



## 2. MDDKC\_BM Nhi\_BS An Nghĩa

☰ Progress	
🕒 Created	@June 12, 2024 11:40 PM
☰ Thời gian	Sáng T2 3/6
👤 Trách nhiệm của ai?	LongKhuongThanh
☑ Checkbox	<input type="checkbox"/>

2. MD-đề kháng KC\_BM Nhi\_An Nghĩa\_2024.pdf

SÁNG T2 3/6 - NHI - MDDKKC (0-20p)

<https://prod-files-secure.s3.us-west-2.amazonaws.com/aff592dd-835b-4c5a-be11-ee6a730c158c/5b571bea-68a7-4994-a287-8f8ed922c2ec/NHI-MDDKKC.m4a>

# **Miễn dịch-Đề kháng-Ký chủ Nhi khoa**

Bộ môn Nhi – Đại học Y Dược TP.HCM

Nhớ down quyết định 1575 về, đọc về chỉ định, chống chỉ định của các vaccine

6381586785791217441575 QĐ-BYT về việc hướng dẫn khám sàng lọc tr  
ước tiêm chủng đối với trẻ em.pdf

## ***Chủng ngừa ở trẻ em***

Bảng 3. Lịch tiêm chung vắc xin cho mọi lứa tuổi

Vắc xin	Phòng bệnh	Tháng tuổi												Năm tuổi												Nhóm tuổi theo năm				Tổng liều	
		0	1	2	3	4	5	6	8	9	12	18	2	4	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	19-26	27-50	60-64	>=65			
VGB (Trong TCMR)	Viêm gan B	1 (24h)		2	3	4																								4	
VGB (Ngoài TCMR)	Viêm gan B	1 (24h)	2					3				4																		4	
BCG	Lao	1																												1	
DPT/VGB/Hib (5 trong 1)	Bạch hầu - ho gà - uốn ván, viêm gan B, viêm phổi, viêm màng não do Hib			1	2	3							DPT 4																	4	
DaPT/Hib/IPV (5 trong 1)	Bạch hầu - ho gà - uốn ván, viêm phổi, viêm màng não do Hib, bại liệt			1	2	3							Hib 4																	4	
DaPT/VGB/Hib/IPV (6 trong 1)	Bạch hầu-ho gà-uốn ván, viêm gan B, viêm phổi, viêm màng não do Hib, bại liệt			1	2	3							4																	4	
OPV/IPV	Bại liệt			OPV 1	OPV 2	OPV 3	IPV			IPV																					4
Rota	Tiêu chảy, viêm ruột do vi rút Rota			1	2	3																									3

có virus độc hơn nên 6 tháng mới tiêm?

Vắc xin	Phòng bệnh	Tháng tuổi												Năm tuổi												Nhóm tuổi theo năm				Tổng liều	
		0	1	2	3	4	5	6	8	9	12	18	2	4	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	19-26	27-50	60-64	>=65			
Phè cầm (PCV/PPSV)	Viêm phổi, viêm màng não, viêm tai do phè cầm			PCV1	PCV2	PCV3					PCV4		PPSV (1 liều)																	4	
Cúm	Cúm						1		2				Tiêm hàng năm, đặc biệt nhóm nguy cơ cao*																	2+	
Não mổ cầu	Não mổ cầu						BC1	BC2	ACYW 155-1	ACYW 155-2																				2-3	
Sởi/MR	Sởi - Rubela						Tiêm sởi khi có dịch	Sởi 1			MR																			2	
MMR	Sởi - quai bị - rubella									1			2																	2+	
VNNB	Viêm não Nhật Bản								JE-CV	1+2			3		JE-CV															2-3	
Thuỷ đậu	Thuỷ đậu								1	2																				2	
Viêm gan A	Viêm gan A								1	2																				2	
Td/Tdap/DTaP-IPV	Uốn ván, bạch hầu, ho gà, bại liệt												Tdap	DTaP	Td															2	
HPV	Ung thư cổ tử cung																														3
Dại	Dại																														3-5
AT-Td-Tdap*	Uốn ván																														2+

\*: Các nhóm nguy cơ cao: PNCT, bệnh nhân có bệnh mạn tính (bệnh tim, phổi, tiểu đường ...)

