎNG TRẺ EM (ICD: T21)

1. Khái niệm

Bỏng là một tai nạn thường gặp ở trẻ em, nguyên nhân chính là tiếp xúc với chất lỏng nóng, lửa. Bỏng không chỉ tổn thương ở ngoài da mà còn gây rối loạn bên trong cơ thể theo 2 giai đoạn (sớm là rối loạn huyết động và sau đó là thiếu dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch). Điều trị bỏng đòi hỏi nhiều công sức, tiền của và để lại di chứng xấu về thẩm mĩ và chức năng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán vị trí bỏng

- Vùng mặt gây di chứng về thầm mĩ
- Vùng thân chi ảnh hưởng đến chèn ép hô hấp tuần hoàn
- Bàn tay, chân gây co kéo, ảnh hưởng chức năng vận động
- Tầng sinh môn dễ nhiễm trùng

2.2. Chẩn đoán độ sâu bỏng

- ***Độ I***: bỏng thượng bì, da đỏ, rát như cháy nắng
- ***Độ II*:** tổn thương thượng bì, còn một phần tế bào đáy, có phổng nước (nền đỏ, còn đau)
- ***Độ III***: tổn thương trung bì, không còn tế bào đáy, không đau, nền trắng
- ***Độ IV***: tổn thương đến hết lớp da, mỡ dưới da, cân cơ

2.3. Chẩn đoán diện tích bỏng

Phần cơ thể / Tuổi	Đầu mặt cổ %	Hai đùi %	Hai cẳng chân %
1 tuổi	17	(- 4) = 13	(- 3) = 10
5 tuổi	(- 4) = 13	(+ 3) = 16	(+ 1) = 11
10 tuổi	(- 3) = 10	(+ 2) = 18	(+ 1) = 12
15 tuổi	(- 2) = 8	(+1) = 19	(+ 1) = 13

- Mỗi chi trên 9%, ngực bụng 18%, lưng - mông 18 %.

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân bỏng:

Lửa, nước sôi, điện, hóa chất...Thường bỏng lửa sâu hơn, bỏng dầu nóng hơn nước sôi.

2.5. Chẩn đoán thời gian bị bỏng: Tính từ lúc bị bỏng đến lúc vào viện

2.6. Xử trí ở tuyến trước: bù dịch, giảm đau, kháng sinh, thuốc điều trị tại chỗ vết bỏng.

2.7. Biến chứng: sốc, nhiễm trùng, xuất huyết tiêu hóa , rối loạn đông máu , suy thận

2.8. Phân loại

a. Bỏng nặng: trên 20% độ II, trên 10% độ III, trên 5% độ IV, tất cả bỏng sơ sinh, bỏng nhũ nhi, bỏng có biến chứng nặng, bỏng hô hấp

b. Bỏng trung bình: 10-20% độ II, 5-10% độ III, 2,5-5% độ IV, những bỏng để lại sẹo xấu, hạn chế chức năng

c. Bỏng nhẹ: dưới 10% độ II, dưới 2% độ III

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Bỏng nhẹ: (Kháng sinh- giảm đau -thay băng).
- Bỏng trung bình và nặng: Kháng sinh- giảm đau- truyền dịch, nâng cao thể trạng- thay băng-cắt lọc hoại tử- ghép da (nếu bỏng sâu)

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Bỏng nhẹ (có thể điều trị ngoại trú)

- Rửa sạch bằng dung dịch natri clorua 0.9%, đắp mỡ sylver, betadin, băng kín, thay băng hằng ngày, 2 ngày ... 7 ngày tùy tình trạng vết bỏng
- Thuốc kháng sinh: Cephalexin, giảm đau (paracetamol)
- Tái khám bác sĩ chuyên khoa bỏng

3.2.2. Bỏng trung bình và nặng (điều trị nội trú tại khoa Bỏng)

- Cho bệnh nhân nằm tại phòng vô khuẩn, hỏi bệnh, chẩn đóan sơ bộ độ sâu, diện tích
- Ủ ấm , thở ôxi , đặt nội khí quản (nếu cần thiết)
- Truyền dịch đường tĩnh mạch ngoại vi (vùng da lành) bù nước, điện giải, nâng cao thể trạng (dung dịch giàu axitamin), truyền máu (nếu xét nghiệm thiếu máu).
- Đặt sonde tiểu, theo dõi lượng nước tiểu
- Kháng sinh:

+ Bỏng trung bình: Cephalosporin (thế hệ I) 50-100mg/kg/ngày

+ Bỏng nặng: kết hợp Cephalosporin (thế hệ III) Cefotaxime 100-200mg/kg/ngày kết hợp Gentamicin 5mg/kg/ngày

- Giảm đau:

+ Bỏng trung bình: Paracetamol

+ Bỏng nặng: Morphin 0.1-0.15mg/kg/lần (4-6 lần/ngày)

- Phòng uốn ván: tiêm phòng uốn ván tất cả trường hợp bỏng
- Phòng xuất huyết tiêu hóa: Cimetidin 20mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch)
- Xét nghiệm: CTM, ĐGĐ, protit, Hb, khí máu (bỏng nặng ngày/lần, bỏng ổn định 3 ngày/lần), đông máu, tổng phân tích nước tiểu, cấy dịch vết bỏng, nếu có biểu hiện nhiễm trùng huyết thì cấy máu
- Xứ lý bỏng, thay băng khi toàn trạng ổn định.
- Những ngày sau đó cắt lọc hoại tử, đắp thuốc, màng sinh học, ghép da (nếu bỏng sâu)
- Tắm bỏng

+ Cho bệnh nhân mới vào trừ bệnh nhân nặng, đang sốc, nên có 1 đường truyền

+ Giảm đau trước tắm: Ketamine 500mg: 1mg/kg (TB), hoặc Hypnovel 5mg: 0,1mg/kg (TB). Bôi thuốc phỏng: Biafine, Siliverine.

3.2. Điều trị biến chứng

3.2.1. Nhiễm trùng

- Khi có kết quả cấy vi trùng: điều trị theo kháng sinh đồ, nếu bệnh nặng lên, dùng Vancomycin, Ciprofloxacin, hay Imipenem

3.2.2. Xuất huyết tiêu hóa: đặt sonde dạ dày, rửa, dùng thuốc cầm máu, nhịn ăn uống cho đến lúc dịch dạ dày trong trở lại

3.2.3. Thiếu máu: truyền máu khi Hct < 25% hoặc xuất huyết tiêu hóa (Hct < 30%)

3.2.4. Sẹo xấu, mất chức năng: phối hợp điều trị VLTL, phẫu thuật (sau bỏng 6 tháng - 1 năm)

3.3. Điều trị hỗ trợ: cho ăn sớm giàu chất dinh dưỡng

3.4. Săn sóc và theo dõi

- Giai đoạn cấp: theo dõi tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu

- Giai đoạn sau: theo dõi tình trạng toàn thân (thiếu máu, thiếu dinh dưỡng, nhiễm trùng vết bỏng). Cấy mủ nếu thấy kháng sinh không đáp ứng

- Sau khi xuất viện: tái khám sau 1-2 tuần, 6 tháng - 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thế Trung. *"Bỏng và kiến thức chuyên ngành"*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội 1997.

2. Nguyễn Như Lâm *"Atlas tổn thương bỏng và điều trị"* Nhà xuất bản Y học Hà Nội 2014

3. Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2018), *"Phỏng trẻ em",* Hướng dẫn điều trị Ngoại Nhi.

U BẠCH MẠCH (ICD: D18.1)

1. Khái niệm

U bạch mạch là một dị dạng bẩm sinh của mạch bạch huyết lành tính ở da và mô dưới da. 90% gặp ở trẻ dưới 2 tuổi. Có thể gặp ở mọi vị trí trên cơ thể, vùng đầu mặt cổ chiếm khoảng 70%.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng

Các triệu chứng biểu hiện của bệnh tùy thuộc vào kích thước và độ sâu của u:

U bạch huyết dạng mao mạch thường thấy ở bề mặt da, tổn thương là những cụm mụn nhỏ có màu từ hồng đến đỏ sẫm

U bạch huyết dạng hang và nang thường nằm sâu dưới da và tạo khối lồi lên bề mặt da, hay gặp ở vùng cổ, lưỡi, môi

Có thể ảnh hưởng đến chức năng hô hấp khi u ở vùng đầu mặt cổ, trung thất, hay ảnh hưởng vận động khi khối u to ở chân hoặc tay

Thường không gây đau, đau khi bội nhiễm hay xuất huyết.

2.2. Chẩn đoán thể bệnh

Phân loại Dựa trên mức độ nông sâu của u:

- Dạng mao mạch: nông ở bề mặt da +
- Dạng hang, nang: mô mềm dưới da

Dựa trên kích thước u:

- Dạng nang nhỏ: nhiều nang nhỏ, thể tích mỗi nang < 2cm
- Dạng nang lớn: 1 hoặc nhiều nang, thể tích mỗi nang ≥ 2cm
- Dạng hỗn hợp: gồm nang nhỏ và lớn

2.3. Cận lâm sàng

Siêu âm, CT, MRI khảo sát tính chất u

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Gây xơ hoá và Phẫu thuật cắt khối u

3.2. Điều trị cụ thể

Điều trị làm xơ hóa khối u

Vô cảm.

Dùng kim chuyên dụng cho các thủ thuật mạch máu (angiocatheter) đâm xuyên qua da vào các nang.

Hút dịch chứa trong nang càng sạch càng tốt.

Bơm thuốc gây xơ hóa vào nhiều vị trí của khối u để làm xơ hóa toàn bộ khối u.

Theo dõi khi u kích thước nhỏ, không ảnh hưởng đến thẩm mỹ hay chức năng

Chích Bleomycin khi u bạch mạch dạng nang lớn với liều 0.3 - 0.6 mg/kg, và không quá 10mg trong 1 lần chích, không quá 5mg/kg trong tổng quá trình điều trị. Tái khám sau 2-4 tuần kiểm tra lại kích thước nang, nếu 1cm thì tiến hành chích đợt tiếp theo.

Phẫu thuật cắt bỏ khối u

Vô cảm.

Rạch da hoặc niêm mạc.

Tách bóc bộc lộ khối u.

Cắt bỏ khối u.

Kiểm soát vùng phẫu thuật.

Đặt dẫn lưu.

Khâu phục hồi.

Kháng sinh.

Phẫu thuật khi u dạng nang giới hạn rõ hay có biến chứng chèn ép đường thở, ảnh hưởng vận động . Nguy cơ tái phát cao

Tái khám: Tái khám 1, 3, 6 tháng để theo dõi sự phát triển của u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2018),*“ U bạch mạch”,* Hướng dẫn điều trị Ngoại Nhi.

U LÀNH CỦA DA VÀ DƯỚI DA (ICD: D23)

1. Khái niệm

U lành phần mềm bao gồm tổ chức u là mô bào sợi, u sợi bì, u dạng mỡ, u đại bào màng gân, u mỡ, u máu, u vỏ bao thần kinh *(bao Schwann)*, u sợi thần kinh, u lành mạch lympho có kích thước trên 10 cm.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

Các triệu chứng biểu hiện của bệnh tùy thuộc vào kích thước và độ sâu của u:

Thường thấy ở bề mặt da hoặc nằm sâu dưới da và tạo khối lồi lên bề mặt da.

Có thể ảnh hưởng đến chức năng hô hấp khi u ở vùng đầu mặt cổ, trung thất, hay ảnh hưởng vận động khi khối u to ở chân hoặc tay

Thường không gây đau, đau khi bội nhiễm hay xuất huyết.

Siêu âm, CT, MRI khảo sát tính chất u

2.2. Chẩn đoán thể bệnh

Phân loại dựa trên mức độ nông sâu của u

- Nông ở bề mặt da
- Mô mềm dưới da

Dựa trên kích thước u

- Kích thước từ 5-10cm
- Kích thước > 10cm

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị ngoại khoa cắt bỏ khối u khi có chỉ định

3.2. Điều trị cụ thể

Theo dõi khi u kích thước nhỏ, không ảnh hưởng đến thẩm mỹ hay chức năng

Phẫu thuật khi u lớn, giới hạn rõ hay có biến chứng chèn ép đường thở, ảnh hưởng vận động, thẩm mỹ . Nguy cơ tái phát cao

Tái khám

Tái khám 1, 3, 6 tháng để theo dõi sự phát triển của u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2018),*“ U máu”*, Hướng dẫn điều trị Ngoại Nhi.

ÁP XE DA, NHỌT, NHỌT CỤM (ICD: L02)

1. Khái niệm

Áp-xe (abcès) là một bọc mủ hình thành trong các mô của cơ thể. Các dấu hiệu và triệu chứng đối với những áp-xe ở gần da gồm: ửng đỏ, đau, nóng, và sưng, khi đè lên có cảm giác như một túi chất lỏng. Diện tích bị tấy đỏ thường lan rộng ngoài vùng sưng.

Áp-xe có thể xảy ra trong bất kì loại mô nào nhưng nhiều nhất là ở trên bề mặt da ,nơi chúng có thể ở dạng mụn mủ cạn

Nhọt là tình trạng viêm cấp tính gây hoại tử nang lông và tổ chức xung quanh.

Nhọt cụm còn gọi là nhọt bầy hay hậu bối gồm một số nhọt xếp thành đám.

Bệnh thường gặp về mùa hè, nam nhiều hơn nữ. Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh, tuy nhiên, bệnh thường gặp hơn ở trẻ em.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng

Lâm sàng

Ban đầu là sẩn nhỏ, màu đỏ, sưng nề, chắc, tấy đỏ ở nang lông. Sau 2 ngày đến 3 ngày, tổn thương lan rộng hóa mủ tạo thành ổ áp xe, ở giữa hình thành ngòi mủ.

Đau nhức là triệu chứng cơ năng thường gặp, nhất là khi nhọt khu trú ở mũi, vành tai. Vị trí thường gặp là ở đầu, mặt, cổ, lưng, mông và chân, tay. Số lượng tổn thương có thể ít hoặc nhiều.

Kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi, hội chứng nhiễm trùng.

Biến chứng nhiễm khuẩn huyết có thể gặp, nhất là ở những người suy dinh dưỡng. Nhọt ở vùng môi trên, ở má có thể dẫn đến viêm tĩnh mạch xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.

Nhọt cụm còn gọi là nhọt bầy hay hậu bối gồm một số nhọt xếp thành đám. Bệnh thường gặp ở những người suy dinh dưỡng, giảm miễn dịch hoặc mắc các bệnh mạn tính như tiểu đường, hen phế quản, lao phổi.

Cận lâm sàng

Tăng bạch cầu trong máu ngoại vi. Bạch cầu đa nhân trung tính tăng

Máu lắng tăng, CRP định lượng tăng

Siêu âm: Hình ảnh viêm mô tế bào, có dịch hoặc mủ tùy theo giai đoạn bệnh

Mô bệnh học: ổ áp xe ở nang lông, cấu trúc nang lông bị phá vỡ, giữa là tổ chức hoại tử, xung quanh thâm nhập nhiều các tế bào viêm, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.

Nuôi cấy mủ có tụ cầu vàng phát triển hoặc các loại vi khuẩn khác

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Ở giai đoạn sớm cần chẩn đoán phân biệt với

Viêm nang lông

Herpes da lan tỏa

Trứng cá

Viêm tuyến mồ hôi mủ.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân:

Dựa vào kết quả nuôi cấy mủ. Nguyên nhân gây bệnh thường là tụ cầu vàng (Staphylococcus aereus). Bình thường,khuẩn này sống ký sinh trên da, nhất là các nang lông ở các nếp gấp như rãnh mũi má, rãnh liên mông…hoặc các hốc tự nhiên như lỗ mũi. Khi nang lông bị tổn thương kết hợp với những điều kiện thuận lợi như tình trạng miễn dịch kém, suy dinh dưỡng, mắc bệnh tiểu đường…vi khuẩn sẽ phát triển và gây bệnh.

2.4. Chẩn đoán biến chứng

Những biến chứng chính gây ra bởi áp-xe là lan rộng vùng áp-xe đến các mô lân cận hoặc xa và hủy hoại một vùng mô sâu rộng (hoại tử), có thể gặp nhiễm khuẩn huyết...

3. Điều trị

3.1 Nguyên tắc chung

- Vệ sinh cá nhân
- Điều trị chống nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ
- Nâng cao thể trạng

3.2 Điều trị cụ thể

- Vệ sinh cá nhân: rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, tránh tự lây nhiễm ra các vùng da khác.
- Điều trị tại chỗ

Ở giai đoạn sớm, chưa có mủ: không nặn, kích thích vào thương tổn; bôi dung dịch sát khuẩn ngày 2-4 lần

Giai đoạn có mủ: cần phẫu thuật rạch rộng làm sạch thương tổn. Nuôi cấy mủ tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Có thể gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy theo sự phối hợp của trẻ hoặc vị trí tổn thương.

Dung dịch sát khuẩn: dùng một trong các dung dịch sau:

+ Povidon-iodin 10%, Hexamidin 0,1%, Chlorhexidin 4%

- Thuốc kháng sinh tại chỗ: dùng một trong các thuốc sau:

+ Kem hoặc mỡ axít fucidic 2% bôi 1- 2 lần ngày.

+ Mỡ mupirocin 2% bôi 3 lần/ngày.

+ Mỡ neomycin, bôi 2- 3 lần/ngày.

+ Kem silver sulfadiazin 1% bôi 1-2 lần/ngày. Bôi thuốc lên tổn thương sau khi sát khuẩn, thời gian điều trị từ 7-10 ngày.

- Kháng sinh toàn thân: Khi chưa có kết quả kháng sinh đồ, nên dùng một trong các kháng sinh sau:

+ Nhóm betalactam dung một trong các thuốc sau

Cloxacilin: viên nang 250mg và 500mg; lọ thuốc bột tiêm 250mg và 500mg. Trẻ em cứ 6 giờ dùng 12,5-25mg/kg. Người lớn cứ mỗi 6 giờ dùng 250-500mg. Chống chỉ định đối với trường hợp mẫn cảm với penicilin. Thận trọng khi dùng cho trẻ sơ sinh và phụ nữ có thai, cho con bú.

Augmentin (amoxillin phối hợp với axít clavulanic): trẻ em dùng liều 80mg/kg/ngày chia ba lần, uống ngay khi ăn. Người lớn 1,5 -2 g/ngày chia ba lần, uống ngay trước khi ăn. Chống chỉ định đối với những người bệnh dị ứng với nhóm betalactam.

+ Nhóm macrolide dung một trong các thuốc sau:

Roxithromycin viên 50mg và 150mg. Trẻ em dùng liều 5-8mg/kg/ngày chia hai lần. Người lớn 2viên/ngày chia hai lần, uống trước bữa ăn 15 phút.

Azithromycin: viên 250mg và 500mg; dung dịch treo 50mg/ml. Trẻ em 10mg/kg/ngày trong 3 ngày, uống trước bữa ăn 1 giờ hoặc sau bữa ăn 2 giờ. Người lớn uống 500mg trong ngày đầu tiên, sau đó 250mg/ngày trong 4 ngày tiếp theo, uống trước bữa ăn 1 giờ hoặc sau bữa ăn 2 giờ.

Axít fusidic viên 250mg. Trẻ em liều 30-50mg/kg/ngày chia hai lần, uống trong bữa ăn. Người lớn 1-1,5 g/ngày chia hai lần, uống ngay trước khi ăn.

Nếu nghi ngờ Tụ cầu kháng Methicilin

Vancomycin 40mg- 60mg/kg /ngày chia 4 lần (cứ 6 giờ tiêm TM chậm hoặc truyền TM 10mg- 15mg/kg)

Thời gian điều trị kháng sinh từ 7- 10 ngày. Nếu có biến chứng thì thời gian dùng kháng sinh lâu hơn

Có kháng sinh đồ thì điều trị theo kháng sinh đồ

3.3. Dự phòng

Vệ sinh cá nhân sạch sẽ: cắt móng tay, rửa tay hàng ngày.

Tránh sử dụng các sản phẩm gây kích ứng da.

Nâng cao thể trạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*. (ban hành kèm theo Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015)

2. Bộ Y tế (2014) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp* (Ban hành kèm theo Quyết định QĐ- BYT ngày 25 tháng 1 năm 2014 của Bộ trưởng Bọ Y Tế)

3. Nguyễn Thị Ngọc Lan.(2010), *"Viêm cơ do vi khuẩn"*, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. NXB Giáo dục Việt Nam, 2010: 239-246.

CHƯƠNG XII: MẮT

BỆNH VÕNG MẠC TRẺ ĐẺ NON (ROP) (ICD: H35.1)

1. Khái niệm

Bệnh võng mạc trẻ đẻ non là một tình trạng bệnh lý của mắt do sự phát triển bất thường của mạch máu võng mạc. Bệnh xảy ra ở một số trẻ đẻ thiếu tháng, nhẹ cân, thở oxy cao áp kéo dài và liên quan đến nhiều bệnh lý toàn thân khác của trẻ đẻ non. Nếu bệnh không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể dẫn đến mù lòa do tổ chức xơ mạch tăng sinh, co kéo gây bong võng mạc.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng:

2.1.1. Triệu chứng toàn thân:

a. Cân nặng ≤ 2000gr.

b. Tuổi thai ≤ 34 tuần.

c. Các bệnh lý toàn thân kèm theo:

+ Suy hô hấp thở oxy nồng độ cao, kéo dài.

+ Thiếu máu.

+ Nhiễm trùng sơ sinh.

+ Các bệnh lý toàn thân khác.

2.1.2. Triệu chứng tại mắt

a. Triệu chứng chính: Võng mạc chu vi không có mạch máu. Hình thành đường ranh giới giữa vùng võng mạc có mạch máu và vùng võng mạc vô mạch. Tăng sinh xơ - mạch máu võng mạc

b. Các dấu hiệu khác: Tăng sinh xơ - mạch máu ngoài võng mạc, xuất huyết dịch kính, bong võng mac, hoặc đồng tử trắng. Ứ máu và ngoằn nghèo của các mạch máu cực sau và / hoặc mống mắt trong bệnh cộng (plus disease). Đồng tử giãn kém mặc dù nhỏ thuốc giãn đồng tử. Hậu quả nếu không được điều trị (gặp ở trẻ lớn và người lớn), có thể có giảm thị lực, nhược thị, cận thị , lác mắt, lệch hoàng điểm, thoái hóa dịch kính - võng mạc dạng lưới, bong võng mạc gây mù.

c. Triệu chứng theo từng giai đoạn đoạn bệnh:

- Giai đoạn I: Đặc trưng bởi một đường ranh giới màu trắng giữa vùng võng mạc bình thưởng phía sau và vùng võng mạc vô mạch ở phía trước ở chu vi.

- Giai đoạn II: Đường ranh giới đã thấy rõ và phát triển khỏi bề mặt võng mạc, trở nên rộng và cao tạo thành một đường gờ màu trắng hoặc hồng.

- Giai đoạn III: Tổ chức xơ bắt đầu xuất hiện ngay tại đường ranh giới hoặc tân mạch lan rộng từ đường gờ vào dịch kính.

- Giai đoạn IV: bong võng mạc chưa hoàn toàn.

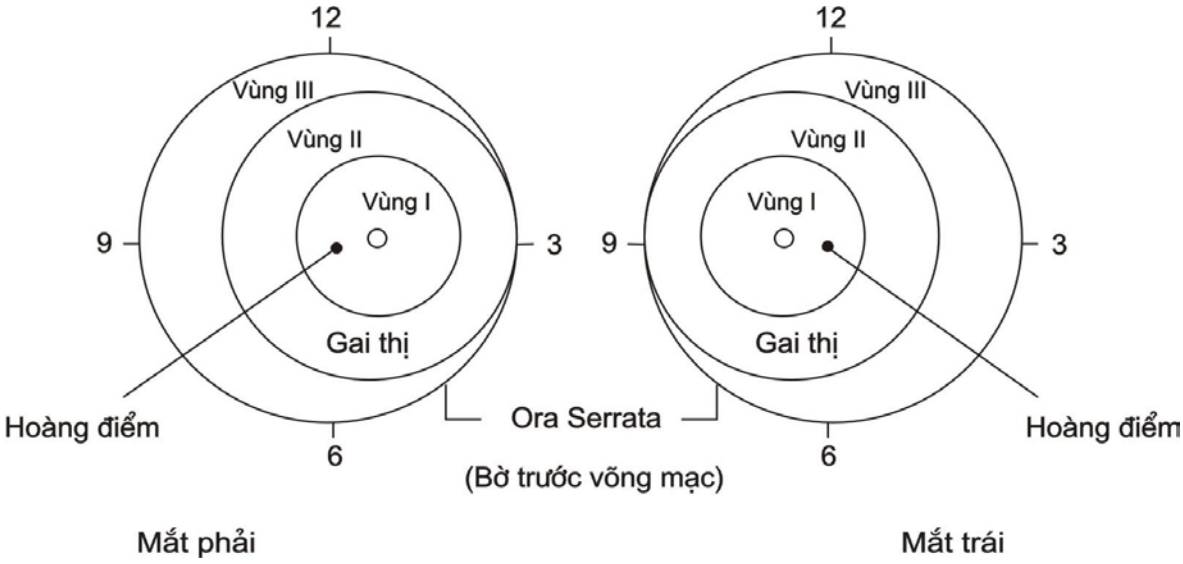
+ Giai đoạn IVa: Bong võng mạc chưa tới vùng hoàng điểm.

+ Giai đoạn IVb: Bong võng mạc lan tới vùng hoàng điểm, chức năng thị giác giảm một cách rõ rệt.

- Giai đoạn V: bong võng mạc toàn bộ do tổ chức sẹo xơ co kéo, võng mạc bị bong và cuộn lại có dạng hình phễu.

d. Triệu chứng theo vùng tổn thương.

Dựa theo phân loại quốc tế về bệnh võng mạc trẻ đẻ non, có 3 vùng I, II, III.



2.2. Cận lâm sàng

- Chụp đáy mắt RETCAM: Cho hình ảnh quan sát rộng, rõ nét, tránh bỏ sót triệu chứng, để xác định giai đoạn và vùng tổn thương,

- Siêu âm mắt: Với các trường hợp tăng sinh xơ nhiều, nghi ngờ có bong võng mạc, xuất huyết dịch kính nhiều…

- Chụp cát lớp võng mạc OCT: Quan sát các lớp của võng mạc và tổn thương liên quan.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh dịch kính - võng mạc xuất tiết gia đình: Biểu hiện giống bệnh võng mạc trẻ đẻ non, tuy nhiên thường không có tiền sử đẻ non hoặc điều trị Oxy.

- U nguyên bào võng mạc

- U sao bào võng mạc

- Bệnh Toxocara

- Tồn lưu mạch máu bào thai

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc chung.

Bệnh võng mạc trẻ đẻ non nếu nhẹ sẽ tự thoái triển, những trường hợp bệnh tiến triển nặng, có nguy cơ gây mù cần phải điều trị. Chỉ định điều trị dựa trên Type bệnh, qui định theo nguyên tác sau:

- Bệnh Tuýp I: Những trẻ xuất hiện một trong những tổn thương mắt sau đây, cần phải điều trị trong vòng 48-72 giờ:

+ Vùng I, bất kỳ giai đoạn nào, có bệnh cộng.

+ Vùng I, giai đoạn 3, không có bệnh cộng.

+ Vùng II, giai đoạn 2 hoặc 3, có bệnh cộng.

- Bệnh tuýp II: Là những mắt ở mức độ nhẹ hơn, chưa có chỉ định điều trị, cần được theo dõi chặt chẽ trước nguy cơ tiến triển thành tuýp I.

- Vùng I, giai đoạn 1 và 2, không có bệnh cộng

- Vùng II, giai đoạn 3, không có bệnh cộng.

3.2. Điều trị cụ thể.

3.2.1. Laser quang đông võng mạc

Laser thường được áp dụng hơn lạnh đông. Laser vùng võng mạc vô mạch giúp bệnh thoái triển tuy nhiên có nhiều nhược điểm như:

- Phá hủy võng mạc nhiều để lại sẹo võng mạc vĩnh viễn, gây thu hẹp thị trường.

- Tỷ lệ cận thị cao, lác mắt gặp nhiều ở trẻ có tiền sử điều trị bằng Laser

3.2.2. Điều trị bằng thuốc ức chế tăng sinh tân mạch (kháng VEGF).

Thuốc ức chế tăng sinh tân mạch kháng VEGF Bevacizumab (Avastin) tiêm vào buồng dịch kính là phương pháp điều trị mới đã đạt được kết quả rất khả quan. Tuy nhiên đây là phương pháp mới, cần giải thích rõ cho người đại diện của trẻ trước khi tiến hành điều trị với liều như sau:

Bevacizumab (Avastin) 100mg/ 4ml tiêm nội nhãn 0,625mg/ lần/ mắt.

3.2.3. Phẫu thuật dịch kính võng mạc

Được chỉ định khi bệnh ở giai đoạn muộn, giai đoạn 4 hoặc 5, có tăng sinh xơ gây co kéo, bong võng mạc một phần hoặc toàn bộ. Khi bệnh đến giai đoạn V kết quả điều trị hết sức hạn chế, đa số trẻ vẫn có nguy cơ mù lòa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Karl Golnik, Nguyễn Xuân Hiệp, Phạm trọng Văn (2018). Chăm sóc mắt trẻ em, nhà xuất bản y học, trang 427-486.

