

# **BỆNH TAY CHÂN MIỆNG**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là

Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

- Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

- Bệnh tay chân miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

- Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh,

đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

## **II. LÂM SÀNG**

### **1. Triệu chứng cơ năng và thực thể:**

- Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.

- 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.

- 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.

+ Giai đoạn lui bệnh: Thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

## **2. 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.

## **III. CẬN LÂM SÀNG**

### **1. Các xét nghiệm cơ bản:**

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên  $16.000/mm^3$  thường liên quan đến biến chứng

- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường ( $< 10$  mg/L).

- Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

## **2. 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  $\geq 150$  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.

## **3. Xét nghiệm phát hiện virus:**

- (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt: Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

## **4. Chụp MRI não:**

- Chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

# **IV. BIẾN CHỨNG**

## **1. Biến chứng thần kinh:**

- Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.
- Rung giật cơ (myoclonic jerk, giật mình chơi với): Từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.
- Ngủ gà, bứt rứt, chơi với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.
- Rung giật nhãn cầu.

- Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).
- Liệt dây thần kinh sọ não.
- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.
- Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt võ).

**Biến chứng tim mạch, hô hấp:** Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

- Mạch nhanh > 150 lần/phút.
- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.
- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân,...)
- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi  $\square$  110 mmHg, trẻ từ 1-2 tuổi  $\geq$  115 mmHg, trẻ trên 2 tuổi  $\geq$  120 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.
- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản, thở nông, thở bụng, thở không đều.
- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

## V. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán ca lâm sàng: **Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.**

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.
- Lâm sàng: Phồng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

### 2. Chẩn đoán xác định:

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh từ phân, bóng nước, phết họng, dịch não tủy.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh có biểu hiện loét miệng
- Viêm loét miệng (áp-tơ): Vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.
- Các bệnh có phát ban da:
  - + Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sần, thường có hạch sau tai.
  - + Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
  - + Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.
  - + Thủy đậu: Phồng 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.
- Viêm não-màng não:
  - + Viêm màng não do vi khuẩn.
  - + Viêm não-màng não do vi rút khác.
- Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

## VI. PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG

- **Độ 1:** Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.
- **Độ 2:**
- **Độ 2a:** có một trong các dấu hiệu sau:
  - + Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám
  - + Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39<sup>0</sup>C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.
- **Độ 2b:** có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :
  - + **Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:**
    - Giật mình ghi nhận lúc khám.
    - Bệnh sử có giật mình  $\geq 2$  lần/ 30 phút.
    - Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:
    - Ngủ gà

Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

o

Sốt cao  $\geq 39$  C không đáp ứng với thuốc hạ sốt

+ **Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:**

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...

- **Độ 3:** có các dấu hiệu sau:

+ Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

+ Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).

+ Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.

+ Huyết áp tăng.

+ Thở nhanh, thở bất thường: Con ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản.

+ Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).

+ Tăng trương lực cơ.

- **Độ 4:** có một trong các dấu hiệu sau:

+ Sốc.

+ Phù phổi cấp.

+ Tím tái, SpO<sub>2</sub> < 92%.

+ Ngưng thở, thở nấc.

## VII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Độ 1: Có 1 trong các triệu chứng sau:

+ Sốt cao > 39°C

- + Sốt trên 2 ngày
- + Nôn ói nhiều
- + Ngủ gà
- + Giật mình nhiều
- + Run chi
- Độ 2 – 4.

## VIII. ĐIỀU TRỊ

### 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 và điều trị biến chứng.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

### 2. Điều trị cụ thể theo phân độ lâm sàng

- **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 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  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ .
  - + Thở nhanh, khó thở.
  - + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.
  - + Đi loạng choạng.

- + Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
- + Co giật, hôn mê.
- **Độ 2:** Điều trị nội trú tại bệnh viện
- **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 lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol).
  - + Thuốc: Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày, uống.
  - + Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.
- **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 1: Không chỉ định Immunoglobulin thường qui. 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.
      - + Nhóm 2: 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dùng liều thứ 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<sub>2</sub> và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

- **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<sub>2</sub> từ 25-35 mmHg và duy trì PaO<sub>2</sub> từ 90-100 mmHg.
  - + Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.
  - + 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.
  - + Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 µg/kg/phút trong 24-72 giờ, dùng khi HA cao, phối hợp với các loại vận mạch khác khi có biểu hiện suy tim.
  - + 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 tĩnh mạch chậm, lặp lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).
  - + 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, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO<sub>2</sub>, mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.
- **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<sub>2</sub> từ 30-35 mmHg và duy trì PaO<sub>2</sub> 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.
- Dừng 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  $\geq 50$ 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, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO<sub>2</sub>, nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn

## **IX. PHÒNG BỆNH**

### **1. Nguyên tắc phòng bệnh:**

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

### **2. Phòng bệnh tại các cơ sở y tế**

- Cách ly theo nhóm bệnh.

- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.
- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.
- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

### **3. Phòng bệnh ở cộng đồng**

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.
- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.
- Cách ly trẻ bệnh tại nhà. Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10-14 ngày đầu của bệnh.

# BỆNH THỦY ĐẬU

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa

Bệnh Thủy Đậu là bệnh truyền nhiễm rất dễ lây do virus varicella zoster (VZV) gây ra. Bệnh thường diễn tiến lành tính nhưng có thể gây thành đại dịch. Bệnh lây lan trực tiếp từ người sang người, chủ yếu qua đường hô hấp, sau đó là qua tiếp xúc với bóng nước. Bệnh thường xuất hiện ở tuổi mẫu giáo và cấp 1-2 (90% ở trẻ em <13 tuổi).

### 2. Nguyên nhân

VZV là thành viên của họ virus Herpesviridae.

VZV gây ra 2 bệnh theo hai cách khác nhau trên lâm sàng: Thủy Đậu và Zona.

Thủy đậu thường xuất hiện ở người chưa có miễn dịch. Zona là trạng thái tái hoạt động của một nhiễm trùng tiềm tàng kèm theo điều kiện thuận lợi như chấn thương, ung thư, suy giảm miễn dịch (AIDS).

## II. LÂM SÀNG

### 1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình 14-15 ngày (có thể từ 10-20 ngày). Nếu bệnh nhân suy giảm miễn dịch, thời kỳ này có thể ngắn hơn.

### 2. Thời kỳ toàn phát (24-48h)

Sốt nhẹ (sốt cao ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch). Sốt cao nói lên tình trạng nhiễm độc nặng.

Mệt mỏi, chán ăn, nhức đầu.

Phát ban, (tiền thân của bóng nước) là những hồng ban nổi trên nền da bình thường, không tẩm nhuận, có kích thước vài mm, tồn tại khoảng 24g trước khi thành bóng nước, có thể có ngứa.

### 3. Thời kỳ toàn phát (thời kỳ đậu mọc)

Giảm sốt

Nổi bóng nước tròn trên nền viền da, màu hồng, đường kính 3-13 mm (thường <5mm). Bóng nước xuất hiện ở da đầu, thân người, sau đó lan ra tay chân. Trên

một vùng da có thể xuất hiện bóng nước với nhiều lứa tuổi (*bóng nước chứa dịch trong, bóng chứa dịch đục, bóng nước đóng mào*)

Bóng nước có thể mọc trên niêm mạc đường hô hấp, tiết niệu tiêu hóa, âm đạo.

Bóng nước xuất hiện càng nhiều bệnh càng nặng.

#### 4. Thời kỳ hồi phục

Sau một tuần, bóng nước đóng mào, lành không để lại sẹo (*trừ khi bội nhiễm*).

#### 5. Biến chứng

- Nhiễm trùng da (*bóng nước bội nhiễm*) thường gặp nhất
- Viêm phổi, viêm gan, viêm não màng não
- Nhiễm trùng huyết
- Hội chứng Reye, Guillian barre

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Huyết đồ: thường bình thường.
- Huyết thanh chuẩn đoán: ít quá trị.
- Phân lập virus, PCR ít áp dụng.

### IV. CHẨN ĐOÁN

**1. Chẩn đoán xác định:** dựa vào các triệu chứng lâm sàng và dịch tễ

**2. Chẩn đoán phân biệt**

- **Chốc lở bóng nước:**

Thường gây ra do Streptococcus tan huyết nhóm A . Thường xuất hiện trên nền da trước đó bị trầy xước, tổn thương như ghẻ hoặc chàm. Bóng nước lúc đầu trong, sau đó hóa đục, vỡ ra rồi đóng mào màu mật ong, kèm dấu hiệu nhiễm trùng.

- **Tổn thương do Herpes simplex:** phân biệt dựa vào phân lập virus.

- **Bệnh tay chân miệng:** Bóng nước nhỏ hơn, mọc ở trong lòng bàn tay, bàn chân, miệng, gối, mông. Kèm các triệu chứng như run giật cơ, hốt hoảng chơi với...

### V. ĐIỀU TRỊ

- **Thuốc chống virus:** rút ngắn thời gian bệnh. Thường dùng trong những trường hợp:

- + Bệnh nặng, có biến chứng.
- + Suy giảm miễn dịch.

- + Trẻ vị thành niên.
- + Hiệu quả tốt nhất nếu dùng sớm trong 24h đầu trước khi nổi bóng nước.
- **Acyclovir (*adenine guanosin*)**
  - + Trẻ < 12 tháng : 10mg/kg 1 lần, nhân 3 lần/ngày.
  - + Trẻ >12 tháng : 20mg/kg 1 lần ,nhân 4 lần/ngày, tối đa 800mg/ lần.
  - + Trung bình 5-7 ngày, hoặc đến khi bóng nước mới không xuất hiện nữa.
  - + Trong trường hợp nặng hơn hoặc có biến chứng như viêm não-màng não, trẻ suy giảm miễn dịch, có thể sử dụng Acyclovir đường tĩnh mạch. Liều: 10-20 mg/kg/lần, nhân 3 lần, dùng 7-10 ngày.
- **Điều trị nhiễm trùng**
  - + Giảm ngứa bằng cách thuốc kháng Histamin
  - + Giảm đau hạ sốt bằng Acetaminophen (*không được dùng Aspirin ở trẻ em*)
- **Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm**
  - + Vệ sinh da hằng ngày
  - + Mặc quần áo kín, cắt đầu móng tay.

## VI. PHÒNG NGỪA

1. **Rất khó đạt hiệu quả** vì bệnh có thể lây 24-48g trước khi nổi bóng nước cho đến khi nốt đậu đóng mài.

2. **Phòng ngừa:**

4. **Thu động:**

Globulin miễn dịch: có thể phòng ngừa tạm thời và cải thiện tình trạng nặng của bệnh.

Nên sử dụng trong các trường hợp sau:

- + Trẻ em bị suy giảm miễn dịch
- + Trẻ sơ sinh sinh ra từ bà mẹ thủy đậu trong vòng 5 ngày trước hoặc trong vòng 2 ngày sau sinh:
  - Thời gian bảo vệ của Globulin là 3 tuần
  - Liều: 125 UI /10kg – tối đa 625 UI, 1 liều duy nhất. Trẻ sơ sinh dùng 1 liều 125UI.

5. **Chủ động:**

- + Vacin được làm bằng virus sống giảm độc lực.
- + Hiệu quả cao
- + Chỉ định phòng ngừa cho trẻ em từ 12-18 tháng (*1 liều duy nhất*).

# CÚM A H5N1

## I. ĐẠI CƯƠNG

Virus cúm đã gây nhiều vụ dịch lớn trên thế giới với tỉ lệ tử vong cao. Có 3 type virus cúm là A, B và C, trong đó virus cúm A và B hay gây bệnh trên người. Các chủng virus có thể thay đổi hàng năm.

Đã có nhiều nước trên thế giới có người bệnh nhiễm virus cúm type A (H5N1) và có tỉ lệ tử vong cao. Ở nước ta đã có một số bệnh nhân nhập viện do cúm type A chủng H5N1. Bệnh diễn biến nặng, tiến triển nhanh, không đáp ứng với các phương pháp điều trị thông thường và có tỷ lệ tử vong cao.

## II. LÂM SÀNG

**1. Bệnh sử:** trong vùng có dịch cúm gia cầm trong vòng 2 tuần.

- Tiếp xúc gần với gia cầm bị bệnh (nuôi, buôn bán, vận chuyển, giết mổ, chế biến, ăn thịt gia cầm bị bệnh, ăn tiết canh v.v...)
- Tiếp xúc gần gũi với người bệnh: nghi ngờ, có thể hoặc đã xác định mắc cúm A (H5N1)

### 2. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Bệnh diễn biến cấp tính và có một số biểu hiện sau đây:

- Sốt trên 38°C.
- *Các triệu chứng về hô hấp*
  - + Ho khan hoặc có đờm, tức ngực, thở nhanh, tím tái...
  - + Có thể có ran khi nghe phổi.
  - + Diễn biến nhanh chóng tới suy hô hấp.
- *Triệu chứng tuần hoàn*
  - + Nhịp tim nhanh, huyết áp hạ, sốc.
- *Các triệu chứng khác*

+ Đau đầu, đau cơ, tiêu chảy.

+ Suy đa tạng.

### **III. CẬN LÂM SÀNG**

**1. X quang phổi:** Tổn thương thâm nhiễm lan toả một bên hoặc hai bên, tiến triển nhanh.

Nên chụp phổi 1-2 lần trong ngày ở giai đoạn cấp.

**2. Xét nghiệm cơ bản:**

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm.

- Độ bão hoà oxy máu (SpO<sub>2</sub>): dưới 92%

- PaO<sub>2</sub> giảm dưới 85 mmHg. Tỷ lệ PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> dưới 300 khi có tổn thương phổi cấp (ALI), dưới 200 khi có suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

**3. Xét nghiệm vi sinh chuyên biệt:**

- Virus:

+ Lấy bệnh phẩm:

. Ngoáy họng

. Lấy dịch tỵ hầu

. Lấy dịch phế quản

+ Làm RT-PCR để xác định virus cúm A/H5

- Vi khuẩn:

+ Cấy máu ngay khi vào viện

+ Cấy dịch màng phổi, dịch nội khí quản.

Sơ đồ chẩn đoán và xử trí cúm A (H5N1): xem Phụ lục 1.

## **IV. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh**

- Ca bệnh nghi ngờ: Khi có đủ các tiêu chuẩn sau:
  - Sốt 38°C trở lên
  - Có một trong các triệu chứng hô hấp sau: ho, khó thở
  - Có yếu tố dịch tễ.
- Ca bệnh có thể:
  - Có tiêu chuẩn ca bệnh nghi ngờ
    - + Hình ảnh Xquang diễn tiến nhanh phù hợp với cúm
    - + Số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm
- Ca bệnh xác định: Xét nghiệm virus dương tính với cúm A/H5 trên ca bệnh nghi ngờ hoặc có thể.

### **2. Phân độ lâm sàng**

Căn cứ vào:

- Mức độ thiếu oxy máu khi thở khí trời:
  - + Ưu tiên theo dõi khí máu
  - + Áp dụng rộng rãi đo SpO<sub>2</sub>
- Mức độ tổn thương phổi: bắt buộc phải chụp Xquang phổi.
- Nặng:
  - Khó thở, tím
  - SpO<sub>2</sub> < 88%

- PaO<sub>2</sub> <50 mmHg
- Xquang phổi: thâm nhiễm lan toả hai bên
- Có thể suy đa tạng, sốc.
- Trung bình :
- Khó thở, tím
- SpO<sub>2</sub> từ 88-92%
- PaO<sub>2</sub> từ 50-65 mmHg
- Xquang phổi : thâm nhiễm khu trú 2 bên hoặc lan toả 1 bên.
- Nhẹ :
- Không khó thở
- SpO<sub>2</sub> > 92%
- PaO<sub>2</sub> > 65 mmHg
- Xquang phổi : thâm nhiễm khu trú một bên hoặc tổn thương không rõ rệt.

Lưu ý : lâm sàng diễn biến rất nhanh vì vậy cần theo dõi sát.

#### - **ĐIỀU TRỊ**

##### Nguyên tắc chung:

- Bệnh nhân nghi ngờ phải được cách ly.
- Dùng thuốc kháng virus (oseltamivir) càng sớm càng tốt.
- Hồi sức hô hấp là cơ bản, giữ SpO<sub>2</sub> >= 92%.
- Điều trị suy đa tạng (nếu có).

## □ Điều trị suy hô hấp cấp:

- Tư thế người bệnh : Nằm đầu cao  $30^{\circ} - 45^{\circ}$

- Cung cấp oxy:

+ Chỉ định: Khi có giảm oxy hoá máu:

- $SpO_2 \leq 92\%$  hay  $PaO_2 \leq 65\text{mmHg}$
- Tăng công thở: thở nhanh, rút lõm ngực.

+ Thở oxy qua gọng mũi: 1-5 lít/phút sao cho  $SpO_2 > 92\%$ .

+ Thở oxy qua mặt nạ đơn giản: oxy 6-12 lít/phút khi thở oxy qua gọng mũi không giữ được  $SpO_2 > 92\%$ .

+ Thở oxy qua mặt nạ có túi: lưu lượng oxy đủ cao để không xẹp túi khí ở thì thở vào, khi mặt nạ đơn giản không hiệu quả.

- Thở CPAP:

+ CPAP được chỉ định khi tình trạng giảm oxy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở oxy,  $SpO_2 < 92\%$ . Nếu có điều kiện, ở trẻ em nên chỉ định thở CPAP ngay khi thất bại với thở oxy qua gọng mũi.

+ Tiến hành thở CPAP:

- Chọn gọng mũi phù hợp.
- Bắt đầu cho thở với CPAP = 5  $\text{cmH}_2\text{O}$
- Điều chỉnh mức CPAP theo lâm sàng với mức thay đổi 1  $\text{cmH}_2\text{O}$ /lần để duy trì  $SpO_2 > 92\%$ . Mức CPAP tối đa có thể đạt tới 10  $\text{cmH}_2\text{O}$ .

- Thông khí nhân tạo:

+ Chỉ định:

- Thở CPAP hoặc thở oxy không cải thiện được tình trạng thiếu oxy máu ( $SpO_2 < 90\%$  với CPAP = 10  $\text{cmH}_2\text{O}$ ).

- Người bệnh bắt đầu có dấu hiệu xanh tím, thở nhanh nông.

+ Nguyên tắc thông khí nhân tạo:

Mục tiêu:  $SpO_2 > 92\%$  với  $FiO_2 \leq 60\%$

Nếu không đạt được mục tiêu trên có thể chấp nhận mức  $SpO_2 > 85\%$ .

+ Thông khí nhân tạo không xâm nhập BiPAP

- Thông khí nhân tạo không xâm nhập BiPAP được chỉ định khi người bệnh có suy hô hấp còn tỉnh, hợp tác tốt, khả năng ho khạc tốt.

+ Thông khí nhân tạo xâm nhập:

- Chỉ định khi người bệnh có suy hô hấp nặng và không đáp ứng với thông khí nhân tạo không xâm nhập.
- Bắt đầu bằng phương thức thở kiểm soát thể tích hoặc áp lực, với  $V_t$  từ 8-10 ml/kg, tần số phù hợp theo tuổi và lâm sàng,  $I/E = 1/2$ ,  $PEEP=5$  và điều chỉnh  $FiO_2$  để đạt được  $SpO_2 > 92\%$ .

- Dẫn lưu hút khí màng phổi: Khi có tràn khí màng phổi, phải dẫn lưu hút khí màng phổi.

#### Các biện pháp hồi sức khác:

- **Truyền dịch:** tiến hành truyền dịch đảm bảo cân bằng xuất nhập, tránh quá tải gây phù phổi, theo dõi CVP, nước tiểu.

- **Thuốc vận mạch:** dùng sớm thuốc vận mạch, có thể dùng dopamine hoặc noradrenaline phối hợp với dobutamine để duy trì huyết áp tâm thu chấp nhận được theo tuổi.

- **Thăng bằng kiềm toan:** đảm bảo thăng bằng kiềm toan, đặc biệt khi tiến hành thông khí nhân tạo tăng thông cho phổi, duy trì  $pH \geq 7,35$ .

#### Điều trị hỗ trợ

- Dùng corticosteroid:

+ Chỉ định cho những ca nặng, ở giai đoạn tiến triển, có sốc nhiễm khuẩn. Có thể dùng 1 trong các thuốc sau đây:

- methylprednisolon: từ 0,5-1 mg/kg/ngày  7 ngày, tiêm tĩnh mạch.

hoặc

- hydrocortisone hemisuccinate 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, tiêm tĩnh mạch

hoặc

- depersolon 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, tiêm tĩnh mạch

hoặc

- prednisolone 0,5-1mg/kg/ngày x 7 ngày, uống

Chú ý theo dõi đường huyết, xuất huyết tiêu hoá

- Sốt: chỉ dùng paracetamol khi nhiệt độ trên 38.5°C.

- Bảo đảm chế độ dinh dưỡng và chăm sóc:

+ Dinh dưỡng:

- Bệnh nhân nhẹ: cho ăn bằng đường miệng.

- Bệnh nhân nặng: cho ăn sữa và bột dinh dưỡng qua ống thông dạ dày.

- Nếu bệnh nhân không ăn được phải kết hợp nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

+ Chống loét: cho bệnh nhân nằm đệm nước, xoa bóp, thay đổi tư thế.

+ Chăm sóc hô hấp: giúp bệnh nhân ho, khạc; vỗ rung vùng ngực; hút đờm.

### Điều trị thuốc:

- Thuốc kháng virus:

Oseltamivir (Tamiflu):

Trẻ em < 12 tháng:

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

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

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

Trẻ từ 1 – 13 tuổi:

- < 15 kg: 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
- 16 – 23kg: 45mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
- 24 – 40kg: 60mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
- 40kg: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

Người lớn và trẻ > 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

Zanamivir: dùng dạng hít hoặc khí dung:

Người lớn: 2 lần xịt 5mg x 2 lần/ngày.

Trẻ em 5 – 7 tuổi: 2 lần xịt 5mg x 1 lần/ngày.

Trường hợp nặng có thể kết hợp thuốc và kéo dài thời gian điều trị đến khi hết virus

Cần theo dõi chức năng gan, thận để điều chỉnh liều lượng cho phù hợp.

- Kháng sinh: Có thể dùng một kháng sinh phổ rộng hoặc phối hợp 2-3 kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn bệnh viện.

#### - **TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN**

- Hết sốt 7 ngày.

- Xét nghiệm máu, X quang tim, phổi ổn định.

- Xét nghiệm virus cúm A/H5 âm tính.

#### - **PHÒNG NGỪA**

##### Nguyên tắc

Thực hiện các biện pháp cách ly và chống nhiễm khuẩn nghiêm ngặt. Khi phát hiện người bệnh nghi ngờ mắc cúm A (H5N1) phải khám, phân loại và cách ly kịp thời.

##### Phòng ngừa cho người bệnh và thân nhân

- Phát hiện sớm và cách ly ngay những người bệnh nghi ngờ mắc cúm A (H5N1). Không xếp chung người bệnh nghi ngờ với các người bệnh khác.
- Người bệnh đã xác định bệnh được tập trung tại khoa Nhiễm
- Tất cả người bệnh, người nghi ngờ mắc bệnh phải mang khẩu trang khi ở trong buồng bệnh cũng như khi đi ra ngoài buồng bệnh.
- Người bệnh cần chụp Xquang, làm các xét nghiệm, khám chuyên khoa cần được tiến hành tại giường. Nếu không có điều kiện, khi chuyển người bệnh đi chụp chiếu, xét nghiệm... phải thông báo trước cho các khoa liên quan để nhân viên y tế tại các khoa tiếp nhận người bệnh chiếu chụp, xét nghiệm biết để mang đầy đủ các phương tiện phòng hộ. Người bệnh phải đeo khẩu trang và mặc áo choàng khi vận chuyển trong bệnh viện.
- Hạn chế thân nhân vào khu cách ly. Trường hợp người trực tiếp chăm sóc hoặc tiếp xúc với người bệnh phải được hướng dẫn và áp dụng các biện pháp phòng lây nhiễm như nhân viên y tế.

#### Phòng ngừa cho nhân viên y tế

- Phương tiện phòng hộ gồm: Khẩu trang ngoại khoa, khẩu trang loại N95, kính bảo hộ, mặt nạ che mặt, áo choàng giấy dùng một lần, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng. Phương tiện phòng hộ phải luôn có sẵn ở khu vực cách ly.
- Mỗi nhân viên ở khu vực cách ly mang đầy đủ phương tiện phòng hộ trước khi tiếp xúc với người bệnh và các chất tiết đường hô hấp. Khi ra khỏi buồng cách ly phải thải bỏ các phương tiện phòng hộ vào thùng thu gom chất thải và xử lý như chất thải y tế lây nhiễm và phải tắm, thay quần áo trước khi ra khỏi bệnh viện.
- Bệnh phẩm xét nghiệm: Phải đặt trong túi nilon hoặc hộp vận chuyển theo quy định đến phòng xét nghiệm.
- Giám sát: lập danh sách nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc điều trị và nhân viên làm việc tại khoa có người bệnh. Những nhân viên có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm bệnh cần được

khám, làm các xét nghiệm và theo dõi như người bệnh nghi ngờ bị cúm nặng.

- Thông báo ngay về Trung tâm y tế dự phòng địa phương và Bộ Y tế những trường hợp nghi ngờ và mắc.

**Xử lý dụng cụ y tế, đồ vải và dụng cụ dùng cho người**

**bệnh:**

- Dụng cụ y tế: Những dụng cụ dùng lại phải khử khuẩn ngay tại khu vực cách ly, sau đó chuyển về buồng cọ rửa để cọ rửa và tiệt khuẩn theo quy định.

- Phương tiện dùng cho người bệnh: phải cọ rửa và tẩy uế bằng xà phòng và hoá chất khử khuẩn hàng ngày và mỗi khi bẩn. Mỗi người bệnh có dụng cụ phục vụ vệ sinh và dinh dưỡng riêng.

- Đồ vải: Áp dụng phương pháp vận chuyển và xử lý như đồ vải nhiễm khuẩn. Thu gom đồ vải trong túi nilon màu vàng trước khi vận chuyển xuống nhà giặt. Không ngâm đồ vải tại khu vực cách ly. Giặt đồ vải trong các dung dịch khử khuẩn. Trong trường hợp phải giặt bằng tay thì trước khi giặt đồ vải phải ngâm khử khuẩn.

**Xử lý môi trường và chất thải bệnh viện:**

- Tuân thủ quy trình về xử lý môi trường, chất thải theo quy định như đối với các trường hợp bị ô nhiễm.

**Vận chuyển người bệnh:**

- Nguyên tắc:

+ Hạn chế vận chuyển người bệnh.

+ Khi vận chuyển phải chuẩn bị đầy đủ phương tiện hồi sức hô hấp như mặt nạ oxy, bình oxy, máy thở CPAP, bóngambu có van PEEP.

+ Đảm bảo an toàn cho người bệnh và người chuyển người bệnh (lái xe, nhân viên y

tế, người nhà v.v..)

- Nhân viên vận chuyển người bệnh phải mang đầy đủ phương tiện phòng hộ: khẩu trang ngoài khoa, áo choàng một lần, mặt nạ che mặt, găng tay, mũ.

- Tẩy uế xe cứu thương sau mỗi lần vận chuyển người bệnh bằng chất sát khuẩn thông thường.

- Rửa tay, sát khuẩn tay khi kết thúc vận chuyển.

**Dự phòng bằng thuốc kháng virus:**

- Đối tượng: Nhân viên y tế và những người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân nhiễm cúm A/H5 không sử dụng các phương tiện bảo hộ.

- Liều dùng: oseltamivir 75 mg, 1 viên/ngày x 7 ngày.

**Vắc xin phòng bệnh đặc hiệu:** Hiện nay đang nghiên cứu vắc xin đặc hiệu với virus cúm A chủng H5N1.

**Phô lôc 1. Sơ đồ chẩn đoán virus cúm A (H5N1)**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 30/2008/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**Đề trong vùng cảnh dịch cúm gia cầm Sét + Ho**

<b>Khả năng</b>	<b>Cả yếu tố dịch tễ trong vùng 2 tuần:</b>	<b>Cả</b>
Nghi ngờ nhiễm cúm A (H5N1)	-Tiếp xúc với gia cầm bệnh (ăn thịt canh, giết mổ gia cầm, buôn bán, vận chuyển gia cầm ...) -Tiếp xúc với bệnh nhân cúm hoặc chết vì viêm phổi cấp tính ngay nhân	Cả triệu chứng nhiễm cúm A (H5N1)

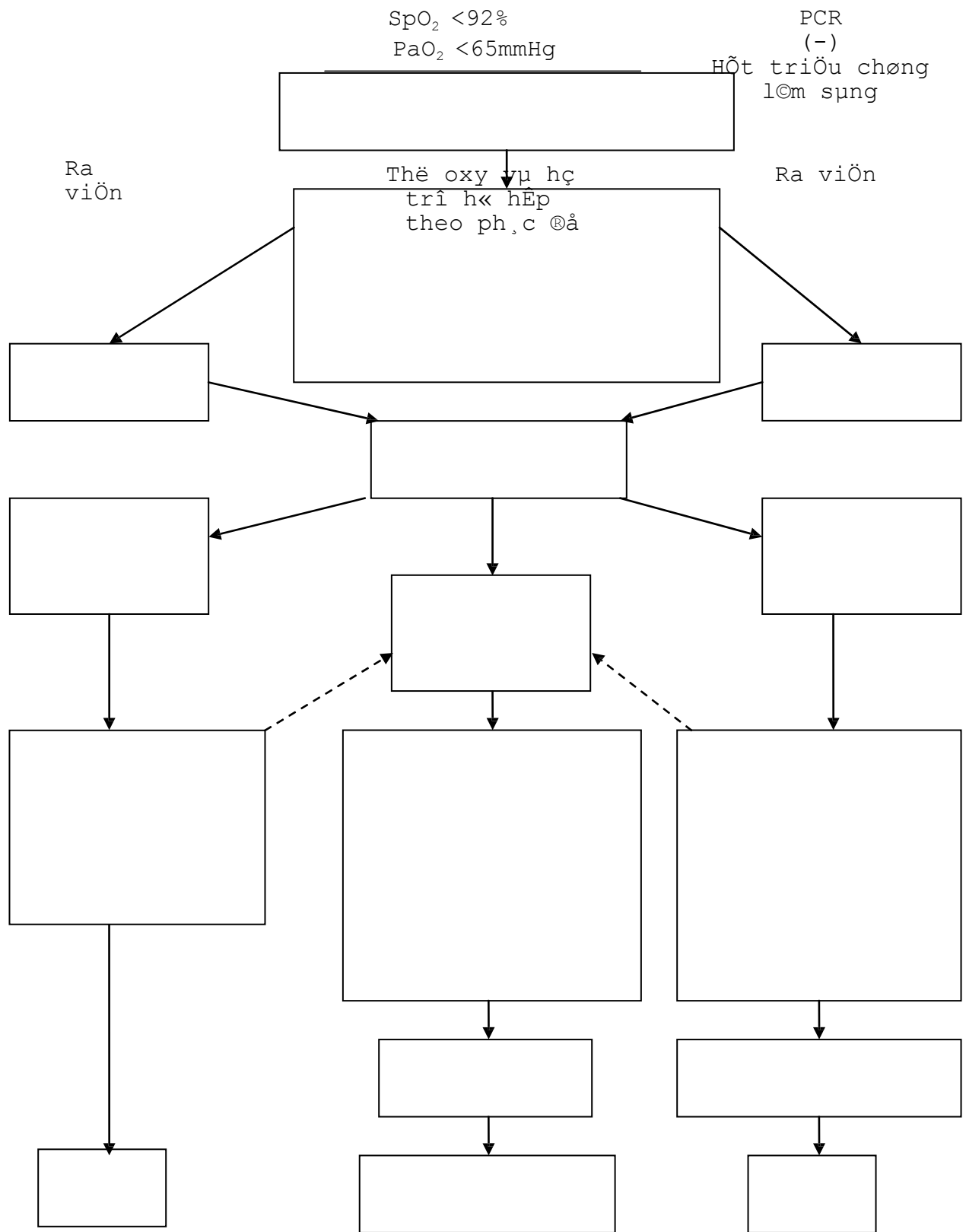
**Các triệu chứng lâm sàng + Xquang phổi**

-Bệnh cúm bệnh thường hoặc cao -Xquang phổi bệnh thường	-Bệnh cúm bệnh thường hoặc giảm -Xquang phổi cả tên thường	-Bệnh cúm bệnh thường hoặc cao -Xquang phổi bệnh thường
---	---	---

Siêu trình nhiễm trùng huyết  
trên  
Theo dõi  
72h  
Xét nghiệm lâm sàng  
thức lâm sàng  
Xquang phổi  
hàng ngày

Cách ly/Phân hủy  
c, nhân Xét  
nghiệm nhanh tìm  
H5N1  
Lây dịch mọi  
hàng lọ PCR  
Chỉ số m, u,  
AST/ALT/CD4  
**Thuộc khám vi rút**  
Kh, ng sinh vật  
corticosteroid  
theo ph, c

Cách ly/Phân hủy  
c, nhân Lây dịch  
mọi hàng lọ PCR  
Siêu trình nhiễm  
trùng huyết  
trên  
Theo dõi  
72h  
Xét nghiệm lâm sàng  
các triệu chứng lâm sàng  
Xquang phổi  
hàng ngày



# QUAI BỊ

## I. ĐỊNH NGHĨA

Quai bị là một bệnh nhiễm virus cấp tính tự giới hạn do siêu vi trùng thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra với đặc điểm sưng tuyến mang tai và tuyến nước bọt.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Dịch tễ:

- Tuổi: 2 -12t
- Quai bị lây từ người sang người qua đường hô hấp.
- Virus xuất hiện trong tuyến nước bọt từ 1 tuần trước và 2 tuần sau khi khởi phát sưng tuyến nước bọt. Giai đoạn lây truyền cao nhất xảy ra từ 1 -2 ngày trước và đến 5 ngày sau sưng tuyến mang tai.

### 2. Lâm sàng:

- *Hỏi bệnh:*
  - + Tiếp xúc với người bệnh quai bị
  - + Chủng ngừa quai bị?
  - + Bệnh sử: sốt, sưng hàm 1 hoặc 2 bên, ói, nhức đầu, đau bụng...
  - + Đau hoặc sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên, bờ thường không rõ, da trên tuyến thường không đỏ, không nóng, có thể kèm đau tuyến dưới hàm hoặc dưới lưỡi, đau khi há miệng hoặc khi nuốt.
  - + Sốt, thường kéo dài 2-3 ngày
  - + Triệu chứng nhiễm siêu vi: đau cơ, ăn uống kém, đau đầu, đau tai
  - + Lỗ Stenon đỏ và sưng
- *Biến chứng:*
  - + Sưng 1 hoặc 2 bên tinh hoàn ở nam giới
  - + Viêm màng não: sợ ánh sáng, hôn mê, cổ cứng
  - + Viêm tụy cấp: đau bụng, nôn ói, ói
  - + Nữ trong độ tuổi sinh đẻ: đau bụng hạ vị phải nghi ngờ viêm buồng trứng nhưng hiếm
  - + Mặc dù quai bị gây ra những triệu chứng và biến chứng khó chịu nhưng bệnh lành tính và tự khỏi trong 10 ngày. Nhiều trẻ em bị quai bị không có biểu hiện lâm

sàng.

### **3. Cận lâm sàng:**

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc giảm, chủ yếu là tăng lympho.
- Amylase máu và nước tiểu tăng: 90% trong các trường hợp
- Chọc dò dịch não tủy: nghi ngờ có biến chứng viêm màng não
- Siêu âm tuyến mang tai: giúp phân biệt viêm hạch hay viêm tuyến mang tai do vi trùng
- Xét nghiệm tìm kháng thể trong huyết thanh có thể xác định chẩn đoán khi tuyến mang tai hoặc tuyến nước bọt khác không to. Nếu so sánh mẫu máu trong giai đoạn cấp và mẫu khác trong 3 tuần sau của bệnh, sẽ có sự tăng kháng thể gấp 4 lần nếu bệnh nhân bị quai bị.

### **4. Chẩn đoán:**

- Vùng dịch tể có quai bị và tiếp xúc với bệnh
- Sung tuyến mang tai một hoặc 2 bên trên 2 ngày
- Phân lập virus trong máu: nhận dạng kháng nguyên virus bằng miễn dịch huỳnh quang hoặc nhận định acid nucleic bằng sự sao chép ngược PCR. Virus có thể phân lập từ dịch tiết của đường hô hấp trên, CSF, nước tiểu trong suốt giai đoạn cấp của bệnh
- Thử nghiệm huyết thanh học thường thuận tiện và có giá trị chẩn đoán

### **5. Chẩn đoán phân biệt:**

- Sung tuyến mang tai có thể do nguyên nhân nhiễm trùng và không nhiễm trùng khác: parainfluenza 1 và 3, influenza A, CMV, EBV, Enterovirus, lymphocytic choriomeningitis virus và HIV.
- Viêm tuyến mang tai mủ: Staphylococcus aureus, thường 1 bên, căng to và kết hợp với sự gia tăng bạch cầu máu và có thể dẫn lưu mủ từ lỗ Stenon.
- Những nguyên nhân không nhiễm trùng khác gây sưng tuyến mang tai: tắc nghẽn lỗ stenon, bệnh collagen mạch máu như hội chứng Sjgren, bệnh Lupus hệ thống và ung thư.

### **6. Biến chứng:**

Phổ biến nhất là viêm màng não và hoặc viêm não, viêm tuyến sinh dục. Ít gặp nhất: viêm màng kết, viêm dây thần kinh mắt, viêm phổi, viêm thận, viêm tụy và giảm tiểu cầu, viêm khớp, viêm tuyến giáp...

### **III. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc điều trị:**

- Không có điều trị đặc hiệu
- Phát hiện và điều trị triệu chứng

#### **2. Điều trị triệu chứng:**

Không có liệu pháp kháng virus đặc hiệu cho quai bị, giảm đau, hạ sốt và cân bằng nước điện giải, ngăn ngừa mất nước do sốt hoặc chán ăn

#### **3. Điều trị biến chứng:**

- Viêm màng não sau quai bị: không cần điều trị, cần theo dõi để chẩn đoán phân biệt viêm màng não do vi trùng
- Đối với biến chứng viêm tinh hoàn : nằm nghỉ ngơi tại chỗ và dùng corticoid để giảm viêm: 1mg/kg/j x 7 -10 ngày
- Viêm tụy cấp.

### **IV. PHÒNG NGỪA**

- Cách ly tránh lây lan
- Miễn dịch chủ động với virus sống giảm độc lực: MMR
  - + Liều 1: từ 12 -15 tháng
  - + Liều 2: từ 4 – 6 tuổi
- Nếu không được tiêm từ 4 -6 tuổi, liều 2 sẽ được tiêm trước tuổi dậy thì. Khả năng bảo vệ đến 95% sau liều 1 và được bảo vệ trên 25 năm sau 2 liều.
- Phản ứng có hại đối với vaccin virus quai bị là hiếm. Viêm tuyến mang tai và viêm tinh hoàn được ghi nhận là hiếm. Phản ứng phụ khác: sốt cao co giật, tật điếc, rash, xuất huyết, viêm não và viêm màng não.

