

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

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

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.

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.

PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG

Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

Độ 2:

Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám

+ Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39°C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

+ Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:

Giật mình ghi nhận lúc khám.

Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/ 30 phút.

Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

Ngủ gà

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

Sốt cao ≥ 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: Cơ 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, SpO₂ < 92%.

+ Ngưng thở, thở nấc.

CÁC XÉT NGHIỆM CƠ BẢN:

Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên 16.000/mm³ 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.

Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

Khí máu: Khi có suy hô hấp

Troponin I, siêu âm tim: Khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

Dịch não tủy:

+ Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

+ Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân ưu thế.

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.

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

III. CHẨN ĐOÁN

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. Phồng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gôi, mông, kèm sốt hoặc không.

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.

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.

IV. ĐIỀU TRỊ

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.

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.
- Kháng sinh: Chỉ sử dụng khi có bằng chứng nhiễm trùng nốt bóng nước như mủ đầu bóng nước, loét mủ ở miệng. Bạch cầu máu hơn 10.000/mm³.
- 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 ĐẾN ĐỘ 4 : Điều trị nội trú tại bệnh viện

PHÒNG BỆNH

Nguyên tắc phòng bệnh:

Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.

Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị BVND II

Phác đồ Điều trị của Bộ y tế.

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.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

LÂM SÀNG

Sốt cao đột ngột, liên tục kéo dài từ 2-7 ngày

Chán ăn và buồn nôn

Xung huyết da

Đau đầu, đau cơ

Nghiệm pháp dây thắt dương tính

Các dấu hiệu cảnh báo:

Đau bụng

Nôn ói

Xuất huyết niêm mạc

Lừ đừ, li bì, bứt rứt

Gan to trên 2 cm

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

III. CHẨN ĐOÁN:

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 ≤ 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

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
- + Lờ đờ, li bì, vật vã, kích thích
- + Gan to $> 2cm$

+ Hct tăng kèm tiêu 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 1000UI/L

Rối loạn ý thức

Viêm cơ tim, suy tim, ARDS và suy các chức năng khác

IV. ĐIỀU TRỊ

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

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, nữ 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 kẹp hoặc tụt.

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

+ Cần phải đo CVP

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

+ 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

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.

BỆNH THỦY ĐẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

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).

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG

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.

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.

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.

Thời kỳ hồi phục

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

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

CẬN LÂM SÀNG

Huyết đồ: thường bình thường.

Huyết thanh chuẩn đoán: ít quá trị.

Phân lập virus, PCR ít áp dụng.

III. CHẨN ĐOÁN

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

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 gẻ hoặc chàm. Bóng nước lúc đầu trong, sau đó hóa đục, vỡ ra rồi đóng mài 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 chói với...

IV. 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)
- +Kháng sinh: Khi có bằng chứng nhiễm trùng: Sốt cao, môi khô, lưỡi đỏ, nốt bóng nước hóa mủ, BC>10000/mm³.

Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm

- + Vệ sinh da hằng ngày
- + Mặc quần áo kín, cắt đầu móng tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II

Bài giảng Nhi Khoa- Trường ĐHYD TP HCM.

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 VÀ CÂN LÂM SÀNG

Bệnh sử

Sốt, ho, phát ban, chảy mũi, viêm màng kết
Chứng ngứa sởi và tiếp xúc với trẻ mắc sởi

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

CÂN 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

III. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán xác định

Sốt, phát ban, IgM anti virus sởi dương tính

Chẩn đoán có thể

Sốt, hồng ban toàn thân

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

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

Tình 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.

IV. ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc điều trị

Không có điều trị đặc hiệu

Bổ sung Vitamin A

Phát hiện và điều trị biến chứng

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 sởi 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 sởi 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 bấc 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị BVND II

QUAI BỊ

I. ĐẠI CƯƠNG:

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.

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.

II LÂM SÀNG VÀ CẬN 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.

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.

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN

Vùng dịch tễ có quai bị và tiếp xúc với bệnh

Sưng 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

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Sưng 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.

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 tiêu cầu, viêm khớp, viêm tuyến giáp...

IV. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

Không có điều trị đặc hiệu

Phát hiện và điều trị triệu chứng

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

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ BVNĐ II.