2. Mark A.Friedberg (PGS.TS Nguyễn Đức Anh dịch) (2019). Cẩm nang Nhãn khoa Lâm sàng, nhà xuất bản y học-2019, trang 174-177.

LÁC TRONG CƠ NĂNG

1. Khái niệm.

Lác là một bệnh gồm hai hội chứng: lệch trục nhãn cầu (lác mắt) và rối loạn thị giác hai mắt (giảm hoặc mất chức năng phối hợp giữa hai mắt). Hai mắt của người bị lác không thể cùng nhìn về một hướng thẳng vào vật tiêu, lác có thể xuất hiện ở một hướng nhìn hoặc tất cả các hướng.

Lác trong cơ năng là khi hai nhãn cầu luân hiên bị lệch vào trong.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Một trong 2 mắt lệch vào trong.

- Test che mắt (cover test): Khi che mắt không lác trong thì mắt lác đưa ra ngoài để định thị thẳng phía trước.

- Test Hirschberg: Dùng nguồn sáng (đèn soi đáy mắt…) chiếu thẳng vào mặt bệnh nhân, đánh giá vị trí ánh phản quang từ mắt bệnh nhân. Cứ 1mm lệch ánh phản quang ra ngoài, được tính tương đương +7 độ lác trong.

- Test KrimSky: Dùng lăng kính đặt trướng mắt người bệnh, đáy lăng kính quay ngược chiều hướng lác, lần lượt thay lăng kính cho đến khi ánh phản quang ở giữa trung tâm đồng tử. Tính độ lác theo đi-ốp lăng kính.

- Có thể dùng máy Synotophore để xác định độ lác

- Có thể có các dấu hiệu khác:

+ Tật khúc xạ, thường gặp viễn thị.

+ Nhược thị.

+ Tăng hoạt cơ chéo bé.

+ Rung giật nhãn cầu.

+ Rối loạn thị giác 2 mắt : Dùng bảng Timus, bảng Lang, bảng TNO, test 4 lỗ Worth…để đánh giá khả năng đồng thị, phù thị hợp thị…

2.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm mắt phát hiện các tổn thương ở bán phần sau.

- Có thể chụp đáy mắt để kiểm tra võng mạc

- Chụp MRI não và hốc mắt giúp chẩn đoán loại trừ khối u nội sọ hoặc hốc mắt, bệnh cơ ngoại nhãn, tổn thương xương...

2.3.Chẩn đoán phân biệt.

- Lác trong bất đồng hành: Liệt dây thần kinh số VI, bệnh tuyến giáp, kẹt cơ sau chấn thương.

- Giả lác trong: hai mắt có vẻ lác trong, tuy nhiên không có sự lệch trục khi làm test che mắt. Đứa trẻ thường có cầu mũi rộng, nếp quạt, hoặc khoảng cách đồng tử nhỏ.

- Hội chứng Duane: Lác do lệch lạc trong phân bố thần kinh vận nhãn và xơ hoá cơ vận nhãn

- Hội chứng Brown.

- Hội chứng Mobius.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nhược thị để phục hồi thị lực tốt nhất.

- Phục hồi chức năng thị giác 2 mắt tốt nhất có thể.

- Chỉnh tật viễn thị, đeo kính đủ số sau đo được sau khi liệt điều tiết

- Điều chỉnh sự lệch trục của nhãn cầu

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị phục hồi chức năng mắt

- Nhỏ thuốc liệt điều tiết xác định tật khúc xạ.

- Đeo kính đúng độ nếu có tật khúc xạ.

- Hướng dẫn tập nhược thị nếu có: Có thể tập nhược thị trước mổ hoặc sau mổ, tuy nhiên, để khuyến khích trẻ cùng gia đình có ý thức tập nhược thị, thường chỉ định tập nhược thị trước khi phẫu thuật.

- Tập phục hồi thị giác hai mắt

3.2.2. Điều trị phẫu thuật

- Phẫu thuật độ lác đo được sau khi khử điều tiết

- Thường phẫu thuật lùi cơ trực trong.

- Tùy độ lác có thể rút cơ trực ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karl Golnik, Nguyễn Xuân Hiệp, Phạm trọng Văn (2018). Chăm sóc mắt trẻ em, nhà xuất bản y học, trang 427-486.

2. Mark A.Friedberg (PGS.TS Nguyễn Đức Anh dịch) (2019). Cẩm nang Nhãn khoa Lâm sàng, nhà xuất bản y học, trang 174-177.

QUẶM MI BẨM SINH (ICD H02.2)

1. Định nghĩa

Quặm mi bẩm sinh là hiện tượng bờ mi lộn vào trong (thường gặp mi dưới) đẩy hàng lông mi cọ xát vào nhãn cầu (giác mạc, kết mạc), gặp ở trẻ em từ khi mới sinh ra. Quặm mi gây kích thích kết giác mạc có thể gây viêm kết mạc dai dẳng và thậm chí gây loét giác mạc.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Chủ yếu dựa vào quan sát lâm sàng (sự xoay vào trong của bờ mi làm cho lông mi cọ vào nhãn cầu) và các triệu chứng như: cương tụ kết mạc, kích thích mắt, cảm giác dị vật, chảy nước mắt sống, sợ ánh sáng, đỏ mắt.

- Một số dấu hiệu khác có thể kèm theo như: bệnh giác mạc chấm nông do lông mi tiếp xúc GM, cương tụ KM, nặng hơn có thể viêm loét giác mạc.

2.2. Chẩn đoán mức độ quặm

a. Tính theo chiều dài của quặm: từ điểm lệ quản ra phía ngoài

- Mức độ I: Quặm chiếm 1/4 chiều dài bờ mi
- Mức độ II: Quặm chiếm 1/3 chiều dài bờ mi
- Mức độ III: Quặm chiếm 1/2 chiều dài bờ mi
- Mức độ IV: Quặm chiếm 2/3 chiều dài bờ mi đến cả mi

b. Tính bằng da mi thừa

- Độ I: Thừa khoảng ≤ 2 mm da mi
- Độ II: Thừa khoảng 3 mm da mi
- Độ III: Thừa khoảng ≥ 3 mm da mi

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tắc lệ đạo: Bơm rửa lệ đạo nước không thoát xuống mũi
- Viêm loét giác mạc:
- Tật hai hàng lông mi: đó là tình trạng xuất hiện một hàng lông mi thứ hai ngay phía sau hang lông mi thứ nhất bình thường. Dị tật này có thể xuất hiện đơn độc hoặc đi kèm với những bất thường bẩm sinh khác.
- Tật nếp da thừa (giả quặm bẩm sinh): Là sự phát triển bất thường đặc trưng bằng sự xuất hiện một nếp da chạy qua mi trên hoặc mi dưới làm cho lông mi bị chuyển hướng về phía bề mặt nhãn cầu. Bờ mi vẫn ở vị trí bình thường, hàng lông mi không cọ sát vào giác mạc trừ khi mắt nhìn xuống dưới. Thường không cần điều trị vì nó có thể tự khỏi trong vòng 2 năm đầu.
- Glocom bẩm sinh: Các dấu hiệu kinh điển là chảy nước mắt, sợ ánh sáng (có thể kèm theo co thắt mi), giác mạc mờ đục và mắt to (lồi mắt trâu).

- Dị vật giác mạc: Cảm giác dị vật, chảy nước mắt, tiền sử chấn thương, quan sát thấy dị vật.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Chỉ can thiệp sớm khi quặm gây ra các biến chứng
- Tạo hoặc làm tăng thêm tính cân đối của mắt ở vị trí nguyên phát
- Bảo tồn cơ chế bảo vệ mắt

3.2. Điều trị cụ thể

- Quặm bẩm sinh có thể được cải thiện trong quá trình phát triển của trẻ. Do vậy, khi mới sinh, trẻ bị quặm bẩm sinh không cần phải điều trị ngay, thông thường chỉ cần theo dõi bệnh

- Trẻ dưới 1 tuổi, lông mi chưa đủ cứng để gây tổn hại giác mạc thì có thể nhỏ dung dịch nước muối sinh lí 0,9% vệ sinh mắt hàng ngày và hướng dẫn bố mẹ trẻ cách vuốt bờ mi nhằm mục đích làm cho bờ mi bật ra ngoài, lông mi sẽ không cọ vào giác mạc tránh tổn hại giác mạc. nếu bệnh không tự mất đi thì có thể phẫu thuật khi trẻ lớn hơn.

- Khi quặm gây ra các biến chứng chảy nước mắt, lông mi cọ vào giác mạc gây tổn thương giác mạc, trẻ bị chói, chảy nước mắt…thì cần can thiệp phẫu thuật sớm

- Xét nghiệm trước mổ: Với bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cần làm các xét nghiệm đảm bảo đủ điều kiện phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật: Cắt bớt da mi thừa và đốt một phần cơ vòng cung mi, khâu phục hồi giải phẫu vết mổ.

- Thuốc hậu phẫu:

+ Kháng sinh toàn thân, tại chỗ

+ Chống viêm, giảm nề

+ Giảm đau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Như Hơn (2014). “Bất thường vị trí hình dạng mi”. *Nhãn khoa Tập 2*, Nhà xuất bản y học.

2. Mark A.Friedberg (PGS.TS Nguyễn Đức Anh dịch) (2019). Cẩm nang Nhãn khoa Lâm sàng, nhà xuất bản y học, trang 133-135.

RÁCH MI MẮT (ICD S01.1)

1. Định nghĩa

Rách mi mắt là rách một phần hoặc toàn bộ chiều dày của mi bao gồm da và các mô dưới da.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng.

- Đau quanh hốc mắt, chảy nước mắt, chảy máu.
- Nhìn mờ nếu có tổn thương nhãn cầu phối hợp.

b. Triệu chứng thực thể.

- Rách một phần hoặc toàn bộ chiều dày của mi. Vết rách, trầy nông có thể che lấp một vết rách sâu, dị vật hoặc vết thương xuyên ở hệ thống dẫn lệ, hốc mắt, nhãn cầu hoặc vòm sọ.
- Thông qua vết thương có thể thấy sự bất cân xứng của hai lỗ lệ trên và dưới.
- Kiểm tra mép vết thương, xác định độ sâu và xác định dị vật.
- Soi đáy mắt, loại trừ các tổn thương nhãn cầu, mô mềm hốc mắt, hoặc khoang nội sọ.
- Kiểm tra bơm thăm dò lệ đạo để loại trừ tổn thương lệ quản.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Chụp phim X-quang hốc mắt hoặc sọ não thẳng nghiêng khi nghi ngờ có dị vật, rạn gẫy xương.
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não, hốc mắt và giữa mặt nếu tiền sử gợi ý chấn thương xuyên hoặc chấn thương đụng dập nặng để loại trừ gãy xương, tồn tại dị vật, vỡ nhãn cầu, hoặc chấn thương sọ não.
- Công thức máu, phản ứng CRP (trong trường hợp có dấu hiệu nhiễm trùng).
- Siêu âm: Có giá trị trong chẩn đoán những trường hợp có nghi ngờ tổn thương nhãn cầu kèm theo.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Thường do các vật sắc nhọn đâm vào mắt như mảnh ly vỡ, dao kéo, đất đá… gây ra các tổn thương như: rách, vỡ các thành phần trong và ngoài mắt như rách da mi, đứt đường dẫn nước mắt, rách lòng trắng, lòng đen, đục vỡ thể thủy tinh… và làm thoát các chất bên trong mắt ra ngoài hoặc để lại những vật lạ bên trong mắt: dị vật nội nhãn, dị vật hốc mắt…

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Tạo ra được bờ mi ổn định và liên tục.
- Đảm bảo độ nhắm, mở mắt bình thường.
- Mặt trong của mi được trơn nhẵn.
- Tránh bỏ sót các tổn thương phối hợp.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Điều trị nội khoa

- Điều trị toàn thân.

+ Dự phòng uốn ván.

+ Tiêm phòng dại nếu cần đối với vết thương do động vật cắn.

+ Kháng sinh toàn thân trong 7-10 ngày. Có thể dùng một trong các loại kháng sinh nhóm: Beta-lactam, Tetracycline, Sulfonamid, Cephalosporin thế hệ 1. Một số loại thuốc thường dùng: Amoxicillin/ clavuranat, Doxycycline, Trimethoprim/ Sulfamethoxazol hoặc Cefalexin.

+ Giảm sưng nề, chống viêm

+Giảm đau: Paracetamol liều 10-15 mg/kg/ ngày cách nhau 4- 6 giờ mỗi lần.

- Điều trị tại chỗ: Tra kháng sinh, chống viêm tại chỗ.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa:

Khâu vết rách mi mắt. Cần loại trừ các tổn thương nhãn cầu, mô mềm hốc mắt (bao gồm thị thần kinh), hoặc khoang nội sọ trước khi khâu phục hồi mi

a. Rách không ở bờ mi:

Khâu phục hồi giải phẫu vết thương, tuỳ vào độ nông sâu của vết thương để khâu theo từng lớp. Sử dụng chỉ tiêu khi khâu lớp cơ hoặc khâu da với những bệnh nhân có thể không đến khám lại. Sử dụng chỉ không tiêu khi khâu da để giảm sẹo.

b. Rách ở bờ mi:

Cần khâu phục hồi khớp lại sụn mi theo trục dọc của nó để mi ngay ngắn và liền sẹo tốt.

- Các bước tiến hành:

+ Trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng hai múi chỉ không tiêu, một múi đi qua hàng chân lông mi, một mũi đi qua đường xám (tương đương vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc vào sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

+ Tra, bôi mỡ kháng sinh hoặc dung dịch Povidone 5%, 10%, băng mắt.

+Cắt chỉ da mi sau 7-10 ngày.

+ Nếu có một khe hở nhỏ ở bờ mi thì có thể theo dõi 3-6 tháng để cho phép liền sẹo hoàn toàn. Khe hở nhỏ ở mi thường mềm ra và tự mất đi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. PGS.TS.Đỗ Như Hơn (2014). Giáo trình đào tạo sau đại học Nhãn Khoa tập 2, bài Chấn thương mi mắt, 385-388. Nhà xuất bản y học, Bộ Y tế

2. Mark A.Friedberg (PGS.TS Nguyễn Đức Anh dịch) (2019). Cẩm nang Nhãn khoa Lâm sàng, nhà xuất bản y học-2019, trang 23-27.

SỤP MI BẨM SINH (ICD H02.4)

1. Khái niệm

Bình thường, bờ tự do mi trên che 1/5 trên đường kính giác mạc khi nhãn cầu ở tư thế nhìn thẳng (hay nói cách khác là bờ tự do mi trên che khoảng 2mm giác mạc). Nếu bờ tự do mi trên che giác mạc quá giới hạn đó thì gọi là sụp mi.

Sụp mi bẩm sinh là sụp mi xảy ra từ lúc mới sinh. Nguyên nhân do tổn hại chức năng của cơ nâng mi hoặc phức hợp thần kinh – cơ Muller.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Khai thác bệnh sử dựa vào tuổi phát bệnh để xác định sụp mi bẩm sinh hay mắc phải.
- Mi mắt sụp xuống là triệu chứng chính.
- Trẻ có hở mi khi nhìn xuống dưới, lúc ngủ mi mắt nhắm không kín
- Có thể có các dấu hiệu khác kèm theo: nhược thị, lác mắt, loạn thị, hai góc trong mắt cách xa.
- Đánh giá mức độ sụp mi: Sụp mi được chia 4 mức độ.

+ Độ I (nhẹ): Bờ mi ở phía trên bờ đồng tử, chủ yếu ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chưa ảnh hưởng đến thị lực.

+ Độ II (trung bình): Mi bị sụp xuống nhiều, che mất một phần đồng tử, đã ảnh hưởng đến thị lực.

+ Độ III (nặng): bờ mi vượt quá trung tâm đồng tử.

+ Độ IV (rất nặng): bờ mi che kín đồng tử.

- Đánh giá chức năng cơ nâng mi:

Đánh giá chức năng cơ nâng mi (H) bằng cách đo khoảng cách bờ tự do mi trên khi nhãn cầu vận động từ tư thế liếc hết sức xuống dưới rồi liếc hết sức lên trên.

+ Tốt: $H \geq 8mm$

+ Trung bình: $H = 5\text{-}7$ mm

+ Yếu: $H \leq 4mm$

2.2. Chẩn đoán hình thái

2.2.1. Sụp mi đơn thuần

Ở một hoặc hai mắt. Có từ khi sinh và ổn định suốt đời. Nếp da mi trên không rõ hoặc không có. Mi mắt bên bị sụp cao hơn bên bình thường khi mắt nhìn xuống (do xơ hóa cơ nâng mi). Có thể bù trừ bằng cung lông mày lên cao hoặc tư thế đầu có cằm ngửa lên.

2.2.2.Sụp mi bẩm sinh phối hợp với những bất thường bẩm sinh khác

a. Sụp mi bẩm sinh phối hợp bất thường vận nhãn

- Sụp mi phối hợp cơ trực trên yếu.

- Liệt cơ nâng mi: Sụp mi một bên, lác xuống và có nguy cơ nhược thị.

- Liệt dây thần kinh III bẩm sinh (hiếm gặp) lác xuống và ra ngoài ở mắt sụp mi thường nhược thị.

- Hội chứng Marcus Gunn: Thường ở một mắt. Mi trên động đậy khi vận động cơ nhai, dẫn đến hiện tượng chớp mắt khi nhai. Nếp da mi trên bình thường. Sụp mi có thể từ không có đến nặng, nhưng khi nhai thì cơ nâng mi trên có thể kéo lên trên vùng rìa vài mm.

b. Sụp mi bẩm sinh phối hợp những dị dạng ở mặt

Hội chứng hẹp khe mi: Khe mi hẹp, 2 góc trong mắt cách xa nhau, nếp quạt và sụp mi. Xuất hiện ở 2 mắt và nặng. Di truyền trội NST thường với mức ngoại hiện cao.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

2.3.1. Giả sụp mi: Là tình trạng mi mắt trông có vẻ thấp hơn bình thường, nguyên nhân gồm:

- Co rút mi hoặc lồi mắt ở bên kia.
- Lõm mắt hoặc lác trên ở mắt cùng bên.
- Nhãn cầu nhỏ, teo nhãn cầu.
- Nhẽo gia mi.
- Sụp cung mày.
- Phù mi
- Co thắt mi.
- Hội chứng Duane.

2.3.2. Sụp mi mắc phải

Sụp mi mắc phải có thể xuất hiện lúc sinh và do dó có thể bị nhầm với sụp mi bẩm sinh: Sụp mi do chấn thương, nhược cơ…

2.3.3. Hội chứng Horner

- Thường ở một mắt, sụp mi 2 đến 3 mm, kèm theo đồng tử 2 mắt không đều và sụp mi dưới. Có thể bẩm sinh hoặc mắc phải. Các dạng mắc phải ở trẻ em có thể do chấn thương sản khoa, ngực/cổ, hoặc u nguyên bào thần kinh di căn.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị:

- Tạo hoặc làm tăng thêm tính cân đối của mắt ở vị trí nguyên phát.
- Nâng mi trên tới mức có thể chấp nhận được.
- Tạo nếp mi.
- Bảo tồn cơ chế bảo vệ mắt.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Chỉ định phẫu thuật

Tùy theo tuổi, mức độ sụp mi, mức độ nhược thị, chức năng cơ nâng mi trên để chỉ định điều trị phẫu thuật.

- Tuổi: Nếu tuổi bệnh nhân ít, cần phải mổ sụp mi, nên làm phẫu thuật treo mi trên vào cơ trán, đề phòng bệnh nhân bị nhược thị. Khi bệnh nhân lớn hơn, có thể làm phẫu thuật cắn ngắn cơ nâng mi trên.

- Mức độ sụp mi: Nếu trẻ em sụp mi độ I, II có thể chưa cần mổ. Nếu sụp mi độ III, IV nên làm phẫu thuật treo mi trên vào cơ trán.

- Mức độ nhược thị: Nếu ở trẻ em, nhược thị được xác định là do sụp mi cần mổ sớm.

- Chức năng cơ nâng mi trên:

- Nếu chức năng cơ nâng mi trên trung bình hoặc tốt nên dùng kĩ thuật cắt ngắn cơ nâng mi trên.

+ Nếu chức năng cơ nâng mi trên yếu nên dùng kĩ thuật treo mi trên.

3.2.2. Xét nghiệm trước mổ

Với bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cần làm các xét nghiệm đảm bảo đủ điều kiện phẫu thuật.

3.3.3. Thuốc hậu phẫu

- Kháng sinh toàn thân, tại chỗ.

- Giảm đau

- Giảm sưng nề

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Như Hơn (2014). “Chẩn đoán và điều trị sụp mi”. Nhãn khoa Tập 2, Nhà xuất bản Y học.

2. Mark A.Friedberg (PGS.TS Nguyễn Đức Anh dịch) (2019). Cẩm nang Nhãn khoa Lâm sàng, nhà xuất bản y học, trang 130.

TẮC ỐNG LỆ MŨI BẨM SINH (ICD H04)

1. Khái niệm

Tắc ống lệ mũi bẩm sinh là hiện tượng đường dẫn nước mắt từ mắt xuống mũi bị tắc hoàn toàn hoặc bán phần do van Hasner tại khe dưới cuốn mũi chưa mở ra hoặc do một số bất thường bẩm sinh khác như lệch vách ngăn, biến dạng cuốn dưới, dính cuốn dưới vào thành ngoài mũi, các biến dạng bẩm sinh của xương hàm mặt.

Tắc ống lệ mũi bẩm sinh thường biểu hiện ở lứa tuổi sơ sinh. Tuy nhiên có 2-6% số trẻ bị tắc biểu hiện lâm sàng sau đẻ 3-4 tuần.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Xuất hiện các dấu hiệu chính:

+ Mắt ướt hoặc nước mắt chảy tràn ra mi.

+ Tiết tố mủ - nhày ướt hoặc khô ở trên lông mi (chủ yếu góc trong)

+ Chất nhầy hoặc mủ - nhầy trào ra lỗ lệ khi ấn vào vùng túi lệ.

+ Mắt đỏ nhẹ hoặc không đỏ.

+ Các triệu chứng trên thường xuất hiện trong 1đến 2 tháng đầu

+ Bơm lệ đạo: nước không thoát xuống miệng mà trào ngược tại lỗ lệ đối diện, nước trong hoặc có kèm nhầy mủ.

- Có thể có các dấu hiệu khác:

+ Đỏ da xung quanh, đỏ và sưng ở góc trong mắt

+ Tăng độ cao liềm nước mắt

+ Có thể bị nhiễm trùng và đôi khi lan ra từ lệ đạo dẫn đến viêm kết mạc (có thể tái phát).

+ Đôi khi xuất hiện viêm tổ chức hốc mắt trước vách hoặc viêm túi lệ, áp-xe túi lệ.

b. Cận lâm sàng

- Nhuộm Gram và nuôi cấy thạch máu mọi chất tiết từ lỗ lệ tìm vi khuẩn kết hợp làm kháng sinh đồ

- Trường hợp gây viêm nhiễm nặng như áp xe túi lệ, viêm tổ chức hốc mắt cần làm xét nghiệm công thức máu, phản ứng CRP

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc

- Bất thường bẩm sinh của đường lệ trên: Tắc lỗ lệ hoặc lệ quản

- Túi nhầy lệ: khối dạng nang rắn chắc, màu tím sẫm nằm ngay dưới góc trong mắt. Do tắc cả lỗ vào và lỗ ra của túi lệ, thường gặp những tuần đầu sau sinh.

- Glocom bẩm sinh: các dấu hiệu kinh điển là chảy nước mắt và sợ ánh sáng (có thể kèm theo co thắt mi). Giác mạc mờ đục và mắt to (lồi mắt trâu)

- Các nguyên nhân khác gây chảy nước mắt như: quặm, lông xiêu, tổn thương giác mạc, dị vật dưới mi trên.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Tắc ống lệ mũi bẩm sinh có thể khỏi tự nhiên
- Có thể hỗ trợ điều trị bằng day nắn túi lệ
- Nếu bị viêm nhiễm phối hợp cần dùng kháng sinh.
- Trường hợp viêm nhiễm kéo dài, không tự khỏi cần thông lệ đạo

3.2.Điều trị cụ thể.

- Hầu hết các trường hợp tắc ống lệ mũi bẩm sinh có thể tự khỏi sau 4-6 tuần.
- Điều trị bảo tồn: day nắn vùng túi lệ kết hợp dùng kháng sinh tra mắt.

+ Cách day nắn: Day bằng ngón tay vào vùng túi lệ 4 lần/ ngày, dùng ngón trỏ day bên trên lệ quản chung và ấn theo hướng vào trong và xuống dưới.

+ Kháng sinh nhỏ mắt: Tobramycin 0,3% (Tobrex)

Ofloxacin 0,3% (Oflovid)

Levofloxacin 0,5% (Cravit)

- Nếu điều trị bảo tồn không khỏi, có thể thông lệ đạo khi trẻ được 3 đến 6 tháng tuổi. Nếu có bội nhiễm nhiều nhầy mủ ở trong túi lệ thì có thể thông sớm hơn
- Nếu có viêm túi lệ cấp dùng kháng sinh nhỏ mắt kết hợp kháng sinh toàn thân.

+ Trường hợp nhẹ, toàn thân không sốt:

Amoxicillin/clavulanat 25-45mg/kg/ngày. Uống chia làm 2 lần, liều tối đa mỗi ngày là 90mg/kg/ngày (có thể dùng kháng sinh khác tuỳ điều kiện)

+ Trường hợp nặng, cấp tính, có sốt: Dùng kháng sinh 10-14 ngày

TE: Cefuroxim 50-100mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch, chia làm 3 lần (có thể dùng kháng sinh khác tuỳ điều kiện).

Chế độ kháng sinh được điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng và kết quả nuôi cấy/ KSĐ. Có thể thay kháng sinh tiêm tĩnh mạch bằng kháng sinh uống tùy theo tiến triển bệnh.

- Không nên thông sớm quá trước 2 tháng tuổi vì có nguy cơ xảy ra biến chứng nhiều. Nếu thông muộn quá sau 1 năm tuổi thì tỷ lệ thành công sẽ giảm đi nhiều. Phần lớn các trường hợp khỏi sau 1-3 lần thông.
- Với các trường hợp thông không có kết quả thì cần mổ nối thông lệ mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Như Hơn (2014). “Bệnh học lệ đạo”. Nhãn khoa Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Bộ Y tế.

2. Mark A.Friedberg (PGS.TS Nguyễn Đức Anh dịch) (2019). Cẩm nang Nhãn khoa Lâm sàng, nhà xuất bản y học, trang 65-69.

VIÊM KẾT MẠC CẤP (ICD: H10)

1. Định Nghĩa.

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm trùng (do virus, vi khuẩn) hoặc dị ứng.

Viêm kết mạc cấp có nhiều hình thái:

+ Viêm kết mạc cấp tiết tố mủ do vi khuẩn: Đây là hình thái viêm kết mạc dạng nhú tối cấp.

+ Viêm kết mạc cấp tiết tố màng do vi khuẩn: là loại viêm kết mạc cấp tiết tố có màng phủ trên diện kết mạc, có màu trắng xám hoặc trắng ngà.

+ Viêm kết mạc do virus: Là viêm kết mạc có kèm nhú, nhiều tiết tố và hoặc có giả mạc, bệnh thƣờng kèm sốt nhẹ và các biểu hiện cảm cúm, có hạch trƣớc tai, thƣờng phát triển thành dịch.

2. Chẩn đoán

2.1.Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

a. Toàn thân:

- Triệu chứng cảm cúm: nhức đầu nhẹ, đau mỏi người sốt nhẹ…
- Hạch trước tai.
- Cơ địa dị ứng.

b. Tại mắt:

- Các hình thái viêm kết mạc thường có các triệu chứng chung như sau:

+ Mi phù nề.

+ Kết mạc cương tụ toả lan, phù nề.

+ Có nhiều ghèn, tiết tố mủ.

+ Có thể có giả mạc, xuất huyết kết mạc.

+ Giác mạc trong, tuy nhiên có nguy cơ tổn thương giác mạc nếu tác nhân có độc lực mạnh và không được điều trị.

- Nguyên nhân do virus (virus Adeno virus, Entero virus) thường có các dấu hiệu đặc trưng sau:

+ Cảm giác cộm xốn mắt.

+ Giả mạc, màu trắng trên kết mạc sụn mi, hình thành sau 3-5 ngày.

+ Ghèn trắng, tiết dịch hồng.

+ Giác mạc có thể viêm chấm biểu mô.

- Nguyên nhân do vi khuẩn (liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu, bạch hầu…) thường có các dấu hiệu đặc trưng sau:

+ Mi căng nề, khó mở

+ Giả mạc xám bẩn.

+ Ghèn xám, bẩn.

+ Có thể dẫn tới viêm loét, áp-xe giác mạc.

- Nguyên dân do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não cầu (*Neisseria Menigitidis*) thường có các dấu hiệu đặc trưng sau:

+ Thường gặp ở trẻ sơ sinh.

+ Có rất nhiều tiết tố mủ bẩn, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.

+ Nếu không điều trị kịp thời giác mạc bị thâm nhiễm rộng, tiến triển thành áp xe giác mạc và có thể hoại tử thủng giác mạc.

- Nguyên nhân dị ứng.

+ Khó xác định dị nguyên

+ Bệnh nhân thường ngứa mắt rất nhiều

+ Tiết tố mắt nhầy dính.

+ Tổn thương vùng rìa, thường gặp vị trí 12 giờ.