# RUBELA

## I. ĐẠI CƯƠNG

1. Rubella hay còn gọi là sởi Đức hay sởi 3 ngày, do virus thuộc thành viên của gia đình Togaviridae, là bệnh phát ban ngoại biên nhẹ gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nhưng gây ra những biến chứng nghiêm trọng khi nhiễm trong thời kỳ mang thai và gây tổn hại ở trẻ sơ sinh gọi là hội chứng Rubella bẩm sinh
2. Trước thời đại vaccine, Rubella xuất hiện xảy ra những đợt dịch lớn mỗi 6 - 9 năm với những đợt dịch nhỏ mỗi 3 - 4 năm và phổ biến tuổi trước đến trường và tuổi đến trường. Sau khi có vaccine, tỷ lệ mắc giảm đến 99%, với tỷ lệ % tương đối nhiễm được ghi nhận trong lứa tuổi > 19.
3. Cơ chế gây tổn thương tế bào và chết trong Rubella chưa được hiểu nhiều ở trẻ sơ sinh và bẩm sinh. Sau khi nhiễm, virus sao chép trong biểu mô hệ hô hấp sau đó trải rộng đến hạch lympho. Virus sinh sản nhiều nhất sau nhiễm từ 10 đến 17 ngày. Giai đoạn lây truyền cao nhất từ 5 ngày trước và 6 ngày sau khi xuất hiện phát ban.
4. Yếu tố nguy cơ quan trọng cho hội chứng Rubella bẩm sinh là lây truyền trong thời kỳ mang thai, khoảng 90% gây ra do mẹ nhiễm trước 11 tuần đầu của thai kỳ.

## II. LÂM SÀNG

### - Triệu chứng cơ năng:

1. Sau thời kỳ ủ bệnh 14 - 21 ngày, với triệu chứng sốt nhẹ, đau họng, đỏ mắt với
2. có hoặc không đau mắt, đau đầu, mệt mỏi, chán ăn và hạch bạch huyết. Hạch bạch huyết chủ yếu ở dưới cằm, sau tai, trước cổ.
3. Ở trẻ em, biểu hiện đầu tiên thường là phát ban, bắt đầu ở mặt và cổ, những vết ban màu hồng không đều kết thành chùm và lan đến thân mình và đầu chi.

### - Triệu chứng thực thể:

1. Khi phát ban, khám họng phát hiện họng có nhiều nốt hoại tử màu hồng nhỏ

gọi là điểm Forch heimer, hoặc chấm xuất huyết ở khâu cái mềm. Ban mờ dần theo thứ tự xuất hiện.

2. Thời gian phát ban khoảng 3 ngày và thường không tróc vảy. Khoảng 25 - 40% nhiễm Rubella ở trẻ em không phát ban

## II. CẬN LÂM SÀNG

Giảm bạch cầu, giảm số lượng neutro và tiểu cầu

## III. CHẨN ĐOÁN

### - Chẩn đoán xác định

1. Vùng dịch tễ rất quan trọng cho chẩn đoán Rubella ở phụ nữ mang thai và xác định chẩn đoán Rubella bẩm sinh

2. Lâm sàng: như đã mô tả ở trên

3. Xét nghiệm: test thử nghiệm miễn dịch hấp thụ enzyme IgM Rubella với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 96 – 99% và 86 – 97%

### Chẩn đoán phân biệt

- Sởi: phát ban tương tự nhưng không có dấu Koplik và biểu hiện khởi phát gồm 4 giai đoạn như sởi

- Bệnh phát ban khác: adenovirus, parvovirus B19 (*ban đỏ*), Epstein - Barr virus, entervirus, Mycoplasma pneumoniae

## IV. BIẾN CHỨNG

- Giảm tiểu cầu sau nhiễm Rubella xảy ra khoảng 1/3000 và ở trẻ em đặc biệt ở trẻ nữ, biểu hiện khoảng 2 tuần sau phát ban với xuất huyết da, chảy máu cam, xuất huyết tiêu hoá, xuất huyết đường tiêu và thường tự giới hạn.

- Viêm khớp: xảy ra sau nhiễm Rubella thường phổ biến ở người lớn đặc biệt là phụ nữ, xuất hiện 1 tuần sau phát ban và biểu hiện ở những khớp nhỏ của tay và tự giới hạn và không biến chứng

- Viêm não: là biến chứng nghiêm trọng nhất khi nhiễm Rubella ở trẻ sơ sinh, xảy ra dưới 2 hình thức: hậu nhiễm sau giai đoạn nhiễm Rubella cấp và rối loạn sự thoái hoá thần kinh sau nhiều năm. Xuất hiện trong vòng 7 ngày sau phát ban

với biểu hiện: đau đầu, co giật, sự lú lẫn, hôn mê, dấu thần kinh định vị, mất điều hoà.

- DNT: tế bào bình thường hoặc tăng nhẹ, với đa số là lympho, đạm bình thường
- Phần lớn bệnh nhân khỏi hoàn toàn, tỷ lệ tử vong khoảng 20% và có di chứng thần kinh trong thời gian dài.
- Biểu hiện thần kinh khác hiếm gặp bao gồm: hội chứng Guillain-Barré, viêm dây thần kinh ngoại biên và viêm cơ tim...
- Hội chứng Rubella bẩm sinh: được mô tả đầu tiên 1941 bởi Norman Gregg – giáo sư chuyên về mắt của Úc, được mô tả đầu tiên với đục thủy tinh thể, tim bẩm sinh có hoặc không có sự chậm phát triển về thần kinh và tật đầu nhỏ và do mẹ nhiễm

Rubella trong thời kỳ mang thai. Sau 1 thời gian ngắn xảy ra nhiều đợt dịch, hội

chứng Rubella bẩm sinh được mô tả đầy đủ với các triệu chứng sau:

- Điếc
- Mắt: đục thủy tinh thể, bệnh màng lưới
- Biểu hiện ở tim: còn ống động mạch, hẹp động mạch phổi phải và trái, hẹp van động mạch phổi
- Sinh non nhẹ cân
- Chậm phát triển tâm thần vận động
- Ban xuất huyết sơ sinh
- Tử vong

## V. ĐIỀU TRỊ

- Không có điều trị đặc hiệu cho bệnh Rubella và hội chứng Rubella bẩm sinh.
- Điều trị hỗ trợ: chủ yếu thuốc hạ sốt và giảm đau. Immunglobulin tĩnh mạch và corticoid được xem xét trong biến chứng xuất huyết giảm tiểu cầu nặng
- Xử trí hội chứng Rubella bẩm sinh cần phải có sự kết hợp các chuyên khoa

nhi, tim mạch, mắt và thần kinh để can thiệp sớm hạn chế di chứng

## **VI. TIÊN LƯỢNG**

- Đối với trẻ nhũ nhi và trẻ em nhiễm Rubella: tiên lượng tốt
- Hậu quả lâu dài của hội chứng Rubella bẩm sinh: ít có triển vọng và có ít thay đổi khi có can thiệp điều trị.

## **VII. PHÒNG NGỪA**

- Cách ly tránh lây lan
- Vaccin Rubella kết hợp với sởi, quai bị (MMR) hoặc kết hợp với thủy đậu (MMRV) liều đầu từ 12 – 15 tháng và liều 2 từ 4 – 6 tuổi.

# SỞI

## I. ĐẠI CƯƠNG

Sởi là 1 bệnh truyền nhiễm do siêu vi sởi gây ra thuộc gia đình Paramyxoviridae, có tính lây nhiễm mạnh qua đường hô hấp.

## II. LÂM SÀNG

### 1. Bệnh sử

Sốt, ho, phát ban, chảy mũi, viêm màng kết

Chủng ngừa sởi và tiếp xúc với trẻ mắc sởi

### 2. Triệu chứng cơ năng và thực thể:

- Sốt, dấu hiệu VIÊM LONG: Ho, chảy mũi, hắt hơi, mắt đỏ
- Nốt Koplik thường xảy ra trước hay ngày đầu tiên phát ban, và biến mất sau phát ban 1-2 ngày: nốt trắng kích thước nhỏ bằng đầu đinh ghim, ở niêm mạc má vùng răng hàm.
- Hồng ban toàn thân: hồng ban không tẩm nhuận, xuất hiện đầu tiên ở mặt, sau đó lan rộng ra đến thân và chi và cũng biến mất theo thứ tự xuất hiện để vết thâm trên da gọi là vết hằn da hổ
- Khám phát hiện biến chứng:
  - + Viêm phổi, viêm tai giữa
  - + Tiêu chảy cấp
  - + Loét miệng
  - + Mờ giác mạc
  - + Thở rít thanh quản
  - + Viêm não
  - + Suy dinh dưỡng

## III. CẬN LÂM SÀNG

Công thức máu: trong giai đoạn cấp số lượng tế bào bạch cầu có lymphocyte giảm nhiều so với neutrophils

Huyết thanh tìm IgM: kháng thể IgM xuất hiện 1 -2 ngày sau phát ban và tồn tại sau 1 tháng

Phân lập virus từ máu, nước tiểu, dịch tiết đường hô hấp

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

##### **1. Chẩn đoán xác định**

- Sốt, phát ban, IgM anti virus sởi dương tính

##### **2. Chẩn đoán có thể**

- Sốt, hồng ban toàn thân

- Kèm theo các dấu hiệu của viêm long đường hô hấp trên

##### **3. Chẩn đoán phân biệt:**

Ban do siêu vi khác: rubella, adenovirus, enterovirus, EBV

Mycoplasma pneumoniae và streptococcus nhóm A có biểu hiện ban tương tự như sởi

Tinh hồng nhiệt: ban thường đỏ bầm toàn thân, khi ban giảm sẽ tróc da đầu ngón tay, chân. Xét nghiệm: ASO huyết thanh tăng

Kawasaki: sốt cao liên tục > 5 ngày, môi - lưỡi dâu, hạch cổ, phát ban đa dạng, phù mu bàn tay chân, bong da đầu ngón tay, chân. SÂ tim : dẫn động mạch vành trong giai đoạn trẻ.

#### **V. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Nguyên tắc điều trị**

- Không có điều trị đặc hiệu

- Bổ sung Vitamin A

- Phát hiện và điều trị biến chứng

##### **2. Điều trị cụ thể**

- Nâng đỡ tổng trạng

- Kháng virus không hiệu quả trong điều trị sởi

- Duy trì nước, hỗ trợ oxy

- Hạ sốt bằng paracetamol : 10 -15mg/kg/lần x 4 lần/j

- Vệ sinh thân thể và dinh dưỡng tốt, ngăn ngừa bội nhiễm

- *Điều trị Vitamin A:*

+ Trẻ từ 6 tháng – 2 tuổi nhập viện với chẩn đoán sởi và có biến chứng: viêm thanh quản, viêm phổi, tiêu chảy

+ Trẻ > 6 tháng bị sỏi và không dùng vitamin A trước đó kèm theo các yếu tố nguy cơ sau:

- Suy giảm miễn dịch
- Biểu hiện lâm sàng của thiếu Vitamin A
- Kém hấp thu ở ruột non
- Suy dinh dưỡng vừa đến nặng
- Sống trong vùng có dịch sỏi gần đây

+ Cách dùng: cho 2 liều, liều đầu ngay khi có chẩn đoán và liều thứ 2 ngay ngày hôm sau

+ Liều lượng:

- Trẻ < 6 tháng: 50.000 đv/ liều
- Trẻ 6 – 11 tháng: 100.000 đv/liều.
- Trẻ 12 tháng – 5 tuổi: 200.000 đv/liều.
- Trẻ có tổn thương mắt do thiếu vitamin A hoặc suy dinh dưỡng nặng: cho liều thứ 3 sau liều thứ 2 từ 4- 6 tuần.

- Điều trị biến chứng

+ Viêm phổi, viêm tai giữa: kháng sinh. Nếu có chảy mủ tai: làm sạch tai bằng bác sâu kèn 3lần/ngày.

+ Viêm thanh quản và tiêu chảy cấp: điều trị theo phát đồ.

+ Viêm kết mạc mắt:

- Điều trị Vitamin A.
- Tra mắt bằng pommat tetracylin 3 lần/ ngày x 7 ngày.
- Không dùng thuốc có steroid.

+ Loét miệng.

- Vệ sinh bằng nước muối sinh lý.
- Thoa thuốc tím Gentian 0,25% vào các vết loét miệng.
- Nếu loét miệng nặng: dung kháng sinh Benzyl penicillin 50000đv/kg x 4 lần/ngày x 5 ngày.
- Nếu trẻ không ăn uống được: nuôi ăn qua sonde dạ dày.

+ Biến chứng thần kinh: cần phát hiện sớm tránh di chứng.

+ Suy dinh dưỡng nặng: nuôi ăn theo phác đồ suy dinh dưỡng.

# SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

## I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm siêu vi Dengue là một bệnh cấp tính do Siêu vi Dengue với 4 type huyết thanh gây ra. Chẩn đoán và điều trị SXH – D (Sốt xuất huyết Dengue) dựa trên hướng dẫn của WHO 2009 và Phác đồ điều trị của Bộ Y Tế Việt Nam năm 2011.

## II. LÂM SÀNG

### 1. Bệnh sử:

- Sống hoặc có đi tới vùng dịch tễ Dengue
- Sốt cao đột ngột, liên tục kéo dài từ 2-7 ngày

### 2. Triệu chứng cơ năng và thực thể:

- Chán ăn và buồn nôn
- Xung huyết da
- Đau đầu, đau cơ
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính

### 3. Các dấu hiệu cảnh báo:

- Đau bụng
- Nôn ói
- Xuất huyết niêm mạc
- Lừ đừ, li bì, bứt rứt
- Gan to trên 2 cm
- Ú dịch trên lâm sàng

## III. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu:
  - + Hct (Hematocrit) thường tăng từ ngày thứ 3 của bệnh
  - + Bạch cầu thường giảm trong những ngày đầu
  - + Tiểu cầu thường giảm nhanh (dưới 100000)
- Căn nguyên Virus Dengue

- + Giai đoạn sớm (N1-N4 còn sốt):
  - PCR và nuôi cấy Virus: thường chỉ làm trong các trường hợp nghiên cứu
  - Kháng nguyên NS1
- + Giai đoạn từ N5 trở đi:
  - Huyết thanh chẩn đoán bằng Phương pháp ELISA: IgM, IgG
- Các xét nghiệm hỗ trợ:
  - + Chức năng gan, thận, ion đồ, đường huyết, bicarbonate hoặc lactate, men tim
  - + Chức năng đông máu
  - + Siêu âm các màng
  - + X-Quang ngực
  - + ECG

#### **IV. CHẨN ĐOÁN, ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN BỆNH VÀ MỨC ĐỘ NẶNG**

##### **1. Chẩn đoán giai đoạn bệnh:**

- **Giai đoạn sốt:**
  - + Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày
  - + Biểu hiện xuất huyết: XH dưới da, chảy máu chân răng, chảy máu cam,...
  - + Đau cơ, đau khớp, đau hai hố mắt
  - + Có thể nổi hạch
  - + Nghiệm pháp dây thắt (+)
  - + Xét nghiệm:
    - + Hct bình thường
    - + Bạch cầu thường giảm
    - + Tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm
- **Giai đoạn nguy hiểm:**
  - + Từ ngày 3 đến ngày 7 của bệnh
  - + Tăng tính thấm thành mạch dẫn đến thoát huyết tương:
    - + Phù nề mi mắt và da
    - + Tràn dịch màng phổi, màng bụng
  - + Thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến Sốc với các biểu hiện : vật vã, bứt rứt, li bì,

lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt hoặc hạ (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu  $\leq 20$  mmHg), thời gian phục hồi màu sắc da kéo dài  $> 2$  giây, tiểu ít.

+ Xuất huyết:

+ Xuất huyết dưới da dạng chấm, dạng nốt

+ Xuất huyết niêm mạc: mũi, nướu răng, tiểu ra máu, có kinh bất thường

+ Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não

+ Một số trường hợp nặng có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim,...

+ Xét nghiệm:

- Hct tăng  $\geq 20\%$  giá trị bình thường của bệnh nhân

- Tiểu cầu giảm nhanh  $< 100000/mm^3$

- Đạm máu giảm

- Men gan tăng

- Rối loạn đông máu

- Siêu âm bụng phát hiện tràn dịch các màng

- **Giai đoạn hồi phục:**

+ Hết sốt, thèm ăn, tổng trạng tốt lên

+ Huyết động ổn định, tiểu nhiều

+ Tái hấp thu dịch trở về lòng mạch, nếu truyền dịch quá mức trong giai đoạn này có thể gây phù phổi cấp hoặc suy tim.

+ Nhịp tim chậm.

+ Xét nghiệm:

- Hct trở về bình thường hoặc có thể thấp do hiện tượng pha loãng máu

- Bạch cầu tăng nhẹ

- Tiểu cầu trở về bình thường

**2. Chẩn đoán mức độ nặng:**

- **Sốt xuất huyết Dengue không có dấu hiệu cảnh báo:** bệnh không có biểu hiện thoát huyết tương và xuất huyết niêm mạc.

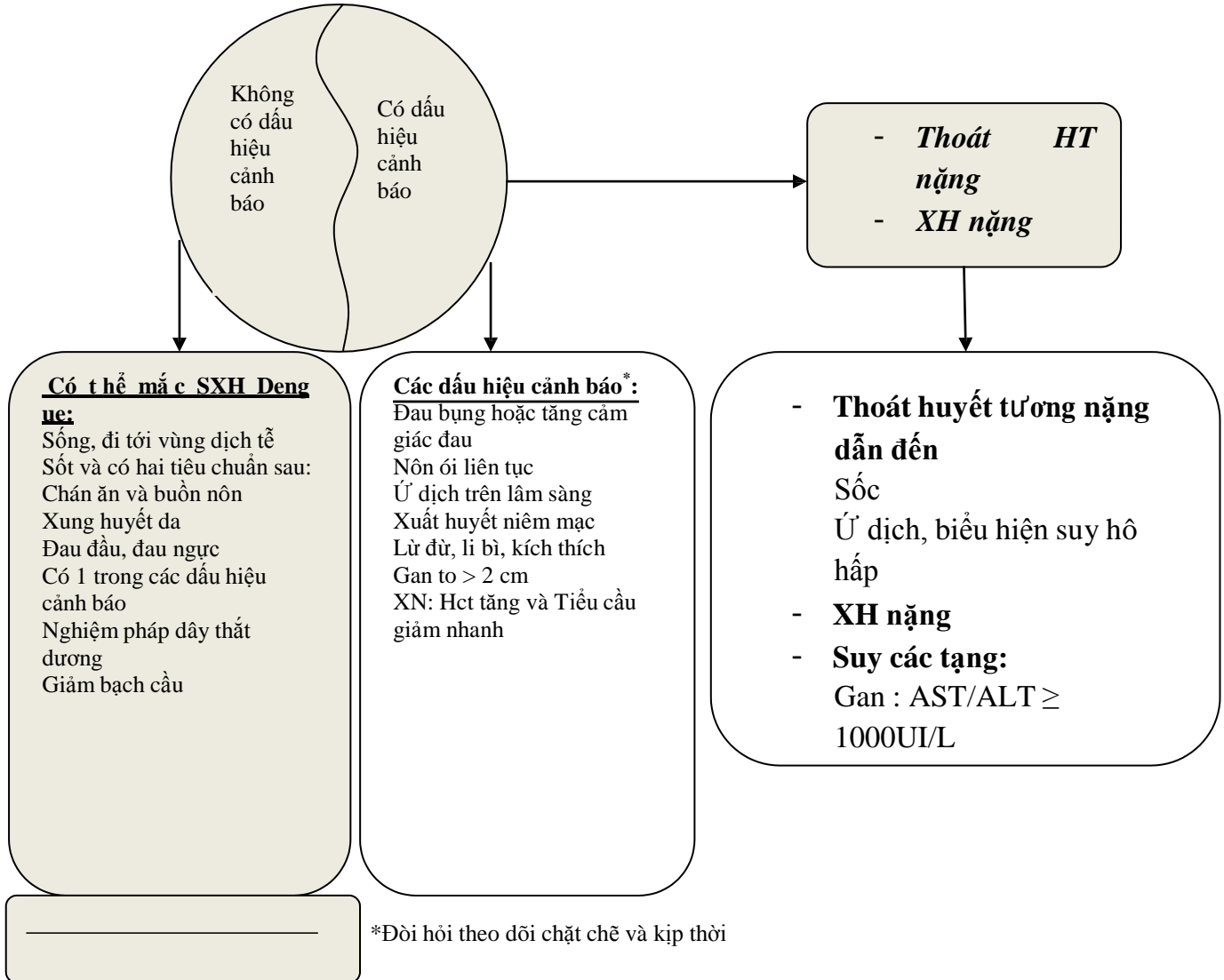
- **Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:**

- + Đau bụng hoặc tăng cảm giác đau
- + Nôn ói liên tục
- + Ứ dịch trên lâm sàng
- + Xuất huyết niêm mạc
- + Lừ đừ, li bì, vật vã, kích thích
- + Gan to > 2cm
- + Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh
- **Sốt xuất huyết Dengue nặng:** có 1 trong các biểu hiện sau:
  - + Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc, ứ dịch kèm biểu hiện suy hô hấp
  - + Xuất huyết nặng tiêu hóa, nội tạng
  - + Suy các tạng:
    - Gan: AST/ALT  $\geq$  1000 UI/L
    - Rối loạn ý thức
    - Viêm cơ tim, suy tim, ARDS và suy các chức năng khác

## PHÂN LOẠI DENGUE THEO WHO 2009

SXH-D± Các dấu hiệu cảnh báo

SXH-D nặng



## V. ĐIỀU TRỊ

**1. Nguyên tắc điều trị:** Điều trị theo giai đoạn và độ nặng của bệnh

### 2. Điều trị cụ thể:

#### - Điều trị sốt xuất huyết Dengue :

- + Phần lớn các bệnh nhân thuộc nhóm A đều được điều trị ngoại trú, chủ yếu là điều trị triệu chứng, dặn dò những dấu hiệu cảnh báo, theo dõi chặt chẽ để phát hiện sớm sốc.
- + Hạ nhiệt: Paracetamol đơn chất liều 10-15 mg/kg/lần cách nhau 4-6 giờ
- + Cấm dùng Aspirin, Analgin, Ibuprofen để hạ nhiệt vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
- + Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh...) hoặc các dung dịch có chứa điện giải và đường.
- + Tránh dùng các chất có màu đen, màu đỏ.
- + Chỉ nên xem xét truyền dịch khi bệnh nhân nôn nhiều, không uống được, có dấu hiệu mất nước, Hct tăng cao mặc dù mạch, huyết áp vẫn ổn định ( Lưu đồ 1).
- + Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm để theo dõi và đưa bệnh nhân đến bệnh viện ngay lập tức.
- + Từ ngày thứ tư trở đi, hẹn tái khám và xét nghiệm máu hằng ngày, đánh giá toàn diện để quyết định cho nhập viện.

#### - Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:

##### + Tiêu chuẩn:

- Có bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào
- Có bệnh phối hợp: béo phì, tiểu đường, suy thận, bệnh thận mạn tính
- Trẻ sơ sinh, nhũ nhi
- Sống xa các cơ sở y tế

##### + Điều trị:

- Cho bệnh nhân nhập viện
- Xem xét truyền dịch nếu bệnh nhân không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, đau bụng, gan to nhanh, xuất huyết niêm mạc, cô đặc máu nhiều, Hct tăng nhanh mặc dù huyết áp vẫn ổn định. Dịch truyền: Lactate Ringer, Natri Clorua 0,9%

- **Điều trị bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue nặng:**

Bệnh nhân phải nhập viện điều trị cấp cứu

+ Sốc sốt xuất huyết Dengue:

- Thường xảy ra vào ngày 3-7 của bệnh với các biểu hiện: vật vã, kích thích, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, nổi bông, thời gian phục hồi màu sắc da kéo dài > 2 giây, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu  $\leq 20$  mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc huyết áp không đo được, tiêu ít.

- Chia hai mức độ:

Sốc SXH-D: có dấu hiệu suy tuần hoàn như trên, mạch nhanh nhẹ, HA kẹt hoặc tụt.

Sốc SXH-D nặng: sốc nặng, mạch nhẹ khó bắt, HA không đo được.

+ Cần phải đo CVP

+ Dừng các thuốc vận mạch: khi đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và CVP > 10 cm nước thì dừng:

+ Dopamine 5-10 mcg/kg/phút

+ Kết hợp Dobutamine 5-10 mcg/kg/phút nếu đã dùng Dopamin 10 mcg/kg/phút mà huyết áp vẫn chưa lên.

# HỘI CHỨNG STEVENS – JOHNSON VÀ HOẠI TỬ THƯƠNG BÌ NHIỄM ĐỘC

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa :

1. Hội chứng Stevens Johnson đặc trưng bởi sốt và sang thương ở da niêm, dẫn đến hoại tử và bong vảy lớp thượng bì.

### 2. Phân loại:

+ Hội chứng Stevens Johnson (SJS: Stevens Johnson Syndrom): diện tích da bị tổn thương < 10 % diện tích da cơ thể.

+ Hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN: Toxic Epidermal Necrolysis): diện tích da bị tổn thương > 30% diện tích da cơ thể.

+ SJS/ TEN: diện tích da bị tổn thương từ 10 – 30% diện tích da cơ thể.

### 2. Nguyên nhân :

- Thuốc: là nguyên nhân chiếm hàng đầu, trong đó thường gặp nhất là nhóm sulfamide và chống động kinh (Lamotrigine, Phenytoine, Carbamazepine, Phenobarbital, ...).
- Nhiễm khuẩn (*Mycoplasma pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*,...).
- Thức ăn.

## II. LÂM SÀNG

- Hồng ban lan tỏa.
- Phù mắt hoặc sang thương ở giữa mắt.
- Đau da.
- Ban xuất huyết.
- Hoại tử da.
- Bóng nước hoặc mảng bóng nước thượng bì.
- Viêm loét các lỗ tự nhiên.
- Có thể phù lưỡi, sốt...

## III. CẬN LÂM SÀNG

- Thường qui: huyết đồ, CRP, chức năng gan thận.
- Tìm nguyên nhân: huyết thanh chẩn đoán Mycoplasma, Herpes virus.
- Cây máu, mô da niêm tổn thương, dịch bóng nước khi có bội nhiễm.
- Theo dõi: Ion đồ, Dextrostix, Tổng phân tích nước tiểu.

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

##### **- Chẩn đoán xác định :**

Nghĩ đến khi:

- Tiền căn sử dụng thuốc
- Khởi phát sốt đột ngột
- Tổn thương da niêm dạng hồng ban bóng nước ( $\geq 2$  ổ tự nhiên)
- Hoại tử và bong tróc thượng bì.

##### **- Chẩn đoán phân biệt :**

- Nhiễm độc da bóng nước do độc tố của Staphylococcus (scalded skin syndrome induced by staphylococcal toxins: 4S)
- Nhiễm trùng da do Streptococcus...

#### **V. ĐIỀU TRỊ**

##### **- Nguyên tắc:**

- Loại trừ ngay tác nhân gây bệnh
- Chăm sóc sang thương
- Bồi hoàn nước và điện giải
- Dinh dưỡng
- Chăm sóc mắt
- Kiểm soát nhiễm khuẩn
- Kiểm soát nhiệt độ phòng
- Giảm đau

##### **- Điều trị cụ thể:**

- Chăm sóc sang thương
  - + Bệnh nhân với SJS/TEN và TEN nên được điều trị tại khoa Phỏng với nhiệt độ phòng ổn định từ 30 – 32<sup>0</sup>C để giảm sự mất năng lượng do mất lớp thượng bì.

- + Diện tích da tổn thương nên được đánh giá mỗi ngày.
- + Rửa sang thương với dung dịch NaCl 0,9% hoặc chlorhexidine 0,05% (hỏi khoa Phòng)
- + Không cắt lọc lớp thượng bì hoại tử nhằm tạo một lớp áo sinh học giúp giảm đau mà vẫn đảm bảo thời gian lành sang thương tốt
- + Đắp gạc Urgotul
- Bồi hoàn nước và điện giải
  - + Nhu cầu dịch từ 2/3 – 3/4 nhu cầu dịch của bóng ở cùng phạm vi, hoặc theo công thức:  $1,5 \text{ ml} \times \% \text{ diện tích da} \times \text{kg cân nặng/ngày}$
  - + Chú ý bù đủ Kali, Natri, phosphore
- Dinh dưỡng
  - + Nuôi ăn tĩnh mạch ngoại biên tốt hơn là tĩnh mạch trung ương.
  - + Nuôi ăn qua đường miệng sẽ tốt hơn qua đường tĩnh mạch.
  - + Nuôi qua thông dạ dày để hạn chế sang chấn trên niêm mạc miệng đã tổn thương
- Chăm sóc mắt
  - + Khám chuyên khoa mắt, theo dõi, tư vấn thường xuyên để phát hiện các biến chứng ở mắt.
  - + Chăm sóc mắt mỗi ngày với thuốc bôi trơn dạng mỡ hoặc dạng nước.
- Kiểm soát nhiễm khuẩn
  - + Bệnh nhân SJS và TEN có nguy cơ bội nhiễm và nhất là nhiễm khuẩn huyết cao, không có chỉ định kháng sinh dự phòng.
  - + Chăm sóc vô khuẩn và cách ly vô khuẩn
  - + Theo dõi sát dấu hiệu nhiễm khuẩn để chỉ định kháng sinh kịp thời. Kháng sinh lựa chọn nên dựa theo kháng sinh đồ mẫu cấy.
  - + Kháng sinh ban đầu: Oxacillin 100 – 200 mg/kg/ngày, tiêm mạch chậm, chia 3
  - 4 lần phối hợp với Amikacin 15mg/kg/ngày truyền tĩnh mạch trong 30 phút.
- Các điều trị khác:
  - + Glucocorticoide: không sử dụng cho trẻ SJS nặng và TEN do tăng nguy

cơ

nhiễm khuẩn và kéo dài thời gian nằm viện (Grade 2C)

+ Gamma globulin: làm lành tổn thương da tốt hơn và tăng tỷ lệ sống sót (Grade 2C)

+ Chi định: SJS nặng và TEN

+ Truyền tĩnh mạch: 1g/kg/ngày x 3 ngày liên tục

## **VI. BIẾN CHỨNG**

- Da: sọc da, tăng sắc tố, biến dạng móng, rụng tóc, ...
- Mắt: khô mắt, sợ ánh sáng, giảm thị lực, mi quặm, viêm kết mạc, sọc giác mạc dẫn đến mù, ...
- Phổi: viêm phế quản mạn, viêm phổi tái phát, dẫn phế quản, ... (thường gặp ở người lớn)
- Tổn thương ở gan và thận hiếm hơn.

## **VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN**

Khi tình trạng bệnh ổn định về nước và điện giải, da lành sang thương.

## **VIII. PHÒNG**

### **NGỪA**

1. Bệnh nhân: tránh sử dụng các thuốc đã từng gây dị ứng, thông báo cho bác sĩ các thuốc gây dị ứng; Nếu thấy có mảng đỏ trên da khi uống thuốc, nên đi khám ngay.
2. Thầy thuốc: ghi vào sổ sức khỏe bệnh nhân thuốc đã gây dị ứng.

# NHIỄM TRÙNG DA VÀ MÔ MỀM

Nhiễm trùng da vi trùng là chẩn đoán thường gặp trong số bệnh da trẻ em, chiếm 17% trẻ đến khám tại Mỹ, thường gặp là chốc, chiếm 10% trẻ mắc bệnh da.

## CHỐC

### I. ĐỊNH NGHĨA

- Chốc là nhiễm trùng da do vi trùng, giới hạn ở lớp thượng bì.
- Mụn mủ có đường kính lớn hơn 1cm là đặc trưng của chốc bóng nước.
- Đây là nhiễm trùng da thường gặp ở trẻ em, đặc biệt trong những tháng hè.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Streptococcus A beta hemolytic.
- Staphylococcus aureus: có thể gây chốc bóng nước hoặc chốc không bóng nước.

### III. LÂM SÀNG

- Có hai thể lâm sàng: chốc bóng nước và không bóng nước, chốc không bóng nước chiếm 70% các trường hợp
- Diễn hình: tổn thương bắt đầu ở da mặt hoặc chi. Tiền căn: trẻ bị côn trùng cắn, trầy sướt, thủy đậu, ghẻ, phỏng.
- Thường gặp trẻ em < 6T
- Mụn nước, mụn mủ nhỏ phát triển nhanh thành mảng, mào có màu mật, đường kính < 2cm. Nhiễm trùng có thể lan rộng đến những phần khác của cơ thể qua tay, quần áo, khăn. Sang thương đau ít hoặc không đau hồng ban xung quanh, nhưng triệu chứng thể tạng thường không có (*dị ứng*). Ngứa hiếm khi xảy ra, hạch vùng tìm thấy 90% trường hợp, Tăng bạch cầu hiện diện 50%
- Không điều trị: phần lớn các trường hợp lành tự nhiên, không để lại sẹo trong vòng 2 tuần.
- Chẩn đoán phân biệt: Herpes simplex, thủy đậu, nấm, nhiễm ký sinh trùng: có

thể bị chốc hóa.

- Chốc bóng nước: tác nhân thường gặp là *Staphylococcus aureus*, 80% nhóm 2, 60% type 71, 3A, 3B, 3C, 55. Chốc bóng nước là biểu hiện lâm sàng hội chứng 4S khu trú và phát triển trên nền da không bị tổn thương (*khác với chốc không bóng nước*).

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

Dựa lâm sàng:

Cấy dịch từ bóng nước còn nguyên vẹn có thể tìm thấy tác nhân gây bệnh, nếu bệnh nhân không khỏe cũng cần cấy máu

#### **V. BIẾN CHỨNG**

- Viêm mô tế bào: 10% bệnh nhân chốc không bóng nước.
- Viêm cầu thận cấp sau nhiễm *Streptococcus*: thường gặp ở trẻ 3-7 tuổi, sau thời gian bị chốc 18-21 ngày, thường do *Streptococcus M group 2, 49, 53, 55, 56, 57*.

#### **VI. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Tại chỗ:**

- Lấy mài.
- Rửa tại chỗ với dung dịch sát khuẩn: povidone-iodine, chlorhexidin gluconate.
- Kháng sinh tại chỗ: Mupirocin, Bacitracin, Erythromycin

##### **2. Toàn thân:**

- Kháng sinh:
  - + Erythromycin: 40mg/kg/ngày chia 4 lần
  - + Cephalexin 50mg/kg/ngày
  - + Dicloxacillin 50mg/kg/ngày
  - + Amoxicillin-clavulanic acid
- Thời gian điều trị 7 ngày.
- Điều trị kháng sinh toàn thân loại bỏ nhiễm trùng, tuy vậy không làm giảm tần suất viêm cầu thận cấp.

# VIÊM MÔ TẾ BÀO

## I. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm mô tế bào là nhiễm trùng da và dưới da. Các vùng giải phẫu liên quan được chia làm hai vùng:
  - + Vùng mặt: miệng, quanh mắt, hốc mắt.
  - + Vùng không phải mặt: da đầu, cổ, thân và chi

## II. NGUYÊN NHÂN:

- Tác nhân thông thường là *Streptococcus pyogenes*, và *S.aureus*.
- *H.Influenzae* (trẻ 3-5T, viêm mô tế bào mặt).
- *Escherichia Coli* (trẻ hội chứng thận hư).
- *S.aureus*.
- *Streptococcus A*.
- *Streptococcus pneumonia*

## III. LÂM SÀNG

- Đáp ứng viêm khu trú tại nơi nhiễm trùng: hồng ban, phù, ấm, đau, hạn chế cử động, bờ không rõ.
- Tiền sử: vết thương hoặc côn trùng cắn trước đó.
- Sốt: thường gặp khi tổn thương lan rộng hoặc khi có biểu hiện nhiễm trùng huyết.
- Hạch vùng thường lớn.
- Viêm mô tế bào kèm nhiễm trùng huyết: thường do *H.influenzae*, *Streptococcus pneumonia*, cấy máu: dương 90%.
- Viêm mô tế bào hiếm xảy ra ở trẻ suy giảm miễn dịch, trong những trường hợp này tác nhân thường gặp là *Pseudomonas aeruginosa*, trực khuẩn ruột gram âm, vi khuẩn kỵ khí

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

- Hút dịch tại nơi viêm, sinh thiết da, cấy máu có thể tìm thấy tác nhân gây bệnh 25% trường hợp viêm mô tế bào.

#### **V. BIẾN CHỨNG**

- Viêm khớp.
- Viêm xương tủy.
- Viêm màng não.
- Viêm màng tim.
- Viêm bao hoạt dịch.

#### **VI. ĐIỀU TRỊ**

- **Tại chỗ**
  - + Giảm triệu chứng tại chỗ: đắp với gạc ấm 10-20 phút, ngày 3 lần.
  - + Bất động vùng da bị ảnh hưởng.
  - + Rạch và dẫn lưu ổ mủ.
- **Toàn thân**
  - + Kháng sinh:
    - ✦ Dicloxacillin 50mg/kg/ngày.
    - ✦ Cephalexin  
50mg/kg/ngày.
    - ✦ Amoxicillin-Clavulanic acid 50mg/kg/ngày.
  - Trẻ không sốt, bạch cầu < 15.000: có thể điều trị ngoại trú với kháng sinh uống.
  - Trẻ sốt > 39<sup>0</sup>C và bạch cầu tăng > 15.000, nên nhập viện điều trị kháng sinh chích:
    - + Oxacillin 150mg/kg/ngày, chia 4 lần
    - + Cephazolin 100mg/kg/ngày, chia 3 lần
    - + Cefotaxim 200mg/kg/ngày, chia 4 lần
    - + Ceftriaxon 100mg/kg/ngày, 1 lần
    - + Thời gian điều trị: 7-10 ngày

# KHÓ THỞ THANH QUẢN

## I. ĐẠI CƯƠNG:

### 1. Định nghĩa:

- Khó thở thanh quản là kiểu khó thở hít vào, biểu hiện của tắc nghẽn đường hô hấp trên, ở khu vực thanh quản và khí quản.
- Khó thở thanh quản có thể từ nhẹ đến nặng; cấp tính hay mãn tính, tái diễn.
- Khó thở thanh quản thường kèm theo tiếng thở rít, tiếng ho kiểu viêm tắc thanh quản, khàn tiếng và có thể có biểu hiện toàn thân khác tùy theo nguyên nhân gây bệnh.

### 2. Nguyên nhân:

- *Khó thở thanh quản cấp :*
  - + Dị vật thanh quản, dị vật khí quản
  - + Viêm thanh quản hạ thanh môn do siêu vi
  - + Viêm nắp thanh quản (*viêm thanh thiệt*) do vi trùng
  - + Co thắt thanh quản do hạ calci máu
- *Khó thở thanh quản xảy ra từ từ :*
  - + Bạch hầu thanh quản
  - + Viêm thanh quản do sỏi
  - + Phù thanh quản: dị ứng, côn trùng đốt, hít chất ăn mòn, chấn thương
  - + Áp xe thành họng
  - + Amidan quá phát, áp xe quanh amidan
  - + U nhú thanh quản
- *Khó thở thanh quản mãn tính, tái diễn: thường kèm khò khè, biểu hiện tắc nghẽn ở khí quản*
  - + Hẹp khí quản bẩm sinh
  - + Hẹp khí quản do vòng mạch
  - + Mềm sụn khí quản

- + Màng chắn khí quản
- + U chèn ép vùng trung thất, cổ: hạch, tuyến ức, tuyến giáp
- *Khó thở thanh quản ở trẻ sơ sinh* :
  - + Mềm sụn thanh quản
  - + Liệt dây thanh âm
  - + Các dị dạng, bất thường ở thanh khí quản

## II. LÂM SÀNG: chẩn đoán nguyên nhân khó thở thanh quản

### 1. Bệnh sử: Cần hỏi các chi tiết sau:

- Khó thở từ khi nào?
- Khó thở xảy ra đột ngột hay từ từ tăng dần?
- Khó thở lần đầu hay tái diễn?
- Khó thở liên tục hay lúc có lúc không?
- Khó thở tăng, giảm khi nào? gắng sức?, lúc ngủ?, lúc thức?, thay đổi tư thế?
- Tiếng thở rít thường xuyên? Có thay đổi?
- Khàn tiếng tăng dần? Mất tiếng đột ngột?
- Có sốt không?