Bài giảng Nhi khoa.

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 VÀ CẬN SÀNG:

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)

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.

Cận lâm sàng:

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.

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

Độ bão hoà oxy máu (SpO₂): dưới 92%

PaO₂ giảm dưới 85 mmHg. Tỷ lệ PaO₂/FiO₂ dưới 300 khi có tổn thương phổi cấp (ALI), dưới 200 khi có suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

Xét nghiệm vi sinh chuyên biệt:

Virus:

+ Lấy bệnh phẩm: Ngoáy họng, dịch tỵ hầu, dịch phế quản

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

Vi khuẩn:

+ Cây máu ngay khi vào viện

+ Cây dịch màng phổi, dịch nội khí quản.

III. CHẨN ĐOÁN:

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.

Phân độ lâm sàng:

Nặng:

Khó thở, tím

SpO₂ <88%

PaO₂ <50 mmHg

Xquang phổi: thâm nhiễm lan toả hai bên

Có thể suy đa tạng, sốc.

Trung bình :

Khó thở, tím

SpO₂ từ 88-92%

PaO₂ từ 50-65 mmHg

Xquang phổi : thâm nhiễm khu trú 2 bên hoặc lan toả 1 bên.

Nhe :

Không khó thở

SpO₂ > 92%

PaO₂ > 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.

IV 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 SpO₂ ≥ 92%.

Điều trị suy đa tạng (nếu có).

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị ND II

KHÓ THỞ THANH QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG:

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.

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 mạn 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 VÀ CẬN LÂM SÀNG:

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

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	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 sun 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVND II.

HỘI CHỨNG LY

I. ĐẠI CƯƠNG:

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

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

Kí sinh trùng: Entamoeba histolytica,

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

LÂM SÀNG:

Thời gian ủ bệnh trung bình 1 – 7 ngày .

Khởi đầu đi tiêu phân nước, sau đó mới tiêu đàm, 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

CẬN LÂM SÀNG:

Công thức máu

Soi phân: có bạch cầu trong phân 70 – 100% trường hợp

Cấy phân

Cấy 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

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định: Hội chứng ly + cấy phân (+)

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.

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.

Mục tiêu điều trị:

Cải thiện triệu chứng

Ngăn ngừa lây nhiễm

Điều trị đặc hiệu

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

IV. ĐIỀU TRỊ

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)

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 ly: Amoxicillin, Nitrofurantoin, Aminoglycosid, Cephalosporin thế hệ 1 và 2, Nalidixic acid, Chloramphenicol, Tetracycline, Sulfonamides, Streptomycin, Trimethoprim

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 1 lần/ngày x 5 ngày

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

Campylobacter jejuni:

Erythromycin 50 mg/kg/ngày x 5 ngày Azithromycin 5-10 mg/kg/ngày x 5 ngày

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.

TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Ly có biến chứng

Bệnh nặng hơn sau 2 ngày điều trị ngoại trú

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

Cơ giật

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

Phác đồ điều trị BVNĐ I

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

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.

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG

LÂM SÀNG:

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

Tiền căn:

Khò khè trước đó (nếu ≥ 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

Thăm khám:

Thở nhanh, co lõm ngực, thì thở ra kéo dài

Ngưỡng thở nhanh theo tuổi:

< 2 tháng	≥ 60 lần/phút
2 tháng – dưới 12 tháng	≥ 50 lần/phút
12 tháng – 5 tuổi	≥ 40 lần/phút

Phổi: có thể có ran âm, ran rít hoặc không nghe ran

CẬN LÂM SÀNG:

Công thức máu: bạch cầu trong giới hạn bình thường

X-quang ngực:

- + Ứ khí
- + Dày thành phế quản hoặc viêm phổi kẽ
- + Xẹp phổi

III. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán dựa theo tháng tuổi

Dấu hiệu nhiễm siêu vi

Phổi ran ẩm, ran ngáy, ran rít.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Suyễn nhũ nhi: khò khè ≥ 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...

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

IV. 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

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.

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, $SpO_2 < 92\%$. 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

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)

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

Vật lý trị liệu hô hấp:

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị BVNĐ II

Bài giảng Nhi khoa – Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh.