2.1.2.Cận lâm sàng

a. Nhuộm gram.

+ Viêm kết mạc cấp tiết tố có mủ: Nhuộm soi (tiết tố mủ kết mạc) thấy có song cầu khuẩn Gram (-) hình hạt cà phê trong trường hợp do lậu cầu.

+ Viêm kết mạc cấp do vi khuẩn: Nhuộm soi thấy có vi khuẩn Gram (+).

b. Nuôi cấy trên môi trường thạch máu.

Nuôi cấy trên môi trường thạch máu để phân lập vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

c. Các xét nghiệm khác:

- Công thức máu, CRP phản ứng : Bạch cầu tăng, phản ứng CRP (+) trong trường hợp viêm kết mạc do vi khuẩn.

- Real time – PCR: Xác định rõ tác nhân trong một số trường hợp do virus

- Xác định tìm dị nguyên trong trường hợp nghi ngờ tác nhân dị ứng.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tích cực và khẩn trương.

- Điều trị tại chỗ và toàn thân.

- Điều trị theo nguyên nhân.

- Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan.

- Tránh tiếp xúc dị nguyên trong trường hợp dị ứng.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Toàn thân:

a. Nguyên nhân do vi khuẩn.

- Kháng sinh uống trong trường hợp cấp tính, có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân

- Kháng sinh tiêm chỉ dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu. Thường dùng Cephalosporin thế hệ 3.

+ Trẻ lớn trên 40kg cân nặng:

- Nếu giác mạc chưa loét: Liều duy nhất 1 gram tiêm bắp.
- Nếu giác mạc bị loét: 1 gram x 3 lần / ngày tiêm tĩnh mạch.

+ Trẻ em: Liều duy nhất 125mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch liều 50mg/kg cân nặng.

a. Nguyên nhân do virus.

- Thuốc nâng cao thể trạng.

- Hạ sốt, giảm đau nếu có triệu chứng đi kèm

c. Nguyên nhân do dị ứng.

- Loại bỏ tác nhân

- Kháng histamine: nhóm H1 hoăch H2.

3.2.2. Tại mắt

- Bóc giả mạc hằng ngày (nếu có).

- Rửa mắt bằng nước muối sinh lý 0,9 % để loại trừ mủ và tiết tố.

- Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

- Kháng sinh dùng dạng nhỏ và tra mỡ, một trong các nhóm sau:

+ Aminoglycosid: tobramycin...

+Fluoroquinolon: ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin...

- Thận trọng khi dùng Corticoid: Prednisolon acetat, Fluorometholon.

3.3. Điều trị dự phòng

- Vệ sinh và tra thuốc sát khuẩn /kháng sinh cho trẻ sơ sinh ngay khi đẻ ra.

- Tiêm phòng đầy đủ các bệnh theo đúng quy định của trẻ.

- Điều trị bệnh lậu đường sinh dục (nếu có).

- Luôn nâng cao thể trạng.

- Nếu bị bệnh cần điều trị tích cực tránh lây lan thành dịch.

- Loại trừ dị nguyên gây dị ứng khỏi môi trường sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Xuyên, Đỗ Như Hơn,Lương Ngọc Khuê (2015) “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”. Trang 52-60.

2. Hoàng Minh Châu, Phạm Ngọc Đông (2011): Bệnh học kết mạc. Chương 1: Kết mạc - Giác mạc – Củng mạc. Nhãn khoa tập 2, Nhà xuất bản y học, trang 12 - 14.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN (ICD: H16)

1. Khái niệm

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn (bacterial keratitis) là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do vi khuẩn, là một nguyên nhân thường gặp gây mù loà.

Các loại vi khuẩn thường gặp gây viêm loét giác mạc

Vi khuẩn Gr(+): *Staphylococcus aureus, Steptococcus pneumonia, Staphylococcus epidermidis, Mycobacterium, Nocardia…*

Vi khuẩn Gr(-): *Pseudomonas aeruginosa, Moraxella, Hemophilus influenza,…*

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng

+ Đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.

+ Nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.

- Triệu chứng thực thể

+ Kết mạc cương tụ rìa.

+ Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới không rõ, bờ nham nhở, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử bẩn. Khi nhuộm giác mạc bằng fluorescein 2% ổ loét sẽ bắt màu xanh, nếu ổ loét hoại tử nhiều sẽ có màu vàng xanh.

+ Giác mạc xung quanh ổ loét bị thẩm lậu.

+ Mống mắt cũng có thể bị phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, tuy nhiên khó quan sát.

b. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm vi sinh, bệnh phẩm là chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy vi khuẩn. Thường ở trẻ em việc lấy chất nạo ổ loét khá khó khăn do trẻ không hợp tác. Có thể lấy dịch tiết để xét nghiệm.

+ Soi tươi: thấy có vi khuẩn.

+ Soi trực tiếp: xác định vi khuẩn gram (+) hay gram (-).

+ Nuôi cấy vi khuẩn: xác định được các loại vi khuẩn gây bệnh: tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh,...Nếu có điều kiện có thể kết hợp làm kháng sinh đồ để xác định kháng sinh điều trị phù hợp.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do nấm: một ổ loét ranh giới rõ, bờ gọn, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử dày, đóng thành vảy gồ cao, bề mặt vảy khô ráp và khó bóc. Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy nấm.

- Loét giác mạc do virus herpes: ổ loét có hình cành cây hoặc địa đồ, nhu mô xung quanh thẩm lậu ít. Xét nghiệm tế bào học chất nạo bờ ổ loét sẽ thấy một trong các hình ảnh: tế bào nhiều nhân, hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào thoái hóa nhân trương hoặc tìm thấy tiểu thể Lipschutz. Xét nghiêm PCR chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch sẽ tìm được gen của virus herpes.

- Loét giác mạc do amip (acanthamoeba): giác mạc có ổ loét tròn hoặc bầu dục, xung quanh có vòng thẩm lậu đặc (áp xe vòng). Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy acanthamoeba.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Cần phải tìm được vi khuẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh nhạy cảm với loại vi khuẩn đó (dựa vào kháng sinh đồ), nếu không xác định được loại vi khuẩn gây bệnh cần phải dùng kháng sinh phổ rộng.

- Điều trị bằng thuốc tra mắt là chính, có thể kết hợp với dùng đường toàn thân.

- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

3.2. Điều trị cụ thể

Kháng sinh chống vi khuẩn (theo kháng sinh đồ). Nếu không có kết quả kháng sinh đồ thì điều trị như sau:

- Thuốc tra mắt:

+ Nếu do vi khuẩn gram (-): Nhóm Aminoglycoside hoặc Quinolon (Tobramycin 0,3% hoặc levofloxacin 0,5%)

+ Nếu do vi khuẩn gram (+): Nhóm Quinolon hoặc Fluoroquinolon (Ofloxacin 0,3% hoặc moxifloxacin 0,5% hoặc gatifloxacin 0,5%). Hai thuốc trên có phổ kháng khuẩn rộng nên có thể dùng điều trị cả vi khuẩn gram (-). Cách dùng: Ngày đầu có thể tra mắt liên tục cách nhau 30 phút, những ngày sau tra mắt 10 lần/ ngày.

- Thuốc uống: có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau: Nhóm Cephalosporin hoặc Quinolon.

+ Cefuroxime axetil 250 mg ngày uống 2-3 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày.

+ Ofloxacin 0,2 g ngày uống 2 viên chia 2 lần, trong 5-7 ngày

+ Truyền rửa mắt liên tục trong những trường hợp nặng bằng kháng sinh (gentamycin 4mg x 2 ồng) và nước nuối sinh lý (nacl 0,9%) x 200 ml.

- Điều trị phối hợp

+ Chống viêm non-steroid: Tra mắt: dung dịch indomethacine 0,1% tra mắt 4 lần/ngày.

+ Giãn đồng tử, liệt cơ mi: Dùng atropin 1- 4 % tra mắt 2 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính mống mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: atropin 1% và adrenalin 0,1%.

- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân.

- Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp, loét dọa thủng hoặc thủng. Uống acetazolamide 250 mg 2 viên mỗi ngày chia 2 lần. Cần phối hợp với uống kali chloride 0,6 g uống 2 viên mỗi ngày chia 2 lần tránh mất kali.

- Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc: có tác dụng tăng cường dinh dưỡng cho giác mạc và hạn chế hoại tử giác mạc. Dùng trong những trường hợp loét hoại tử nhiều (đặc biệt do trực khuẩn mủ xanh).

- Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid trong giai đoạn ổ loét đang tiến triển.

3.3. Điều trị dự phòng

- Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ, tránh những sang chấn vào mắt.

- Khi bị chấn thương trên giác mạc cần phải phát hiện và điều trị kịp thời bằng các kháng sinh tra mắt để phòng biến chứng viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

- Cần phải điều trị các bệnh mắt là yếu tố thuận lợi gây viêm loét giác mạc: lông quặm, lông xiêu, hở mi,…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Xuyên, Đỗ Như Hơn,Lương Ngọc Khuê (2015) “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt”. Trang 52-60.

2. Mark A.Friedberg (PGS.TS Nguyễn Đức Anh dịch) (2019). Cẩm nang Nhãn khoa Lâm sàng, nhà xuất bản y học, trang 65-69.

CHƯƠNG XIII: TAI MŨI HỌNG

DỊ VẬT THỰC QUẢN (ICD: T18.1)

1. Định nghĩa

Dị vật thực quản là những vật mắc lại trên đường ăn từ miệng thực quản tới tâm vị.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Dị vật thực quản chia làm hai giai đoạn:

Giai đoạn đầu: Các triệu chứng xuất hiện ngay sau bị hóc, bệnh nhân thường mô tả đang ăn đột nhiên thấy nuốt đau, nuốt vướng vùng cổ. Bệnh nhân phải bỏ dở bữa ăn, không ăn uống tiếp được nữa.

Bệnh nhân thường làm các động tác có hại như: thò tay vào móc họng, cố nuốt miếng thức ăn khác để dị vật trôi đi, hoặc dùng que đũa chọc vào họng. Điều này rất nguy hiểm vì rất dễ thủng niêm mạc họng.

Nuốt đau ngày càng tăng, nuốt nước bọt rất đau, sau đó không nuốt cũng đau.

Tăng tiết nước bọt.

Giai đoạn viêm nhiễm: Triệu chứng viêm nhiễm xuất hiện sớm hay muộn tùy bản chất dị vật, thường sau 24- 48giờ.

Toàn thân:

- Sốt.

- Hội chứng nhiễm trùng rõ: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Mặt hốc hác, mất nước do không ăn uống được gì.

Cơ năng:

- Nuốt đau, không ăn uống được.

- Đau vùng cổ, quay cổ đau.

- Tăng tiết đờm dãi.

Khám thực thể:

- Vùng cổ:

+ Máng cảnh một bên dày, sưng phồng, thường là bên trái.

+ Da cổ đỏ.

+ Ấn vùng trước cơ ức đòn chũm bệnh nhân đau.

+ Tiếng lọc cọc thanh quản cột sống mất.

+ Có thể tràn khí dưới da.

- Khám họng và soi thanh quản gián tiếp: thấy nước bọt ứ đọng nhiều ở miệng và xoang lê hai bên.

2.1.2. Cận lâm sàng

- X.quang cổ nghiêng: có thể thấy hình ảnh dị vật …
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng khi dị vật bắt đầu gây viêm, apxe …

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Hóc giả: Bệnh nhân có cảm giác nuốt đau, nuốt vướng nhưng không sốt, vẫn ăn uống bình thường, chụp phim không thấy hình ảnh dị vật, cũng không thấy hình ảnh dày phần mềm trước cột sống cổ.
- Dị vật đã trôi đi: Thực chất bệnh nhân có hóc xương nhưng xương đã trôi đi, để lại vết loét nên bệnh nhân ăn uống cảm thấy đau. Vết loét có thể tự lành nhưng có khi nhiễm trùng tạo thành ổ viêm tấy hoặc áp xe, chụp phim không thấy hình ảnh dị vật nhưng có thể thấy hình ảnh dày phần mềm trước cột sống cổ hoặc ổ áp xe.
- Khối u thực quản: Cảm giác chủ yếu là nuốt vướng, nuốt nghẹn không có sốt nhưng thể trạng gầy sút.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Ăn uống vội vàng.
- Vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa
- Hẹp thực quản do bệnh lý như sẹo hẹp thực quản, u thực quản…
- Bệnh lý tâm thần hoặc do cố ý.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Giai đoạn sớm tiến hành nội soi gắp dị vật cấp cứu để ngăn chặn biến chứng.
- Khi có biến chứng phải xử trí tùy theo từng loại biến chứng.

3.2. Điều trị cụ thể

Giai đoạn đầu:

- Nội soi thực quản gắp dị vật.
- Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh, chống viêm.
- Theo dõi biến chứng.

Giai đoạn biến chứng:

- Viêm tấy hoặc áp xe thành thực quản.

+ Nội soi thực quản gắp dị vật đồng thời hút mủ ổ viêm trong lòng thực quản.

+ Đặt sonde mũi dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.

+ Chống viêm bằng kháng sinh

+ Theo dõi bệnh nhân, nếu ổ nhiễm trùng không giảm phải tiến hành mở dẫn lưu ổ áp xe.

+ Phòng các biến chứng.

- Viêm tấy hoặc áp xe quanh thực quản:

+ Đối với viêm tấy hoặc áp xe vùng thực quản cổ: mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp xe, lấy dị vật qua đường mổ hoặc đường nội soi.

+ Mở lồng ngực dẫn lưu trung thất và lấy dị vật qua nội soi (thực hiện tại khoa phẫu thuật lồng ngực). Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng bệnh nhân.

+ Hồi sức tốt, chống choáng, bồi phụ nước điện giải.

+ Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh

+ Nâng cao thể trạng, nuôi dưỡng bằng ống thông mũi- thực quản dạ dày đối với áp xe quanh thực quản cổ hoặc ống thông mở thông dạ dày đối với áp xe trung thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng" 236 – 240

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), "Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh" 122 - 126.

RÒ LUÂN NHĨ

1. Khái niệm

Rò luân nhĩ là vùng trước tai có một lỗ rò nhỏ gây ra bởi sự khiếm khuyết hay sự hợp nhất không hoàn toàn của 6 gờ tai trong quá trình phôi thai.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

* Lâm sàng:

- Thường thì khi lỗ rò chưa có hiện tượng chảy dịch, sưng, viêm thì không có triệu chứng gì

- Trường hợp lỗ rò chảy dịch gây viêm, áp xe có thể có các triệu chứng

+ Toàn thân: có thể có sốt

+ Cơ năng: đau vùng tai, quanh vị trí lỗ rò

+ Thực thể: vùng xung quanh lỗ rò sưng, đỏ (trường hợp áp xe thì có khối sưng nóng đỏ đau, có mủ); lỗ rò chảy dịch hoặc mủ

* Cận lâm sàng:

+ Chụp X quang có tiêm thuốc cản quang: thấy hình ảnh đường rò

+ Chụp CT (hoặc MRI): khi cần chẩn đoán phân biệt với một số trường hợp rò khe mang I, rò tuyến nước bọt…

+ Công thức máu: Đánh giá tình trạng nhiễm trùng

+ Cấy dịch mủ sau khi chích rạch áp xe

+ XN đông máu và các XN bổ trợ khác trường hợp có chỉ định phẫu thuật

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rò cung mang I: lỗ rò thường phía dưới, sau tai; Chụp XQ cản quang, MRI để phân biệt

- Rò tuyến nước bọt mang tai: vị trí gần tuyến mang tai; Chụp XQ cản quang, MRI để phân biệt.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Đây là một dị tật bẩm sinh được gây ra bởi sự khiếm khuyết hay sự hợp nhất không hoàn toàn của 6 gờ tai trong quá trình phôi thai, vào khoảng tuần thứ 6 thai kỳ

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Trường hợp lỗ rò bình thường hoặc chỉ tiết dịch đơn thuần, phẫu thuật cắt đường rò

- Trường hợp lỗ rò áp xe, cần rạch áp xe tháo mủ kết hợp điều trị nội khoa ổn định trước phẫu thuật.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Khi lỗ rò chảy dịch, sưng viêm, áp xe …

- Toàn thân: kháng sinh, chống viêm, giảm đau

- Tại chỗ: với những lỗ rò đang trong giai đoạn abces phải rạch dẫn lưu mủ, điều trị nội khoa trước khi có chỉ định phẫu thuật.

3.2.2. Điều trị ngoại khoa

Với những đường rò không viêm, chỉ phẫu thuật cắt đường rò. Với đường rò áp xe hóa sau điều trị ổn định, cắt đường rò + cắt lọc tổ chức viêm.

* Các thức phẫu thuật:

- Tiêm xanh methylen vào lỗ rò làm rõ đường rò.

- Rạch da hình elip quanh lỗ rò

- Bóc tách lấy hết đường rò, chú ý lấy hết cả màng sụn – sụn chỗ lỗ rò bám vào.

(Trường hợp áp xe thì bóc tách lấy hết tổ chức viêm, làm sạch bằng oxy già và PVP-Iodine 10%)

- Khâu 2 – 3 lớp theo trình tự giải phẫu

- Băng ép trong 3 – 5 ngày tùy trường hợp

* Các thuốc sau phẫu thuật

- Kháng sinh

- Giảm đau, chống phù nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng Tp Hồ Chí Minh” 44 - 47.

VIÊM AMIDAN CẤP (ICD: J03)

1. Định nghĩa

Viêm amidan cấp là viêm xung huyết, xuất tiết hoặc mủ của amidan khẩu cái, thường gặp ở trẻ từ 5-15 tuổi, do vi khuẩn hoặc virus gây nên.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Toàn thân: bắt đầu đột ngột với cảm giác rét hoặc rét run rồi sốt 38-39 độ C. Người mệt mỏi, đau đầu, chán ăn, nước tiểu ít và sẫm màu, đại tiện thường táo.

- Cơ năng:

+ Cảm giác khô, rát, nóng ở trong họng, nhất là vị trí amiđan, đau nhói lên tai, đau tăng lên rõ rệt khi nuốt.

+ Có thể có ho, nôn: thường do xuất tiết nhầy ở họng, có khi ho từng cơn do kích thích.

+ Giọng nói có thể thay đổi: Khàn tiếng

+ Ở trẻ em thường khò khè, ngáy to.

- Thực thể:

+ Lưỡi trắng, miệng khô

+ Niêm mạc họng đỏ tăng tiết dịch nhầy, Amidan sưng to và đỏ, có thể có mủ.

+ Tổ chức lympho ở thành sau họng sưng to và đỏ

+ Có thể sờ thấy sưng hạch góc hàm.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng: Amidan tấy đỏ, có mủ …

- Xét nghiệm công thức máu: bạch cầu tăng cao trong viêm do nhiễm khuẩn

- Cấy dịch họng tìm tác nhân gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

- Làm các xét nghiệm khác giúp chẩn đoán phân biệt hoặc khi có triệu chứng, bệnh kèm theo khác.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh bạch hầu: giả mạc chắc, dính, khó bóc, nếu bóc dễchảy máu

- Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân (viêm loét họng có giả mạc trắng)

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Nhiễm trùng: thường là liên cầu, tụ cầu…đặc biệt là liên cầu tan huyết bê ta nhóm A; Các nhiễm trùng đường hô hấp trên như cúm, sởi…

- Yếu tố thuận lợi: do lạnh, cơ thể suy nhược, các vi khuẩn và virus có sẵn trong họng trở thành các tác nhân gây bệnh; Các kích thích như thuốc lá, rượu, khói, bụi, hóa chất cũng là các yếu tố gây bênh.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa

- Nâng cao thể trạng

3.2. Điều trị cụ thể

- Giảm đau, hạ sốt: paracetamol…

- Kháng sinh: Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm Beta lactam, Cephalosporin, Macrolid … (tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ), cụ thể:

+ Nhóm beta lactam:

Các thuốc Amoxicillin + Acid Clavulanic liều trẻ em 50 – 80mg/Kg/ ngày; Trẻ trên 12T 1g, 2 - 4 lần/ngày

Hoặc các dòng Cephalosporine:

- Ceftriaxone (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Ceftazidime (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefotaxime: Trẻ em liều 50 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefuroxime (TMC): Trẻ em liều 30 – 100mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Nhóm Macrolid:

- Azithromycin (Uống): Trẻ em 10mg/kg/lần/ngày; Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg/lần/ngày
- Clarithromycin : Trẻ em 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống); người lớn và trẻ trên 12 tuổi 250 – 500mg x 2 lần ngày (uống) hoặc 500mg x 2 lần /ngày (Tiêm TM)

+ Nhóm Glycopeptid:

Vancomycin: Trẻ em 11mg/kg/lần x 4 lần /ngày (Tiêm TM); Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg x 4 lần/ ngày (Tiêm TM)

+ Nhóm Metronidazole: Trẻ em 20 – 30 mg/kg chia 2 – 3 lần/ ngày; người lớn và trẻ trên 12 tuổi 0,5g x 2 – 3 lần/ ngày

- Chống viêm corticoid trong các trường hợp nặng

- Các thuốc tiêu nhầy tiêu nhầy như acetylcystein, ambroxol ...

- Nhỏ mũi vệ sinh mũi họng bằng NaCl 0.9% hoặc các thuốc sát trùng vùng mũi họng khác

- Nâng đỡ cơ thể: yếu tố vi lượng, sinh tố, calci...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng” 141 - 145

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh” 8 - 11.

VIÊM AMIDAN MẠN (ICD: J35.0)

1. Định nghĩa

Viêm amidan mạn tính là tình trạng amidan khẩu cái quá phát hoặc xơ teo sau viêm nhiễm cấp tính nhiều lần.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

- Toàn thân: triệu chứng nghèo nàn, không có gì đặc biệt

- Cơ năng:

+ Thường có cảm giác nuốt vướng ở họng đôi khi có cảm giác đau như có dị vật trong họng.

+ Hơi thở hôi.

+ Thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to.

- Thực thể:

+ Trên bề mặt amidan có nhiều khe và hốc bã đậu.

+ Ở trẻ em thường có hạch góc hàm hay dưới cằm to.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng: có thể thấy amidan quá phát, bề mặt amidan có nhiều hốc …

(Làm các xét nghiệm khác khi có triệu chứng, bệnh kèm theo khác)

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Lao amidan: có hội chứng nhiễm độc lao, xét nghiệm lao loại trừ.

- Giang mai thời kỳ hai: niêm mạc họng đỏ, với những vết trợt niêm mạc ở amidan, màn hầu, xét nghiệm giang mai loại trừ.

- Ung thư amidan: thường một bên amidan to, xù xì, có thể loét hoặc không, mật độ cứng chắc, hay có hạch cổ to cùng bên. Cần sinh thiết để loại trừ.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

* Nhiễm khuẩn:

- Vi khuẩn: liên cầu β tan huyết nhóm A, S.pneumoniae, H.I, tụ cầu, liên cầu, xoắn khuẩn, các chủng ái khí và yếm khí.

- Virus: cúm, sởi, ho gà...

* Yếu tố thuận lợi:

- Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao...).

- Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém.

- Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.

- Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng: như sâu răng, viêm lợi, viêm V.A, viêm xoang và do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của amidan có nhiều khe kẽ, hốc, ngách là nơi cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Chủ yếu là cân nhắc phẫu thuật cắt amidan.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Chỉ định phẫu thuật

- Amian viêm cấp tính nhiều lần (thường là 5 - 6 lần trong một năm).

- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan.

- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tấy hạch dưới hàm hoặc thành bên họng…

- Amidan viêm mạn tính gây biến chứng xa: viêm màng trong tim, viêm cầu thận, viêm khớp, rối loạn tiêu hóa kéo dài, nhiễm khuẩn huyết.

- Amidan viêm mạn tính quá phát gây khó thở (hội chứng ngừng thở khi ngủ - hội chứng Pickwick sleep), khó nuốt, giọng nói như miệng ngậm một vật gì (khó nói).

3.2.2. Chống chỉ định phẫu thuật

- Chống chỉ định tuyệt đối:

+ Các hội chứng chảy máu: bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.

+ Các bệnh nội khoa như: cao huyết áp, suy tim, suy thận, suy gan giai đoạn mất bù…

- Chống chỉ định tương đối:

+ Khi đang có viêm họng cấp tính hay đang có biến chứng áp xe amidan.

+ Khi đang có viêm, nhiễm khuẩn cấp tính như: viêm mũi, viêm xoang, mụn nhọt.

+ Khi đang có viêm, nhiễm virus cấp tính như: cúm, sởi, ho gà, bại liệt, sốt xuất huyết...

+ Khi đang có biến chứng do viêm amidan như: viêm thận cấp, thấp khớp cấp... thì phải điều trị ổn định, hết đợt cấp mới được cắt.

+ Khi đang có bệnh mạn tính chưa ổn định như: đái tháo đường, viêm gan, lao, bệnh giang mai, AIDS...

+ Phụ nữ đang thời kỳ kinh nguyệt, thời kỳ mang thai hoặc đang nuôi con bú.

+ Người quá yếu, trẻ quá nhỏ, người trên 50 tuổi.

+ Thận trọng: trong các trường hợp dùng các thuốc nội tiết tố, hoặc thuốc giảm đau trước đó, các bệnh nhân đang đợt tiêm chủng, địa phương đang có dịch truyền nhiễm...

3.2.3. Phương pháp phẫu thuật

Chủ yếu là phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản bằng dao plasma, dao điện, laser, coblator, dao siêu âm…

* Cách thức phẫu thuật

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm đủ điều kiện phẫu thuật

- Gây mê NKQ

- Dùng david-boy mở miệng bộc lộ rõ amidan

- Dùng pince kẹp amidan

- Cắt amidan (bằng dao plasma, dao điện …), cầm máu kỹ các điểm chảy máu hốc amidan

* Thuốc sau phẫu thuật

- Kháng sinh toàn thân

- Giảm đau, giảm phù nề

- Chế độ ăn cháo nguội, loãng, sữa trong 7 – 10 ngày

Hẹn tái khám sau 7 – 10 ngày

3.3. Điều trị dự phòng

Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm V.A, viêm mũi, viêm xoang mạn tính, viêm răng miệng...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng" 141 - 145

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), "Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh 8 – 11.

VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM

1. Định nghĩa

Viêm mũi xoang trẻ em là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau như nhiễm khuẩn, siêu vi, dị ứng... bệnh thường hay gặp ở trẻ em dưới 6 tuổi.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Toàn thân: trẻ có thể sốt, mệt nếu viêm xoang nặng hoặc kéo dài
- Cơ năng:

+ Ngạt chảy mũi: là dấu hiệu quan trọng nhất, trẻ thường chảy mũi và ngạt mũi

+ Ho: ho do dịch mũi xoang chảy xuống họng

+ Đau đầu: đau vùng xoang tương ứng, đôi khi đau lan lên đỉnh đầu

- Thực thể: khám khe sàn mũi đọng dịch hoặc mủ

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng: khe sàn mũi xoang đọng dịch mủ …
- Chụp X quang tư thế Blondeau và Hirtz: có thể thấy mờ các xoang
- Chụp CT Scan hoặc MRI: đánh giá rõ tình trạng các xoang
- Nuôi cấy vi khuẩn trong dịch mũi xoang, lấy từ vòm mũi họng, để phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

(Làm các xét nghiệm khác để chẩn đoán phân biệt hoặc khi có triệu chứng, bệnh kèm theo khác)

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm đường hô hấp trên: trẻ có ho, sốt, sổ mũi giống viêm mũi xoang. Chẩn đoán phân biệt dựa vào nội soi mũi để quan sát kỹ các lỗ thông xoang, chụp x quang để phân biệt rõ hơn
- Viêm mũi dị ứng: thường theo mùa, có tích chất di truyền, khám mũi tăng tiết dịch …

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Viêm mũi xoang do viêm đường hô hấp trên: viêm mũi họng thường dễ dấn đến viêm mũi xoang
- Viêm mũi dị ứng: Chảy mũi trong, nhiều em suốt ngày chảy mũi, khò khè, có kèm theo ran ở phổi. Có khoảng 40% trẻ em bị viêm mũi dị ứng có liên quan đến hen phế quản.
- Hen phế quản: Viêm phế quản mạn tính, trẻ khó thở từng cơn do phế quản co thắt, niêm mạc phế quản phù nề và xuất tiết dịch nhầy, khó thở ở thì thở ra. Có khoảng

80% trẻ em bị hen phế quản có liên quan đến viêm mũi dị ứng.

- Suy giảm miễn dịch: Ở trẻ có liên quan đến việc cha mẹ bị AIDS.

- Bất thường giải phẫu về hốc mũi: Vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, quá phát VA vòm, VA vòi.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Kết hợp các điều trị:

- Điều trị nội khoa
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị nguyên nhân

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Viêm mũi xoang cấp tính

Điều trị nội khoa là chính, bao gồm:

- Kháng sinh: dùng một trong các nhóm sau (phối hợp kháng sinh khi cần)

+ Nhóm beta lactam:

Các thuốc Amoxicillin + Acid Clavulanic liều trẻ em 50 – 80mg/Kg/ ngày; Trẻ trên 12T 1g, 2 – 4 lần/ngày

Hoặc các dòng Cephalosporine:

- Ceftriaxone (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Ceftazidime (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefotaxime: Trẻ em liều 50 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefuroxime (TMC): Trẻ em liều 30 – 100mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Nhóm Macrolid:

- Azithromycin (Uống): Trẻ em 10mg/kg/lần/ngày; Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg/lần/ngày
- Clarithromycin : Trẻ em 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống); người lớn và trẻ trên 12 tuổi 250 – 500mg x 2 lần ngày (uống) hoặc 500mg x 2 lần /ngày (Tiêm TM)

+ Nhóm Glycopeptid:

Vancomycin: Trẻ em 11mg/kg/lần x 4 lần /ngày (Tiêm TM); Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg x 4 lần/ ngày (Tiêm TM)

+ Nhóm Metronidazole: Trẻ em 20 – 30 mg/kg chia 2 – 3 lần/ ngày; người lớn và trẻ trên 12 tuổi 0,5g x 2 – 3 lần/ ngày

- Và kháng sinh khác phụ thuộc kết quả kháng sinh đồ

- Thuốc chống sung huyết mũi giúp thông thoáng mũi và các lỗ thông xoang như Oxymethazolone 0,05%, Xylomethazoline 0,05%...