### 2. Khám:

- Đánh giá tình trạng suy hô hấp
- Quan sát tư thế BN: uốn cổ, đầu ngửa ra sau hay cúi người ra trước
- Quan sát kiểu khó thở: chỉ khó thở hít vào hay có kèm khó thở thì thở ra?
- Có lõm hõm ức, co lõm lồng ngực?
- Nghe tiếng khàn, tiếng ho, tiếng khóc
- Nghe tiếng rít, tiếng khò khè
- Nghe phổi
- Khám họng, hạch cổ
- Khám các bộ phận khác

## III. CHẨN ĐOÁN :

- *Lâm sàng*: Các dấu hiệu lâm sàng là chủ yếu:

- + Khó thở thì hít vào
- + Có tiếng rít thanh quản
- + Có lõm hõm ức và co lõm lồng ngực tùy mức độ khó thở

Ngoài ra còn có thể có khàn tiếng hoặc mất tiếng; tiếng ho bất thường; tiếng khò khè; các dấu hiệu của tình trạng suy hô hấp...

**- Mức độ suy hô hấp**

Nhẹ ( <i>độ 1</i> )	Vừa ( <i>độ 2</i> )	Nặng ( <i>độ 3</i> )
Tỉnh táo	Kích thích, hốt hoảng	Lờ đờ
Lõm hõm ức nhẹ, kín đáo	Lõm hõm ức vừa, co lõm ngực	Lõm hõm ức nhiều, co lõm ngực
Tiếng ho vang, còn trong	Ho ông ổng như chó sủa	Mất tiếng ho
Khàn tiếng	Mất tiếng	Mất tiếng

**- Cận lâm sàng:** chỉ để chẩn đoán nguyên nhân:

- + Huyết đồ, CRP
- + Quẹt họng soi, cấy
- + Chẩn đoán hình ảnh: X-Quang cổ, ngực; CT scan cổ, ngực
- + Nội soi thanh, khí quản

**IV. ĐIỀU TRỊ:**

- Viêm thanh quản cấp: kháng viêm, kháng sinh (*xem chi tiết trong bài viêm thanh quản*).

- Dị vật thanh, khí quản: nội soi lấy dị vật, thêm kháng sinh và kháng viêm nếu dị vật để lâu hoặc có biểu hiện nhiễm trùng
- Phù thanh quản: kháng viêm giống viêm thanh quản
- Áp xe thành họng: kháng sinh; chọc hút, dẫn lưu
- Amidan quá phát, u nhú thanh quản: cắt amidan, cắt u nhú
- Hẹp khí quản bẩm sinh hay do vòng mạch: phẫu thuật nếu có thể; trong những đợt bội nhiễm cho kháng sinh và kháng viêm như viêm thanh quản cấp
- Màng chắn khí quản: phẫu thuật nong hoặc cắt; kháng sinh và kháng viêm khi bội nhiễm
- Mềm sụn thanh quản, liệt dây thanh âm: không có điều trị đặc hiệu, bệnh dần tự khỏi.

Nếu suy hô hấp nặng: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

Điều trị triệu chứng:

- Tư thế nằm dễ chịu, các thuốc hỗ trợ khác. thể có ngưng thở, tím tái

# VIÊM PHỔI

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

1. Viêm phổi là tình trạng viêm nhu mô phổi. Hầu hết nguyên nhân gây viêm phổi do vi sinh vật. Ngoài ra, nguyên nhân viêm phổi không do nhiễm trùng bao gồm:  
hít thức ăn hoặc dịch dạ dày, dị vật, hydrocarbons, chất béo, quá mẫn thuốc hoặc do phóng xạ.
2. Viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong đáng kể ở trẻ dưới 5 tuổi đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng.
3. Thực tế các trường hợp viêm phổi khó tìm được tác nhân gây bệnh, vì vậy phải dựa vào nhóm tuổi để lựa chọn điều trị thích hợp.

### Nguyên nhân: Do vi sinh:

#### 4. Vi trùng:

□ Thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococcus), kể đến là *Chlamydia pneumoniae* và *Mycoplasma pneumoniae*. *Streptococcus* nhóm A (*Streptococcus pyogenes*) và *Staphylococcus aureus* là tác nhân thường gặp gây viêm phổi ở trẻ khoẻ mạnh trước đó. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, và *Staphylococcus aureus* thường gây viêm phổi nặng phải nhập viện và gây tử vong cao ở các nước đang phát triển. Trẻ nhiễm HIV, tác nhân thường gặp gây viêm phổi là: vi trùng lao (*Mycobacterium tuberculosis*), vi trùng không điển hình *Salmonella*, *Escherichia coli*, *Pneumocystis jirovecii*.

#### 5. Siêu vi:

Siêu vi là tác nhân thường gặp gây viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm 45% trẻ viêm phổi nhập viện.

Siêu vi gây viêm phổi thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi: Influenzae virus, Respiratory syncytial virus (RSV). Ngoài ra, tùy theo lứa tuổi, các siêu vi khác bao gồm: parainfluenzae viruses adenoviruses, rhinoviruses, metapneumoviruses.

- **Không do vi sinh:**

- Hít sặc thức ăn, dịch dạ dày, chất béo, chất bay hơi, dị vật...
- Tăng đáp ứng miễn dịch
- Thuốc, chất phóng xạ

## II. LÂM SÀNG

- **Bệnh sử:**

1. Thời gian khởi bệnh
2. Triệu chứng về hô hấp: ho, sổ mũi, khò khè, khó thở, đau ngực
3. Triệu chứng đi kèm: sốt, tiêu chảy, ói...

**Lâm sàng:**

4. **Triệu chứng chung:**

- Tim dấu hiệu nặng: tím tái, không uống được, li bì khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.
- Thở nhanh luôn có trong viêm phổi:
  - Trẻ < 2 tháng: nhịp thở  $\geq 60$  lần/phút
  - Trẻ 2 tháng đến < 12 tháng: nhịp thở  $\geq 50$  lần/phút
  - Trẻ 12 tháng đến < 5 tuổi: nhịp thở  $\geq 40$  lần/phút
  - Trẻ  $\geq 5$  tuổi: nhịp thở  $\geq 30$  lần/phút
- Khó thở: co lõm ngực, phập phồng cánh mũi...
- Khám phổi: tùy trường hợp có thể nghe ran nổ, ran ẩm, rì rào phế nang giảm, âm thổi ống, rung thanh tăng...

5. **Biểu hiện ngoài đường hô hấp:**

- Bụng chướng do nuốt hơi nhiều khi thở
- Đau bụng khi có viêm thùy dưới phổi
- Gan to do cơ hoành bị đẩy xuống
- Dấu hiệu cổ cứng (không do viêm màng não) có thể gặp trong viêm thùy

trên phổi phải.

### III. CẬN LÂM SÀNG

1. Huyết đồ, X quang ngực thẳng
2. Các xét nghiệm khác, tùy tình huống:
  - CRP, cấy máu nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết
  - VS, IDR, BK/dịch dạ dày, đàm: nếu nghi ngờ lao
  - Khí máu động mạch: nếu có suy hô hấp
  - Cấy đàm: nếu viêm phổi nặng hoặc đã điều trị ở tuyến trước không đáp ứng
  - Huyết thanh chẩn đoán: Mycoplasma, Chlamydia: trường hợp viêm phổi kéo dài.

### IV. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng: sốt, ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực
- X quang phổi: tiêu chuẩn chính để xác định viêm phổi, tuy nhiên mức độ tổn thương trên X quang có thể không tương xứng với lâm sàng.

#### 2. Chẩn đoán phân biệt:

Các nguyên nhân gây suy hô hấp: suyễn, dị vật đường thở, bệnh phổi bẩm sinh, suy tim, tim bẩm sinh, bệnh cơ tim, bệnh chuyển hoá....

### V. PHÂN LOẠI VIÊM PHỔI Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI

- Viêm phổi rất nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:
  1. Tím trung ương
  2. Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được
  3. Co giật, li bì, khó đánh thức
  4. Suy hô hấp nặng
- Viêm phổi nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:
  5. Thở co lõm ngực
  6. Cánh mũi phập phồng
  7. Rên rì (trẻ < 2 tháng)Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được xem là viêm phổi nặng.
- Viêm phổi: khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu

hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.

## VI. ĐIỀU TRỊ

### 6. Nguyên tắc điều trị:

- Đánh giá đúng mức độ nặng nhẹ của bệnh
- Dùng kháng sinh phù hợp (dựa vào lâm sàng, lứa tuổi)
- Đánh giá tình trạng lâm sàng sau 48 đến 96 giờ điều trị
  - Viêm phổi không cần nhập viện: trường hợp nhẹ, chẩn đoán viêm phổi không có dấu hiệu viêm phổi nặng hay rất nặng ở trẻ < 5 tuổi
  - Amoxicillin 80-90mg/kg/24h hoặc Amoxicillin/clavulanate (Augmentin), Cefuroxim (Zinnat), thời gian điều trị ít nhất là 5 ngày.
  - Viêm phổi do vi trùng không điển hình (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*)
  - Erythromycin: 50-80mg/kg/24h chia làm 3-4 lần, uống trong 14 ngày
  - Clarithromycin: 15mg/kg/24h chia 2 lần, uống trong 10 ngày
  - Azithromycin: 10mg/kg/ngày, uống 1 lần trong 3-5 ngày Đối với trẻ lớn có thể sử dụng nhóm Quinolone (levofloxacin, gatifloxacin...)

### Viêm phổi cần nhập viện:

- **Chỉ định nhập viện:**
- Tất cả những trường hợp viêm phổi rất nặng, viêm phổi nặng ở trẻ < 5 tuổi
- Hoặc khi viêm phổi có một trong những dấu hiệu: tím, khó thở, rên rì, có dấu mất nước, thời gian hồi sắc da > 2 giây, nhịp tim nhanh (không bao gồm sốt và theo lứa tuổi), bệnh mãn tính (tim bẩm sinh, bệnh phổi mãn tính, xẹp phổi, suy giảm miễn dịch).
- Viêm phổi không đáp ứng với kháng sinh bằng đường uống sau 48 giờ điều trị

### Điều trị tại bệnh viện

- Hỗ trợ hô hấp: khi  $SpO_2 \leq 92\%$
- Kháng sinh:
  - Cefotaxim 100-150mg/kg/24h hoặc Ceftriaxone 50-100mg/kg/24h tiêm mạch;
  - hoặc Cefuroxim 150mg/kg/24h tiêm mạch, thời gian dùng kháng sinh từ 1-2 tuần.

- Trường hợp viêm phổi nghi do *Staphylococcus aureus* (tràn mủ, tràn khí màng phổi), cần phối hợp thêm Vancomycin hoặc Clindamycin, thời gian dùng kháng sinh từ 3-4 tuần.
- Viêm phổi nghi do nhiễm trùng bệnh viện (viêm phổi xảy ra sau 48h nhập viện mà trước đó phổi bình thường): phối hợp kháng sinh điều trị cả gram (-) và gram (+) đặc hiệu cho vi trùng bệnh viện.
- Viêm phổi do *Pneumocystic jirovecii* (thường gặp ở trẻ suy giảm miễn dịch): Sulfamethoxazole 75-100mg/kg + Trimethoprim 15-20mg/kg/24h chia 4 lần tiêm mạch hoặc uống, thời gian điều trị 2-3 tuần.
- Điều trị các rối loạn đi kèm:
  - ✓ Hạ sốt
  - ✓ Bù dịch nếu có dấu hiệu mất nước
  - ✓ Điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan
  - ✓ Điều trị thêm kẽm giúp cải thiện nhanh hơn tình trạng viêm phổi nặng
  - ✓ Điều trị biến chứng: tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.

## 7. Viêm phổi do siêu vi:

- Không dùng kháng sinh cho những trường hợp nhẹ, có bằng chứng nhiễm siêu vi và không suy hô hấp. Tuy nhiên, diễn biến lâm sàng xấu đi cần phải nghĩ đến bội nhiễm vi trùng và quyết định dùng kháng sinh đúng thời điểm.
- Viêm phổi do siêu vi lây lan nhanh: bệnh SARS, cúm gà (A H5N1), cúm heo (A H1N1)...thường tình trạng viêm phổi rất nặng, tử vong cao, phải dùng thuốc đặc hiệu điều trị cúm: Oseltamivir, Zanamivir...

## 8. Đáp ứng điều trị:

- Viêm phổi cộng đồng không biến chứng, tình trạng lâm sàng cải thiện sau 48-96h dùng kháng sinh; hình ảnh X quang cải thiện chậm hơn.
- Trường hợp lâm sàng không cải thiện cần phải nghĩ đến:

- Biến chứng: tràn mủ màng phổi, cần chụp phổi kiểm tra.
- Vi trùng kháng thuốc: cần cấy đờm, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc theo kinh nghiệm.
- Lao: nghĩ đến khi tình trạng viêm phổi kéo dài có kèm hạch rốn phổi trên X-quang.
- Hít dị vật: viêm phổi tái phát ở cùng một vị trí, thường gặp ở thùy dưới phổi phải.
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Suy giảm miễn dịch
- Dị tật bẩm sinh đường hô hấp: bệnh lý lồng chuyễn, phổi biệt trí, CCAM,..
- Không do nhiễm trùng: viêm phổi do tăng eosinophiles, tăng đáp ứng miễn dịch...

# VIÊM PHỔI HÍT

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

1. Viêm phổi hít là hậu quả của sự hít phải các chất dịch từ vùng mũi hầu hay dạ dày vào đường hô hấp dưới.
2. Tổn thương phổi trong viêm phổi hít được chia thành 2 nhóm:
  - **Nhóm 1:** Tổn thương hóa học do hít phải dịch dạ dày với một lượng lớn, cấp, thường quá trình hít này có thể được chứng kiến. Bệnh nhân thường có rối loạn tri giác. Mức độ tổn thương phổi tùy thuộc:
    - Lượng dịch hít
    - Loại chất hít
    - pH dịch dạ dày
    - Tổn thương phổi ban đầu đơn thuần là tổn thương hóa học, tuy nhiên có thể bội nhiễm sau đó. Với một số cơ địa đặc biệt, bội nhiễm có thể xảy ra sớm hơn.
  - **Nhóm 2:** Tổn thương phổi do nhiễm trùng: hậu quả của sự hít dịch tiết từ vùng mũi họng từng lượng nhỏ, kéo dài, và quá trình hít này thường không thể quan sát được.
    - **Yếu tố nguy cơ của viêm phổi hít:**
    - **Bất thường cơ học và giải phẫu:**
3. Đặt ống thông dạ dày
4. Mở khí quản
5. Đặt nội khí quản
6. Tật lưới lớn
7. Tật hàm nhỏ
8. Chẻ vòm
9. Chẻ thanh quản
10. Dò khí thực quản

11. Vòng mạch
12. Trào ngược dạ dày thực quản
13. Hẹp/ tắc đường tiêu hóa
  - **Vấn đề thần kinh – cơ:**
14. Rối loạn tri giác
15. Chức năng nuốt chưa hoàn chỉnh (sinh non)
16. Bại não
17. Tăng áp lực nội sọ
18. Liệt dây thanh
19. Não úng thủy
20. Loạn dưỡng cơ
21. Nhược cơ
22. Hội chứng Guillian-Barré
  - Hội chứng Werdnig-Hoffman
  - **Linh tinh**
  - Chấn thương
  - Chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn
  - **Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng:**
  - Viêm nướu răng
  - Sâu răng
  - Tắc ruột non
  - Hẹp môn vị
  - Nuôi ăn bằng ống thông dạ dày
  - Nằm viện kéo dài
  - Đặt nội khí quản
  - Dùng thuốc kháng acid
  - **Các tác nhân thường gặp:**
  - *Streptococcus pneumonia*
  - *Staphylococcus aureus*

- *Haemophilus influenza*
- *Enterobacteriaceae*
- Vi khuẩn gram âm (đặc biệt là *Pseudomonas aeruginosa*) trong trường hợp viêm phổi hít bệnh viện
- Vi trùng yếm khí

## II. LÂM SÀNG

- **Triệu chứng cơ năng:** viêm phổi hít cũng có biểu hiện lâm sàng tương tự như các trường hợp viêm phổi mắc phải trong cộng đồng:
  - Ho
  - Sốt hoặc ớn lạnh
  - Mệt mỏi
  - Khó thở
  - Đau ngực kiểu màng phổi
  - Khạc đàm mủ
  - Các triệu chứng không đặc hiệu khác: nhức đầu, buồn nôn, nôn, chán ăn, sụt cân
- **Triệu chứng thực thể:**
  - Sốt hoặc hạ thân nhiệt
  - Thở nhanh
  - Nhịp tim nhanh
  - Khám phổi: giảm âm phế bào, gõ đục, ran ở phổi, tiếng ngực thòm, tiếng cọ màng phổi...
  - Thay đổi tri giác
  - Thiếu oxy
  - Dấu hiệu của shock
  - Các triệu chứng của bệnh lý nền làm tăng nguy cơ hít

## III. CẬN LÂM SÀNG/ THỬ THUẬT

1. Huyết đồ
2. BUN, Creatinine/máu, Ion đồ/máu
3. Khí máu động mạch

4. Cây máu, Cây đàm
5. Xquang ngực thẳng và nghiêng (khi cần)
  - Vị trí tổn thương thường gặp là thùy giữa và dưới phổi phải
  - Tổn thương thùy dưới cả hai bên nếu bệnh nhân hít ở tư thế đứng
  - Thâm nhiễm phổi trái nếu bệnh nhân hít ở tư thế nằm nghiêng trái
6. CT ngực
7. Nội soi phế quản

#### IV. ĐIỀU TRỊ

- Ổn định tình trạng bệnh nhân:

8. Hút dịch mũi họng, khí quản
9. Hỗ trợ hô hấp: thở Oxy, CPAP, đặt nội khí quản
10. Dịch truyền

- Kháng sinh:

11. Thái độ:

Viêm phổi hít dạng 1:

- Không nên dùng kháng sinh sớm vì có thể góp phần gây nên chủng vi trùng kháng thuốc (kể cả khi có sốt, tăng bạch cầu hay có biểu hiện thâm nhiễm phổi trên Xquang ngực ở những bệnh nhân vừa mới hít)
- Sử dụng kháng sinh trong trường

hợp:

- Tình trạng viêm phổi không cải thiện sau 48 giờ
- Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng

Viêm phổi hít dạng 2: luôn luôn sử dụng kháng sinh

- Lựa chọn kháng sinh:

- Bệnh nhân không có biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc:
  - Phối hợp kháng sinh bao phủ các tác nhân gây viêm phổi cộng đồng.
  - Ceftriaxone + Azithromycine/Levofloxacin
- Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc hoặc đang nằm viện:
  - Sulfooperazone/Imipenem/Meropenem + Vancomycin
  - Phối hợp thêm Clindamycine/Flagyl nếu có đàm mủ hôi, bệnh nhân có

bệnh lý răng miệng nặng, hoặc có biểu hiện viêm phổi hoại tử hoặc áp xe phổi.

- Điều trị bệnh lý nền nếu có thể

**IV. PHÒNG NGỪA:** trên những đối tượng nguy cơ, cần lưu ý

1. Đặt bệnh nhân nằm nghiêng hoặc nằm đầu cao 30<sup>0</sup>
2. Hút đàm nhớt mũi miệng, nội khí quản thường xuyên
3. Nuôi ăn liên tục qua ống thông tá tràng khi cần thiết

# VIÊM THANH QUẢN CẤP

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

1. Viêm thanh quản cấp là bệnh lý viêm cấp tính thanh quản (nắp thanh quản, thanh môn, hạ thanh môn), biểu hiện đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: thở rít, khàn giọng, ho ông ông.
2. Bệnh xuất hiện rải rác quanh năm, tăng hơn vào mùa mưa. Diễn tiến bệnh nhanh, thường đáp ứng điều trị ngay.

### 2. Nguyên nhân:

3. Phần lớn do siêu vi: cúm và á cúm gây viêm thanh quản hạ thanh môn.
4. Một số do vi trùng: thường do H.influenzae typ B, tụ cầu hay phế cầu gây viêm nắp thanh quản.

## II. CHẨN ĐOÁN

### - Chẩn đoán xác định:

1. Lâm sàng: là chủ yếu: 3 dấu hiệu điển hình:

- + Ho ông ông: có thể lúc đầu tiếng ho vang, trong; sau đó ho ông ông như chó sủa
- + Khàn tiếng hoặc mất tiếng.
- + Thở rít thanh quản, khó thở thanh quản từ nhẹ đến nặng.

Bệnh hay xảy ra vào ban đêm bắt đầu bằng triệu chứng cúm, khó thở thanh quản xảy ra tăng dần và có dấu hiệu điển hình trong vài giờ.

2. Cận lâm sàng: Huyết đồ, CRP, X-Quang cổ thẳng, nghiêng

### - Chẩn đoán phân biệt:

3. Chủ yếu phân biệt giữa viêm thanh quản do vi trùng và viêm thanh quản do siêu vi
4. Viêm thanh quản do vi trùng: xảy ra đột ngột, diễn tiến rất nhanh, sốt cao, mệt mỏi, có biểu hiện nhiễm trùng nặng, khó thở nhiều, có khi phải ngồi tư thế chồm ra trước, khàn tiếng không nhiều nhưng hay kèm khó nuốt. Bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao. CRP tăng cao

5. Viêm thanh quản do siêu vi: cũng xảy ra đột ngột nhưng diễn tiến từ từ hơn, không sốt hoặc sốt nhẹ, vừa, có thể khàn tiếng nhẹ nhưng cũng có khi mất tiếng, tổng trạng chung không bị ảnh hưởng nhiều, bạch cầu và CRP không cao.

+ Một số nguyên nhân gây khó thở thanh quản cấp khác:

- Dị vật thanh quản: khó thở đột ngột, có hội chứng xâm nhập
- Co thắt thanh quản do hạ calci máu.
- Bạch hầu thanh quản: họng có giả mạc, hạch góc hàm...
- Áp xe thành họng
- Phù thanh quản: do dị ứng, côn trùng đốt, phỏng, chấn thương...

*(xem thêm bài khó thở thanh quản)*

### III. ĐIỀU TRỊ

- **Kháng viêm:** hiệu quả rõ rệt trong viêm thanh quản hạ thanh môn do siêu vi
  - Dexamethasone (0,6 mg/kg): liều duy nhất uống hoặc tiêm tĩnh mạch nếu không uống được
  - Có thể phối hợp với Adrenalin 1‰ 0,5 mg/kg (tối đa 5ml) phun khí dung nếu có khó thở nặng
  - Có thể lập lại 3 lần trong vòng 2 giờ nhưng phải theo dõi sát mạch và huyết áp
- **Kháng sinh:** Cho trong trường hợp viêm nắp thanh quản do vi trùng (*corticoides thường không có hiệu quả*)  
Amoxicilline + A.clavulanic 50 – 75 mg /kg/24 giờ chia 3 lần.  
Hoặc Céphalosporine thế hệ 3: 100 mg/kg/24 giờ chia 2 – 3 lần. Điều trị triệu chứng và điều trị hỗ trợ:  
Sốt cao: paracetamol 15 mg/kg/1 lần mỗi 6 giờ  
Suy hô hấp: thở oxy ẩm, bù dịch...

# VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

## I. ĐẠI CƯƠNG:

### 1. Định nghĩa:

- Viêm tiêu phế quản là bệnh lý viêm cấp tính do siêu vi của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, gặp ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh và co lõm ngực.

### 2. Nguyên nhân:

- *Respiratory syncytial virus* (RSV): chiếm đa số, khả năng lây lan rất cao, có thể gây thành dịch. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở lứa tuổi 2 – 24 tháng.
- Human metapneumovirus: 8%
- Virus khác: *Rhinovirus*, *Adenovirus*, *Parainfluenzavirus*, *Enterovirus*, *Influenzavirus*, *Mycoplasma*...

## II. LÂM SÀNG:

Chẩn đoán viêm tiêu phế quản chủ yếu dựa vào tuổi, triệu chứng lâm sàng, yếu tố dịch tễ của RSV trong cộng đồng; các xét nghiệm thường quy thường không đặc hiệu.

### 1. Bệnh sử:

- Khởi đầu với các triệu chứng nhiễm siêu vi: sổ mũi, ho, không sốt hoặc sốt nhẹ
- Trong 1-2 ngày diễn tiến nhanh đến suy hô hấp, khò khè, thở nhanh co lõm ngực

### 2. Tiền căn:

- Khò khè trước đó (nếu  $\geq 2$  lần cần phân biệt với suyễn)
- Yếu tố nguy cơ:
  - + Tuổi < 3 tháng
  - + Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh
  - + Bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi mãn tính kèm theo: tim bẩm sinh tím, cao áp phổi, loạn sản phế quản phổi...
  - + Suy dinh dưỡng nặng
  - + Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải

### 3. Thăm khám:

- Thở nhanh, co lõm ngực, thì thở ra kéo dài
- Ngưỡng thở nhanh theo tuổi:

< 2 tháng	$\geq 60$ lần/phút
2 tháng – dưới 12 tháng	$\geq 50$ lần/phút
12 tháng – 5 tuổi	$\geq 40$ lần/phút

- Phổi: có thể có ran ẩm, ran rít hoặc không nghe ran

### III. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu: bạch cầu trong giới hạn bình thường
- X-quang ngực:
  - + Ú khí
  - + Dày thành phế quản hoặc viêm phổi kẽ
  - + Xẹp phổi
  - + Bình thường
- Khí máu động mạch: trong trường hợp suy hô hấp nặng để đánh giá sự trao đổi khí.

### IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Suyễn nhũ nhi: khò khè  $\geq 3$  lần có đáp ứng với thuốc dẫn phế quản
- Viêm phổi: hoặc viêm phổi đi kèm
- Ho gà: trẻ < 3 tháng chưa được chủng ngừa
- Dị vật đường thở bỏ quên
- Suy tim
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Các nguyên nhân hiếm gặp khác: màng sụn thanh quản, vòng nhẫn mạch máu, bất thường khí phế quản...

### V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc, bú kém, li bì và mất nước.
- Khó thở (phập phồng cánh mũi, co kéo cơ liên sườn), thở nhanh (theo lứa tuổi), tím tái.
- Giảm oxy máu ( $SpO_2 < 95\%$  không khí phòng)
- Ba mẹ không có điều kiện chăm sóc bé tại nhà

- Có một trong các yếu tố nguy cơ

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

### **Nguyên tắc điều trị:**

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ: cung cấp đủ oxy, nước- điện giải và dinh dưỡng

### **Điều trị hỗ trợ:**

### **Phát hiện và điều trị biến chứng:**

Thường gặp là bội nhiễm vi trùng, đôi khi có xẹp phân thùy phổi

### **9. Kháng sinh:**

Kháng sinh chỉ định khi có bằng chứng bội nhiễm vi trùng hoặc lâm sàng có dấu hiệu nặng chưa loại trừ nhiễm trùng:

- ☐ Sốt cao đột ngột hoặc kéo dài
- ☐ Diễn tiến lâm sàng xấu nhanh trong vòng 24-48 giờ
- ☐ Bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế
- ☐ CRP > 20mg/l
- ☐ X-quang có thâm nhiễm đông đặc phổi
- ☐ Cây đàm (+), cấy máu (+)

Có thể sử dụng kháng sinh như trong điều trị Viêm phổi.

### **10. Thuốc dẫn phế quản:**

- ☐ Có thể sử dụng khi chưa loại trừ suyễn
- ☐ Khí dung Salbutamol: 0,15mg/kg/lần (tối thiểu 2,5mg; tối đa 5mg/lần). Phun khí dung với Oxy 6 lít/phút khi bệnh nhân khó thở nhiều, co lõm ngực nặng, tím tái, SpO<sub>2</sub> <92%. Nếu có đáp ứng thì tiếp tục khí dung mỗi 4-6 giờ và ngưng khi triệu chứng suy hô hấp cải thiện. (IIB – Uptodate 19.1)
- ☐ Không khuyến cáo dùng dẫn phế quản đường uống (IA – Uptodate 19.1)
- ☐ Không dùng kháng cholinergic

### **11. Corticosteroid:**

- ☐ Còn nhiều tranh cãi, không khuyến cáo dùng thường qui ở trẻ khỏe mạnh và trẻ nhỏ viêm tiểu phế quản lần đầu. (IA – Uptodate 19.1)
- ☐ Có thể có hiệu quả ở những bệnh nhân có bệnh phổi mãn tính (loạn sản phế quản phổi) và bệnh nhân khò khè nhiều lần trước đó

- Khí dung corticoid không hiệu quả trong dự phòng khò khè tái phát (IB - Cochrane 2008)

**12. Nước muối ưu trương Natrichlorua 3%:**

- Có tác dụng làm giảm phù nề đường thở và nút nhầy
- Dùng Natrichlorua 3% đơn độc không kèm thuốc dẫn phế quản
- Natrichlorua 3% hiệu quả hơn Natrichlorua 9‰ trong cải thiện triệu chứng nặng và giảm thời gian nằm viện. (A - Cochrane 2011)
- Sử dụng ở những bệnh nhân:
  - Lần đầu tiên khò khè
  - Bệnh nhân nặng nằm phòng cấp cứu
  - Không có bệnh lý tim mạch, bệnh phổi mãn tính

**13. Vật lý trị liệu hô hấp:**

Không chỉ định thường qui, chỉ định trong những trường hợp có xẹp phổi.

# VIÊM PHẾ QUẢN

## I. ĐỊNH NGHĨA

VPQ cấp là tình trạng viêm thoáng qua của khí quản và phế quản, biểu hiện đầu tiên là ho.

Nguyên nhân thường là do nhiễm siêu vi, tự giới hạn trong vòng 28 ngày mà không cần điều trị.

## II. LÂM SÀNG

### 1. Bệnh sử:

- Tuổi, khởi phát triệu chứng.
- Liên quan triệu chứng với lúc ăn.
- Triệu chứng kèm (sốt, khô 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, VPQ, viêm xoang, xơ hóa nang.
- Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, ozone.

### 2. Thăm khám:

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

## III. CẬN LÂM SÀNG

Bước đầu cho mọi bệnh nhân: Phim phổi

- Cây đàm: nhuộm gram, nhuộm Wright.
- Phân tích tính chất protein máu: điện di đạm,...
- XN mô hôi.

Tùy theo bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và kết quả của XN đã làm ở trên

- Miễn dịch : IgA, IgG và các thành phần của IgG, IgE, IgM.

- Định lượng kháng thể (bạch hầu, uốn ván), đáp ứng với KN polysaccharides.
- Thực quản đồ, pH thực quản, đánh giá về nuốt.
- Scan với Technetium.
- Nội soi thực quản, nội soi PQ; chức năng hô hấp, đáp ứng với thuốc dẫn PQ.
- Hình ảnh xoang.
- Sinh thiết và khảo sát chức năng lông chuyển.
- Thử nghiệm kích thích PQ: nghiệm pháp Methacholine, gắng sức, không khí lạnh.
- XN tìm nấm

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

- Chẩn đoán VPQ cấp do siêu vi thường dựa trên lâm sàng, không cần các xét nghiệm máu khác.
- Khi nghi ngờ viêm phổi, xẹp phổi thì cần phim phổi, khi đó thấy hình ảnh dày thành phế quản, ứ khí.
- Cây đàm có ích khi bội nhiễm hay nghi ngờ vi trùng không thường gặp.
- Phân lập siêu vi thường khó, chỉ giúp ích cho mục đích dịch tễ học.

#### **V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

##### **1. Cấp tính:**

- Nhiễm trùng
  - + Virus: RSV, parainfluenzae 1,2,3; influenzae A và B; adenovirus, rhinovirus, metapneumovirus.
  - + Vi trùng: S. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae, M. catarrhalis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Bordetella pertussis, C. diphtheria, M. tuberculosis.
- Tiếp xúc hóa chất: hít dịch dạ dày, khói thuốc, ô nhiễm

##### **2. Mãn tính**

- Xơ hóa nang, suyễn, lao, dị vật bỏ quên.
- Hội chứng rối loạn lông chuyển
- Hít vào do có bất thường giải phẫu (dò khí - thực quản, chẻ thanh quản); rối loạn chức năng nuốt có hoặc không có trào ngược dạ dày thực quản.

- Suy giảm MD: IgA, IgG và các thành phần của IgG, suy giảm MD dịch thể, không có khả năng đáp ứng MD với kháng nguyên loại polysaccharides.
- Tổn thương do hít: hút thuốc, ô nhiễm trong nhà: khói thuốc lá, bếp củi, hóa chất  
(formaldehyde NO<sub>2</sub>), ô nhiễm ngoài trời: SO<sub>2</sub>, ozone, NO<sub>2</sub>.
- Phá hủy đường hô hấp mãn tính – theo sau nhiễm trùng hay chấn thương đường hô hấp chậm hồi phục hay lành không hoàn toàn.
- Chèn ép cơ học đường hô hấp (mềm khí PQ) hay chèn từ ngoài vào (vòng mạch, hạch)

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, thông thoáng khí và đủ độ ẩm. Nên tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí. Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.
- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.
- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.
- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.
- Có thể dùng dẫn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.
- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn đường hô hấp.

## **VII. VPQ MẠN HAY VPQ TÁI PHÁT**

- Khi triệu chứng kéo dài hơn 3 tuần.
- Do quá trình viêm mạn tính và phá hủy đường hô hấp.
- Cần loại trừ nguyên nhân ho kéo dài do tâm lý.
- Ho kéo dài có thể là biểu chứng của VPQ hay là biểu hiện của cơn suyễn.

## **VIII. DỰ HẬU LÂU DÀI**

- VPQ ở trẻ < 5 tuổi: nguy cơ có đợt khò khè hay VPQ lúc sắp dậy thì.
- Chú ý ở trẻ hút thuốc thụ động.

# THIẾU MÁU

## I. GIỚI THIỆU

- Thiếu máu là tình trạng giảm lượng hemoglobin hữu dụng lưu hành.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu thay đổi theo lứa tuổi (WHO):

Thông số	Tuổi			
	Sơ sinh	2 - 6 tháng	6 th - 6 tuổi	6 - 12 tuổi
Hct %	< 34,5	< 28,5	< 33	< 34,5
Hb g/dl	< 13,5	< 9,5	< 11	< 11,5

## II. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN THIẾU MÁU

### 1. Hỏi bệnh sử và tiền sử:

- Hỏi thời điểm phát hiện bệnh để chẩn đoán thiếu máu cấp hay mạn.
- Hỏi triệu chứng liên quan mức độ nặng của bệnh: mệt, khó thở, chóng mặt khi thay đổi tư thế, nhức đầu, kém tập trung, trẻ nhỏ hay quấy khóc, bỏ ăn...
- Hỏi triệu chứng liên quan đến tán huyết: màu sắc nước tiểu, vàng da niêm. Bé trai, tiểu màu xá xí thường liên quan đến thiếu men G6PD.
- Hỏi triệu chứng liên quan đến mất máu: ói máu, tiêu phân đen, rong kinh, xuất huyết da...
- Hỏi về điều trị trước và sau khi thiếu máu.
- Hỏi về tiền căn tiếp xúc thuốc, độc chất: thuốc có tính oxy hóa, nguồn nước nhiễm nitrate, ngộ độc chì...
- Hỏi về tiền căn sản khoa: bất đồng nhóm máu mẹ con ở giai đoạn sơ sinh, vàng da chiếu đèn có thể liên quan đến bệnh lý thiếu máu tán huyết di truyền, sinh non có thể liên quan đến thiếu máu thiếu sắt, vitamin E, hồng cầu nhỏ giai đoạn sơ sinh có thể do mất máu mạn trong tử cung hay alpha Thalassemia.
- Hỏi tiền căn phát triển tâm vận: trẻ chậm phát triển tâm vận có khả năng thiếu máu hồng cầu to do rối loạn con đường chuyển hóa cobalamin hay acid folic.
- Hỏi tiền căn dinh dưỡng: thiếu máu do giảm cung cấp sắt, B12, acid folic...

- Hỏi tiền căn bệnh lý viêm nhiễm mạn tính như lao, viêm gan, sốt rét...
- Hỏi tiền sử gia đình, chủng tộc, vùng địa lý: tiền sử gia đình vàng da, sỏi mật, lách to liên quan đến bệnh lý thiếu máu tán huyết, Thalassemia thường xảy ra ở vùng Địa Trung Hải, Đông Nam Á, bệnh hồng cầu hình cầu thường xảy ra ở Bắc Âu.

## 2. Khám lâm sàng:

- Đánh giá thiếu máu dựa vào khám da niêm nhạt: lòng bàn tay, niêm mạc mắt, móng tay. Tuy nhiên, chẩn đoán thiếu máu chỉ dựa vào khám da niêm nhạt đơn độc dễ bỏ sót chẩn đoán.
- Khám tìm dấu hiệu tán huyết: vàng da, vàng mắt, gan lách to.
- Dấu hiệu gợi ý nguyên nhân: sốt, xuất huyết da niêm, phát ban, đau khớp, hạch to...

