

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

# LÂM SÀNG NHI Y6

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1



# ÔN TẬP OSCE NHI

GỒM 12 BÀN

BÀN	KHOA	NỘI DUNG	
1	CẤP CỨU	1. Cấp cứu ngưng tim ngưng thở tiến bộ, cơ bản 2. Cấp cứu dị vật đường thở	
2		1. Xử trí tại phòng lọc bệnh (sốt cao co giật, ...) 2. Suy hô hấp (suyễn con nặng, ...) 3. Tai nạn (rắn cắn, ..), ngộ độc (thuốc diệt chuột, ...)	
3		Tình huống shock: shock phản vệ, shock SXH, shock nhiễm trùng, shock giảm thể tích	
4	NHIỄM	Viêm màng não mủ	
5		Ngoại trú/nội trú tay chân miệng từ độ 2 trở xuống	
6	TIÊU HÓA	1. Tiêu chảy cấp 2. Tiêu đàm máu	
7	HÔ HẤP	1. Đọc X quang phổi thẳng 2. Hướng dẫn sử dụng bình hít định liều	
8		Bệnh án thác đồ (bước 2) viêm phổi, suyễn, viêm tiểu phế quản	
9		Ngoại trú viêm phổi, suyễn, viêm tiểu phế quản: chẩn đoán nghĩ đến nhiều nhất, xử trí, theo dõi	
10	SƠ SINH	Viêm màng não	
11		Viêm phổi ± suy hô hấp, nhiễm trùng huyết	
12		Ngoại trú: vàng da + nhiễm trùng da/nhiễm trùng rốn	

# CẤP CỨU NGỪNG TIM NGỪNG THỞ CƠ BẢN

## Đặc điểm hồi sức cơ bản:

- Thực hiện tại hiện trường xảy ra tai nạn ngoài bệnh viện, không y dụng cụ
- Thực hiện theo nguyên tắc C – A – B: ấn tim ngoài lồng ngực – thông đường thở - thổi ngạt
- Thời gian vàng 4 phút

## Chỉ định: Ngưng tim ngưng thở:

- Hôn mê: lay gọi không tỉnh
- Lồng ngực không di động → ngưng thở
- Không mạch trung tâm trong vòng 10 giây → ngưng tim:
  - + Trẻ nhũ nhi: mạch khuỷu tay, mạch bẹn
  - + Trẻ lớn: mạch cổ, mạch bẹn

TRẺ <1 TUỔI	TRẺ NHỎ 1-8 TUỔI	TRẺ LỚN >8 TUỔI
Tiếp cận cẩn thận		
Loại bỏ nguy hiểm: đưa nạn nhân ra khỏi nơi tai nạn, đặt nạn nhân trên mặt phẳng cứng		
Lay gọi		
Gọi to để có người giúp đỡ		
Bắt mạch bẹn / mạch cánh tay: vị trí, thời gian <10''	Bắt mạch cổ: vị trí, thời gian <10''	Bắt mạch cổ: vị trí, thời gian <10''
Ấn tim: Kỹ thuật <b>2 ngón tay cái</b> , vị trí trên x.ức dưới đường nối liên vú 1 khoát ngón tay, 30 nhịp, vừa ấn vừa đếm	Ấn tim: Kỹ thuật <b>1 bàn tay</b> , nửa dưới x.ức (khoảng 1 khoát ngón tay), tay thẳng, 30 nhịp, vừa ấn vừa đếm	Ấn tim: Kỹ thuật <b>2 bàn tay</b> , nửa dưới x.ức (khoảng 2 khoát ngón tay), tay thẳng, 30 nhịp, vừa ấn vừa đếm
Thông đường thở - Ngửa đầu nâng cằm - Thủ thuật thông đường thở dị vật		
Đánh giá thở: nhìn, nghe, cảm nhận		
Thổi ngạt 2 hơi chậm		
Ấn tim / thổi ngạt = 30/2		
Làm 5 chu kỳ		
Gọi cấp cứu		

# CẤP CỨU NGỪNG TIM NGỪNG THỞ TIỀN BỘ

Đặc điểm hồi sức tiền bộ:

- Thực hiện tại cơ sở y tế, bệnh viện có đủ y dụng cụ và thuốc cấp cứu
- Theo nguyên tắc C – A – B: ấn tim ngoài lồng ngực – thông đường thở - thổi ngạt
- Thời gian vàng 4 phút

**Chỉ định:** Ngưng tim ngưng thở:

- Hôn mê: lay gọi không tỉnh
- Lồng ngực không di động → ngưng thở
- Không mạch trung tâm trong vòng 10 giây → ngưng tim:
  - + Trẻ nhũ nhi: mạch khuỷu tay, mạch bẹn
  - + Trẻ lớn: mạch cổ, mạch bẹn

TRẺ <1 TUỔI	TRẺ NHỎ 1-8 TUỔI	TRẺ LỚN >8 TUỔI
Lay gọi		
Gọi to để có người giúp đỡ		
Bắt mạch bẹn / mạch cánh tay: vị trí, thời gian <10’’	Bắt mạch cổ: vị trí, thời gian <10’’	Bắt mạch cổ: vị trí, thời gian <10’’
Ấn tim: Kỹ thuật <b>2 ngón tay cái</b> , vị trí trên x.ức dưới đường nối liên vú 1 khoát ngón tay, 30 nhịp, vừa ấn vừa đếm	Ấn tim: Kỹ thuật <b>1 bàn tay</b> , nửa dưới x.ức (khoảng 1 khoát ngón tay), tay thẳng, 30 nhịp, vừa ấn vừa đếm	Ấn tim: Kỹ thuật <b>2 bàn tay</b> , nửa dưới x.ức (khoảng 2 khoát ngón tay), tay thẳng, 30 nhịp, vừa ấn vừa đếm
Thông đường thở <ul style="list-style-type: none"><li>- Ngửa đầu nâng cằm, Hút đàm nhớt</li><li>- Đặt ống thông miệng hầu nếu 2 pp trên thất bại</li><li>- Thủ thuật thông đường thở dị vật nếu có</li></ul>		
Đánh giá thở: nhìn, nghe, cảm nhận		
Bóp bóng mask 2 cái hiệu quả (lồng ngực nhô khi bóp)		
Ấn tim / bóp bóng = 30/2		
Tiếp tục bóp bóng - ấn tim trong vòng 1 phút, sau đó đánh giá lại: <ul style="list-style-type: none"><li>- Nếu không tự thở lại: đặt nội khí quản</li><li>- Nếu tim chưa đập lại: cho thuốc cấp cứu</li></ul>		
THUỐC <ul style="list-style-type: none"><li>- Thiết lập đường tĩnh mạch: tĩnh mạch ngoại biên → thất bại sau 5 phút ở trẻ &lt;6 tuổi → tiêm tủy xương</li><li>- Adrenalin 1/10.000 liều 0.1ml/kg, bicarbonate 8.4% liều 1ml/kg/lần, amiodarone 5mg/kg, atropine 0.02mg/kg, glucose 2ml/kg, dịch truyền 20ml/kg</li></ul>		
Mắc monitor theo dõi xem xét shock điện: rung thất, nhanh thất mất mạch		

# CẤP CỨU DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

**Chỉ định:** Hội chứng xâm nhập (ho sặc sụa, khó thở, tím tái, ngưng thở)

## VỖ LUNG ẮN NGỰC TRẺ <2 TUỔI

Kỹ thuật
Đặt trẻ nằm sấp đầu thấp trên cánh tay trái, giữ chặt đầu và cổ bằng bàn tay trái
Vỗ mạnh vào giữa 2 xương bả vai bằng gót bàn tay phải 5 lần, vừa vỗ vừa đếm
Lật ngửa trẻ bằng kỹ thuật sandwich
Quan sát trẻ xem có hồng hào, khóc được không ?
Nếu không, ấn ngực bằng 2 ngón tay trỏ và giữa 5 lần ở vị trí ngay xương ức, dưới đường nối liên vú 1 khoát ngón tay
Quan sát trẻ xem có hồng hào, khóc được không ?
Nếu không, lật sấp trẻ lại và vỗ lưng vào giữa 2 xương bả vai 5 lần, vừa vỗ vừa đếm
Lật ngửa trẻ lại và quan sát trẻ
Tiếp tục động tác ấn ngực - vỗ lưng cho tới khi trẻ khóc được hoặc hồng hào

## THỦ THUẬT HEIMLICH Ở TRẺ >2 TUỔI

TRẺ TỈNH	TRẺ HÔN MÊ
Đứng sau, vòng 2 tay qua người trẻ	Quỳ gối đối diện trẻ
Đặt 1 bàn tay (nắm đấm) dưới mũi ức	Đặt một lòng bàn tay dưới mũi ức
Đặt bàn tay kia lên nắm đấm	Đặt bàn tay thứ 2 lên bàn tay thứ 1
Ấn bụng mạnh hướng dưới lên 5 lần	Ấn mạnh và nhanh vào bụng từ trên xuống 5 lần
Kiểm tra miệng lấy dị vật nếu có	Kiểm tra miệng lấy dị vật nếu có
Còn tắc nghẽn, lặp lại ấn bụng 6 lần	Còn tắc nghẽn, lặp lại ấn bụng 6 lần

# LAU MÁT HẠ SỐT

**Chỉ định:**

- Sốt cao  $>39^{\circ}\text{C}$  mà thất bại với thuốc hạ nhiệt hay trong lúc đợt tác dụng của thuốc hạ sốt
- Đang sốt cao co giật hoặc dọa co giật

Chào thân nhân
Xác định bệnh nhi có sốt cao bằng nhiệt kế
Thông báo nhiệt độ của trẻ cho thân nhân
Giải thích cho thân nhân rằng bé cần hạ nhiệt bằng lau mát
Cởi đồ bé ra
Chuẩn bị dụng cụ: thau nước ấm $37^{\circ}\text{C}$ và 5 khăn
Dùng 4 khăn nhúng nước ấm vắt hơi ráo đắp 2 bên nách, 2 bên bẹn
Dùng 1 khăn lau khắp toàn thân nhẹ nhàng
Không lau ướt tóc và bàn tay bàn chân
Thay đổi khăn mỗi 2 – 3 phút và kiểm tra nhiệt độ nước ấm, thân nước nóng khi cần
Trấn an thân nhân khi trẻ run
Theo dõi nhiệt độ mỗi 15 phút
Xác định lại nhiệt độ nếu hạ nhiệt ( $\leq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) chuyển sang đắp mát

# XỬ TRÍ CƠ GIẬT

## A: Airway

1. Nằm đầu bằng, nghiêng 1 bên
2. Đặt cây đèn lưỡi có quần gạc nếu cần
3. Hút đàm nhớt

## B: Breathing

4. Thở oxy qua canulla 2 mũi: mục tiêu SpO<sub>2</sub> 95 – 98%
- Trẻ nhỏ (<6 tháng) khởi đầu 2 lít/phút
  - Trẻ lớn (≥ 6 tháng) khởi đầu 3 lít/phút
  - Tím 6 lít/phút

**C: Cắt cơn co giật**

5. Diazepam 10mg/2ml      0.5 mg/kg/lần BHM  
   0.2 mg/kg/lần TMC

Liều tối đa: 5 mg (trẻ <5 tuổi), 10 mg (trẻ >5 tuổi)

6. Hạ sốt: uống / nhét / truyền tĩnh mạch

Paracetamol 10 – 15 mg/kg/lần tối đa 20 mg/kg/lần

Viên nhét hậu môn 80mg – 150 mg – 300 mg

- ## 7. Lau mát hạ sốt khi:

- Sốt cao  $>39^{\circ}\text{C}$  mà thất bại với thuốc hạ sốt hoặc trong lúc đợi tác dụng của thuốc hạ sốt
- Đang sốt cao co giật hoặc dọa co giật (run người)

**Theo dõi:** tri giác, co giật, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

**Sau 5 – 10 phút vẫn còn co giật:**

- Lập đường truyền tĩnh mạch
- Lập lại Dizepam lần 2: 0.2 mg/kg TMC

**Sau 5 – 10 phút vẫn còn co giật:**

- Lập lại Diazepam lần 3: 0.2 mg/kg TMC

### Sau 3 liều Diazepam:

- Xem xét đặt NKQ khi:  $GCS < 8 - 10$  điểm, thở chậm, không đều, cơn ngưng thở



- Phenobarbital 200mg/ống pha 40 ml nước cất: 10 – 15 mg/kg/lần TTM 30 phút  
Vd: CN = 10 kg → Y lệnh: Phenobarbital 150 mg pha 30 ml nước cất TTM XX giọt/phút

### **Sau khi cắt cơn co giật, tìm nguyên nhân**

- **Có sốt:** NTTKTW, sốt rét thể não, absces não, SXH thể não, sốt cao co giật
- **Không sốt:** chấn thương đầu, vỡ dị dạng mạch máu não, xuất huyết não – màng não muện do thiếu vitamin K, rối loạn điện giải (hạ Kali), hạ đường huyết, động kinh, **ngộ độc (clo hữu cơ, thuốc diệt chuột trung quốc, thuốc chống trầm cảm)**

### **Hướng dẫn chăm sóc trẻ tại nhà:**

#### **- Không nên:**

- + Ủ ấm, tắm cồn, tắm nước lạnh
- + Không bỏ bất cứ vật gì vào miệng trẻ khi đang co giật (vắt chanh, nhỏ nước)

#### **- Nên:**

- + Mặc quần áo thoáng, theo dõi nhiệt độ tại nhà, uống hạ sốt khi  $>38^{\circ}\text{C}$ , lau mát hạ sốt khi sốt  $>39^{\circ}\text{C}$  hay đang chờ tác dụng thuốc hạ sốt.
- + Khi co giật, nằm đầu bằng, nghiêng một bên, hạ sốt rồi chuyển nhanh đến bệnh viện

**TÌNH HUỐNG: Trẻ 2 tuổi, đang co giật, tím môi, CN = 12 kg, SpO<sub>2</sub> 88%, sốt 40<sup>0</sup>C. Xử trí ban đầu**

- Nằm đầu bằng, nghiêng 1 bên
- Đặt cây đè lưỡi có quấn gạc
- Hút đàm nhớt
- Thở oxy qua canulla mũi 6 lít/phút
- Diazepam 10mg/2ml    5mg BHM
- Paracetamol 150 mg    1 viên    nhét HM
- Lau mát hạ sốt
- Theo dõi: tri giác, co giật, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

## SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

<b>SXH – D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sốt cao liên tục trong 2 – 7 ngày</li> <li>- Dấu xuất huyết: tự nhiên (chảy máu chân răng, tiêu phân đen, ...), Lacet (+)</li> <li>- Tiểu cầu giảm (<math>TC &lt; 100.000/mm^3</math>)</li> <li>- Thoát dịch: Hct <math>&gt;20\%</math>, TDMP – TDMB</li> </ul>
<b>SXH – D có dấu hiệu cảnh báo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vật vã, lừ đừ</li> <li>- Đau bụng vùng gan, gan to <math>&gt;2</math> cm, nôn nhiều</li> <li>- Ói máu, tiêu máu</li> <li>- Tiểu ít</li> <li>- Hct tăng cao, TC giảm nhanh</li> </ul>
<b>SXH – D nặng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Shock XH – D: xảy ra vào ngày thứ 3 - 6</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <b>Shock SXHD:</b> chi mát, mạch nhanh nhẹ, CRT<math>&gt;3</math> giây, HA tụt theo tuổi, HA kẹp</li> <li>+ <b>Shock SXHD nặng: MẠCH KHÔNG BẮT ĐƯỢC, HA KHÔNG ĐO ĐƯỢC</b></li> </ul> </li> <li>- Xuất huyết nặng</li> <li>- Suy tạng nặng</li> </ul>