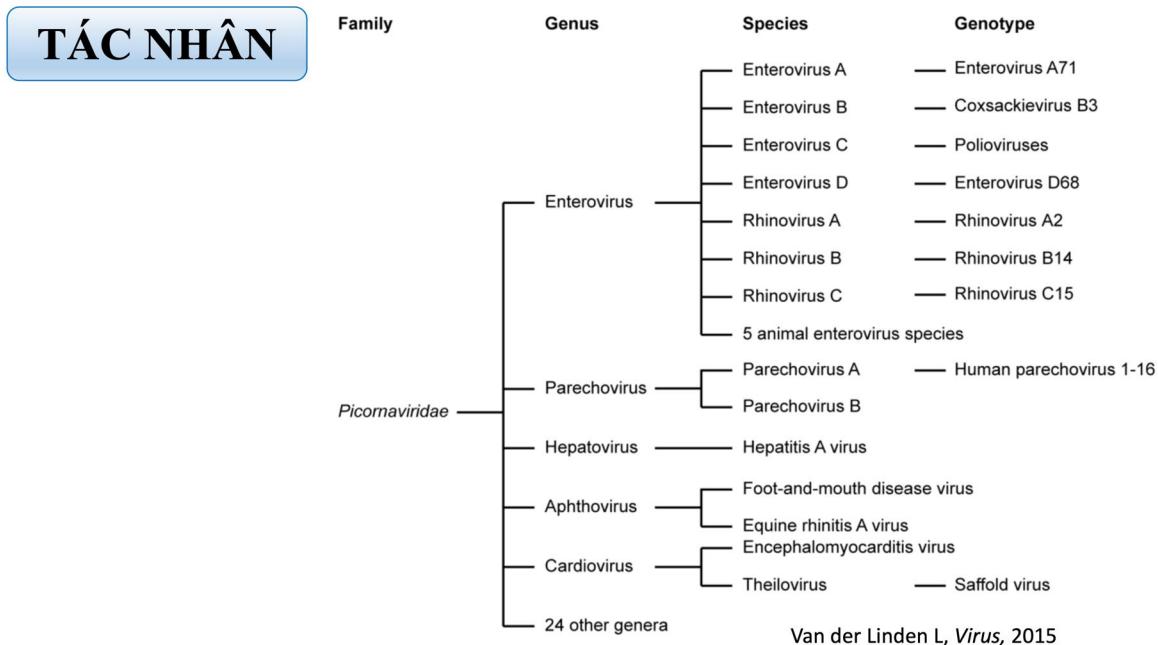
\*\*: Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới

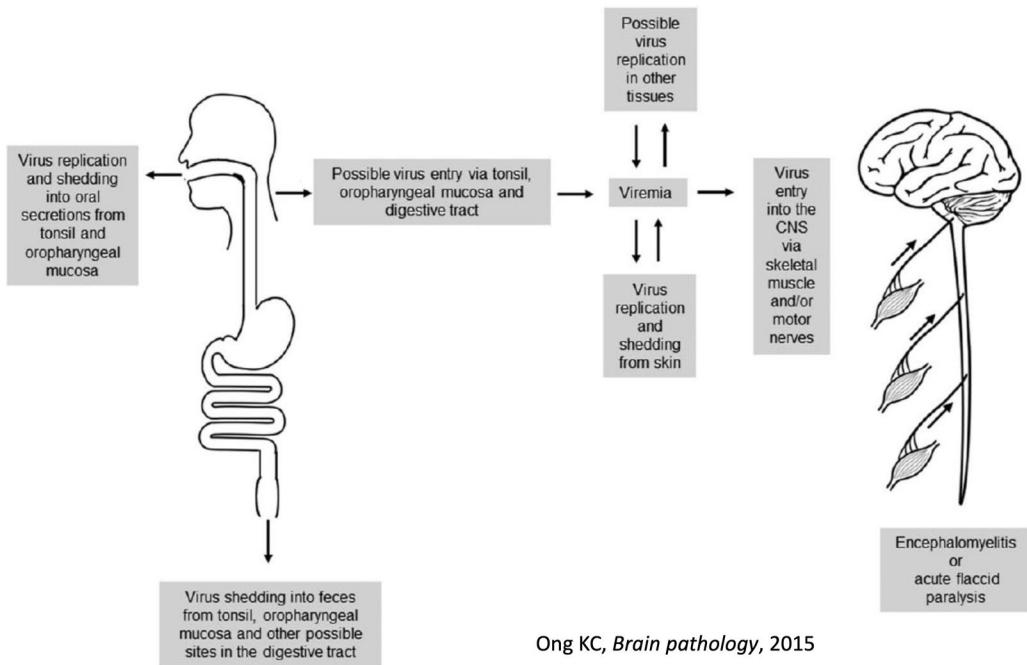
\*\*\*: Chi tiết xem Bảng 1

# **Sốt và phát ban**

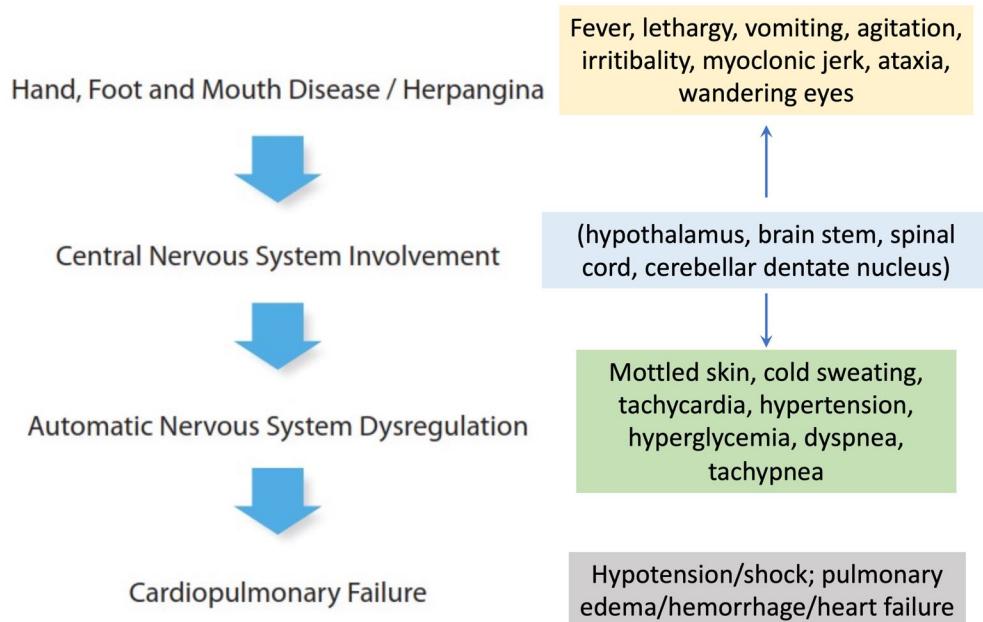
## **Bệnh tay chân miệng**

Chú ý 2 tác nhân EV71 và Coxsackievirus A16 (nhiều loại khác nhưng 2 loại này gây bệnh cảnh nặng)





- Virus xâm nhập đường miệng, tăng sinh ở hạch hầu họng (lần 1), xuống ruột và tăng sinh ở hạch bạch huyết dưới ruột (lần 2) sau đó thải qua phân ⇒ đường phân miệng, ngoài ra trong lần 1 cũng lây lan qua nước bọt (**đường lây là đường tiêu hóa, không phải đường hô hấp**)



4 tầng tổn thương và triệu chứng tương ứng



Warning Signs of CNS Involvement: (one or more of the following)	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fever <math>\geq 39^{\circ}\text{C}</math> or <math>\geq 48</math> hours</li><li>• Vomiting</li><li>• Lethargy</li><li>• Agitation/irritability</li><li>• Myoclonic jerks</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limb weakness</li><li>• Truncal ataxia</li><li>• "Wandering eyes"</li><li>• Dyspnea/tachypnea</li><li>• Mottled skin</li></ul>

#### seri thầy Nghĩa

- Sốt + Nôn ói → hạ đồi
- Ngủ gà, kích thích, giật mình → hệ lưới thân não
- Yếu liệt chi → Neuron vận động sừng trước tủy
- Rung thân → tiểu não
- Rung giật nhăn cầu → thể gối của não giữa
- Rối loạn nhịp thở → trung tâm hô hấp (thân não)
- Da nổi bong, da ẩm, lạnh chi → TK thực vật

Nhớ được vị trí thường tổn thương  $\Rightarrow$  nhớ được triệu chứng LS thần kinh tương ứng:

- Tổn thương thân não: giật mình, ngủ gà, nôn ói nhiều
- Tổn thương tiểu não: rung thân, rung chi
- Tổn thương hạ đồi: sốt cao khó hạ
- Tổn thương neuron sừng trước sống: liệt mềm (rất giống bại liệt)