## 3. Cận lâm sàng:

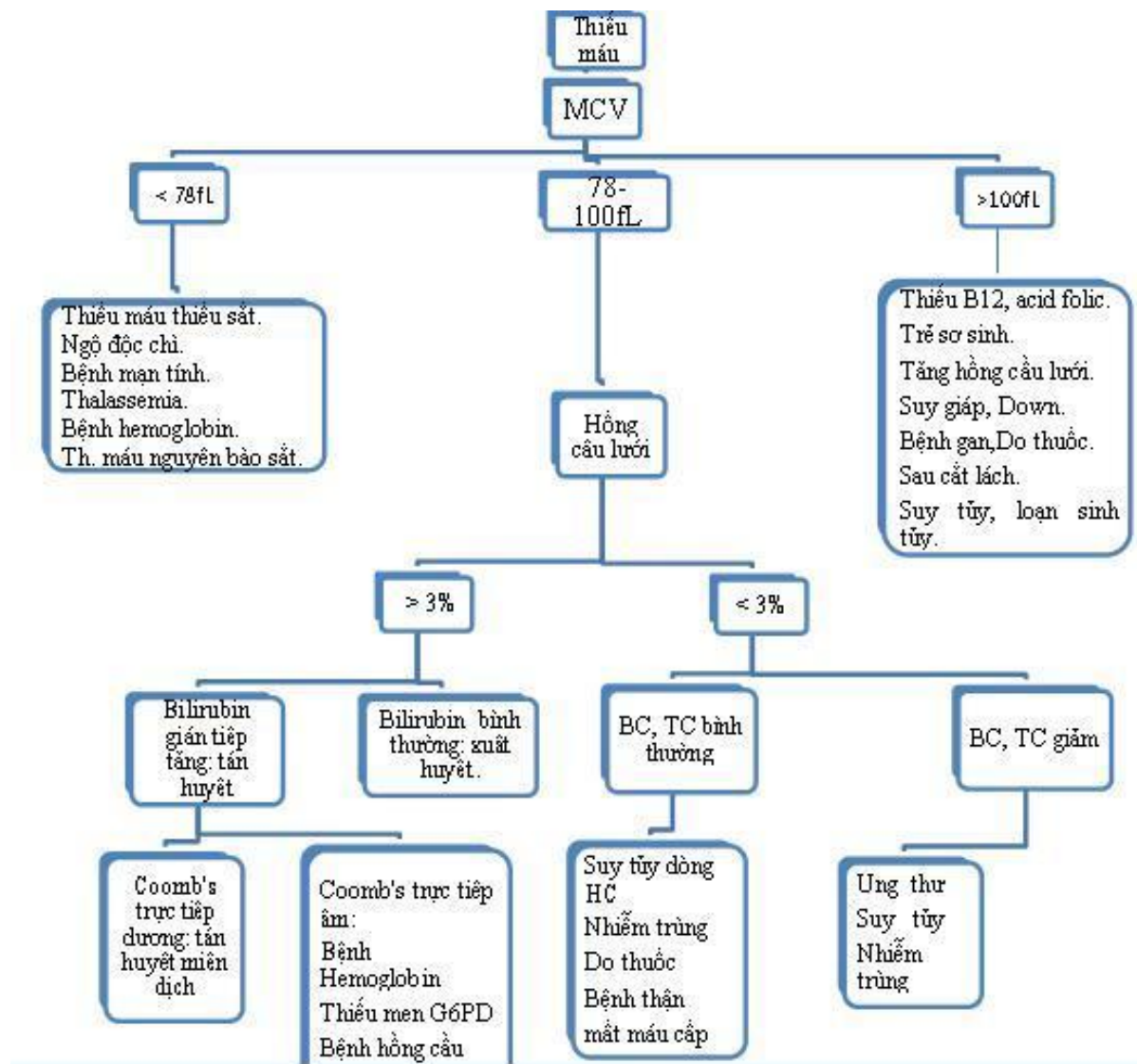
- Công thức máu, phết máu ngoại biên.
- Hồng cầu lưới.
- Bilirubin toàn phần, trực tiếp, LDH, Haptoglobin máu.
- Điện di Hemoglobin, định lượng men G6PD.
- Định lượng vitamin B12, acid folic, Homocysteine, Manolic acid nếu có dấu hiệu gợi ý.
- Tổng phân tích nước tiểu, hemoglobin nước tiểu.
- Tủy đồ (nếu cần)

## 4. Chẩn đoán thiếu máu:

- Chẩn đoán xác định thiếu máu: dựa vào tiêu chuẩn WHO
- Chẩn đoán mức độ:
- Chẩn đoán nguyên nhân:

Mức độ thiếu máu	Lâm sàng	Hb (g/dl)
Nhẹ	Da niêm nhạt kín đáo	> 9
Trung bình	Nhịp tim nhanh, da niêm nhạt	6-9
Nặng	Nhịp tim nhanh, chóng mặt, ngất. Da niêm rất nhạt	<6

- Chẩn đoán nguyên nhân:



# THIẾU MÁU THIẾU SẮT

## IV. ĐỊNH NGHĨA

- Sắt là nguyên liệu tổng hợp hồng cầu. Thiếu máu thiếu sắt là nguyên nhân thiếu máu do dinh dưỡng thường gặp nhất ở trẻ em.
- Thiếu máu thiếu sắt là loại thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc.

## V. CHUYỂN HÓA SẮT

- Sắt là chất dinh dưỡng thiết yếu của con người. Phân bố sắt/ cơ thể: 75% heme protein (Hb, Myoglobin); 22% Hemosiderine, Ferritin; 3% enzyme (Catalase, cytochrome).
- Nhu cầu sắt ở trẻ em: 1,5-2 mg/ngày, thay đổi tùy theo giai đoạn phát triển.
- Sắt được cung cấp từ thức ăn, 10% sắt ăn vào hấp thu qua tá tràng. Sau đó, sắt nhờ Transferrin vận chuyển đi đến các mô cần sử dụng sắt và lượng sắt dư thừa được dự trữ dưới dạng Ferritin và Hemosiderine. Ngoài ra, sắt được cung cấp từ quá trình tiêu hủy hồng cầu chết (khoảng 1% mỗi ngày), đây là nguồn sắt chính trong cơ thể.

## VI. NGUYÊN NHÂN

Nắm được quá trình hấp thu và chuyển hóa chất sắt giúp chẩn đoán được nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt:

- Giảm cung cấp sắt từ chế độ ăn.
- Tăng nhu cầu sắt: giai đoạn tăng trưởng, tim bẩm sinh tím.
- Giảm hấp thu sắt: do tổn thương tá tràng, viêm ruột, điều trị kháng acid dạ dày.
- Xuất huyết rỉ rả kéo dài: XHTH, giun móc, rong kinh...
- Thiếu Transferrin bẩm sinh, sắt không vào được tủy xương.

## VII. LÂM SÀNG

- Xảy ra mọi lứa tuổi, thường xảy ra ở trẻ < 2 tuổi.
- Triệu chứng xuất hiện từ từ, phụ thuộc vào mức độ thiếu sắt, giai đoạn đầu thường chưa có triệu chứng, giai đoạn toàn phát với các biểu hiện:
  - ☐ Quấy khóc, vật vờ, ngủ ít, hoạt động chậm, chán ăn, giảm tập trung, hay quên...
  - ☐ Giảm trương lực cơ, chậm biết ngồi, lật, đi.
  - ☐ Da xanh, niêm nhạt.
  - ☐ Gan lách thường không to, có thể to nhẹ ở trẻ nữ nhi.
- Thiếu máu nặng, kéo dài gây triệu chứng kém nuôi dưỡng ở:
  - ☐ Tóc: gãy, rụng, bạc màu.
  - ☐ Móng: dẹt, lõm, mất bóng.
  - ☐ Xương: gãy, đau nhức.

## VIII. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu: Hb giảm, MCV, MCH, MCHC đều giảm, RDW tăng. Tiểu cầu có thể thay đổi từ giảm đến tăng (giảm trong thiếu máu thiếu sắt nặng, tăng trong trường hợp thiếu máu kèm xuất huyết tiêu hóa).

- Phết máu: hồng cầu nhỏ, nhược sắt, to nhỏ không đều, biến dạng.
- Hồng cầu lưới: thường bình thường, tăng trong trường hợp thiếu máu thiếu sắt nặng kèm xuất huyết.
- Ferritin huyết thanh: < 12 ng/ml có giá trị chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt, đây là dạng dự trữ sắt, giảm đầu tiên trong thiếu máu thiếu sắt. Tuy nhiên, ferritin có thể bình thường trong những trường hợp thiếu máu thiếu sắt kèm: nhiễm trùng, ký sinh trùng, bệnh ác tính, tình trạng viêm nhiễm mạn tính.
- **Protoporphyrine tự do trong hồng cầu (FEP) tăng:** do thiếu chất sắt, hồng cầu không tổng hợp được hemoglobin làm cho lượng protoporphyrine tự do trong hồng cầu tăng.
- Sắt huyết thanh: khoảng dao động rất lớn, giảm rõ trong giai đoạn toàn phát.
- Transferrin tăng, hệ số bão hòa transferrin (TIBC) giảm.
- Xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân: soi phân tìm HC, ký sinh trùng đường ruột, H.Pylori trong viêm loét dạ dày, tá tràng, tổng phân tích nước tiểu, nội soi tiêu hóa... Đây là bước chẩn đoán quan trọng quyết định thành công của điều trị.

## IX. CHẨN ĐOÁN

- **Chẩn đoán xác định:** lâm sàng thiếu máu (nêu trên) + hồng cầu nhỏ nhược sắt + xét nghiệm thay đổi tùy giai đoạn:

Giai đoạn	Bình thường	Báo động	Tiềm ẩn	Toàn phát
Ferritin huyết tương ng/ml	100	<b>20</b>	10	10
Fe huyết thanh $\mu\%$	115	115	<b>60</b>	<b>40</b>
Transferrin huyết thanh $\mu\%$	330	360	390	410
TIBC %	35	30	<b>15</b>	10
FEP $\mu\%$	30	30	<b>100</b>	200
Hình dạng hồng cầu	Bình thường	Bình thường	Bình thường	<b>Nhỏ, nhược sắc</b>

- **Chẩn đoán mức độ** (xem bài thiếu máu).
- **Chẩn đoán nguyên nhân:**

Nguyên nhân	Tuổi	Bệnh lý	Cần tìm hiểu thêm
Tăng nhu cầu	< 6 tháng	Sinh non, nhẹ cân, tim bẩm sinh tím, đa hồng cầu	Tiền sử sinh, lâm sàng tim bẩm sinh
Giảm cấp	6-12 tháng	Chế độ ăn không phù hợp	Chế độ ăn
Mất máu rỉ rả	Trẻ lớn	Viêm dạ dày ruột, polype ruột, nhiễm giun móc, rong kinh...	Nội soi tiêu hóa, tìm giun móc/phân...

- **Chẩn đoán phân biệt:**  
Các bệnh lý thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc:

Bệnh	Fe ht	Ferritin ht	Xét nghiệm đặc hiệu
Thiếu sắt	↓	↓	Ferritin giảm
Viêm nhiễm	↓	↑	VS, CRP, xét nghiệm tủy nguyên nhân
Atransferrin	⊥	⊥	Transferrin = 0
Sideroblaste	↑	↑	Tủy: sideroblaste +
Ngộ độc chì	↑	↑	δAla niệu >10mg/L, chì tăng
Thalassemia	↑	↑	Điện di Hb

## X. ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị triệu chứng:

Chỉ truyền máu khi thiếu máu nặng ảnh hưởng đến dấu hiệu sinh tồn hoặc khi Hb < 4g% : truyền HCL 2-3ml/kg/ngày.

### 2. Điều trị đặc hiệu:

#### • Chế độ ăn: giàu đạm.

Bổ sung những thức ăn giàu sắt: các loại thịt đỏ đậm, rau xanh đậm, gan, huyết...

Tăng cường những thức ăn giàu vitamin C: cam, quýt, khoai tây, cà chua.

Hạn chế thức ăn ức chế hấp thu sắt: trà, sữa, phosphate, phytates.

#### • Thuốc sắt uống:

☐ Thuốc Fe nguyên tố: 4-6 mg/kg/ngày chia 3 lần, uống xa bữa ăn. Những trẻ bị tắc dụng phụ trên đường tiêu hóa: uống 1 lần/ cách ngày có thể dung nạp tốt hơn. Sắt sulfat là dạng hấp thu tốt nhất, hay được sử dụng, viên 200mg chứa 20% sắt nguyên tố.

☐ Vit C: 3mg/kg/ngày có thể sử dụng kết hợp để tăng hấp thu sắt ở ruột.

☐ Đáp ứng điều trị:

• 12-24h: phục hồi enzyme, ăn được, giảm kích thích.

• 36-48h: đáp ứng tủy, HC non tăng sinh.

• 48-72h: Reticulocyte ↑, tối đa ngày 5-7.

• 4-30 ngày: Hb ↑.

• Thời gian điều trị: kéo dài thêm 2-3 tháng sau khi hemoglobin trở về bình thường hoặc 1 tháng sau khi ferritin về bình thường để phục hồi dự trữ sắt.

☐ Bệnh nhân không đáp ứng điều trị có thể do:

• Không tuân thủ điều trị hoặc dung nạp kém.

• Không đủ liều.

• Không đủ thời gian.

• Chưa giải quyết được nguyên nhân: xuất huyết, chế độ ăn...

• Chẩn đoán không đúng: Thalassemis, thiếu máu nguyên bào sắt.

• Có bệnh kết hợp gây cản trở hấp thu hoặc sử dụng sắt: bệnh ác tính, viêm ruột, viêm nhiễm mạn, bệnh gan, thận, thiếu B12, acid folic...

#### • Thuốc sắt tiêm bắp:

☐ Sắt- dextran 50 mg/ml có thể dùng đường tiêm bắp, an toàn, hiệu quả và dung nạp tốt ngay cả ở trẻ nhũ nhi đang bị tiêu chảy cấp.

☐ Chỉ định:

- Không dung nạp hoặc không tuân thủ điều trị.
  - Bệnh đường tiêu hóa nặng: viêm ruột nặng.
  - Tiêu chảy cấp.
  - Xuất huyết mạn: từ tiêu hóa, rong kinh, tiểu hemoglobin trên bệnh van tim nhân tạo.
  - Cần bổ sung sắt nhanh.
  - Cần điều trị erythropoietin: lọc thận.
- Liều dùng =  $(Hb_{\text{bình thường}} - Hb_{\text{bệnh nhân}}) \times \text{Thể tích máu} \times 3,4 \times 1,5/100$   
 Thể tích máu: 80 ml/kg.  
 3,4 là lượng sắt trong hemoglobin.  
 1,5 lần nhu cầu để tái lập lượng sắt dự trữ.
- **Thuốc sắt tĩnh mạch:**
- Sodium ferric gluconate (Ferrlecit) or iron (III) hydroxide sucrose complex (Venofer) dùng đường tiêm mạch hiệu quả tốt, nhất là những trường hợp suy thận và chảy thận nhân tạo.
  - Liều dùng: 1-4 mg/kg/tuần.
  - Test liều nhỏ và quan sát bệnh nhân trong 30 phút để theo dõi phản ứng phản vệ.
- 3. Điều trị nguyên nhân:**  
 Điều trị nguyên nhân: giải quyết được nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt là bước quan trọng tạo nên thành công của điều trị, vì nếu không giải quyết được nguyên nhân thì tình trạng thiếu máu sẽ không cải thiện với điều trị hoặc sẽ tái phát sau khi ngừng điều trị.

## **XI. PHÒNG NGỪA**

- Duy trì bú mẹ ít nhất là đến 6 tháng tuổi.
- Dùng sữa có tăng cường chất sắt (6-12 mg/L) ít nhất đến 1 tuổi (nếu phải uống sữa công thức).
- Dùng bột có tăng cường chất sắt từ 6-12 tháng.
- Chế độ dinh dưỡng tốt cho hấp thu chất sắt (nêu trên).
- Bổ sung sắt cho trẻ sinh nhẹ cân:
 

1,5-2 kg:	2 mg/kg/ ngày
1-1,5 kg:	3 mg/kg/ngày
< 1 kg:	4 mg/kg/ngày.

# CƯỜNG GIÁP

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

Cường giáp là tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến hậu quả sản xuất hormon giáp T4 và hoặc T3 nhiều hơn bình thường, gây ra những tổn hại về mô và chuyển hoá.

### 2. Nguyên nhân:

- Cường giáp do tăng kích thước tuyến giáp, tăng TSH, basedow.
- Cường giáp tự chủ: u độc tuyến giáp (bệnh Plummer), viêm tuyến giáp.
- Cường giáp ở trẻ sơ sinh: gặp ở trẻ có mẹ bị cường giáp không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ.

## II. LÂM SÀNG

**Có 3 nhóm dấu hiệu chính:**

### 2. Cường giáp:

- Tăng biến dưỡng: mệt mỏi, sợ nóng, toát mồ hôi, gầy khát, ăn nhiều.
- Triệu chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, hồi hộp, thở mệt khi gắng sức, HA tâm thu tăng.
- Triệu chứng thần kinh, cơ: kích thích, run chi, teo cơ, nhược cơ, PXGX nhanh, ngắn.
- Triệu chứng tiêu hoá: tăng nhu động ruột, tiêu chảy.
- Rối loạn tâm thần: dễ xúc động, tức giận, khó ngủ và không ngủ sâu.

### 3. Bướu giáp lan toả, đập, có tiếng thổi.

### 4. Mắt: lồi mắt, phù mi, ánh mắt long lanh.

- Ngoài ra còn có triệu chứng như:
  - + Gầy mòn: trẻ cao gầy, tăng cân chậm so với tăng phát triển chiều cao.
  - + Rối loạn điều nhiệt: da mỏng, đỏ, nóng, ẩm nhất là lòng bàn tay, cổ, mặt, có những cơn toát mồ hôi, tăng thân nhiệt.
  - + Triệu chứng khác: chậm dậy thì, mất kinh hay kinh ít, tiêu chảy, móng dễ gãy, tóc mảnh, dễ rụng.
  - + Trẻ sơ sinh: quấy khóc, thở nhanh, rối loạn tiêu hoá, có thể có bướu giáp, mắt

lồi, co rút mi trên, phù quanh mi mắt.

### III. CẬN LÂM SÀNG:

- T3, T4, FT3, FT4 tăng
- TSH giảm
- Tăng cố định iode phóng xạ.
- Hiện diện kháng thể kháng tuyến giáp: anti-thyroglobuline, anti-microsome, TRAb ( kháng thể kháng thụ thể của TSH )
- Siêu âm tuyến giáp : có bướu giáp lan toả.
- Đường huyết tăng, Cholesterol giảm.
- ECG: nhịp nhanh xoang, sóng P cao, sóng T nhọn.
- Xquang loãng xương, tuổi xương tăng, dễ gãy tự nhiên.
- Xạ hình tuyến giáp: Tuyến giáp gắn iode tăng đều, đồng bộ

### IV. CHẨN ĐOÁN: Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

### V. BIẾN CHỨNG:

- Tim mạch : rối loạn nhịp tim , suy tim.
- Tâm thần : kích động , lú lẫn , nói sảng.
- Hệ cơ , liệt cơ , nhược cơ.
- Con độc giáp trạng : xảy ra đột ngột , thường sau phẫu thuật , chấn thương , nhiệt độ tăng cao , vã mồ hôi , ói , tiêu chảy , mất nước kích động , sảng , liệt cơ , hôn mê. Nhịp tim rất nhanh , loạn nhịp , suy tim , truy tim mạch.

### VI. ĐIỀU TRỊ:

#### 5. Nội khoa:

- Iode :
  - + Chỉ định : cơn độc giáp trạng , tiền phẫu ...
  - + DD Lugol 5% : 5-10 giọt/ngày.
- Thuốc kháng giáp tổng hợp : Methimazole (Neo-Mercazole viên : 5-20mg )
  - + Tấn công : 0.5-1mg/kg/ngày (3-4 lần ) tối đa 50 mg/ngày, trung bình thời gian tấn công kéo dài 2-3 tháng.
  - + Duy trì : Khi xét nghiệm chức năng tuyến giáp trở về bình thường thì chuyển sang điều trị duy trì với liều giảm dần đến mức tối thiểu mà T3 , T4 vẫn ở

mức bình thường. Có thể duy trì đến 6 năm hoặc hơn. Nếu xuất hiện suy giáp, phối hợp Thyroxine 3 mg/kg/ngày. Nếu tái phát, có thể điều trị lại lần 2.

- Chống biểu hiện cường giao cảm : nhịp tim nhanh , run , suy tim.
  - + Propranolol (Avlocardyl ) : 2,5-10 mg/kg/24 giờ.
  - + Digoxine
  - + Benzodiazepine, Phenobarbital

#### **6. Phẫu thuật:**

- Cắt bán phần tuyến giáp
  - + Chỉ định : sau thất bại điều trị nội hoặc khó theo dõi điều trị , bướu giáp có hạch (dễ K hoá ) . Thực hiện sau 3-4 tuần điều trị nội : phối hợp thuốc kháng giáp tổng hợp và 2 tuần dùng Lugol 2-10 giọt/ngày.

#### **7. Iode phóng xạ:**

- Sau thất bại điều trị nội , liều 2-3 millicuries có thể lập lại 1-2 lần. Theo dõi suy giáp sau vài tuần – vài tháng điều trị.

#### **8. Điều trị cơn độc giáp trạng:**

- PTU : 5-10mg/kg/ngày
- Uống iode liều cao 10 giọt /ngày
- Propanolol TM 1mg/1 phút , tối đa 10 mg , cần theo dõi HA.
- Hydrocortisone 5mg/kg/ngày.
- Hạ nhiệt , điều chỉnh rối loạn nước điện giải
- Điều trị yếu tố thuận lợi.

#### **9. Điều trị cường giáp sơ sinh:**

- PTU : 5-10mg/kg/ngày chia 3 lần hoặc Néomecazole 1 mg/kg/3lần mỗi ngày
- Thời gian điều trị trung bình là 6 tuần , có thể ngưng điều trị khi T3 , T4 về bình thường và không còn kháng thể. Có thể dùng thêm corticoides hay kèm Thyroxine 1-3mg/kg/ngày trong vài ngày rồi giảm dần để tránh suy giáp.

#### **10. Theo dõi:**

- Cần theo dõi chặt chẽ đặc biệt trong ba tháng đầu tiên.
- Sau năm đầu tiên bệnh nhân nên được theo dõi hàng năm ngay cả khi không có triệu chứng.

- Theo dõi phát hiện tái phát và suy giáp do nhiễm trùng.
- Kiểm tra T4, T3, TSH mỗi 2-3 tháng.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Giáo dục bệnh nhân tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị và tác dụng phụ của thuốc.

# DẬY THÌ SỚM

## I. ĐẠI CƯƠNG:

### 1. Định nghĩa:

Dậy thì sớm là sự xuất hiện những đặc tính sinh dục thứ phát ở trẻ trai trước 9 tuổi và trẻ gái trước 8 tuổi.

### Các giai đoạn phát triển sinh dục theo tuổi (MARSHALL & TANNER)

Giai đoạn	Phát triển vú (nữ) (Tuổi)	Phát triển lông mu (Tuổi)	Phát triển cơ quan sinh dục ngoài (nam) (Tuổi)
-	Không sờ thấy tuyến vú	Không có	Tiền dậy thì
-	Có nụ vú Quầng vú hơi nhô và hơi nở rộng (11)	Vài lông /môi lớn hay bìu (11,5)	Tinh hoàn tăng kích thước bìu sậm màu (12)
-	Quầng vú & vú nở rộng (bờ không phân biệt ) (12)	Lông lan lên vùng mu (12,5)	Dương vật tăng kích thước (13)
-	Quầng vú & núm vú nở rộng và nhô lên (13)	Lông dạng người lớn nhưng ít dày (13)	Dương vật và tinh hoàn tiếp tục tăng kích thước (14)
-	Vú phát triển hoàn toàn (15)	Lông dạng người lớn (14)	Dương vật, bìu, tinh hoàn dạng trưởng thành (15)

### 2. Phân loại:

- **Dậy thì sớm trung ương** (hoặc dậy thì sớm thật sự): do hoạt động sớm của trục hạ đồi-tuyến yên-sinh dục, phụ thuộc hormone hướng sinh dục.
- **Dậy thì sớm ngoại biên** (hoặc dậy thì sớm giả) : độc lập với sự kích thích của tuyến yên, không phụ thuộc hormone hướng sinh dục.
- **Dậy thì sớm một phần** (hoặc dậy thì sớm riêng lẻ, không hoàn toàn): phát triển sớm và riêng lẻ một đặc tính sinh dục thứ phát.

## II. LÂM SÀNG

### 1. Bệnh sử:

- Lí do khám bệnh: vú to, có lông mu, lông nách, tiết dịch âm đạo, có kinh...
- Triệu chứng: các triệu chứng xuất hiện từ lúc nào, thứ tự xuất hiện các triệu chứng, tốc độ tăng trưởng chiều cao như thế nào?

- Tiền căn: bệnh lý hệ thần kinh trung ương (u, chấn thương, viêm nhiễm, xạ trị...), tăng sinh thượng thận bẩm sinh, suy giáp, u buồng trứng, u thượng thận, u tinh hoàn, tiền căn tiếp xúc với estrogen hoặc androgen ngoại sinh,... Tiền căn dậy thì của cha, mẹ và các anh chị em trong gia đình.

## 2. Triệu chứng thực thể:

- Đo chiều cao, cân nặng và tốc độ phát triển chiều cao (cm/năm), so sánh với biểu đồ tăng trưởng.
- Đánh giá các dấu hiệu phát triển sinh dục thứ phát: đo đường kính mô tuyến vú, thể tích tinh hoàn và kích thước dương vật, đánh giá sự phát triển của lông mu.
- Tìm các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân: soi đáy mắt tìm dấu hiệu phù gai (tăng áp lực nội sọ), khám thị trường bị giới hạn (u thần kinh trung ương), sang thương da màu cà phê sữa (HC McCune-Albright).

## III. CẬN LÂM SÀNG:

- *Xét nghiệm chẩn đoán*
  - + FSH, LH /máu, tính tỉ lệ FSH/LH, Estradiol, Testosterone/máu
  - + X Quang xương bàn tay đánh giá tuổi xương.
  - + Siêu âm bụng: đo kích thước tử cung, buồng trứng, tinh hoàn. Tìm nang, u buồng trứng, tinh hoàn, thượng thận.
  - + Một khi có chẩn đoán dậy thì sớm, cần làm thêm test GnRH (phân biệt dậy thì sớm trung ương và ngoại biên), với liều 100µg/lần tiêm dưới da. Xét nghiệm FSH, LH vào thời điểm trước khi tiêm, 30, 60 phút sau khi tiêm để tìm đỉnh LH, FSH.
    - Dậy thì sớm ngoại biên: mức LH và FSH ban đầu thấp và không tăng sau khi kích thích bằng GnRH.
    - Dậy thì sớm trung ương: FSH, LH ban đầu thường ở ngưỡng dậy thì và sẽ tăng khi kích thích GnRH. Đỉnh LH từ 5-8 IU/L gợi ý dậy thì sớm trung ương.
- *Xét nghiệm tìm nguyên nhân*
  - + Dậy thì sớm trung ương: MRI tuyến yên
  - + Dậy thì sớm ngoại biên: testosterone, estradiol, cortisol, DHEAS, 17-hydroxyprogesterone, hCG/máu, siêu âm bụng, siêu âm tinh hoàn.

## IV. CHẨN ĐOÁN

Dậy thì sớm	Trung ương	Ngoại biên	Một phần
<b>Đặc điểm</b>			
<b>Đặc tính sinh dục thứ phát</b>	+, nhiều đặc tính	+, nhiều đặc tính	+, đơn độc
<b>Tăng tốc độ tăng trưởng thể chất</b>	+	+	-
<b>Tuổi xương</b>	Tăng	Tăng	Bình thường
<b>Estradiol, Testosterone máu</b>	Tăng	Tăng	Bình thường
<b>FSH, LH/máu</b>	Thường tăng	Bình thường	Bình thường
<b>LH/FSH</b>	>1	<1	<1
<b>Test GnRH</b>	Đỉnh LH >6 IU/L	Đỉnh LH thấp	Đỉnh LH thấp

	LH/FSH>1	LH/FSH <1	LH/FSH <1
<b>Siêu âm bụng</b>	Tăng kích thước tử cung, buồng trứng, có thể có nang buồng trứng	Tăng kích thước tử cung, buồng trứng, có thể có nang buồng trứng	Bình thường
<b>MRI tuyến yên</b>	Tổn thương tuyến yên hoặc bình thường (vô căn)	Bình thường	Bình thường
<b>CT bụng</b>	Bình thường/ nang buồng trứng	nang, u buồng trứng, u thượng thận, tinh hoàn.	Bình thường

\*Tăng testosterone huyết tương: > 0,5 ng/ml (bình thường < 0,2 ng/ml)

\*Tăng estradiol: > 20 pg/ml (bình thường < 20 pg/ml)

## V. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích cải thiện chiều cao, ngưng trưởng thành sinh dục, giảm nguy cơ quan hệ sinh dục sớm, lạm dụng tình dục.
- Điều trị tùy theo nguyên nhân.  
Dự phòng những rối loạn tâm lý.

### 2. Điều trị nguyên nhân

- *Dậy thì sớm trung ương:*
  - + Bướu thần kinh trung ương: phẫu thuật, xạ trị. Riêng hamartoma thì điều trị nội khoa (vì bướu không tiến triển).
  - + Dậy thì sớm trung ương vô căn: dùng chất đồng vận LH-RH (LH-RHa).
  - + Chỉ định: Dậy thì sớm trung ương vô căn tiến triển
    - Tăng trưởng thành xương quan trọng ( $\geq 2$  tuổi xương).
    - Hoặc tiên lượng chiều cao giảm ở tuổi trưởng thành qua hai đánh giá liên tiếp mỗi sáu tháng
  - + *Liều lượng* LH-RHa dạng chậm: Triptoreline (Diphereline<sup>®</sup>, Decapeptyl<sup>®</sup>) một ống 3.75 mg/lần tiêm bắp mỗi 4 tuần.
  - + *Kết quả điều trị*
    - Ngưng tiến triển các đặc tính sinh dục thứ phát.
    - Thể tích buồng trứng và tinh hoàn nhỏ lại.
    - Estradiol, Testosterone và Gonadotrophine trở về bình thường
    - Vận tốc tăng trưởng trở về mức trước dậy thì.
    - Ngưng tiến triển trưởng thành xương.
  - + *Thời gian điều trị:* đến tuổi trung bình của dậy thì (khoảng 11 tuổi), khi ngưng điều trị thì sự phát triển dậy thì về lâm sàng và sinh học sẽ được lặp lại.
- *Dậy thì sớm ngoại biên:* tùy thuộc vào bệnh nguyên
  - + Phẫu thuật: bướu buồng trứng, tinh hoàn, thượng thận
  - + Cortisol: tăng sinh thượng thận bẩm sinh

+ Hội chứng McCune- Albright: sử dụng thuốc ức chế sự chuyển estrogen từ androgen nhờ ức chế men acromatase (Letrozole, Anastrozole), Ketoconazole (ức chế tổng hợp androgen), Tamoxifen (chất đối vận estrogen) có thể có hiệu quả, tuy nhiên việc sử dụng các thuốc này vẫn trong vòng nghiên cứu và theo dõi .

- *Dậy thì sớm một phần*: không điều trị, theo dõi định kỳ mỗi 3 tháng.

#### **VI. THEO DÕI:**

- Theo dõi mỗi 4-6 tháng để chắc chắn quá trình dậy thì đã ngưng tiến triển.
- Theo dõi chiều cao, tốc độ tăng trưởng, các đặc tính sinh dục phụ, nồng độ LH, FSH, estradiol (nữ) và testosterone (nam) , tuổi xương.
- Làm test GnRH khoảng 4 tháng sau điều trị GnRH để khẳng định quá trình dậy thì đã bị ức chế và mỗi năm sau đó.

# SUY GIÁP

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

Suy giáp là một rối loạn nội tiết do thiếu hoặc khiếm khuyết tác dụng của hormon giáp trạng.

Sự thay đổi T3, T4, TSH theo tuổi.

Tuổi	TSH (mU/l=mU/l)	T3 (ng/dl)	T4 (mg/dl)
Sơ sinh	3-18	75-260	11.5-24
1-5	2-10	100-260	7.3-15
5-10		90-240	5-12
10-15		80-210	
> 15		115-190	

### 2. Nguyên nhân:

- Suy giáp bẩm sinh (rối loạn hình thành tuyến giáp, rối loạn tổng hợp hormon, rối loạn khác: thiếu thụ thể với TSH, với hormon)]\
- Suy giáp thụ đắc: do thiếu iode, do điều trị cắt bỏ tuyến giáp, mẹ dùng thuốc kháng giáp trong thai kỳ, chất có iode (chẩn đoán nguyên nhân dựa vào: tiền căn sinh thiếu tháng, dùng dung dịch sát trùng có iode. Iode máu và nước tiểu tăng, siêu âm có tuyến giáp. Điều trị chỉ cần ngưng dùng thuốc và thêm hormon giáp trạng trong vài tuần)
- Viêm tuyến giáp HASHIMOTO: là nguyên nhân gây suy giáp thụ đắc thường gặp ở vùng không có bướu cổ địa phương. Bệnh thường gặp ở trẻ gái với tỷ lệ nữ/ nam: 4-7/1 thường xảy ra sau 6 tuổi, đỉnh cao ở tuổi thiếu niên. Trẻ có bướu giáp và chậm phát triển, bướu lan toả (2/3 ca), chắc, mặt láng, không tiền căn viêm tại chỗ và không có hạch vùng.
- Diễn tiến: bệnh có thể tự hồi phục với bướu giáp nhỏ dần hoặc biến mất (> 50% sau thời gian theo dõi trên 6 năm)  
Có trường hợp bướu bình giáp vẫn tồn tại nhiều năm hay đi đến suy giáp với tuyến giáp teo.
- Điều trị: Dùng hormon giáp trạng khi có suy giáp:
  - + L-Thyroxine 150-250 mg/m<sup>2</sup>/ngày
  - + Prednisone 1-2 mg/kg/ngày trong 15 ngày nếu khởi bệnh đột ngột với đau tuyến hoặc có tình trạng viêm rõ
- Suy giáp có nguồn gốc trung ương: thường gặp do thiếu TSH

## II. LÂM SÀNG

### 1. Suy giáp sớm:

- Thời kỳ sơ sinh:
  - + Chẩn đoán sớm:
    - Tiền sử tuyến giáp mẹ
    - Đo lượng T4, TSH

### Bảng điểm chẩn đoán sớm

Dấu hiệu	Điểm
Phù niêm	2
Da nổi vân tím	1
Thoát vị rốn	1
Thóp sau rộng trên 0.5cm	1
Chậm lớn	1
Chậm phát triển vận động , tinh thần	1
Táo bón trên 3 ngày	2
Vàng da sinh lý trên 30 ngày	1
Thai trên 42 tuần	1
Cân nặng lúc sinh trên 3.500g	1
Tổng cộng	12

- + Nghi ngờ suy giáp > 4 điểm
- Từ tháng thứ hai trở đi : 3 nhóm tiêu chuẩn chính
  - + Thay đổi da niêm lông tóc :
    - Da dày , khô , lạnh , xanh tái , nám
    - Giọng khàn
    - Mặt tròn, có vẻ đàn, lãnh đạm, mí mắt phù, mũi xẹp lớn, môi dày, lưỡi to thè ra
    - Cổ to và ngắn , tụ mỡ trên xương đòn giữa cổ và vai
    - Chi ngắn , mập , đầu ngón vuông
    - Đường chân tóc xuống thấp , lông tóc giảm , khô , dễ gãy
  - + Chậm phát triển thể chất , vận động và tâm thần :
    - Ít chú ý , trí khôn kém , phát âm khó , nghe không rõ , đầu to , thóp rộng chậm đóng , răng mọc chậm , dễ sâu , phản xạ gân xương và trương lực cơ giảm , trẻ ít hoạt động , chậm biết đi , gù lưng.
  - + Không có tuyến giáp
    - Triệu chứng khác : độ lọc cầu thận giảm , rối loạn chuyển hoá thuốc , thiếu máu , tim to , nhịp tim chậm , có thể ứ dịch màng tim
- Suy giáp muộn : từ năm thứ hai trở đi :
  - + Chậm phát triển thể chất : nặng dần theo tuổi , lùn tuyến giáp (đầu to , chi ngắn , chậm đi , chậm nói )
  - Suy giáp và dậy thì sớm : tinh hoàn to ở trẻ nam , có kinh sớm ở trẻ nữ.
  - Hôn mê phù niêm
    - + Giảm thân nhiệt nặng , thiếu oxy , hạ huyết áp , rối loạn hô hấp , co giật , ngộ độc nước , thường xảy ra khi bị nhiễm trùng , lạnh , do thuốc.

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Định lượng TSH , T4 máu
  - + Máu cuống rốn : T4 <= 6mg/dl , TSH > 80mU/ml | gợi ý suy giáp
  - + 3-5 ngày tuổi : T4 < 7mg/dl , TSH > 50mU/ml | gợi ý suy giáp
  - + TSH < 30 mU/ml là bình thường

- + TSH = 30-50 mU/ml cần kiểm tra lại
- Siêu âm tuyến giáp , xạ hình
- Công thức máu : thiếu máu
- ECG
- Cholesterol máu tăng ( thường ở trẻ > 2 tuổi )
- Lipide máu tăng
- Glucose máu giảm
- Xq hệ xương : xương sọ thóp rộng , đường nối còn hở , hố yên thường rộng , đậm xương sọ nhất là ở bờ xương nhãn cầu ( nhãn cầu hình kính )  
Xương chi : đậm vỏ xương , các điểm hoá cốt chậm xuất hiện  
Xương sống : chậm dính các cung và thân đốt sống , các đốt sống dẹp , khoảng cách giữa các đốt sống rộng ra kém biến dạng thường ở L1 – L2

#### IV. CHẨN ĐOÁN:

##### 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Chẩn đoán bệnh được đặt ra nếu có  $\geq 2/5$  tiêu chuẩn sau :

- Bướu giáp chắc , lan toả , mặt láng
- Phân phối iode phóng xạ không đều
- Test perchlorate (+)
- TSH tăng
- Kháng thể kháng tuyến giáp

##### 2. Chẩn đoán phân biệt:

- Còi xương: trẻ chậm lớn ít, da không khô, không táo bón, tinh thần bình thường, phosphatase kiềm tăng. Chụp X-quang các xương thấy có hình ảnh còi xương.
- Hội chứng Down: trẻ có bộ mặt đặc biệt của bệnh, da không khô, không táo bón, thân nhiệt không hạ, nhiễm sắc thể đồ cho thấy có 3NST 21.
- Lùn ngắn xương chi: các chi ngắn, bàn tay và chân vuông, các ngón tay dạng hình chạc ba, da không khô, tinh thần bình thường.

#### V. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Nguyên tắc điều trị:

Càng sớm càng tốt, trước ba tháng tuổi, tốt nhất là trong tháng đầu sau khi sanh, điều trị suốt đời.

##### 2. Điều trị:

14. Thời gian đầu cần nằm tại bệnh viện để nâng cao hiệu quả điều trị. Điều trị có hiệu quả khi trẻ hết táo bón, nhịp tim tăng, ăn ngon, bớt phù mắt, linh hoạt hơn.

15. Cần kiểm tra lại hormone 2 và 4 tuần sau khi bắt đầu điều trị.

16. Cho xuất viện khi TSH < 10mg / ml và T4 > 8mg/dl.

17. Thuốc dùng: Thyroxin : dạng giọt ( 1 giọt LT4 = 5mg )

- + Dạng viên ( Levothyrox : viên 50 mg, 100mg, 150mg )
- + Giai đoạn đầu : 8mg/kg/24 giờ trong 3 tháng đầu (liều duy nhất trong ngày )
- + Sau đó : 5-6mg/kg/24 giờ lúc 1 tuổi ( cần theo dõi lâm sàng và sinh học )
- + Trẻ lớn : 3-4 mg/kg/24 giờ
- + Hôn mê phù niêm :
- + Levothyrox sodium IV 100mg/ngày

- + Hydrocortisone 100mg sau đó 25-50mg mỗi 8 giờ
- + Sưởi ấm, theo dõi hô hấp, nước, điện giải, nhịp tim, huyết áp, thân nhiệt, tri giá

c.

## **VI. THEO DÕI**

- Lâm sàng : Phát triển thể chất ( cân nặng , chiều cao) và nhịp tim
- Sinh học : T4 , TSH , cố giữ TSH trong giới hạn bình thường
- TSH tăng cao cho biết liều thuốc điều trị chưa đủ , ngược lại TSH thấp dưới trung bình cho biết là quá liều
- Lượng Hb nếu có thiếu máu

## **VII. THỜI GIAN THEO**

### **DÕI**

- Trẻ nhũ nhi cần được theo dõi hàng tháng / 3 tháng đầu
- Sau đó mỗi 3 tháng cho đến 1 tuổi
- Và sau đó mỗi 6 tháng để điều chỉnh liều Thyroxin
- Hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho gia đình bệnh nhi hiểu biết về bệnh cùng cách điều trị và theo dõi định kì.