### Hỏi:

- SỐT: ngày giờ bắt đầu và hết sốt, sốt bao nhiêu độ, ngày uống hạ sốt mấy lần, liều bao nhiêu, khám và điều trị tuyến trước không
- Triệu chứng nhiễm siêu vi: nhức đầu, chán ăn, buồn nôn, đau nhức cơ
- DẤU XUẤT HUYẾT: ói máu, chảy máu mũi, tiêu máu
- DẤU THOÁT DỊCH: đau bụng vùng gan
- Dấu hiệu shock: lạnh toàn thân, vật vã, li bì, bứt rứt

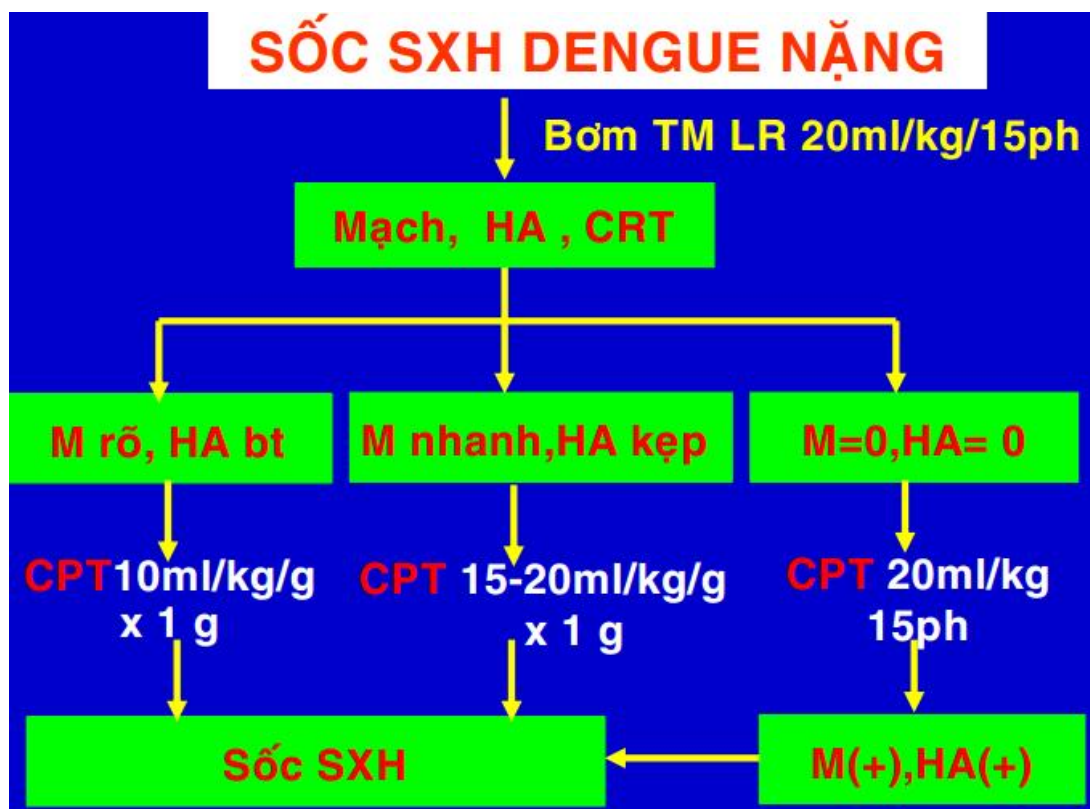
### Khám:

- **Dấu xuất huyết:** petechie, lacet
- Dấu hiệu shock: mạch, CRT, HA
- Dấu thoát dịch: rì rào phé nang giảm 1 bên, khám gan

### Chẩn đoán sơ bộ:

### SHOCK SXD (NẶNG) NGÀY

**Đề nghị CLS:** Hct khẩn, công thức máu, NS1 (5 ngày đầu), kháng thể IgM ( $>5$  ngày), dextrotix, ion đồ, AST, ALT, Ure, Creatinin, SA bụng, bilan đông máu, lactate, KMDM



#### Theo dõi

- Sinh hiệu, nước tiểu mỗi 15 – 30 phút
- Hct mỗi giờ
- Nước xuất nhập mỗi 24 giờ
- Dấu quá tải: tĩnh mạch cổ nổi, tim nhanh có gallop, gan to, rale ẩm

## TÌNH HUỐNG

Bé trai 5 tuổi, 20kg, sốt cao 4 ngày, uống hạ sốt không giảm, ngày 5 bớt sốt, than đau bụng nhiều, không ho, không sổ mũi -> NV. Bé đừ, chi mát, CRT 5s, mạch huyết áp khó đo, tim đều, phổi trong, gan 3 cm dưới bờ sườn, tay chân có chấm xuất huyết rải rác.

1) Chẩn đoán sơ bộ

2) Cận lâm sàng cần làm

3) Xử trí trong 1h đầu

- Chẩn đoán sơ bộ: Shock SXH D nặng ngày 5

- Đề nghị CLS: **Hct khẩn, dextrotix, NS1**, CTM, AST, ALT, Ure, Creatinin, SA bụng, bilan đông máu, lactate máu, KMDM

- Xử trí

+ Nhập viện, chuyển cấp cứu

+ Nằm đầu bằng

+ Thở oxy ẩm qua cannula 2 mũi 3 lít/phút

+ Tính BMI thực tế xem bé có béo phì không, nếu có thì truyền dịch theo cân nặng hiệu chỉnh

+ Lập 2 đường truyền tĩnh mạch

+ Lactate Ringer 500 ml 400 ml TTM 15 phút (bơm qua túi áp lực)

+ Sau 15 phút:

Nếu M = 0, HA = 0: HES 6% 250 ml 400 ml TTM 15 phút (bơm qua túi áp lực)

Nếu mạch nhẹ, HA kẹp: HES 6% 250ml 400 ml BTĐ 400ml/giờ

Nếu M, HA bình thường HES 6% 250ml 200 ml BTĐ 200ml/giờ

+ Theo dõi

Sinh hiệu, nước tiểu mỗi 15 – 30 phút

Hct mỗi 2 giờ

Nước xuất nhập mỗi 24 giờ

Dấu quá tải: tĩnh mạch cổ nổi, tim nhanh có gallop, gan to, rale ẩm

### Ghi chú:

	Chỉ định
Truyền tĩnh mạch	$\leq 300$ ml/giờ
Bơm tiêm điện	$\leq 1000$ ml/giờ
Bơm qua túi áp lực	$> 1000$ ml/giờ

# SHOCK PHẢN VỆ

## HỎI

- Xảy ra đột ngột sau khi tiếp xúc dị ứng nguyên: tiêm thuốc (kháng sinh, vaccine), uống thuốc (paracetamol), ong đốt, thức ăn, ...
- Tiền sử dị ứng: suyễn, chàm, viêm mũi dị ứng, sau tiếp xúc thức ăn, thuốc.

## KHÁM

- Da: nổi mề đay, hồng ban đa dạng toàn thân, ngứa
- Sưng phù: phù mi mắt, phù môi, phù thanh quản (thở rít), co thắt phế quản (khò khè)
- Tiêu hóa: ói, tiêu chảy, đau bụng
- Dấu hiệu shock: chi mát, CRT >3 giây, mạch nhanh nhẹ, HA tụt kẹt
  - + HA kẹt: hiệu áp HATTh – HATTr > 25 mmHg
  - + HA tụt:
    - <1 tuổi : HATTh < 70 mmHg
    - 1 – 10 tuổi : HATTh < 70 + (2 x tuổi) mmHg
    - > 10 tuổi : HATTh < 90 mmHg

**CHẨN ĐOÁN:** Shock phản vệ nghi do .... giờ thứ ....

## XỬ TRÍ:

- Nhập viện, chuyển cấp cứu
- Ngưng ngay thuốc gây shock phản vệ
- Nằm đầu bằng
- Thở oxy ẩm qua cannula
- Nếu ngưng tim ngưng thở: thông đường thở, thổi ngạt hoặc bóp bóng qua mask kèm ấn tim
- Nếu thở rít: Adrenalin 1‰ 2 – 3 ml PKD
- Nếu khò khè: Ventolin 2.5 – 5 mg/lần PKD mỗi 20 phút
- Lập 2 đường truyền

BỘ BA	Lý do	Liều
Adrenalin 1‰ 1ml/ống	Shock phân bố	0.01 ml/kg/lần (max 0.3 ml) TB/TDD Có thể lặp lại mỗi 15 – 30 phút nếu còn shock, tối đa 3 lần
Hydrocortison 100mg/ống	Ngừa tái shock	5 mg/kg/lần TMC
Pipolphen 50 mg/ống	Kháng histamine	0.5 – 1 mg/kg/lần TB

**Theo dõi:** mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác, SpO2 mỗi 15 phút

## TÌNH HUỐNG

**Bé gái 5 tuổi, sau uống paracetamol 500 mg 30 phút, đột ngột khó thở, thở rít, sưng phù nề mắt, môi, đến viện sau đó 1g30 phút**

**Khám: Mạch nhanh nhẹ 150 lần/phút, Nhiệt độ 37°C, Nhịp thở 45 lần/phút, HA 80/60 mmHg, 25 kg**

**Chi mát, CRT >2 giây, môi tái, SpO2 88%**

**Hãy xử trí case này**

- Chẩn đoán: shock phản vệ nghi do paracetamol giờ thứ 2

- Đề nghị CLS: khí máu động mạch, ion đồ

- Xử trí:

+ Nhập viện, chuyển cấp cứu

+ Ngưng ngay paracetamol

+ Nằm đầu bằng

+ Adrenalin 1‰ 1ml/ống            0.25 ml TB

+ Thở oxy ẩm qua cannula 2 mũi 3 lít/phút

+ Adrenalin 1‰ 1ml/ống    2 ml    PKD với oxy 6 lít/phút

+ Lập 2 đường truyền

+ Hydrocortison 100mg/ống            0.125g TMC

+ Pipolphen 50mg/ống            0.0125g TB

+ Theo dõi: tri giác, tím, sinh hiệu, SpO2 mỗi 15 phút

SHOCK NHIỄM TRÙNG		
SHOCK	NHIỄM TRÙNG HUYẾT	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chi mát</li> <li>- CRT &gt;2 giây</li> <li>- Mạch nhanh nhẹ</li> <li>- HA kẹp (hiệu áp HATTh – HATTr &lt;25)</li> <li>- HA tụt: theo tuổi               <ul style="list-style-type: none"> <li>+ &lt;1 tuổi: &lt;70 mmHg</li> <li>+ 1 – 10 tuổi: &lt;70 + (2 x tuổi) mmHg</li> <li>+ &gt;10 tuổi: &lt;90 mmHg</li> </ul> </li> </ul>	SIRS	Ồ NHIỄM TRÙNG
	2/4 dấu hiệu + Sốt > 38.5°C + Thở nhanh theo tuổi: <1 tuổi: ≥50 lần/phút >1 tuổi: ≥40 lần/phút + Nhịp tim nhanh theo tuổi <1 tuổi: >180 lần/phút >1 tuổi: >140 lần/phút	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TKTW: đau đầu, ói</li> <li>- HH: ho khạc đàm, thở nhanh, thở co lõm, sốt, ...</li> <li>- TH: phân xanh, tanh, nhầy máu, ...</li> <li>- Thận: tiểu buốt, tiểu xón, tiểu nhiều lần ...</li> <li>- Da: nhọt da, abces</li> </ul>

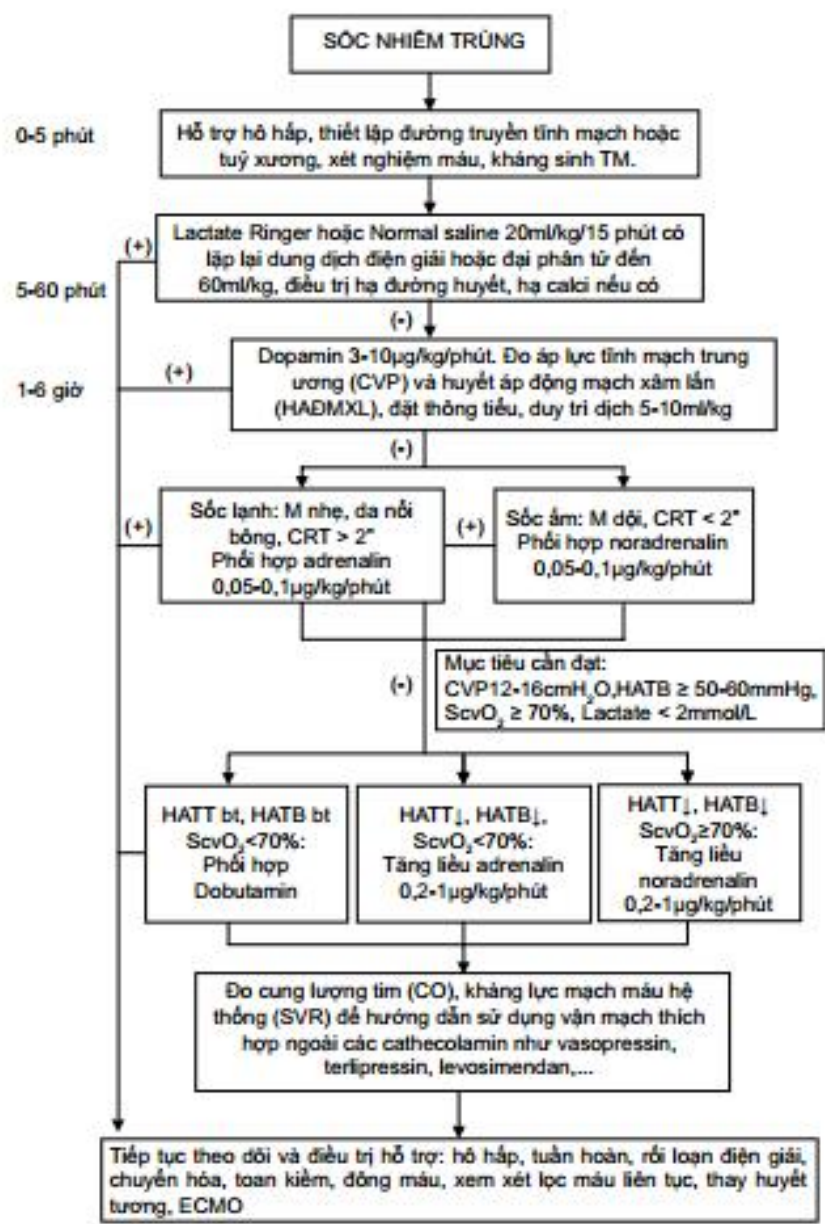
### Đề nghị cận lâm sàng

CLS đề nghị	Lý do
<b>Bilan nhiễm trùng: CTM, CRP, cấy máu</b>	Nhiễm trùng huyết
<b>Chọc dò thắt lưng làm XN</b> <b>X quang phổi; NTA: soi cấy</b> <b>Soi cấy phân</b> <b>Soi cấy nước tiểu</b>	Tầm soát ổ nhiễm trùng
<b>Dextrotix, ion đồ, chức năng gan, thận</b> <b>Lactate, khí máu động mạch</b>	Biến chứng shock
<b>Hct khẩn</b>	Phân biệt shock NT và shock giảm thể tích theo dõi nhiễm trùng huyết: + Shock NT: Hct bình thường + Shock giảm thể tích: Hct tăng cao (>45)