VIÊM PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa:

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.

Viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong đáng kể ở trẻ dưới 5 tuổi đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng.

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:

Vi trùng:

Streptococcus pneumoniae (Pneumococcus), *Chlamydia pneumoniae* và *Mycoplasma pneumoniae*. *Streptococcus* nhóm A

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*.

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG

LÂM SÀNG:

Triệu chứng về hô hấp: ho, sổ mũi, khò khè, khó thở, đau ngực

Triệu chứng đi kèm: sốt, tiêu chảy, ói...

Tìm 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 ≥ 60 lần/phút

Trẻ 2 tháng đến < 12 tháng: nhịp thở ≥ 50 lần/phút

Trẻ 12 tháng đến < 5 tuổi: nhịp thở ≥ 40 lần/phút

Trẻ ≥ 5 tuổi: nhịp thở ≥ 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...

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.

CẬN LÂM SÀNG

Huyết đồ, X quang ngực thẳng

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.

III. CHẨN ĐOÁN

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.

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....

IV. ĐIỀU TRỊ

Dùng kháng sinh phù hợp (dựa vào lâm sàng, lứa tuổi)

Nhóm betalactam:

Amoxicillin 80-90mg/kg/24h hoặc Amoxicillin/clavulanate (Augmentin), Cefuroxim (Zinnat), cefixim, cefaclor, thời gian điều trị ít nhất là 5 ngày.

Nhóm Macrolic

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

Nhóm quinolon

Đối với trẻ lớn có thể sử dụng nhóm Quinolone (levofloxacin, gatifloxacin...)

Điều trị triệu chứng: giảm ho, hạ sốt, rối loạn tiêu hóa, chán ăn.

Đánh giá tình trạng lâm sàng sau 48 đến 96 giờ điều trị

Chỉ định nhập viện:

Tất cả những trường hợp viêm phổi rất nặng, viêm phổi nặng ở trẻ <5 tuổi

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 SpO₂ ≤ 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 phổi 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): phổi 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 4lần tiêm mạch hoặc uống, thời gian điều trị 2-3 tuần.

Điều trị các rối loạn đi kèm:

Hạ sốt, thuốc giảm ho.

Bù dịch nếu có dấu hiệu mất nước, điều trị rối loạn tiêu hóa, chán ăn.

Điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan

Điều trị thêm kèm giúp cải thiện nhanh hơn tình trạng viêm phổi nặng

Điều trị biến chứng: tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.

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.

Điều trị triệu chứng: giảm ho, hạ sốt, rối loạn tiêu hóa.

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...

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 đàm, 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 chuyển, phổi biệt trí, CCAM,..

Không do nhiễm trùng: viêm phổi do tăng eosinophiles, tăng đáp ứng miễn dịch...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị BVNĐ II

Bài giảng Nhi khoa – Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh.

VIÊM PHẾ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG:

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG:

LÂM SÀNG

Bệnh sử:

Tuổi, khởi phát triệu chứng.

Liên quan triệu chứng với lúc ăn.

Triệu chứng kèm (sốt, khò khè).

Đặc trưng của ho: thời gian, các tác nhân làm giảm ho hay kích thích khởi phát ho.

Tiền căn: bệnh đường hô hấp, ho, ngạt, tiêu phân mỡ, chậm lớn.

Tiền sử gia đình: suyễn, VPQ, viêm xoang, xơ hóa nang.

Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, ozone.

Thăm khám:

Tăng trưởng và phát triển

Triệu chứng về hô hấp:

- + Ran phổi, khò khè, ngón tay dùi trống.
- + Đau căng xoang, sung nề, chảy mũi sau, viêm mũi, viêm mũi dị ứng, polype mũi.
- + Lâm sàng cải thiện khi dùng thuốc dẫn phế quản.

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,...
- Miễn dịch : IgA, IgG và các thành phần của IgG, IgE, IgM.
- Định lượng kháng thể (bach 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

III. CHẨN ĐOÁN VÀ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

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.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

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

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 NO₂), ô nhiễm ngoài trời: SO₂, ozone, NO₂.

- 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)

IV. ĐIỀU TRỊ

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

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.