- Xịt Corticoid tại chỗ để giảm phù nề niêm mạc mũi xoang.

- Các loại thuốc làm ẩm mũi, loãng dịch tiết mũi như nước muối sinh lý…

- Điều trị hỗ trợ như rửa mũi, hút mũi để đỡ nghẹt mũi.

3.2.2. Viêm mũi xoang mạn tính

Nếu trẻ vẫn bị một hay nhiều triệu chứng lâm sàng như đã nói ở trên kéo dài quá 12 tuần thì coi như viêm mũi xoang mạn tính. Viêm mũi xoang mạn tính hoặc những thời kỳ tái phát của viêm mũi xoang cấp tính nhiều hơn 4-6 lần trong một năm thì phải đưa trẻ đi khám bệnh ở bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng để quyết định điều trị nội khoa tiếp tục hoặc phải can thiệp phẫu thuật nội soi mũi xoang.

Cần áp dụng những phẫu thuật bảo tồn hơn là phẫu thuật tiệt căn, chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp sau:

- Viêm mũi xoang tái phát hơn 6 lần/1 năm.

- Chảy máu mũi, nghẹt mũi, không ngửi được mùi.

- Mũi ứ đọng mủ nhầy, mủ hoặc chảy xuống thành sau họng.

- Nhức đầu, ù tai, chảy mủ tai.

- Khám mũi thấy có những biến dạng về cấu trúc giải phẫu, có polyp, VA phì đại…

- Hình ảnh trên phim CT Scan có dấu hiệu viêm xoang mạn tính.

3.3. Điều trị dự phòng

Điều trị các bệnh lý hô hấp trên sớm như viêm mũi họng, cảm lạnh... Như vậy có thể ngăn cản sự nhiễm khuẩn ở các xoang đang phát triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng" 81 - 85

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), "Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh" 284 - 288.

VIÊM TAI GIỮA CẤP (ICD: H66.0)

1. Khái niệm

Viêm tai giữa cấp tính là tình trạng viêm nhiễm trong khoang tai giữa. Bệnh cảnh của viêm tai giữa cấp tính thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Bệnh cảnh của viêm tai giữa cấp tính thay đổi tùy theo tuổi tác của bệnh nhân, tùy theo vi trùng gây bệnh, tùy theo thể địa... Ở đây mô tả thể điển hình.

Giai đoạn đầu:

Bệnh nhân thường là em bé đang bị sổ mũi, ngạt mũi, đột nhiên bị đau tai nhiều (trẻ nhỏ quấy khóc, bứt tai) kèm theo sốt cao

Khám màng nhĩ thấy một vùng sung huyết đỏ ở góc sau hoặc ở dọc theo cán búa, hoặc ở màng Shrapnell.

Giai đoạn toàn phát: mủ bắt đầu xuất hiện trong hòm nhĩ, có hai trường hợp:

a. Màng nhĩ chưa vỡ: mủ bị tích trong hòm nhĩ như trong một áp xe và gây ra những triệu chứng chức năng, toàn thân và thực thể rõ rệt.

* Triệu chứng cơ năng:

- Đau tai mỗi ngày một tăng, đau rất nhiều, đau sâu trong tai, đau theo nhịp đập của mạch, đau lan ra sau tai, ra vùng thái dương hoặc xuống răng làm cho bệnh nhân không ngủ được.

- Nghe kém là triệu chứng quan trọng, thường xuyên có: nghe kém khá nhiều, nghe kém theo kiểu dẫn truyền tức là nghiệm pháp Swabach kéo dài, nghiệm pháp Rinne âm tính, nghiệm pháp Weber thiên về bên bệnh (tam chứng Bezold). Bệnh nhân nghe giọng trầm khó khăn.

- Ngoài ra chúng ta còn thấy những triệu chứng phụ như ù tai, cảm giác đầy tai, tự thính, chóng mặt...

* Triệu chứng toàn thân:

- Nhiệt độ lên cao và sẽ xuống khi mủ được dẫn lưu. Trẻ em nhỏ sốt cao có thểvật vã, co giật hoặc ở trạng thái lả.

* Triệu chứng thực thể:

- Toàn bộ màng nhĩ bị nề và đỏ, không nhìn thấy tam giác sáng, không thấy cán búa, không thấy mỏm ngắn. Màu sắc của màng nhĩ hòa lẫn với màu sắc của da ống tai, quan sát thấy mủ trong hòm tai.

- Ở mức độ nặng hơn màng nhĩ sẽ phồng lên như mặt kính đồng hồ đeo tay, điểm phồng nhiều nhất thường khu trú về phía sau. Riêng đối với những màng nhĩ bị xơ hóa, màng nhĩ của

người già, màu sắc sẽ không đỏ mà lại trắng bệch, có nhiều mạch máu đỏ tỏa ra từ cán búa như nan hoa bánh xe.

- Xương chũm có vẻ bình thường, nhưng nếu ấn vào đấy bệnh nhân sẽ kêu đau. Hiện tượng này không có gì đáng ngại nó chỉ là viêm niêm mạc ở sào bào và ở các tế bào mà người ta quen gọi là phản ứng xương chũm.

- Khám mũi và họng có thể cho chúng ta thấy nguyên nhân của bệnh viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, viêm amiđan.

b. Màng nhĩ vỡ

- Màng nhĩ có thể vỡ do thầy thuốc chích để tháo mủ, hoặc vỡ tự phát do sức ép của mủ vào khoảng ngày thứ tư. Để cho màng nhĩ tự vỡ không tốt bằng chích rạch vì hai lý do sau đây:

+ Lỗ vỡ xuất hiện muộn, mủ tích tụ trong nhiều ngày có thể gây ra bệnh tích xương.

+ Lỗ vỡ thường ở cao và nhỏ, dẫn lưu mủ không tốt, tạo điều kiện cho viêm kéo dài.

Khi màng nhĩ đã vỡ và mủ chảy ra ngoài thì các triệu chứng sẽ thay đổi.

• Triệu chứng chức năng và toàn thân: các triệu chứng chức năng bớt hẳn, bệnh nhân không đau tai nữa, nhiệt độ trở lại bình thường, bệnh nhân ăn được ngủ được.

• Triệu chứng thực thể: Ống tai ngoài đầy mủ, không có mùi, lúc đầu chỉ là mủ loãng vàng nhạt sau biến thành mủ vàng đặc, phải lau sạch mủ mới thấy được màng nhĩ.

- Lỗ thủng của màng nhĩ sẽ khác nhau tùy theo tai có được chích rạch hay không.

Nếu có chích rạch thì lỗ thủng sẽ rộng và ở về góc sau dưới của màng căng, màng nhĩ hết phồng. Khi bệnh nhân ngậm mồm bịt mũi và thổi mạnh vào vòi Eustache (nghiệm pháp Valsalva) thì mủ và bọt trào ra ở lỗ thủng, đồng thời chúng ta nghe có tiếng kêu trong tai của bệnh nhân.

Nếu không chích rạch, để cho màng nhĩ tự vỡ thì lỗ thủng có thể ở bất cứ chỗ nào, bờ dày, đỏ, nham nhở. Trong trường hợp lỗ thủng lớn, mủ được dẫn lưu tốt chúng ta thấy có những triệu chứng giống như là chích rạch. Trái lại nếu lỗ thủng nhỏ, sự dẫn lưu bị hạn chế và triệu chứng ứ đọng tồn tại: đau nhức, sốt, phồng màng nhĩ; làm nghiệm pháp Valsalva không thấy mủ trào ra ở lỗ thủng.

Có khi lỗ thủng nhỏ bằng đầu kim và thể hiện bằng một chấm mủ óng ánh đập theo nhịp mạch. Lỗ thủng có thể ở góc sau và trên màng nhĩ, trên một cái ụ phồng căng giống như cái vú bò.

Riêng trong trường hợp viêm tai do cúm, do sởi, do bạch hầu, màng nhĩ có thể bịtiêu hủy toàn bộ.

2.1.2. Cận lâm sàng

+ Nội soi tai: có thể thấy hình ảnh màng nhĩ xung huyết, ứ mủ …

+ Nội soi mũi họng: Có thể thấy hình ảnh viêm mũi viêm họng, viêm VA, viêm amidan …

+ Thính lực đồ: Thường có giảm thính lực

+ X quang tư thế Schuller: có thể thấy hình ảnh mờ sào bào

+ Nếu nghi ngờ có biến chứng viêm tai xương chũm hoặc màng não … cho chụp CT hoặc MRI để đánh giá tổn thương phối hợp

+ Xét nghiệm CTM: Bạch cầu thường tăng, nhất là đa nhân trung tính

+ Cấy dịch mủ tai: tìm tác nhân gây bệnh

(Làm các xét nghiệm khác giúp chẩn đoán phân biệt hoặc khi có triệu chứng, bệnh kèm theo khác)

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng nhĩ đơn thuần: màng nhĩ đỏ, sung huyết, bệnh nhân không nghe kém, không có triệu chứng toàn thân.

- Nhọt ống tai ngoài: bệnh nhân có những điểm đau khác biệt ở nắp tai, ở rãnh trước xương chũm, ở bờ trên ống tai (kéo vành tai).

- Zona tai: Zona cũng gây ra đau tai, chảy tai và điếc nhưng trong zona thấy có mụn nước ở nắp tai, vành tai, ở thành sau ống tai và ở màng nhĩ kèm theo giảm cảm giác da ở vùng nói trên (vùng Ramsay-Hunt).

- Viêm ống tai ngoài đơn thuần hoặc viêm tai giữa kèm theo viêm ống tai ngoài: ở đây không soi màng nhĩ được nên không thể dựa vào đó để chẩn đoán. Có thể điều trị thử bằng kháng sinh, sau vài hôm, ống tai ngoài bớt nề, sẽ nhìn thấy màng nhĩ và đánh giá được tai giữa.

- Viêm tai giữa mạn tính hồi viêm: bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai từ lâu, có triệu chứng thực thể mạn tính như bờ lỗ thủng rõ rệt, mủ thối, xương bị viêm. X quang rất cần thiết để khám phá bệnh tích của xương chũm trong viêm tai giữa mạn tính hồi viêm. Hướng điều trị của bệnh này khác hẳn với viêm tai giữa cấp tính.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Nguyên nhân chính của viêm tai giữa cấp tính là viêm vòm mũi họng, quá trình viêm vào tai bằng con đường vòi Eustache là chủ yếu, ít khi viêm nhiễm xâm nhập bằng đường máu hoặc đường bạch huyết. Sự viêm nhiễm này có thể gây ra bởi các bệnh nhiễm trùng toàn thân như cúm, sởi... hoặc những bệnh cục bộ như viêm mũi, viêm xoang, viêm V.A, u vòm mũi họng, hoặc nút mũi sau để quá lâu. Nói chung viêm tai giữa cấp tính thường gặp ở trẻ em có V.A hoặc có thể địa bạch huyết.

- Rách màng nhĩ do chấn thương cũng là một nguyên nhân gây viêm tai giữa cấp tính.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Đây là bệnh lý cấp tính ảnh hưởng đến toàn thân và đe dọa nhiều biến chứng nguy hiểm nên cần phối hợp điều trị kháng sinh, kháng viêm phối hợp tại chỗ.

3.2. Phác đồ điều trị

- Điều trị toàn thân

- Điều trị tại chỗ

- Điều trị bệnh lý mũi họng kèm theo.

- Điều trị phòng ngừa biến chứng.

3.3. Điều trị cụ thể

3.3.1. Điều trị toàn thân

* Kháng sinh: Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm Beta lactam, Cephalosporin, Macrolid … (tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ), cụ thể:

- Nhóm beta lactam:

Các thuốc Amoxicillin + Acid Clavulanic liều trẻ em 50 – 80mg/Kg/ ngày; Trẻ trên 12T 1g, 2 – 4 lần/ngày

Hoặc cácdòng Cephalosporine:

+ Ceftriaxone (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Ceftazidime (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Cefotaxime: Trẻ em liều 50 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Cefuroxime (TMC): Trẻ em liều 30 – 100mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

- Nhóm Macrolid:

+ Azithromycin (Uống): Trẻ em 10mg/kg/lần/ngày; Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg/lần/ngày

+ Clarithromycin : Trẻ em 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống); người lớn và trẻ trên 12 tuổi 250 – 500mg x 2 lần ngày (uống) hoặc 500mg x 2 lần /ngày (Tiêm TM)

- Nhóm Glycopeptid:

Vancomycin: Trẻ em 11mg/kg/lần x 4 lần /ngày (Tiêm TM); Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg x 4 lần/ ngày (Tiêm TM)

- Nhóm Metronidazole: Trẻ em 20 – 30 mg/kg chia 2 – 3 lần/ ngày; người lớn và trẻ trên 12 tuổi 0,5g x 2 – 3 lần/ ngày

- Và kháng sinh khác phụ thuộc kết quả kháng sinh đồ

* Kháng viêm: Có thể sử dụng dạng tiêm Methyprednisolone liều 0,5 – 1mg/kg/ ngày trong 3 – 5 ngày hoặc uống

* Giảm đau, hạ sốt:

+ Paracetamol: liều trẻ em 10 – 15mg/kg x 3 – 4 lần/ ngày

Hoặc Ibuprofen: trẻ em dùng siro liều 5 – 10mg/kg x 2 – 3 lần/ ngày

Nếu cơn sốt dày có thể dùng xen kẽ

* Kết hợp vệ sinh mũi họng

3.3.2. Điều trị tại chỗ

*** Màng nhĩ chưa thủng (giai đoạn xung huyết, ứ mủ …)**

a. Điều trị bằng thuốc tại chỗ

- Giảm đau, giảm viêm: Otipax, Polydexa …

b. Chích rạch màng nhĩ:

- Chúng ta phải chích rạch màng nhĩ trong những trường hợp sau đây:

+ Triệu chứng toàn thân xấu: nhiệt độ cao, mất ngủ, bộ mặt nhiễm trùng.

+ Ở trẻ nhỏ bị viêm tai, khi có triệu chứng sốt, nôn, tiêu chảy.

+ Triệu chứng chức năng quá rõ rệt: đau tai, nhức nửa bên đầu và nghe kém.

+ Triệu chứng thực thể nói lên có mủ trong hòm nhĩ: màng nhĩ căng phồng như mặt kính đồng hồ đeo tay.

+ Có những phản ứng đáng ngại như triệu chứng màng não, triệu chứng mê nhĩ, triệu chứng viêm xương chũm.

+ Viêm tai giữa cấp tính đã kéo dài trên bốn ngày và không tự vỡ.

*** Màng nhĩ đã thủng (giai đoạn vỡ mủ)**

- Sau khi màng nhĩ đã thủng tự nhiên hoặc thủng do chích rạch cần phải làm thuốc tai hàng ngày. Thầy thuốc hút rửa tai lam sạch mủ và nhỏ tai các loại thuốc có kháng sinh, kháng viêm

- Theo dõi tình hình của lỗ thủng và các triệu chứng toàn thân. Nếu thấy lỗ thủng đóng lại nhưng bệnh nhân sốt và đau tai thì phải chích rạch lại để dẫn lưu.

3.3.3. Điều trị dự phòng

- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời những bệnh lý viêm hô hấp trên (viêm mũi họng, viêm VA, viêm amidan …)

- Nên nạo VA ở những trẻ hay bị viêm tai giữa tái phát (có thể đặt OTK kèm theo)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tê (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng” 210 - 215

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh” 374 – 378.

VIÊM TAI Ứ DỊCH Ở TRẺ EM (ICD: H65.0)

1. Khái niệm

Là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kèm theo sự ứ đọng dịch tiết của tai giữa. Về mặt thời gian có thể xếp thành ba thể: thể cấp tính xẩy ra trong thời gian 3 tuần trở lại; thể bán cấp, bệnh kéo dài từ 3 tuần đến 3 tháng; thể mạn tính khi bệnh kéo dài trên 3 tháng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là giảm thính lực tùy theo lứa tuổi mà có biểu hiện khác nhau.

- Ở trẻ nhỏ: việc phát hiện viêm tai thanh dịch khi khám nằm trong bệnh cảnh bị nhiễm trùng đường hô hấp trên là phổ biến nhất. Ngoài ra, còn phát hiện được khi cha mẹ phàn nàn:

+ Trẻ nhỏ không quay đầu về phía có âm thanh.

+ Trẻ đáp ứng chậm hoặc giảm với việc học và phát triển ngôn ngữ.

- Trẻ lớn: nghe ở lớp không rõ hoặc có khó chịu trong tai. Vì vậy, cha mẹ hoặc thầy cô giáo nhận thấy trẻ có những biểu hiện không bình thường khi nghe hoặc viết chính tả nên cho đi khám sức nghe.

Khám nội soi: (phóng đại) điển hình là màng tai có màu hổ phách, có các vân mạch, thường co lõm nhưng đôi khi màng tai lồi phồng. Hình ảnh màng tai rất đa dạng, có thể thấy:

- Màng tai như bình thường hoặc mất bong.
- Hình ảnh mức nước hoặc có bóng khí nước phía sau màng tai.
- Màng tai co lõm nhẹ, mất bóng.
- Các hình ảnh khác có thể gặp:
- Màng tai co lõm với cán xương búa ngắn lại, mấu ngắn nhô ra.
- Màu trắng sữa ở phần dưới với một vài vân mạch.
- Hiếm hơn: màu xám xanh của màng tai.
- Màu trắng phấn với một vài nốt trắng.
- Thay đổi hoặc mất tam giác sáng.
- Khi khám thấy giảm hoặc mất di động màng tai với speculum SIEGLE.

Nội soi mũi họng: phát hiện các nguyên nhân: Viêm mũi xoang, viêm V.A, viêm mũi dị ứng...

3.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng: hình ảnh tai giữa có hòm nhĩ ứ dịch, viêm nhiễm vùng mũi họng …
- Đo nhĩ lượng: (tiêu chuẩn chính để chẩn đoán) nhĩ đồ có dạng C hoặc B (theo phân loại của Jerger).
- Đo thính lực: thường có nghe kém truyền

(Làm các xét nghiệm khác để chẩn đoán phân biệt hoặc khi có triệu chứng, bệnh kèm theo khác)

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Trước một màng tai nguyên vẹn và gần như bình thường cần phân biệt với:

- Các bệnh viêm tai màng nhĩ đóng kín khác.
- Dị dạng, không phát triển ở tai.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tắc vòi nhĩ: tắc vòi nhĩ dẫn đến mất không khí trong hòm tai do đó áp lực âm tính, vì vậy dịch thấm vô trùng.
- Viêm do vi khuẩn (40% có mặt vi khuẩn trong viêm tai ứ dịch).
- Viêm do virus.
- Viêm do dị ứng.

Các quá trình xẩy ra là:

Phù nề, tăng tiết dịch nhầy, tắc vòi.

Tăng sản và dị sản lớp biểu mô.

Phì đại các tuyến tiết, giãn mạch, tăng sinh tổ chức liên kết.

Đáp ứng miễn dịch có thể hoặc tức thời (typ I) hoặc muộn (typ IV). Đáp ứng miễn dịch tức thời sẽ là tăng kháng thể IgE đặc hiệu trong tai giữa, còn đáp ứng muộn trung gian sẽ là các tế bào đơn nhân. Đáp ứng miễn dịch sẽ được duy trì sau đó bởi sự có mặt của prostaglandin E và F, kinin, các yếu tố thụ cảm thể hóa học, các enzym, các sản phẩm hoạt hóa ở tai giữa.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị toàn diện, kết hợp: toàn thân, tại chỗ.
- Điều trị nội khoa ưu tiên trước, nếu thất bại mới điều trị ngoại khoa.

3.2. Điều trị toàn thân

- Kháng sinh: dùng một số loại kháng sinh sau

+ Nhóm beta lactam:

Các thuốc Amoxicillin + Acid Clavulanic liều trẻ em 50 – 80mg/Kg/ ngày; Trẻ trên 12T 1g, 2 – 4 lần/ngày

Hoặc các dòng Cephalosporine:

- Ceftriaxone (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Ceftazidime (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefotaxime: Trẻ em liều 50 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefuroxime (TMC): Trẻ em liều 30 – 100mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Nhóm Macrolid:

- Azithromycin (Uống): Trẻ em 10mg/kg/lần/ngày; Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg/lần/ngày
- Clarithromycin : Trẻ em 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống); người lớn và trẻ trên 12 tuổi 250 – 500mg x 2 lần ngày (uống) hoặc 500mg x 2 lần /ngày (Tiêm TM)

+ Nhóm Glycopeptid:

Vancomycin: Trẻ em 11mg/kg/lần x 4 lần /ngày (Tiêm TM); Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg x 4 lần/ ngày (Tiêm TM)

+ Nhóm Metronidazole: Trẻ em 20 – 30 mg/kg chia 2 – 3 lần/ ngày; người lớn và trẻ trên 12 tuổi 0,5g x 2 – 3 lần/ ngày

- Kháng viêm: corticoid 1 -2mg/kg/ngày trong 2-5 ngày.
- Chống phù nề, tiêu dịch nhầy: Acetylcystein, Ambroxol…
- Điều trị cơ địa: giảm mẫn cảm đặc hiệu, kháng histamin.

3.3. Điều trị tại chỗ

- Làm thông thoáng đường thở trên: vệ sinh mũi hàng ngày bằng các loại nước muối NaCl 0.09%, thuốc co mạch (Otrivil, Coldi B).
- Điều trị phẫu thuật.

+ Chích rạch màng nhĩ: cách thức thực hiện như sau (chích qua nội soi)

- Sát khuẩn làm sạch ống tai, màng nhĩ
- Dùng dao chích nhĩ, rạch một đường ¼ góc sau dưới màng nhĩ
- Dùng ống hút, hút sạch dịch trong tai giữa
- Làm sạch tai, đặt bông tẩm PVP-iodine lưu 24h

+ Đặt thông khí qua màng nhĩ: các thức thực hiện như sau

- Sát khuẩn làm sạch ống tai, màng nhĩ
- Dùng dao chích nhĩ, rạch màng nhĩ một đường ¼ góc trước dưới
- Dùng ống hút, hút sạch dịch trong tai giữa
- Dùng pince vi phẫu đưa OTK vào lỗ vừa chích
- Hút, làm sạch lại ống tai – thông thoáng lỗ OTK

+ Nạo VA (tham khảo bài viêm VA mạn)

3.4. Điều trị dự phòng

Nếu trẻ bị VA hay amiđan phì đại gây tắc nghẽn đường hô hấp gây viêm nhiễm tái phát nhiều lần nên nạo VA và cắt amiđan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. . Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng” 24 - 28

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh” 374 – 378.

VIÊM THANH QUẢN CẤP (ICD: J04.0)

1. Khái niệm

- Viêm thanh quản (VTQ) cấp là tình trạng viêm cấp tính biểu hiện chủ yếu ở lớp niêm mạc của thanh quản kéo dài dưới 3 tuần. VTQ cấp có rất nhiều nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng cũng rất khác nhau, tùy theo nguyên nhân, và lứa tuổi bệnh được phân loại: VTQ cấp ở trẻ em, VTQ cấp ở người lớn nhưng thường hay gặp ở trẻ em nhiều hơn.

- VTQ cấp ở trẻ em gồm các thể:

+ VTQ cấp xuất tiết thông thường

+ VTQ rít

+ VTQ phù nề hạ thanh môn

+ VTQ bạch hầu

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Viêm thanh quản xuất tiết thông thường: thường do virus, hay gặp mùa lạnh điều kiện thuận lợi là nhiễm lạnh

- Triệu chứng toàn thân: thường nghèo nàn, người bệnh có thể sốt hoặc chỉ gai sốt hoặc ớn lạnh, mệt mỏi, đau mình mẩy.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Khởi phát: viêm nhiễm vùng mũi họng: đau rát họng, chảy mũi…

+ Thay đổi giọng nói: khàn tiếng, có thể mất hẳn giọng.

+ Ho khan hoặc xuất tiết nhầy trắng.

- Triệu chứng thực thể:

+ Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amiđan có thể sưng.

+ Khám thanh quản bằng gương soi gián tiếp hoặc nội soi thanh quản thấy:

• Niêm mạc thanh quản xung huyết: dây thanh, băng thanh thất, tiền đình thanh quản.

• Phù nề thanh thiệt, sụn phễu, băng thanh thất.

• Bán liệt các cơ thanh quản: khi phát âm dây thanh hở hình thoi.

2.1.2. Viêm thanh quản rít hay còn gọi là bệnh bạch hầu giả hiệu: bệnh chỉ thấy ở trẻ em và con khó thở chỉ xảy ra vào ban đêm. Nguyên nhân do cơ địa co thắt phối hợp với viêm nhiễm đường hô hấp trên như viêm VA, viêm mũi.

- Lâm sàng:

+ Thường gặp trẻ 2 – 6 tuổi.

+ Đang có viêm nhiễm đường hô hấp trên: ho, chảy mũi, ngạt mũi.

+ Cơn khó thở thanh quản điển hình xuất hiện đột ngột thường hay tái diễn vào buổi tối: khó thở chậm, thì thở vào, có tiếng rít và co rút cơ hô hấp.

+ Bệnh nhân dãy dụa, tím tái, ho ông ổng khóc khàn tiếng.

+ Cơn khó thở chỉ kéo dài 3 – 5 phút. Ngoài cơn trẻ gần như bình thường.

- Thực thể:

+ Niêm mạc thanh quản đỏ nhẹ.

+ Hạ thanh môn phù nề.

+ Nội soi có thể thấy viêm VA.

2.1.3. Viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn:

- Toàn thân:

+ Biểu hiện hội chứng nhiễm trùng nặng: sốt cao, mạch nhanh, môi khô, bộ mặt nhiễm trùng.

- Cơ năng:

+ Khó thở thanh quản điển hình: khó thở chậm, thì hít vào, có tiếng rít thanh quản, ho ông ổng và co lõm cơ hô hấp.

+ Khó thở tăng nhanh, có thể co thắt làm bệnh nhi ngạt thở, tím tái.

+ Tiếng nói ít thay đổi, khóc không khàn.

- Thực thể:

+ Nội soi thanh quản: dây thanh xung huyết, hạ thanh môn có hai khối phù nề hình thoi che lấp làm hẹp thanh môn.

2.1.4. Viêm thanh quản bạch hầu: do vi khuẩn Bạch hầu(Loeffler), thường thứ phát sau bạch hầu họng.

- Lâm sàng:

+ Bệnh nhân đang bị bạch hầu họng thì xuất hiện dấu hiệu viêm thanh quản.

+ Giai đoạn đầu: khàn tiếng, ho khan, khó thở thanh quản độ I.

+ Giai đoạn 2: khó thở tăng, khó thở thanh quản điển hình và thường kèm theo các cơn co thắt thanh quản làm bệnh nhi ngạt thở, mất tiếng, ho ông ổng.

+ Giai đoạn 3:

• Toàn thân: nhiễm trùng nhiễm độc: da xanh tái, mạch nhanh nhỏ…

• Khó thở thanh quản cấp 3, kèm theo nhiễm độc và tê liệt thần kinh: mệt lả, thở nhanh nông và yếu, không còn tiếng rít và có cơn ngừng thở.

- Thực thể: khám nội soi họng – thanh quản thấy giả mạc đặc trưng của bệnh bạch hầu: giả mạc màu trắng, dai, khó bóc, khi bóc dễ chảy máu…

Nếu không được điều trị bệnh bạch hầu thanh quản sẽ đưa đến tử vong do ngạt thở và độc tố.

2.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng: niêm mạc thanh quản xung huyết, phù nề, tình trạng viêm nhiễm hô hấp trên: viêm mũi, viêm VA, viêm tai giữa…

- Xét nghiệm công thức máu có thể bạch cầu tăng.

- Nuôi cấy dịch tỵ hầu: xác định nguyên nhân, loại trừ viêm thanh quản bạch hầu.

- Chụp X Quang tim phổi: hình ảnh tháp chuông nhà thờ trong viêm phù nề hạ thanh môn; loại trừ các bệnh của đường hô hấp dưới khác.

- Nội soi khí phế quản: để chẩn đoán phân biệt dị vật thanh quản, khó thở thanh quản tái phát, điều trị nội khoa thất bại…

(Làm các xét nghiệm khác khi có các triệu chứng, bệnh kèm theo khác)

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật thanh quản: tiền sử hội chứng xâm nhập. Soi thanh khí phế quản để chẩn đoán xác định và lấy dị vật.

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

2.4.1. Tác nhân gây bệnh

- Virus thường gặp là: Influenzae (cúm), APC...
- Vi khuẩn: S.pneumoniae (phế cầu), Hemophilus influenzae
- Trực khuẩn bạch hầu ngày nay ít gặp.