### ĐIỀU TRỊ: gồm 3 phần

1. Điều trị shock
2. Điều trị nhiễm trùng
3. Điều trị biến chứng

**Điều trị shock:** Trong shock nhiễm trùng, nhanh chóng đưa bệnh nhân ra khỏi shock trong 1 giờ đầu



5 phút đầu	A:  - Nằm đầu bằng - Thiết lập 2 đường truyền TM  B: Thở oxy C: Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch
Phút thứ 5	C: Truyền dịch chống shock: LR/NS 20 ml/kg/15 phút
Phút thứ 20	Nếu không ra khỏi shock: LR/NS 20 ml/kg/15 phút Nếu ra shock: 10 ml/kg/1 giờ rồi giảm dần tốc độ



<b>Phút thứ 35</b>	<b>Nếu không ra khỏi shock:</b> - LR/NS 20 ml/kg/15 phút - HES 6% 20 ml/kg/giờ
<b>Theo dõi</b>	Mạch, HA, NT, nhiệt độ, nước tiểu, tri giác, dấu quá tải

**Điều trị kháng sinh: theo liệu pháp xuống thang**

<b>Tiêu hóa</b>	<b>1. Ciprofloxacin 200mg/100 ml    20 – 30 mg/kg/ngày chia 2 lần TTM 30 phút – 1 giờ</b> <b>1. Imipenem 500 mg pha trong Dextrose 5%    60 – 100 mg/kg/ngày TTM chia 4 lần</b> <b>1. Amikacin 500 mg    15mg/kg/ngày TTM trong 30 phút – 1 giờ 1 liều/ngày</b>
<b>Phổi, da</b>	<b>1. Vancomycin 500mg/lọ pha trong 100 ml    40 – 60 mg/kg/ngày chia 4 lần TTM 1 giờ</b>

**Điều trị triệu chứng, biếng chứng**

<b>Hạ đường huyết</b>	<b>Chỉ định:</b> Dextrotix < 70 mg%, Đường huyết <45 mg% <b>Cách bù:</b> Dextrose 10% 5 ml/kg TTM 15 phút
<b>Toan chuyển hóa</b>	<b>Chỉ định:</b> + Trong shock: $\text{HCO}_3 < 15 \text{ mEq/L}$ , $\text{PaCO}_2 < 25 - 35 \text{ mmHg}$ + $\text{pH} < 7.2$ hoặc $\text{HCO}_3 < 8$ <b>Cách bù:</b> $\text{HCO}_3 \text{ cần bù} = \text{BE} \times 0.4 \times \text{CN} \times 1/2$ $(2 \text{ ml NaHCO}_3 = 1 \text{ mEq HCO}_3)$ - <b>Tần công:</b> 1 mEq/kg - <b>Duy trì:</b> pha lượng còn lại với Dextrose 5% tỉ lệ 1:2 TTM 4 – 8 giờ Vd: Bé 10kg, BE=13 $\text{NaHCO}_3 \text{ cần bù} = 0.4 \times 10 \times 13 \times \frac{1}{2} = 26 \text{ mEq}$ Tần công: 10 mEq → $\text{NaHCO}_3$ 4.2% 20 ml TMC Duy trì: 16 mEq → 30 ml $\text{NaHCO}_3$ 4.2% pha 60 ml Dextrose 5% TTM VII giọt/phút

## TIẾP CẬN SUY HÔ HẤP

### Bước 1: Dấu hiệu nhận biết: 1 trong 8 dấu hiệu

1. Ngưng thở, cơn ngưng thở
2. Tím tái
3. Rút lõm ngực
4. Thở rít khi nằm yên
5. Phấp phồng cánh mũi
6. Thở nhanh theo lứa tuổi
7. Co kéo cơ hô hấp phụ khác: cơ ức đòn chũm, cơ liên sườn
8. Thở rên ở trẻ <3 tháng tuổi

### Bước 2: Mặc máy SpO<sub>2</sub>: <90% → suy hô hấp

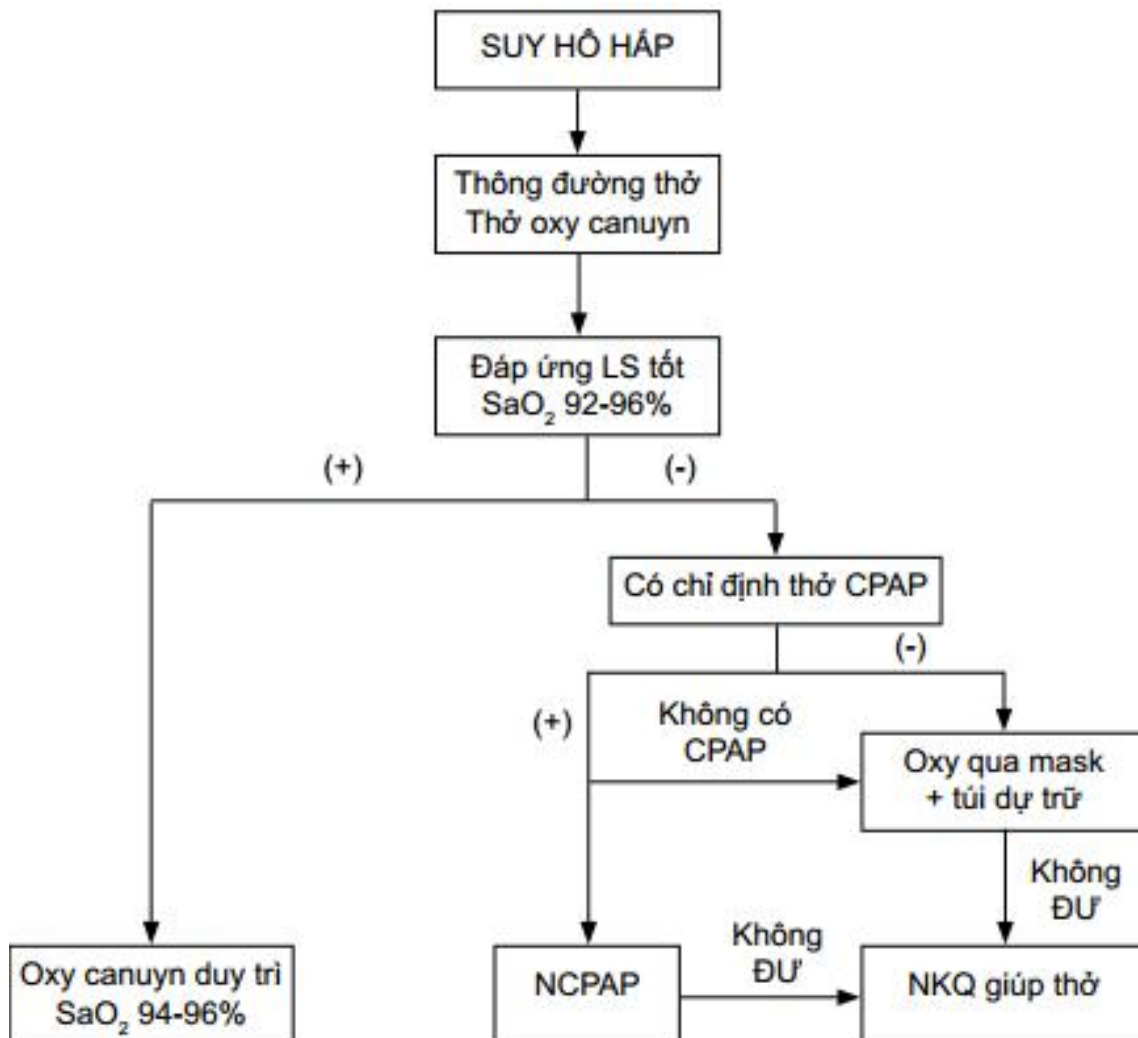
Sai số: ngộ độc CO, Met – Hb, tưới máu mô không tốt như shock, sơn móng tay, ...

### Bước 3: Xử trí ban đầu

**A:**

- Nằm đầu cao 30°
- Hút đàm nhớt nếu có

### **B: Cung cấp oxy**



## 1. Canulla 2 mũi: oxy lưu lượng thấp

<b>&lt;12 tháng tuổi</b>	
Khởi đầu	0.5 lít/phút (FiO <sub>2</sub> = 40 – 45%)
Tối đa	1 lít/phút (FiO <sub>2</sub> = 60 – 65%)
<b>&gt;12 tháng tuổi: FiO<sub>2</sub> = số lít oxy x 4 + 21</b> (vd: oxy 1 lít/phút → FiO <sub>2</sub> = 25%), tối đa 6 lít/phút	
<2 tuổi	1 – 2 lít/phút
>2 tuổi	3 – 4 lít/phút
TÍM	6 lít/phút

**Mục tiêu:** thở oxy làm sao để lưu lượng oxy thấp để đạt SpO<sub>2</sub> mục tiêu 95 – 98%

**Thất bại** (vẫn còn dấu hiệu suy hô hấp, SpO<sub>2</sub> dao động không đạt được mục tiêu): chuyển sang oxy lưu lượng cao

## 2. Oxy lưu lượng cao

<b>NCPAP</b> (thở áp lực dương liên tục qua mũi cuối thì thở ra)	<p><b>Chỉ định:</b> suy hô hấp thất bại oxy gập ở các bệnh lý: <b>viêm phổi, viêm tiểu phế quản</b>, phù phổi cấp, ARDS, ngạt nước, <b>SXH</b>, bệnh màng trong, viêm phổi hít phân su, cơn ngưng thở, ...</p> <p><b>Chống chỉ định:</b> tràn khí màng phổi, đang shock</p> <p><b>Cài đặt thông số:</b> , nếu tím FiO<sub>2</sub> khởi đầu <b>100%</b>, nếu không tím: khởi đầu <b>60%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trẻ nhỏ: khởi đầu p = 4 cm H<sub>2</sub>O</li> <li>+ Trẻ lớn (&gt;10 tuổi) : khởi đầu p = 6 cm H<sub>2</sub>O</li> </ul> <p>Sau đó thử khí máu động mạch lại mà điều chỉnh tăng giảm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PaO<sub>2</sub> (BT = 80 -100), nếu còn thấp thì tăng FiO<sub>2</sub> lên</li> <li>- PaCO<sub>2</sub> (BT= 35 – 45), nếu &gt; 45 thì hút đàm trước sau đó tăng áp lực</li> </ul>
<b>Mask</b>	<p><b>Chỉ định:</b> thất bại oxy mà không có chỉ định thở NCPAP</p> <p>Có 2 loại:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Không túi dự trữ FiO<sub>2</sub> = 60 – 80% (VD: 6 lít/phút thì FiO<sub>2</sub> 60%, 7 l/p 70%, 9 l/p không tăng lên thêm</li> <li>- Có túi dự trữ: có 2 loại: có van (FiO<sub>2</sub> 60 – 99%) hay không có van (FiO<sub>2</sub> 60 – 90%)</li> </ul>
<b>NKQ</b>	<p><b>Chỉ định:</b> tím tái, ngưng thở, thở không đều</p> <p>Có 2 loại: có bóng chèn và không có bóng chèn</p> <p><b>ID (kích cỡ đường kính trong NKQ hay số ống NKQ)</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sơ sinh thiếu tháng: <math>ID = 2.5 - 3</math></li> <li>- Sơ sinh đủ tháng <math>ID = 3 - 3.5</math></li> <li>- <math>&lt;2</math> tuổi: <math>ID = 4 - 4.5</math></li> <li>- <math>&gt;2</math> tuổi: <math>ID = \text{tuổi}/4 + 4</math> (không bóng chèn)  <math>ID = \text{tuổi}/4 + 3</math> (có bóng chèn)</li> </ul> <p><b>Kiểm tra ống NKQ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiều dài ước lượng = <math>ID \times 3</math></li> <li>- Nghe 5 điểm: 2 bên dưới xương đòn, 2 bên hố nách, thượng vị</li> <li>- Chụp X quang kiểm tra</li> </ul>
--	---

### Bước 3: Điều trị nguyên nhân

- Thở rít, khàn tiếng: dị vật đường thở, **viêm thanh khí phế quản**, viêm nắp thanh môn
- Khò khè, rale ngáy rít: **suyễn, viêm tiểu phế quản**
- Khó thở 2 thì, vừa thở rít, vừa khò khè: bệnh cảnh kết hợp, dị vật/dị tật/bất thường mạch máu tại khí quản
- Thở nhanh, co lõm, rale ẩm, rale nổ: **viêm phổi**, phù phổi cấp, suy tim

**Theo dõi:** tri giác, tím, SpO<sub>2</sub>, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, biến chứng: TKMP, tắc đàm

# NGỘ ĐỘC CẤP

## I. Chẩn đoán ngộ độc cấp:

NGỘ ĐỘC CẤP DO .... GIỜ .....

### 1. Bệnh sử tiếp xúc độc chất

- Hoàn cảnh phát hiện: trẻ đang cầm lọ thuốc đang uống, lọ thuốc xung quanh, ....
- Độc chất phải xác định: liều độc, hàm lượng đã dùng, dùng đường nào, độc chất thải qua cơ quan nào, tác động lên cơ quan nào, ...

### 2. Dấu hiệu ngộ độc đặc hiệu:

Rất hữu ích trong trường hợp bà mẹ không phát hiện ra chai hay vỏ độc chất.

Xem các triệu chứng lâm sàng có phù hợp với chai hay vỏ thuốc người nhà đưa không.

Triệu chứng	Tác nhân
Hôn mê	<b>Thuốc ngủ</b> , chống động kinh, <b>á phiện</b> , rượu, chì, phosphor hữu cơ
Đồng tử co	<b>Morphine, thuốc ngủ</b> , Phosphor hữu cơ
Đồng tử giãn	<b>Nhóm Atropine, Anti-histamin</b> , thuốc chống trầm cảm ba vòng, Carbamazepin
Nhịp tim chậm	<b>Digoxin</b> , Ức chế calci và ức chế beta, trứng cóc, nấm độc
Nhịp tim nhanh	Catecholamin, <b>Atropine, Anti-histamin</b> , Theophylline và thuốc chống trầm cảm ba vòng
Đỏ da	<b>Nhóm Atropine, Anti-histamin</b>
<b>Hội chứng ngoại tháp</b>	<b>Metoclopramide (primepran), Haloperidol</b>
Thở nhanh	Salicylate, Methanol, Cyanide, CO.
Thở chậm	<b>Morphine</b> , thuốc ngủ, thuốc nhỏ mũi có Naphazolin
Co giật	<b>Chlor hữu cơ, thuốc diệt chuột của Trung Quốc</b> , thuốc chống trầm cảm ba vòng, Phenothiazine.
Sốt cao	<b>Atropine, Anti-histamin</b> , Phenothiazine, Salicylate

### Tóm lại:

- **Ngộ độc Morphin:** hôn mê, đồng tử co, thở chậm
- **Ngộ độc Atropin, kháng Histamin:** sốt cao, đỏ da, đồng tử giãn, nhịp tim nhanh

### 3. Xét nghiệm độc chất: TIÊU CHUẨN VÀNG

- Mẫu XN: dịch dạ dày (ưu tiên vì nồng độ cao), máu, nước tiểu (Morphin, paraquat)

- Khả năng XN: ethanol, COHb, MetHb, paracetamol, paraquat, digoxin, chì, salicylate, phenobarbital, theophylline

## **II. Điều trị**

### **1. Xử trí tình huống cấp cứu**

### **2. Loại bỏ độc chất**

#### **Rửa dạ dày:**

- Hiệu quả tốt trong **vòng 6 giờ** nhất là trong giờ đầu
- Dung dịch rửa là **NaCl 0.9%** (90g muối + 10 lít nước chín) để tránh hạ natri máu.
- Cố gắng rút bỏ hết dịch dạ dày có chứa độc chất trước khi rửa dạ dày:
  - o Lấy bớt chất độc giúp tăng hiệu quả của rửa dạ dày.
  - o Lấy mẫu xét nghiệm độc chất.
- Tư thế: **nằm nghiêng trái** để dịch dạ dày không xuống ruột
- Kỹ thuật: liều lượng **15mL/kg/lần (tối đa không quá 300mL/lần)** rửa thật sạch cho đến khi nước trong, không mùi.
- **Chống chỉ định:**
  - o Ngộ độc chất ăn mòn: acid, base
  - o Ngộ độc chất bay hơi: xăng, dầu hôi...
  - o Đang co giật.
  - o Hôn mê chưa đặt nội khí quản có bóng chèn. (Có thể đặt sonde dạ dày rút hết dịch có chứa độc chất hoặc dẫn lưu và rửa dạ dày sau khi đặt nội khí quản có bóng chèn.)