## **VIII. PHÒNG**

### **BỆNH:**

Thực hiện chương trình tầm soát suy giáp bẩm sinh bằng các xét nghiệm hàng loạt TSH, T4 cho tất cả sơ sinh vào ngày thứ ba sau sanh. Không điều trị bướu giáp đơn

thuần bằng dung dịch có Iode cho phụ nữ mang thai vì dễ gây suy giáp ở thai nhi. Phụ nữ có thai cần được theo dõi định kì về bệnh lí tuyến giáp.

# SUY THƯỢNG THẬN

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

- Suy thượng thận là tình trạng thiếu mineralo-corticoid và / hoặc thiếu gluco-corticoid.
- Suy thượng thận cấp xảy ra khi có những yếu tố thúc đẩy: nhiễm trùng, chấn thương, phẫu thuật, nhịn đói kéo dài... hoặc khi ngưng đột ngột corticoid ở trẻ điều trị dài ngày corticoid.

### 2. Nguyên nhân suy thượng thận:

Nguyên nhân	Đặc điểm	Triệu chứng kết hợp
Suy nguyên phát	Sạm da	
Tự miễn (đơn độc hoặc đa tuyến)	Bắt đầu sau 2 tuổi, 2 giới, tính chất gia đình	Bệnh lý tự miễn khác
Giảm sản thượng thận Di truyền lặn liên quan giới tính Di truyền trội	Bắt đầu sớm Nam  Nam và nữ	Thiếu glycerol-kinase Loạn dưỡng cơ Suy LH
Kháng ACTH Loạn dưỡng chất trắng thượng thận (Adrenoleucodystrophy) Xuất huyết thượng thận	Suy riêng lẻ cortisol Suy riêng lẻ cortisol  Sơ sinh, nhiễm trùng, điều trị kháng đông	Hạ đường huyết Triệu chứng thần kinh  Nhiễm huyết não mô cầu
Lao HC Wolman, Gaucher...	Vôi hóa thượng thận	Vị trí khác
Rối loạn sản xuất hormon thượng thận	Tăng sinh thượng thận bẩm sinh Suy aldosterone	
Do thuốc: Ức chế tổng hợp steroids, aminoglutéthimide, ketoconazole...		
Suy thứ phát	Không sạm da	
Suy hạ đồi		Kích thước cơ thể nhỏ
Suy riêng lẻ ACTH	Hạ đường huyết	
Do thuốc	Điều trị steroids kéo dài	

## II. LÂM SÀNG:

- Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc bệnh nguyên gây ra thiếu mineralocorticoid và hoặc thiếu glucocorticoid:
  - + Hội chứng mất muối (thiếu mineralocorticoid): thường là triệu chứng nổi bật
  - + Rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy, ói, đau bụng), sụt cân
  - + Mất nước, trụy mạch, co giật, rối loạn nhịp tim.

- + Ion đồ máu: giảm Na<sup>+</sup> , tăng K<sup>+</sup>
- + Toan chuyển hóa
- + Cô đặc máu (tăng Hct, tăng Protid máu)
- + Giảm Aldosterone máu, tăng Renine máu
- + Ion đồ nước tiểu: Na<sup>+</sup> > 30 mEq/l
- + Aldosterone huyết tương thấp hoặc giới hạn dưới của mức bình thường và Renine huyết tương tăng cao.
- Thiếu glucocorticoid
  - + Hạ đường huyết
  - + Giảm cortisol/máu (8 giờ sáng)

### III. CÁC THỂ LÂM SÀNG

#### Tăng sinh thượng thận bẩm sinh:

Do thiếu men trong quá trình tạo steroids thượng thận:

#### 1. Thiếu 21-hydroxylase: thường gặp nhất(95%). Có 2 thể:

- Thể sơ sinh: chẩn đoán ngay sau sinh ở trẻ gái có bộ phận sinh dục lưỡng tính, ở trẻ trai dựa trên hội chứng mất muối xảy ra vào cuối tuần đầu sau sinh.
- Thể muộn: tăng trưởng nhanh với tăng trưởng thành xương, rậm lông, lông mu, phì đại âm vật, phát triển bất thường dương vật. Có thể đó là thể nam hóa đơn thuần hoặc kết hợp hội chứng mất muối.
- Chẩn đoán: tăng 17 OH progesterone và androstenedione, sulfate DHA, testosterone.
- Điều trị:
  - + Nội tiết tố: uống

Hydrocortisone (Hydrosone viên 4 mg, 10 mg) :15 - 20 mg/m<sup>2</sup>/ngày (2-3 lần)

Kết hợp bổ sung muối NaCl : 1 – 2 g/ ngày

- Điều trị lưỡng tính ở nữ (phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục)
- Theo dõi:
  - + Lâm sàng: tăng trưởng (cân, chiều cao), huyết áp, phù
  - + Xét nghiệm: 17 OH progesterone máu.
- *Dấu hiệu cần nhập viện:* trể ói, tiêu chảy, đau bụng, dấu hiệu mất nước, sốc.

#### 2. Các thể khác:

- Thiếu 11-hydroxylase (5 – 8 %): nam hóa, không mất muối, suy thượng thận, sạm da và có thể cao huyết áp. Xét nghiệm: tăng 11-deoxycortisol huyết tương.
- Thiếu 17-hydroxylase (< 1%): cao huyết áp, trẻ trai có cơ quan sinh dục ngoài là nữ, trẻ nữ sẽ vô kinh và không có các đặc tính sinh dục thứ phát. Xét nghiệm: tăng 11-deoxycortisol, giảm estrogen, androgen.
- Thiếu 3- hydroxy-dehydrogenase (< 2 %): hội chứng mất muối là hằng định. Trẻ trai nữ nhi có cơ quan sinh dục ngoài dạng nữ. Xét nghiệm: pregnenolone, 17 OH pregnenolone và dehydroepiandrosterone (DHEA) huyết tương tăng.

### IV. CHẨN ĐOÁN:

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

## V. ĐIỀU TRỊ:

### 1. Điều trị cấp cứu:

- **Điều trị rối loạn nước điện giải**
  - + Nếu có sốc, truyền tĩnh mạch NaCl 0.9% 20ml/kg/giờ. Sau đó, nếu bệnh nhân chưa ra khỏi sốc có thể bolus 1 liều NaCl 0.9% 20ml/kg hoặc sử dụng dung dịch đại phân tử.
  - + Lưu ý: không sử dụng dịch truyền có Kali.
- **Điều trị hạ đường huyết** (xem bài điều trị hạ đường huyết)
- **Điều trị tăng K+ máu** (xem bài điều trị tăng K máu)
- **Glucocorticoid:** hydrocortisone 100mg/m<sup>2</sup> (TM), sau đó 100mg/m<sup>2</sup> chia 4 - 6 liều ngày
- **Mineralocorticoid:** Acetate-desoxy-cortisone (Syncortyl 10 mg/ ống):  
sơ sinh 1 mg / mỗi 12 giờ, trẻ lớn 2 – 3 mg / 24 giờ 1 lần/ngày (TB)
  - + Lưu ý: nhóm Mineralocorticoid không nhất thiết sử dụng ngay trong giai đoạn cấp nếu như bệnh nhân đã được sử dụng Hydrocortisone.
- **Theo dõi:**
  - + Lâm sàng: tri giác, sinh hiệu, dấu mất nước, nước tiểu, cân nặng
  - + Cận lâm sàng: Dextrotix, Ion đồ máu, nước tiểu /4 giờ

### 2. Điều trị duy trì:

- Cần điều trị thay thế hormon bị thiếu (tùy theo nguyên nhân)
  - + Suy thượng thận nguyên phát:  
Hydrocortisone: 10-20 mg/m<sup>2</sup>/ngày chia 2-3 lần hoặc Prednisone 3-5mg/m<sup>2</sup>/ngày (uống).  
Fludrocortisone (Florinef viên 100µg): 50-100µg/ngày, (2 - 3 lần ở trẻ nhỏ, 1 lần ở trẻ lớn), kết hợp bổ sung muối NaCl: 1 – 2 g/ ngày
  - + Suy thượng thận thứ phát:  
Hydrocortisone: 10 mg/m<sup>2</sup>/ngày chia 2-3 lần
    - Hydrocortisone thường được dùng hơn Prednisone hoặc Prednisolone (Mức độ chứng cứ 2C- uptodate 19.1)
- Khi có những các yếu tố thúc đẩy: stress, nhiễm trùng: tăng liều hydrocortisone gấp 2 hay 3 lần hoặc hơn tùy vào mức độ nhiễm trùng, chuyển sang đường chích nếu có rối loạn tiêu hóa đi kèm.

# HỘI CHỨNG THẬN HƯ Ở TRẺ EM

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

Hội chứng thận hư (HCTH) là tình trạng:

- Tiểu đạm:
  - + Đạm niệu /24 giờ > 50mg/kg/ngày
  - + Protêin (mg)/créat (mg) > 2 (bt: < 0.2), trên 1 mẫu nước tiểu
- Giảm Albumin/máu :
  - + Albumin/máu < 25 g/l

### 2. Một số khái niệm:

- HCTH đơn thuần được định nghĩa khi không có tiểu máu, cao huyết áp, suy thận
- Hội chứng viêm thận cấp được định nghĩa khi có tiểu máu đại thể, cao huyết áp, suy thận cấp.
- HCTH có thể gặp trong nhiều bệnh cầu thận khác nhau, bài này chỉ đề cập phần: HCTH vô căn (bệnh thận hư).

## II. HỘI CHỨNG THẬN HƯ VÔ CĂN (BỆNH THẬN HƯ)

### 1. Lâm sàng:

- HCTH vô căn chiếm 90% các HCTH ở trẻ em < 15 tuổi, 1 – 5 tuổi (70%), thường ở trẻ trai nhiều hơn ở trẻ gái (Trai/gái: 3/1).
- Bệnh khởi phát “đột ngột”, hiếm khi tình cờ phát hiện, với triệu chứng :
- Phù (do giữ muối-nước) ở mi mắt, chân, mắt cá, ở hông khi nằm. Phù trắng, mềm, không đau, ấn không mất
- Báng bụng, khó thở, tràn dịch màng phổi, tim, phù bìu
- Sốc giảm thể tích: huyết áp kẹt, đau bụng, tay chân lạnh
- Có thể khởi phát bằng triệu chứng nhiễm trùng.

### 2. Cận lâm sàng:

#### - Sinh học:

- + Tiểu đạm > 50mg/kg/ngày, Albumin máu < 25g/l
- + Protid máu < 50 g/l, giảm gammaglobulin
- + Tăng cholestérol máu, tăng triglycerid máu
- + Natri máu bình thường hoặc giảm. Tăng kali máu nếu suy thận. Hạ calci máu to
- + Tăng Hct, tăng tiểu cầu, tăng fibrinogen, yếu tố V, VII, VIII, X, XIII, giảm anti- thrombine III
- + Tiểu máu vi thể: 20% các trường hợp

#### - Chỉ định sinh thiết thận:

Chỉ định sinh thiết thận trong các trường hợp sau đây:

- + HCTH kèm tiểu máu đại thể
- + Cao huyết áp
- + Giảm bổ thể

- + Tuổi < 1 hoặc > 11
- + Triệu chứng ngoài thận của bệnh toàn thể
- + Không đáp ứng với điều trị corticoid
- **Giải phẫu bệnh:**
  - + Sang thương dưới kính hiển vi thường:
    - Sang thương tối thiểu (85%)
    - Xơ hyalin hóa một phần cầu thận khu trú (10%),
    - Tăng sinh trung mô lan tỏa (5%)
  - + Sang thương dưới kính hiển vi điện tử: các tế bào có chân bị dính lại với nhau

### 3. Chẩn đoán:

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

### 4. Biện chứng:

- Rối loạn thăng bằng nước, điện giải
- Suy thận cấp
- Nhiễm trùng: Viêm phúc mạc do phế cầu, Nhiễm trùng Gram âm (Hemophilus), viêm màng não, viêm phổi, viêm mô tế bào do tụ cầu.
- Tắc mạch:
  - Do tăng đông, giảm thể tích tuần hoàn, gây ra bởi:
    - + bất động, nhiễm trùng,
    - + tăng tiểu cầu: số lượng, độ ngưng kết,
    - + tăng fibrinogen, yếu tố V, VII, VIII, X, XIII, giảm anti-thrombine III
  - Yếu tố thúc đẩy: do tiêm chích động mạch quay, đùn, đặt KT tĩnh mạch
- Giảm cung lượng tuần hoàn:
  - Lâm sàng: đau bụng, hạ huyết áp, tăng Hct, suy thận, nghẹt mạch
  - Yếu tố thúc đẩy: bệnh tái phát nặng, nhiễm trùng, dùng lợi tiểu, chọc dò màng bụng, tiêu chảy.
- Rối loạn tăng trưởng:
  - + Chậm phát triển chiều cao được ghi nhận do:
  - + Thoát một số hormone qua nước tiểu
  - + Suy giáp: do thoát protein mang Iod
  - + SDD do thiếu đạm

### 5. Điều trị:

Chẩn đoán bệnh dễ dàng nên không cần sinh thiết thận và điều trị ngay bằng Corticoid

- **HCTH lần đầu:**
  - Tấn công: Prednison 60 mg/m<sup>2</sup>/ ngày, tối đa 60mg/ ngày, trong 4 tuần
  - Nếu đạm niệu vẫn (+): Methylprednisolone 1000mg/1,73 m<sup>2</sup>/48 giờ, TTM 3 liều, truyền trong 4giờ.
  - Nếu đạm niệu trở về (-): nhạy corticoid
    - + Củng cố : (8 tuần kế) Prednison : 60mg/m<sup>2</sup> cách ngày
    - + Duy trì : (6 tuần kế) giảm liều Prednison 15mg/m<sup>2</sup> /2 tuần
    - + Tuần 13-14 : 1,5 mg/kg/cách ngày

- + Tuần 15-16 : 1 mg/kg/cách ngày
- + Tuần 17-18 : 0,5 mg/kg/cách ngày rồi ngưng thuốc.
- + Tổng thời gian điều trị HCTH lần đầu, nhạy corticoide là 4,5 tháng.
- Nếu sau điều trị tấn công, đạm niệu còn (+): kháng corticoid .
  - **HCTH tái phát:**
  - Đạm niệu  $\square$ 50mg/kg/24 giờ hay (++) với que thử 3 ngày liên tiếp ở 1 trường hợp hội chứng thận hư đã điều trị khỏi trước đó
    - + Chờ vài ngày, kiểm tra đạm niệu 24 giờ
    - + Điều trị tích cực các ổ nhiễm trùng
    - + Nếu chắc chắn tái phát: tấn công lại bằng phác đồ:
      - *Hội chứng thận hư tái phát xa*: 3 tháng sau ngưng thuốc
      - *Hội chứng thận hư tái phát thường xuyên (3 tháng sau ngưng thuốc) hoặc HCTH phụ thuộc corticoid (tái phát khi giảm liều)*
      - Prednison 60 mg/m<sup>2</sup>/ ngày đến ngày 3-4 sau khi đạm niệu (-)
      - Prednison 60 mg/m<sup>2</sup>/ cách ngày x 8 tuần
      - Sau đó giảm liều và dừng lại ở liều cơ bản bằng liều đang dùng khi bệnh nhân bị tái phát cộng thêm 0,25mg/kg/cách ngày và duy trì liều này trong 12 – 18 tháng.
      - *HCTH lệ thuộc corticoid ở liều cơ bản > 0,5mg/kg/cách ngày hoặc có dấu hiệu ngộ độc thuốc (chậm phát triển thể chất, loãng xương, cao huyết áp, tiêu đường, rối loạn tâm thần):*
        - Cyclophosphamide (Endoxan): 3mg/kg/ngày x 8 tuần (tổng liều 168mg/kg).
        - Tránh dùng tay để bẻ thuốc phân liều (gây độc da khi tiếp xúc trực tiếp): có thể làm tròn liều thuốc uống theo viên 50mg và kéo dài thời gian điều trị Endoxan (nếu cần).
        - Tác dụng phụ: viêm bàng quang xuất huyết, ức chế tuỷ xương, giảm BC hạt, hồi đầu, thiếu tinh vô tinh trùng ở nam, suy buồng trứng ở nữ, nguy cơ phát triển bệnh ác tính.
        - Theo dõi huyết đồ mỗi tuần. Nếu PN: 1000-1500/mm<sup>3</sup> thì giảm nửa liều. Nếu PN <1000/mm<sup>3</sup>: ngưng điều trị. Có thể sử dụng lại với liều thấp khi PN hồi phục và tiếp tục cho đủ tổng liều là 168mg/kg. Ngưng điều trị nếu sốt nhiễm trùng.
        - Prednison: 40mg/m<sup>2</sup> trong 4 tuần đầu điều trị bằng Cyclophosphamide, sau đó 20 20mg/m<sup>2</sup> trong 4 tuần sau. Sau 8 tuần Cyclophosphamide, Prednison được giảm liều nhanh và ngưng trong vòng 1 tháng.
        - Cyclosporin A (Neoral):
        - Chỉ định: HCTH phụ thuộc corticoid hoặc sau khi đã sử dụng nhóm Alkyls.
        - Khởi đầu 150mg/m<sup>2</sup>/ngày (hoặc 6mg/kg/ngày) chia làm 2 lần, tối đa 200mg/m<sup>2</sup>/ngày. Giữ nồng độ Cyclosporin A: 50-125ng/ml.
        - Prednison được dùng cách nhật, song song và giảm liều mỗi tuần để ngưng hẳn sau 1-2 tháng.

- Thời gian điều trị: 1-3 năm, nếu không có tái phát, giảm liều dần trong 3 tháng. Nếu có tái phát khi đang điều trị CsA, thêm corticoid liều thấp. Trước khi điều trị, đánh giá chức năng thận, sinh thiết thận. Sinh thiết thận lại sau 2 năm điều trị và khi thay đổi chức năng thận.
- Tác dụng phụ: phì đại nướu răng, rụng lông, tăng HA, tăng K<sup>+</sup> máu, giảm Mg<sup>++</sup>, tăng creatinine máu và độc thận.
- Theo dõi:
  - Ion đồ máu, urê, creatinine máu, đạm máu, albumine máu và độ thanh thải creatinine.
  - Nồng độ CsA máu vào các ngày 7, 15, 30 và sau đó mỗi tháng 1 lần.
- Chú ý giảm liều Cyclosporin A 20-50% nếu:
  - Creatinin máu tăng và độ thanh lọc creatinin máu giảm 30% so trị số ban đầu, tăng Kali máu và nồng độ Cyclosporin A máu > 200ng/ml. Nếu bất thường vẫn còn tồn tại sau 15 ngày giảm liều, thì ngưng điều trị.
  - Khi tái phát dưới Cyclosporin A thì có thể dùng Corticoid cách nhật với liều cao hơn cùng với Cyclosporin, hoặc Cyclophosphamide lần 2, hoặc Tacrolimus, hoặc Mycophénolate Mofetil.
  - Hiện nay, Levamisol được sử dụng ở các nước trước khi dùng Cyclophosphamide. Levamisol hiện nay chưa có ở Việt Nam.
- **HCTH kháng Corticoid:** Chuyển tuyến trên.

# VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM TRÙNG

## I. ĐẠI CƯƠNG:

### 1. Định nghĩa:

Là tình trạng viêm cầu thận do cơ chế tự miễn, thường khởi phát bởi nhiễm liên cầu tan huyết  $\beta$  nhóm A ở họng và da. Trong một số trường hợp, có thể có vai trò của siêu vi, kí sinh trùng, *Mycoplasma pneumoniae*...

### 2. Dịch tễ:

- Tuổi 2-12
- Nam/nữ= 2/1
- Thường gặp vào mùa lạnh nhiều hơn;
- Bệnh có thể phát thành dịch theo địa phương, nhiều anh em trong gia đình cùng bị;
- Là bệnh có liên quan đến vệ sinh môi trường, mức sống.

## II. LÂM SÀNG:

### 1. Bệnh sử:

- Phù lần mấy, ngày thứ mấy
- Có kèm tiểu ít, tiểu đỏ không
- Có viêm họng trước đó 1-2 tuần không.

### 2. Triệu chứng thực thể:

- Phù: 90%
- Tiểu máu đại thể : 24-40%
- Cao huyết áp: 80%
- Tiểu máu vi thể: 80%
- Tiểu đạm ở mức thận hư: 4%
- Tiểu đạm thoáng qua: 25%
- Thiếu niệu: 50%
- Vô niệu: hiếm
- 30% nhập viện trong bệnh cảnh biến chứng của cao huyết áp như suy tim, phù phổi cấp, co giật.

## III. CẬN LÂM SÀNG:

- Máu
  - + Ure, creatinin, ion đồ, đạm máu
  - + C3 giảm, C4 không giảm hoặc giảm ít
  - + ASO tăng
- Nước tiểu
  - + Tổng phân tích nước tiểu
  - + Soi nước tiểu thấy trụ hồng cầu, trụ hạt
  - + Đạm niệu/ Creatinin niệu

- Hình ảnh học
  - + Xq phổi
  - + Siêu âm hệ niệu: không cần làm thường quy
- Giải phẫu bệnh
  - + Viêm cầu thận tăng sinh nội mạc mao mạch lan tỏa với tằm nhuận tế bào viêm cấp.
- Chỉ định sinh thiết thận
  - + Vô niệu 48 giờ
  - + Tăng creatinin máu > 2 tuần
  - + Cao huyết áp > 3-4 tuần
  - + Tiểu máu đại thể > 3-4 tuần
  - + Hội chứng thận hư > 1 tháng
  - + Tiểu đạm > 6 tuần
  - + C3 giảm > 8 tuần
  - + Tiểu máu vi thể > 2 năm
  - + Bệnh tái phát

#### IV. CHẨN ĐOÁN :

##### 1. Chẩn đoán xác định:

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

##### 2. Chẩn đoán phân biệt:

###### - Viêm thận Lupus

+ Dựa vào

- Tuổi > 10 tuổi, trẻ gái
- Tổn thương ngoài thận đi kèm
- Diễn tiến không thuận lợi
- C3 và C4 giảm
- Kháng thể Lupus

###### - Bệnh Berger

+ Dựa vào

- Viêm họng xảy ra cùng lúc viêm thận
- Viêm thận tái phát
- Diễn tiến bất thường
- Sinh thiết thận có lắng đọng

#### V. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Kháng sinh

- Không thường qui
- Chỉ định khi có viêm họng hoặc viêm da tiến triển đi
- Penicilline V 100.000 đv/kg hoặc Erythromyciney 50-75 mg/kg/ngày x 10 ngày

##### 2. Chế độ ăn

- Hạn chế muối nước
- Khi có suy thận: chế độ ăn giảm đạm, kali
- Nghi ngơi tuyệt đối khi có cao huyết áp

### **3. Hạ áp**

- NIFEDIPINE phối hợp FUROSEMIDE (xem bài cao huyết áp)
- Không nên sử dụng ức chế men chuyển, chống chỉ định beta bloquant.
- Có thể phối hợp Labetalol hoặc Dihydralazine khi cao huyết áp nặng.

### **4. Lợi tiểu**

- Chỉ định : phù, cao huyết áp
- FUROSEMIDE 2mg/kg ngày uống đến khi hết phù, cân nặng trở về cân nặng trước lúc bệnh (2-3 ngày)

### **5. Điều trị biến chứng**

- Suy tim, phù phổi cấp, suy thận cấp, tăng Kali máu...: xem bài riêng.

### **6. Thuốc ức chế miễn dịch**

- Có 25-40% viêm cầu thận cấp hậu nhiễm trùng có tiến triển suy thận nặng. Trong những trường hợp này, cần điều trị phối hợp Methylprednisolone và/ hoặc Cyclophosphamide tùy trường hợp.

# BỆNH GAN MẠN

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Hầu hết các bệnh gan mạn ở trẻ em gây nên xơ gan, và/hoặc ứ mật
- Biểu chứng của bệnh gan mạn chủ yếu là do suy chức năng gan và ứ mật.
- Nguyên nhân:
  - Tại đường mật:
    - Teo đường mật ngoài gan
    - Dẫn, u bướu, sạn ống mật chính
    - Hội chứng Alagille, thiếu sản đường mật
    - Ứ mật trong gan có tính chất gia đình, do thuốc
    - Viêm xơ đường mật
    - Bệnh lý mảnh ghép chống lại ký chủ
    - Histiocytosis X
  - Tại gan:
    - Viêm gan sơ sinh
    - Viêm gan siêu vi B | delta
    - Viêm gan siêu vi C
    - Viêm gan tự miễn
    - Do thuốc/độc chất
  - Bệnh di truyền/chuyển hóa:
    - Bệnh chuyển hóa carbohydrate: galactosemia, fructosemia, bệnh tích tụ glycogen type III và IV
    - Bệnh chuyển hóa amino acids: Tyrosinemia, rối loạn chu trình urea
    - Bệnh tích tụ kim loại: bệnh ứ đọng sắt sơ sinh, bệnh Wilson
    - Bệnh tích tụ lipid: bệnh Gaucher, Niemann-Pick type C, hội chứng Zellweger, bệnh ty lạp thể, bệnh xơ nang, bệnh đa nang xơ hóa
  - Tại mạch máu:
    - Huyết khối tĩnh mạch gan: hội chứng Budd-Chiari
    - Bệnh nghẽn mạch
    - Bệnh lý tim

## II. LÂM SÀNG

### 1. Bệnh sử:

- Bệnh gan còn bù: có thể không có triệu chứng, không vàng da. Chỉ điểm đầu tiên bệnh gan có thể do phát hiện tình cờ gan lách to, hay lách to đơn thuần.
- Bệnh gan mất bù: bệnh sử có bệnh gan mật, có thể đã có biểu chứng.

### 2. Biểu hiện lâm sàng:

- Bệnh gan còn bù:
  - Có thể gan lách to, gan thường nhỏ và không sờ thấy, nhưng có thể lớn, cứng chắc hoặc có hạt.

- Biểu hiện ở da như sao mạch, lòng bàn tay son, tĩnh mạch giãn to lan từ rốn là biểu hiện của tăng áp cửa, dễ bầm da, giãn mạch rõ ở mặt và phần trên lưng, và ngón tay dùi trống.
- Bệnh gan mất bù: triệu chứng suy chức năng gan và xuất hiện biến chứng. Yếu tố thúc đẩy thường gặp như ăn nhiều chất đạm, xuất huyết tiêu hóa và dùng thuốc an thần:
  - Suy dinh dưỡng, báng bụng, phù ngoại vi.
  - Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch.
  - Bầm da tự nhiên do thiếu các yếu tố đông máu tổng hợp từ gan và giảm tiêu cầu do cường lách.
  - Bệnh não gan khó nhận biết ở trẻ em. Triệu chứng sớm gồm chậm chạp, học hành kém, ngủ gà hoặc rối loạn giấc ngủ. Trí thông minh giảm sút và thay đổi tính cách có thể gặp ở trẻ lớn, tiến triển dần đến lú lẫn và hôn mê. Loạn chọang, run rẩy và mất điều hòa vận động thì khó nhận thấy ở trẻ nhỏ.
  - Vàng da là biểu hiện trễ ngoại trừ xơ gan do ứ mật.
  - Hội chứng gan phổi với biểu hiện chủ yếu là khó thở, có thể khó thở khi ngồi (platypnea) hay thiếu oxy-máu tư thể (orthodeoxia), kèm sao mạch ở da, ngón dùi trống.
  - Hội chứng gan thận với suy chức năng thận tiến triển ở bệnh nhân có bệnh gan nặng. Bất thường lượng máu đên thận có thể là bệnh nguyên. Biểu hiện lâm sàng gồm 2 thể:
    - Thể cấp với khởi phát cấp, tiểu ít, có yếu tố thúc đẩy như xuất huyết tiêu hóa, dùng nhiều thuốc lợi tiểu, hoặc kèm suy chức năng gan nặng.
    - Thể chậm với suy thận tiểu ít tiến triển chậm.
  - Nhiễm trùng:
    - Nhiễm trùng tiểu và hô hấp thì thường gặp.
    - Nhiễm trùng máu thường là hậu quả của các thăm dò xâm lấn.
    - Viêm phúc mạc vi khuẩn tự phát là biến chứng nặng thường gặp của báng bụng và cần loại trừ ở tất cả trẻ bị nhiễm trùng.
 Một số tác nhân nhiễm trùng có độc tính hơn và thường gặp hơn ở bệnh nhân gan như Klebsiella, Escheria coli, Vibrio, Campylobacter, Yersinia, Enterococcus...
  - Ung thư tế bào gan thường kết hợp với viêm gan siêu vi B, tyrosinemia type I.

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Tổng quát:
  - Xét nghiệm máu: bilirubin, aminotransferases, GGT, alkaline phosphatase, Albumin, cholesterol, urea, creatinine, ammonia, alfa-fetoprotein, huyết đồ đầy đủ, prothrombine time-INR
  - Chụp phổi
  - Siêu âm gan mật và thận
  - Nội soi tiêu hóa trên
  - Điện tâm đồ

- Điện não đồ
- Sinh thiết gan
- Đặc biệt (cho chẩn đoán nguyên nhân):
  - Đường mật:
    - Cây máu và mô gan
    - Chụp đường mật trong khi phẫu thuật
    - ERCP/MRCP
    - CT scan gan mật
  - Gan:
    - Huyết thanh chẩn đoán siêu vi (TORCH, viêm gan siêu vi B, C, EBV)
    - Tốc độ lắng máu
    - Kháng thể tự miễn, immunoglobulins
    - Đo lượng đồng hay sắt lắng đọng trong gan
  - Chuyển hóa:
    - Đường, acids amino, acids hữu cơ, porphyrins, sản phẩm thoái hóa acid béo / nước tiểu
    - Đường (lúc đói), lactate, pyruvate, urate trong máu
    - Acids amino, đồng, ceruloplasmin,  $\alpha_1$ -antitrypsin, sắt ferritin, porphyrin, acids mật trong huyết thanh
    - Acylcarnitine profile, CPK huyết thanh
    - Test mồ hôi
    - Protease inhibitor phenotype
    - Sinh thiết cơ, fibroblast gan tìm enzyme đặc biệt
  - Mạch máu:
    - Siêu âm doppler xem dòng chảy TM gan
    - Chụp mạch máu
    - Chụp mạch máu tĩnh mạch chủ dưới
    - Antithrombin III, protein C, protein S

#### IV. CHẨN ĐOÁN

##### 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Bệnh sử có thể biết có bệnh gan mật trước đó hoặc không.
- Khám lâm sàng có các biểu hiện của bệnh gan còn hay mất bù với các biến chứng.
- Xét nghiệm tổng quát có biến đổi, đề nghị xét nghiệm đặc biệt để tìm nguyên nhân suy gan.

##### 2. Chẩn đoán xác định và phân biệt:

Chủ yếu cần chẩn đoán phân biệt các biến chứng của bệnh gan mất bù:

- Báng bụng:
  - Chẩn đoán phân biệt báng bụng do bệnh tim, bệnh ác tính, lao, bệnh thận mỡ, viêm tụy.
  - Chẩn đoán xác định dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng và chọc dò màng bụng.
- Xuất huyết tiêu hóa:

- Chẩn đoán phân biệt với viêm loét dạ dày tá tràng xuất huyết, bệnh lý viêm ruột (IBD), bệnh về máu.
- Chẩn đoán xác định dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm máu có rối loạn chức năng tổng hợp gan với PT kéo dài, giảm albumin, tăng bilirubin; có thể giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu do cường lách. Kết hợp nội soi tiêu hóa và chẩn đoán hình ảnh.
- Bệnh não gan: dựa lâm sàng, NH<sub>3</sub> máu, EEG, CT scan và MRI não.
- Bệnh gan phổi:
  - Chẩn đoán phân biệt với tăng áp phổi và suy tim.
  - Chẩn đoán xác định dựa bệnh sử, khám lâm sàng. Tiêu chuẩn vàng là siêu âm tim tăng cường cản quang. Phương pháp khác là xạ hình phổi với albumin kết tập đánh dấu technetium 99m (technetium labelled macroaggregated albumin).
- Bệnh gan thận:
  - Chẩn đoán phân biệt với hoại tử ống thận cấp, suy thận do thuốc (kháng sinh, lợi tiểu, NSAIDs).
  - Chẩn đoán xác định dựa bệnh sử, khám lâm sàng. Giảm độ lọc cầu thận với creatinin huyết thanh tăng > 1,5 mg/dl hay creatinin clearance < 40ml/phút, tăng kali máu, giảm natri máu và natri niệu thấp (< 10mEq/l).

## V. ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH GAN MẠN

### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm thiểu hoặc ngăn ngừa tổn thương gan tiến triển bằng cách điều trị nguyên nhân, nếu có thể.
- Tiên đoán, ngăn ngừa hoặc kiểm soát các biến chứng.
- Tiên đoán kết quả để có quyết định chính xác ghép gan.

### 2. Phân cấp điều trị:

- Cấp 1: Khi đã chẩn đoán bệnh gan mạn mất bù có biến chứng nên hội chẩn chuyên khoa và chuyển khoa:
  - Cấp cứu: nếu bệnh nhân vào phòng khám với biểu hiện:
    - Xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch gây mất máu nặng
    - Rối loạn đông máu gây xuất huyết nặng
    - Bệnh não gan với hôn mê
  - Hồi sức: nếu bệnh nhân ở khoa cấp cứu đã qua giai đoạn nguy kịch, hoặc ở các khoa thường, khoa tiêu hóa với biểu hiện sau:
    - Xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch gây mất máu nặng
    - Bệnh não gan với hôn mê có suy hô hấp
    - Hội chứng gan phổi có suy hô hấp nặng
    - Hội chứng gan thận có suy thận nặng không đáp ứng điều trị
    - Nhiễm trùng huyết nặng, choáng nhiễm trùng
  - Tiêu hóa: bệnh gan mất bù mà không có chỉ định vào hồi sức.
- Cấp 2: Điều trị đặc hiệu:

## **VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, XUẤT VIỆN**

**1. Tiêu chuẩn nhập viện:** bệnh gan mất bù với biểu hiện của biến chứng.

**2. Tiêu chuẩn xuất viện:**

- Khi hết triệu chứng nặng
- Kiểm soát và ngăn ngừa được các biến chứng

## **VII. TÁI KHÁM**

Theo dõi và tái khám: gồm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm tùy tình trạng bệnh tại phòng khám tiêu hóa:

- 3 tháng đầu: mỗi tuần
- 3 – 6 tháng: mỗi 2 tuần
- 6 – 12 tháng: mỗi tháng

# HỘI CHỨNG LY

## I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng ly là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có nhày máu..

## II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân đa phần là do Shigella ( 60% ), ngoài ra còn có thể do vi trùng khác hoặc ký sinh trùng

- Shigella là trực trùng gram âm. Có 4 loại Shigella:
  - + S. dysenteriae (serogroup A)
  - + S. flexneri (serogroup B) ( thường gặp nhất).
  - + S. boydii (serogroup C)
  - + S. sonnei (serogroup D)
- Vi trùng khác: EHEC, Campylobacter jejuni ....
- Ký sinh trùng: Entamoeba histolytica,

## III. LÂM SÀNG:

- Thời gian ủ bệnh trung bình 1 – 7 ngày .
- Khởi đầu đi tiêu phân nước, sau đó mới tiêu đờm, máu, mót rặn.
- Số lần đi tiêu thường 8 – 10 lần/ngày, lượng phân ít ( # 30ml/kg/ngày).
- Các triệu chứng thường gặp như sốt , đau bụng , tiêu nhày , tiêu máu , phân nước, ói

## IV. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu
- Soi phân: có bạch cầu trong phân 70 – 100% trường hợp
- Cây phân
- Cây máu trong trường hợp nặng
- Ion đồ khi có rối loạn tri giác, triệu chứng thần kinh, chướng bụng, giảm trương lực cơ.
- Đường huyết khi nghi ngờ hạ đường huyết
- Siêu âm bụng, XQ bụng khi có chướng bụng cần loại trừ lồng ruột
- Phết máu, đếm tiểu cầu , chức năng thận khi nghi ngờ có hội chứng tán huyết urê huyết cao

## V. CHẨN ĐOÁN

**1. Chẩn đoán xác định:** Hội chứng ly + cây phân (+)

**2. Chẩn đoán có thể:**

- Sốt, tiêu chảy kèm triệu chứng thần kinh: co giật, li bì, hôn mê, hội chứng màng não.
- Sốt, tiêu chảy, soi phân có hồng cầu, bạch cầu.

**3. Chẩn đoán phân biệt:**

- Lồng ruột
- Ly amip
- Tiêu máu do nứt hậu môn, polyp đại trực tràng
- Dị ứng sữa
- Viêm đại trực tràng do nguyên nhân khác.

**4. Mục tiêu điều trị:**

- Cải thiện triệu chứng

- Ngăn ngừa lây nhiễm
- Điều trị đặc hiệu

## VI. BIẾN CHỨNG

- Sa trực tràng
- Phình đại tràng nhiễm độc
- Tắc ruột
- Thủng ruột
- Nhiễm trùng huyết
- Rối loạn điện giải
- Phản ứng bạch cầu
- Triệu chứng thần kinh: co giật
- Viêm khớp phản ứng hoặc hội chứng Reiter
- Hội chứng tán huyết urê huyết
- Suy dinh dưỡng
- Urê huyết

## VII. ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị nâng đỡ:

- Bù dịch và điện giải: xem bài tiêu chảy cấp
- Cho ăn sớm để phòng suy dinh dưỡng.
- Bù kẽm (xem bài tiêu chảy cấp)
- vitamin A ( nếu có chỉ định) 200000 đơn vị, một liều duy nhất.
- Tránh dùng các thuốc chống nhu động ruột như diphenoxylate (Lomotil), những thuốc này có thể kéo dài thời gian sốt, tiêu chảy, bài tiết vi trùng (Grade 1C)

### 2. Kháng sinh:

- **Mục tiêu điều trị kháng sinh** là cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa lây nhiễm.
- **Những kháng sinh không còn hiệu quả trong điều trị lý:** Amoxicillin, Nitrofurantoin, Aminoglycosid, Cephalosporin thế hệ 1 và 2, Nalidixic acid, Chloramphenicol, Tetracycline, Sulfonamides, Streptomycin, Trimethoprim

### 3. Shigella và EIEC:

- **Kháng sinh đường uống:** lựa chọn tùy thuộc tình trạng kháng thuốc
  - + Lựa chọn đầu tiên: **Quinolones**
    - Ciprofloxacin: 30 mg/kg /ngày, tối đa 1 g /ngày , chia 2 lần x 5 ngày
    - Norfloxacin: 10 - 15 mg/kg /ngày x 5 ngày
  - + Lựa chọn thứ 2:
    - **Azithromycin:** 12 mg/kg trong ngày đầu tiên (tối đa 500 mg) và sau đó 6 mg/kg/ngày (tối đa 250 mg) x 4 ngày kế tiếp
    - **Cephalosporins uống**  
Cefixime (8 mg/kg/ngày, 1 liều duy nhất, tối đa 400 mg/ngày) x 5 ngày
- **Kháng sinh đường tĩnh mạch:** chỉ định trong những trường hợp nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng huyết, suy giảm miễn dịch, không uống được
  - + Lựa chọn đầu tiên: Ceftriaxone (50 - 100 mg/kg /ngày[tối đa 1.5 g] x 1lần/ngày x 5 ngày

+ Điều trị thay thế: Ciprofloxacin (20 - 30 mg/kg [tối đa 500 mg/lần] chia 2 lần x 5 ngày)

**4. Campylobacter jejuni:**

Erythromycin 50 mg/kg/ngày × 5 ngày

Azithromycin 5–10 mg/kg/ngày × 5 ngày

**5. Entamoeba histolytica:**

Metronidazole 30–40 mg/kg/ngày × 7–10 ngày

- **Thất bại điều trị:** Triệu chứng cải thiện trong 1 – 2 ngày điều trị. Vi trùng kháng thuốc gợi ý khi sốt kéo dài, tiêu máu đại thể, không giảm số lần đi tiêu trong ngày thứ 3 của điều trị.

**VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

- Lý có biến chứng
- Bệnh nặng hơn sau 2 ngày điều trị ngoại trú

**IX. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN**

Phòng ngừa lây lan bằng cách:

- Uống nước sạch
- Nguồn nước được khử khuẩn
- Rửa tay sạch sẽ
- Nấu chín và bảo quản thức ăn

**X. TÁI KHÁM**

Đưa trẻ đến khám ngay khi có những biểu hiện sau:

- Đi tiêu rất nhiều lần phân lỏng
- Ói tất cả mọi thứ sau ăn.
- Trở nên rất khát
- Ăn uống kém hoặc bỏ bú
- Trẻ không tốt lên sau 2 ngày điều trị
- Sốt cao hơn
- Co giật

# NHIỄM KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT Ở TRẺ EM

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tình trạng nhiễm giun nơi trẻ em thường gặp ở các nước đang phát triển, tỉ lệ nhiễm rất cao có nơi lên đến trên 90 %.

Có thể gặp những trường hợp nhiễm nhiều ký sinh trùng trên cùng một trẻ ( giun đũa, giun móc, giun kim..)

## II. NGUYÊN NHÂN

Lây nhiễm chủ yếu qua đường miệng và qua đường ăn uống nấu không chín (giun đũa, giun kim, giun tóc, các loại sán...), qua da ( giun móc, giun lươn ). Tùy theo vùng sinh sống và điều kiện sống mà chúng ta sẽ gặp trẻ bị nhiễm loại ký sinh trùng nào thường hơn.

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Nhiễm giun ở trẻ em: chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng

#### - Giun đũa:

+ Triệu chứng lâm sàng:

- Trẻ xanh xao, ăn kém ngon.
- Biểu hiện ở phổi: gây ra hội chứng Loeffler: ho đàm có thể lẫn máu, đôi khi sốt. Khi có nhiều ấu trùng vào phế nang và phế quản có thể gây nên viêm phế quản, viêm phổi.
- Ngoài da: nổi mề đay, phát ban không đặc hiệu.
- Đường tiêu hóa: đau bụng, ói mửa, chán ăn, tiêu chảy đôi khi phân mỡ. Giun có thể cuộn thành búi gây tắc ruột. Có thể chui vào ống mật gây viêm túi mật, tắc mật, áp xe gan; chui vào ống dẫn tụy gây viêm tụy, có khi chui qua thành ruột gây viêm phúc mạc.

+ Chẩn đoán:

- Soi phân tìm trứng giun đũa
- Xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu ái toan tăng là dấu hiệu gợi ý

+ Điều trị: Mebendazole (Vermox, Fugacar)

- Trên 12 tháng: Vermox 100mg 1 viên x 2 trong 3 ngày liên tiếp  
Hoặc Fugacar 500 mg 1 viên duy nhất  
Hoặc Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg (tối đa 1g), liều duy nhất.
- Dưới 12 tháng: Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg (tối đa 1g), liều duy nhất.

- **Giun kim:** Lứa tuổi nhiễm nhiều nhất là 3 – 7 tuổi. Tỉ lệ nhiễm ở trẻ đi mẫu giáo, nhà trẻ rất cao. Bệnh nhiễm giun kim mang tính chất gia đình.

+ Triệu chứng lâm sàng:

- Trẻ bị nhiễm giun kim thường khó ngủ, thức giấc nửa đêm, khóc đêm, đại dầm, ngũ nghiền liến, đôi khi tiêu phân lỏng do buổi tối giun hay bò ra ngoài hậu môn để trứng gây ngứa ngáy khó chịu cho trẻ. Nếu trẻ liến tay để gãi thì trứng giun có thể dính vào móng tay và khi cầm thức ăn sẽ gây tái nhiễm.
- + Chẩn đoán: Tìm trứng giun trong phân qua phương pháp quét ( swab) hoặc dán băng keo vào vùng hậu môn buổi sáng trong vài ngày liên tiếp
- + Điều trị:
  - Trên 12 tháng : Mebendazole ( Fugacar) viên 500 mg, 1 viên duy nhất, lặp lại sau 2 tuần.
  - Hoặc Albendazole ( Zentel ) viên 200mg, 2 viên duy nhất, lặp lại sau 2 tuần.
  - Hoặc Pyrantel pamoat ( Combantrin, Helmintox ), viên 125mg, 11mg/kg ( tối đa 1g), lặp lại sau 2 tuần.
  - Dưới 12 tháng: Pyrantel pamoat ( Combantrin, Helmintox ), viên 125mg, 11mg/kg ( tối đa 1g), lặp lại sau 2 tuần.
  - Điều trị cùng lúc cho các thành viên trong gia đình để tránh tái nhiễm.
- **Giun móc:** Thường gặp ở những trẻ em sống trong các vùng làm rẫy, làm ruộng đi chân đất.
  - + Triệu chứng lâm sàng:
    - Tổng trạng chung: mệt mỏi xanh xao, thiếu máu.
    - Ngoài da: nơi ấu trùng xâm nhập rất ngứa ngáy , ửng đỏ, nổi mụn nước.
    - Phổi: gây ra hội chứng Loeffler như giun đũa.
    - Tiêu hóa: đau bụng , ăn không ngon, khó tiêu, tiêu chảy, buồn nôn, nôn mửa, đôi khi thấy phân đen.
  - + Chẩn đoán: dựa vào vùng dịch tễ, bệnh cảnh lâm sàng
    - Soi phân thấy trứng giun móc, có thể thấy hồng cầu.
    - Công thức máu: Hct giảm, Hb máu giảm, bạch cầu ái toan tăng
    - Sắt huyết thanh giảm
  - + Điều trị:
    - Trên 12 tháng: Mebendazole ( Vermox , Fugacar )
    - Vermox 100mg 1 viên x 2 trong 3 ngày liên tiếp
    - Hoặc Fugacar 500 mg 1 viên duy nhất
    - Hoặc Albendazole ( Zentel ) viên 200mg, 2 viên duy nhất.
    - Hoặc Pyrantel pamoat ( Combantrin, Helmintox ), viên 125mg, 11 mg/kg/ngày trong 3 ngày liên tiếp.( tối đa 1g/ ngày),
    - Dưới 12 tháng: Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox ), viên 125mg, 11 mg/kg/ ngày trong 3 ngày liên tiếp.
    - Điều trị thiếu máu kèm theo (nếu có)
- **Giun tóc (Trichuris trichiura):**
  - + Nhiễm giun tóc gây ra những rối loạn tiêu hóa không đáng kể nhưng đôi khi có biểu hiện xuất huyết trực tràng và sa trực tràng.
  - + Chẩn đoán : tìm trứng trong phân

- + Điều trị : tương tự giun đũa
- **Các loại giun khác:**
- **Giun chó (Toxocara canis ):** Thường gặp ở những trẻ thường xuyên tiếp xúc với chó, mèo.
  - + Trẻ bị nhiễm thường mệt mỏi, sốt nhẹ, đôi khi đau hạ sườn phải hoặc than đau đầu kéo dài.
  - + Chẩn đoán: thường dựa vào bạch cầu ái toan tăng trong máu và huyết thanh chẩn đoán.
  - + Điều trị: Albendazole ( Zentel ) viên 200mg, 2 viên / ngày trong 5 ngày.  
Hoặc Mebendazol 100 – 200 mg/ ngày, chia làm 2 lần trong 5 ngày
- **Giun xoắn (Trichinella):** Trẻ bị nhiễm do ăn phải thịt heo hoặc thịt ngựa có chứa ấu trùng của giun xoắn.
  - + Triệu chứng rất đặc trưng: tiêu chảy, sốt cao, phù mắt và mí mắt. Đau cơ cũng thường gặp nhưng đôi khi khó xác định rõ nơi trẻ em.
  - + Chẩn đoán: thường dựa vào tập hợp các bằng chứng, triệu chứng lâm sàng biểu hiện trong gia đình và trong vùng, ăn thịt heo hoặc thịt ngựa. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu ái toan tăng, tăng enzyme cơ.
  - + Điều trị: Corticostéroïdes khi có triệu chứng nặng 1 mg / kg / ngày trong 5 ngày  
Mebendazole 200 – 400 mg chia 3 lần x 3 ngày, sau đó 400 – 500mg chia 2 lần trong 10 ngày  
Hoặc Albendazole 400 mg chia 2 lần x 8 – 14 ngày.
- **Giun lươn (Strongyloides stercoralis):** Người bị nhiễm khi ấu trùng dạng lây nhiễm trong đất nhiễm phân xâm nhập qua da và niêm mạc. Giun lươn có điểm khác biệt với các loại giun sán khác là khả năng nhân đôi trong cơ thể người.
  - + Thường thì không có triệu chứng hay có triệu chứng nhẹ ở da và tiêu hóa. Biểu hiện ngoài da thường gặp nhất là nổi mề đay tái phát ở mông và cổ tay. Ấu trùng di chuyển tạo ra những đường ngoằn ngoèo rãnh cưa đặc trưng cho bệnh – ấu trùng chạy – tổn thương dạng hồng ban, nhô cao và ngứa. Giun trưởng thành đào đường hầm vào trong niêm mạc ruột non gây đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, chảy máu đường tiêu hóa, viêm đại tràng mạn tính. Nếu nhiễm sớm và nặng có thể gây ra tắc ruột non, nhiễm trùng huyết khi nhiễm nặng.
  - + Chẩn đoán: dựa vào
    - Tìm ấu trùng trong phân
    - Huyết thanh chẩn đoán trong trường hợp nhiễm giun lươn không biến chứng.
  - + Điều trị: Ivermectin 200 µg/ kg/ ngày trong 2 ngày  
Hoặc Thiabendazole 25mg/ kg, 2 lần / ngày trong 2 ngày.
- **Giun Angiostrongylus cantonensis:** là loại giun sống trong phôi chuột, là nguyên nhân gây viêm màng não tăng bạch cầu ái toan. Người bị nhiễm khi ăn cua, ốc, tôm mang ấu trùng còn sống hoặc rau xanh dính phân của những động vật này.
  - + Chẩn đoán: dựa vào triệu chứng lâm sàng, viêm màng não tăng bạch cầu ái toan (E >20% trong dịch não tủy) và tiền căn dịch tể.
  - + Điều trị: Nâng đỡ, giảm đau, an thần và Corticoides trong những trường hợp nặng.

- **Giun chỉ (Filarioses):** Có 8 loại gây bệnh cho người, trong đó có 4 loài - *Wucherecia bancrofti*, *Brugia malayi*, *Onchocerca volvulus* và Loa loa – gây ra phần lớn các bệnh nhiễm giun chỉ nặng.
  - + Bệnh giun chỉ bạch huyết (do *Wucherecia bancrofti*, *Brugia malayi* ) người bị nhiễm bệnh do muỗi đốt. Triệu chứng lâm sàng đa số là không triệu chứng, đôi khi người bị nhiễm phôi ấu trùng có 1 vài biểu hiện như tiểu máu vi thể hoặc có protein niệu, giãn mạch bạch huyết, có thể thấy giãn bạch huyết ở bìu nơi trẻ trai.
    - Điều trị : Diethylcarbamazin ( DEC ) 6mg / kg / ngày trong 15 ngày  
Hoặc Albendazole 400 mg x 2 lần / ngày trong 21 ngày.
  - + Bệnh Loa loa (do Loa loa ) do ruồi trâu đốt, bệnh do nhiễm phôi ấu trùng không triệu chứng, chỉ có thể phát hiện bệnh khi giun trưởng thành di trú dưới kết mạc hay phù Calabar từng đợt. Phù mạch và ban đỏ, thường xuất hiện ở đầu chi và ít xuất hiện ở nơi khác, mau chóng biến mất.
    - Điều trị : DEC 8 – 10 mg / kg / ngày trong 21 ngày.
    - Trường hợp nặng có thể khởi đầu bằng Corticoides : Prednisone 40- 60 mg / ngày sau đó giảm liều nếu không có tác dụng phụ.
  - + Bệnh *Onchocerca* (do *Onchocerca volvulus*) do ruồi đen đốt, bệnh ảnh hưởng ở da, mắt và hạch bạch huyết.
    - Điều trị: Ivermectin liều duy nhất 150 µg / kg kết hợp điều trị triệu chứng
    - Chẩn đoán bệnh giun chỉ hiện nay dựa vào huyết thanh chẩn đoán

## 2. Nhiễm sán ở trẻ em:

- Nhiễm sán nơi trẻ em thường ít gặp hơn nhiễm giun, biểu hiện lâm sàng cũng không rõ rệt thường là không có triệu chứng, đôi khi gây ra rối loạn tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn hoặc tiêu chảy. Nhưng về lâu dài sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của trẻ, trẻ sẽ chán ăn và đưa đến suy dinh dưỡng.
- Bệnh nhiễm sán ở người bắt đầu bằng sự xâm nhập trực tiếp qua tiếp xúc ở da hay hệ tiêu hóa. Bệnh xuất hiện ở nhiều vùng địa lý và có thể gây ra 1 tỉ lệ bệnh đáng kể đôi khi tử vong.
- **Bệnh sán máng (Schistosomiasis):** thường gặp ở những người đi bơi hay lội qua vùng nước ngọt, do ấu trùng đuôi xâm nhập qua da, tùy theo vùng địa lý sẽ bị nhiễm loại sán khác nhau.
  - + Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo loài gây bệnh và mật độ nhiễm sán: sốt, viêm da, triệu chứng ở đường tiêu hóa đặc trưng là đau bụng kiểu đại tràng, gan to, đôi khi tăng áp tĩnh mạch cửa.
  - + Chẩn đoán: dựa vào sự phối hợp giữa tiền sử bệnh lý, biểu hiện lâm sàng đặc trưng và sự hiện diện của trứng trong các chất bài tiết kết hợp với huyết thanh chẩn đoán.
  - + Điều trị: thuốc được lựa chọn là Praziquantel
    - *S. mansoni*, *S. intercalatum*, *S. haematobium*: 40 mg / kg / ngày, chia 2 lần trong 1 ngày.
    - *S. japonicum* , *S. mekongi* : 60mg / kg / ngày, chia 3 lần trong 1 ngày.
- **Bệnh sán lá gan:**

- + Bệnh sán lá Clonorchis: là do nhiễm Clonorchis sinensis, người bị nhiễm do ăn cá nước ngọt chứa ấu trùng đuôi trưởng thành còn sống hoặc nấu không kỹ.
  - Triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, thường là không có triệu chứng, có thể gây đau mơ hồ vùng hạ sườn phải nếu nhiễm sán ở mức độ trung bình và nặng.
- + Bệnh sán lá Fasciola: do nhiễm Fasciola hepatica; người bị nhiễm do dùng nước ô nhiễm hoặc ăn phải rau cải được rửa trong các loại nước này.
  - Triệu chứng xuất hiện khi ký sinh trùng di chuyển ( 1- 2 tuần sau khi nhiễm sán), bệnh nhân sốt, đau hạ sườn phải, gan to.
  - Chẩn đoán: dựa vào tiền căn địa lý, tăng bạch cầu ái toan trong máu. Xét nghiệm huyết thanh học có giá trị trong chẩn đoán.
  - Điều trị: C. Sinensis: Praziquantel 75 mg / kg / ngày, chia 3 lần trong 1 ngày.  
Hoặc Albendazole 10 mg / kg / ngày, trong 7 ngày.
  - F. hepatica: Triclabendazole 10 mg / kg 1 liều duy nhất.
- **Bệnh sán lá phổi:** do nhiễm sán lá phổi Paragonimus westermani, người bị nhiễm do ăn phải ấu trùng nang lây nhiễm trong cơ và nội tạng của tôm và cua nước ngọt.
  - + Triệu chứng biểu hiện rõ rệt trên những người bị nhiễm sán ở mức độ trung bình hay nặng, thường là ho khạc đàm nâu hay ho ra máu, có thể có dấu hiệu của viêm màng phổi. Trong trường hợp mạn tính có thể gặp biểu hiện của viêm phế quản hay dẫn phế quản.
  - + Chẩn đoán: dựa vào việc phát hiện trứng sán trong đàm hoặc trong phân. Huyết thanh chẩn đoán có giá trị trong trường hợp tìm trứng cho kết quả âm tính.
  - + Điều trị: Praziquantel 75 mg / kg / ngày, chia 3 lần trong 2 ngày.
- **Bệnh sán dây:**
  - + Bệnh sán dây bò do Taenia saginata, người bị nhiễm do ăn thịt bò sống hoặc chưa nấu chín.
    - Biểu hiện lâm sàng có thể đau nhẹ hay khó chịu ở bụng, buồn nôn, ăn mất ngon, mệt mỏi và sụt cân. Bệnh nhân biết mình nhiễm sán thường là thấy các đốt sán trong phân.
    - Chẩn đoán : được xác định khi phát hiện ra trứng hoặc đốt sán trong phân, nếu không tìm thấy có thể kiểm tra vùng hậu môn bằng cách dán 1 dải giấy bóng kính như cách tìm giun kim. Xét nghiệm máu thấy tăng bạch cầu ái toan.
    - Điều trị: Liều duy nhất Praziquantel 5 - 10mg/kg
  - + Bệnh sán dây heo do Taenia solium và bệnh do Cysticercus: người bị nhiễm do ăn thịt heo nấu không chín.
    - Nhiễm T. solium ở ruột thường là không có triệu chứng, thỉnh thoảng bệnh nhân cảm thấy khó chịu ở vùng thượng vị, buồn nôn, sụt cân và tiêu chảy. Bệnh nhân có thể thấy đốt sán ra theo phân.
    - Chẩn đoán xác định khi tìm thấy trứng hoặc đốt sán trong phân.
    - Điều trị: Liều duy nhất Praziquantel 5 - 10mg/kg
  - Bệnh do Cysticercus hay có biểu hiện thần kinh, khi có phản ứng viêm quanh ấu trùng trong nhu mô não, thường xuất hiện động kinh. Các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ gồm nhức đầu, buồn nôn, nôn, biến đổi thị lực, mất điều hòa, chóng mặt

hoặc hay nhầm lẫn. Ở bệnh nhân bị tràn dịch não thất có thể thấy phù gai thị và rối loạn tâm thần. Ngoài ra có thể tìm thấy những nốt dưới da.

Chẩn đoán xác định khi tìm thấy ấu trùng từ những mẫu sinh thiết mô học qua kính hiển vi hoặc phát hiện ký sinh trùng khi soi đáy mắt. CT hoặc MRI não có

thể phát hiện ấu trùng nang sán trong não thất. Huyết thanh chẩn đoán có giá trị trong trường hợp này.

Điều trị: Điều trị triệu chứng động kinh và tràn dịch não thất (nếu có)

Praziquantel 50 - 60mg / kg / ngày, chia 3 lần / ngày trong 15 ngày

Hoặc: Albendazole 15 mg / kg / ngày (tối đa 800mg), chia 2 lần / ngày trong 8 - 28 ngày.

+ Bệnh sán dây chó do nhiễm *Echinococcus granulosus* hay *E. multilocularis*, ký chủ vĩnh viễn là chó, thải trứng qua phân. Bệnh thường gặp ở các vùng có gia súc nuôi chung với chó.

- Bệnh nhân bị nhiễm *Echinococcus* ở gan có triệu chứng thường đau bụng hay sờ thấy khối u ở vùng hạ sườn phải. Có triệu chứng giống như sỏi mật tái phát và nghẽn mật có thể gây vàng da.

- Chẩn đoán: X quang phổi có thể phát hiện các nang ở phổi  
CT ngực khối u hoặc vách nang calci hóa

Huyết thanh chẩn đoán có thể có giá trị nhưng nếu âm tính không loại trừ được nhiễm *Echinococcus*.

- Điều trị: Phẫu thuật cắt bỏ nang sán phổi hợp với Albendazole

Albendazole 15 mg / kg / ngày chia làm 2 lần (tối đa 800 mg/ ngày), bắt đầu tối thiểu 4 ngày trước khi thực hiện thủ thuật, tiếp tục ít nhất 4 tuần sau đối với *E. granulosus* và 2 năm đối với *E. multilocularis*.

- **Bệnh Gnathostoma** do *Gnathostoma spinigerum* hay *Gnathostoma hispidum*. Người bị nhiễm có triệu chứng ngứa ngoài da do ấu trùng di chuyển, đau bụng, đôi khi có thể gặp triệu chứng ho hoặc tiểu máu.

+ Điều trị: Albendazole 400 mg / ngày chia 2 lần trong 21 ngày

Hoặc: Ivermectin 200 µg / kg / ngày trong 2 ngày

Có thể kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ nang.

### 3. Nhiễm đơn bào:

- **Bệnh amip:** là bệnh nhiễm trùng do đơn bào *Entamoeba histolytica* gây ra. Người mắc bệnh khi nuốt bào nang của chúng từ nước, thức ăn hoặc tay bị nhiễm phân.

+ Các dạng lâm sàng:

- Bệnh amip ở ruột: Viêm đại tràng do amip: đau bụng dưới và tiêu chảy nhẹ tiến triển từ từ, sau đó là uế oại, sụt cân và tiêu phân nhầy máu.

- Áp xe gan do amip: Bệnh nhân sốt và đau hạ sườn phải, thường gặp điểm đau trên gan và tràn dịch màng phổi phải. Áp xe vỡ vào phúc mạc có thể gây đau bụng cấp, nếu áp xe ở thùy trái gan có thể vỡ vào màng ngoài tim có tiên lượng xấu nhất.

- Những vị trí nhiễm ký sinh trùng ngoài ruột khác: đường tiết niệu sinh dục có thể bị ảnh hưởng (loét sinh dục gây đau).

+ Chẩn đoán:

- Xét nghiệm phân tìm thấy thể E. histolytica ăn hồng cầu.
- Huyết thanh chẩn đoán có giá trị.
- Siêu âm bụng, CT scan hoặc MRI phát hiện nang.

+ Điều trị: Metronidazole 35 – 50 mg/kg /ngày, chia làm 3 lần trong 7 – 10 ngày uống hoặc IV.

Hoặc: Tinidazole 50 mg/kg /ngày (tối đa 2g) trong 5 ngày.

- **Bệnh giardia:** do đơn bào Giardia lamblia gây ra, người bị nhiễm bệnh khi ăn phải những bào nang có trong thức ăn và nước uống bị nhiễm.

+ Đa số là không có triệu chứng hoặc nếu có là bệnh nhân tiêu chảy nhiều, buồn nôn, nôn, sưng phù và đau bụng.

+ Chẩn đoán:

- Xét nghiệm phân tươi tìm bào nang hoặc thể tư dưỡng.
- Tìm kháng nguyên của ký sinh trùng trong phân.

+ Điều trị: Metronidazole 15 – 30 mg/kg /ngày, chia làm 3 lần trong 5 ngày uống.

Hoặc Tinidazole 50 mg/kg , liều duy nhất, ( tối đa 2g )

Hoặc Furazolidone 6 mg/kg /ngày, chia làm 4 lần trong 7 – 10 ngày uống.

#### IV. PHÒNG NGỪA

- Rửa tay cho trẻ trước khi ăn và sau khi đi tiêu.
- Cho trẻ ăn chín , uống nước chín đun sôi để nguội.
- Cho trẻ đi tiêu đúng hố xí hợp vệ sinh.
- Vệ sinh thân thể cho trẻ, thường xuyên giặt mùng mền chiếu gối.
- Rửa đồ chơi cho trẻ thường xuyên.
- Sờ giun định kỳ 6 tháng một lần.
- Không cho trẻ đi chân đất nhất là ở những vùng có trồng hoa màu, trồng cây ăn trái.

# ÓI TÁI DIỄN

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

Ói tái diễn là khi ói trong một thời gian dài (trên 10 ngày) và với tần suất con ói khác nhau.

### 2. Nguyên nhân:

#### - Nguyên nhân cơ học:

- Hẹp môn vị
- Thoát vị qua khe thực quản, một số nguyên nhân ngoại khoa (xoay ruột bất toàn, hội chứng động mạch mạc treo tràng trên, màng chắn tá tràng...)
- Trào ngược dạ dày thực quản.
- Dị vật đường tiêu hóa trên

#### - Dị ứng thức ăn

Dị ứng proteine sữa bò.

#### - Bệnh lý TMH:

- Viêm họng
- Viêm amidan mãn,
- Viêm xoang
- Các bệnh lý khác...
  - **Bệnh lý thần kinh:** động kinh, u não
  - **Nguyên nhân chuyển hóa:** hiếm gặp
  - Bất dung nạp fructose
  - Bệnh lý chuyển hóa axit amin
  - **Các bệnh lý khác:**  
Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh
  - **Nguyên nhân bên ngoài:**
    - Sai lầm chế độ ăn
    - Thuốc.
    - Tâm lý.

#### i. Nguyên nhân chọn rõ: ói chu kỳ

## II. LÂM SÀNG:

### 1. Hỏi bệnh sử:

- Hoàn cảnh xảy ra: thay đổi chế độ ăn, đợt nhiễm trùng (sốt)
- Liên quan đến bữa ăn: trong khi ăn, ngay sau khi ăn hay một thời gian sau khi ăn
- Cách thức: thay đổi tư thế, khi ho
- Dịch ói: thức ăn, dịch trong, dịch xanh, dịch vàng, máu
- Tần suất: số lần ói trong một giờ, số đợt ói trong một tháng

### 2. Triệu chứng thực thể:

- Tổng trạng:

- + Dấu hiệu sinh tồn : mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- + Dấu mất nước.
- + Biểu đồ tăng trưởng, triệu chứng suy dinh dưỡng.
- Thăm khám toàn diện:
  - + Tim mạch: nhịp tim, triệu chứng suy tim, cao huyết áp
  - + Phổi: thở nhanh, co lõm, nghe phổi có ran
  - + Bụng: bụng chướng, quai ruột nổi
  - + Tai mũi họng: viêm họng, viêm amidan, viêm tai
  - + Thần kinh: vòng đầu lớn, rối loạn hành vi, dấu thần kinh định vị...

### III. CẬN LÂM SÀNG:

Cận lâm sàng không cần thiết trong trường hợp ói ít, không ảnh hưởng đến tổng trạng và xác định được nguyên nhân rõ ràng khi thăm khám (*thí dụ như viêm amidan mạn*)

Nếu ói nhiều, ảnh hưởng tổng trạng hoặc không xác định được nguyên nhân rõ ràng cần làm thêm xét nghiệm.

- Xét nghiệm ban đầu:
  - + Huyết đồ
  - + Ion đồ, chức năng gan thận
  - + Siêu âm bụng
  - + XQ bụng không sửa soạn
- Các xét nghiệm khác tùy theo nguyên nhân được nghĩ đến: amylase, lipase máu, khí máu, đo pH thực quản, nội soi tiêu hóa, EEG...

### IV. CHẨN ĐOÁN:

18. Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

19. Chẩn đoán một số nguyên nhân thường gặp:

- + Hẹp phì đại môn vị: trẻ sơ sinh hay trẻ nhũ nhi, thường là trẻ trai, dấu suy kiệt và mất nước, giảm Clo trên ion đồ, siêu âm thấy môn vị phì đại
- + Hẹp phì đại môn vị: trẻ sơ sinh hay trẻ nhũ nhi, thường là trẻ trai, dấu suy kiệt và mất nước, giảm Clo trên ion đồ, siêu âm thấy môn vị phì đại
- + Trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ): trẻ nhũ nhi, ói sau ăn, siêu âm bụng thấy # 3 lần trào ngược/ 5 phút, đo pH thực quản 24 giờ thời gian pH<4 nhiều hơn 10%, TOGD: góc HIS tù
- + Dị ứng protein sữa bò: trẻ nhũ nhi, bú sữa bò, thường khởi đầu trước 3 tháng tuổi, có thể ói máu, hết triệu chứng khi ngưng sữa bò hoặc đổi qua sữa thủy phân
- + Bất dung nạp fructose: ói khi ăn thức ăn có fructose (*trái cây*), hết khi ngưng các thức ăn này
- + Ói chu kỳ: nhiều đợt ói với cường độ cao (*5-10 lần/giờ*), kéo dài vài ngày đến vài tuần, tự hết, xen kẽ những giai đoạn hoàn toàn bình thường, không tìm thấy nguyên nhân thực thể.

## V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

Các trường hợp ối tái diễn có ảnh hưởng đến tổng trạng, cần can thiệp điều trị chuyên biệt (*truyền dịch, phẫu thuật...*)

### - ĐIỀU TRỊ

#### • Nguyên tắc điều trị:

- Bồi hoàn rối loạn nước điện giải, kiềm toan
- Phục hồi dinh dưỡng
- Điều trị nguyên nhân

#### • Xử trí ban đầu:

- Nếu bệnh nhân có dấu hiệu mất nước: bù theo phác đồ A, B, C
- Khi nghi ngờ nguyên nhân ngoại khoa cần cho nhịn ăn, đặt sonde dạ dày và nuôi ăn đường tĩnh mạch

#### • Điều trị đặc hiệu:

- Nguyên nhân ngoại khoa: can thiệp phẫu thuật
- TNDDTQ: xem bài TNDDTQ
- Dị ứng protein sữa bò: đổi qua sữa đậu nành, nếu còn dị ứng đổi sữa thủy phân
- Bất dung nạp fructose: không ăn trái cây
- Những bệnh nhi có phát triển thể chất kém cần được tham vấn dinh dưỡng

### - THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần theo dõi và tái khám định kỳ. Tham vấn dinh dưỡng.

# TIÊU CHẢY CẤP

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa

Tiêu chảy là tình trạng tăng lượng dịch đột ngột trong phân, biểu hiện bằng tiêu phân lỏng  $\geq 3$  lần trong vòng 24 giờ

Tiêu chảy cấp khi thời gian tiêu chảy  $< 2$  tuần

### 2. Nguyên nhân

Tiêu chảy cấp hầu hết do siêu vi; một số nguyên nhân khác như nhiễm trùng, tác dụng phụ kháng sinh, nhiễm trùng ngoài đường ruột khác, và một số nguyên nhân ít gặp khác.

#### - **Nhiễm trùng đường ruột do các tác nhân gây bệnh:**

- + Virus: Rotavirus, Astroviruses, Adenoviruses, Parvoviruses, Noroviruses, Caliciviruses
- + Vi trùng: Bacillus anthracis, Bacillus cereus, Brucella abortus, B. melitensis, và B. suis, Campylobacter jejuni, Clostridium botulinum, E. coli, Listeria monocytogenes, Salmonella spp, Shigella spp, Staphylococcus aureus, Vibrio cholerae, Yersinia enterocolytica...
- + Ký sinh trùng: Cryptosporidium, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Toxoplasma gondii...

- **Nhiễm trùng ngoài ruột:** Nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng huyết...

- **Các nguyên nhân khác:** Dị ứng thức ăn, tiêu chảy do thuốc, rối loạn quá trình tiêu hoá – hấp thụ, viêm ruột do hoá trị, xạ trị, các bệnh lí ngoại khoa (viêm ruột thừa, lồng ruột...).

## II. LÂM SÀNG

### 1. Bệnh sử

- Khởi phát bệnh, thời gian tiêu chảy kéo dài, số lần đi tiêu/ngày, số lượng phân
- Tính chất phân : có đờm, máu
- Nôn ói, đau bụng.
- Thuốc đã dùng: kháng sinh, thuốc làm giảm nhu động ruột
- Các bệnh lí khác.
- Dịch tễ học.
- Các yếu tố nguy cơ: suy dinh dưỡng, vệ sinh kém

### 2. Khám lâm sàng:

- Dấu hiệu mất nước:
  - + Tri giác: li bì, khó đánh thức, mắt tri giác hoặc vật vã kích thích.
  - + Cân nặng: lượng dịch mất đi tương đương % trọng lượng cơ thể
  - + Mắt có trũng không
  - + Không uống được hoặc uống kém, uống háo hức, khát.
  - + Dấu véo da mất rất chậm ( $> 2$  giây) hoặc mất chậm ( $< 2$  giây)
- Dấu hiệu biến chứng:

- + Rối loạn điện giải: co giật, li bì, hôn mê, bụng chướng, liệt ruột, giảm trương lực cơ...
- + Rối loạn kiềm toan: thở nhanh sâu.
- + Hạ đường huyết: vã mồ hôi, da nhợt, nhịp tim nhanh, run giật chi, rối loạn tri giác, co giật, hôn mê.
- + Suy thận cấp: tiểu ít, phù, cao huyết áp, lừ đừ.
- Bệnh kèm theo
  - + Suy dinh dưỡng
  - + Bệnh đi kèm: viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm trùng huyết

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm cơ bản:
  - + Huyết đồ
  - + Phân: soi cấy phân khi nghi ngờ ly hoặc phân có đờm máu, nghi ngờ tả, hoặc nhiễm trùng nặng.
- Xét nghiệm tìm biến chứng: CRP, Ion đồ, CN thận, đường huyết, khí máu động mạch, X –quang bụng đứng không sửa soạn.
- Xét nghiệm khác:
  - + Siêu âm bụng loại trừ lồng ruột khi tiêu máu, đau bụng, chướng bụng, ói nhiều

### IV. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Phân độ mất nước:

Mất nước nặng (9-15%) Có 2 trong các dấu hiệu sau:	Mất nước (6-10%) Có 2 trong các dấu hiệu sau:	Không mất nước (3-5%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Li bì hoặc hôn mê</li> <li>- Mắt trũng</li> <li>- Không uống được hoặc uống rất kém</li> <li>- Nếp véo da mất rất chậm (&gt;2 giây)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kích thích, vật vã</li> <li>2. Mắt trũng</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Khát nước, uống háo hức</li> <li>- Nếp véo da mất chậm (&lt; 2 giây)</li> </ul>	Không có đủ các dấu hiệu đã được phân loại mất nước, mất nước nặng

#### • **Biến chứng:**

- Rối loạn điện giải: tăng hoặc giảm Natri, Kali máu
- Rối loạn toan kiềm : thường toan chuyển hóa
- Hạ đường huyết
- Suy thận cấp.

### V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trẻ mất nước > 5%
- Không thể áp dụng bù nước bằng đường uống (ói nhiều, uống không đủ...)
- Tiêu chảy nặng hơn và hoặc vẫn mất nước dù điều trị bằng đường uống.

- Các chỉ định khác: bệnh đi kèm chưa rõ, nghi ngờ bệnh ngoại khoa, trẻ có nguy cơ cao diễn tiến nặng (SDD, trẻ có bệnh đi kèm như viêm phổi, tim bẩm sinh, hậu môn tạm hồi tràng, bệnh mạn tính, béo phì khó đánh giá tình trạng mất nước...)

## **VI. ĐIỀU TRỊ:**

### **1. Mục tiêu điều trị:**

- Dự phòng mất nước nếu chưa mất nước
- Điều trị mất nước khi có dấu hiệu mất nước
- Giảm thời gian, mức độ của tiêu chảy và các đợt tiêu chảy trong tương lai bằng bổ sung kẽm.
- Dự phòng suy dinh dưỡng

### **2. Nguyên tắc điều trị**

- Bù nước và điện giải
- Xử trí kịp thời các biến chứng
- Điều trị đặc hiệu nếu có chỉ định
- Phòng ngừa lây lan

### **3. Phác đồ điều trị cụ thể:**

- Trẻ không mất nước (PHÁC ĐỒ A): ( điều trị tiêu chảy tại nhà)
  - + Cho trẻ uống thêm dịch (càng nhiều càng tốt nếu trẻ muốn):
    - Bú mẹ tăng cường
    - ORS giảm áp lực thẩm thấu: <2 tuổi : 50 – 100 ml sau mỗi lần đi tiêu; ≥ 2 tuổi: 100 – 200ml sau mỗi lần đi tiêu (Mức độ chứng cứ I)
    - Các dung dịch khác: nước sạch, cháo, súp, nước dừa, nước hoa quả không đường
    - Các dung dịch nên tránh: nước uống ngọt có đường gây tiêu chảy thẩm thấu, các chất kích thích gây lợi tiêu...
    - Tiếp tục cho trẻ ăn để phòng suy dinh dưỡng
    - Bổ sung kẽm: (Mức độ chứng cứ I)
      - Trẻ < 6 tháng: 10mg/ngày x 14 ngày;
      - Trẻ ≥ 6 tháng: 20mg/ngày x 14 ngày.
  - + Hướng dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ khám trở lại hoặc khám ngay.
- Trẻ có mất nước (PHÁC ĐỒ B): (điều trị mất nước bằng ORS giảm áp lực thẩm thấu, bù dịch bằng đường uống tại cơ sở y tế)
  - + Bù dịch bằng ORS giảm áp lực thẩm thấu 75ml/kg uống trong 4 giờ
  - + Sau 4 giờ: đánh giá và phân loại lại tình trạng mất nước:
    - Nếu xuất hiện dấu mất nước nặng: điều trị theo phác đồ C
    - Nếu trẻ còn mất nước: tiếp tục bù nước bằng đường uống theo phác đồ B. Bắt đầu cho trẻ ăn, uống và tiếp tục đánh giá trẻ thường xuyên
    - Nếu không còn mất nước điều trị theo phác đồ A
- Khi điều trị bằng đường uống thất bại: do tiêu chảy nhiều, ói nhiều, uống kém
  - + Uống ORS qua sonde dạ dày nhỏ giọt
  - + Truyền tĩnh mạch dung dịch Lactate Ringer 75ml/kg trong 4 giờ.
- Trẻ mất nước nặng (PHÁC ĐỒ C) :

- + Bắt đầu truyền TM ngay lập tức. Trong khi thiết lập đường truyền cho uống ORS nếu trẻ còn uống được
- + Dịch truyền được lựa chọn: Lactate Ringer, Normal Saline.
- + Cho 100ml/kg dung dịch được lựa chọn chia như sau:

	Lúc đầu truyền 30ml/kg trong	Sau đó truyền 70ml/kg trong
< 12 tháng	1 giờ *	5 giờ
≥ 12 tháng	30 phút *	2g30 phút

**20.** Truyền thêm một lần nữa nếu mạch quay yếu hoặc không bắt được

- + Đánh giá lại mỗi 15 – 30 phút cho đến khi mạch quay mạnh. Nếu tình trạng mất nước không cải thiện cho dịch truyền với tốc độ nhanh hơn sau đó đánh giá lại mỗi 1 giờ cho đến khi tình trạng mất nước cải thiện.
- + Khi truyền đủ lượng dịch truyền đánh giá lại tình trạng mất nước:
  - Nếu vẫn còn dấu hiệu mất nước nặng: truyền lần 2 với số lượng trong thời gian như trên
  - Nếu cải thiện nhưng còn dấu có mất nước: ngưng truyền và cho uống ORS theo phác đồ B. Nếu trẻ bú mẹ khuyến khích cho bú thường xuyên
  - Nếu không còn dấu mất nước: điều trị theo phác đồ A, cho bú mẹ thường xuyên. Theo dõi trẻ ít nhất 6 giờ trước khi cho xuất viện.
  - (Khi trẻ có thể uống được, thường sau 3 – 4 giờ đối với trẻ nhỏ, 1 – 2 giờ đối với trẻ lớn, cho uống ORS giảm áp lực thẩm thấu 5ml/kg/giờ)

#### 4. Điều trị biến chứng:

- Điều trị co giật, rối loạn điện giải, suy thận, hạ đường huyết...
- Điều trị toan chuyển hóa ( xem bài rối loạn kiềm toan).