2.4.2. Điều kiện thuận lợi

- Sau một viêm đường hô hấp trên: bệnh mũi xoang, bệnh phổi, bệnh họng amiđan, VA ở trẻ em, nhiễm lạnh…
- Sử dụng giọng gắng sức: nói nhiều, hét, hát to…
- Sặc các chất kích thích: bia, rượu…
- Trào ngược họng, thanh quản.
- Dị ứng.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị: gồm điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân

3.1.1. Viêm thanh quản không có khó thở

- Quan trọng nhất là kiêng nói, tránh lạnh.
- Nội khoa: thuốc kháng sinh, giảm viêm, kháng histamin H1, tiêu đờm, giảm ho…
- Điều trị tại chỗ bằng các thuốc giảm viêm nhóm corticoid, men tiêu viêm, tinh dầu…
- Nâng cao sức đề kháng, bổ sung dinh dưỡng, điện giải.

3.1.2. Viêm thanh quản có khó thở

- Khó thở thanh quản độ I: điều trị nội khoa.
- Khó thở thanh quản độ II: mở khí quản cấp cứu.
- Khó thở thanh quản độ III: mở khí quản cấp cứu kết hợp hồi sức tích cực.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Kháng sinh

Có thể dùng một số nhóm kháng sinh sau:

- Nhóm beta lactam:

Các thuốc Amoxicillin + Acid Clavulanic liều trẻ em 50 – 80mg/Kg/ ngày; Trẻ trên 12T 1g, 2 – 4 lần/ngày

Hoặc các dòng Cephalosporine:

+ Ceftriaxone (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Ceftazidime (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Cefotaxime: Trẻ em liều 50 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Cefuroxime (TMC): Trẻ em liều 30 – 100mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

- Nhóm Macrolid:

+ Azithromycin (Uống): Trẻ em 10mg/kg/lần/ngày; Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg/lần/ngày

+ Clarithromycin : Trẻ em 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống); người lớn và trẻ trên 12 tuổi 250 – 500mg x 2 lần ngày (uống) hoặc 500mg x 2 lần /ngày (Tiêm TM)

- Nhóm Glycopeptid:

Vancomycin: Trẻ em 11mg/kg/lần x 4 lần /ngày (Tiêm TM); Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg x 4 lần/ ngày (Tiêm TM)

- Nhóm Metronidazole: Trẻ em 20 – 30 mg/kg chia 2 – 3 lần/ ngày; người lớn và trẻ trên 12 tuổi 0,5g x 2 – 3 lần/ ngày

3.2.2. Kháng viêm

- Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone…

- Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym…

3.2.3. Điều trị tại chỗ

- Khí dung, bơm thuốc thanh quản bằng các hỗn dịch kháng viêm corticoid (hydrococtison, dexamethason…), kháng viêm dạng men (alpha chymotrypsin…), kháng sinh (gentamycin…), các thuốc giảm phù nề (adrenalin)

- Xúc họng bằng các dung dịch sát khuẩn, giảm viêm tại chỗ: BBM…

3.2.4. Hạ sốt, giảm đau

Paracetamol, aspirin...

3.2.5. Nâng đỡ cơ thể

Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. . Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng” 162 - 165

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị nội trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh” 15 - 19.

VIÊM VA CẤP

1. Định nghĩa

Viêm V.A cấp là viêm xung huyết, xuất tiết hoặc có mủ ở V.A (hay còn gọi là amidan Luschka- một tổ chức lympho nằm ở vòm họng, thuộc vòng bạch huyết Waldeyer), bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, cũng có thể gặp ở trẻ lớn và người lớn (nhưng rất ít).

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng.

- Toàn thân**:** thường có sốt cao (kèm theo môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi trong trường hợp viêm do vi khuẩn). Trẻ có thể mệt mỏi, kém chơi, bỏ ăn, quấy khóc, có thể có nôn trớ, ỉa chảy.

- Cơ năng:

+ Ngạt mũi: là triệu chứng có sớm, ngày càng tăng, cả 2 bên làm trẻ phải há mồm để thở, thở có tiếng khụt khịt, dễ bị sặc khi ăn uống, bú.

+ Chảy mũi nhầy: màu trắng, đục, chảy nhiều cả mũi trước và mũi sau dễ gây cơn ho sặc.

- Thực thể:

+ Niêm mạc mũi sưng đỏ, tăng tiết dịch nhầy, khe sàn đọng dịch. VA sưng đỏ, có thể có mủ.

+ Khám họng thấy niêm mạc đỏ, một lớp nhầy trắng, vàng phủ trên niêm mạc thành sau họng từ trên vòm chảy xuống.

+ Khám tai: màng nhĩ mất bóng, trở nên xám đục, hơi lõm vào do tắc vòi nhĩ.

+ Có thể sờ thấy hạch nhỏ ở góc hàm, rãnh cảnh, có khi cả ở sau cơ ức -đòn – chũm.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng: hình ảnh VA nề đỏ, có mủ ...

- Công thức máu có thể có số lượng bạch cầu tăng cao.

- Cấy dịch mũi tìm tác nhân gây bệnh.

(Làm các xét nghiệm khác khi có triệu chứng, bệnh kèm theo khác)

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Cảm cúm: bệnh thường theo mùa dịch, khởi đầu thường sốt kèm hắt hơi sổ mũi, soi vòm để chẩn đoán phân biệt với viêm V.A cấp

- Viêm mũi họng cấp: bệnh khá giống với viêm V.A, soi vòm quan sát V.A để chẩn đoán phân biệt.

- Viêm mũi xoang cấp: nội soi mũi thấy có dịch hoặc mủ chảy ra từ các lỗ thông xoang, soi V.A bình thường.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do lạnh, ẩm đột ngột hay kéo dài, cơ thể suy yếu làm các vi khuẩn, virus có tại chỗ trở nên gây bệnh.

- Do nhiễm khuẩn, virus đặc biệt là các nhiễm khuẩn lây đường hô hấp.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Đối với viêm V.A cấp tính, chủ yếu điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, chỉ dùng kháng sinh khi có bằng chứng viêm do vi khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.

3.2. Điều trị cụ thể.

- Giữ ấm, nghỉ ngơi

- Uống hạ sốt nếu có sốt cao ≥ 38,5 độ C

- Điều trị tại chỗ bằng hút mũi, nhỏ mũi để bệnh nhân dễ thở và thuốc sát trùng nhẹ (otrivin 0,05%, argyron 1%), xịt rửa mũi bằng nước muối biển sâu (xi sat, sterimar, xypenat...)

- Khí dung mũi: corticoid và kháng sinh.

- Kháng sinh: Kháng sinh phổ rộng thuộc nhóm Beta lactam, Cephalosporin, Macrolid … (tốt nhất vẫn theo kháng sinh đồ), cụ thể:

+ Nhóm beta lactam:

Các thuốc Amoxicillin + Acid Clavulanic liều trẻ em 50 – 80mg/Kg/ ngày; Trẻ trên 12T 1g, 2 – 4 lần/ngày

Hoặc các dòng Cephalosporine:

- Ceftriaxone (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Ceftazidime (TMC): Trẻ em liều 25 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefotaxime: Trẻ em liều 50 – 150mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày
- Cefuroxime (TMC): Trẻ em liều 30 – 100mg/kg/ngày; Người lớn và trẻ trên 12T 1g – 2g x 2 – 3 lần/ ngày

+ Nhóm Macrolid:

- Azithromycin (Uống): Trẻ em 10mg/kg/lần/ngày; Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg/lần/ngày
- Clarithromycin : Trẻ em 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống); người lớn và trẻ trên 12 tuổi 250 – 500mg x 2 lần ngày (uống) hoặc 500mg x 2 lần /ngày (Tiêm TM)

+ Nhóm Glycopeptid:

Vancomycin: Trẻ em 11mg/kg/lần x 4 lần /ngày (Tiêm TM); Người lớn và trẻ trên 12 tuổi 500mg x 4 lần/ ngày (Tiêm TM)

- Các thuốc điều trị hỗ trợ:

- Chống viêm dạng men (anphachymotripsin)

- Kháng histamin (Chlopheniramin, loratidine...)
- Tiêu nhầy (acetylcystein, ambroxol...)

3.3. Điều trị dự phòng

Khi có viêm nhiễm mũi họng, cần điều trị đúng và kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng" 137 - 140

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), "Phác đồ điều trị ngoại trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh" 23 – 27.

VIÊM VA MẠN (ICD: J35.8)

1. Định nghĩa

Viêm V.A mạn là tình trạng V.A (hay còn gọi là amidan Luschka - một tổ chức lympho nằm ở vòm họng, thuộc vòng bạch huyết Waldeyer) quá phát hoặc xơ hóa sau viêm nhiễm cấp tính nhiều lần.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Toàn thân: trẻ thường hay sốt vặt, phát triển chậm so với lứa tuổi, kém nhanh nhẹn, ăn uống kém, người gầy, da xanh. Trẻ đãng trí, kém tập trung tư tưởng thường do tai hơi nghẽnh ngãng và não thiếu oxy do thiếu thở mạn tính, thường học kém.

- Cơ năng:

+ Ngạt tắc mũi: lúc đầu ngạt ít sau ngạt nhiều tăng dần. Trẻ thường xuyên há miệng để thở, nói giọng mũi kín.

+ Mũi thường bị viêm, tiết nhầy và chảy mũi thò lò ra cửa mũi trước.

+ Ho khan.

+ Ngủ không yên giấc, ngáy to, giật mình.

+ Có thể nghe kém, ù tai, đau tai

- Thực thể:

+ Soi mũi trước: thấy hốc mũi đầy mủ nhầy, niêm mạc mũi phù nề. Hút hết dịch mủ nhầy, làm co niêm mạc mũi có thể nhìn thấy khối sùi bóng, đỏ mấp mé ở cửa mũi sau.

+ Khám họng: thành sau họng có nhiều tổ chức lympho và mũi nhầy chảy từ vòm xuống họng.

+ Khám tai: có thể thấy hình ảnh viêm tai giữa, màng nhĩ dày, đục, xẹp nhĩ ở các mức độ.

+ Em bé có bộ mặt V.A (sùi vòm): da xanh, miệng há, răng vẩu, răng mọc lệch…

2.1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi tai mũi họng: hình ảnh VA quá phát, viêm mạn …

- Đo thính lực và nhĩ lượng giúp phát hiện rối loạn chức năng của tai do VA.

(Làm các xét nghiệm khác khi có triệu chứng, bệnh kèm theo khác)

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Ngạt mũi do viêm xoang, bệnh lý vách ngăn: Khám thực thể để loại trừ.

- Khối u, polyp cửa mũi sau: khám thực thể, sinh thiết để loại trừ.

- Áp xe thành sau họng: khối phồng thường nằm ở thấp dưới vòm họng.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Do cơ địa: thường gặp ở trẻ có tạng tân, có từ sơ sinh

- Do viêm: VA bị nhiều đợt viêm cấp, thường xuyên bị kích thích cũng đưa tới quá phát, thường gặp ở trẻ trên 1 tuổi.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Chủ yếu là cân nhắc chỉ định phẫu thuật nạo V.A.

3.2. Điều trị cụ thể.

* Chỉ định phẫu thuật:

- V.A bị nhiều đợt viêm cấp tính, tái đi tái lại (5 - 6 lần /1 năm).

- V.A gây các biến chứng gần: Viêm tai giữa, viêm đường hô hấp, viêm hạch.

- V.A gây biến chứng xa: Viêm khớp cấp tính, viêm cầu thận cấp tính…

- V.A quá phát, ảnh hưởng đến đường thở.

- Thường tiến hành nạo V.A cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên, thời gian hợp lý nhất là từ 18-36 tháng tuổi.

* Chống chỉ định phẫu thuật:

- Chống chỉ định tuyệt đối: Bệnh ưa chảy máu, rối loạn đông máu.

- Chống chỉ định tương đối:

+ Khi đang có viêm V.A cấp tính.

+ Khi đang có nhiễm virus cấp tính như: Cúm, sởi, ho gà, sốt xuất huyết...

+ Bệnh nhân cơ địa dị ứng, hen phế quản, hở hàm ếch.

+ Bệnh mạn tính: lao, giang mai, AIDS…

* Phương pháp nạo V.A: Phẫu thuật bằng dao Plasma, Hummer, Laser, thìa Moure hoặc La Force (gây mê, kết hợp nội soi mũi…).

* Cách thức phẫu thuật (bằng dao Plasma)

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm đủ điều kiện trước phẫu thuât

- Gây mê nội khí quản

- Đặt thuốc co cuốn mũi 2 bên (otrivine)

- Đặt dây vén màn hầu (dùng sonde nelaton)

- Nội soi qua mũi quan sát kỹ V.A

- Dùng dao plasma nạo sạch tổ chức V.A

- Đốt cầm máu kỹ các điểm chảy máu

* Các thuốc sau phẫu thuật

- Kháng sinh

- Giảm sưng nề, giảm đau

3.3. Điều trị dự phòng

Khi có viêm nhiễm mũi họng, cần điều trị đúng và kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng” 137 - 140

2. Trần Phan Chung Thủy (2018), “Phác đồ điều trị ngoại trú bệnh viện tai mũi họng TP Hồ Chí Minh” 23 – 27.

CHƯƠNG XIV : NGOẠI TỔNG HỢP

HẸP BAO QUY ĐẦU

1. Khái niệm và chẩn đoán

Bao quy đầu là phần da và niêm mạc che phủ quy đầu. Bao quy đầu gồm có 2 phần: phần da ở ngoài và phần niêm mạc ở trong.

Hẹp bao quy đầu là hẹp lỗ quy đầu không cho phép lộn được bao quy đầu khỏi quy đầu.

Thắt nghẹt bao quy đầu (paraphimosis) là hiện tượng bao quy đầu đã lộn lên được khỏi quy đầu nhưng lỗ quy đầu bị thắt nghẹt ở vành quy đầu tạo ga rô dương vật.

Hẹp bao quy đầu sinh lý: da quy đầu không tuột được hoàn toàn xuống khấc quy đầu ở trẻ dưới 3 tuổi, không kèm tiểu khó.

2. Điều trị

2.1. Nguyên tắc điều trị

Làm rộng bao qui đầu.

2.2. Điều trị cụ thể

2.2.1. Điều trị nội khoa:

Chỉ định cho những trường hợp trẻ nhỏ (thường dưới 8 tuổi), da bao qui đầu còn mềm mại.

Sử dụng corticoid bôi tại chỗ kết hợp kéo căng da qui đầu nhưng không làm nứt rách da. Làm mỗi ngày 3 lần trong thời gian 6 tuần.

2.2.2. Điều trị ngoại khoa: (cắt da bao qui đầu)

Chỉ định:

Những trường hợp điều trị nội khoa thất bại.

Viêm xơ chai quy đầu – da quy đầu.

Trẻ có nguy cơ nhiễm trùng tiểu cao: bàng quang thần kinh, trào ngược bàng quang - niệu quản.

Lý do tôn giáo (theo yêu cầu gia đình).

Chống chỉ định:

Lỗ tiểu thấp.

Dương vật nhỏ (microgenis).

Dính da dương vật- bìu.

Cong dương vật.

Vùi dương vật.

Kỹ thuật: Lựa chọn sau khi thảo luận với gia đình.

Kỹ thuật cắt da quy đầu.

Kỹ thuật tạo hình rộng bao quy đầu.

Biến chứng:

Chảy máu vết mổ: vị trí hay chảy máu là hai bên hãm dương vật và bó mạch máu da lưng dương vật.

Thắt nghẹt da quy đầu sau mổ: do cắt quá ít da và niêm mạc bao quy đầu.

Hẹp da quy đầu tái phát: do cắt quá ít bao quy đầu, do bệnh nhân bị vùi dương vật do béo phì.

Nhiễm trùng vết mổ.

Thiếu da: do cắt quá nhiều da.

Rò niệu đạo: do tổn thương niệu đạo trong khi mổ.

Hẹp miệng niệu đạo.

Cắt phạm quy đầu và một phần dương vật: do quy đầu dính với bao quy đầu khi cắt.

Sẹo xấu: hay gặp nhất là để lại 2 cánh da ở phần bụng dương vật sát hãm quy đầu, sẹo lồi.

Vùi dương vật thứ phát.

Dính da vào quy đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm (2016), " Hẹp bao quy đầu", Phẫu thuật tiết niệu trẻ em. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

LỖ TIỂU THẤP (HYPOSPADIAS)

1. Đại cương

Định nghĩa: Tật lỗ tiểu thấp là hiện tượng lỗ tiểu không đóng ở vị trí đỉnh quy đầu như bình thường, mà đóng lệch thấp về phía mặt bụng của dương vật.

Có 3 tổn thương giải phẫu:

Vị trí lỗ tiểu thay đổi từ quy đầu đến tầng sinh môn

Thiếu da quy đầu ở mặt bụng dương vật.

Dương vật cong ở các mức độ khác nhau.

Tần suất: 1/300 trẻ nam

Nguyên nhân: Do quá trình phát triển bất thường của niệu đạo trước, vật xốp, vật hang và bao quy đầu trong thời kỳ mang thai.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng:

Tật lỗ tiểu thấp thường được chẩn đoán ngay sau sinh. Một số ít trường hợp chỉ phát hiện lỗ tiểu thấp sau khi da quy đầu bình thường đã được tuột ra.

Lần thăm khám đầu tiên cần đánh giá toàn trạng, tiền sử sản khoa nhằm phát hiện các dị tật phối hợp.

Khám tật lỗ tiểu thấp cần đánh giá:

Vị trí lỗ tiểu.

Mức độ cong dương vật.

Hình dạng của bìu, da quy đầu.

Xác định vị trí của tinh hoàn 2 bên.

Tầm soát các dị tật phối hợp:

Tinh hoàn ẩn (7 – 10%): tỉ lệ càng cao ở tật lỗ tiểu thấp thể sau. Phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn trước khi phẫu thuật tật lỗ tiểu thấp

Chuyển vị dương vật bìu. Cần phẫu thuật tật lỗ tiểu thấp trước khi sửa tật chuyển vị.

Nang tiền liệt tuyến (20%, di tích ống Muller). Tỉ lệ cao hơn ở tật lỗ tiểu thấp thể sau.

Thoát vị bẹn 9%.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Cong dương vật.

Dính da bìu dương vật.

Lún dương vật.

Lỗ tiểu cao (EPISPADIAS).

2.3. Chẩn đoán thể bệnh:

Phân loại dựa vào vị trí lỗ sáo trước khi mổ:

Loại 1: Thể quy đầu.

Loại 2: Thể dương vật.

Loại 3: Thể gốc dương vật.

Loại 4: Thể bìu.

Loại 5: Thể tầng sinh môn.

Phân loại của Duckett dựa vào vị trí lỗ sáo sau khi dựng thẳng dương vật:

Thể trước: lỗ tiểu nằm ở vị trí từ dưới khấc quy đầu ra trước.

Thể giữa: lỗ tiểu nằm ở thân dương vật.

Thể sau: lỗ tiểu từ vị trí từ giữa chỗ nối dương vật – bìu đến tầng sinh môn.

2.4. Cận lâm sàng:

Cần làm các xét nghiệm, cận lâm sàng để phát hiện dị tật kèm theo và để phẫu thuật chữa.

3. Điều trị:

3.1. Nguyên tắc phẫu thuật:

Làm thẳng dương vật.

Tạo hình niệu đạo mới và đưa miệng niệu đạo về đỉnh quy đầu.

Da che phủ dương vật đủ và thẩm mỹ.

Tạo sự cân đối giữa dương vật và bìu.

3.2. Thời điểm phẫu thuật:

Lý tưởng là 1 – 3 tuổi (phẫu thuật càng sớm càng tránh cho bệnh nhân chấn thương tâm lý về sau).

Chọn lựa thời điểm phẫu thuật tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó kích thước dương vật rất quan trọng (đối với trường hợp lỗ tiểu thấp ở trẻ có dương vật nhỏ sẽ mổ muộn hơn). Phẫu thuật tuổi càng lớn biến chứng càng nhiều.

3.3. Phẫu thuật:

Yêu cầu:

Cố gắng giữ sàn niệu đạo nếu có thể.

Cố gắng phẫu thuật 1 thì nếu có thể.

Vẽ đường mổ trước khi rạch da.

Chỉnh cong dương vật.

Tạo hình niệu đạo.

Tạo hình vạt da dương vật.

Kỹ thuật:

Theo thống kê, có hàng trăm phương pháp mổ, điều đó nói lên tính phức tạp của bệnh và cũng không có phương pháp nào là toàn diện và tối ưu.

Việc lựa chọn phương pháp mổ tùy theo thể bệnh và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Phẫu thuật 1 thì: Áp dụng cho tất cả tật lỗ tiểu thấp thể trước và thể sau.

Phẫu thuật 2 thì: thường được áp dụng đối với tật lỗ tiểu thấp thể sau kèm cong dương vật rất nặng.

Sau mổ:

Băng ép 4-5 ngày.

Lưu thông tiểu 7 – 14 ngày.

Kháng sinh đến khi rút sonde tiểu.

Giảm đau thông thường.

Chống co thắt trong thời gian còn lưu thông tiểu.

Tránh táo bón: Sorbitol, Duphalac…

Theo dõi.

3.4. Biến chứng:

Chảy máu

Rò niệu đạo

Hở vết mổ

Hẹp miệng sáo

Hẹp niệu đạo

Túi thừa niệu đạo

Tái khám: Sau 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng. Sau đó theo dõi đến tuổi trưởng thành

Đánh giá:

Trẻ có tiểu khó: hẹp niệu đạo.

Rò nước tiểu.

Lành sẹo xấu da dương vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị ngoại nhi 2013, Bệnh viện Nhi đồng 2 TpHCM. Nhà xuất bản y học.

2. Bệnh học tiết niệu 2007, Hội tiết niệu- thận học Việt Nam. NXB Y học.

3. Nguyễn Thanh Liêm 2002, Phẫu thuật tiết niệu. NXB Y học.

LỒNG RUỘT (K56.1)

1. Khái niệm

Là trạng thái bệnh lý được tạo ra do một đoạn ruột chui vào đoạn ruột kế cận gây nên hội chứng tắc ruột theo cơ chế bít nút và thắt nghẹt.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Khóc cơn , nôn, bỏ bú (trẻ nhỏ).
- Đại tiện có máu (muộn); thăm trực tràng có máu.
- Sờ thấy khối lồng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: có thể chẩn đoán được lên đến 100% với người làm siêu âm có kinh nghiệm. Hình ảnh bia với trung tâm tăng âm, ngoại vi giảm âm trên diện cắt ngang, hình ảnh Sandwich trên diện cắt dọc.
- Xquang bụng: hình ảnh tắc ruột.
- Chụp CT ổ bụng với những ca khó, tái phát nhiều lần.
- Nội soi đại tràng ở những trường hợp lồng nhiều lần nghi ngờ có nguyên nhân.
- Các xét nghiệm, cận lâm sàng khác để đánh giá tình trạng bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Ly: trẻ quấy khóc không thành cơn dữ dội và ít nôn.
- Tắc ruột do giun: búi giun thường nằm quanh rốn, sờ nắn thấy các rãnh của giun.

2.3. Nguyên nhân:

Hầu hết không tìm thấy nguyên nhân.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều chỉnh các rối loạn (mất nước, điện giải, nhiễm khuẩn) nếu có và tháo lồng.

3.2. Chuẩn bị:

- Bồi phụ nước điện giải.
- Đặt sonde dạ dày.
- Kháng sinh khi tình trạng nhiễm khuẩn và có khả năng phẫu thuật.
- Đăng ký máu nếu cần.

3.3. Bơm hơi tháo lồng:

Là phương pháp đầu tiên, dễ thực hiện, áp dụng cho đa số các trường hợp.

Một số trường hợp chống chỉ định:

- Bệnh nhân đến muộn, bụng chướng nhiều, có biểu hiện nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

- Tình trạng sốc.

- Tắc ruột hoàn toàn.

- Thủng ruột.

Hiệu quả của bơm hơi tháo lồng rất cao, khoảng trên 90%. Mặt khác khi thất bại thì cũng dễ phát hiện bằng lâm sàng và siêu âm, Xquang ổ bụng.

Các bước tiến hành:

- Thụt tháo sạch phân.

- An thần nếu cần.

- Bơm hơi tháo lồng.

Tiêu chuẩn tháo lồng:

- Bụng chướng đều.

- Nắn không còn thấy khối lồng.

- Tháo hơi bụng xẹp chậm.

- Chụp Xquang bụng không chuẩn bị: hình ảnh hơi sang ruột non.

- Siêu âm: hết hình ảnh khối lồng.

Sau bơm hơi tháo lồng:

- Bỏ thông dạ dày và trực tràng khi bụng xẹp.

- Xquang ổ bụng ngay sau bơm.

- Bắt đầu cho bú lại, siêu âm kiểm tra khi bụng xẹp, thường sau 2-3 giờ.

Trường hợp bơm hơi tháo lồng thất bại:

Chuyển sang phẫu thuật cấp cứu.

Phẫu thuật: tháo lồng, cắt nối ruột, đưa hai đầu ruột ra ngoài và giải quyết các hậu quả khác nếu có. Sau mổ hồi sức và điều trị như sau mổ cấp cứu đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm (2000), "Lồng ruột", Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em, Nhà xuất bản Y học HN.

2. Trương Nguyễn Uy Linh (2018), "Lồng ruột ", Ngoại nhi lâm sàng. Nhà xuất bản Y học TP HCM.

DỊ TẬT HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

1. Khái niệm

Dị tật hậu môn trực tràng là dị tật bẩm sinh hiếm với triệu chứng điển hình là trẻ sinh ra không có lỗ hậu môn. Do đó, dị tật hậu môn trực tràng thường được chẩn đoán ngay sau khi sinh, khi bác sĩ kiểm tra sức khỏe của trẻ.

Nguyên nhân chính xác gây ra dị tật hậu môn này vẫn chưa được tìm ra.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Sau sinh có hoặc không có hội chứng tắc ruột.

Khám vùng tầng sinh môn có những trường hợp sau:

- Nam

+ Không hậu môn có đường rò dưới da: Hậu môn nắp có rò.

+ Không hậu môn có phân su trong nước tiểu:

Rò trực tràng bàng quang.

Rò trực tràng niệu đạo.

+ Không hậu môn và không có phân su trong nước tiểu:

Không hậu môn có thể rò hoặc không.

+ Có hậu môn, không ỉa phân su và không đặt được sonde hậu môn:

Teo trực tràng.

- Nữ

+ Không hậu môn có đường rò dưới da: Hậu môn nắp có rò.

+ Không hậu môn có đường rò ở hố tiền đình: không hậu môn có rò tiền đình.

+ Không hậu môn có phân su ra ở âm đạo: không hậu môn có rò âm đạo.

+ Không hậu môn và không có phân su rò ra ở âm đạo: không hậu môn có thể rò hoặc không.

+ Có hậu môn, không ỉa phân su và không đặt được sonde vào trực tràng: teo trực tràng.

+ Chỉ có một lỗ ở tầng sinh môn ra phân su và nước tiểu: tồn tại ổ nhớp.

2.1.2. Cận lâm sàng

Siêu âm: đánh giá vị trí túi cùng trực tràng và tìm đường rò. Đánh giá các dị kèm theo: tim mạch, hệ niệu dục, đường tiêu hóa, cột sống.

X-quang: Tư thế đầu dốc ngược hoặc tư thế đầu thấp mông cao 24 giờ sau sinh để đánh giá vị trí túi cùng trực tràng. Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng để tìm đường rò.

Chụp MRI: cột sống cùng cụt để phát hiện những bất thường của cột sống.

Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng khác để đánh giá, theo dõi và tiên lượng.

2.2. Chẩn đoán thể bệnh

Theo phân loại dựa trên film chụp X-quang:

Thể thấp: bóng trực tràng nằm dưới điểm I (Điểm thấp nhất của xương chậu).

Thể trung gian: bóng trực tràng nằm trong tam giác PCI.

Thể cao: bóng trực tràng nằm trên đường PC (đường nối mặt sau xương mu và điểm thấp nhất của xương cùng).

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Phẫu thuật tạo hình hậu môn 1 thì hoặc 3 thì.

3.2. Điều trị cụ thể

Trong 24 giờ đầu:

Nhịn ăn, đặt sonde dạ dày.

Dịch truyền nuôi dưỡng tĩnh mạch.

Kháng sinh.

Tầm soát các dị tật phối hợp.

Phẫu thuật:

Tạo hình hậu môn 1 thì.

Phẫu thuật 3 thì:

Thì 1: Làm hậu môn nhân tạo đại tràng ngang hoặc đại tràng xuống kiểu nòng súng.

Thì 2: Tạo hình hậu môn đường sau trực tràng sau 4-12 tuần, có thể kết hợp nội soi.

Thì 3: Đóng hậu môn nhân tạo sau 4-8 tuần khi hậu môn đã được nong đến kích thước đúng theo tuổi bệnh nhi.

Sau phẫu thuật:

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch cho đến khi tái lập nhu động ruột.
- Kháng sinh kết hợp.
- Chăm sóc tại chỗ.

Nong hậu môn: 15 ngày sau tạo hình hậu môn, kéo dài ít nhất 6 tháng.