Điều trị triệu chứng các rối loạn tiêu hóa, chán ăn, thiếu canxi đi kèm.

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 biến chứng của VPQ hay là biểu hiện của cơn suyễn.

DƯ 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II

Bài giảng Nhi khoa – Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh.

TIÊU CHẢY CẤP

I.ĐẠI CƯƠNG

ĐỊNH NGHĨA

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

Tiêu chảy cấp khi thời gian tiêu chảy < 2 tuần

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG

LÂM SÀNG

Dấu hiệu mất nước:

- + Tri giác: li bì, khó đánh thức, mất 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, lù đù.
- Bệnh kèm theo
- + Suy dinh dưỡng
- + Bệnh đi kèm: viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm trùng huyết

CẬN LÂM SÀNG

- + Huyết đồ
- + Phân: soi cấy phân khi nghi ngờ lỵ 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.

+ Siêu âm bụng loại trừ lồng ruột khi tiêu máu, đau bụng, chướng bụng, ói nhiều

II. CHẨN ĐOÁN

1. Phân độ mất nước:

Mất nước nặng: có 2 trong các dấu hiệu sau

Li bì hoặc hôn mê

Mắt trũng

Không uống được hoặc uống rất kém

Nếp véo da mất chậm > 2 giây

Mất nước: có 2 trong các dấu hiệu sau

Kích thích, vật vã

Mồ hôi

Khát nước, uống háo hức

Nếp véo da mất chậm < 2 giây.

Không mất nước:

Không có đủ các dấu hiệu mất nước và mất nước nặng.

2. 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.

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...)

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Phác đồ điều trị mất nước:

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

Trẻ có mất nước nặng: nhập viện

2. Chỉ định điều trị kháng sinh:

- Có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân hay có nhiễm trùng cơ quan khác ngoài ruột: Nhóm kháng sinh Quinolon, nhóm macrolid, nhóm betalactam, tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng.
- Phân có đờm máu, hoặc nghi ngờ tả:

- + 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

3. 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 .
- Điều trị triệu chứng khác như ói nhiều, ăn khó tiêu, chướng bụng, chán ăn, tiêu phân sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II

Chương trình điều trị tiêu chảy cấp của Bộ y tế.

TIÊU CHẢY KÉO DÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

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

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

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...

Kém hấp thu đường:

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

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG:

LÂM SÀNG:

- Dấu hiệu sinh tồn
- Dấu mất nước
- Tình trạng nhiễm trùng
- Tình trạng dinh dưỡng
- Triệu chứng (T/C) thiếu máu: kết mạc mắt và lòng bàn tay nhạt
- Triệu chứng thiếu vitamin và nguyên tố vi lượng: loét miệng, mờ giác mạc, viêm da, tóc dễ gãy, rụng...
- Tổn thương các hệ cơ quan khác: tim mạch, hô hấp...

CẬN LÂM SÀNG

- 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

III. 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.

IV. ĐIỀU TRỊ

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

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. hystolytica 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.

- Cung cấp vitamin và khoáng chất: bổ sung thêm vitamin và khoáng chất mỗi ngày trong 2 tuần: folate, vitamin A, đồng, kẽm, sắt, magne.

Điều trị triệu chứng các dấu hiệu khác: chướng bụng, ói, chán ăn, tiêu phân sống, đau bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II

Chương trình quốc gia CDD của Bộ y tế.

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 VÀ CÂN LÂM SÀNG:

LÂM SÀNG:

Triệu chứng đường 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.

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.

Vận ưỡn người (HC Sandifer)

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.

CÂN 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 co 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.

III. 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.

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.

IV. ĐIỀU TRỊ

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.

Điều trị cụ thể:

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.

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 □ Đổi 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.

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.

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).

Dompéridone: 1mg/ kg/ ngày, trước bữa ăn 15 phút.

+Thuốc ức chế bơm proton (Omeprazole, Lansoprazole, Eesomeprazole)

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 > 1tuổi.

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.

Điều trị bệnh lý ngoài đường tiêu hóa.

Thời gian điều trị

Ít nhất 3 tháng sau khi mất triệu chứng ở trẻ nữ nhi
Đến khi trẻ biết đi nếu bệnh phát hiện muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVND II

VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- 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.