## PHÂN ĐỘ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Độ	Tình trạng BN	Điều trị
I	<b>Chỉ có hồng ban/bóng nước/loét miệng</b>	Ngoại trú
IIA	<b>Có biến chứng thần kinh</b>	Nội trú
IIB	<b>Có biến chứng thần kinh nặng</b>	ICU
III	<b>Có biến chứng suy hô hấp tuần hoàn</b>	ICU
IV	<b>Có biến chứng suy hô hấp tuần hoàn nặng</b>	ICU

### Lưu ý

- Nhận diện triệu chứng và dấu hiệu của bệnh
- Phân độ từ nặng đến nhẹ
- Chỉ định nhập viện
- Kỹ năng tham vấn
- Các biện pháp điều trị không hiệu quả

Chỉ định nhập viện: cứ ko phải độ 1 là nhập viện → từ độ 2 (độ 1 nếu quá lo lắng hoặc nhà xa, khó theo dõi)

# **Sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em**

Học theo phác đồ 2023 BYT

## **TỔNG QUÁT**

- Do siêu vi Dengue gây ra – **Arbovirus, họ Flavivirus**
- 4 type: DEN 1, DEN 2, DEN 3, DEN 4
- Lây truyền:
  - Chủ yếu muỗi **Aedes aegypti**, hút máu ban ngày
  - Đường khác: truyền máu, mẹ sang con

4 type không cho phản ứng chéo → lý thuyết thì có thể mắc 4 lần

## CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Tăng tính thấm thành mạch
- Rối loạn cơ chế cầm máu
- Các chất trung gian tổn thương cơ quan

### Phân loại và mức độ sốt Dengue

Sốt dengue	SXH Dengue có DHCĐ	SXH Dengue nặng
<b>Sống trong vùng dịch tễ Dengue hay đi đến đó trong vòng 14 ngày trước</b>	Sốt Dengue kèm ≥ 1 dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"><li>- Đau bụng nhiều và đau vùng gan khi ấn</li><li>- Nôn ói nhiều lần (<math>\geq 3</math> lần/giờ hoặc 4 lần/6 giờ)</li><li>- Tràn dịch màng phổi, màng bụng hay màng tim</li><li>- Xuất huyết niêm</li><li>- Lù đù hoặc kích thích hay Glasgow score <math>&lt; 15</math></li><li>- Giảm huyết áp tư thế</li><li>- Gan to dưới bờ sườn phải <math>\geq 2</math> cm hay AST/ALT <math>&gt; 400</math> UI/L</li><li>- Dung tích hồng cầu <math>&gt; 45\%</math> hay tăng dần</li></ul>	Sốt Dengue kèm ≥ 1 dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"><li>- Sốc hay suy hô hấp do tràn dịch</li><li>- Xuất huyết nặng</li><li>- Suy cơ quan (thở não, viêm cơ tim, suy gan (ALT hay AST <math>\geq 1000</math> UI/L) hay suy thận</li></ul>
<b>Sốt từ 2-7 ngày kèm ≥ 2 dấu hiệu:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Buồn nôn, nôn</li><li>- Phát ban ở da</li><li>- Đau đầu hoặc đau quanh hốc mắt</li><li>- Đau cơ và khớp</li><li>- Xuất huyết da niêm hoặc dấu dây thắt dương tính</li><li>- Bạch cầu giảm</li></ul>		

## Cận lâm sàng

- Công thức máu:
  - ↓ BC → ↓ PLT ngày 3, 4
  - Cò đặc máu: Hct ↑ 20% trị số bình thường BN
  - Chỉ định: sốc, có dấu hiệu cảnh báo, **sốt Dengue từ ngày 3**
- ↓ protein máu, ↑ men gan, giảm natri máu
- Các XN hỗ trợ chẩn đoán tổn thương các cơ quan khác

- XN khẳng định nhiễm Dengue:
  - NS1Ag: 5 ngày đầu
  - IgM, IgG
  - Phân lập virus: dùng trong nghiên cứu
  - PCR: dùng trong nghiên cứu

- Bảng vàng dùng trên lâm sàng
- Còn chẩn đoán xác định là bảng màu xanh  
CLS cdxđ thường dùng NS1Ag và IgM  
Mạnh nhất là PCR nhưng thường dùng trên nghiên cứu

## Điều trị

- Chỉ định nhập viện:
  - SXH có dấu hiệu cảnh báo
  - Có bệnh nền hay cơ địa đặc biệt: nhũ nhi, béo phì, ĐTD...
  - Hoàn cảnh xã hội đặc biệt: nhà xa, không theo dõi được...