Tần suất nong	Kích thước nong theo tuổi
Tháng thứ 1: mỗi ngày Tháng thứ 2: mỗi 3 ngày Tháng thứ 3: mỗi tuần 3 tháng tiếp theo: mỗi tháng	1-3 tháng: 12 4-8 tháng: 13 9-12 tháng: 14 1-3 tuổi: 15 4-12 tuổi: 16 Trên 12 tuổi: 17

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm (2016), " Dị tật hậu môn- trực tràng", Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

2. Trương Nguyễn Uy Linh (2018), " Dị dạng hậu môn- trực tràng và còn ổ nhớp", Ngoại nhi lâm sàng. Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh.

3. Bischoff A, Levitt M.A, Peña A, (2013), Update on the management of anorectal malformations. Pediatr. Surg. Int. 29.

4. Bischoff A, Martinez-Leo B, Peña A, (2015), Laparoscopic approach in the management of anorectal malformations. Pediatr. Surg. Int. 31.

5. Wood R, Levitt M (2018), Anorectal Malformations. Clin. Colon Rectal Surg. 31.

BỆNH HIRSCHSPRUNG (ICD:K59.3)

1. Định nghĩa

Bệnh phình đại tràng bẩm sinh (Hirschsprung) là một dị tật đặc trưng bởi tắc ruột hoàn toàn hoặc không hoàn toàn do không có tế bào hạch thần kinh ở đoạn cuối ống tiêu hóa lan rộng lên phía trên ở các mức độ khác nhau.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định.

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Chậm ỉa phân su sau 24 giờ sau sinh, chướng bụng, tăng nhu động ruột, nôn, khi có tiêu chảy nên nghĩ đến viêm ruột.

Trẻ lớn: táo bón xen kẽ những đợt tiêu chảy, những đợt bán tắc ruột lặp đi lặp lại, chậm lên cân, bụng chướng, gõ vang, u phân ở bụng.

Thở nhanh, mạch nhanh, sốt trong nhiễm khuẩn huyết.

Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng, tăng trương lực hậu môn, dấu hiệu tháo cống.

2.1.2. Cận lâm sàng

X-quang bụng tư thế đứng không chuẩn bị: hình ảnh tắc ruột thấp, các quai ruột giãn, mức - nước mức hơi, không có hơi ở vùng chậu và bóng trực tràng.

Hình ảnh X-quang đại tràng cản quang thẳng, nghiêng gồm 3 đoạn: đoạn vô hạch hẹp, cứng, đờ, bờ nhẵn; đoạn chuyển tiếp hình phễu và đoạn giãn. Đo chỉ số RIS (AB/CD): có giá trị chẩn đoán khi <1.

Siêu âm: đánh giá các dị kèm theo: tim mạch, hệ niệu dục, đường tiêu hóa.

Sinh thiết trực tràng: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh Hischsprung.

Làm các xét nghiệm và thăm dò khác tùy theo tình trạng bệnh và theo từng bệnh nhân cụ thể.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Tắc ruột sơ sinh chức năng: nhiễm trùng huyết, suy giáp, tai biến sản khoa…

Teo ruột non.

Tắc ruột phân su.

Loạn sản thần kinh ruột.

2.3. Chẩn đoán thể bệnh

Thể vô hạch cực ngắn.

Thể vô hạch trực tràng.

Thể vô hạch trực tràng và đại tràng Sigma.

Thể vô hạch trực tràng, đại tràng Sigma và một phần đại tràng trái.

Thể vô hạch toàn bộ đại tràng.

Thể vô hạch toàn bộ ruột.

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân:

Nguyên nhân gây bệnh ngày nay đã được xách định là do các tế bào của mào thần kinh ngừng di chuyển xuống phía dưới đường tiêu hóa.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Giải quyết tình trạng tắc nghẽn.

Nâng cao thể trạng.

Điều trị viêm ruột.

3.2. Điều trị cụ thể

Điều trị tạm thời

Thụt tháo hàng ngày.

Hậu môn nhân tạo: khi thụt tháo thất bại, có biến chứng viêm ruột, thủng ruột.

Điều trị triệt để

Mục tiêu: Cắt bỏ hoàn đoạn đại tràng vô hạch và một phần đại tràng giãn hạ xuống nối với ống hậu môn.

Chuẩn bị trước mổ:

Làm sạch đại tràng.

Kháng sinh dự phòng.

Nâng cao thể trạng, tầm soát các bệnh lý kèm theo.

Phương pháp phẫu thuật:

Hạ đại tràng qua ngã hậu môn.

Trường hợp vô hạch đoạn dài: nội soi ổ bụng hỗ trợ.

Trường hợp vô hạch toàn bộ đại tràng: lựa chọn phẫu thuật Duhamel cải biên, hoặc kỹ thuật Soave.

Chăm sóc sau mổ:

Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch 24-48 giờ.

Kháng sinh, nâng cao thể trạng, điều chỉnh các rối loạn (nếu có).

3.3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sớm:

Rò miệng nối: do căng, thiếu máu, hở miệng nối, khâu hẹp khẩu kính đại tràng không thích hợp.

Nhiễm trùng vết mổ.

Rối loạn đại tiện.

Rối loạn tiểu tiện do bàng quang thần kinh.

Biến chứng muộn

Táo bón.

Viêm ruột.

Són phân.

Hẹp miệng nối.

Rò trực tràng – âm đạo, trực tràng – niệu đạo, rò tầng sinh môn.

Còn sót đoạn vô hạch.

Tái khám: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, mỗi năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2019), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nhi khoa. 117–118.

2. Nguyễn Thanh Liêm (2016), " Bệnh Hirschsprung hay dị dạng vô hạch bẩm sinh của đường tiêu hóa", Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

3. Trương Nguyễn Uy Linh (2018) " Phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh", Ngoại nhi lâm sang. Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh.

4. Zani A, Eaton S, Morini F, et al. (2016). European Paediatric Surgeons' Association Survey on the Management of Hirschsprung Disease. Eur. J. Pediatr. Surg. 27.

5. Tomuschat C, Zimmer J, Puri P, (2016). Laparoscopic-assisted pull-through operation for Hirschsprung's disease: a systematic review and meta-analysis. Pediatr. Surg. Int. 32.

THẬN Ứ NƯỚC DO HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN – NIỆU QUẢN

1. Đại cương

Thận ứ nước là do tắc nghẽn bẩm sinh dòng nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản, làm dãn nở hệ thống thu thập nước tiểu gây nguy cơ giảm chức năng thận, nhiễm trùng tiểu hay tạo sỏi về sau.

Tần suất chiếm khoảng 1/1.500, nam nhiều hơn nữ (65% ở nam), bên trái nhiều hơn bên phải (1,5/1), cả 2 bên khoảng 5%.

Nguyên nhân:

Nội tại: Thường gặp nhất và thường là bẩm sinh, có thể do hẹp khẩu kính khúc nối niệu quản – bể thận, nếp gấp niệu quản bẩm sinh hay đoạn mất nhu động.

Ngoại lai: Có thể do niệu quản bám vào bể thận ở vị trí cao làm cho khúc nối bị gập góc, viêm, khối u, bất thường mạch máu cực dưới.

Ngoài ra, đôi khi có hẹp niệu quản mắc phải do chấn thương, phẫu thuật hay do trào ngược bàng quang – niệu quản.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng:

Phát hiện trước sinh dựa vào siêu âm tiền sản (thai tuần thứ 15).

Sau sinh: phát hiện tình cờ trên siêu âm bụng tổng quát, biểu hiện khác nhau tùy theo tuổi.

Trẻ nhỏ: khối u bụng ở hố thận hay chiếm gần hết nửa ổ bụng, bề mặt u nhẵn, đều, không đau, kích thước không thay đổi, nhiễm trùng tiểu.

Trẻ lớn: đau bụng, có thể kèm theo nôn, buồn nôn, nhiễm trùng tiểu, tiểu máu.

Cận lâm sàng:

Siêu âm: Để chẩn đoán trước sinh và sau sinh, theo dõi diễn tiến. Đánh giá độ dày nhu mô thận, đo đường kính trước sau bể thận, đánh giá mức độ ứ nước.

XQ niệu đồ tĩnh mạch (UIV): Cho biết chủ yếu về giải phẫu, các dấu hiệu chính: bài xuất thuốc cản quang chậm, dãn bể thận, đài thận, cản quang qua khúc nối chậm (>20 phút), không thấy niệu quản cùng bên. Thận câm trên UIV không có nghĩa là thận mất hoàn toàn chức năng.

XQ niệu đạo – bàng quang ngược dòng (VCUG): phát hiện có kèm với trào ngược bàng quang – niệu quản.

Chụp CT – Scanner, MRI hệ tiết niệu.

Xạ hình chức năng thận với 99mTc – DTPA hoặc 99mTc – MAG3, 99mTc – DMSA : Đánh giá chức năng thận và tình trạng tắc nghẽn ở khúc nối. Tuy nhiên, không phải cơ sở nào cũng có điều kiện thực hiện.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Phình niệu quản.

Thận ứ nước do trào ngược bàng quang – niệu quản.

Thận niệu quản đôi;

Thận đa nang.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Theo dõi và phẫu thuật khi có chỉ định.

3.2. Theo dõi:

Chỉ khi chưa có chỉ định phẫu thuật.

Theo dõi kích thước thận – bể thận trên siêu âm mỗi 3 – 6 tháng.

Nếu thận tăng kích thước, đánh giá lại chức năng thận trên xạ hình thận hoặc CT, MRI.

Kháng sinh khi có nhiễm trùng tiểu.

Kháng sinh dự phòng: thận ứ nước 2 bên mức độ nặng, thận ứ nước phát hiện trước sinh có RPD > 15mm.

3.3. Chỉ định phẫu thuật:

Có triệu chứng: đau bụng, nhiễm trùng, sỏi thận, thận lớn sờ được.

Không có triệu chứng nhưng có giảm chức năng thận dưới 40% trên xạ hình thận.

Trong quá trình theo dõi: tăng kích thước thận trên siêu âm và chức năng thận dưới 40% hoặc giảm chức năng thận nhiều hơn 10% trên xạ hình so với trước đó.

Thận ứ nước khổng lồ (đường kính bể thận trước sau – RPD > 50mm trên siêu âm)

Thận ứ nước 2 bên mức độ vừa đến nặng

3.4. Phương pháp phẫu thuật:

Cắt bỏ đoạn hẹp và tạo hình lại khúc nối bể thận – niệu quản.

Dẫn lưu thận hoặc bể thận khi thận có chức năng quá kém (<10%). Sau khi dẫn lưu 1 – 2 tháng sẽ đánh giá lại chức năng thận, nếu chức năng thận cải thiện thì phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận – niệu quản.

Cắt thận khi: chức năng thận mất hoàn toàn không bài tiết nước tiểu. Thận ứ nước teo nhỏ mất chức năng hoặc nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần.

Kỹ thuật: Tạo hình khúc nối bể thận – niệu quản theo Anderson – Hynes.

Điều trị sau phẫu thuật:

Kháng sinh điều trị: Cephalosporin thế hệ 3, giảm đau sau mổ.

Bệnh nhân đặt sonde niệu quản: rút vào ngày thứ 5 – 7 sau phẫu thuật.

Biến chứng

Biến chứng sớm: chảy máu, nhiễm trùng, rò miệng nối, tắc nghẽn miệng nối, hẹp miệng nối, biến chứng liên quan ống sonde.

Biến chứng muộn: tắc nghẽn khúc nối tái phát.

Tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng đánh giá sự cải thiện mức độ ứ nước và triệu chứng.

Nếu sau mổ 3 – 6 tháng mức độ ứ nước không thay đổi hoặc diễn tiến nặng hơn, xạ hình thận được chỉ định để đánh giá lại kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị ngoại nhi 2013, Bệnh viện Nhi đồng 2 TpHCM. Nhà xuất bản y học.

2. Nguyễn Thanh Liêm 2002, Phẫu thuật tiết niệu. NXB Y học.

3. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.

THOÁT VỊ BẸN TRẺ EM

1. Khái niệm

- Thoát vị bẹn trẻ em là bệnh lý bẩm sinh do xuất hiện một ống thông nhỏ từ ổ bụng xuống dưới vùng bẹn khiến dịch ổ bụng hoặc ruột chui xuống, tạo thành khối phồng to ở bẹn.

- Thoát vị bẹn nghẹt: là tình trạng quai ruột hoặc mạc nối chui xuống và bị nghẹt lại.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Thoát vị bẹn biểu hiện bằng một khối ở bẹn, có khuynh hướng di chuyển về phía bìu khi trẻ khóc, rặn khi đi cầu. Khi bé ở trạng thái bình thường, khối thoát vị có thể tự lên hoặc có thể được đẩy ngược lên được.

2.1.1. Cận lâm sàng

Siêu âm vùng bẹn bìu: cho biết đường kính, nội dung túi thoát vị.

Các xét nghiệm và cận lâm sàng khác để phục vụ điều trị, theo dõi và tùy theo từng bệnh nhân cụ thể.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Nang thừng tinh: khối độc lập tinh hoàn, không đẩy lên được.

Tràn dịch màng tinh hoàn: tinh hoàn nằm trong khối này.

Giãn tĩnh mạch tinh.

Các viêm nhiễm vùng bẹn- bìu.

3. Điều trị

Thoát vị bẹn nên được giải quyết sớm, nghĩa là bất cứ tuổi nào trừ trẻ sinh non hoặc trẻ có bệnh lý khác nặng hơn đi kèm.

3.1. Nguyên tắc xử trí phẫu thuật:

Nam: Tách ống phúc tinh mạc ra khỏi ống dẫn tinh và mạch máu, sau đó thắt cắt ống phúc tinh mạc.

Nữ: từ 20% - 24% các trường hợp thoát vị bẹn ở nữ. Nội dung thoát vị thường có vòi trứng và buồng trứng dính vào thành túi. Do vậy, luôn luôn phải kiểm tra nội dung thoát vị trước khi thắt.

3.2. Phương pháp mổ:

- Đường mổ kinh điển ở nếp lằn bẹn.

- Phẫu thuật nội soi: Thường chỉ định cho các trường hợp thoát vị tái phát, thoát vị hai bên, trẻ béo nhiều.

3.3. Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu, nhiễm khuẩn.

- Tổn thương ống dẫn tinh, mạch máu tinh hoàn.

- Thoát vị tái phát.

4. Thoát vị bẹn nghẹt

Khối thoát vị không thể đẩy ngược vào ổ bụng, có nguy cơ chèn ép và làm tổn thương mạch máu của quai ruột bị thoát vị.

Đây là biến chứng thường gặp nhất của thoát vị bẹn, gặp nhiều ở hai tháng đầu và trong năm đầu.

4.1. Chẩn đoán xác định

- Trẻ nhập viện với tình trạng đau, quấy khóc, kích thích và có thể nôn.

- Khám tại chỗ thấy khối thoát vị căng và đau, không giảm bớt kích thước khi nắn và đẩy về phía ổ bụng.

- Nếu đến muộn thì đau trở nên dữ dội hơn, nôn và có thể ỉa máu; khối thoát vị sưng nề, da phía trên có màu đỏ; đau nhiều khi sờ nắn. Tinh hoàn có thể sưng do tĩnh mạch và bạch huyết bị chèn ép.

- X quang ổ bụng: hình ảnh tắc ruột, có thể thấy hơi của quai ruột ở bìu.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Xoắn tinh hoàn: tinh hoàn nằm cao hơn, đau nhiều khi sờ vào.

Tràn dịch màng tinh hoàn và nang thừng tinh nang thừng tinh

Viêm hạch bẹn - đùi

Xoắn phần phụ tinh hoàn

4.3. Điều trị

Nguyên tắc:

Thoát vị bẹn không lên nếu không có dấu hiệu tắc nghẹt, nên cố gắng điều trị bảo tồn bằng đẩy khối thoát vị lên ổ bụng.

Nếu không kết quả, phải tiến hành phẫu thuật.

Phẫu thuật:

Chuẩn bị như mọi phẫu thuật tắc ruột:

- Đặt sonde dạ dày
- Bù dịch và điện giải
- Kháng sinh dự phòng

Tiến hành phẫu thuật : mở ống kiểm tra nội dung, tổn thương thoát vị, thắt ống thoát vị.

4.4. Biến chứng

Do bệnh:

- Tổn thương ruột không hồi phục.

- Tổn thương tinh hoàn.

Sau mổ:

- Chảy máu, nhiễm khuẩn.
- Các biến chứng do tổn thương ruột: thủng ruột, rò miệng nối ...
- Tổn thương ống dẫn tinh, mạch máu tinh hoàn.
- Thoát vị tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm (2002), "Các bệnh do tồn tại ống phúc tinh mạc", Phẫu thuật tiết niệu trẻ em, Nhà xuất bản Y học.

2. Lê Tấn Sơn (2002), "Bệnh lý vùng bẹn bìu", Bệnh học và Điều trị học Ngoại Khoa - Ngoại Nhi, Nhà xuất bản Y học.

3. Glck P.L., Boulanger S.Cc (2012), "Inguinal Hernias and Hydroceles ", Pediatric Surgery, 7th edi, Arnol.

4. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em (2018), Nhà xuất bản Y học.

TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU

1. Khái niệm

Tinh hoàn không xuống bìu: tinh hoàn không nằm trong bìu mà nằm dọc trong đường di chuyển của nó (trong ổ bụng, lỗ bẹn sâu, ống bẹn, lỗ bẹn nông) hoặc di chuyển lạc chỗ, hoặc không có tinh hoàn.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

Bệnh sử: có giá trị trong việc phân biệt tinh hoàn co rút với tinh hoàn không xuống bìu .

Khám: Nên khám hai tư thế nằm ngửa và ngồi xổm.

Tinh hoàn sờ được: co rút, lạc chỗ, trong ống bẹn.

Tinh hoàn không sờ được: trong ổ bụng, không có tinh hoàn.

Kích thước tinh hoàn (trong trường hợp có 1tinh hoàn, tinh hoàn thường to), đánh giá hình dạng bìu.

2.2. Cận lâm sàng

Siêu âm: Đánh giá kích thước, vị trí tinh hoàn. Tuy nhiên, không có giá trị phân biệt tinh hoàn trong ổ bụng với không có tinh hoàn.

Đo Testosterone, liệu pháp HCG, nhiễm sắc thể nếu tinh hoàn không xuống bìu kèm theo tật lỗ tiểu thấp, tinh hoàn không xuống bìu 2 bên.

Nội soi ổ bụng: có giá trị trên 95%, chẩn đoán và điều trị.

Các xét nghiệm, cận lâm sàng khác để điều trị.

2.3. Biến chứng

Xoắn tinh hoàn: nguy cơ cao hơn tinh hoàn trong bìu, thường chẩn đoán muộn nên ít có khả năng bảo tồn.

Vô sinh: giảm khả năng sinh sản ở cả tinh hoàn không xuống bìu một bên hoặc hai bên. Tỉ tệ vô sinh ở tinh hoàn không xuống bìu hai bên cao hơn một bên.

Ác tính hóa: nguy cơ ung thư tinh hoàn cao hơn ở trẻ có tinh hoàn không xuống bìu . Hai bên bị cao hơn một bên. Mổ tinh hoàn không xuống bìu vẫn còn nguy cơ ung thư.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Hạ tinh hoàn xuống bìu và cố định vào cân Dartos.

Thời điểm phẫu thuật:

Tinh hoàn không xuống bìu sờ thấy >6 tháng tuổi

Tinh hoàn không xuống bìu không sờ thấy đối với > 1 tuổi.

Điều trị sớm nhằm giảm nguy cơ xoắn, vô sinh và hóa ác, cải thiện chức năng nội tiết của tinh hoàn, hình dạng của bìu.

3.2. **Điều trị nội khoa:** bằng nội tiết.

Thuốc thường dùng là hCG (Pregnyl).

Trẻ 1-2 tuổi: tiêm bắp 300UI/ lần, cách nhau 3 ngày, tổng liều 9 lần. Trẻ 3-7 tuổi: 700UI/ lần tiêm; trẻ > 7 tuổi: 1500UI/ lần tiêm.

3.3. Điều trị ngoại khoa

Tinh hoàn không xuống bìu sờ được: Thắt cắt ống phúc tinh mạc, cố định tinh hoàn vào giữa da bìu và cân Dartos.

Tinh hoàn không xuống bìu không sờ được: nội soi thám sát, đưa tinh hoàn xuống bìu bằng phương pháp Stephens-Fowler một thì hoặc hai thì.

Sau mổ: Một số trường hợp có thể xem xét dùng nội tiết thêm.

3.4. Biến chứng sau mổ

Máu tụ vùng bẹn bìu

Tinh hoàn còn nằm trong ống bẹn

Tổn thương thần kinh chậu bẹn

Xoắn tinh hoàn.

Tổn thương ống dẫn tinh.

Teo tinh hoàn.

Theo dõi sau mổ: tái khám sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Nguyễn Uy Linh (2018) "Tinh hoàn ẩn " , Ngoại Nhi Lâm Sàng, Nhà xuất bản y học.

2. Burgu B., Barker L.A., Docimo S.G. (2010), "Cryptorchidism", *Pediatric Urology*, 2nd edi, Informa Healthcare.

VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

1. Khái niệm:

Viêm phúc mạc ruột thừa là tình trạng viêm toàn bộ khoang phúc mạc (viêm phúc mạc toàn thể), hay một vùng nhất định (viêm phúc mạc khu trú) do diến tiến của viêm ruột thừa đến muộn thường là sau 2- 3 ngày từ khi khởi phát cơn đau.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định:

2.1.1. Lâm sàng

Viêm phúc mạc khu trú:

Bệnh nhân thường tới khám khi đã có triệu chứng từ 2 đến 3 ngày.

Đau liên tục, lan tỏa vùng hố chậu phải hay bụng phải.

Ấn đau, phản ứng vùng hố chậu phải hay bụng phải.

Có thể sờ thấy một khối ở hố chậu phải, có phản ứng thành bụng.

Dấu hiệu nhiễm khuẩn rõ.

Viêm phúc mạc toàn thể:

Đau lan tỏa khắp bụng.

Bụng chướng, phản ứng khắp bụng.

Dấu hiệu nhiễm khuẩn- nhiễm độc rõ, dấu hiệu mất nước, toàn trạng suy sụp.

2.1.2. Cận lâm sàng

Công thức máu: BC tăng cao, đa nhân trung tính chiếm đa số, CRP định lượng tăng, Procalcitinin tăng.

Siêu âm: hình ảnh có dịch tự do ổ bụng, ruột thừa đã vỡ hoặc hình ảnh ổ abces.

Xq: Hình ảnh mức nước mức hơi.

Các xét nghiệm, cận lâm sàng khác để đánh giá tình trạng bệnh nhân cụ thể.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.

Viêm phúc mạc tiên phát do phế cầu, nhiễm trùng huyết.

Viêm phúc mạc mật.

Viêm tụy hoại tử xuất huyết.

Xoắn ruột hoại tử.

Lao phúc mạc.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị :

Hồi sức, truyền dịch, kháng sinh, điều chỉnh các rối loạn (nếu có).

Phẫu thuật cấp cứu.

3.2. Điều trị cụ thể:

Trước mổ:

Kháng sinh phổ rộng, đường toàn thân cho cả gram âm và yếm khí. Kết hợp kháng sinh cephalosporin thế hệ 2 hoặc 3 với nitriimidazole, Aminoglycosides.

Bồi phụ nước điện giải, thăng bằng kiềm toan.

Thông dạ dày, thông tiểu.

Phẫu thuật:

Mổ cắt ruột thừa viêm vỡ, làm sạch ổ bụng và dẫn lưu, lựa chọn mổ mở hoặc nội soi tùy từng tình trạng bệnh nhân. Nội soi chỉ định cho những trường hợp viêm phúc mạc toàn thể, bụng không quá chướng, tình trạng toàn thân cho phép.

Lấy dịch ổ bụng nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

Làm GPB ruột thừa.

Sau mổ:

Tiếp tục điều chỉnh các rối loạn (nếu có).

Nuôi dưỡng tĩnh mạch trong thời gian liệt ruột.

Kháng sinh kết hợp tiếp tục ít nhất 5 - 7 ngày sau.

Ăn lại khi có nhu động ruột.

Dẫn lưu nên rút sớm sau 24 - 48 giờ (hoặc khi hết dịch).

3.3. Biến chứng

Chảy máu sau mổ.

Nhiễm trùng vết mổ.

Viêm phúc mạc tồn dư.

Viêm dính ruột sau mổ.

Tắc ruột sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Nguyễn Uy Linh (2018), "Viêm ruột thừa", Ngoại nhi lâm sàng. Nhà xuất bản Y học TP HCM.

2. Coran A.G.,Caldamone A., Adzick N.S., et al. (2012), " Appendictitis", Pediatric Surgery,7th edi,Elsevier.

VIÊM RUỘT THỪA (K35)

1. Khái niệm

Viêm ruột thừa cấp thường gặp nhất trong thực hành ngoại nhi. Chẩn đoán viêm ruột thừa nhiều lúc gặp khó khăn, đặc biệt là ở trẻ nhỏ.

Thăm khám và theo dõi diễn tiến lâm sàng là yếu tố quan trọng nhất để chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định:

Triệu chứng toàn thân:

- Sốt thường từ 37.5- 38.5 0C, ở trẻ nhũ nhi có thể lên đến 39-40 độ.

Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: 80 - 100%. Đầu tiên thường đau ở vùng thượng vị hoặc quanh rốn, dần dần khu trú lại ở hố chậu phải.
- Đau liên tục, tăng dần theo thời gian.
- Rối loạn tiêu hóa: Nôn: (60 - 80%) thường gặp ở trẻ nhỏ; Ỉa lỏng.

Triệu chứng thực thể:

- Ấn đau và có phản ứng ở hố chậu phải , có thể ở vị trí khác nếu ruột thừa ở vị trí bất thường.
- Thăm trực tràng (nếu cần)

Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng , đa nhân trung tính chiếm đa số, CRP định lượng tăng.
- Siêu âm bụng: dễ thực hiện, có giá trị cao nếu người làm siêu âm có kinh nghiệm. Hình ảnh: đường kính RT tăng, sỏi phân, mạc nối tăng âm, dịch xung quanh ...
- Chụp CT Scanner ổ bụng có thuốc những ca khó hay nghi có bệnh khác kèm theo.
- Các xét nghiệm, cận lâm sàng khác để theo dõi và điều trị.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm dạ dày - ruột.

Nhiễm trùng tiết niệu.

Viêm thùy dưới phổi phải.

Viêm hạch mạc treo.

Xoắn mạc nối lớn.

Xoắn tinh hoàn.

Xoắn u nang buồng trứng.

Thai ngoài tử cung.

Viêm túi thừa Meckel.

Lồng ruột.

Tắc ruột do dính.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Phẫu thuật cắt ruột thừa viêm.

Kháng sinh, truyền dịch, nâng cao thể trạng.

3.2. Phẫu thuật:

Chuẩn bị:

Làm các xét nghiệm cần thiết cho cuộc mổ.

Nhịn ăn.

Truyền dịch, kháng sinh.

Phẫu thuật:

Có hai phương pháp phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mở tuy nhiên nội soi là lựa chọn đầu tiên vì có nhiều ưu điểm.

Làm GPB ruột thừa.

Sau mổ:

Tiếp tục truyền dịch nuôi dưỡng trong thời gian liệt ruột, kháng sinh nhóm cephalosphorin, giảm đau, giảm phù nề.

Ăn lại khi có nhu động ruột.

3.3. Biến chứng sau mổ

Chảy máu sau mổ.

Nhiễm trùng vết mổ.

Viêm dính ruột sau mổ.

Tắc ruột sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm (2000),"Viêm ruột thừa cấp", Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em. Nhà xuất bản Y học HN.

2. Trương Nguyễn Uy Linh (2018)," Viêm ruột thừa cấp", Ngoại nhi lâm sàng. Nhà xuất bản Y học TP HCM.

CHƯƠNG XV: RĂNG HÀM MẶT

DÍNH LƯỠI (Mã ICD: Q38.1)

1. Định nghĩa

Dính lưỡi là tình trạng mà đầu lưỡi không thể đưa ra ngoài răng cửa hàm dưới do phanh lưỡi ngắn.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Cơ năng:

+ Khó khăn hoặc không bú được.

+ Rối loạn phát âm.

- Thực thể:

+ Chiều dài thắng lưỡi được đo từ nơi bám ở sàn miệng đến vị trí bám vào lưỡi nhỏ hơn 16mm.

+ Cử động lưỡi hạn chế lưỡi: đầu lưỡi không thè ra ngoài môi, không thể cử động đưa sang bên, đầu lưỡi khi thè lưỡi thay vì thấy nhọn thì có vẻ phẳng hay vuông.

+ Rối loạn phát âm

+ Các răng cửa hàm dưới có thể bị nghiêng.