#### 5. Chỉ định điều trị kháng sinh:

- Phân có đàm máu, hoặc nghi ngờ tả
- Có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân hay có nhiễm trùng ngoài ruột khác.
  - + Shigella : Ciprofloxacin 30mg/kg/ngày, chia 2 lần x 5 ngày
  - + Tả: Azithromycin 6 – 20mg/kg/ngày x 1 – 5 ngày
  - + Samonella non-typhoid : thường tự giới hạn, không cần kháng sinh
  - + Giardia lamblia, : Metronidazole 30-40mg/kg/ngày, chia 2 lần x 7
  - + Campylobacter : Azithromycin 5 – 10mg/kg/ngày x 5 ngày

#### 6. Các thuốc khác:

- Các thuốc chống nhu động ruột ( như dẫn xuất thuốc phiện), thuốc hấp phụ ( kaolin – pectin, than hoạt), bismuthus không có khuyến cáo dùng trong tiêu chảy cấp ( mức độ chứng cứ IC).

### VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Không có dấu hiệu mất nước
- Hết rối loạn điện giải, kiềm toan, suy thận

### VIII. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN

- Hướng dẫn bà mẹ 4 nguyên tắc điều trị tiêu chảy tại nhà:

- + Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ uống thêm dịch, cách pha ORS
- + Hướng dẫn cho trẻ ăn khi tiêu chảy và sau khi hết tiêu chảy
- + Nhắc bà mẹ cho trẻ uống bổ sung kẽm đủ liều
- + Hướng dẫn bà mẹ khi nào trở lại tái khám hoặc khám ngay.
- + Hướng dẫn cho thân nhân các biện pháp phòng tiêu chảy:
  - Nuôi con bằng sữa mẹ
  - Chế độ dinh dưỡng
  - Rửa tay thường quy
  - Thực phẩm an toàn
  - Sử dụng hố xí và xử lý phân an toàn
  - Phòng bệnh bằng vacxin

## **IX. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Đưa trẻ đến khám ngay khi có những biểu hiện sau:
  - + Đi tiêu rất nhiều lần phân lỏng
  - + Ói tất cả mọi thứ sau ăn.
  - + Trở nên rất khát
  - + Ăn uống kém hoặc bỏ bú
  - + Trẻ không tốt lên sau 2 ngày điều trị
  - + Sốt cao hơn
  - + Có máu trong phân.
  - + Co giật.

# TIÊU CHẢY KÉO DÀI

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

1. Tiêu chảy kéo dài (TCKD) là đợt tiêu chảy kéo dài từ 14 ngày trở lên, trong đó không có 2 ngày liền ngưng tiêu chảy. Định nghĩa trên loại trừ các nguyên nhân riêng biệt gây tiêu chảy mãn tính như bệnh Crohn hay bệnh Celiac.

### 2. Nguyên nhân: Các nguyên nhân thường gặp ở trẻ em

#### 2. Nhiễm trùng:

Vi khuẩn: Shigella, Salmonella, Yersinia enterocolitica, Escherichia coli, Clostridium difficile, Campylobacter jejuni, Vibrio cholerae, Mycobacterium avium complex

Virus: rotavirus, adenovirus, astrovirus, torovirus, cytomegalovirus, HIV

Ký sinh trùng: Cryptosporidium, Giardia, Entamoeba histolytica, Isospora, Strongyloides

#### 3. Chế độ ăn không hợp lý:

Ăn nhiều đường, thực phẩm dinh dưỡng chứa sorbitol, mannitol, hoặc xylitol; sử dụng thuốc chứa lactulose hoặc magné...

#### 4. Kém hấp thu đường:

Bất dung nạp lactose, thiếu men sucrase-isomaltase, thiếu men lactase, bất dung nạp glucose-galactose, bất dung nạp fructose...

#### 5. Rối loạn miễn dịch:

Dị ứng thức ăn, viêm dạ dày ruột tăng BC ái toan, viêm ruột mạn, bệnh lý ruột tự miễn, suy giảm miễn dịch nguyên phát.

## II. LÂM SÀNG

### - Hỏi bệnh sử:

1. Tiêu chảy bao nhiêu ngày?

2. Số lần tiêu chảy trong ngày, lượng phân.

3. Tính chất phân: đàm, mỡ, có máu trong phân không?

4. Các triệu chứng đi kèm: sốt, đau bụng, mót rặn, quấy khóc, ói, khó tiêu, chán ăn, thay đổi khẩu vị, mệt mỏi, sụt cân.

5. Chế độ ăn hiện tại: bú mẹ? Loại thức ăn, sữa khác...

6. Tiền căn gia đình:

Tiêu chảy kéo dài ở người thân trong gia đình

Dị ứng hay bệnh lý miễn dịch

### - Khám tìm dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

7. Dấu hiệu sinh tồn

8. Dấu mất nước

9. Tình trạng nhiễm trùng

10. Tình trạng dinh dưỡng:

- Chiều cao và cân nặng
- Dấu hiệu phù mu bàn chân 2 bên
- 11. Triệu chứng (T/C) thiếu máu: kết mạc mắt và lòng bàn tay nhạt
- 12. T/C thiếu vitamin và nguyên tố vi lượng: loét miệng, mờ giác mạc, viêm da, tóc dễ gãy, rụng...
- 13. Thăm khám bụng:
  - Chướng bụng, gõ vang, đau bụng khi thăm khám
  - Gan, lách, tuần hoàn bàng hệ
- 14. Tôn thương các hệ cơ quan khác: tim mạch, hô hấp...

### III. CẬN LÂM SÀNG

#### 1. Các xét nghiệm đề nghị:

- Thường quy: Huyết đồ, Soi cấy phân.
- Các xét nghiệm khác: tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng
  - Bệnh cảnh nặng, nhiễm trùng, mất nước: Ion đồ máu, đạm, albumin máu, đường huyết, chức năng gan thận, CRP, khí máu động mạch, cấy máu, tổng phân tích nước tiểu
  - Nghi bệnh lý miễn dịch: VS, điện di đạm, pANCA, ASCA, nội soi, giải phẫu bệnh mẫu sinh thiết...
  - Nghi kém tiêu hóa: lượng đạm, mỡ trong phân
  - Nghi bất dung nạp: test hơi thở
  - Suy kiệt, tiền căn tiếp xúc: xét nghiệm lao, HIV

### IV. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Tiêu chảy kéo dài nặng: là tiêu chảy kéo dài kèm một trong các vấn đề sau: dấu hiệu mất nước, suy dinh dưỡng nặng, nhiễm trùng nặng, trẻ nhỏ hơn 2 tháng
- Tiêu chảy kéo dài không nặng: tiêu chảy kéo dài không có các vấn đề nêu trên.

### V. ĐIỀU TRỊ

#### - Tiêu chảy kéo dài nặng:

##### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm
- Điều trị nhiễm trùng
- Điều trị theo nguyên nhân
- Xử lý kịp thời các biến chứng.
- Phục hồi dinh dưỡng

##### 2. Xử trí ban đầu:

- Đánh giá và bù nước theo phác đồ B hoặc C.
- Bù dịch bằng ORS, một số trẻ không hấp thu được Glucose trong ORS làm tăng tiêu chảy do đó cần bù dịch bằng đường tĩnh mạch cho đến khi đáp ứng với ORS.

- Một số trường hợp mất nước B kèm ói nhiều, uống kém hoặc tốc độ thải phân cao (>10ml/kg/giờ) cân bù nước bằng đường tĩnh mạch. Dịch được lựa chọn là Lactate Ringer, Natri Chlorua 0,9% hoặc Dextrose 5% in half saline, tốc độ truyền 40-75ml/kg/4giờ
- Điều chỉnh các rối loạn điện giải, kiểm toan nếu có

### 3. **Điều trị đặc hiệu:**

#### □ **Điều trị nhiễm trùng**

- Không điều trị kháng sinh thường qui trong TCKD.
- Phát hiện và điều trị nhiễm trùng ngoài đường tiêu hóa: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiêu, viêm phổi, viêm họng, viêm tai giữa.
- Soi phân có máu: điều trị kháng sinh uống nhạy với Shigella: Bactrim, Negram, Fluoroquinolone (trẻ 2 tháng -5 tuổi)
- Trẻ < 2tháng: Cefriaxone 100mg/kg/ngày trong 5 ngày.
- Soi phân có *E. histolytica* dạng dưỡng bào trong hồng cầu: Metronidazole 10mg/kg x 3lần/ngày trong 5 ngày
- Phân có Cyst hoặc dưỡng bào của Giardia lamblia: Metronidazole 5mg/kg x 3lần/ngày trong 5 ngày.

Điều trị Campylobacterie: Erythromycine 30-50mg/kg/ngày trong 5 - 10ngày.

- **Chế độ dinh dưỡng:** Rất quan trọng với mọi trẻ TCKD. Khẩu phần cung cấp 150 kcal/24h.

#### **Trẻ < 4 tháng:**

Bú mẹ liên tục, thường xuyên, kéo dài

Nếu không có sữa mẹ, uống sữa giảm hoặc không có lactose, sữa protein thủy phân.

#### **Trẻ > 4 tháng:**

- Khuyến khích tiếp tục bú mẹ,
- Chế độ ăn đặc biệt giảm lactose, tăng số lần (6 bữa hoặc hơn) và lượng thức ăn > 110 kcal/kg/ngày.
- Nếu trẻ không ăn đủ (ít hơn 80% nhu cầu năng lượng) cần nuôi ăn qua sonde dạ dày
- Cung cấp vitamin và khoáng chất: bổ sung thêm vitamin và khoáng chất mỗi ngày trọng 2 tuần: folate, vitamin A, đồng, kẽm, sắt, magne.
- Hội chẩn dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng nặng, thất bại trong nuôi ăn (sau 7 ngày điều trị: tiêu chảy > 10 lần/ngày, xuất hiện lại dấu hiệu mất nước, không tăng cân) hoặc có chỉ định nuôi ăn qua sonde

#### □ **Theo dõi mỗi ngày:**

- Cân nặng, thân nhiệt, lượng ăn vào, số lần tiêu chảy, tính chất phân.
- Các dấu hiệu, biến chứng: Nhiễm trùng, Rối loạn nước –điện giải, kiểm toan, Bụng ngoại khoa: thủng ruột...
- **Tiêu chảy kéo dài không nặng:**
- không cần điều trị tại bệnh viện nhưng cần chế độ ăn đặc biệt và bù dịch tại nhà.

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

- **Chế độ ăn:**
  - Tăng cường bú mẹ.
  - Dùng sữa giảm hoặc không lactose.
  - Chia nhỏ bữa ăn.

## **VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

1. Các trường hợp TCKD có vấn đề kèm theo như:
  - Tuổi < 4 tháng
  - Cân nặng / Chiều cao < 80% hoặc SDD phù.
  - Mất nước.
  - Nhiễm trùng hoặc nghi ngờ nhiễm trùng

## **VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN**

1. Ăn uống khá
2. Trẻ tăng cân
3. Hết tiêu chảy
4. Không còn dấu hiệu nhiễm trùng, đã điều trị đủ liều kháng sinh

## **VIII. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN**

1. Cho trẻ bú sữa mẹ
2. Phòng ngừa các yếu tố nguy cơ
3. Vệ sinh trong ăn uống
4. Xử trí tốt các trường hợp tiêu chảy cấp
5. Khám lại ngay nếu có 1 trong các biểu hiện :
  - Trẻ mệt hoặc sốt.
  - Giảm ăn uống, giảm bú.
  - Phân có máu.
  - Khát nước.

## **IX. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

1. TCKD nặng:
  - Tái khám định kỳ.
  - Tham vấn dinh dưỡng.
2. TCKD không nặng:
  - Tái khám sau 5 ngày, hoặc sớm hơn nếu tiêu chảy tăng, hoặc có dấu mất nước.
  - Bớt tiêu chảy < 3 lần/ngày, tăng cân : tiếp tục chế độ ăn theo lứa tuổi.

# TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Trào ngược dạ dày thực quản chỉ sự di chuyển thụ động chất chứa trong dạ dày vào thực quản do sự giãn tạm thời hoặc mạn tính của cơ vòng thực quản dưới.
- Đây là hiện tượng sinh lý bình thường, nhất là khoảng 2 giờ đầu sau bữa ăn, rất thường gặp ở trẻ nhũ nhi do cơ vòng thực quản dưới chưa trưởng thành.
- *Cần phân biệt:*
  - + Trào ngược dạ dày thực quản sinh lý là sự trào ngược không gây biến chứng.
  - + Bệnh trào ngược dạ dày thực quản là sự trào ngược có gây ra biến chứng như: viêm loét thực quản, hẹp thực quản, suy dinh dưỡng, bệnh lý hô hấp mạn tính.
  - + Trào ngược dạ dày thực quản thứ phát: chỉ sự trào ngược là hậu quả của một bệnh lý khác ví dụ như tắc đường thoát dạ dày, bệnh lý hô hấp.

## II. LÂM SÀNG

### 1. Triệu chứng tiêu hóa:

- Nôn ói: là triệu chứng thường gặp nhất, thường ngay sau bữa ăn, xảy ra thường xuyên dễ dàng, tăng lên khi thay đổi tư thế.
- Ói máu: do viêm thực quản.
- Đau bụng.
- Khó nuốt, ợ chua, ợ nóng, đau sau xương ức.
- Mòn răng.

### 2. Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa:

- Tai mũi họng: khò khè kéo dài, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm thanh quản tái phát thường xuyên
- Hô hấp: ho kéo dài, ho đêm, viêm thùy giữa phổi phải tái phát, dẫn phế quản, cơn ngưng thở
- Tim mạch: cơn nhịp chậm, cơn ngất.
- Thần kinh: kích thích, lo lắng, rối loạn giấc ngủ, giảm trương lực cơ.
- Thiếu máu.
- Suy dinh dưỡng.
- Vặn ưỡn người (HC Sandifer)

### 3. Thăm khám:

- Không có dấu hiệu lâm sàng đặc trưng cho bệnh trào ngược dạ dày thực quản, lưu ý tìm những dấu hiệu nguy hiểm gợi ý tắc nghẽn hoặc bệnh lý:
  - + Ói dịch mật, ói vọt
  - + Xuất huyết tiêu hóa: ói máu, tiêu phân đen.
  - + Chướng bụng, phản ứng thành bụng.
  - + Bắt đầu ói ở trẻ sau 6 tháng tuổi.
  - + Tiêu chảy, táo bón, són phân.
  - + Sốt, lừ đừ
  - + Gan lách to,

- + Thóp phồng, tật đầu to, tật đầu nhỏ.

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Chỉ định xét nghiệm tầm soát trào ngược dạ dày thực quản ở trẻ < 2 tuổi:
  - + Quấy khóc khi ăn kéo dài.
  - + Viêm phổi tái diễn/ ho, khò khè kéo dài.
  - + Suy dinh dưỡng.
  - + Ói kéo dài đến trên 18 tháng.
  - + HC Sandifer
  - + Có những dấu hiệu nguy hiểm.
- Đo pH thực quản: pH < 4 ở thực quản trong 24 giờ.
- Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng: khi bệnh không đáp ứng điều trị, nghi ngờ viêm thực quản, hoặc cần chẩn đoán phân biệt dị ứng sữa, loại trừ trào ngược dạ dày thực quản thứ phát.
- Chụp thực quản-dạ dày tá tràng có cản quang
  - + Không có giá trị chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản vì sóng trào ngược có thể quan sát thấy ở những trẻ bình thường.
  - + Nhằm phát hiện các bất thường giải phẫu: thoát vị qua khe thực quản, ruột xoay bất toàn, tụy nhân, hoặc bệnh cơ thắt tâm vị.
  - + Giúp quan sát những biến chứng của trào ngược dạ dày thực quản: hẹp thực quản, viêm thực quản nặng.
  - + Đánh giá góc His: góc His tù là yếu tố nguy cơ dẫn đến Trào ngược dạ dày thực quản.
  - + Cũng cần thực hiện trước khi quyết định phẫu thuật
- Siêu âm bụng: ít xâm lấn, có >3 lần trào ngược/ lâm sàng, 5 phút quan sát, đồng thời để loại trừ các bất thường như: hẹp phì đại môn vị, ruột xoay bất toàn.
- Tìm máu ẩn/ phân: chỉ định khi bệnh nhân có thiếu máu, nghi ngờ dị ứng sữa, sụt cân.

### IV. CHẨN ĐOÁN

- Không có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản.
- Chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản chủ yếu dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng và loại trừ các bệnh lý khác.

### V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trào ngược dạ dày thực quản có biến chứng nặng.
- Trào ngược dạ dày thực quản không đáp ứng điều trị bước 1.

### VI. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

- + Giảm trào ngược
- + Bảo vệ niêm mạc thực quản.
- + Xử trí ngăn ngừa biến chứng.
- + Duy trì tình trạng ổn định, cải thiện chất lượng sống.

## 2. Điều trị cụ thể:

### 21. Bước 1: điều trị không dùng thuốc:

- + Giải thích cho thân nhân về các bước điều trị, hướng dẫn theo dõi các triệu chứng nặng
- + Tránh các yếu tố làm gia tăng áp lực ổ bụng như mặc quần áo quá chật, băng bụng, điều trị tốt các triệu chứng ho, táo bón.
- + Cho trẻ ợ hơi sau bú, trước khi đặt trẻ nằm.
- + Môi trường thông thoáng, tránh khói thuốc lá.

### 22. Chế độ dinh dưỡng:

- + Chia nhỏ bữa ăn, ăn chậm.
- + Làm đặc thức ăn : cho thêm bột gạo vào sữa (1 muỗng canh bột gạo pha trong 60 ml sữa), chỉ áp dụng cho trẻ > 3 tháng tuổi; rất có ích ở trẻ chậm tăng cân vì cung cấp thêm năng lượng.
- + Đối với trẻ lớn tránh các thức ăn kích thích như chocolate, cà phê, các thức uống có cồn.
- + Nếu trẻ chậm lên cân, có kèm tiêu chảy hoặc có máu ẩn/ phân □ Đối sang sữa thủy phân hoặc sữa đậu nành trong 2- 4 tuần, nếu đáp ứng tốt, duy trì đến khi trẻ được 12 tháng (Mức độ chứng cứ 2B).
- + Giảm cân cho trẻ béo phì, tránh ăn đêm.
- + Nếu trẻ bú mẹ, mẹ cần có chế độ ăn kiêng các loại protein có khả năng dị ứng cao: sữa bò, thịt bò, các chế phẩm từ sữa, trứng.

### 23. Tư thế:

- + Đối với trẻ nhũ nhi cho trẻ nằm ngửa khi ngủ nhưng lưu ý không đặt trẻ nằm ngay sau bữa ăn. (Mức độ chứng cứ 1C).
- + Đối với trẻ lớn cho trẻ nằm nghiêng trái và nâng cao đầu giường.
- + Tư thế nằm sấp và nằm nghiêng một bên không được khuyến cáo vì liên quan đến hội chứng đột tử khi ngủ.

### 24. Bước 2: Điều trị bằng thuốc:

- + Prokinetique:
  - Có nhiều tác dụng phụ, không áp dụng thường quy trong điều trị Trào ngược dạ dày thực quản
  - Métoclopramide: 0,5mg/kg/ngày, chia 4 lần trước bữa ăn 15 phút (có thể gây HC ngoại tháp không phụ thuộc liều điều trị).
  - Domperidone: 1mg/ kg/ ngày, trước bữa ăn 15 phút.
- + Thuốc ức chế bơm proton (Omeprazole, Lansoprazole, Esomeprazole)
  - Thuốc được lựa chọn trong bệnh Trào ngược dạ dày thực quản (Mức độ chứng cứ 1B).
  - Ưu điểm:
    - Không gây loạn sản hay ác tính dạ dày.
    - Không tăng nguy cơ ung thư ngoài dạ dày như tụy, đại tràng.
    - Không gây thiếu B12
    - Tác dụng ổn định theo thời gian.

- An toàn cho trẻ > 1 tuổi.
    - Liều: Omeprazole 0.7- 3.3 mg/kg/ngày, một lần trong ngày, trước ăn sáng 30 phút trong 8-12 tuần.
    - Không khuyến cáo sử dụng ức chế bài tiết acid ở trẻ trào ngược dạ dày thực quản không biến chứng (mức độ chứng cứ 2B).
    - Các loại thuốc ức chế bơm proton vẫn tiếp tục sử dụng sau khi phẫu thuật chống trào ngược.
  - + *Các thuốc bảo vệ niêm mạc:*
    - Chỉ định riêng lẻ trong các trường hợp viêm thực quản do trào ngược
    - Sucralfat : 40- 80 mg/ kg/ ngày hoặc:
    - Gaviscon: 1-2 ml/ kg/ ngày.
  - *Điều trị ngoại khoa:* hiếm khi chỉ định ở trẻ nhũ nhi
    - + Điều trị nội thất bại (>12 tuần)
    - + Có biến chứng teo TQ.
    - + Biến chứng hô hấp nặng và kéo dài.
    - + Có bất thường giải phẫu gây trào ngược.
    - + Trào ngược ở trẻ có bệnh lý não.
- 3. Thời gian điều trị**
- Ít nhất 3 tháng sau khi mất triệu chứng ở trẻ nhũ nhi
  - Đến khi trẻ biết đi nếu bệnh phát hiện muộn.

# VÀNG DA Ứ MẬT

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

- Vàng da ứ mật là tình trạng tăng bilirubine trực tiếp trong máu > 1.0 mg/dL nếu bilirubin toàn phần < 5.0 mg/dL hay bilirubin trực tiếp trong máu > 20% bilirubin toàn phần nếu bilirubin toàn phần > 5mg/dL.

### 2. Nguyên nhân:

#### - Tắc nghẽn ngoài gan

- + Teo đường mật
- + Nang ống mật chủ
- + Sỏi mật hay bùn ống mật
- + U /masses (intrinsic and extrinsic)
- + Viêm xơ đường mật sơ sinh
- + Thủng ống mật

#### - Nhiễm trùng

- + Virus (HIV, cytomegalovirus, herpes, rubella, echovirus, adenovirus..)
- + Toxoplasma
- + Vi khuẩn (nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng huyết, giang mai)

#### - Bệnh chuyển hóa/chuyển hóa

- + Hội chứng Alagille
- + Giảm sản ống mật gian thùy không phải hội chứng
- + Bệnh Byler
- + Xơ gan bẩm sinh
- + Bệnh Caroli

#### - Rối loạn chuyển hóa carbohydrate

- + (galactosemia, fructosemia, glycogenesis)
- + Rối loạn chuyển hóa amino acid
- + Tyrosinemia
- + Rối loạn chuyển hóa lipid
- + Rối loạn chuyển hóa tổng hợp acid mật
- + Hội chứng Zellweger
- + Thiếu Alpha-1-antitrypsin

#### - Khác

- + Bệnh nội tiết (suy giáp, suy tuyến yên)
- + Độc chất
- + Thuốc
- + Nuôi ăn tĩnh mạch
- + Viêm gan sơ sinh vô căn

## II. LÂM SÀNG

### 1. Bệnh sử:

- Trước sinh: Nhiễm trùng bào thai, kết quả siêu âm tiền sản (nang ống mật chủ hay các bất thường ở ruột)
- Nhiễm trùng sơ sinh, đặc biệt nhiễm trùng tiểu
- Chế độ ăn: sữa mẹ hay sữa công thức có galactose
- Tăng cân: viêm gan sơ sinh và các bệnh chuyển hóa có thể gây chậm lớn
- Nôn ói: có thể gặp trong bệnh chuyển hóa, tắc ruột và hẹp môn vị
- Đi tiêu: chậm đi tiêu có thể gặp trong bệnh xơ nang, suy giáp; tiêu chảy có thể gặp trong bệnh lý nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa, ứ mật trong gan tiến triển có tính gia đình
- Màu phân: phân bạc màu kéo dài
- Màu nước tiểu: tiểu sậm màu gợi ý vàng da tăng bilirubin trực tiếp
- Chảy máu bất thường: gợi ý rối loạn đông máu, thiếu vitamin K
- Tri giác: Trẻ kích thích trong bệnh lý chuyển hóa hoặc nhiễm trùng huyết; li bì khó đánh thức có thể gặp trong bệnh lý chuyển hóa, nhiễm trùng huyết, suy giáp, suy tuyến yên.
- Thuốc đã dùng
- Tiền căn gia đình (cha mẹ, anh chị em mắc bệnh tương tự), gợi ý các bệnh lý di truyền (xơ nang, thiếu alpha-1 antitrypsin, ứ mật trong gan tiến triển có tính gia đình, hội chứng Alagille)

### 2. Khám lâm sàng:

- Dấu hiệu sinh tồn và các chỉ số đánh giá tăng trưởng (cân nặng, chiều cao, vòng đầu)
- Tổng trạng: trẻ mệt mỏi gợi ý bệnh nhiễm trùng hoặc chuyển hóa, trong khi trẻ teo đường mật có tổng trạng tốt
- Đặc điểm chung: trẻ hội chứng Alagille có khuôn mặt đặc trưng với mắt cách xa nhau, khuôn mặt hình tam giác, mắt lõm sâu)
- Soi đáy mắt: nhiễm trùng bào thai, bệnh tích tụ
- Âm thổi ở tim: có thể gặp trong teo đường mật hoặc hội chứng Alagille
- Khám bụng: báng bụng; tuần hoàn bàng hệ; kích thước, vị trí, mật độ của gan; kích thước và mật độ của lách; khối u ở bụng; thoát vị rốn
- Quan sát trực tiếp nước tiểu và phân để đánh giá màu sắc: nước tiểu sậm màu gợi ý tăng bilirubin trực tiếp; phân bạc màu gợi ý ứ mật
- Da: bầm máu hoặc xuất huyết điểm (rối loạn đông máu)

## III. CẬN LÂM SÀNG

### 1. Đánh giá tổn thương tế bào gan và các rối loạn mật:

- Bilirubin toàn phần và trực tiếp
- ALT và AST, Alkaline phosphatase và gamma-glutamyl transpeptidase trong huyết thanh

### 2. Đánh giá chức năng gan:

- Prothrombin và partial thromboplastin times (PT, PTT)
- Các yếu tố đông máu

- Albumin/huyết thanh, ammonia/máu, cholesterol/máu, glucose/máu

### 3. Tìm nguyên nhân nhiễm trùng:

- Công thức máu với tiểu cầu đếm
- Cây máu, nước tiểu, ví trí khác nếu nghi ngờ
- Tìm siêu vi: HBsAg, TORCH, VDRL, EBV

### 4. Chọc dò dịch ổ bụng nếu có

### 5. Tìm nguyên nhân chuyển hóa:

- Tìm các chất khử trong nước tiểu (reducing substances)
- Định lượng Alpha-1-antitrypsin và phenotype
- Test mồ hôi (sweat chloride analysis)
- Tầm soát các chất chuyển hóa (amino acid nước tiểu và huyết thanh, các acid vô cơ trong nước tiểu)
- Thyroxine, TSH, sắt, ferritine, acid mật trong nước tiểu và máu
- Đo hoạt tính galactose-1-uridyl transferase trong hồng cầu

### 6. Xét nghiệm hình ảnh:

- Siêu âm bụng gan mật: được dùng như một xét nghiệm ban đầu giúp chẩn đoán vì không xâm lấn, dễ thực hiện, có thể phát hiện các bất thường cấu trúc của hệ gan mật. Hữu ích trong chẩn đoán nang ống mật chủ và giúp gợi ý chẩn đoán teo đường mật.
- Xạ hình gan mật
- X quang các xương dài và xương sọ trong trường hợp nhiễm trùng bào thai, x quang ngực thẳng tìm bệnh phổi và tim.
- Chụp hình đường mật qua da hoặc qua nội soi: ít được chỉ định

### 7. Các thủ thuật:

- Hút dịch tá tràng đánh giá sự tiết mật vào ruột.
- Sinh thiết gan qua da (khảo sát mẫu mô dưới kính hiển vi quang học và điện tử, đánh giá enzym học)
- Tùy đồ và cấy nguyên bào sợi ở da nếu nghi ngờ bệnh ứ đọng
- Mô bụng thám sát và chụp đường mật trong lúc mổ

## IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

### 1. Các bệnh lý tắc nghẽn:

#### - Teo đường mật

- + Teo đường mật là hậu quả của quá trình viêm tiến triển ống mật trong và ngoài gan gây xơ hóa, bít tắc đường mật và xơ gan ứ mật thứ phát.
- + Cần chẩn đoán sớm vì phẫu thuật sớm cải thiện tiên lượng (trước 60 ngày tuổi).
- + Tổng trạng chung của trẻ thường tốt, tăng cân tốt. Vàng da xuất hiện trong vòng 8 tuần đầu sau sinh, kèm tiêu phân bạc màu và gan lách thường to.
- + Xét nghiệm có tăng bilirubin trực tiếp, tăng nhẹ hoặc vừa SGOT, SGPT và tăng cao GGT.

#### - Nang ống mật chủ

- + Là nguyên nhân vàng da ứ mật có thể điều trị được. Có thể kèm đau bụng, khối u ở bụng và nôn ói. Siêu âm bụng giúp phát hiện nang.

- + Cần phân biệt nang ống mật chủ và teo đường mật dạng nang. Trẻ bệnh nang ống mật chủ có đường mật trong gan bình thường hoặc dần hơn là xơ hóa.
- **Nhiễm trùng**
  - + Nhiễm vi trùng, kí sinh trùng, virus đều có thể gây vàng da ứ mật. Các tác nhân gây nhiễm trùng bào thai bao gồm toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpes và giang mai.
- 2. Các rối loạn chuyển hóa – di truyền:**
  - **Hội chứng Alagille**
    - + Đặc trưng bởi giảm sản các ống mật gian tiểu thùy
    - + Vàng da ứ mật mạn tính (91 %)
    - + Bất thường ở tim, thường hẹp nhánh động mạch phổi (85 %)
    - + Đốt sống cánh bướm (87 %)
    - + Khuôn mặt biến dạng, mắt cách xa nhau, khuôn mặt hình tam giác, mắt sâu, cằm nhọn (95%)
    - + Chẩn đoán dựa vào sinh thiết gan có thiếu sản ống mật và các đặc điểm đặc trưng trên lâm sàng. Ngoài tăng bilirubin trực tiếp, các men gan tăng ở mức độ thay đổi và GGT thường tăng cao.
  - **Galactosemia**
    - + Do hậu quả của thiếu galactose-1-uridyl transferase. Trẻ thường tăng bilirubin trực tiếp và gián tiếp sau khi bắt đầu uống sữa có đường galactose (sữa mẹ hoặc sữa bò). Nhiễm trùng huyết là bệnh cảnh thường gặp. Các đặc điểm đi kèm bao gồm nôn ói, tiêu chảy, chậm lớn, toan hóa ống thận, đục thủy tinh thể và rối loạn đông máu.
    - + Chẩn đoán : đo galactose-1-phosphate uridyl transferase trong hồng cầu, bạch cầu hoặc mô gan.
  - **Tyrosinemia (Hepatorenal tyrosinemia) hay tyrosinemia type 1**
    - + Do thiếu fumarylacetoacetate hydrolase (FAH), xuất hiện ở thời kì nhũ nhi. Đặc trưng bởi bệnh gan tiến triển, toan hóa ống thận và giảm chức năng thần kinh.
  - **Thiếu alpha-1 antitrypsin**
    - + Chẩn đoán dựa vào định lượng men alpha-1 antitrypsin, tuy nhiên kết quả bình thường cũng không loại trừ chẩn đoán vì tình trạng viêm ở các mô có thể làm tăng nồng độ men men alpha-1 antitrypsin trong huyết tương.
  - **Hội chứng ARC (Arthrogryposis, Renal dysfunction, and Cholestasis syndrome)**
    - + Đặc điểm chính của hội chứng ARC là biến dạng khớp (co cứng nhiều khớp), rối loạn chức năng thận và ứ mật.
    - + Ngoài 3 đặc điểm chính trên, trẻ chậm lớn trầm trọng, da vảy cá, bất thường hệ thần kinh trung ương, có thể có nhiễm trùng tái phát và tiêu chảy. GGT thường bình thường. Trẻ có khuynh hướng dễ chảy máu, do đó chẩn đoán dựa vào phân tích gen và tránh sinh thiết gan.
    - + Trẻ chết trong giai đoạn nhũ nhi.
  - **Bệnh gan liên quan đến nuôi ăn tĩnh mạch**
    - + Ứ mật liên quan nuôi ăn tĩnh mạch xảy ra ở những trẻ nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài.

- + Cần loại trừ các nguyên nhân khác gây vàng da ứ mật . Các yếu tố nguy cơ như : tuổi nhỏ, nhiễm trùng tái phát, không nuôi ăn đường miệng và nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài.
- **Viêm gan sơ sinh vô căn**
  - + Được xác định khi tăng bilirubin trực tiếp kéo dài không tìm được nguyên nhân sau khi đã làm đầy đủ các xét nghiệm (loại trừ các nguyên nhân nhiễm trùng và chuyển hóa/di truyền)
  - + Sinh thiết gan thấy có đại bào đa nhân; thâm nhiễm lymphocytes, neutrophils và eosinophils; có ít hoặc không có tăng sinh ống mật.

## V. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc chung:

- Điều trị các nguyên nhân có thể điều trị được
- Điều trị các bệnh lý ngoại khoa: u nang đường mật, teo đường mật
- Điều trị biến chứng của ứ mật mạn tính

### 2. Điều trị biến chứng của ứ mật mạn tính:

#### - **Kém hấp thu - suy dinh dưỡng**

- + Cung cấp năng lượng tối ưu (125-150% nhu cầu bình thường)
- + Dùng MCT (medium chain triglycerides), giảm tỉ lệ LCT (long chain triglycerides)
- + Bảo đảm cung cấp đủ lượng acid béo cần thiết và đạm
- + Bổ sung amino acids chuỗi nhánh
- + Trẻ biếng ăn có thể đặt sonde dạ dày

#### - **Vitamin và các yếu tố vi lượng**

- + Theo dõi định kỳ nồng độ các vitamin trong huyết thanh
- + Cung cấp các vitamin tan trong mỡ (A, D, E và K)
- + Cung cấp các vitamin tan trong nước gấp 2 lần nhu cầu bình thường
- + Điều chỉnh và phòng ngừa thiếu các chất khoáng và yếu tố vi lượng

#### - **Ngứa và xanthomata**

- + Ursodeoxycholic acid 15-30mg/kg/ngày
- + Rifampicin
- + Cholestyramine
- + Phenobarbital

### 3. Trường hợp bệnh gan tiến triển:

#### - **Cổ chướng**

- + Kiêng muối Na 1-2mEq/kg/ngày
- + Lợi tiêu: Spironolactone 3-5mg/kg/ngày, tăng liều khi cần
- + Chọc tháo và truyền albumin (1-2g/kg trong 6 giờ) nếu cổ chướng không đáp ứng điều trị như trên hoặc có ảnh hưởng chức năng hô hấp
- + Tăng áp tĩnh mạch cửa và xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản
- + Phòng ngừa: Propranolol 2-8mg/kg/24 giờ, chia 2-3 lần/ngày
- + Nội soi (Chích xơ, thắt tĩnh mạch)
- + Phẫu thuật tạo shunt

- **Ghép gan nếu có chỉ định**
  
- **BIẾN CHỨNG - TIÊN LƯỢNG**  
Ngoại trừ các nguyên nhân có thể điều trị được và một số trường hợp viêm gan sơ sinh vô căn, hầu như các nguyên nhân còn lại đều đưa đến bệnh gan mạn tính.
  
- **PHÒNG BỆNH**  
Tất cả trẻ sơ sinh vàng da kéo dài hơn 2 tuần sau sinh, cần được đánh giá loại trừ vàng da ứ mật.

# VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

## I. ĐỊNH NGHĨA VÀ NGUYÊN NHÂN

Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là tình trạng tổn thương niêm mạc dạ dày hay tá tràng với nhiều mức độ khác nhau do sự mất cân bằng giữa yếu tố bảo vệ và yếu tố tấn công.

Yếu tố bảo vệ	Yếu tố tấn công
Dịch nhầy	Acid hydrochloric
Bicarbonate	Pepsin
Lưu lượng máu đến niêm mạc	NSAIDS
Prostaglandins	Acid mật
Lớp niêm mạc kỵ nước	Stress
	Helicobacter pylori (HP)

VLDDTT gồm 2 nguyên nhân:

1. VLDDTT nguyên phát: hầu hết viêm dạ dày và loét tá tràng nguyên phát đều liên quan đến nhiễm Helicobacter pylori.
2. VLDDTT thứ phát: xảy ra khi có yếu tố tấn công gây mất thăng bằng nội mô bình thường của niêm mạc dạ dày tá tràng.

### Nguyên nhân của VLDDTT thứ phát

#### Nhóm viêm trợt và xuất huyết \*

- Stress (shock, toan chuyển hóa, nhiễm trùng, thiếu oxy, bỏng, đại phẫu, suy đa cơ quan, chấn thương đầu)
- Sang chấn (do nôn ói dữ dội)
- Aspirin và các thuốc NSAIDs
- Thuốc khác (kháng sinh, steroids, ức chế miễn dịch)
- Bệnh dạ dày tăng áp tĩnh mạch cửa
- Bệnh dạ dày tăng urê huyết
- Rượu
- Dịch mật
- Henoch-Schönlein purpura
- Tia xạ

### **Nhóm không trợ**

- Viêm dạ dày dị ứng
  - Bệnh Crohn
  - Bệnh Sprue
  - Bệnh Menetrier
  - Thiếu máu ác tính (Biermer)
  - Viêm dạ dày tăng eosinophils
  - Viêm dạ dày trong bệnh tự miễn
  - Viêm dạ dày do CMV
  - Bệnh mô ghép chống ký chủ
- \* Có thể phối hợp giữa 2 nhóm

## **II. LÂM SÀNG**

### **- Bệnh sử:**

Triệu chứng của bệnh thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn các bệnh lý khác, các triệu chứng thường gặp như sau:

- Đau bụng: đau thượng vị ở trẻ lớn, hay đau quanh rốn ở trẻ nhỏ, đau thường xuất hiện lúc đói hoặc ngay sau ăn, kèm theo cảm giác nặng bụng, khó tiêu, ợ hơi, ợ chua, buồn nôn, nôn, nóng rát ngay sau xương ức, đau gây thức giấc về đêm
- Triệu chứng khác: ói máu, tiêu phân đen, thiếu máu, khó tiêu, đầy hơi, chán ăn, sụt cân

### **- Tiền căn:**

- Bản thân: dùng thuốc ảnh hưởng dạ dày như corticoids, aspirin, NSAIDs? thay đổi chế độ ăn? sang chấn tâm lý?
- Gia đình: có người viêm loét dạ dày tá tràng do HP, đau tương tự? kinh tế gia đình, biến cố trong gia đình

### **- Khám lâm sàng:**

Khám toàn diện để loại trừ các tổn thương thực thể khác: gan lách to? Túi mật? hệ tiết niệu? dấu thiếu máu, suy dinh dưỡng, thăm trực tràng

## **III. CẬN LÂM SÀNG**

### **- Chẩn đoán VLDDTT:**

- X-quang dạ dày tá tràng cả n quang: ít sử dụng, có thể phát hiện ổ loét
- Nội soi dạ dày tá tràng: giúp chẩn đoán chính xác mức độ viêm loét, sinh thiết khảo sát mô học, tìm HP
- Xét nghiệm m khác: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, amylase, lipase máu, tổng phân tích nước tiểu, soi phân tìm ký sinh trùng, siêu âm bụng... nhằm loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác

- **Chẩn đoán nhiễm HP:**
- **Chỉ định tầm soát HP:** *tầm soát HP thường qui khi nội soi.*
  - + Viêm loét dạ dày tá tràng trên nội soi
  - + Loét tá tràng trên chụp cản quang
  - + U MALT trên mô học
  - + Loạn sản dạ dày hay viêm teo dạ dày
  - + Tiền căn gia đình có ung thư dạ dày
  - + Thiếu máu thiếu sắt dai dẳng
  - + Đau thượng vị kéo dài và nặng
- **Các xét nghiệm chẩn đoán HP**
  - + Xâm lấn (nội soi)
    - Sinh thiết – Mô học
    - Urease test (Clo-test)
    - PCR
  - + Không xâm lấn
    - Test hơi thở Urea ( có giá trị chẩn đoán và theo dõi- Chứng cứ mức độ I )
    - Kháng nguyên trong phân.