## Điều trị ngoại trú

- Nghỉ ngơi
- Khuyến khích uống nước
- Điều trị sốt
- Khám lại ngay khi có dấu hiệu cảnh báo hay bệnh nặng hơn
- **Tái khám mỗi ngày**

Tư vấn trong điều trị ngoại trú

## Điều trị nội trú

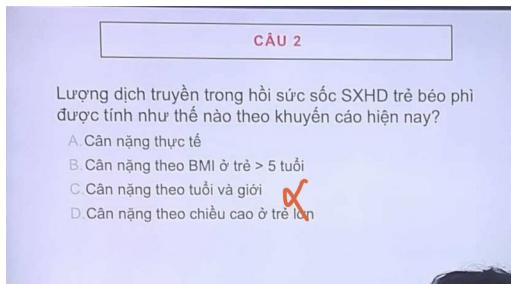
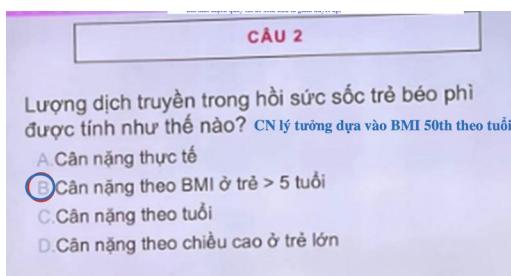
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nhóm nguy cơ bệnh diễn tiến nặng:<ul style="list-style-type: none"><li>• Theo dõi huyết động thường xuyên tùy thuộc ngày bệnh</li><li>• Theo dõi Hct mỗi 4-6h hay 12h tùy ngày bệnh</li><li>• Khuyến khích uống nhiều nước</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Sốt xuất huyết có dấu hiệu cảnh báo:<ul style="list-style-type: none"><li>• Theo dõi tương tự nhóm nguy cơ diễn tiến nặng</li><li>• <b>Chỉ định truyền dịch khi:</b> không uống được, nôn nhiều lần, ói máu, có dấu hiệu mất nước, tràn dịch màng phổi, màng bụng hay màng tim tiến triển, đau bụng và gan to 2 cm dưới HSP, lù đù, kích thích, giảm huyết áp tư thế, Hct tăng cao dần</li><li>• Cụ thể: xem phác đồ SXH - Bộ Y tế 2019</li></ul></li></ul> |
|--|---|

Bảng vàng là chỉ định truyền dịch  
Học theo phác đồ 2023 BYT

## Điều trị nội trú

- SXH Dengue nặng:
    - Sốc SXH Dengue: mạch nhanh, nhẹ, HA kẹp ( $\leq 20$  mmHg) hoặc giảm
    - Sốc SXH Dengue nặng: M=0, HA = 0 hay HA tâm thu  $< 70$  mmHg/trẻ > 12 tháng hoặc hiệu áp  $\leq 10$  mmHg
  - Suy cơ quan
  - Xuất huyết nặng
- Cụ thể theo phác đồ SXH – Bộ Y tế 2019
- \*Trẻ béo phì: tính cân nặng theo BMI 50-75th

- Sai lầm là ở trẻ béo phì mà lấy luôn cân nặng để tính dịch truyền  
→ Phải lấy BMI 50-75th 😞



## Cân nặng chênh lệch

- Cân nặng lý tưởng (kg)
  - Nữ:  $45,5 + 0,91 \times (\text{chiều cao(cm)} - 152,4)$
  - Nam:  $50,0 + 0,91 \times (\text{chiều cao(cm)} - 152,4)$
- Cân nặng hiệu chỉnh = CN lý tưởng + 0,4 x (CN thực - CN lý tưởng)
- So sánh cân nặng lý tưởng và cân nặng thực tế
  - Nếu CN thực < CN lý tưởng → Chọn CN thực
  - Nếu CN thực từ 100% - 120% CN lý tưởng → Chọn CN lý tưởng
  - Nếu CN thực > 120% CN lý tưởng → Chọn CN hiệu chỉnh

### 1. CÂN NẶNG HIỆU CHỈNH Ở TRẺ EM ĐƯ CÂN HOẶC BÉO PHÌ

(dựa theo hướng dẫn của CDC 2014)

Khuyến cáo áp dụng tính cân nặng bù dịch cho trẻ em dư cân, béo phì này chỉ ước tính cho những giờ đầu và nên do áp lực tĩnh mạch trung tâm để theo dõi trong khi bù dịch.