- VLDDTT gồm 2 nguyên nhân:

VLDDTT nguyên phát: hầu hết viêm dạ dày và loét tá tràng nguyên phát đều liên quan đến nhiễm Helicobacter pylori.

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 loét 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 loét

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG

LÂM SÀNG:

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

CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán VLDDTT:

X-quang dạ dày tá tràng cản 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.

III. CHẨN ĐOÁN

VLDDTT: nội soi thấy viêm hay loét

Nhiễm m 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 diệt 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 điều trị HP khi:
- + Đau bụng mạn
 - + Nhiễm HP không triệu chứng

IV. ĐIỀU TRỊ

VLDDTT không do nhiễm HP:

Ngưng thuốc ảnh hưởng dạ dày

Điều trị thuốc chống loét

Antacids

Aluminum/magnesium hydroxide 0.5 mL/kg/lần mỗi 3–6h uống sau ăn

Ức chế thụ thể H₂

Ranitidine 2–6 mg/kg/ngày PO chia 2-3 lần

3–4 mg/kg/ngày IV chia 3-4 lần

Ức chế bơm proton

Omeprazole 0.5–1.5 mg/kg/ngày PO chia 1 – 2 lần Lansoprazole 1–2 mg/kg/ngày PO chia 2-3 lần Thuốc bảo vệ niêm mạc

Sucralfate 40–80 mg/kg/ngày chia 4 lần

Thời gian điều trị: 2-4 tuần

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	14 ngày
Clarithromycin	15mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	
PPIs	1mg/kg/ngày đến 20mg 2 lần/ngày	
- Amoxicillin	50mg/kg/ngày đến 1 g 2 lần/ngày	14 ngày
Metronidazol	20mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/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	
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 1mg/kg/ngày đến 20mg 2 lần/ngày	
Omeprazole	50mg/kg/ngày đến 1 g 2 lần/ngày	
Amoxicillin hay Tetracycline hay Clarithromycin	50mg/kg/ngày đến 1 g 2 lần/ngày 15mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	
-Ranitidine	2–6 mg/kg/ngày PO chia 2-3 lần	7-14 ngày
Bismuth citrat	262mg 4 lần/ngày	
Clarithromycin	15mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	
Metronidazole	20mg/kg/ngày đến 500mg 2 lần/ngày	

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVND II

HỘI CHỨNG THẬN HƯ Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

HỘI CHỨNG THẬN HƯ VÔ CĂN (BỆNH THẬN HƯ)

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

Bảng 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.

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 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

III. CHẨN ĐOÁN:

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

Biến 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

IV. 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/m²/ ngày, tối đa 60mg/ ngày, trong 4 tuần

Nếu đạm niệu vẫn (+): Methylprednisolone 1000mg/1,73 m²/48 giờ, TTM 3 liều, truyền trong 4giờ.

Nếu đạm niệu trở về (-): nhạy corticoid

- + Củng cố : (8 tuần kế) Prednison : 60mg/m² cách ngày
- + Duy trì : (6 tuần kế) giảm liều Prednison 15mg/m² /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/m²/ ngày đến ngày 3-4 sau khi đạm niệu (-)

Prednison 60 mg/m²/ 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, tiểu 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, hói 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/mm³ thì giảm nửa liều. Nếu PN <1000/mm³: 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.

Prednisone: 40mg/m² trong 4 tuần đầu điều trị bằng Cyclophosphamide, sau đó 20 20mg/m² 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/m²/ngày (hoặc 6mg/kg/ngày) chia làm 2 lần, tối đa 200mg/m²/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, rậm lông, tăng HA, tăng K⁺ máu, giảm Mg⁺⁺, 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM TRÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa:

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

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG:

LÂM SÀNG:

Bệnh sử:

Phù lần mấy, ngày thứ mấy

Có kèm tiểu ít, tiểu đỏ không

Có viêm họng trước đó 1-2 tuần không.

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%

Thiểu 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.

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

III. CHẨN ĐOÁN :

Chẩn đoán xác định:

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

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

IV. ĐIỀU TRỊ

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

Chế độ ăn

Hạn chế muối nước

Khi có suy thận: chế độ ăn giảm đạm, kali

Nghỉ ngơi tuyệt đối khi có cao huyết áp

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.