#### **Than hoạt tính:**

- Tại sao phải dùng than hoạt ?
  - + Rửa dạ dày không kĩ
  - + Trước khi vào viện đã có một lượng thuốc được hấp thu
  - + Giảm liều chất đối kháng
- **Cơ chế tác dụng:** kết hợp độc chất ở dạ dày ruột thành phức hợp không độc, không hấp thu vào máu và được thải ra ngoài qua phân.
- **Không cho than hoạt khi điều trị N-Acetylcystein đường uống** trong ngộ độc Acetaminophen.
- **Cho ngay sau rửa dạ dày, trước khi rút sonde dạ dày.**
- Liều dùng: **1g/kg/lần** (tối đa dùng 50g), pha với nước chín tỷ lệ 1/4, dùng ngay sau khi pha. Lập lại 1/2 liều mỗi 4-6 giờ uống hoặc bơm qua sonde dạ dày, cho đến khi than hoạt xuất hiện trong phân, thường là trong 24h.
- **Không dùng các sản phẩm than hoạt dạng viên** do không có hoặc ít có tác dụng tạo phức hợp không độc với độc chất (dù có nghiền ra thành bột).
- **Không hiệu quả trong ngộ độc kim loại nặng, dầu hỏa, alcohol, acid-base.**

- Có thể kết hợp với thuốc xổ Sorbitol dung dịch 70% với liều 1g/kg/12h trong vòng 24h đầu.

### **Kiểm hóa nước tiểu:**

- Chỉ định trong ngộ độc Aspirin, Phenobarbital, thuốc chống trầm cảm 3 vòng.

- Bicarbonate truyền tĩnh mạch:

o Mục tiêu là **giữ pH nước tiểu khoảng 7.5-8:**

+ Giảm phân bố Salicylate vào mô

+ Tăng thải Salicylate qua thận.

o Bicarbonate: bắt đầu bicarbonate 4.2% 1 – 2 mEq/kg tĩnh mạch sau đó truyền tĩnh mạch dung dịch bicarbonate 1.4% (bicarbonate 140mEq pha trong 1L Dextrose 5%) tốc độ 2mL/kg/h.

o Sau đó điều chỉnh tốc độ bằng cách theo dõi pH nước tiểu mỗi giờ

**Thở oxy:** trong trường hợp ngộ độc CO

- Thở oxy FiO<sub>2</sub> 100%

- Nếu suy hô hấp thì dùng Oxy cao áp

**Lọc máu/Lọc thận/Thay huyết tương**

### **3. Dùng chất đối kháng**

<b>ĐỘC CHẤT</b>	<b>CHẤT ĐỐI KHÁNG</b>
Á phiện	Naloxone
Phosphor hữu cơ	Atropine, Pralidoxim
Chì	EDTA (Calcitetracemate disodique)
Gây Methemoglobine	Methylene blue
Acetaminophen	N-Acetylcystein
Calcium bloccer	Calcium chloride, Calcium gluconate
Khoai mì	Sodium thiosulfate

**4. Điều trị biến chứng:** suy gan, suy thận

**5. Điều trị tâm lý**

**6. Điều trị phòng ngừa**

#### IV. XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP THƯỜNG GẶP

ĐỘC CHẤT	DẤU HIỆU NGỘ ĐỘC	XỬ TRÍ
<b>Paracetamol</b>	Liều độc $\geq 150$ mg/kg Định lượng paracetamol trong máu sau 4 giờ Suy gan	Rửa dạ dày Than hoạt khi dùng N-acetylcystein đường TM <b>N-acetylcystein</b>
<b>Morphin</b>	<b>Hôn mê</b> <b>Đồng tử co nhỏ</b> <b>Thở chậm, ngưng thở</b>	Rửa dạ dày Than hoạt <b>Naloxone</b>
Phenobarbital	Liều độc: $>30$ mg/kg Buồn ngủ, lừ đừ, hôn mê Thở chậm, ngưng thở Đồng tử co nhỏ Hạ huyết áp (shock thần kinh)	Rửa dạ dày Than hoạt <b>Truyền Bicarbonate</b> <b>Lọc thận trong trường hợp nặng</b>
Ức chế Canxi	Hạ HA	Rửa dạ dày Than hoạt <b>Calcium Chloride</b> <b>Calcium gluconate</b>
Thuốc nhỏ mũi Naphazolin	Lừ đừ, ngủ gà Tay chân lạnh Tim nhanh Thở chậm, Cơn ngưng thở	Truyền dịch Dextrose 5-10% (tránh nguy cơ hạ đường huyết) Theo dõi sát
Phosphor hữu cơ	Tăng tiết đàm Đồng tử co Rung giật cơ Liệt hô hấp Xét nghiệm <b>Cholinesterase trong máu giảm</b>	Rửa dạ dày Than hoạt tính <b>Atrophine</b> <b>Pralidoxim</b>
Paraquat	<b>Bỏng niêm mạc miệng, lưỡi</b> <b>Suy hô hấp sau vài ngày</b> Xét nghiệm	Rửa dạ dày Than hoạt tính Truyền dịch tăng thải qua thận



	- Paraquat trong máu và nước tiểu (+) - Xquang phổi: xơ phổi	<b>Hạn chế thở O2</b> vì tăng nguy cơ xơ phổi <b>Thay huyết tương hoặc lọc máu</b> với cột than hoạt tính.
Thuốc diệt chuột của Trung Quốc (Fluoroacetamide)	Co giật Rối loạn nhịp tim Suy hô hấp	Rửa dạ dày Than hoạt tính <b>Chống co giật:</b> Diazepam, Thiopental
Dầu hỏa	Hơi thở có mùi dầu hỏa Suy hô hấp	<b>KHÔNG rửa dạ dày</b> <b>KHÔNG than hoạt tính</b> <b>Thở O2</b> <b>Kháng sinh</b>
Carbon monoxide (CO)	Suy hô hấp Xét nghiệm thấy CO trong máu tăng (CO-oxymetry)	<b>Thở O2 qua mặt nạ với FiO2 100%</b> <b>O2 cao áp (trường hợp nặng)</b>
Khoai mì (độc tố Cyanide)	Đau bụng, nôn ói sau vài giờ. Thở nhanh Xét nghiệm: toan chuyển hóa, lactate máu tăng	Rửa dạ dày Than hoạt tính <b>Sodium thiosulfate</b>
Cá nóc (độc tố Tetrodotoxine)	Liệt hô hấp	Rửa dạ dày Than hoạt tính Hỗ trợ hô hấp sớm
Chì	Đau bụng, thiếu máu, suy dinh dưỡng, tăng huyết áp. Viêm răng đen Hôn mê co giật (tổn thương não cấp) Xét nghiệm: - δ-ALA nước tiểu >13mg/L. - Nồng độ chì trong phân >25μg/dL	<b>D-Penicilamine</b> <b>Tổn thương não: EDTA</b>
Gây methemoglobine	Tím tái môi và đầu chi.	<b>Methylene blue</b>

(ngộ độc nước củ dền, Nitrite, aniline)	Xét nghiệm: Methemoglobine máu tăng (CO-oxymetry)	
Trúng cóc (Độc tổBufotoxine trong trứng và gan cóc)	Đau bụng, nôn ói, tiêu chảy Chậm nhịp tim	Rửa dạ dày Than hoạt tính <b>Thuốc tăng nhịp tim:</b> - Atropine - Epinephrine khi shock hoặc thất bại Atropine <b>Đặt máy tạo nhịp tạm thời khi thất bại với điều trị thuốc tăng nhịp</b>

# RẮN CẮN

## Hỏi:

- Nhà ở đâu? Địa phương có loại rắn nào?
- Hoàn cảnh bị cắn: ra vườn cây, đang ngủ, đi vào rừng cao su, ...
- Người nhà có đem con rắn cắn lên không? Mô tả con rắn
- Thời điểm rắn cắn
- Dấu hiệu sao khi bị cắn: đau, phù, hoại tử, xuất huyết, nói khó, ..
- Sơ cứu như thế nào?

## Phân biệt rắn lành, rắn độc

	Rắn lành	Rắn độc
<b>Đầu</b>	Tròn	Tam giác
<b>Đồng tử</b>	Tròn	Elip
<b>Đuôi</b>	Vảy đôi	Vảy đơn
<b>Vết cắn</b>	Dấu chấm khuôn răng	2 dấu chấm

## 2 nhóm rắn độc

	Nhóm gây RLDM	Nhóm gây độc tổ thần kinh
<b>Nhóm rắn</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nhóm rắn lục: thân màu xanh, ở khắp nơi (ở chỗ có cây cối), đuôi càng đỏ càng độc</li><li>- Nhóm rắn chàm quạp: trên thân có những hình tam giác màu đen đối xứng dọc thân, ở vùng Đông Nam Bộ, đồn điền cao su</li></ul>	<p>Nhóm rắn hổ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hổ đất: sau đầu là 2 vòng tròn đồng tâm</li><li>- Hổ mèo: sau đầu là hình mắt kính lộn ngược</li><li>- Cạp nong: trên thân là những khoang vàng khoang đen</li><li>- Cạp nia: là những khoang trắng khoang đen</li></ul>
<b>Triệu chứng</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rắn lục: sưng bầm xanh, vết sưng lan</li><li>- Chàm quạp: vết thương tại chỗ rầm rộ, xuất huyết trong bóng nước, chảy máu toàn thân</li></ul>	Sụp mí, nói ngọng, nuốt khó, yếu liệt tay chân, liệt cơ hoành, suy hô hấp

## **Xử trí ban đầu**

- Trấn an bệnh nhân
- Bất động chi và đặt chi bị cắn thấp thấp hơn tim
- Rửa sạch vết thương
- Băng ép nhẹ từ phía vị trí cắn đến gốc chi
- Nẹp cố định
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện có kháng huyết thanh: BV Nhi đồng

## **Khám:**

- Dấu hiệu cấp cứu: suy hô hấp, shock
- Triệu chứng toàn thân: tri giác, xuất huyết, yếu liệt
- Tại chỗ: dấu răng, phù nề, hoại tử xuất huyết

**Chẩn đoán:** rắn cắn giờ thứ mất nghĩ do....

## **CLS:**

- CTM, CRP, cấy máu
- Đông máu toàn bộ
- AST, ALT, Bun, Creatinin

## **Xử trí**

1. Kháng sinh: Cefotaxim 200 mg/kg/ngày chia 3 – 4 lần
2. Giảm đau: Paracetamol 10 – 15 mg/kg/lần chia 3 lần
3. Rửa vết thương bằng betadine
4. Kháng huyết thanh: **rắn lục, rắn chàm quạp, hổ đất, cạp nong**
  - + Nhẹ - trung bình: 4 – 6 lọ
  - + Nặng: RLDM toàn thân, sưng >2 khớp lớn: 8 – 10 lọ

Test trước khi dùng

Adrenalin 1‰ 0.01 ml/kg tối đa 0.3 ml TB/TDD

Kháng huyết thanh: pha 50 ml (4 – 6 lọ) – 100 ml (8 – 10 lọ) NaCl 0.9% TTM trong 1 – 2 giờ

Thử lại đông máu toàn bộ

5. Vaccin ngừa uốn ván (VAT), Huyết thanh chống uốn ván (SAT) khi chưa chích VAT

## TÌNH HUỐNG RẮN CẮN

Bé nữ, 6 tuổi, đang chơi trong vườn thì bị rắn cắn → nhập viện BVND 1

**Câu 1: Hỏi và khám thêm gì?**

<b>Hỏi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Địa chỉ: Đông Nam Bộ</li><li>- Đang chơi trong vườn cao su thì bị cắn</li><li>- Thời điểm bị rắn cắn: cách nhập viện 49 giờ</li><li>- Mô tả rắn: đầu tam giác, mắt hình elip, đuôi có vảy đơn, <b>có những hình tam giác màu đen đối xứng dọc thân</b></li><li>- Xử trí: thoa dầu, đưa đến thầy lang đắp thuốc lá</li><li>- Vết rắn cắn: sưng bầm, đau nhiều, nổi bóng nước</li></ul>
<b>Khám</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dấu hiệu suy hô hấp, xuất huyết: không có</li><li>- Sốt 38 độ, 15 kg, đã chích VAT</li><li>- Vết rắn cắn: vết thương giữa ngón 2 – 3 mặt mu, vết thương hoại tử, bầm đen, có vết cắt rạch, tay trái sưng hơn tay phải</li><li>- Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường</li></ul>

**Câu 2: Chẩn đoán sơ bộ ?**

### RẮN CẮN GIỜ THỨ 50 NGHĨ DO RẮN CHÀM QUẠP

**Câu 3: Xử trí ban đầu:**

- Test huyết thanh kháng nọc rắn chàm quạp
- Adrenalin 1‰ 3 ml TB
- Huyết thanh kháng nọc rắn chàm quạp 10 lọ pha NaCl 0.9% đủ 100 ml TTM XXX giọt/phút
- Ceftriaxone 1 g 1.5g TMC
- Paracetamol 0.1g 1 viên x 3
- Chích SAT
- Chăm sóc vết thương

# HÔ HẤP

Sốt trong 5 ngày đầu phải nghĩ: SXH, TCM, VMN

	Lý do	Hỏi khám gì
<b>VIÊM PHỔI</b>	Sốt, Ho	Thở bất thường: thở nhanh, thở co kéo. Rale nổ, ẩm
<b>VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ho, khò khè</li><li>- &lt;2 tuổi (đỉnh tuổi 3 – 6 tháng, sau 18 tháng ít nghĩ)</li><li>- Diễn tiến phù hợp: khởi phát nhiễm trùng hô hấp trên → ho, khò khè</li><li>- Mùa nhiễm siêu vi</li><li>- Tiền căn: khò khè 1 – 2 lần</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới (khò khè, khó thở thì thở ra, rale ngáy rít)</li><li>- Tiền căn:<ul style="list-style-type: none"><li>+ Khò khè 1 – 2 lần</li><li>+ Thật sự khò khè không: khò khè lần trước: chẩn đoán gì? Điều trị gì? Đáp ứng điều trị (sau 15 phút)?</li></ul></li></ul>
<b>SUYỄN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ho, khò khè</li><li>- Tiền căn:<ul style="list-style-type: none"><li>+ Bản thân: Dị ứng: viêm mũi dị ứng, chàm, có yếu tố khởi phát Ho khò khè xảy ra về đêm gần sáng hoặc khi gắng sức <b>&gt;2 lần khò khè</b> + Gia đình: tiền căn dị ứng</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới (khò khè, khó thở thì thở ra, rale ngáy rít)</li><li>- Tiền căn:<ul style="list-style-type: none"><li>+ Khò khè &gt;2 lần</li><li>+ Thật sự khò khè không: khò khè lần trước: chẩn đoán gì? Điều trị gì? Đáp ứng điều trị (sau 15 phút)?</li></ul></li></ul>
<b>DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ</b>	- Khò khè	- Hội chứng xâm nhập: đột ngột có triệu chứng ho sặc