Tuổi (năm)	Nam (kg)	Nữ (kg)
2	13	12
3	14	14
4	16	16
5	18	18
6	21	20
7	23	23
8	26	26
9	29	29
10	32	33
11	36	37
12	40	42
13	45	46
14	51	49
15	56	52
16	61	54

## Phòng ngừa

- Kiểm soát muỗi
- Tránh bị muỗi cắn
- Vaccine phòng bệnh (đang nghiên cứu)

Vaccine gần có rồi nhưng không hỏi đâu vì cập nhật quá

## HỆ MIỄN DỊCH Ở TRẺ SƠ SINH

Chưa trưởng thành, hiệu quả bảo vệ kém:

- Kháng thể
  - Bổ thể
  - Bạch cầu đa nhân trung tính
  - Hàng rào da/ niêm mạc
- **Suy giảm miễn dịch**



Coi trẻ sơ sinh như một cơ địa SGMD, không phản kháng được với các tác nhân  
→ bệnh cảnh sơ sinh hâu như lúc nào cũng âm ỉ rồi bùng nặng lên (giống người  
uống cort lâu dài vậy)



## CÁC DẠNG LÂM SÀNG

	<b>Khởi phát sớm (≤ 3 ngày)</b>	<b>Khởi phát muộn/rất muộn<br (&gt;="" 3="" b="" ngày)<=""/></b>
<b>Đường lây</b>	Từ đường sinh dục mẹ	Thường từ môi trường (cộng đồng hoặc BV)
<b>Lâm sàng</b>	Nhiều hệ cơ quan, thường NKH ( $\pm$ VMN), VP Tiến triển nhanh	Có thể khu trú, có thể NKH Tiến triển chậm hơn
<b>Tác nhân</b>	GBS, <i>Escherichia coli</i> , <i>Listeria monocytogenes</i>	<i>Staphylococcus coagulase negative</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Enterococci</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>
<b>Tỉ lệ tử vong</b>	5-20%	2-6%

Chú ý mốc 3 ngày, tự học thêm bảng này

## CẬN LÂM SÀNG

- Không có một XN đơn lẻ nào có độ tin cậy cao trong chẩn đoán NKSS
- Phối hợp XN: tăng độ nhạy và độ đặc hiệu

Phía dưới chỉ là các CLS hỗ trợ chẩn đoán chứ không có CLS đơn lẻ nào là chẩn đoán xác định cả

XÉT NGHIỆM	GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN	ĐỘ NHẠY/ ĐỘ ĐẶC HIỆU
Bạch cầu	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ &lt; 6000/mm<sup>3</sup> hoặc &gt; 30000/mm<sup>3</sup> ở trẻ ≤ 24 giờ tuổi<ul style="list-style-type: none"><li>▪ &lt; 5000/mm<sup>3</sup> hoặc &gt; 20000/mm<sup>3</sup> ở trẻ &gt; 24 giờ tuổi</li></ul></li></ul>	< 50% trường hợp được xác định có nhiễm trùng
BC đa nhân TT	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ &lt; 3500/mm<sup>3</sup> ở trẻ &gt; 36 tuần</li><li>▪ &lt; 1000/mm<sup>3</sup> ở trẻ 28 – 36 tuần<ul style="list-style-type: none"><li>▪ &lt; 500/mm<sup>3</sup> ở trẻ &lt; 28 tuần</li></ul></li></ul>	Có giá trị chuyên biệt nhất
BC non/BCĐNTT (I/T)	> 0,2	Độ nhạy 30 – 90%
Tiểu cầu	< 150000/mm <sup>3</sup>	Không nhạy, không đặc hiệu và xuất hiện trễ

# SINH HÓA

## CRP

- CRP tăng trong vòng 6 – 12 giờ sau khi có nhiễm trùng, đạt mức đỉnh 36 – 48 giờ
- Giá trị dương tính:  $CRP > 10 \text{ mg/L}$
- Độ nhạy 70-93%, độ đặc hiệu 78-94% → tùy phương pháp đo, thời điểm đo, số mẫu XN, đặc điểm bệnh nhân