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)

Điều trị biến chứng

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

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

DẬY THÌ SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG:

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.

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG

LÂM SÀNG

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.

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).

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.

III. CHẨN ĐOÁN

Dậy thì sớm Đặc điểm	Trung ương	Ngoại biên	Một phần
Đặc tính sinh dục thứ phát	+, nhiều đặc tính	+, nhiều đặc tính	+, đơn độc
Tăng tốc độ tăng trưởng thể chất	+	+	-
Tuổi xương	Tăng	Tăng	Bình thường
Estradiol, Testosterone máu	* Tăng	Tăng	Bình thường
FSH, LH/máu	Thường tăng	Bình thường	Bình thường
LH/FSH	>1	<1	<1
Test GnGH	Đỉnh LH >6 IU/L LH/FSH >1	Đỉnh LH thấp LH/FSH <1	Đỉnh LH thấp LH/FSH <1
Siêu âm bụng	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
MRI tuyến yên	Tổn thương tuyến yên hoặc bình thường (vô căn)	Bình thường	Bình thường
CT bụng	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)

IV. ĐIỀU TRỊ

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.

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 (≥ 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®), Decapeptyl®) 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.

Thê 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 : bấu 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.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

SUY THƯỢNG THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

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.

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 lẽ cortisol Suy riêng lẽ cortisol Sơ sinh, nhiễm trùng,	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, amino-glutéthimide, ketoconazole...		
Suy thứ phát	Không sạm da	
Suy hạ đồi		Kích thích cơ thể nhỏ
Suy riêng lẽ ACTH	Hạ đường huyết	
Do thuốc	Điều trị steroids kéo dài	

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN 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⁺ , tăng K⁺
- + Toan chuyển hóa
- + Cô đặc máu (tăng Hct, tăng Protid máu)
- + Giảm Aldosterone máu, tăng Renine máu
- + Ion đồ nước tiểu: Na⁺ > 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)

CÁC THỂ LÂM SÀNG

Tăng sinh thượng thận bẩm sinh:

Do thiếu men trong quá trình tạo steroids thượng thận:

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/m²/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: trẻ ói, tiêu chảy, đau bụng, dấu hiệu mất nước, sốc.

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.

III. CHẨN ĐOÁN:

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

IV. ĐIỀU TRỊ:

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/m² (TM), sau đó 100mg/m² 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

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/m²/ngày chia 2-3 lần hoặc Prednisone 3-5mg/m²/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/m²/ngày chia 2-3 lần

Hydrocortisone thường được dùng hơn Prednisone hoặc Prednisolone (Mức độ chứng cứ 2C-up tdate 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVND II.

SUY GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

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	

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 lằng, 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/m²/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 VÀ CẬN LÂM SÀNG:

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 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 Vàng da sinh lý trên 30 ngày	1 2
Thai trên 42 tuần	1
Cân nặng lúc sinh trên 3.500g Tổng cộng	1 1 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 : tình 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.

CÂN LÂM SÀNG

Định lượng TSH , T4 máu

+ Máu cuống rốn : T4 \leq 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

III. CHẨN ĐOÁN:

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

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.

IV. ĐIỀU TRỊ

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.

Điều trị:

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.

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

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

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 giác.

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

THỜI GIAN THEO DÕI

Trẻ nữ 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.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

CƯỜNG GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

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.

Nguyên nhân:

Cường giáp do tăng kích thích 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 VÀ CẬN LÂM SÀNG:

LÂM SÀNG:

Có 3 nhóm dấu hiệu chính:

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.

Bướu giáp lan toả, đập, có tiếng thổi.

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, mắt kính hay kính 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.

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.

III. CHẨN ĐOÁN: Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng

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 , mắt nước kích động , sáng , liệt cơ , hôn mê. Nhịp tim rất nhanh , loạn nhịp , suy tim , trụy tim mạch.

IV. ĐIỀU TRỊ:

Nội khoa:

Iode :

+ Chỉ định : con 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

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.

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.