2.2. Chẩn đoán mức độ

- Mức độ 1: dính thắng lưỡi nhẹ, độ dài thắng lưỡi từ 12 - 16mm.
- Mức độ 2: dính thắng lưỡi trung bình, độ dài thắng lưỡi từ 8- 11mm.
- Mức độ 3: dính thắng lưỡi nặng, độ dài thắng lưỡi từ 3 - 7mm.
- Mức độ 4: dính thắng lưỡi hoàn toàn, độ dài thắng lưỡi dưới 3mm.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dính thắng lưỡi độ 1 và 2: theo dõi và đánh giá, trông chờ khả năng tự giãn của thắng lưỡi, nếu thắng lưỡi không giãn và gây khó khăn cho việc bú và nói thì tiến hành phẫu thuật.
- Dính thắng lưỡi độ 3 và 4: phẫu thuật tạo hình thắng lưỡi ngay, phục hồi chức năng đúng của lưỡi.
- Tuổi trung bình từ 3 tháng trở lên. Có những trường hợp có thể cắt sớm ngay sau sinh nếu thắng lưỡi bị dính nhiều khiến trẻ không bú được.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Phẫu thuật:

- Kỹ thuật cắt tạo hình thắng lưỡi

Có 2 kỹ thuật cắt tạo hình thắng lưỡi là cắt dưới gây tê tại chỗ và cắt dưới gây mê. Việc lựa chọn kỹ thuật nào tùy thuộc vào 4 yếu tố là tuổi của trẻ, sự hợp tác của trẻ, độ dính và độ dầy của thắng lưỡi:

Cắt thắng lưỡi dưới gây tê tại chỗ:

Thực hiện tại ghế nha khoa, trẻ được người nhà ôm, đầu được người trợ thủ giữ chặt.

Sát khuẩn phẫu trường

Gây tê tại chỗ với dung dịch Lidocain 2%.

Dùng dao điện hoặc dao thường để cắt và tạo hình thắng lưỡi bằng những đường rạch ngang hoặc đường rạch hình chữ Z.

Đốt điện tại chỗ hoặc khâu khi cần thiết.

Cắt thắng lưỡi dưới gây mê: thực hiện tại phòng mổ. Tiến hành phẫu thuật tạo hình thắng lưỡi giống như trên.

- Nếu trẻ được phẫu thuật tê: dùng cây đè lưỡi có quấn gạc chèn vào giữa 2 hàm răng để phòng việc bé cắn vào lưỡi do bị mất cảm giác, có thể bú mẹ hoặc uống sữa lạnh 30 phút sau khi phẫu thuật.

3.2.2. Nội khoa: kháng sinh, chống viêm, giảm đau,...

Kháng sinh: thường dùng nhóm Penicillin (Amoxicillin, Amoxicillin/Clavulanic acid…) hoặc Cephalosporin.

Chống viêm, giảm phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin.

Giảm đau: thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần).

3.2.3. Biến chứng

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Tắc ống wharton

3.3. Theo dõi và tái khám:

Hẹn tái khám sau 1 tuần: đánh giá kết quả phẫu thuật, hướng dẫn thân nhân tập trẻ nói và bú.

Tái khám sau 1 tháng để đánh giá độ cải thiện về chức năng của lưỡi. Có thể chuyển khám phòng khám Phục hồi chức năng để tập phát âm cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Trương Như Ngọc (2015*), Răng trẻ em,* Nhà xuất bản đại học Huế, 657-674.

2. Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2013), Dính thắng lưỡi*, Phác đồ điều trị Nhi khoa 2013*, Nhà xuất bản Y học, 1494-1497.

GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI (ICD: S02.6)

1. Khái niệm

Gãy xương hàm dưới là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm dưới. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng:

Sưng nề và tụ máu: Tùy theo vị trí, mức độ chấn thương mà dấu hiệu sưng nề và tụ máu có những mức độ nhiều ít khác nhau, có thể gặp ở ngoài hoặc trong miệng.

Gián đoạn và đau chói bờ xương hàm dưới.

Gián đoạn và di lệch cung răng.

Sai khớp cắn.

Lung lay răng và khối xương ổ răng.

Có dấu hiệu di động của hai đầu xương gãy khi khám.

Rối loạn vận động hàm dưới: há miệng hạn chế, lệch hàm sang bên khi há miệng.

Dị cảm: thường biểu hiện tê môi dưới, da vùng cằm.

Có thể có tràn khí dưới da: sờ nắn có cảm giác lép bép hơi.

2.1.2. Cận lâm sàng

X quang: Phim Panorama, phim mặt thẳng, phim hàm chếch, phim CT scanner,…. có hình ảnh đường gãy, di lệch xương hàm, ….

2.2 Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương hàm dưới luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc

Nắn chỉnh lại xương gãy.

Cố định xương gãy.

Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.

Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị không phẫu thuật bằng nắn chỉnh và cố định

- Nắn chỉnh xương gãy

+ Nắn chỉnh bằng tay.

+ Nắn chỉnh bằng lực kéo.

- Cố định xương gãy

+ Cố định bằng phương pháp cố định ngoài miệng: Băng cằm đầu, các khí cụ tựa trên sọ.

+ Cố định trong miệng: cố định hai hàm bằng cung Tiguersted hoặc nút Ivy trong thời gian từ 4- 6 tuần

- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, nâng cao thể trạng...

3.2.2. Điều trị bằng phẫu thuật

- Kết hợp xương bằng phương tiện (chỉ thép hoặc nẹp vít…)

+ Bộc lộ ổ gãy.

+ Kiểm soát ổ gãy.

+ Nắn chỉnh và cố định.

+ Kết hợp xương bằng chỉ thép hoặc nẹp vít hoặc cả hai.

+ Cầm máu.

+ Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

- Điều trị toàn thân: Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, nâng cao thể trạng...

4. Tiên lượng và biến chứng

4.1. Tiên lượng

Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.

Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

4.2. Biến chứng

Nhiễm trùng.

Khớp cắn sai.

Hạn chế há miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Gãy xương hàm dưới, Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 189-191.

2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh (2017), *"Gãy xương hàm dưới"*, Phác đồ điều trị.

GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN (ICD: S02.4)

1. Khái niệm

Gãy xương hàm trên là tổn thương gãy, làm mất sự liên tục của xương hàm trên. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Gãy một phần

- Gãy cành lên xương hàm trên:

+ Bầm tím góc trong mắt, sờ thấy có điểm đau chói hoặc hơi lõm nơi tổn thương.

+ Chảy máu mũi.

+ Có thể có chảy nước mắt do tắc ống lệ.

+ X quang:

CT Scanner, mặt nghiêng, Blondeau: thấy hình ảnh đường gãy vùng cành lên xương hàm trên.

- Gãy hoặc lún thành trước xoang hàm:

+ Chảy máu mũi.

+ Bầm tím bờ dưới ổ mắt.

+ Có thể tê bì ở má bên tổn thương.

+ Ấn vào vùng hố nanh có điểm đau chói hoặc có thể thấy tiếng lạo xạo, dấu hiệu vỡ nhiều mảnh.

+ X quang: CT Scanner, Blondeau, Hirzt thấy hình ảnh tổn thương thành trước xoang, mờ xoang hàm.

- Gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt

+ Chảy máu mũi.

+ Xuất huyết kết mạc mi dưới.

+ Tê bì vùng má, có thể có dấu hiệu nhìn song thị.

+ Mắt lõm.

+ Sờ bờ dưới hốc mắt thấy điểm đau chói hoặc có thể thấy khuyết bậc thang.

+ X quang: CT Scanner, Blondeau thấy hình ảnh tổn thương bờ dưới ổ mắt.

- Gãy mỏm khẩu cái và vòm khẩu cái

+ Chảy máu miệng, máu mũi, sặc khi ăn.

+ Bịt mũi khi bệnh nhân thở hơi thoát ra ở miệng.

+ X quang: CT Scanner thấy hình ảnh tổn thương mỏm khẩu cái.

2.1.2. Gãy toàn bộ

Bệnh nhân có thể bị choáng, hoặc kèm chấn thương sọ não. Tùy đường gãy mà có các biểu hiện tại chỗ khác nhau.

2.1.2.1. Gãy dọc

Lâm sàng

Chảy máu mũi, miệng.

Khớp cắn sai.

Khe giữa hai răng cửa giữa hoặc răng cửa bên rộng ra.

Dọc giữa vòm miệng thấy đường bầm tím hoặc rách niêm mạc.

Khám xương hàm trên thấy di động.

X quang:

CT Scanner, Blondeau: có hình ảnh tổn thương dọc giữa hay dọc bên xương hàm trên.

2.1.2.1. Gãy ngang

Có 3 thể gãy

Gãy Lefort I

Bầm tím môi trên và nghách lợi.

Khớp cắn sai, há miệng hạn chế.

Đau khi ấn dọc từ gai mũi trước đến lồi củ xương hàm trên.

Di động xương hàm trên khi khám.

X-quang:

CT Scanner, phim mặt thẳng và nghiêng: có hình ảnh đường gãy ngang qua trên cuống răng. Gãy 1/3 dưới chân bướm.

Gãy Lefort II

Mặt sưng nề, tụ máu màng tiếp hợp và ổ mắt hai bên.

Chảy máu tươi qua mũi.

Khớp cắn sai.

Có dấu hiệu di động xương hàm trên.

X quang:

CT scanner, phim mặt thẳng và nghiêng, Blondeau: có hình ảnh đường gãy qua giữa xương chính mũi qua mỏm lên xương hàm trên, qua xương lệ ra ngoài cắt bờ dưới hốc mắt cạnh hoặc qua lỗ dưới ổ mắt, cắt qua 1/3 giữa xương chân bướm ngoài. Có hình ảnh mờ xoang hàm.

Gãy Lefort III

Mặt phù nề to, bầm tím quanh hốc mắt hai bên, tụ máu màng tiếp hợp, song thị.

Khớp cắn sai, tầng giữa mặt bị đẩy tụt và ra sau xuống dưới.

Có thể sờ thấy các đầu xương di lệch.

X quang: Tư thế mặt thẳng, nghiêng, Blondeau, Hirzt hoặc C.T. Scanner : có hình ảnh đường gãy qua xương chính mũi sát chỗ nối trán – mũi đến mỏm lên xương hàm trên, cắt qua 1/3 trên xương chân bướm ngoài. Cắt rời xương tiếp gò má.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Gãy xương hàm trên luôn có các triệu chứng lâm sàng và X quang rõ rệt nên không cần chẩn đoán phân biệt. Lưu ý: phát hiện các trường hợp có chấn thương sọ não kèm theo để xử trí thích hợp.

3. Điều trị gãy xương hàm trên

3.1. Nguyên tắc

Nắn chỉnh lại xương gãy.

Cố định xương gãy.

Ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.

Điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Ngoại khoa

3.2.1.1. Điều trị bằng phẫu thuật treo xương hàm trên.

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da.
- Rạch da đuôi cung mày.
- Nắn chỉnh và cố định

Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.

Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.

Treo xương hàm trên vào mấu ngoài ổ mắt

- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

3.2.1.1. Điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da và niêm mạc.

Đường rạch ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi dính khoảng 3 mm để kết hợp xương ở trụ gò má và trụ hàm trên.

Đường rạch qua đuôi cung mày để kết hợp mấu ngoài ổ mắt.

Đường dưới mi dưới để kết hợp bờ dưới ổ mắt.

- Nắn chỉnh và cố định.

Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.

Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.

Kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít

- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

3.2.2. Nội khoa:

Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, nâng cao thể trạng, ...

4. Tiên lượng và biến chứng

4.1. Tiên lượng

Điều trị sớm và đúng nguyên tắc sẽ cho kết quả tốt.

Điều trị muộn và sai nguyên tắc có thể gây ra tai biến, di chứng trầm trọng, làm ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ.

4.2. Biến chứng

Nhiễm trùng.

Khớp cắn sai.

Hạn chế há miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Gãy xương hàm trên, "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 192-195.

2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh (2017), *"Gãy xương hàm trên",* Phác đồ điều trị.

KHE HỞ MÔI (ICD: Q36)

1. Định nghĩa

Khe hở môi là khuyết tật bẩm sinh, làm tách rời cấu trúc môi bao gồm da, cơ vòng môi, niêm mạc môi từ làn môi đỏ đến nền mũi. Có thể một phần hoặc toàn bộ, một bên hoặc cả hai bên.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Cơ năng

+ Khó bú hoặc không bú được.

+ Ăn uống hay sặc khi khe hở môi kết hợp khe hở vòm miệng.

+ Rối loạn phát âm.

- Thực thể: Có khe hở ở môi.

2.2. Chẩn đoán mức độ khe hở:

Dựa vào lâm sàng mà có thể chẩn đoán khe hở môi một bên, hai bên, toàn bộ hoặc không toàn bộ. Trong đó:

- Khe hở không toàn bộ: là khe hở bắt đầu từ làn môi đỏ, không tách rời hết chiều cao môi đến nền mũi.

- Khe hở toàn bộ: là khe hở bắt đầu từ làn môi đỏ, tách rời hết chiều cao môi đến nền mũi.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Nguyên nhân ngoại lai: các yếu tố này tác động xảy ra trong quá trình hình thành và phát triển của môi (trong giai đoạn đầu của thời kỳ bào thai):

+ Vật lý: phóng xạ, tia X, nhiệt học, cơ học...

+ Hóa học: thuốc trừ sâu, dioxin, chì, carbon...

+ Sinh học: virus, xoắn khuẩn, các loại vi khuẩn khác...

+ Thần kinh: stress tâm lý.

- Nguyên nhân nội tại :

+ Di truyền.

+ Khiếm khuyết nhiễm sắc thể.

+ Ảnh hưởng của tuổi mẹ và nòi giống.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc:

- Phẫu thuật:

+ Đóng kín khe hở.

+ Phục hồi cấu trúc giải phẫu môi.

+ Phục hồi chức năng và thẩm mỹ sau phẫu thuật.

- Chống nhiễm trùng, giảm đau, giảm phù nề, nâng cao thể trạng.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Điều trị giai đoạn trước phẫu thuật

Điều trị nắn chỉnh trước phẫu thuật (nếu cần thiết hoặc trong điều kiện có thể thực hiện).

3.2.2. Điều trị phẫu thuật

Tiêu chuẩn phẫu thuật:

Sức khỏe toàn thân ổn định.

Trẻ từ một tháng tuổi trở lên, nhưng thường từ 10 tuần tuổi, đủ khỏe mạnh.

Cân nặng: có thể thực hiện khi trẻ nặng từ 3,5kg trở lên,nhưng thường từ 4,5kg.

Cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu, chức năng đông máu, XQ tim phổi...đủ điều kiện cho phép gây mê phẫu thuật.

Các bước phẫu thuật:

Thiết kế đường rạch da và niêm mạc môi hai bên bờ khe hở theo phương pháp đã lựa chọn (Millard/Tenisson/Manchester/...).

Rạch da và niêm mạc môi theo đường thiết kế.

Bóc tách mép vết mổ hai bên bờ khe hở theo 3 lớp: da, cơ và niêm mạc.

Bóc tách giảm căng niêm mạc nghách tiền đình bên khe hở.

Cầm máu

Khâu phục hồi môi theo 3 lớp: niêm mạc, cơ và da

Băng ép vết mổ.

- Chống nhiễm trùng, giảm đau, giảm phù nề, nâng cao thể trạng phối hợp chăm sóc tại chỗ vết mổ.

+ Kháng sinh: dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftriaxon với liều 20-80 mg/kg cân nặng/lần/ngày hoặc ceftizoxim với liều 20-50mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Có thể kết hợp thêm kháng sinh nhóm nitroimidazol (thường dùng metronidazol với liều 10-15 mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Giảm phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin 4,2 mg x 01 viên/lần x 03 lần/ngày

+ Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

+ Bù dịch, dinh dưỡng hợp lý.

+ Thay băng vết mổ hàng ngày hoặc khi bị bẩn.

+ Cắt chỉ nếu cần khi vết mổ ổn định (thường vào ngày thứ 7 sau mổ).

3.2.3. Biến chứng phẫu thuật

- Biến chứng trong phẫu thuật: + Suy hô hấp
  + Chảy máu
- Biến chứng sau phẫu thuật: + Tuột chỉ
  + Nhiễm trùng vết mổ
  + Bục vết mổ

3.3. Điều trị sau phẫu thuật

Được thực hiện sau phẫu thuật ổ định, bao gồm:

- Hướng dẫn và điều trị rối loạn phát âm khi cần thiết, lúc trẻ đến tuổi tập phát âm.
- Điều trị nắn chỉnh lệch lạc răng khi trẻ thay răng vĩnh viễn..

3.4. Điều trị dự phòng

Tuyên truyền, phổ biến kiến thức cho các bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ cần lưu ý trong giai đoạn đầu của thời kỳ mang thai tránh tiếp xúc các yếu tố phơi nhiễm có thể gây khuyết tật khe hở môi, vòm miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn (2017*), Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt,* Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 1, 115-136.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 98-99.

KHE HỞ VÒM MIỆNG (ICD: Q35)

1. Định nghĩa

Khe hở vòm miệng là khuyết tật bẩm sinh, làm tách rời cấu trúc vòm miệng bao gồm xương vòm miệng, khối cơ nâng vòm hầu, cơ căng màn hầu và niêm mạc. Có thể một phần hoặc toàn bộ, một bên hoặc hai bên.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Cơ năng

+ Sặc khi bú hoặc khi ăn.

+ Trường hợp trẻ đã biết nói thì có biểu hiện nói ngọng.

- Thực thể: có khe hở ở vòm miệng.

2.2. Chẩn đoán mức độ khe hở

2.2.1. Khe hở một bên: thành khe hở bên lành liên tục với vách ngăn chính mũi.

- Khe hở không toàn bộ

Khe hở lưỡi gà.

Khe hở vòm miệng mềm.

Khe hở toàn bộ: khe hở bao gồm cả vòm miệng mềm và vòm miệng cứng.

2.2.2. Khe hở hai bên: vách ngăn mũi không liên tục với thành bên khe hở và chia khe hở thành hai phần.

Khe hở không toàn bộ: Khe hở bao gồm toàn bộ vòm miệng mềm và một phần vòm miệng cứng

Khe hở toàn bộ: Khe hở toàn bộ vòm miệng mềm và vòm miệng cứng.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Nguyên nhân ngoại lai: các yếu tố này tác động xảy ra trong quá trình hình thành và phát triển của môi (trong giai đoạn đầu của thời kỳ bào thai):

+ Vật lý: phóng xạ, tia X, nhiệt học, cơ học...

+ Hóa học: thuốc trừ sâu, dioxin, chì, carbon...

+ Sinh học: virus, xoắn khuẩn, các loại vi khuẩn khác...

+ Thần kinh: stress tâm lý.

Nguyên nhân nội tại:

+ Di truyền.

+ Khiếm khuyết nhiễm sắc thể.

+ Ảnh hưởng của tuổi và nòi giống.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật:

+ Đóng kín khe hở.

+ Phục hồi hệ thống cơ căng và nâng vòm miệng.

+ Đẩy lùi vòm miệng ra sau.

+ Phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

- Chống nhiễm trùng, giảm đau, giảm phù nề, nâng cao thể trạng.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng

- Tiêu chuẩn phẫu thuật:

+ Sức khỏe toàn thân ổn định

+ Cân nặng: từ 8,5kg trở lên.

+ Trẻ từ 12 tháng trở lên.

+ Cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu, chức năng đông máu, XQ ngực thẳng... đủ điều kiện cho phép gây mê phẫu thuật..

- Các bước phẫu thuật :

+ Thiết kế đường rạch niêm mạc theo kỹ thuật/phương pháp được lựa chọn (Push back/Furlow,..).

+ Rạch niêm mạc theo đường thiết kế.

+ Bóc tách lớp niêm mạc, màng xương vòm miệng, bảo tồn bó mạch khẩu cái sau (khẩu cái lớn).

+ Bóc tách lớp niêm mạc, màng xương nền mũi.

+ Cầm máu.

+ Khâu phục hồi theo từng lớp niêm mạc mũi, khối cơ căng màn hầu, niêm mạc vòm miệng

- Kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề, nâng cao thể trạng phối hợp chăm sóc tại chỗ vết mổ.

+ Kháng sinh: dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftriaxon với liều 20-80 mg/kg cân nặng/lần/ngày hoặc ceftizoxim với liều 20-50mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Có thể kết hợp thêm kháng sinh nhóm nitroimidazol (thường dùng metronidazol với liều 10-15 mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Giảm phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin 4,2 mg x 01 viên/lần x 03 lần/ngày

+ Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

+ Dinh dưỡng hợp lý.

+ Bơm rửa chăm sóc vết mổ hàng ngày.

3.2.2. Biến chứng phẫu thuật

- Biến chứng trong phẫu thuật: + Suy hô hấp
+ Chảy máu
- Biến chứng sau phẫu thuật: + Tuột chỉ
+ Nhiễm trùng vết mổ
+ Bục vết mổ

3.2.3. Điều trị rối loạn phát âm

- Thời gian điều trị: Tiến hành khi lành thương hoàn toàn sau phẫu thuật khe hở vòm miệng (thường sau hai tháng) và khi trẻ đến tuổi tập phát âm.

- Kế hoạch điều trị: Đánh giá chức năng màn hầu.

- Yêu cầu điều trị:

+ Đạt được khẩu hình đúng.

+ Phát âm đúng.

- Đề xuất các can thiệp bổ sung.

- Cách thức điều trị: Tập luyện phát âm theo hướng dẫn hoặc thực hiện tại các trung tâm có tập luyện phát âm.

3.3. Điều trị dự phòng

Tuyên truyền, phổ biến kiến thức cho các bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ cần lưu ý trong giai đoạn đầu của thời kỳ mang thai tránh tiếp xúc các yếu tố phơi nhiễm có thể gây khuyết tật khe hở vòm miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn (2017*), Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 1, 115-136.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 101-103.

NANG NHÁI SÀN MIỆNG (ICD: K09)

1. Định nghĩa

Nang nhái sàn miệng hay còn gọi là u nang sàn miệng là nang nhầy, khu trú ở vùng sàn miệng. Lòng nang chứa dịch nhầy có nguồn gốc từ tuyến nước bọt dưới lưỡi, hoặc tuyến dưới hàm, hoặc tuyến nước bọt phụ ở sàn miệng.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Có khối phồng ở sàn miệng, kích thước thường khoảng 1-3cm hoặc lớn hơn.

Bề mặt khối phồng có màu tím nhạt giống bụng nhái, ranh giới rõ.

Niêm mạc mỏng căng, có thể tự vỡ ra dịch nhày trong như lòng trắng trứng có albumin và mucin, dễ nhiễm khuẩn, hay tái phát.

Nang phát triển từ từ, trường hợp to có thể lấn qua đường giữa, đẩy lệch lưỡi, ảnh hưởng chức năng.

Thể lâm sàng hiếm gặp là nang nhái ở cổ, xảy ra khi nang xuyên qua cơ hàm móng và biểu hiện thành khối phồng ở vùng cổ.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: ranh giới tương đối rõ, hình ảnh trong nang dịch đồng nhất hoặc không đồng nhất khi bị bội nhiễm.
- Cộng hưởng từ (MRI) khi cần: thấy khối giảm âm và giảm tỷ trọng ranh giới rõ.
- Giải phẫu bệnh (khi cần): các tế bào biểu mô lót vỏ nang, không có tế bào bất thường

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Nang nhái sàn miệng có các dấu hiệu lâm sàng khá điển hình và không cần chẩn đoán phân biệt.

2.3. Chẩn đoàn nguyên nhân

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đến nay vẫn chƣa rõ ràng, một số tác giả cho rằng cơ chế gây nang là do ống một tuyến nước bọt bị tắc, giãn phình.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

Phẫu thuật điều trị khỏi nang.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều kiện phẫu thuật

Toàn thân ổn định

Cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, XQ tim phổi, ... trong giới hạn cho phép gây mê phẫu thuật.

3.2.2. Phẫu thuật

Tùy từng trường hợp cụ thể mà có thể áp dụng một trong ba biện pháp điều trị dưới đây:

3.2.2.1. Phẫu thuật cắt bỏ nang

- Chỉ định: Nang có kích thước nhỏ, không liên quan tới tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kỹ thuật:

+ Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê tại chỗ/kết hợp.

+ Rạch niêm mạc bộc lộ nang.

+ Tách bóc vỏ nang ra khỏi mô xung quanh và lấy toàn bộ nang.

+ Cầm máu, khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

3.2.2.2. Phẫu thuật cắt bỏ nang và tuyến nước bọt dưới lưỡi:

- Chỉ định: Nang có kích thước vừa phải và liên quan với tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kỹ thuật:

+ Phẫu thuật lấy bỏ nang

+ Phẫu thuật lấy bỏ tuyến nước bọt dưới lưỡi.

- Kháng sinh, chống phù nề, giảm đau nâng cao thể trạng kết hợp bơm rửa vệ sinh vết mổ hàng ngày.

+ Kháng sinh: có thể dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftrĩaon với liều 25-100 mg/kg cân nặng mỗi 12 giờ) hoặc nhóm Penicillin (thường dùng Amoxicillin với liều 10-25 mg/kg cân nặng mỗi 12 giờ).

+ Có thể kết hợp thêm kháng sinh nhóm nitroimidazol (thường dùng Metronidazol với liều 10-15 mg/kg cân nặng mỗi 12 giờ).

+ Giảm phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin 4,2 mg dạng uống

+ Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

3.2.2.3. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định:

+ Nang có kích thước lớn gây chèn ép và ảnh hưởng đến chức năng.

+ Nang có kích thước lớn và tình trạng toàn thân của bệnh nhân không cho phép gây mê phẫu thuật kéo dài.

- Kỹ thuật:

+ Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê tại chỗ/kết hợp.

+ Rạch niêm mạc trên nang theo hình múi cam.

+ Tách bóc lấy bỏ phần niêm mạc miệng hình múi cam giữa hai đường rạch.

+ Cắt bỏ một phần vỏ nang.

+ Khâu cuộn nối từng bên mép vỏ nang với mép niêm mạc sàn miệng, để thông lòng nang ra khoang miệng.

3.2.3. Điều trị nội khoa:

Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, nâng cao thể trạng phối hợp chăm sóc tại chỗ vết mổ:

+ Kháng sinh: dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftriaxon với liều 20-80 mg/kg cân nặng/lần/ngày hoặc ceftizoxim với liều 20-50mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Có thể kết hợp thêm kháng sinh nhóm nitroimidazol (thường dùng metronidazol với liều 10-15 mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Chống phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin 4,2 mg x 01 viên/lần x 03 lần/ngày

+ Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

+ Dinh dưỡng hợp lý.

+ Bơm rửa chăm sóc vết mổ hàng ngày.

3.3. Biến chứng phẫu thuật

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng: gây sưng tấy vùng sàn miệng và ảnh hưởng đến chức năng.
- Nang tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 Lê Văn Sơn (2017*), Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt,* Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 2, 40-41.

2 Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 107-109.

NANG RÒ GIÁP LƯỠI (ICD: Q89.2)

1 . Định nghĩa

Nang rò giáp lưỡi là một dị tật bẩm sinh vùng cổ giữa thường gặp nhất, liên quan đến sự tồn tại của ống giáp lưỡi, trong quá trình hình thành tuyến giáp.

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Lâm sàng

Khối u trước cổ, có hình tròn hoặc bầu dục, kích thước thay đổi, mật độ mềm, chắc.

Dính với xương móng hoặc nối chui qua xương móng bằng một thừng rò, có thể sờ thấy dưới da, nang di động theo nhịp nuốt.

Rò giáp lưỡi luôn là biểu hiện thứ phát, nó có thể tự xảy ra sau một nhiễm trùng nang gây vỡ mủ, cũng có thể sau khi can thiệp của thầy thuốc như chọc hút dịch, trích rạch tháo mủ hay dịch, thậm chí là sau một lần mổ thất bại. Lỗ rò này ít khi tự liền mà thỉnh thoảng hay liên tục rỉ ra chất dịch nhày trong.

2.2. Cận lâm sàng

Chọc hút tế bào: chất dịch nhày trong, vô khuẩn. Làm xét nghiệm tế bào học thấy chứa các tế bào biểu mô, làm xét nghiệm sinh hoá đôi khi có chất cholesterin.

Chụp Xquang: Chụp Xquang thường không phát hiện được nang.

Chụp Xquang có cản quang (khi cần thiết):

Phim cổ nghiêng có bơm thuốc cản quang vào đường rò, trong một số trường hợp giúp xác định được sự liên quan của ống rò với xương móng, ống rò đi ở trên hay đi ở sau xương móng và từ đó giúp ta có định hướng đúng cho phẫu thuật.

Siêu âm: xác định được vị trí, liên quan của u với các cơ quan bộ phận xung quanh, cho biết u đặc hay nang; đánh giá được hình thái, vị trí của tuyến giáp, loại trừ nghi ngờ tuyến giáp lạc chỗ.

Xét nghiệm công thức máu: bạch cầu có thể tăng khi bị bội nhiễm.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

Phẫu thuật cắt bỏ nang kèm theo đường rò và phần thân xương móng có đường rò đi qua.

3.2. Điều trị cụ thể

- Kỹ thuật phẫu thuật:

+ Rạch da vùng cổ trước ngang mức khối phồng, đường rạch đi từ bờ trước cơ ức đòn chũm bên này sang bờ trước cơ ức đòn chũm bên kia. Rạch tiếp tục qua lớp mỡ dưới da và lớp cơ da, bóc tách vạt bộc lộ mặt trước của các cơ dưới móng cho đến tận bờ trên xương móng.

+ Rạch đường trắng giữa, bóc tách khối u nang ra khỏi các lớp cơ dưới móng cho đến tận chỗ bám của khối vào thân xương móng.

+ Bóc tách chỗ bám của các cơ trên móng và dưới móng vào thân xương móng. Cắt thân xương móng.

+ Tiếp tục bóc tách đường rò đến lỗ tịt, kẹp bỏ và cắt đường rò ở sát lỗ tịt

+ Cầm máu, đặt dẫn lưu và khâu đóng vết mổ từ trong ra ngoài theo các lớp giải phẫu.