Ngưỡng CRP cũng có thể thay đổi, vd 1 bé sơ sinh bình thường 0.1 nhưng khi bệnh nó 5-6 thì cũng là tăng 50-60 lần rồi

## ▼ ÔN NÈ

**CÂU 6:** Bé trai, con 1/1, sinh thường, 40 tuần, cân nặng lúc sinh 3000 gram, APGAR 7/8, ối vỡ 10 giờ trước sanh, có mùi hôi, mẹ có sốt trước sanh 3 ngày không được điều trị gì. Lúc 30 giờ tuổi em lù đù, bú giảm. Xét nghiệm nào gợi ý chẩn đoán nhiều khả năng nhiễm khuẩn trên bệnh nhân này?

- A.Neutrophil  $2500/\text{mm}^3$
- B.Bạch cầu  $15000/\text{mm}^3$
- C.Band neutrophil 5%
- D.CRP 5 mg/L

A

## CÂU 5: Xét nghiệm nào gợi ý nhiều khả năng nhiễm khuẩn sơ sinh muộn?

- > 20000*
- A. Bạch cầu  $15000/\text{mm}^3$
- < 1750 : ↓ BC hạt*
- B. Bạch cầu đa nhân trung tính  $2500/\text{mm}^3$
- C. Bạch cầu non 5%      *> 10%*
- D. Bạch cầu non/bạch cầu đa nhân trung tính ( $I/T$ ) = 0,25
- > 0,2*

XÉT NGHIỆM	GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN	DỘ NHẠY/ĐỘ ĐẶC HIỆU
Bạch cầu	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 6000/<math>\text{mm}^3</math> hoặc &gt; 30000/<math>\text{mm}^3</math> ở trẻ ≤ 24 giờ tuổi</li> <li>&lt; 5000/<math>\text{mm}^3</math> hoặc &gt; 20000/<math>\text{mm}^3</math> ở trẻ &gt; 24 giờ tuổi</li> </ul>	< 50% trường hợp được xác định có nhiễm trùng
BC đa nhân TT	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 3500/<math>\text{mm}^3</math> ở trẻ &gt; 36 tuần</li> <li>&lt; 1000/<math>\text{mm}^3</math> ở trẻ 28 – 36 tuần</li> <li>&lt; 500/<math>\text{mm}^3</math> ở trẻ &lt; 28 tuần</li> </ul>	Có giá trị chuyên biệt nhất
BC non/BCĐNTT ( $I/T$ )	> 0,2	Dộ nhạy 30 – 90%
Tiểu cầu	< 100000/ $\text{mm}^3$	Không nhạy, không đặc hiệu và xuất hiện trễ

mở rộng

### CRP

- CRP tăng trong vòng 6 – 12 giờ sau khi có nhiễm trùng, đạt mức đỉnh 36 – 48 giờ
- Giá trị dương tính:  $\text{CRP} > 10\text{mg/L}$
- Độ nhạy 70-93%, độ đặc hiệu 78-94% → tùy phương pháp đo, thời điểm đo, số mẫu XN, đặc điểm bệnh nhân

XÉT NGHIỆM	GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN	DỘ NHẠY/ĐỘ ĐẶC HIỆU
Bạch cầu	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 6000/<math>\text{mm}^3</math> hoặc &gt; 30000/<math>\text{mm}^3</math> ở trẻ ≤ 24 giờ tuổi</li> <li>&lt; 5000/<math>\text{mm}^3</math> hoặc &gt; 20000/<math>\text{mm}^3</math> ở trẻ &gt; 24 giờ tuổi</li> </ul>	< 50% trường hợp được xác định có nhiễm trùng
BC đa nhân TT	< 1750/ $\text{mm}^3$	Có giá trị chuyên biệt nhất
BC non/BCĐNTT ( $I/T$ )	> 0,2	Dộ nhạy 30 – 90%
Tiểu cầu	< 150000/ $\text{mm}^3$	Không nhạy, không đặc hiệu và xuất hiện trễ

CRP bắt đầu tăng từ 6-12 giờ sau khi khởi phát nhiễm trùng, tăng gấp đôi mỗi 8 giờ và đạt mức đỉnh khoảng giờ thứ 36-48, sau đó giảm nhanh được điều trị tốt. Nếu sau 48 giờ điều trị mà CRP không giảm, phải tìm nguyên nhân thất bại. Trong 12 giờ đầu tiên, để chẩn đoán nhiễm trùng, CRP có độ nhạy là 50% và độ đặc hiệu là 90%; càng về sau độ nhạy càng tăng (90% nếu lập lại sau 24-48 giờ).