Điều trị con độc giáp trạng:

PTU : 5-10mg/kg/ngày

Uống iode liều cao 10 giọt /ngày

Propranolol 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.

Điều trị cường giáp sơ sinh:

PTU : 5-10mg/kg/ngày chia 3 lần hoặc Néomecazole 1mg/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.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVND II.

VIÊM MÔ TẾ BÀO

I. ĐAI CƯƠNG:

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

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

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN 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

ky khí

III. 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.

BIẾN CHỨNG

Viêm khớp.

Viêm xương tủy.

Viêm màng não.

Viêm màng tim.

Viêm bao hoạt dịch.

IV. 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.

+ Rửa 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°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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

NHIỄM TRÙNG DA VÀ MÔ MỀM

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.

NGUYÊN NHÂN

Streptococcus A beta hemolytic.

Staphylococcus aureus: có thể gây chốc bóng nước hoặc chốc không bóng nước.

II. 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 xước, 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).

III. 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

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.

IV. ĐIỀU TRỊ

Tại chỗ:

Lấy mào.

Rửa tại chỗ với dung dịch sát khuẩn: povidone-iodine, chlorhexidin gluconate.

Kháng sinh tại chỗ: Mupirocin, Bacitracin, Erythromycin

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

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

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa :

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

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 VÀ CẬN LÂM SÀNG:

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...

CẬN LÂM SÀNG:

Thường qui: huyết đồ, CRP, chức năng gan thận.

Tìm nguyên nhân: huyết thanh chẩn đoán Mycoplasma, Herpes virus.

Cấy máu, mô da niêm tổn thương, dịch bóng nước khi có bội nhiễm.

Theo dõi: Ion đồ, Dextrostix, Tổng phân tích nước tiểu.

III. 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 (≥ 2 lỗ tự nhiên)

Hoại tử và bong tróc thượng bì.

BIẾN CHỨNG

Da: sẹo da, tăng sắc tố, biến dạng móng, rụng tóc, ...

Mắt: khô mắt, sợ ánh sáng, giảm thị lực, mi quặm, viêm kết mạc, sẹo 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.

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...

IV. 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 Phòng với nhiệt độ phòng ổn định từ 30 – 32°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 bỏng ở cùng phạm vi, hoặc theo công thức: 1,5 ml x % diện tích da x 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)

+ Chỉ định: SJS nặng và TEN

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

TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

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

PHÒNG NGỪA

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 mẩn đỏ trên da khi uống thuốc, nên đi khám ngay.

Thầy thuốc: ghi vào sổ sức khỏe bệnh nhân thuốc đã gây dị ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

THIẾU MÁU THIẾU SẮT

I. 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.

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.

NGUYÊN NHÂN

- 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.

II. LÂM SÀNG VÀ CÂN LÂM SÀNG:

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.

CÂN 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 sắc, 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.

III. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định: lâm sàng thiếu máu (nêu trên) + hồng cầu nhỏ nhược sắt

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 tùy nguyên nhân
Atransferrin	⊥	⊥	Transferrin = 0
Sideroblaste	↑	↑	Tủy: sideroblaste +
Ngộ độc chì	↑	↑	δAla niệu >10mg/L, chì tăng
Thalassemia	↑	↑	Điện di Hb

IV. ĐIỀU TRỊ

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.

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 tác 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...

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVNĐ II.

|||||

❏

THALASSEMIA

I. ĐỊNH NGHĨA

Khiếm khuyết di truyền trong sự tổng hợp chuỗi globin, gây ra bất thường về Hemoglobin, hồng cầu bị vỡ sớm, gây thiếu máu.

Bệnh được gọi tên theo chuỗi globin bị khiếm khuyết.

II. LÂM SÀNG VÀ LÂM SÀNG:

LÂM SÀNG:

Bệnh sử:

Thời gian bắt đầu phát hiện thiếu máu, diễn tiến của thiếu máu.

Tiền căn :

+ Bản thân: chậm phát triển tâm thần, thể chất, vận động, dễ gãy xương, sâu răng.

+ Gia đình: anh chị bị thiếu máu tương tự.

Biểu hiện lâm sàng:

Thiếu máu mạn: da xanh, niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt.