	Phù hợp	Không phù hợp
<b>VIÊM PHỔI</b>	Sốt ho Thở nhanh theo tuổi: + <2th: $\geq 60$ lần/phút + 2th – 1 tuổi: $\geq 50$ lần/phút + >1 tuổi: $\geq 40$ lần/phút Rale nổ, ẩm	- Không thở nhanh (dấu hiệu này có thể không là dấu hiệu không phù hợp nếu có kèm rút lõm ngực vì rút lõm ngực là mức độ nặng hơn thở nhanh.  (Không sốt và không rale ẩm nổ không phải là yếu tố không phù hợp)
<b>VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN</b>	- Ho, khò khè, khó thở - Rale rít, ngáy - <2 tuổi (đỉnh tuổi 3 – 6 tháng, sau 18 tháng ít nghĩ) - Diễn tiến phù hợp: khởi phát nhiễm trùng hô hấp trên → ho, khò khè - Mùa nhiễm siêu vi - Tiền căn: khò khè 1 – 2 lần	- Không có hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới
<b>SUYỄN</b>	- Ho, khò khè, khó thở - Tiền căn: + Bản thân: Dị ứng: viêm mũi dị ứng, chàm, có yếu tố khởi phát  Ho khò khè xảy ra về đêm gần sáng hoặc khi gắng sức  <b>&gt;2 lần khò khè</b>	- Không có hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới

## VIÊM PHỔI

Chẩn đoán sơ bộ	Lý do
Viêm phổi	Sốt, ho, thở nhanh, rale nổ ầm
Viêm phổi nặng	Thở co kéo: co lõm ngực, phập phồng cánh mũi Không có dấu hiệu nguy hiểm
Viêm phổi rất nặng	Dấu hiệu nguy hiểm: bỏ bú, bú kém, co giật, li bì khó đánh thức, ... Suy hô hấp

CLS đề nghị	Mong chờ
CTM	WBC tăng (>15k), BC chuyển trái (Neu ưu thế hoặc tương đương Lym)
CRP	>20
X quang: - Khi nhập viện - Thất bại điều trị ngoại trú	Đám mờ

Viêm phổi	Lý do	Y lệnh
<b>Ngoại trú</b>	Viêm phổi: sốt, ho, thở nhanh	<b>1. Cho về</b> <b>2. THUỐC:</b> <b>- Kháng sinh đường uống</b> Khởi đầu <b>Amoxicillin 0.5g</b> 80 – 90mg/kg/ngày chia làm 2 lần uống Khi không đáp ứng Amox: Augmentin hoặc Cefuroxim <b>- Hạ sốt</b> <b>- Giảm ho</b> <b>3. TÁI KHÁM</b> - Hẹn tái khám sau 2 ngày - Tái khám ngay: sốt cao hơn, bệnh nặng hơn, bỏ ăn, bỏ bú <b>4. DẶN DÒ:</b> - Tiếp tục bú/ăn uống bình thường



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uống nhiều nước</li> <li>- Thông thoáng mũi cho bé</li> <li>- Uống thuốc theo toa</li> </ul>
<b>Nội trú</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Thở co kéo: thở co lõm, phập phồng cánh mũi</li> <li>+ Tím tái trung ương</li> <li>+ &lt;2 tháng tuổi</li> <li>+ Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú, bú kém, không uống được, co giật, li bì khó đánh thức</li> <li>+ Biến chứng: suy hô hấp, absces phổi, tràn mủ màng phổi, nhiễm trùng huyết, ...</li> <li>- Thất bại điều trị ngoại trú sau 2 lượt đổi kháng sinh</li> <li>- Tổn thương phổi rộng trên X quang</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nhập viện</li> <li>2. Nằm phòng ngoài hay cấp cứu</li> <li>3. Kháng sinh Ceftriaxone 1g: 80mg/kg/ngày 1 – 2 lần, 1 lần không quá 2g, 1 ngày không quá 4g</li> <li>4. Hạ sốt: Paracetamol 10 – 15 mg/kg</li> <li>5. Giảm ho Ho Astex 5ml x 3 (u)</li> </ol>
Đánh giá đáp ứng điều trị	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dấu hiệu nhận biết: <b>tổng trạng, nhiệt độ, nhịp thở, kiểu thở, ăn uống</b></li> <li>- Thời điểm đánh giá: <b>sau 48 giờ - 72 giờ</b> dùng kháng sinh</li> <li>- Đáp ứng tốt: duy trì 7 – 10 ngày: chích (ceftriaxone, cefotaxim) → uống (cefuroxim) khi sau 24 – 48 giờ đáp ứng lâm sàng hoàn toàn</li> </ul>	

## VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN

Chẩn đoán sơ bộ	Lý do
<b>Viêm tiểu phế quản</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ho, khò khè, rale rít ngáy</li> <li>- &lt;2 tuổi</li> <li>- Diễn tiến phù hợp</li> <li>- Tiền căn: khò khè &lt;2 lần</li> </ul>
<b>Mức độ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nhẹ: không thở nhanh, co lõm</li> <li>2. Trung bình: thở co lõm, thở nhanh</li> <li>3. Nặng: suy hô hấp, dấu hiệu nguy hiểm toàn thân</li> </ul>
<b>Biến chứng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Suy hô hấp: SpO2 &lt; 90%</li> <li>2. Bội nhiễm: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lâm sàng: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sốt cao &gt;38.5<sup>0</sup>C, ho khạc đàm nhiều hơn, đàm đổi màu</li> <li>+ Rale nổ</li> </ul> </li> <li>- CLS: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ WBC tăng (&gt;15k), chuyển trái (Neu ưu thế)</li> <li>+ Thay đổi trên X quang</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Diễn tiến không phù hợp: <b>kéo dài &gt; 7 ngày</b></li> </ul>

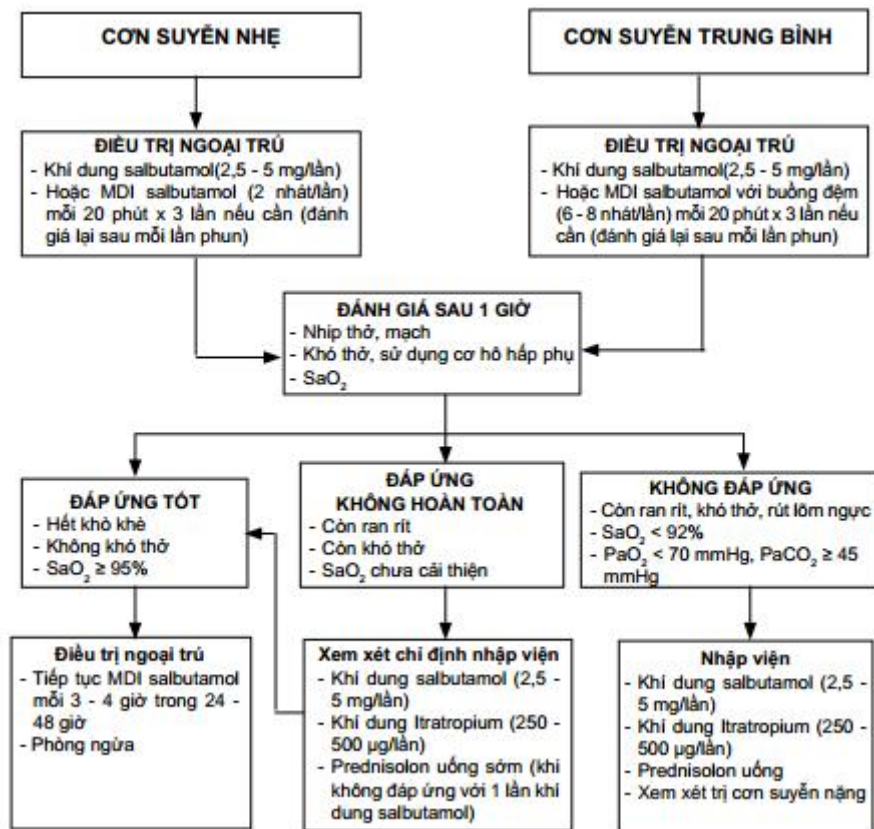
CLS đề nghị	Mong chờ
CTM: theo dõi bội nhiễm	WBC tăng, chuyển trái
X quang: theo dõi bội nhiễm	Đám mờ

Điều trị	Lý do	Y lệnh
Ngoại trú	Nhẹ	<ol style="list-style-type: none"> <li>Cho về</li> <li>Thuốc <ul style="list-style-type: none"> <li>- Không kháng sinh</li> <li>- Thông thoáng đường thở, nhỏ mũi thường xuyên Efticol 0.9% 2 giọt x 6 nhỏ mũi</li> <li>- Giảm ho: Ho Astex 5 ml x 3 (u)</li> <li>- Hạ sốt</li> </ul> </li> <li>Tái khám <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hẹn tái khám sau 2 ngày</li> <li>- Tái khám ngay khi có dấu hiệu nguy hiểm hoặc bệnh nặng hơn</li> </ul> </li> <li>Dặn dò <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ăn uống bình thường, chia làm nhiều bữa nhỏ</li> <li>- Cho bé uống nước nhiều hơn</li> <li>- Uống thuốc theo toa</li> </ul> </li> </ol>
Nội trú	Trung bình - Nặng	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nhập viện: nằm phòng ngoài hoặc cấp cứu</li> <li>Thuốc <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thông thoáng đường thở, hút đàm nhớt</li> <li>- Test dẫn phế quản: cho trẻ &gt;1 tuổi mà tiền căn 2 lần khò khè</li> </ul> </li> <li>PKD <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kháng sinh: nghi bội nhiễm</li> <li>- Hạ sốt</li> <li>- Giảm ho</li> </ul> </li> <li>Dinh dưỡng <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bú mẹ theo nhu cầu</li> <li>- Bú bình: nhu cầu cơ bản + lượng nước mất không nhận biết (20 – 30%)</li> </ul> </li> <li>VD: bé 10 kg <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhu cầu cơ bản: <math>100 \text{ ml/kg} \times 10 = 1000 \text{ ml}</math></li> <li>- Lượng nước mất không nhận biết: <math>20\% \times 1000 = 200 \text{ ml}</math></li> <li>- Tổng 1200 ml chia 6 cử: 200 ml/cử</li> </ul> </li> </ol>

# SUYỄN

Chẩn đoán	Lý do
Suyễn con	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ho khò khè khó thở, rale rít ngáy</li> <li>- YTKP: dị ứng nguyên, NTHH trên</li> <li>- Tiền căn: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Đã được chẩn đoán suyễn</li> <li>+ Khò khè đợt nhập viện trước đáp ứng thuốc dẫn phế quản (sau 15 – 20 phút)</li> <li>+ Khò khè tái đi tái lại (&gt;2 lần), xảy ra khi tiếp xúc dị ứng nguyên, khi gắng sức, về đêm.</li> <li>+ Cơ địa dị ứng: viêm mũi dị ứng, chàm, ...</li> <li>+ Gia đình có người dị ứng hoặc suyễn</li> </ul> </li> </ul>
Mức độ con	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhẹ: không thở nhanh</li> <li>- Trung bình: thở nhanh khoảng 25%, rút lõm ngực Vd: sau 1 tuổi ngưỡng thở nhanh 40 lần/phút → NT = 40 – 50 lần/phút</li> <li>- Nặng: thở nhanh khoảng 50%, SpO2 &lt;90% Vd: sau 1 tuổi ngưỡng thở nhanh 40 lần/phút → NT = 50 – 60 lần/phút</li> <li>- Dọa ngưng thở: vật vã hôn mê</li> </ul>
Bậc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nếu đã có chẩn đoán suyễn thì không cần phân bậc</li> <li>- Chưa có chẩn đoán suyễn thì phân bậc: <ol style="list-style-type: none"> <li>1: vài tháng</li> <li>2: tháng nào cũng có</li> <li>3: tuần nào cũng có</li> <li>4: ngày nào cũng có</li> </ol> </li> </ul>
Không kiểm soát	
Biến chứng	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suy hô hấp</li> <li>- Bội nhiễm: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Lâm sàng: sốt cao, khạc đàm màu</li> <li>+ CLS: WBC tăng (&gt;15k), chuyển trái, X quang thâm nhiễm</li> <li>+ Bệnh sử kéo dài, sonde thuốc không đáp ứng liều đầu tiên</li> </ul> </li> </ul>

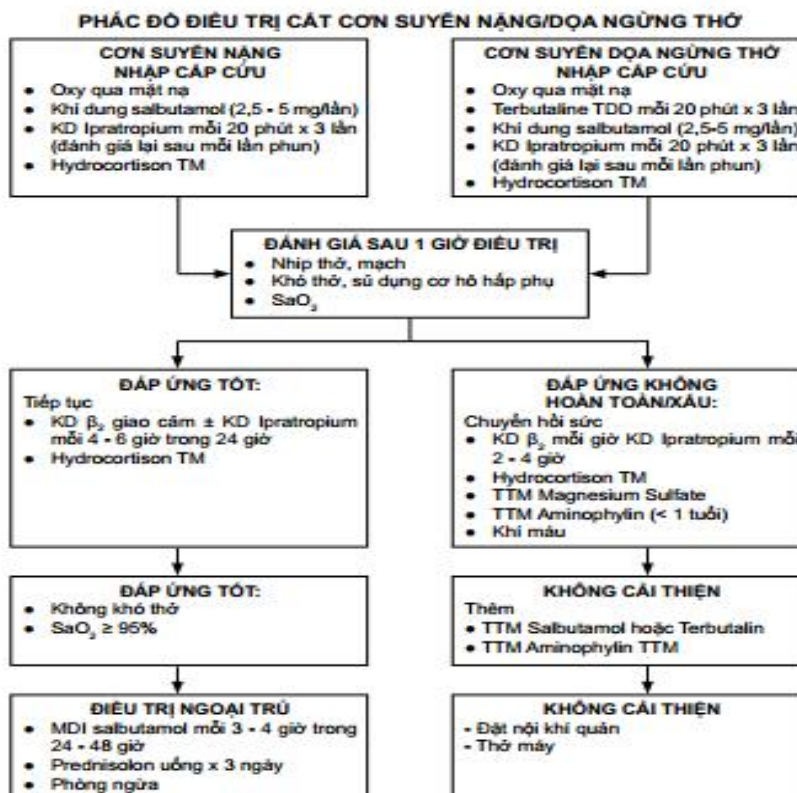
CLS đề nghị	Mong chờ
CTM: theo dõi bội nhiễm	WBC tăng >15k, chuyển trái
X quang: theo dõi bội nhiễm	Thâm nhiễm



SUYỄN NHẸ - TRUNG BÌNH	
Tại phòng khám	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventolin 0.15 mg/kg/lần (min 1.5 mg, max 5mg) pha NaCl 0.9% đủ 3ml PKD 3 lần cách nhau 20 phút</li> <li>- Prednisone* 5mg 1mg/kg/ngày chia làm 2 lần</li> </ul>
Cho về khi đáp ứng tốt	<ol style="list-style-type: none"> <li>Thuốc             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiếp tục MDI Salbutamol mỗi 4 – 6 giờ trong 24 giờ.</li> <li>- Điều trị phòng ngừa theo bậc</li> </ul> </li> <li>Tái khám             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hẹn tái khám sau 3 ngày</li> <li>- Tái khám ngay khi có dấu hiệu nguy hiểm hoặc bệnh nặng hơn</li> </ul> </li> <li>Dặn dò             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tránh yếu tố kích thích: tránh thuốc lá, thuốc xít phòng, không nuôi hoặc cho trẻ chơi với chó mèo, dọn dẹp nhà cửa sạch và thoáng</li> <li>- Hướng dẫn xử trí cơn suyễn tại nhà: cách dùng bình xịt định liều khi lên cơn</li> </ul> </li> </ol>

**\* Corticoid chỉ định khi**

- + Không đáp ứng liều đầu
- + Đang dùng corticoid phòng ngừa: Seretide, Flixotide
- + Suyễn cơ năng



Điều trị	Y lệnh
Nhập viện, chuyển cấp cứu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nằm đầu cao</li> <li>- Thở oxy ẩm qua mask 6 lít/phút</li> <li>- Salbutamon phối hợp Ipratropium</li> </ul> <p>Salbutamon 0.15 mg/kg/lần  Ipratropium: 250 ug (&lt;2 tuổi), 500 ug (&gt;2 tuổi)  Chế phẩm: Combivent 0.5mg Ipratropium/2.5mg Salbutamol</p> <p>Combivent 0.5mg/2.5mg      ½ - 1 ống  Ventolin 1.5 – 5 mg  Pha NaCl 0.9% đủ 3 ml  PKD dưới oxy 6 lít/phút 3 lần cách nhau 20 phút</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hydrocortisone 0.1g</li> </ul> <p>0.5mg/kg      TMC</p>

Theo dõi: khò khè, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, SpO<sub>2</sub>, thông khí nghe được ở phổi

# TRẠM X QUANG

## 1. Hành chánh:

## 2. Kỹ thuật chụp:

### - Tư thế:

Đứng (PA)	Nằm (AP)
- Xương bả vai không tách ra khỏi 2 phế trường - Bóng hơi dạ dày - Đốt sống cổ hình dấu â	- Xương bả vai tách ra khỏi 2 phế trường - Không có bóng hơi dạ dày - Đốt sống cổ hình dấu ă
Đối xứng	Không đối xứng
Đầu trong 2 xương đòn đối xứng	Đầu trong 2 xương đòn không đối xứng

### - Cường độ tia:

Yếu	Tốt	Cứng
- Thấy không đến đốt sống ngực thứ 4 HOẶC - Thấy mờ cột sống chưa qua tim lẫn qua tim	- Thấy được 4 đốt sống ngực đầu tiên HOẶC - Thấy rõ cột sống chưa qua tim, thấy mờ cột sống qua tim	- Thấy được toàn bộ cột sống HOẶC - Thấy rõ cột sống qua tim

### - Thì chụp:

Hít vào	Thở ra
Vòm hoành qua được cung sườn sau thứ 9	Vòm hoành không vượt qua cung sườn sau thứ 9

## 3. Mô tả sang thương:

- **Ngoại vi (da, mô dưới da, xương):** ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả bất thường (nếu có): gãy xương, dị dạng xương, loãng xương, .....