### 6.2. Huyết học

- Các tiêu chuẩn huyết học (từ công thức máu và phết máu ngoại biên) không đặc hiệu, cần thực hiện nhiều lần mỗi 12-24 giờ để theo dõi động học. Các giá trị sau gợi ý nhiễm trùng sơ sinh:
- Bạch cầu < 6.000 hay > 30.000/ $\text{mm}^3$  trong 24 giờ đầu; < 5.000 hay > 20.000/ $\text{mm}^3$  sau 24 giờ
  - Giá trị tuyệt đối của bạch cầu đa nhân trung tính < 1.750/ $\text{mm}^3$
  - Bạch cầu non > 10%
  - Bạch cầu có hạt đặc, không bào
  - Tỉ lệ bạch cầu non/bạch cầu đa nhân trung tính ( $I/T$ ) ≥ 0,2
  - Tiểu cầu < 150.000/ $\text{mm}^3$
  - Thiếu máu không rõ nguyên nhân.

# DỊCH NÃO TỦY

**CDTS:** nghĩ ngờ nhiều NKH, cấy máu dương tính hoặc có triệu chứng thần kinh trung ương không rõ nguyên nhân.

## TÉ BÀO

- Bình thường < 10 TBBC/mm<sup>3</sup>
- Nghĩ ngờ VMN ≥ 20 TBBC/mm<sup>3</sup>
- VMN Gram âm > 1000 TBBC/mm<sup>3</sup> (GBS có thể < 100)

- Ngưỡng 20 in đỏ là của bộ môn (được đồng thuận nhiều nhất)
- Ngoài sơ sinh DNT ≥ 10 TBBC/mm<sup>3</sup> là viêm màng não  
> 1000 nghĩ nhiều Gram (-) như E.coli

## ĐIỀU TRỊ

- Ampicillin + Gentamycin
- Phối hợp thêm Cefotaxim: VMN hay trong các ca rất nặng
- Chọn KS chuyên biệt theo KSĐ
- NTBV: lâm sàng, dịch tủy, sự đề kháng KS tại từng khoa LS

## THỜI GIAN SỬ DỤNG KS

- NKH: 7 – 10 ngày (10 – 14 ngày nếu cấy máu +)
- NK khu trú: 7 – 10 ngày
- VMN: 21 ngày (14 ngày nếu do GBS đáp ứng tốt)
- Aminoglycoside: 5 – 7 ngày

VMN 14 ngày do GBS là phải có bằng chứng và đáp ứng tốt

## PHÒNG NGỪA

- KS thích hợp trong cuộc sanh cho bà mẹ có nhiễm GBS âm đạo hoặc khi nghi ngờ/xác định NT ối
- Tầm soát bà mẹ mang GBS trong âm đạo vào tuần thứ 35-37
- Phòng NKSS muộn bằng cách thực hiện tốt các qui trình kiểm soát NK và các thủ thuật, chăm sóc

Tự đọc

- Câu hỏi 1: Trong phần mày đay có nhắc về đặc điểm của màng phù nhưng trong elearning không có nhắc về định nghĩa này.
- Câu hỏi 2: Biến chứng của từng loại vaccine và cách phòng ngừa?
- Câu hỏi 3: Đối với bệnh sởi cần học những mục tiêu nào?

Câu 2 trong nghị định 1575

Câu 3: Không nằm trong mục tiêu, tuy nhiên cần học để CĐPB với sốt phát ban  
Cần nắm diễn tiến lâm sàng, nguy cơ lây nhiễm. Đầu tiên viêm ~~tổng~~ long (chỗ nào có niêm mạc thì chảy dịch tiết: nước mắt, ho đàm, tiêu chảy). Sau đó là giai đoạn toàn phát với sốt phát ban: phát ban từ mặt (sau tai → trước mặt) → dần

tới chân (khoảng 3 ngày) → mờ dần, sốt giảm, ban kết lại với nhau thành "vết lằn da hổ"