Tán huyết mạn: vàng da, gan lách to, da xạm.

Biến dạng xương: trán dô, mũi tẹt, u trán, u đỉnh.

Chậm phát triển thể chất: nhẹ cân, thấp bé, chậm dậy thì.

CÂN LÂM SÀNG

Huyết đồ: hồng cầu nhỏ, nhược sắc.

Sắt huyết thanh và Ferritine: bình thường hoặc tăng. Bilirubin gián tiếp tăng.

Điện di Hb (trước khi truyền máu).

III. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Dựa vào kết quả điện di Hb: HbA₁, HbF, HbA₂, hiện diện HbE hay HbH.

α Thalassemia (thể HbH): HbA₁ < 96%, hiện diện HbH và có thể có Hb Constant Spring.

β Thalassemia (thể trung bình, nặng, đồng hợp tử): thiếu máu nặng, sớm, gan lách to. Điện di Hb có HbA₁ < 80%, HbF 20-100%.

B Thalassemia (thể nhẹ, dị hợp tử): không thiếu máu hay thiếu máu nhẹ, không có gan lách to. Điện di: HbA₂ > 3,5%, HbF 5-15%

IV. ĐIỀU TRỊ :

Nguyên tắc:

Truyền máu

Thải sắt

Điều trị hỗ trợ

Cắt lách khi có chỉ định

Chủng ngừa

Truyền máu:

Chỉ định: khi Hb < 7g/dl

Duy trì Hb 9 – 10 g/dl

Truyền 10-15ml/kg hồng cầu lắng/lần trong 3-4 giờ (5ml/kg/giờ).

Thiếu máu nặng (Hb < 5g/dl) hoặc suy tim: truyền 2ml/kg/giờ, Furosemide 1-2mg/kg.

Khoảng cách giữa các lần truyền máu # 4-6 tuần tùy theo mức độ tán huyết.

+ Tán huyết miễn dịch thứ phát do cơ thể tạo kháng thể chống hồng cầu cho: xử trí: truyền hồng cầu phenotype.

Thải sắt :

Chỉ định: khi Ferritine > 1000ng/ml hay sau truyền máu 10 – 12 lần (ở trẻ > 3 tuổi)

+ Viên uống – Desferiprone :

Liều 75 mg/kg/ngày chia 3-4 lần.

Theo dõi huyết đồ mỗi 3-4 tuần, Ferritine mỗi 3-4 tháng

Ngưng thuốc khi:

Ferritine < 1000 ng/ml

Bạch cầu < 3000/mm³, Neutrophile < 1000/mm³, Tiểu cầu < 100000/mm³

Giảm chức năng gan thận, đau khớp

+ Truyền dưới da – Desferrioxamine :

Desferal liều 25 – 35 mg/kg truyền dưới da 8 – 12 giờ/đêm × 5 – 6 đêm/tuần

Điều trị hỗ trợ:

Acid folic 5mg/ngày

Calci D

Vitamin E

Cắt lách: không phải điều trị triệt để, có nhiều nguy cơ

Chỉ định :

+ Truyền HCL quá 225 – 250 ml/kg/năm, khoảng cách giữa 2 lần truyền máu < 3 tuần, hay khối lượng truyền tăng gấp đôi.

+ Lách to quá rốn (độ IV)

+ Trẻ ≥ 6 tuổi (giảm nguy cơ nhiễm trùng)

Sau cắt lách :

+ Kháng sinh phòng ngừa đến năm 16 tuổi : Penicillin 250mg/viên uống 2 lần/ngày, hay Erythromycin 250mg mỗi ngày.

+ Tăng tiểu cầu: Aspirin liều thấp

Chủng ngừa: chủng ngừa Viêm gan siêu vi B, Streptococcus pneumonia, Hemophilus influenza type B, Neisseria meningitides trước cắt lách 2-4 tuần, lặp lại sau mỗi 5 năm.

Ghép tủy phù hợp HLA: biện pháp hiệu quả trong điều trị.

Tái khám :

4-6 tuần sau truyền máu.

Cân nặng, chiều cao, Ferritine mỗi 6 tháng.

Tổng kết truyền máu, Ferritine sau mỗi 12 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị BVND II.