- **Màng phổi:** ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả bất thường (nếu có): hình ảnh bóc tách màng phổi (giữa 2 màng phổi sáng là khí, mờ là dịch), ...

- **Trung thất:** ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả bất thường (nếu có): Trung thất có rộng ? di lệch bất thường ?

+ Trung thất trên: khoảng cách trung thất so với lồng ngực  $> 1/3$  là trung thất trên rộng → khối choáng chỗ hoặc hạch, khí quản bị đẩy lệch không

+ Trung thất dưới: chỉ số tim ngực  $> 0.5$  (trẻ lớn) hoặc  $> 0.6$  (trẻ nhỏ) là bóng tim to

- **Phế trường:** ☐ Bình thường ☐ Bất thường

+ **Mờ bất thường** ☐ Có ☐ Không

**Mô tả bất thường (nếu có):** vị trí ? bờ ? kích thước ? đồng nhất ? ảnh hưởng cấu trúc xung quanh ?

**Dấu sihouett (+)** nếu 2 sang thương cùng mật độ nằm cùng mặt phẳng sẽ xóa bờ của nhau

+ Xóa mờ bờ tim: thuộc về thùy giữa P, thùy lưỡi T

+ Xóa mờ rãnh liên thùy: thuộc về thùy trên

**Xẹp phổi:** mờ toàn bộ, kéo lệch phế quản, rãnh liên thùy

**Đông đặc phổi:** mờ đồng nhất, hình ảnh phế quản mờ

**Hình ảnh tràn dịch màng phổi:** đám mờ đồng nhất càng xuống thấp càng mờ, mất góc sườn hoành, khoang liên sườn giãn rộng, đáy lệch trung thất

+ **Sáng bất thường:** ☐ Có ☐ Không

**Mô tả bất thường (nếu có):** 1 bên/2 bên ? màng phổi/nhu mô ? vòm hoành dẹt ?

**Hình ảnh tràn khí màng phổi:**

- Tăng sáng ngoại biên
- Không thấy hình ảnh phế quản mạch máu trong vòng tăng sáng
- Hình ảnh bóc tách màng phổi tạng
- Hiệu ứng khối: xẹp phổi, đáy lệch trung thất

**Hình ảnh ứ khí phế nang:**

- Tăng sáng rải rác (viêm tiểu phế quản) hoặc toàn bộ (suyễn cơn)
- Vòm hoành dẹt (vòm hoành qua cung sườn 10, chiều cao vòm hoành <1cm)
- Khoang liên sườn giãn rộng (khoang liên sườn lớn hơn thân đốt sống kế cận)
- Cung xương sườn nằm ngang

**Kết luận hình ảnh:** .....

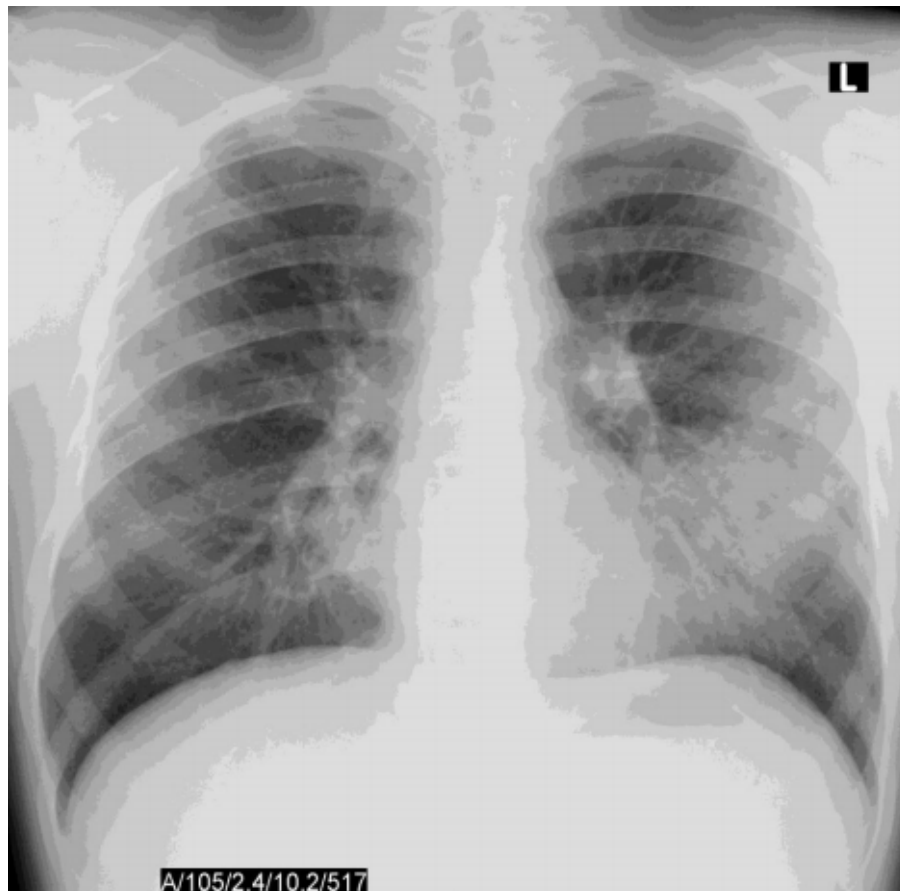


### Case 1:



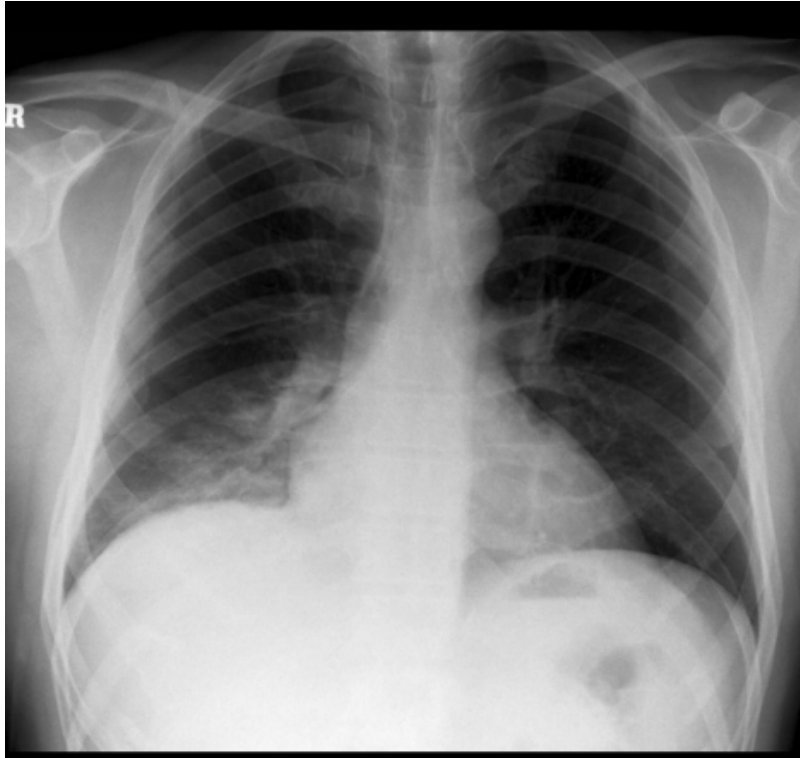
Đám mờ đồng nhất mờ không rõ vị trí  $\frac{1}{2}$  trên phổi P, xóa mờ rãnh liên thùy  
KL: viêm thùy trên phổi P

### Case 2



Đám mờ không đồng nhất mờ không rõ vị trí  $\frac{1}{2}$  dưới phổi T, xóa mờ bờ tim  
KL: viêm thùy lưỡi phổi T

### Case 3:



Đám mờ không đồng nhất bờ không rõ vị trí  $\frac{1}{2}$  dưới phổi P, không xóa mờ bờ tim

KL: viêm thùy dưới phổi P

### Case 4



Đám mờ không đồng nhất toàn bộ phế trường P, xóa mờ bờ tim, mờ góc sườn hoành, góc tâm hoành

KL: tràn dịch màng phổi P

## BẢNG KIỂM XỊT BÌNH HÍT LIỀU ĐỊNH CHUẨN (MDI) VỚI BUỒNG ĐỆM CÓ MASK

STT	Mục cần kiểm
1	Chào hỏi và giải thích mục đích sử dụng: cắt cơn hay phòng ngừa
2	Tháo nắp và vừa lắc bình thuốc theo chiều dọc #10 lần vừa đếm
3	Lắp bình thuốc vào buồng đệm đúng cách
4	Đặt trẻ ở tư thế đứng/ngồi thẳng lưng, bình hít dựng thẳng
5	Áp sát mặt nạ kín mũi miệng trẻ
6	Xịt 1 nhát dứt khoát
7	Đếm khoảng 10 nhịp thở (tương ứng khoảng 10-15 giây) trước khi tháo mặt nạ ra
8	Cho trẻ nghỉ khoảng 30 giây
9	Lặp lại các bước trên tùy theo loại thuốc (từ bước 2) **
10	Yêu cầu bà mẹ thực hiện lại
11	Dùng kỹ năng tham vấn: hỏi, khen, khuyến, kiểm tra

\*\* Tùy theo thuốc Ventolin, Flixotide hay Seretide theo tình huống yêu cầu để quyết định số lần lặp lại:

- **Cắt cơn:** Ventolin xịt 4 nhát/lần, lặp lại tối đa 3 lần khi bé lên cơn ho, khò khè, khó thở; Nếu sau đó vẫn còn ho khò khè thở mệt phải dẫn đến BV ngay
- **Phòng ngừa:** Flixotide hay Seretide: xịt 1 nhát x 2 mỗi ngày đến khi bác sĩ chỉnh liều hoặc cho ngưng. **Sau xịt phải rơ miệng hoặc súc miệng.**

## VIÊM MÀNG NÃO

### Lý do nhập viện

- Sốt + ói + đau đầu
- Sốt + co giật
- Sốt + thóp phồng

### Chẩn đoán sơ bộ:

### Theo dõi viêm màng não

**Chẩn đoán phân biệt của sốt + co giật:** viêm não, abscess não, sốt cao co giật, lỵ shigella, SXH thể não, sốt rét thể não, ...

### Cận lâm sàng đề nghị:

Cận lâm sàng	Kết quả	
Công thức máu, Cây máu	>15k	
CRP	20 – 50 : siêu vi 50 – 100 : siêu vi, vi trùng >100 : vi trùng	
- Chọc dò thất lưng làm XN: đạm, đường, lactate, đếm tế bào, vi trùng: soi, cấy, nhuộm gram, latex (Latex phát hiện 5 vi trùng: <i>S. pneumonia</i> , <i>Hib</i> , <i>Streptococcus nhóm B</i> , <i>N. meningitides</i> , <i>E. coli</i> ) - Đường huyết lúc chọc dò	Do vi trùng	Do siêu vi
	Bạch cầu >10 Đa nhân ưu thế	Bạch cầu >10 Đơn nhân ưu thế Giai đoạn đầu thường tăng bạch cầu đa nhân
	Đạm >0.4 g/L	Đạm: bình thường
	Đường <0.5	Đường: bình thường
	Lactate >3 mmol/L	Lactate: bình thường
Ion đồ	Hạ Natri máu (Na < 135 mEq/L)	
Siêu âm xuyên thóp (trẻ <15 tháng), CT scan		

### Điều trị:

1. Cấp cứu: A – B – C
2. Kháng sinh: Ceftriaxone 100 mg/kg/ngày TMC chia 1 – 2 lần, 1 lần không quá 2g, 1 ngày không quá 4g (Lưu ý: những bé <6 tháng, DNT gọi ý VMN vẫn chích kháng sinh bất chấp nguyên nhân)
3. Triệu chứng, biến chứng: Hạ sốt
4. Dinh dưỡng

## TAY CHÂN MIỆNG

### Hỏi:

1. **SỐT:** nhiệt độ, thời gian, đáp ứng thuốc hạ sốt, liều thuốc hạ sốt, ...
2. **BAN TCM, LOÉT MIỆNG:** ngày mấy
3. **GIẬT MÌNH:** số lần, thời gian giữa các cơn, thời điểm giật, kiểu giật mình
4. Khác: nôn ói, tiêu chảy, ho, quấy khóc, run chi, ...
5. **DỊCH TỄ:** đi học, trong trường lớp hoặc gần nhà có bé TCM

### Khám:

1. **Dấu hiệu cấp cứu:** shock, suy hô hấp
2. **Tổng trạng:** tươi, tỉnh, lạnh, đờ
3. **Sinh hiệu:** nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp
4. **TCM:** lòng bàn tay bàn chân, móng, cùi chỏ, loét miệng
5. **Biến chứng:**
  - **Hô hấp:** cơn ngưng thở, thở nhanh, rale, co rút, ...
  - **Tim mạch:** bắt mạch, nghe tim, đo HA
  - **Thần kinh:** rung giật nhãn cầu, lé mắt, đi đứng loạng choạng, giật mình lúc khám, run chi

### Chẩn đoán sơ bộ:

### TAY CHÂN MIỆNG ĐỘ ..... NGÀY .....

<b>Tay chân miệng</b>	Bóng nước ở miệng, lòng bàn tay, bàn chân, gối, móng, ....
<b>Độ 1</b>	Chỉ có: <ul style="list-style-type: none"><li>- Loét miệng hoặc tổn thương da</li><li>- Sốt <math>\leq 2</math> ngày</li></ul>
<b>Độ 2a</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Bệnh sử</b> giật mình <math>&lt; 2</math> lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám</li><li>- <b>Sốt</b> <math>&gt; 2</math> ngày hoặc sốt <math>&gt; 39^{\circ}\text{C}</math>, <b>nôn nhiều</b> <math>&gt; 2</math> lần/ngày, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ</li></ul>

### Đề nghị cận lâm sàng:

**CÔNG THỨC MÁU ( $> 16\text{k}$ ), DEXTROTIX ( $> 160\text{ mg\%}$ ) có thể chuyển độ cao hơn**

**Xử trí**

<b>Độ 1</b>	<i>Điều trị ngoại trú</i>	<b>1. Hạ sốt</b> <b>2. Giảm đau miệng:</b> Grangel 1/3 gói x 3 (u) <b>3. Kháng sinh khi loét miệng nhiều:</b> Cefuroxim 0.125g 20 mg/kg/ngày chia 2 lần	<b>DẶN DỒ:</b> 1. Tái khám mỗi ngày 2. Tái khám ngay khi: sốt cao, giật mình nhiều, ói nhiều, thở mệt, đi loạng choạng, tay chân lạnh, ... 3. Cách ly với trẻ còn lại, nghỉ học 10 ngày 4. Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi, thức ăn dễ nuốt, sữa dễ nuốt 5. Vệ sinh răng miệng, tắm rửa bình thường 6. Báo TYT để được phát thuốc và vệ sinh nhà cửa
<b>Độ 2a</b>	<i>Nhập viện, nằm phòng thường</i>		<b>1. Nằm phòng cách ly</b> <b>2. Theo dõi:</b> - Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tím, tri giác, co giật mỗi 8 giờ - Dấu chuyển độ khác: + TK: run chi, ngồi không vững, đi loạng choạng, yếu liệt chi, nuốt sặc, .. + HH – TH: thở rút lõm, khò khè, thở rít, ... <b>3. Dặn dò khám ngay</b> khi có các dấu hiệu: sốt cao, giật mình nhiều, ói nhiều, thở mệt, đi loạng choạng, tay chân lạnh, ...