#### IV. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- VLDDTT: nội soi thấy viêm hay loét
- Nhiễm HP: xét nghiệm phổ biến và đáng tin cậy nhất là urease test, test hơi thở urea và kháng nguyên trong phân
- **Chẩn đoán phân biệt:**  
Chẩn đoán VLDDTT là một chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác như:
  - Các nguyên nhân đau bụng cấp (xem bài đau bụng cấp)
  - Các nguyên nhân đau bụng mạn ( xem bài đau bụng mạn)
- **Mục tiêu điều trị:**
  - Lành vết loét, ngừa loét tái phát và biến chứng
  - Chỉ định tiệt trừ HP khi:
    - + Loét dạ dày hay loét tá tràng HP [mức độ chứng cứ Ia]
    - + Tiền căn loét DDTT, hiện HP (+) [mức độ chứng cứ I]
    - + Viêm teo dạ dày kèm chuyển sản ruột
    - + Thiếu máu thiếu sắt dai dẳng kháng trị (sau khi loại trừ bệnh lý thực thể khác)
- Xem xét đi ề u trị HP khi: (chưa đủ chứng cứ, tùy lâm sàng)
  - + Viêm dạ dày tá tràng không kèm loét
  - + Người thân thể hệ thứ 1 bị ung thư dạ dày
- Không đi ề u trị HP khi:

- + Đau bụng mạn
- + Nhiễm HP không triệu chứng

## V. ĐIỀU TRỊ

### 25. VLDDTT không do nhiễm HP:

- Ngưng thuốc ảnh hưởng dạ dày
- Điều trị thuốc chống loét

Thuốc	Liều dùng
<b>Antacids</b>	
Aluminum/magnesium hydroxide	0.5 mL/kg/lần mỗi 3–6h uống sau ăn
<b>Ức chế thụ thể H2</b>	
Ranitidine	2–6 mg/kg/ngày PO chia 2-3 lần 3–4 mg/kg/ngày IV chia 3-4 lần
<b>Ức chế bơm proton</b>	
Omeprazole	0.5–1.5 mg/kg/ngày PO chia 1 – 2 lần
Lansoprazole	1–2 mg/kg/ngày PO chia 2-3 lần
<b>Thuốc bảo vệ niêm mạc</b>	
Sucralfate	40–80 mg/kg/ngày chia 4 lần

1.1.1. Thời gian điều trị: 2-4 tuần

### 26. Loét dạ dày hay loét tá tràng do HP:

- Thời gian điều trị: 4 – 6 tuần
- Phác đồ điều trị

Khuyến cáo điều trị khởi đầu bằng 3 loại thuốc phối hợp (2 kháng sinh và 1 PPIs), tránh dùng 1 hay 2 thuốc đơn thuần vì không có tác dụng và làm tăng nguy cơ kháng thuốc. Sau khi điều trị đủ 14 ngày, cần tiếp tục điều trị PPIs cho đủ 4 – 6 tuần để làm lành ổ loét. Thứ tự lựa chọn phác đồ diệt trừ HP theo thứ tự ưu tiên sau:

Lựa chọn	Thuốc	Liều dùng	Thời gian
-	- Amoxicillin	50mg/kg/ngày đến 1 g 2 lần/ngày	
	• Clarithromycin	15mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	14 ngày
	• PPIs	1mg/kg/ngày đến 20mg 2 lần/ngày	
-	- Amoxicillin	50mg/kg/ngày đến 1 g 2 lần/ngày	
	• Metronidazole	20mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	14 ngày

	• PPIs	1mg/kg/ngày đến 20mg 2 lần/ngày	
-	- Clarithromycin	15mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	
	• Metronidazole	20mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	14 ngày
	• PPIs	1mg/kg/ngày đến 20mg 2 lần/ngày	
-	- Bismuth subsalicylate	262mg 4 lần/ngày hay 15ml(17,6mg/ml 4 lần/ngày)	7 – 14 ngày
	• Metronidazole	20mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	
	• Omeprazole	1mg/kg/ngày đến 20mg 2 lần/ngày	
	• Amoxicillin hay Tetracycline hay Clarithromycin	50mg/kg/ngày đến 1 g 2 lần/ngày 50mg/kg/ngày đến 1 g 2 lần/ngày 15mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	
5	- Ranitidine	2–6 mg/kg/ngày PO chia 2-3 lần	
	- Bismuth citrat	262mg 4 lần/ngày	7 – 14 ngày
	- Clarithromycin	15mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	
	- Metronidazole	20mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	

Tetracylin chỉ dùng cho trẻ > 12 tuổi

## VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, CHUYỂN KHOA, XUẤT VIỆN

- **Tiêu chuẩn nhập viện:**
- Xuất huyết tiêu hoá trên
- Thiếu máu nặng
- Đau bụng dữ dội
- Ói nhiều nặng
- **Xuất viện:** khi các triệu chứng giảm

## **VII. HƯỚNG DẪN THÂN NHÂN**

### **1. Những điều u nên làm**

- + Đảm bảo chế độ ăn phải đầy đủ các chất dinh dưỡng
- + Nên ăn nhiều bữa ăn nhỏ
- + Nên ăn đúng giờ, không để quá đói hoặc quá no,
- + Nên ăn thức ăn mềm, dễ tiêu, ít mỡ, ít chất kích thích (sôcôla)
- + Dùng thuốc đầy đủ theo đúng hướng dẫn của bác sĩ
- + Nghỉ ngơi hợp lý, tránh căng thẳng, lo âu.
- + Tái khám theo hẹn

### **2. Những điều u nên tránh**

- + Không ăn bữa cuối trong ngày gần giấc ngủ ( nên ăn cách đi ngủ > 3 giờ).
- + Không ăn thức ăn quá chua, quá cay, quá nóng, quá nhiều gia vị
- + Tránh cho trẻ uống café, trà, nước có ga, nước tăng lực
- + Tránh các thuốc ảnh hưởng đến dạ dày (báo bác sĩ trước khi sử dụng các thuốc khác uống kèm)
- + Không tự ngưng điều trị ngay cả khi trẻ cảm thấy giảm nhiều

## **VIII. TÁI KHÁM**

1. 5 – 14 ngày hay 1 tháng dùng thuốc để theo dõi kết quả điều trị
2. Xét nghiệm tìm HP sau 4 tuần ngưng hết thuốc khi trẻ còn triệu chứng ( test hơi thở hay HPSA)

# VIÊM AMIDAN

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Amidan là khối mô lympho hình quả hạnh nhân ở hai bên họng, gần đáy lưỡi (còn gọi là amidan khẩu cái) cùng với Amidan vòm (VA), Amidan vòi và Amidan lưỡi tạo thành vòng Waldeyer với chức năng chính là miễn dịch, tạo kháng thể chống lại mầm bệnh.
- Viêm Amidan là bệnh bệnh lý rất hay gặp, nhất là ở trẻ em từ 3 – 5 tuổi
- Nguyên nhân:
  - + **Siêu vi:** Rhinovirus, Respiratory Syncytial virus (RSV), Corona virus, Parainfluenza virus, Herpes simplex, Coxsackie virus.
  - + **Vi trùng:** Liên cầu khuẩn tán huyết beta nhóm A (GABHS : group A Beta Hemolytic Streptococcus), Streptococcus pneumonia, Hemophilus influenzae, Staphylococcus aureus.

## II. LÂM SÀNG

### 1. Viêm amidan cấp:

- Khởi phát đột ngột, trẻ sốt 39- 40 độ c
- Đau họng, khó nuốt, nhức đầu, mệt mỏi
- Rối loạn tiêu hóa : buồn nôn, nôn, đau bụng
- Khám: 2 amidan sưng to viêm đỏ, đôi khi có mủ trên bề mặt amidan, hạch cổ sưng đau

### 2. Viêm amidan mạn: hay gặp ở trẻ lớn và người lớn.

- **Thể viêm amidan mạn** biểu hiện bằng nhiều đợt cấp tái phát (4-5 lần /năm)
  - + Đau họng tái đi tái lại
  - + Sốt nhẹ, mệt mỏi, đau mỗi xương khớp
  - + Hạch cổ to trong những đợt cấp
  - + Hơi thở hôi
  - + Ở bệnh nhân có viêm xoang, viêm tai giữa mạn, bệnh nặng lên khi có viêm amidan tái phát
- **Thể viêm Amidan mạn** kéo dài nhiều tuần liên tục ( $\geq 4$  tuần liên tục) với triệu chứng khó nuốt, nuốt vướng, đau tai, hơi thở hôi nhiều, hạch cổ to, sưng hạch dưới cơ nhị thân.
- **Khám thực thể:**
  - + Ở trẻ em amidan thường to
  - + Ấn từ trụ trước amidan thấy chất bã đậu hay dịch mủ chảy ra từ các hốc của amidan hoặc có thể thấy các nang hạt nhỏ như hạt gạo ở bề mặt amidan ở vị trí các khe
  - + Niêm mạc trụ trước amidan dày lên, sậm màu hơn nơi khác.

### 3. Viêm amidan quá phát bất tắc:

- Trong quá trình lớn lên của trẻ Amidan to lên do hoạt động sinh lý bình thường trong quá trình học tập và đáp ứng miễn dịch .Nhưng khi amidan to đến một mức độ gây bí tắc đường thở thì sẽ gây bệnh lý.
- Amidan quá phát bí tắc là nguyên nhân thường gây ngừng thở lúc ngủ ở trẻ em (trong 7 giờ ngủ đêm , em bé ngưng thở trên 30 lần , mỗi lần kéo dài trên 10 giây).
- Triệu chứng đêm ngủ trẻ thở miệng , ngáy , hay thức giấc ban đêm , giấc ngủ không say , hay đáy dầm, hay nằm mơ, thành tích học tập kém, rối loạn phát âm , nói giọng ngậm hạt thị.
- Khám họng với đèn lưỡi nhẹ nhàng thấy 2 amidan to gần bí họng .  
**Phân độ viêm Amidan quá phát** (Theo Brodsky và Stanievich) :
  - + Độ I : hẹp eo họng < 25 %
  - + Độ II : hẹp eo họng 25 % - 50 %
  - + Độ III : hẹp eo họng > 50 – 75 %
  - + Độ IV : hẹp eo họng > 75 %

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu: bạch cầu tăng, neutrophil tăng trong viêm amidan cấp .
- Quẹt Amidan cây, làm kháng sinh đồ.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Điều trị nội khoa :

- Trẻ sốt : hạ sốt với paracetamol 15 mg/ kg x 6 giờ/lần.
- Giảm ho: Alimemazin (siro 0,05%), trẻ > 12 tháng: 0,25 – 0.5 ml/kg /lần, trẻ > 3 tuổi : 0,5 ml – 1 ml/kg /lần, uống 3 lần / ngày.
- Kháng sinh :
  - + Penicillin 100.000 UI / kg / ngày, uống chia 4 lần .
  - + Amoxicillin 50 – 100 mg / kg / ngày, uống chia 3 lần .
  - + Cephalexin 100 mg / kg / ngày, uống chia 4 lần .
  - + Cefaclor 20 – 40 mg /kg /ngày, uống chia 2 – 3 lần .
 Thời gian điều trị 10 ngày
  - + Nếu bệnh nặng có thể dùng Cefotaxim 50 – 100 mg / kg, tiêm bắp, chia 3 lần ngày, hoặc Ceftriaxon 30 – 50 mg/kg, tiêm bắp, chia 2 lần/ngày.

#### 2. Điều trị ngoại khoa: cắt Amidan

##### Chỉ định cắt Amidan :

- Viêm amidan mạn, tái phát nhiều đợt cấp trong năm: cụ thể 6 lần trong năm hay 3 đợt cấp trong 1 năm , trong 2 năm liên tiếp .
- Viêm amidan mạn kéo dài mà điều trị nội khoa tích cực không khỏi không hiệu quả, đau họng kéo dài , viêm hạch cổ kéo dài, hơi thở hôi.
- Viêm amidan có biến chứng áp xe quanh amidan.

- Viêm amidan mang mầm bệnh liên cầu khuẩn nhóm A. Mặc dù đã được điều trị tích cực nhưng vẫn còn mầm bệnh cần cắt amidan để đề phòng biến chứng sốt thấp khớp và viêm cầu thận cấp.
- Viêm amidan quá phát kích thích hô hấp trên gây ra:
  - + Rối loạn giấc ngủ : ngủ ngáy , ngưng thở lúc ngủ .
  - + Khó nuốt.
  - + Bất thường về giọng nói .
  - + Bệnh lý tim do phổi .
  - + Chậm phát triển
  - + Bất thường về khớp cắn và tăng trưởng sọ mặt
  - + Amidan một bên to , một bên nhỏ, nghi ngờ u .

## SUY TIM

### **XII.ĐẠI CƯƠNG:**

- 1. Định nghĩa:** Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp , là hậu quả của tổn thương thực thể hay rối loạn chức năng của tim , dẫn đến tình trạng tim không bơm máu đủ để đáp ứng nhu cầu chuyển hóa của các mô, hoặc chỉ đáp ứng đủ khi áp suất làm đầy thất tăng cao.
- 2. Nguyên nhân:**
  - Ở trẻ nhũ nhi: bệnh tim bẩm sinh, viêm cơ tim, bệnh cơ tim, rối loạn nhịp tim, ngạt ở trẻ sơ sinh, suy hoặc cường giáp bẩm sinh.
  - Ở trẻ lớn: bệnh tim do thấp, bệnh cơ tim dẫn n ở, bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim hạn chế, viêm nội tâm mạc, rối loạn nhịp tim, viêm cơ tim , quá tải thể tích, thiếu máu nặng, cao huyết áp, cao áp phổi, cường giáp.

### **XIII.CHẨN ĐOÁN:**

#### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

- Không có một triệu chứng đơn độc nào giúp xác định suy tim ở trẻ em.
- Triệu chứng suy tim trái: khó thở co lõm, da tái, tiếng gallop ở mỏm, ran ở phổi.
- Triệu chứng suy tim phải: gan to, phù ngoại biên, tĩnh mạch cổ nổi và dấu hiệu phản hồi gan tĩnh mạch cổ.
- Suy dinh dưỡng, chậm tăng cân, nhiễm trùng hô hấp dưới tái phát.
- Biểu chứng của suy tim : giảm oxy máu , sốc tim, phù phổi, suy đa cơ quan nhất là chức năng hô hấp.

#### **2. Triệu chứng cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm thường qui : X quang tim phổi, ECG, siêu âm tim, công thức máu, khí máu động mạch, Ion đồ.
- Suy tim nặng: chức năng thận, gan.
- Nếu có sốc tim: lactate máu.
- Trong viêm cơ tim cấp do siêu vi: men tim.

#### **3. Chẩn đoán xác định:** dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng (bảng)

#### **4. Tiêu chuẩn nhập viện:** khi có triệu chứng suy tim mất bù

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, mệt, tím tái, tiểu ít, bở bú.

- Triệu chứng thực thể: mạch nhanh, huyết áp thấp, thở nhanh, phổi có ran, tim to, tim nhanh, gallop, gan to,...

**Bảng tóm tắt các triệu chứng suy tim ở trẻ em**

<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	
<p><b>Triệu chứng cơ năng</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bú kém (&lt;75Kcal/kg/ngày, bú lâu (30-60 phút), chán ăn, buồn nôn, nôn</li> <li>• Sụt cân, chậm phát triển</li> <li>• Khó thở khi bú, khi nằm (luôn đòi bế), thở nhanh, ho kéo dài, nhiễm trùng hô hấp dưới nhiều lần.</li> <li>• Bứt rứt, quấy khóc</li> <li>• Vã mồ hôi</li> <li>• Tiểu ít</li> <li>• Phù</li> </ul>	<p><b>Triệu chứng thực thể</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Da xanh, lạnh, ẩm mồ hôi, phục hồi tuần hoàn da, đầu chi chậm</li> <li>- Phù</li> <li>- Mạch, nhịp tim nhanh hay chậm hơn bình thường so với tuổi</li> <li>- Gallop T3</li> <li>- Huyết áp thấp</li> <li>- Thở nhanh, phổi có ran ẩm, ngáy, rít</li> <li>- Gan to</li> </ul>

**Triệu chứng cận lâm sàng**

- X quang lồng ngực: bóng tim to, sung huyết phổi
- ECG: thay đổi ST-T, dày nhĩ, dày thất, rối loạn nhịp tim
- Siêu âm tim: EF giảm, SF giảm

**Bảng phân độ suy tim mãn ở trẻ em của Ross.**

Độ	Mô tả triệu chứng
I	Không giới hạn hoặc không triệu chứng.
II	Khó thở hoặc đổ mồ hôi khi bú ở trẻ nhũ nhi. Khó thở khi gắng sức ở trẻ lớn – Không ảnh hưởng đến sự phát triển.
III	Khó thở nhiều hoặc đổ mồ hôi nhiều khi bú hoặc khi gắng sức. Kéo dài thời gian bữa ăn kèm theo với chậm phát triển do ST
IV	Có các triệu chứng ngay cả khi nghỉ ngơi với thở nhanh, thở co kéo, thở rên hay vã mồ hôi.

**XIV. ĐIỀU TRỊ:**

**1. Nguyên tắc điều trị:**

- Điều trị nguyên nhân
- Phát hiện và điều trị yếu tố thúc đẩy
- Kiểm soát tình trạng suy tim

**2. Điều trị nguyên nhân:**

- Phẫu thuật tim trong trường hợp tim bẩm sinh hay bệnh van tim hậu thấp.
- Điều trị loạn nhịp trong trường hợp suy tim do loạn nhịp.

**3. Phát hiện và điều trị yếu tố thúc đẩy:**

- Không tuân thủ chế độ ăn và sinh hoạt, không theo đúng y lệnh dùng thuốc
- Cao huyết áp
- Loạn nhịp tim
- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn bán cấp
- Thấp tim cấp
- Viêm phổi
- Thuyên tắc phổi
- Nhiễm trùng huyết
- Thiếu máu
- Xúc động tâm lý

**4. Kiểm soát tình trạng suy tim:** giảm tiền tải, giảm hậu tải, tăng sức co bóp cơ tim.

- **Điều trị tổng quát:**

**27.** Nghi ngơi, nằm đầu cao (ở trẻ nhũ nhi có ghế nằm riêng)

**28.** Thở oxy nếu cần, theo dõi liên tục độ bão hòa oxy máu, ECG

**29.** Hạn chế muối

**30.** Cung cấp đầy đủ năng lượng, hạn chế nước 50mL/kg/24 giờ đầu nếu suy tim nặng

**31.** Ngưng bú, ngưng bơm sữa qua ống thông dạ dày và nuôi ăn tạm thời qua đường tĩnh mạch nếu suy hô hấp nặng hoặc ói nhiều

**32.** Tránh kích thích đau không cần thiết

**33.** Điều trị thiếu máu với hồng cầu lắng 5mL/ kg mỗi lần, nâng Hb lên > 12 g/ dL

**34.** Điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

- **Điều trị suy tim cấp và nặng:**

**35.** Nếu có sốc tim do suy tim nặng : dùng thuốc vận mạch Dobutamin hoặc có thể dùng Dopamin.

**36.** Nếu không có sốc tim:

- + Digoxine: uống hoặc TTM 20  $\mu$ /kg/24 giờ đầu, uống cách 12 giờ.
- + Furosemide 1-3mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chậm cách 4-6 giờ
- + Captopril 1,5 mg/kg/24 giờ uống chia 3 lần nếu không có chống chỉ định.

- **Điều trị suy tim mãn:**

**37.** Nhẹ, không triệu chứng: ở trẻ lớn hạn chế muối, nước và thêm lợi tiểu

**38.** Trung bình, khó thở khi khóc hoặc bú hoặc gắng sức:

- + Hạn chế muối, nước ở trẻ lớn.
- + Lợi tiểu quai như Furosemide: 1 - 6 mg/kg/ngày uống
- + Captopril 1,5 mg/kg/24 giờ uống chia 3 lần. Cần theo dõi chức năng thận.
- + Digoxin 8-10  $\mu$ /kg/24 giờ.

**39.** Nặng:

- + Hạn chế muối, nước tích cực hơn.
- + Dobutamine 5-10  $\mu$ /kg/phút và /hoặc Dopamine 4-5  $\mu$ /kg/phút nếu mạch nhẹ , huyết áp hạ.
- + Captopril 1,5 mg/kg/24 giờ uống chia 3 lần. Cần theo dõi chức năng thận.
- + Trong 3 ngày đầu: Furosemide 1-2 mg/kg/liều 3-4 lần/ ngày tiêm tĩnh mạch. Ở trẻ lớn điều chỉnh liều tùy theo lượng nước tiểu , tình trạng phù ngoại biên và tình trạng ứ huyết phổi (liều tối đa 6 mg/kg mỗi lần tiêm ở trẻ lớn).
- + Có thể phối hợp thêm lợi tiểu giữ Kali như Spironolactone 1 - 3 mg/kg/ngày uống chia 1 - 2 lần/ngày
- + Khi dấu hiệu ứ huyết phổi và ứ huyết ngoại biên giảm : giảm liều Furosemide 1mg /kg/ 24 giờ.
- + Khi huyết động học ổn định , Digoxin uống 20  $\mu$ /kg/24 giờ chia 2 lần trong ngày đầu, sau đó 10  $\mu$ /kg/24 giờ 1 lần/ ngày duy trì lâu dài.

Nếu suy tim không cải thiện sau 24 giờ, đo nồng độ digoxin máu 8 giờ sau lần sử dụng digoxin gần nhất và điều chỉnh liều cho phù hợp . Theo dõi để phát hiện các dấu hiệu ngộ độc digoxin. Tăng nhẹ liều digoxin nếu nhịp xoang còn nhanh.

## CON TÍM

- **ĐẠI CƯƠNG :**

- **Định nghĩa:** Con tím là hiện tượng khó thở dữ dội và tím tái thường xảy ra ở trẻ 2 tháng đến 12 tuổi bị bệnh tim bẩm sinh tím, đặc biệt là tứ chứng Fallot và hẹp động mạch phổi nặng. Bệnh diễn tiến nặng với toan máu, co giật, tai biến mạch máu não và có thể tử vong

- **Nguyên nhân:**

- Co thắt phế động mạch phổi.
- Tăng kháng lực mạch máu phổi cấp tính.
- Giảm bất thành linh kháng lực mạch máu hệ thống.  
Do đó tăng tỷ lệ Kháng lực mạch máu phổi  
Kháng lực mạch máu ngoại biên  
giảm lượng máu về phổi nhiều so với hệ thống.

- **CHẨN ĐOÁN:**

- **Triệu chứng lâm sàng:**

- Tím tăng nhiều đột ngột.
- Thở nhanh sâu hoặc rối loạn nhịp thở.
- Trẻ vật vã kích thích, co giật hoặc li bì có thể dẫn đến hôn mê.
- Con tím thường xảy ra vào buổi sáng sớm (sau giấc ngủ dài), thường phối hợp với stress, gắng sức hoặc tình trạng mất nước (sốt, nôn, tiêu chảy...).
- Tiền sử đã biết hoặc gợi ý bệnh tim như tím, tím để thấy ở môi, mí mắt, móng tay, móng chân. Ngón tay dùi trống, móng tay cong khum.
- Ngồi xổm: Dấu hiệu thường thấy ở trẻ lớn tứ chứng Fallot khi gắng sức. Ở tư thế này, sức cản mạch hệ thống tăng, áp lực buồng thất trái tăng, giảm luồng thông phải trái qua lỗ thông liên thất, tăng lượng máu lên phổi để được oxy hóa nhiều hơn, giúp trẻ đỡ mệt.
- Khám tim: Nhịp tim thường không tăng, âm thổi tâm thu dạng phụt của hẹp van động mạch phổi hoặc biến mất.

- **Cận lâm sàng:**

- Công thức máu: Có đa hồng cầu, tăng nồng độ Hb và tăng Hct.
- Khí máu: Toan chuyển hóa, độ bão hòa oxy (SaO<sub>2</sub>) và phân áp oxy máu động mạch giảm nặng (PaO<sub>2</sub>).
- X-quang tim phổi thẳng: Giảm lưu lượng tuần hoàn phổi, phổi sáng.
- ECG: Trục phải, dày thất phải, sóng P nhọn và cao.
- Siêu âm tim: Xác định được dị tật bẩm sinh ở tim có hẹp đường ra thất phải và thông liên thất.

- **Chẩn đoán xác định:**

- Con tím tăng nhiều đột ngột, thở nhanh sâu, vật vã kích thích thường xảy ra vào buổi

sáng sớm phối hợp với tình trạng stress, gắng sức, mất nước...

- Toan chuyển hóa, SaO<sub>2</sub> và PaO<sub>2</sub> giảm.
- X-quang: Giảm lưu lượng tuần hoàn phổi.
- Siêu âm tim: Dị tật bẩm sinh có hẹp đường ra thất phải và thông liên thất.

- **XỬ TRÍ:**

- **Nguyên tắc chung:**

- Tăng oxy ở máu động mạch.
- Tăng lượng máu lên phổi.
- Giảm kích thích.

- **Điều trị:**

- **Điều trị cấp cứu:**

- Giữ trẻ ở tư thế gối ngực để tăng kháng lực ngoại vi.
- Giữ trẻ nằm yên, tránh kích thích làm tăng thêm rối loạn hô hấp.
- Thở oxy qua mặt nạ hoặc lều 6-10 l/ph.
- Morphine sulfat 0,1-0,2 mg/kg/lần tiêm dưới da hoặc tiêm bắp để ức chế trung tâm hô hấp, cắt cơn khó thở nhanh, giảm co bóp phếu động mạch phổi hoặc có thể cho thuốc an thần khác như Seduxen, Midazolam.
- Bơm NaCl 9%o hoặc Ringer Lactate 5-10ml/kg khi Hct >65%.
- Bicarbonate 1 mEq/kg tiêm tĩnh mạch khi tím tái nặng kéo dài.
- Khi các biện pháp trên không hiệu quả:
  - + Propanolol: 0,05 - 0,1 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm (tổng liều < 1 mg). Tổng liều được pha trong 10 ml dịch Glucose 5% tiêm tĩnh mạch 50% nhanh, còn lại tiêm tĩnh mạch chậm dần nếu liều đầu chưa hiệu quả.
  - + Tăng thêm kháng lực ngoại biên: tiêm tĩnh mạch phenylephrine 0,5 - 5 microgam/kg/lần.
  - + Gây mê, phẫu thuật tạo shunt khẩn cấp nếu không cải thiện.

- **Điều trị dự phòng:**

- Cung cấp đủ nước cho trẻ phòng mất nước.
- Giữ cho trẻ thoải mái, tránh kích thích, giảm đau, dùng thuốc an thần (nếu cần).
- Bổ sung chế phẩm sắt: 10 mg sắt nguyên tố/ngày, làm tăng nồng độ Hb của hồng cầu, tăng khả năng chuyên chở oxy của hồng cầu.
- Propanolol 1-4 mg/kg/ngày, chia 2-3 lần uống (khi không có teo van động mạch phổi).
- Chăm sóc răng miệng, điều trị các ổ nhiễm trùng (nếu có).
- Giữ ống động mạch mở bằng prostaglandine E1 (nếu có) ở thời kì sơ sinh cho đến lúc phẫu thuật.

## CAO HUYẾT ÁP NẶNG

- **ĐẠI CƯƠNG:**

Cao huyết áp nặng xảy ra khi trị số huyết p > 99<sup>th</sup> percentile:

Tuổi	≤ 2	3-5	6-9	10-12	13-15
HA tối đa	≥ 118	≥ 124	≥ 130	≥ 134	≥ 144
HA tối thiểu	≥ 82	≥ 84	≥ 86	≥ 90	≥ 92

- **NGUYÊN NHÂN:**

- **Chủ mô thận:**

- + Viêm cầu thận cấp
- + Viêm thận bể thận mãn
- + Viêm thận do Henoch Schonlein
- + Viêm thận do lupus đỏ
- + Hội chứng tán huyết urê huyết (HUS)
- + Bệnh lý thận đa nang
- + Loạn sản thận
- + Bệnh lý tắc nghẽn đường niệu.

- **Mạch máu thận:**

- + Dị dạng, hẹp hoặc huyết khối tĩnh mạch thận.
- + Dị dạng hoặc huyết khối động mạch thận.

- **Động mạch chủ:**

- + Hẹp quai động mạch chủ
- + Hẹp động mạch chủ ngực, bụng do bệnh Takayasu.

- **Thần kinh:**

- + Viêm não
- + U não
- + Hội chứng Guillain-Barré
- + Phồng nặng, stress.

- **Nội tiết:**

- + Pheochromocytome
- + Neuroblastome
- + Corticoide
- + Cường giáp.

- **Ngộ độc:** chì, thủy ngân, Amphetamine, Cocaine, cam thảo.

- **Vô căn.**

- **TRIỆU CHỨNG:**

- Cao huyết áp nặng xảy ra trên bệnh nhân có tiền căn cao huyết áp, hoặc mới phát hiện lần đầu.
- Triệu chứng lâm sàng thay đổi tùy theo nguyên nhân và các biến chứng đã xảy ra.
- Có thể có một hoặc những biến chứng sau:
- Phù phổi, suy tim

- Co giật, tăng áp lực nội sọ, phù não, tai biến mạch não, liệt khu trú
- Suy thận
- Rối loạn thị giác
- **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**
  - Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp
  - Phù phổi cấp do tim
  - Co giật do tổn thương hệ thần kinh trung ương.
  - Tai biến mạch máu não
  - Suy thận.
- **XÉT NGHIỆM:**
  - Công thức máu, khí máu, ion đồ, chức năng thận.
  - X quang tim phổi.
  - Siêu âm tim.
  - Tổng phân tích nước tiểu
  - Siêu âm thận và mạch máu ở bụng
  - Đo nồng độ catecholamin trong máu và nước tiểu, cortisol, aldosterone, renin trong máu
  - *Xạ hình thận, CT thận và mạch máu thận*
- **ĐIỀU TRỊ:**
  - **Nguyên tắc:** điều trị cơn cao huyết áp, biến chứng và nguyên nhân.
  - **Điều trị cơn cao huyết áp nặng:**
    - *Nifedipin* ngâm dưới lưỡi **được khuyến cáo là không nên sử dụng** vì làm hạ HA nhanh có thể đưa đến nhũn não.
    - *Nicardipine* (Loxen) 10-20 µg/kg tim mạch trong 10 phút sau đó truyền duy trì 0,5-3 µg/kg/ph. Tác dụng bắt đầu sau 5 phút-1 giờ.
    - Hoặc *Labetalol* (Trandate) 0,3mg/kg/liều tim mạch sau đầu 10 phút có thể lập lại nếu cần với liều 0,6 – 1 mg/kg. Sau đó truyền tĩnh mạch duy trì 5 -20µg / kg/ phút.
    - Hoặc *Captopril* (Lopril, Capoten) 0,2 mg/kg ngâm dưới lưỡi. Tác dụng bắt đầu sau 15-30 phút.
    - Nếu có dấu hiệu ứ nước-muối, ứ huyết phổi: *Furosemide* 1 mg/kg tim mạch chậm.
    - Theo dõi huyết áp, mạch, nhịp thở, tri giác mỗi 15-30 phút cho đến khi huyết áp ổn định.
    - Điều trị phù phổi cấp nếu có
    - Điều trị tăng áp lực nội sọ, hôn mê, co giật
    - Điều trị cơn đau thắt ngực: Isosorbide dinitrate 0,5 mg/ kg/liều ngâm dưới lưỡi
    - Điều trị duy trì cao huyết áp đơn trị liệu hoặc kết hợp:
      - Nifedipin phẫn thích chậm uống 1-3 mg/kg/24g chia 2 lần.
      - Amlodipin 0,1-0,2mg/kg/24g uống 1 lần

- 40.** Captopril 1-3mg/kg/24g uống chia 3-4 lần (*chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận chưa chạy thận, hẹp động mạch thận 2 bên*).
- 41.** Metoprolol 1-2mg/kg/24g uống chia 2 lần
- 42.** Trandate 4-20mg/kg/24g uống chia 2 lần Điều trị nguyên nhân:  
sau giai đoạn cấp cứu.

# VIÊM XOANG TRẺ EM

## I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: là quá trình viêm xảy ra tại niêm mạc mũi xoang
2. Phân loại theo diễn tiến:
  - Viêm xoang cấp: dưới 12 tuần
  - Viêm xoang mạn: trên 12 tuần

## II. LÂM SÀNG: triệu chứng chung

### 1. Viêm xoang cấp:

- Nhiễm trùng hô hấp trên kéo dài hơn 7 đến 10 ngày kèm sốt cao, mũi chảy mủ và sưng nề quanh mắt
- Ho về đêm
- Nhức đầu, sưng nề, căng đau vùng mặt

### 2. Viêm xoang mạn: bệnh nhi có thể có:

- Sốt nhẹ, mệt mỏi, khó chịu, chán ăn
- Sổ mũi: loãng, đặc, trong hoặc nhầy mủ
- Hôi miệng
- Nghẹt mũi phải thở bằng miệng + viêm họng
- Sưng nề mi mắt buổi sáng
- Mất vị giác, mất mùi
- Ho về đêm, ngủ ngáy

## III. VIÊM XOANG CẤP

### 1. Lâm sàng:

Cơ năng	Khám	Nội soi
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sốt</li><li>- Nhức đầu</li><li>- Sổ mũi</li><li>- Nghẹt mũi</li><li>- Hắt hơi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Niêm mạc mũi xung huyết</li><li>- Xuất tiết</li></ul>	Các lỗ thông xoang phù nề, xuất tiết

## 2. Cận lâm sàng:

- X quang : dày niêm mạc xoang, có mực nước hơi
- Huyết đồ: bạch cầu tăng

## 3. Điều trị:

- Viêm xoang nguyên nhân từ mũi:
  - + Kháng sinh: 10 đến 15 ngày. Chọn một trong các loại sau:
    - **Amoxicillin**: 50mg/kg/ngày, chia 3 lần.
    - **Amoxicillin + Clavulanic Acid**: 50 mg/kg/ ngày, chia 3 lần/ngày (không quá 2g/ngày)
    - Trường hợp dị ứng Penicillin, **Erythromycin**: 50mg/ kg/ngày, uống 10 ngày.  
**Sulfamethoxazole + Trimethoprim**: 8 mg/kg/ngày (dựa trên TMP), chia 2 lần/ ngày.
    - **Cefaclor**: 20-40 mg/kg/ngày, chia 2 lần/ ngày
  - + Kháng viêm: Lysozym : ½ -1 viên x 3 lần/ ngày hoặc  
Alphachymotrysin: 1 viên x 3-4 lần/ngày uống 5 ngày
  - + Giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 10-15 mg/kg x 3-4 lần/ ngày
  - + Chống xung huyết: Actied xirô:
    - 6 tháng – 2 tuổi: 1,25 ml x 3 lần/ ngày
    - 2 tuổi – 5 tuổi: 2,5 ml x 3 lần/ ngày
    - 6 tuổi – 12 tuổi: 5 ml x 3 lần / ngày uống 5 ngày
- **Viêm xoang hàm do răng:**
  - + Nhổ răng, chọc rửa xoang
  - + Kháng sinh: Rodogyl (Metronidazole 125mg + Spiramycin 750.000 IU):  
Trẻ em 6-10 tuổi: 1 viên x 2 lần / ngày  
10-15 tuổi: 1 viên x 3 lần/ ngày, uống 10 ngày
  - + Kháng viêm: Lysozym: ½ - 1 viên x 3 lần/ ngày, uống 5 ngày.
  - + Giảm đau: Paracetamol

## IV. VIÊM XOANG MẠN

### 1. Viêm xoang hàm mạn:

- Lâm sàng:
  - + Nghẹt mũi
  - + Sổ mũi nhầy xanh hoặc vàng
  - + Kèm nhức, nặng vùng mặt
- Khám – Nội soi mũi xoang: khe giữa phù nề, có mủ
- X quang hoặc CT Scan: mờ xoang dạng dày niêm mạc hoặc có mực nước hơi
- Điều trị:
  - + Kháng sinh: Amoxicillin hoặc Amoxicillin+Acid clavulanic, Cefaclor, Erythromycin+ Sulfisoxazole, Sulfamethoxazole + Trimethoprim, thời gian điều trị 3-4 tuần.
  - + Chống dị ứng: chlorpheramin 0,35mg/kg/ngày trong 5-7 ngày.
  - + Giảm đau: Paracetamol: 5 ngày

## **2. Viêm xoang sàng:**

- Lâm sàng:
  - + Nghẹt mũi, sổ mũi
  - + Nhức đầu, mỏi gáy
  - + Nhầy thành sau họng
- Khám – Nội soi mũi xoang: khe giữa và khe trên có nhầy, mủ
- X quang hoặc CT Scan: mờ xoang sàng.
- Điều trị:
  - + Kháng sinh: Amoxicillin hoặc Amoxicillin+Acid clavulanic, Cefaclor, Erythromycin+ Sulfisoxazole, Sulfamethoxazole + Trimethoprim, thời gian điều trị 3-4 tuần.
  - + Chống dị ứng: chlorpheramin 0,35mg/kg/ngày trong 5 ngày.
  - + Giảm đau: Paracetamol: 5 ngày
  - + Chống xung huyết: actifed xirô, uống 5 ngày

## **3. Viêm xoang trán:**

- Lâm sàng:
  - + Chảy mũi
  - + Nhức đầu.
- Khám – Nội soi mũi xoang: khe giữa phù nề, có nhầy mủ
- X quang hoặc CT Scan: mờ xoang trán.

## **4. Viêm xoang bướm:**

- Lâm sàng:
  - + Nhức đầu vùng sau gáy
  - + Mỏi gáy, mỏi vai
  - + Nhầy vướng họng.
  - + Hay khịt, khạc
- Khám – Nội soi mũi xoang: thành họng có nhầy khe trên có nhầy, mủ
- X quang hoặc CT Scan: mờ xoang bướm.
- Điều trị: giống như trên