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, nâng cao thể trạng phối hợp chăm sóc tại chỗ vết mổ:

+ Kháng sinh: dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftriaxon với liều 20-80 mg/kg cân nặng/lần/ngày hoặc ceftizoxim với liều 20-50mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Có thể kết hợp thêm kháng sinh nhóm nitroimidazol (thường dùng metronidazol với liều 10-15 mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Chống phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin 4,2 mg x 01 viên/lần x 03 lần/ngày hoặc và có thể dùng corticoid phối hợp.

+ Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

+ Chăm sóc dẫ lưu và thay băng vết mổ hàng ngày.

+ Dinh dưỡng hợp lý.

3.3. Tai biến và biến chứng phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ

- Tụ máu vết mổ: xảy ra vào ngày đầu tiên sau mổ. Nếu khối tụ máu to sẽ gây chèn ép làm bệnh nhân bị ngạt thở.

- Tổn thương dây thần kinh thanh quản trên và dây thần kinh hạ thiệt: rất hiếm khi xảy ra.

- Tái phát sau mổ: dưới dạng u nang hoặc rò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn (2017*), Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt,* Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 2, 38-39.

2. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng,* Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 276-277.

NANG THÂN RĂNG (ICD: K09.0)

1. Định nghĩa

Nang thân răng là nang trong xương hàm, liên quan tới thân răng của răng ngầm hoặc răng thừa ngầm, nang bao bọc một phần hay toàn bộ thân răng. Lòng nang chứa dịch màu vàng chanh hoặc trắng đục do nhiễm khuẩn.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

Khi nang có kích thước nhỏ thoịờng không có biểu hiện lâm sàng, được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đoịợc chụp X quang vì thiếu răng vĩnh viễn, răng sữa không rụng, răng kế cận nghiêng, xoay trục hoặc khi tiến hành các nhu cầu điều trị khác như phục hình, chỉnh nha.

Khi nang có kích thước lớn hơn có thể có các biểu hiện dưới đây:

- Phồng xương gây biến dạng mặt mà không đau nhức.
- Lung lay răng kế cận với vị trí răng chưa mọc.
- Răng sữa toịơng ứng vẫn còn trên cung răng.
- Trong trường hợp nang thân răng ở xương hàm dưới có thể gây tê môi dưới do nang to chèn vào ống răng dưới.
- Niêm mạc trên chỗ phồng xương hoàn toàn bình thường, trường hợp nang to gây phồng xương nhiều, niêm mạc có thể bị loét do sang chấn khi ăn nhai.
- Nang to phá hủy xương rộng gây xô lệch và lung lay các răng lân cận.
- Trường hợp nang bội nhiễm thì có biểu hiện soịng đau chỗ phồng xương.

2.1.2. Cận lâm sàng

- X quang:

+ Có hình ảnh nang trong xương hàm liên quan tới răng ngầm. Thân răng ngầm nằm trong lòng nang.

+ Có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.

- Xét nghiệm máu: bạch cầu có thể tăng khi bị bội nhiễm hoặc không tăng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nang chân răng: phân biệt dựa vào các dấu hiệu dưới đây:

+ Có răng nguyên nhân tuỷ chết.

+ Nang liên quan tới cuống răng.

+ Không có biểu hiện thiếu răng trên cung răng.

- U men thể nang: phân biệt dựa vào các biểu hiện dưới đây:

+ Có biểu hiện tiêu chân răng các răng liên quan.

+ Kết quả giải phẫu bệnh lý.

2.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân có thể do rối loạn trong quá trình phát triển và hình thành răng, có thể có các dạng:

- Dạng trong túi (intrafollicular): Do bất thường của bản thân biểu mô men thoái hóa hoặc do bất thường bề mặt men răng gây tích tụ dịch.

- Dạng ngoài túi (extrafollicular): Do sự có mặt và phát triển của các dòng tế bào khác trên biểu mô men thoái hóa như biểu mô sừng hóa, liên bào men…Ngoài ra, còn có thể do yếu tố viêm nhiễm: có giả thuyết cho rằng ổ viêm nhiễm ở cuống răng sữa có thể là nguyên nhân kích thích hình thành nang thân răng bao quanh mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

3. Điều trị :

3.1. Nguyên tắc

Phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ nang và răng ngầm hoặc mở thông nang.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1 Phẫu thuật lấy bỏ nang và răng ngầm

- Chỉ định: Nang có kích thước từ nhỏ đến trung bình.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc, bóc tách bộc lộ xương.

+ Mở xương, bộc lộ nang.

+ Lấy nang và răng ngầm.

+ Kiểm soát vùng phẫu thuật.

+ Khâu đóng niêm mạc.

3.2.2. Phẫu thuật mở thông nang

- Chỉ định: Nang kích thước lớn phá hủy xương nhiều.

- Kỹ thuật

+ Vô cảm.

+ Rạch niêm mạc, bóc tách bộc lộ xương.

+ Mở xương, bộc lộ nang.

+ Cắt bỏ một phần vỏ nang.

+ Khâu lộn niêm mạc vỏ nang và mở thông lòng nang ra khoang miệng.

+ Sau 1 tuần, làm máng bịt.

3.2.3. Kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề, nâng cao thể trạng phối hợp chăm sóc tại chỗ vết mổ.

+ Kháng sinh: dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftriaxon với liều 20-80 mg/kg cân nặng/lần/ngày hoặc ceftizoxim với liều 20-50mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Có thể kết hợp thêm kháng sinh nhóm nitroimidazol (thường dùng metronidazol với liều 10-15 mg/kg cân nặng/12 giờ).

+ Giảm phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin 4,2 mg x 01 viên/lần x 03 lần/ngày

+ Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

+ Dinh dưỡng hợp lý.

+ Bơm rửa chăm sóc vết mổ hàng ngày.

3.3. Biến chứng sau phẫu thuật

3.3.1. Biến chứng không đặc hiệu

- Chảy máu
- Phù nề tụ máu sau mổ
- Nhiễm trùng

3.3.2. Biến chứng đặc hiệu

- Nhiễm trùng dò mủ, không liền vết mổ.
- Tê bì hoặc mất cảm giác môi, má do tổn thương thần kinh.
- Tái phát nang do nạo sót, lấy không hết biểu mô nang.
- Gẫy xương hàm thứ phát do không tăng cường nẹp giữ chỗ.

3.4. Điều trị dự phòng

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện răng ngầm hoặc phát hiện sớm nang thân răng và điều trị kịp thời .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn (2017*), Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt,* Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 2, 15-37.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 104-106.

U MÁU Ở TRẺ EM (ICD: D18)
(Hemangiomas)

1. Định nghĩa

U máu trẻ em là u mạch máu do tăng sinh các tế bào nội mô mạch máu, thường xuất hiện trong những tuần đầu sau khi sinh, phát triển nhanh chóng trong những tháng đầu, sau đó dừng phát triển và có thể thoái triển.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào lâm sàng và tiến triển u. Trong một số trường hợp dựa vào chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học.

2.1.1. Lâm sàng

2.1.1.1. Tính chất u

- U ở lớp nông

Xuất hiện ban đầu như một nốt nhỏ, mảng đỏ, lúc đầu nhẵn, về sau gồ lên có mầu sáng hơn giống như quả dâu tây.

- U ở lớp sâu dưới da
- U gồ lên, không có mạch đập, ấn không xẹp, sờ chắc, ở dưới một lớp da bình thường. Da trên u có mầu xanh nhạt hoặc tím.
- Có thể thấy các tĩnh mạch, mao mạch giãn trên bề mặt u.

Thể hỗn hợp:

+ Biểu hiện là mảng da đỏ xuất hiện đầu tiên. Sau đó thành phần u dưới da phát triển nhô lên và vượt quá ranh giới vùng da đỏ, giống quả trứng trần.

U thường đơn lẻ, đôi khi có 2 đến 3 u. Trong một số trường hợp hiếm gặp có thể gặp hàng chục đến hàng trăm u dạng phát ban, có thể phối hợp với u máu ở các tạng như ở gan.

2.1.1.2. Vị trí u: hay gặp ở vùng đầu cổ. Ít gặp hơn ở vùng thân và các chi.

2.1.1.3. Kích thước u: đa dạng, thường dưới 3 cm. Có khi u chỉ nhỏ như đầu kim hoặc u rất to.

2.1.1.4. Trong một số trường hợp có thể phối hợp với các dị dạng khác.

2.1.1.5. *Tiến triển:*

U xuất hiện: trong những tuần đầu sau khi sinh.

Giai đoạn tăng sinh: U phát triển nhanh trong những tháng tiếp theo. Nếu điều trị nội khoa hoặc laser thì u thoái triển nhanh hơn.

Giai đoạn ổn định: u ngừng phát triển.

Giai đoạn thoái triển: hầu hết các trường hợp u máu trẻ em thoái triển sau giai đoạn ngừng phát triển, thường để lại sẹo. Trong một số trường hợp không để lại dấu vết.

2.1.2. Cận lâm sàng

Siêu âm: khảo sát mức độ xâm lấn hoặc khảo sát mạch khối u.

CT Scanner, MRI: trong các trường hợp khó chẩn đoán, cần khảo sát hình ảnh 3 chiều khối u.

Mô bệnh học:

+ Khối mao mạch rắn chắc, được lót bởi các tế bào nội mô, với tốc độ gián phân cao khi u ở thời kỳ tăng sinh.

+ Ở giai đoạn thoái lui thì giảm gián phân và tăng tỷ lệ tế bào nội mô chết và tổ chức mạch máu được thay thế bằng tổ chức xơ, mỡ.

2.2. Nguyên nhân

Do virus: nhiễm virus có thể làm tổn thương các tế bào nội mô, kích thích phát triển khối u.

Do nội tiết: người ta thấy nồng độ cao bất thường của estradiol-17 trong huyết thanh cũng như cho rằng estrogen kích thích phát triển khối u.

Do mất điều hòa giữa yếu tố sinh mạch và ổn định mạch vì vậy tăng sinh các tế bào nội mô

Do u xuất phát từ các tế bào của nhau thai, các nguyên bào mạch có thể biệt hóa bất thường thành kiểu cấu trúc vi mạch nhau thai bên trong tổ chức của u máu.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp điều trị u máu phụ thuộc vào các yếu tố: vị trí u máu, giai đoạn phát triển, các biến chứng có thể xảy ra của u máu nếu không điều trị, yếu tố thẩm mỹ, cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích của mỗi phương pháp.

3.2. Điều trị cụ thể

Có các lựa chọn để xử lý u máu trẻ em tùy từng trường hợp cụ thể:

3.2.1. Theo dõi không can thiệp

- Nhiều trường hợp u tự thoái lui mà không cần điều trị gì.
- Thường áp dụng với những u chậm hoặc không tăng kích thước, ở những vị trí ít ảnh hưởng đến thẩm mỹ (ngực, bụng, lưng)

3.2.2. Điều trị nội khoa

Có thể sử dụng một trong các liệu pháp sau đây hoặc có thể sử dụng phối hợp:

3.2.2.1. Liệu pháp Corticoid: Chọn một trong hai cách dùng dưới đây:

+ Đường uống: Prednisolon 1-2 mg/kg cân nặng, kéo dài 1 tháng (trong thời kỳ tăng sinh), giảm liều dần. Cần theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

+ Đường tiêm: triamcinolon 1-2 mg/kg cân nặng, tiêm thẳng vào u, 1 lần/2 tháng.

3.2.2.2. Liệu pháp propranolol

- Propranolol đường uống được cho với liều khởi đầu thường 1 mg/kg/ngày, chia 3 lần trong ngày, duy trì hàng ngày. Có thể tăng liều lên 2-3 mg/kg/ngày tuỳ theo mức độ đáp ứng của bệnh nhân.

- Theo dõi tình trạng bệnh nhân:

+ Theo giõi đường huyết.

+ Theo dõi nhịp tim hàng ngày.

+ Tái khám lại sau khoảng 1-3 tháng/lần.

+ Khi khối u ổn định có thể giảm dần liều thuốc đến 0,5 mg/kg/ngày, rồi dừng sử dụng thuốc.

3.2.2.3. Tiêm gây xơ hóa bằng bleomycin

- Tiến hành:

+ Vô cảm

Tiêm vào nhiều vị trí của khối u để làm xơ hóa toàn bộ khối u (thường pha loãng 1 lọ Bleomycin 15 UI với 15 ml NaCl 0,9%, dùng liều 0,6-1 UI/kg cân nặng).

Tiêm nhắc lại 2-6 lần, mỗi lần cách nhau 1-6 tháng tuỳ mức độ đáp ứng của khối u. Tổng liều không vượt quá 5 UI/kg cân nặng.

Kháng sinh sau tiêm xơ, giảm đau:

Kháng sinh: có thể dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftizoxim với liều 20-80 mg/kg cân nặng/lần/ngày) hoặc nhóm Penicillin (thường dùng Amoxicillin với liều 10-25 mg/kg cân nặng mỗi 12 giờ).

Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

- Biến chứng tiêm xơ:

+ Sưng nề nhiều có thể gây chèn ép cơ quan lân cận.

+ Nhiễm trùng sau tiêm xơ, ...

3.2.2. Phẫu thuật

Phẫu thuật cắt bỏ khối u và tạo hình đóng kín vết mổ.

- Chỉ định:

+ U có nguy cơ ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.

+ U khả năng thoái triển tự phát kém (thoái triển chậm và không toàn bộ)

+ U có biến chứng.

+ Điều trị di chứng u máu thoái lui.

- Kháng sinh, giảm phù nề, giảm đau sau phẫu thuật:

Kháng sinh: có thể dùng nhóm Cephalosporin (thường dùng Ceftizoxim với liều 20-80 mg/kg cân nặng/lần/ngày) hoặc nhóm Penicillin (thường dùng Amoxicillin với liều 10-25 mg/kg cân nặng mỗi 12 giờ).

Giảm phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin

Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

- Biến chứng phẫu thuật:

+ Chảy máu

+ Bục vết mổ

+ Nhiễm trùng

+ Sẹo co kéo

+ U tái phát

3.3. Điều trị dự phòng

Khám kiểm tra trẻ em trong những tuần đầu sau khi sinh phát hiện u máu để có kế hoạch theo dõi và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 143-145.

2. Bệnh viện Nhi đồng I (2018), *"U máu trẻ em"*, Phác đồ điều trị.

VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT (ICD: L03.2)

1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm mô tế bào hoại tử lan rộng không giới hạn vùng hàm mặt, với các biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, diễn biến nhanh, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

2.1.1.1. Toàn thân

+ Trong tình trạng nhiễm trùng, có thể nhiễm độc (trường hợp nặng).

+ Sốt cao hoặc nhiệt độ không tăng do tình trạng mạch nhiệt phân ly, mạch nhanh nhỏ, khó bắt.

+ Người bệnh thường ở tình trạng lả, suy kiệt, vật vã (trường hợp nặng).

2.1.1.2. Tại chỗ:

Bệnh bắt đầu ở một vùng nhất định, sau đó lan nhanh sang các vùng khác của nửa mặt cùng bên, sàn miệng hoặc bên đối diện.

Ngoài mặt

Mặt biến dạng, sưng to có thể lan rộng ra các vùng má, vùng cơ cắn, vùng mang tai, vùng dưới hàm, vùng thái dương, có thể lan tới vùng cổ và ngực.

Mi mắt sưng nề che kín nhãn cầu khi sưng lan đến vùng này.

Mờ các rãnh tự nhiên ở mặt.

Da căng bóng nề, không kẹp được bằng tay, màu trắng nhợt hoặc hơi tím.

Ấn thấy có mật độ chắc, có thể thấy lạo xạo hơi.

Trong miệng

Khít hàm.

Sưng nề vùng sàn miệng, má, thành bên họng.

Niêm mạc má, tiền đình nề, mang dấu răng, có cặn tơ huyết bẩn.

Nước bọt quánh, miệng có mùi hôi thối.

Có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Công thức máu có bạch cầu tăng, tăng bạch cầu trung tính, CRP định lượng tăng.

- Sinh hóa máu: GOT, GPT, Điện giải đồ, Creatinin, Protein, Glucose...

- Siêu âm khảo sát khối sưng: vùng thấu quang kích thước lớn, lan tỏa nhiều vùng, dịch trong khối đồng nhất hoặc không.

- Chọc hút tế bào khối sưng (tùy trường hợp): có dịch mủ.

- X quang

+ X quang: có biểu hiện tổn thương răng nguyên nhân.

+ Phim MRI, CT scanner: khi cần xác định chính xác vị trí, kích thước tổ chức bị viêm hoại tử.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

2.2.1. Do răng

Răng viêm quanh cuống không được điều trị.

Răng có viêm quanh răng không được điều trị.

Do biến chứng răng khôn.

2.2.2. Do nguyên nhân khác

Do tai biến điều trị.

Do chấn thương.

Nhiễm trùng các vùng lân cận.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

Chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.

Rạch dẫn lưu mủ.

Xử trí răng nguyên nhân (nếu có).

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Điều trị nội khoa

Điều trị chống nhiễm trùng, nhiễm độc và nâng cao thể trạng.

Kháng sinh theo kháng sinh đồ, khi chưa có kháng sinh đồ thì thường sử dụng nhóm như Beta lactam (ceftriaxon), nitroimidazols (Metronidazol)…, giảm đau – hạ sốt, bù dịch...

3.2.2. Điều trị ngoại khoa: Rạch dẫn lưu mủ

Vô cảm.

Rạch rộng, mở thông và dẫn lưu các ổ mủ.

Bơm rửa.

Đặt dẫn lưu tới tất cả các ổ mủ

Xử trí răng nguyên nhân.

3.2.3. Chăm sóc sau phẫu thuật

Bơm rửa qua dẫn lưu nhiều lần trong ngày.

Thay những dẫn lưu bị tắc.

3.3. Điều trị dự phòng

Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các răng bệnh lý và các tổn thương bệnh lý vùng hàm mặt có liên quan.

4. Tiên lượng và biến chứng

4.1. Tiên lượng

Tiên lượng nặng. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tiến triển nhanh, có thể tử vong do nhiễm trùng, nhiễm độc, ngạt thở.

4.2. Biến chứng

Áp xe trung thất.

Viêm tắc tĩnh mạch xoang hang.

Nhiễm trùng huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn (2017*), Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt,* Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 2, 79-116.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt*, Hà Nội, 133-135.

VIÊM TỦY RĂNG SỮA (ICD: K04)

1. Định nghĩa

Viêm tuỷ răng sữa là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tuỷ răng sữa, làm tăng áp lực nội tuỷ, chèn ép vào các tận cùng thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tuỷ răng ở trẻ em.

2. Chẩn đoán

2.1. Viêm tủy răng sữa có hồi phục

Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.

2.1.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng:

Đau: bệnh nhân có cảm giác đau tự nhiên, nhẹ thoáng qua, cơn đau ngắn.

Khi ăn các chất kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt… thì có cảm giác đau hoặc ê buốt tăng lên và sớm hết đau khi ngừng chất kích thích.

Triệu chứng thực thể:

Có tổn thương mô cứng của răng: có thể có lỗ sâu ở thân răng.

Thử tủy: bệnh nhân có cảm giác đau ê buốt và sớm hết đau, ê buốt khi loại bỏ chất kích thích thử tủy.

Răng không đổi màu

Gõ: gõ dọc không đau, gõ ngang vùng thân răng có thể có đau nhẹ.

- Cận lâm sàng

Xquang: nếu bệnh nhân hợp tác chụp thấy có biểu hiện các tổn thương mô cứng.

2.1.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với hai bệnh sâu ngà sâu và viêm tủy không hồi phục, dựa vào các dấu hiệu khác nhau dưới đây:

Triệu chứng	**Viêm tủy có hồi phục**	**Sâu ngà sâu**	**Viêm tủy không hồi phục**
Đau, ê buốt tự nhiên	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Không có đau tự nhiên.	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng,lạnh, chua, ngọt…	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn đau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Ê buốt ngà khi có kích thích nóng, lạnh, chua, ngọt. Hết kích thích thì hết ê buốt.	Đau tăng lên. Khi hết các chất kích thích, đau vẫn tiếp tục kéo dài thêm.

Tổn thương mô cứng răng	Có lỗ sâu, Có tổn thương tổ chức cứng lộ ngà,	Có lỗ sâu.	Lỗ sâu to, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.
Gõ dọc	Không đau.	Không đau.	Đau nhẹ.
Gõ ngang Thử tủy	Có thể có đau nhẹ. Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Không đau. Có cảm giác ê buốt và hết ngay khi ngừng kích thích.	Đau nhiều. Đau nhiều và còn kéo dài thêm khi ngừng kích thích
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy.

2.2. Viêm tủy răng sữa không hồi phục

Là tình trạng tổn thương viêm cấp mô tủy răng sữa ở trẻ em không còn khả năng hồi phục.

2.1.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng:

Đau tự nhiên, từng cơn với các đặc điểm dưới đây:

Thời gian cơn đau: có thể kéo dài hàng giờ hoặc đôi khi chỉ ngắn vài phút, làm cho tính chất cơn đau gần như liên tục.

Đau tăng khi kích thích bởi nóng, lạnh, chua, ngọt…hết kích thích đau vẫn còn kéo dài.

Đau tăng khi thay đổi tư thế: cúi đầu, nằm, về đêm.

Đau lan nửa hàm, đôi khi không xác định được vị trí đau

Triệu chứng thực thể:

Tổn thương mô cứng của răng: có lỗ sâu, nhiều ngà mủn, làm sạch có thể thấy ánh hồng hoặc tủy hở.

Gõ dọc: đau nhẹ.

Gõ ngang: đau nhiều.

Răng không đổi màu, không lung lay.

Thử tủy: đau nhiều và kéo dài khi đã loại bỏ yếu tố kích thích. Tuy vậy, ở trẻ em không có giá trị chắc chắn vì trẻ em đang đau sẽ rất cảnh giác và sợ hãi khi phản ứng lại với bất kì kích thích nào.

- Cận lâm sàng

Nếu bệnh nhân hợp tác chụp phim X quang: Có hình ảnh tổn thương mô cứng thân răng.

2.1.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tủy không hồi phục và viêm quanh cuống cấp, dựa vào các triệu chứng dưới đây:

Triệu chứng	Viêm tủy không hồi phục	Viêm tủy có hồi phục	Viêm quanh cuống cấp
Đau tự nhiên	Đau tự nhiên từng cơn, đau nhiều về đêm.	Đau tự nhiên xuất hiện thoáng qua.	Đau tự nhiên liên tục. Đau tăng khi chạm răng đối, cảm giác răng trồi cao.
Đau, ê buốt khi ăn các chất kích thích như nóng, lạnh, chua, ngọt, …	Đau tăng khi có kích thích, hết kích thích đau còn kéo dài	Có đau nhưng sau khi hết kích thích thì còn sau buốt nhẹ hoặc hết đau ngay.	Không đau.
Tính chất cơn đau	Đau có tính lan tỏa.	Đau tại răng.	Đau khu trú rõ tại răng tổn thương.
Dấu hiệu toàn thân	Không có phản ứng toàn thân.	Không có phản ứng toàn thân.	Sốt, có hạch tương ứng.
Sưng lợi	Không sưng lợi và Vùng cuống tương ứng.	Không sưng lợi và vùng cuống tương ứng.	Sưng nề, ấn đau ngách lợi và vùng cuống tương ứng.
Gõ ngang	Đau nhiều.	Có thể đau nhẹ.	Đau nhiều.
Gõ dọc	Đau nhẹ.	Không đau.	Đau nhiều.
Thử tủy	Đau nhiều và còn Kéo dài thêm khi ngừng kích thích.	Có đau, sớm hết đau khi hết kích thích.	Không đau.
X quang	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu. Vùng cuống răng bình thường.	Có hình ảnh tổn thương mô cứng: lỗ sâu sát tủy. Có hình ảnh thấu quang vùng cuống.

3. Điều trị

3.1. Viêm tủy có hồi phục

- Nguyên tắc

Loại bỏ các yếu tố nhiễm khuẩn

Bảo tồn tủy.

Bảo vệ tủy.

Hàn phục hồi tổn thương mô cứng

- Điều trị cụ thể

Chuẩn bị xoang hàn.

Hàn lót bảo vệ tủy: Có thể dùng Canxi hydroxit, hoặc MTA…

Hàn phục hồi xoang hàn bằng Composite, GIC,…

3.2. Viêm tủy không hồi phục

3.2.1. Nguyên tắc

Dựa vào giai đoạn phát triển của răng có thể bảo tồn răng(răng giai đoạn 1,2) hay nhổ răng(răng giai đoạn 3).

Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy.

Hàn kín hệ thống ống tủy và phục hồi tổn thương mô cứng.

3.2.2. Điều trị cụ thể

- Vô cảm:

+ Dùng thuốc diệt tủy hoặc gây tê tại chỗ.

+ Trường hợp bệnh nhân bị nhiều răng hoặc không hợp tác trên ghế răng có thể tiến hành gây mê NKQ khi điều kiện toàn thân cho phép. Đê đảm bảo quá trình điều trị răng, gây mê an toàn cần làm các CLS: CTM, sinh hóa máu: glucose, điện giải đồ, protein, creatinin, GOT, GPT, XN đông máu(yếu tố 1, APTT, PT,..), XQ tim phổi, có thể lam điện tim tùy trường hợp,.....

- Mở tủy:

+ Sửa soạn hệ thống ống tủy.

+ Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tuỷ.

+ Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp.

+ Hàn phục hồi mô cứng thân răng bằng vật liệu thích hợp.

- Toàn thân: Tùy trường hợp cụ thể có thể sủ dụng kháng sinh, chống viêm, giảm đau sau thủ thuật.

Kháng sinh: có thể dùng nhóm Penicillin (thường dùng Amoxicillin với liều 10-25 mg/kg cân nặng mỗi 12 giờ).

Có thể kết hợp thêm kháng sinh nhóm nitroimidazol (thường dùng Metronidazol với liều 10-15 mg/kg cân nặng mỗi 12 giờ).

Chống viêm, giảm phù nề: thường dùng Alphachymotrypsin 4,2 mg dạng uống

Giảm đau: dùng nhóm Acetaminophen (thường dùng Paracetamol với liều 10-15 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 4h/lần) hoặc nhóm NSAID (thường dùng Ibuprofen 100mg/5ml với liều 4-10 mg/kg cân nặng, cách nhau ít nhất 6h/lần).

- Tai biến:

+ Nhiễm trùng

+ Bong hàn, vỡ răng, ...

3.3. Điều trị dự phòng

Khám răng định kì để phát hiện và điều trị sớm các tổn thương sâu răng để ngăn ngừa biến chứng viêm tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt,* Hà Nội, 47.

2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh (2017), *"Viêm tủy răng sữa",* Phác đồ điều trị.

VNVC
Vietnam Vaccine JSC

HỆ THỐNG TRUNG TÂM TIÊM CHỦNG VẮC XIN

CHO TRẺ EM & NGƯỜI LỚN

Tiêm chủng VNVC An toàn - Chất lượng - Chuyên nghiệp - Giá ưu đãi

VNVC MANG ĐẾN DỊCH VỤ TIÊM CHỦNG VẮC XIN CAO CẤP

- **Luôn có đầy đủ các loại vắc xin dành cho trẻ em và người lớn,** kể cả các loại khan hiếm như: 6 trong 1, 5 trong 1, phế cầu, Rota, Prevenar 13, Menactra... với chất lượng tốt, nguồn gốc rõ ràng, được bảo quản bằng hệ thống kho lạnh đạt chuẩn GSP
- **Quy trình an toàn tiêm chủng** được đảm bảo nghiêm ngặt, 100% khách hàng đều được bác sĩ khám sàng lọc trước tiêm (miễn phí) và chỉ định tiêm chủng phù hợp
- **Giá vắc xin bình ổn** cả thời điểm khan hiếm, dịch bệnh; hỗ trợ **Gói vắc xin trả góp không lãi suất** trong 6 tháng
- **Miễn phí khám, tư vấn và nhiều tiện ích cao cấp**: Nhắc lịch tiêm tự động, lưu giữ lịch sử tiêm chủng trọn đời, wifi, nước uống, bỉm tã cho bé, đặc biệt có tổng đài hỗ trợ tư vấn chăm sóc sau tiêm chủng
- **Cơ sở vật chất "5 sao", dịch vụ chăm sóc khách hàng cao cấp**
- Làm việc từ 7h - 17h kể cả thứ 7, chủ nhật và các ngày Lễ, Tết (không nghỉ trưa)

HOTLINE: 028 7300 6595

CÔNG TY CỔ PHẦN VACXIN VIỆT NAM | Hà Nội: 180 Trường Chinh, Q.Đống Đa; TP.HCM: 198 Hoàng Văn Thụ, Q.Phú Nhuận

trungtamtiemchungvnvc www.vnvc.vn

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

★ Đội ngũ chuyên gia đầu ngành, bác sỹ giỏi, nhân viên chuyên nghiệp
★ Hệ thống thiết bị khám chữa bệnh hiện đại, nhiều thiết bị hàng đầu thế giới
★ Dịch vụ chăm sóc khách hàng cao cấp, tận tâm
★ Chi phí hợp lý, nhiều chính sách hỗ trợ tài chính linh hoạt
★ Không gian sang trọng, nhiều tiện ích cao cấp miễn phí

Hà Nội: 108 Hoàng Như Tiếp, quận Long Biên TP.HCM: 2B Phổ Quang, phường 2, quận Tân Bình

Hotline: 1800 6858 Website: tamanhhospital.vn Facebook: benhvientamanh