## TIÊU CHẢY CẤP – TIÊU ĐÀM MÁU

### CHẨN ĐOÁN

<b>Tiêu chảy cấp</b>	Tiêu phân lỏng hoặc tóe nước hoặc có máu trong phân >2 lần trong 24 giờ	
<b>Tiêu đàm máu</b>	Tiêu phân đàm máu	
	* Chẩn đoán phân biệt	Dị ứng sữa, lồng ruột, polyp trực tràng, ....
<b>Dấu mất nước</b>	<b>Không mất nước</b>	Không có dấu hiệu của mất nước và mất nước nặng
	<b>Có mất nước</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vật vã, bứt rứt</li> <li>- Uống háo hức</li> <li>- Mắt trũng</li> <li>- Véo da mất chậm &lt;2 giây</li> </ul>
	<b>Mất nước nặng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Li bì hoặc hôn mê</li> <li>- Không uống được</li> <li>- Mắt trũng</li> <li>- Véo da mất rất chậm &gt;2 giây</li> </ul>
<b>Biến chứng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rối loạn điện giải: co giật, bụng chướng, ...</li> <li>- Toan chuyển hóa: pH&lt;7.35, HCO<sub>3</sub> &lt; 12 thở nhanh sâu</li> <li>- Hạ đường huyết: Dextrotix &lt; 70 mg%, đường huyết &lt; 45 mg%</li> <li>- Nhiễm trùng huyết: SIRS                             <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sốt &gt;38.5<sup>0</sup>C</li> <li>+ Nhịp thở tăng: &lt;1 tuổi: &gt;50 lần/phút &gt;1 tuổi: &gt;40 lần/phút</li> <li>+ Nhịp tim tăng: &lt;1 tuổi: &gt;180 lần/phút &gt;1 tuổi: &gt;140 lần/phút</li> </ul> </li> </ul>	

### CẬN LÂM SÀNG ĐỀ NGHỊ

Bilan nhiễm trùng: CTM, CRP, cấy máu	Theo dõi NTH
CTM	Sốt, phân có máu
Soi, cấy phân	Tiêu phân đàm máu, Theo dõi NTH
Ion đồ, đường huyết, khí máu	Nghi ngờ RL điện giải, hạ đường huyết, toan chuyển hóa
Siêu âm bụng, X quang bụng	Chướng bụng

ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị cấp cứu

Shock, co giật, rối loạn điện giải	
Hạ đường huyết	- Uống nước đường hoặc - Dextrose 10% 500 ml 5ml/kg TTM 15 phút
Toan chuyển hóa	Công thức tính HCO3 cần bù = ½ xBE x CN x 0.4 2 ml NaHCO3 4.2% = 1 mEq HCO3 Lượng HCO3 cần bù chia làm 2: - Tấn công: 1 mEq/kg TMC - Duy trì: pha lượng còn lại với Dextrose 5% tỉ lệ 1:2 TTM 4 – 8 giờ

2. Điều trị mất nước

Không mất nước	Có mất nước	Mất nước nặng	Shock giảm V
Phác đồ A	Phác đồ B	Phác đồ C	20 ml/kg/15 phút + đuôi phác đồ C

\* Phác đồ A:

- Hydrite 2 gói/400 ml nước chín uống 50 ml (<2 tuổi) – 100 ml (>2 tuổi) sau tiêu lỏng, ói
- Dẫn dò:
  - + Uống nhiều nước hơn: nước gạo rang, nước suối, nước cháo, ... trừ nước có gas
  - + Ăn nhiều hơn bình thường:
    - Bú mẹ theo nhu cầu
    - Bú bình: sữa phải pha loãng
    - Ăn dặm: 1 chén bột có cá hoặc thịt, có rau, thêm 2 muỗng dầu ăn, thức ăn phải tán nhuyễn nấu nhừ
    - Chia nhỏ bữa ăn tối thiểu 6 cử/ngày
    - Ăn thêm cam, chuối và uống nước dừa
    - Khi hết tiêu lỏng, ăn thêm 1 bữa/ngày và kéo dài trên 2 tuần
- + Khám ngay khi: sốt cao, khát nước nhiều, ăn uống kém, ói liên tục, phân có máu, tiêu phân lỏng nhiều nước

\* Phác đồ B: 75 ml/kg/4 giờ

Uống	1 gói Hydrite pha 200 ml nước chín Uống sau 2 giờ đánh giá lại dấu mất nước
Truyền	<b>Chỉ định:</b> bụng chướng, ói > 4 lần trong 2 – 4 giờ, tiêu phân lỏng >10 lần <b>75 ml/kg/4 giờ = 20 – 20 – 20 – 15 ml/kg/giờ</b>



Ăn uống như phác đồ A

\* **Phác đồ C: 100 ml/kg**

	<b>30 ml/kg</b>	<b>70 ml/kg</b>
<b>&lt;1 tuổi</b>	<b>1 giờ</b>	<b>5 giờ</b> <b>20 – 15 – 15 – 10 – 10 ml/kg/giờ</b>
<b>&gt;= 1 tuổi</b>	<b>30 phút</b>	<b>3 giờ</b> <b>20 – 20 – 15 ml/kg/giờ</b>

### 3. Điều trị hỗ trợ

- Tozinax 0.07g: <6<sup>th</sup> : 1 viên (u) >=6<sup>th</sup>: 2 viên (u)
- Ói nhiều: Xitrina 1mcf x 3 (u)
- Giảm ho: Ho Astex 5 ml x 3 (u)
- Hạ sốt: Paracetamol 10 – 15 mg/kg/lần

### 4. Kháng sinh

<b>Tiêu chảy cấp</b>	- Phân có máu: Cophacip 0.5g 15 mg/kg x 2 (3 – 5 ngày) - Nhiễm trùng huyết: Ceftriaxon 1g 100 mg/kg/ngày 1 – 2 lần, 1 lần không quá 2g, 1 ngày không quá 4g
<b>Tiêu đàm máu</b>	- Không NTH: Cophacip 0.5g 15 mg/kg x 2 (3 – 5 ngày) - NTH: + <2 th: Ceftriaxon 1g 50 – 100 mg/kg TMC 1 – 2 lần + 2th – 5 tuổi: Cophacip 0.5g 15mg/kg x 2 (3 – 5 ngày)

# IMCI SƠ SINH

Trẻ nhỏ  $\leq 2$  tháng tuổi, sơ sinh  $\leq 28$  ngày tuổi

## NHIỄM KHUẨN SƠ SINH

Bệnh rất nặng	Nhiễm khuẩn tại chỗ
<div><div>1. Bỏ bú hoặc bú kém</div><div>2. Co giật</div><div>3. Thở nhanh <math>\geq 60</math> lần/phút</div><div>4. Rút lõm ngực</div><div>5. Sốt <math>\geq 37.5^{\circ}\text{C}</math> hoặc hạ thân nhiệt <math>\leq 35.5^{\circ}\text{C}</math></div><div>6. Tấy đỏ vùng quanh rốn</div><div>7. Nhiễm mụn mủ hoặc mụn mủ nhiễm khuẩn nặng trên da (mụn mủ toàn thân, mụn <math>&gt;1\text{cm}</math> đường kính)</div><div>8. Chỉ cử động khi kích thích và không cử động sau đó hoặc không cử động một chút nào</div></div>	<div><div>1. Rốn đỏ hoặc chảy mủ, rỉ dịch, có mùi hôi</div><div>2. Mụn mủ ở da: vài mụn</div></div>

## DẤU HIỆU BỆNH NẶNG

1. Phập phồng cánh mũi

2. Thở ngực bụng nghịch chiều

3. Bụng chướng căng

4. Da nổi bóng

5. Tím trung ương

## VÀNG DA

Vàng da nặng	Vàng da
<div><div>- Vàng da xuất hiện trong 48 giờ tuổi</div><div>- Vàng da lòng bàn tay, bàn chân bất kể ngày tuổi</div><div>- Vàng da trên trẻ bệnh hoặc sanh non</div><div>- DH vàng da nhân: gồng ưỡn người trên bé vàng da</div></div>	<div><div>- Vàng da xuất hiện sau 48 giờ</div><div>- Lòng bàn tay bàn chân không vàng</div></div>

## TIÊU CHẨY (phân lỏng) hoặc PHÂN CÓ MÁU

# NHIỄM TRÙNG RỒN

## Hỏi:

- **Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: SỐT, BỎ BÚ, ÓI TẤT CẢ MỌI THỨ, CO GIẬT LI BÌ**
- **Cách chăm sóc rốn và vệ sinh bé tại nhà**

## Khám:

- Rốn có được băng kín hay không?
- Rốn chảy mủ, rỉ dịch, có mùi hôi ?
- Chân rốn có nề, sưng, đỏ
- Da vùng quanh rốn tấy đỏ
- Dấu hiệu toàn thân đi kèm

**Dấu hiệu nhận biết:** rốn chảy mủ, chảy dịch, có mùi hôi, tấy đỏ quanh rốn

**Dấu hiệu nhập viện:** TẤY ĐỎ VÙNG QUANH RỒN hoặc kèm dấu hiệu toàn thân: SỐT, LI BÌ, BÚ KÉM XỬ TRÍ

- **Kháng sinh:** Oxacillin 50 mg/kg/ngày chia 2 lần trong 5 – 7 ngày
- Rửa rốn hàng ngày bằng cồn 70<sup>0</sup>
- Milian 1% x 2 bôi
- Rốn để hở, để sạch, để khô, để thoáng

## TÁI KHÁM

- Tái khám sau 2 ngày nếu rốn còn rỉ dịch, mủ
- Tái khám ngay khi da quanh rốn đỏ hoặc bé sốt, li bì, bỏ bú

## DẶN DÒ

- Rửa tay trước khi chăm sóc trẻ
- Tránh đắp vật lạ vào rốn
- Chăm sóc, vệ sinh thân thể mỗi ngày
- Thân nhân cần quan sát rốn và chân rốn mỗi ngày để phát hiện sớm nhiễm trùng

## TÌNH HUỐNG

**Bé gái N7, con so, sanh thường đủ tháng tại BV sản A.**

**LDNV: rốn ướt**

**Khám lúc nhập viện:**

**Bé tỉnh, bú tốt, môi hồng, chi ấm, T 37, mạch rõ 130l/p, thở đều 50l/p, phổi không ran, tim đều rõ, rốn ướt rỉ dịch vàng, chân rốn ko đỏ, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.**

**XỬ TRÍ HIỆN TẠI**

# NHIỄM TRÙNG DA

## Hỏi:

- Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: SỐT, LI BÌ, BỎ BÚ, ÓI TẤT CẢ MỌI THỨ, CO GIẬT
- Nằm/hơ than ?
- Có tắm hay vệ sinh hàng ngày hay không ?

## Khám:

- Mụn mủ/đỏ/nước?
- Toàn thân hay khu trú
- Kích thước lớn hay nhỏ
- Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân

## Dấu hiệu nhập viện:

- Mụn mủ toàn thân
- Mụn có kích thước trên 1cm đường kính
- Kèm dấu hiệu nguy hiểm toàn thân

## Xử trí:

- Kháng sinh: Oxacillin 50 mg/kg/ngày chia 2 lần, uống 5 – 7 ngày
- Milian 1% x 2 bôi

## TÁI KHÁM:

- Tái khám sau 2 ngày
- Tái khám ngay khi nhiễm trùng lan rộng mô xung quanh hay trẻ sốt, li bì, bú kém

## DẶN DÒ:

- Rửa tay trước khi chăm sóc trẻ
- Chăm sóc, vệ sinh thân thể trẻ mỗi ngày
- Thân nhân cần quan sát da trẻ mỗi ngày để phát hiện sớm nhiễm trùng

## TÌNH HUỐNG

**Bé gái 5 ngày tuổi, con so, sanh thường, đủ tháng .**

**LDNV: mụn mủ ở da**

**Khám lúc nhập viện:**

**Bé tỉnh, bú tốt, môi hồng, chi ấm, T 38, mạch rõ 130l/p, thở đều 50l/p, phổi không ran, tim đều rõ , rốn khô chưa rụng, vài mụn đỏ vùng lưng, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường**

**Nêu xử trí hiện tại ?**

# VÀNG DA SƠ SINH

## Hỏi:

- Thời điểm xuất hiện vàng da
- Triệu chứng đi kèm: sốt, bỏ bú, ...
- Bú sữa mẹ hay sữa công thức
- Tiền căn gia đình có anh chị bị vàng da phải nhập viện điều trị hoặc thay máu

## Khám:

- Vàng da tới đâu
- Dấu hiệu sớm vàng da nhân: bỏ bú, đờ, gồng ưỡn, ...

## Tiêu chuẩn nhập viện:

- Vàng da xuất hiện sớm trong 48 giờ sau sinh
- Vàng da tới lòng bàn tay, bàn chân bất kể tuổi
- Dấu hiệu sớm vàng da nhân
- Vàng da ở trẻ bệnh hoặc sanh non

## ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

- Đề nghị CLS: bilirubin (hoặc bilirubin khảm nếu có chỉ định chiếu đèn 2 mặt và lặp lại sau 3 giờ hoặc bilirubin lần đầu  $>20\text{mg}\%$  thử lại tùy thuộc lâm sàng) , nhóm máu mẹ con
- Nằm đầu cao
- Chiếu đèn 2 mặt:
  - + Chờ đợi thay máu: vàng da sậm toàn thân trong 7 ngày đầu
  - + Dấu hiệu vàng da nhân: bỏ bú, đờ, ...
  - + Bilirubin TP nằm trong khoảng  $3\text{mg}\%$  dưới ngưỡng thay máu

(Tiêu chuẩn bilirubin cho non tháng/ đủ tháng sau 7 ngày tuổi: ngưỡng thay máu  $>1\%$  gram cân nặng, ngưỡng chiếu đèn  $0.5\%$  gram cân nặng)

## ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

### TÁI KHÁM

- Tái khám mỗi ngày đến khi hết vàng da
- Tái khám ngay khi
  - + Vàng da tới lòng bàn tay, bàn chân
  - + Dấu hiệu nặng: sốt, li bì, bỏ bú, ...
  - + Dấu hiệu vàng da nhân: bỏ bú, đờ, gồng ưỡn, ...

## HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC TẠI NHÀ

- Bú mẹ nhiều lần hơn
- Không nằm búng tói. Phơi nắng mỗi ngày để quan sát màu da dưới ánh sáng mặt trời. Phơi nắng khoảng 15 phút/ngày, thời điểm 7 – 8 giờ sáng (tránh gió, bọc lộ toàn thân bé, che mặt và bộ phận sinh dục)

## ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG

- **Hỏi:** cách bú, cách nuôi dưỡng

- **Đánh giá:**

+ Bú mẹ: việc ngủ và khoảng cách giữa 2 lần bú → Bú đủ: ngủ rất sâu, sau 2 – 3h dậy đòi bú

+ Bú bình: theo nhu cầu cơ bản (đủ tháng) → 1 ngày tuổi tối thiểu 60 ml/kg, mỗi ngày tăng thêm 20 ml/kg, từ 5 ngày tuổi tối thiểu 150 ml/kg chia 8 – 10 cử

- **Ngậm bắt vú đúng**

1. Đầu và thân của trẻ ở trên cùng một đường thẳng
2. Trẻ hướng vào vú mẹ, mũi trẻ đối diện với núm vú.
3. Thân trẻ sát với bà mẹ và
4. Toàn bộ thân trẻ được bà mẹ đỡ

# NHIỄM TRÙNG SƠ SINH

## TUỔI THAI

Non tháng	Đủ tháng	Già tháng
<37 tuần	$\geq 37$ tuần $\rightarrow$ < 42 tuần	$\geq 42$ tuần

## CÂN NẶNG LÚC SANH

Cực nhẹ cân	Rất nhẹ cân	Nhẹ cân
< 1000 g	< 1500 g	< 2500 g

**NHIỄM TRÙNG SƠ SINH:** là bệnh lý nhiễm trùng xảy ra trong **giai đoạn sơ sinh ( $\leq 28$  ngày tuổi)** với tác nhân gây bệnh mắc phải trước, trong và sau khi sinh

+ **Khởi phát sớm:** <7 ngày tuổi từ lúc khởi phát

+ **Khởi phát muộn:**  $\geq 7$  ngày tuổi từ lúc khởi phát

### 1. Yếu tố nguy cơ

	Yếu tố nguy cơ
<b>Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh khởi phát sớm</b>	Thường do lây truyền <b>theo chiều dọc</b> như nhiễm trùng ối hoặc trong quá trình sinh qua ngã âm đạo do các vi khuẩn ở đường sinh dục của mẹ
<b>Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh khởi phát muộn</b>	Thường lây truyền theo hai cơ chế <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Theo chiều dọc:</b> từ mẹ sang con và những vi khuẩn ở đường sinh dục mẹ gây ra tình trạng nhiễm khuẩn huyết khởi phát sau đó ở trẻ sơ sinh</li><li>• <b>Theo chiều ngang:</b> do tiếp xúc trực tiếp với người chăm sóc hoặc môi trường chung quanh, da và niêm mạc bị tổn thương hoặc do các can thiệp xâm lấn (ví dụ, catheter nội mạch)</li></ul>
<b>Sơ sinh</b>	Non tháng (< 37 tuần), nhẹ cân (< 2.500 g)
<b>Môi trường</b>	Thủ thuật xâm lấn Điều kiện vệ sinh, chăm sóc cho trẻ tại nhà chưa tốt

### 2. Lâm sàng: rất đa dạng, không đặc hiệu, không điển hình và dễ trùng lặp

1. Trẻ không khỏe mạnh
2. Thay đổi thân nhiệt: SỐT ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ )
3. Triệu chứng tiêu hóa: bỏ bú, tiêu chảy, ói, chướng bụng
4. Triệu chứng thần kinh: đờ, co giật, thóp phồng
5. Triệu chứng hô hấp: thở nhanh, thở co lõm, phập phồng cánh mũi, thở rên, ngưng thở
6. Triệu chứng da niêm: hồng ban, vàng da sớm, mụn mủ da, quầng đỏ quanh rốn lan rộng, ..
7. Triệu chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, huyết áp tụt, CRT kéo dài, tay chân lạnh, tím, ...
8. Triệu chứng huyết học: xuất huyết nhiều nơi, gan lách to

3. Chẩn đoán sơ bộ:

Theo dõi viêm màng não	SỐT + ĐỪ
Theo dõi nhiễm trùng huyết	1 trong 2 tiêu chuẩn sau: 1. Biểu hiện suy hô hấp, shock 2. Tổn thương từ 2 cơ quan trở lên trong đó sốt được xem là 1 hệ cơ quan Vd: - Sốt 39 <sup>0</sup> C + vàng da tới lòng bàn tay bàn chân - Sốt 39 <sup>0</sup> C + thở nhanh, rút lõm ngực
Viêm phổi	Ho, khô khè, khạc đàm, thở bất thường, rale phổi

4. Đề nghị CLS

Cận lâm sàng	Lý do
<b>Bilan nhiễm trùng</b> <b>1. Huyết đồ - Phết máu ngoại biên</b> Bạch cầu: < 24 giờ tuổi: < 6.000/ mm3 hoặc > 30.000/mm3 ≥ 24 giờ tuổi: < 5.000/ mm3 hoặc > 20.000/mm3 Hạt độc, không bào, thể Döhle <b>2. CRP &gt; 10 mg/L</b> <b>3. Cấy máu</b>	<b>Nhiễm trùng sơ sinh</b>
<b>Chọc dò thất lưng làm XN:</b> sinh hóa (đường, đạm, lactate), tế bào (bạch cầu, đa nhân, đơn nhân), vi trùng (soi cấy kháng sinh đồ) ➔ <b>BẠCH CẦU &gt; 30</b> <b>Đường huyết lúc chọc dò</b>	<b>Sốt 39<sup>0</sup>C</b> hoặc Sốt ≥ 38.5 <sup>0</sup> C trong 2 ngày Sau 48 giờ điều trị kháng sinh Theo dõi B20
<b>Tổng phân tích nước tiểu</b>	<b>SỐT</b>
<b>X quang phổi, NTA (hút dịch khí quản qua mũi): soi, cấy</b> <b>Khí máu động mạch</b>	<b>Viêm phổi</b> <b>Suy hô hấp</b>
<b>Soi phân, X quang bụng, Siêu âm bụng, ion đồ, đường huyết</b>	<b>Triệu chứng tiêu hóa</b>
<b>Siêu âm tim màu, siêu âm não, siêu âm bụng</b>	<b>Sanh non ≥ 4 ngày tuổi để tầm soát xuất huyết não, PDA, viêm ruột hoại tử</b>

5. ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

- Nhập viện khi sốt, bỏ bú
- Nằm cách ly khi theo dõi B20



- **Nhập cấp cứu khi shock, suy hô hấp, nuôi ăn tĩnh mạch**

- **KHÁNG SINH**

NTSS sớm	NTSS muộn	Theo dõi NTH	Viêm màng não (đã có DNT)
1. Ampicillin 1g 50 mg/kg/liều x 2 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB	1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB	1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x3 TMC 1. Ampicillin 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB	1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x 4 TMC 1. Ampicillin 1g 50 mg/kg/liều x 4 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB

NT da/rốn sớm	NT da/rốn muộn	Nhiễm trùng huyết do NT da/rốn
1. Oxacillin 1g 50 mg/kg/liều x 2 TMC 1. Gentamycin 0.08g 5mg/kg/liều TB	1. Oxacillin 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.08g 5mg/kg/liều TB	1. Oxacillin 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.08g 5 mg/kg/liều TB

**Thời gian điều trị:** Không NTH 7 – 10 ngày, NTH 10 – 14 ngày, VMN 21 - 28 ngày

**Vd: Bé sơ sinh CN = 3kg**

NTSS sớm	NTSS muộn	Theo dõi NTH	Viêm màng não (đã có DNT)
1. Ampicillin 1g 0.15 x 2 TMC 1. Gentamycin 0.080g 0.015g TB	1. Cefotaxim 1g 0.15g x 3 TMC 1. Gentamycin 0.080g 0.015g TB	1. Cefotaxim 1g 0.15g x 3 TMC 1. Ampicillin 1g 0.15g x 3 TMC 1. Gentamycin 0.080g 0.015g TB	1. Cefotaxim 1g 0.15g x 4 TMC 1. Ampicillin 1g 0.15g x 4 TMC 1. Gentamycin 0.080g 0.015g TB

NT da/rốn sớm	NT da/rốn muộn	Nhiễm trùng huyết do NT da/rốn
1. Oxacillin 1g 0.15g x 2 TMC 1. Gentamycin 0.08g 0.015g TB	1. Oxacillin 1g 0.15g x 3 TMC 1. Gentamycin 0.08g 0.015g TB	1. Oxacillin 1g 0.15g x 3 TMC 1. Cefotaxim 1g 0.15g x 3 TMC 1. Gentamycin 0.08g 0.015g TB

- **Suy hô hấp:** Nằm đầu cao, thở oxy qua canulla 0.5 lít/phút
- Hạ sốt
- Dinh dưỡng: bú mẹ theo nhu cầu / đặt sonde dd nuôi ăn (1 ngày tuổi tối thiểu 60 ml/kg chia làm 8 cử, mỗi ngày tăng thêm 20 ml/kg, đến 5 ngày tuổi tối thiểu 150 ml/kg)

# MỘT SỐ LIỀU THUỐC CẦN NHỚ

## CẤP CỨU

<b>Hạ sốt</b>	<b>Paracetamol 10 – 15 mg/kg</b> <b>- Lọ 1g TTM</b> <b>- Gói: 80, 150, 250, 325 mg</b> <b>- Viên uống: 150, 250, 325, 500 mg</b> <b>- Viên đặt: 80, 150 mg</b>	
<b>Chống co giật</b>	<b>Diazepam 10mg/2ml</b> + 0.5 mg/kg/lần BHM + 0.2 mg/kg/lần TMC Liều tối đa: 5 mg (trẻ <5 tuổi), 10 mg (trẻ >5 tuổi) <b>Phenobarbital 200mg/ống pha 40 ml nước cất</b> 10 – 15 mg/kg/lần TTM 30 phút	
<b>Shock phản vệ</b>	<b>Adrenalin 1‰ 1 ml/ống</b> 0.01 ml/kg/lần (max 0.3 ml) TB/TDD <b>Hydrocortison 100mg</b> 5mg/kg TMC <b>Pipolphen 50 mg</b> 0.5 mg/kg TB	
<b>Shock nhiễm trùng</b>	<b>Tiêu hóa</b>	<b>1. Ciprofloxacin 200mg/100 ml</b> 20 – 30 mg/kg/ngày chia 2 lần TTM 30 phút – 1 giờ <b>1. Imipenem 500 mg pha trong Dextrose 5%</b> 60 – 100 mg/kg/ngày TTM chia 4 lần <b>1. Amikacin 500 mg</b> 15mg/kg/ngày TTM trong 30 phút – 1 giờ 1 liều/ngày
	<b>Phổi, da</b>	<b>1. Vancomycin 500mg/lọ pha trong 100 ml</b> 40 – 60 mg/kg/ngày chia 4 lần TTM 1 giờ
<b>Rắn cắn</b>	<b>Huyết thanh kháng nọc rắn</b> 4 – 6 lọ pha 50 ml NaCl 0.9% 8 – 10 lọ pha 100 ml NaCl 0.9% TTM 1 – 2 giờ	
<b>Ngộ độc</b>	- Nằm nghiêng trái, rửa dạ dày bằng NaCl 0.9% 300 ml/lần đến khi nước trong không mùi - Than hoạt 1g/kg/lần (tối đa 50g) pha nước chín tỉ lệ ¼ ngay sau rửa dạ dày - Sau đó than hoạt ½ g/kg pha nước chín tỉ lệ ¼ uống mỗi 4 giờ	

<b>Hạ đường huyết</b>	<b>Chỉ định:</b> Dextrotix < 70 mg%, Đường huyết <45 mg% <b>Cách bù:</b> Dextrose 10% 5 ml/kg TTM 15 phút
<b>Toan chuyển hóa</b>	<b>Chỉ định:</b> + Trong shock: $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$ , $\text{PaCO}_2 < 25 - 35 \text{ mmHg}$ + $\text{pH} < 7.2$ hoặc $\text{HCO}_3^- < 8$ <b>Cách bù:</b> $\text{HCO}_3^- \text{ cần bù} = \text{BE} \times 0.4 \times \text{CN} \times 1/2$ $(2 \text{ ml NaHCO}_3 = 1 \text{ mEq HCO}_3^-)$ - <b>Tần công:</b> 1 mEq/kg - <b>Duy trì:</b> pha lượng còn lại với Dextrose 5% tỉ lệ 1:2 TTM 4 – 8 giờ Vd: Bé 10kg, BE=13 $\text{NaHCO}_3 \text{ cần bù} = 0.4 \times 10 \times 13 \times \frac{1}{2} = 26 \text{ mEq}$ Tần công: 10 mEq → NaHCO <sub>3</sub> 4.2% 20 ml TMC Duy trì: 15 mEq → 30 ml NaHCO <sub>3</sub> 4.2% pha 60 ml Dextrose 5% TTM VII giọt/phút

## HÔ HẤP

<b>Viêm phổi</b>	- <b>Kháng sinh đường uống</b> Khởi đầu <b>Amoxicillin 0.5g</b> 80 – 90mg/kg/ngày chia làm 2 lần uống Khi không đáp ứng Amox: Augmentin hoặc Cefuroxim - <b>Kháng sinh chích</b> <b>Ceftriaxone 1g</b> 80 mg/kg/ngày chia 1 – 2 lần, 1 lần không quá 2g, 1 ngày không quá 4 g
<b>Suyễn</b>	<b>Suyễn nhẹ - trung bình:</b> - Ventolin 0.15 mg/kg/lần (min 1.5 mg, max 5mg) pha NaCl 0.9% đủ 3ml PKD 3 lần cách nhau 20 phút - Prednisone 5mg 1mg/kg/ngày chia làm 2 lần <b>Suyễn nặng</b> - Salbutamol 0.15 mg/kg/lần - Ipratropium: 250 ug (<2 tuổi), 500 ug (>2 tuổi) → Chế phẩm: Combivent 0.5mg Ipratropium/2.5mg Salbutamol



## SƠ SINH

NTSS sớm	NTSS muộn	Theo dõi NTH	Viêm màng não (đã có DNT)
1. Ampicillin 1g 50 mg/kg/liều x 2 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB	1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB	1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x3 TMC 1. Ampicillin 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB	1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x 4 TMC 1. Ampicillin 1g 50 mg/kg/liều x 4 TMC 1. Gentamycin 0.080g 5 mg/kg/liều TB

NT da/rôn sớm	NT da/rôn muộn	Nhiễm trùng huyết do NT da/rôn
1. Oxacillin 1g 50 mg/kg/liều x 2 TMC 1. Gentamycin 0.08g 5mg/kg/liều TB	1. Oxacillin 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.08g 5mg/kg/liều TB	1. Oxacillin 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Cefotaxim 1g 50 mg/kg/liều x 3 TMC 1. Gentamycin 0.08g 5 mg/kg/liều TB

Nhiễm trùng da/rôn	Milian 1% bôi 2 lần/ngày
--------------------	--------------------------