

TAY CHÂN MIỆNG

BỆNH ÁN.

I Thành chứng

II Lý do nhập viện: 1 lý do chính - ngày mấy?

III Bệnh sử.

Sốt
ngày mấy?
lúc hay cơn
cấp nhiệt? t?
Tiền theo? (có giết trong sốt)
Xử trí hạ sốt, lau mát - có giảm? khi nào sốt lại
[có Δ và θ gì chưa]

Bong nước
xuất hiện?
Vị trí đầu tiên? hướng lan
Tính chất
khuẩn
dịch: trong hay mủ
nền da
cách phân bố
có nhiều độ hốt
gồ?

Giật mình
có nguyên nhân: kiêng ớn? va chạm
sốt lần, khoảng cách x lần
Ngủ giấc sau giật?
Thời điểm xuất hiện: TCM giật đầu giấc ngủ.
Tiền căn giật mình trước đây?

Ngồi vững? đi loạng choạng? Do thật sự đi chưa vững hay +
Tiền căn trước đây

Run chi. Cho bé cầm đồ \rightarrow nếu run \rightarrow tổn thg TK / TCM
(Nếu bé có sốt thì cần đánh giá lại do Run / sốt cao là rhy.)

Nôn ói

Tay chân lạnh

Tiêu tiểu

thở nhanh, thở bất thường

Tìm soát các ổ NT.

- Đầu: đau đầu, chóng mặt, nôn ói, táo bón, tử ban cổ quầng, Bzinski, kernig ở trẻ $> 12m$.
thóp phồng: trẻ $< 12m$.
RLTG
Yếu liệt cổ.

- Mắt - cổ: Cầu: chảy mủ? viêm sau màng tai?
Mũi: chảy dịch?
Họng: viêm họng, amydale, mạc răng?
Hạch?

- Hô hấp: khô khè? khó thở? thở nhanh? Co rút?

Tìm mạch

- Bụng: Tiêu chảy? Tiêu máu? Nôn ói? Đau bụng? Chướng bụng?

- Niệu: Quan sđ ngoài có viêm sưng đau? Tiểu đỏ, gắt, buốt, kết hạt?

Tình trạng lúc nhập viện.

Diễn biến sau nhập viện

Đo HA và thăm bé lúc bé ngủ yên, k° quấy khóc

Bé có HTA nhanh \rightarrow theo dõi sau 7N, nếu vẫn cao \rightarrow tìm soát bệnh lý nội tạng nên: hẹp eo ĐMC, ĐM thận, bệnh lý huyết tương thận.

N Tiễn căn

1. Bản thân

a) Sản khoa

b) Bệnh lý

c) di ứng: sữa, KS, tiêm ngừa

d) chủng ngừa

e) dinh dưỡng

- Nuôi con bằng sữa mẹ? tháng
- Ăn dặm từ tháng? ăn gì?
- Sữa đang dùng? mấy cữ/ngày? bao nhiêu ml/cữ?

f) Tâm vận

- Tâm thần
- Vận động

g) Dịch tễ

- gia đình, nhà trẻ, hàng xóm có ai cũng đang bị?
- đi xa trong 6m? ở nhà trẻ?

2. Gia đình

V. **Chẩn** mấy giờ? ngày? ngày thứ mấy of bệnh?

1. Tổng trạng

Chai giác

Sinh hiệu

Nhịp, chi, CRT

Dinh dưỡng: chiều cao, cân nặng - CCIT; CNIT, CNICC = $\frac{CN \text{ now}}{CN \text{ theo CT}}$ trái

Da niêm

- Hồng ban
- Chẩn máu
- Bong nước
- Xuất huyết
- Vàng da

2. Đầu mặt cổ

Đầu mẩy? (< 2m)

Cân đốn, biến dạng

Kết mạc mắt

Chẩn ngoại vi

Chẩn mũi họng

- họng đỏ? vết loét? Amygdal?
- tai đỏ? đau? chảy dịch?

3. Ngực

4. Bụng

5. Tiết niệu sinh dục: kiểu hình COSD ngoài? Di tật?

6. Chân khớp, cơ xương khớp.

< 12m: khớp

> 12m: cơ, xương? Psudziński? Kernig

Runchi?

Đầu mưng mủ?

Đầu TK khu trú

Cột mưng?

VI. Đặt vấn đề

1. Sốt phát ban ngay?

2. Bề mặt?

3. Dịch tế?

VII. Chẩn đoán sơ bộ

Tay chân mưng mủ - ngay (giết thích) Bề mặt?

VIII. Biện luận

① không nhiễm trùng

⊕ Di ứng

Có đưa di ứng thuốc, thức ăn, sữa

Giảm cân, khởi phát sau sd thuốc, thức ăn

Sang thường: sẩn / mưng, hồng ban, nổi gờ, mề đay

đa dạng

ngứa

Hic Steven Johnson

⊕ Lupus: 4/17 (ít nhất 1 LS + 1 MD) or bệnh thận lupus / s-thiết + ANA

TCLS: 1. Lupus da cấp

7. Ghàn

2. mạn

8. Chân khớp

3. Loét miệng/mũi

9. Giảm máu tán huyết

4. Bụng to 1° seo

10. Giảm BC

5. Viêm khớp

11. Giảm Tiểu cầu $< 100.k/mm^3$

6. Viêm thanh mạc

TCMDich: 1 ANA

2 Anti DNA

3 Anti Sm

4 KT Anti phospholipid

5 Giảm bở thể C3 C4

6 Test coombs trực tiếp (không hình Hapt huyết)

* Kawasaki: Sốt > 5 N

Môi đỏ lưỡi dâu

Phát ban khắp người, đa dạng

Viêm kết mạc, 1° xuất huyết (k° ghen)

Thạch cổ

Khử bông trước 1 tuần đầu ngón tay, đầu ngón chân

→ Phát hiện sớm giả Ø IVIG vì sẽ biến chứng dẫn mạch vành

② Nhiễm trùng

Vi khuẩn

Đặc' câu

Viêm da do tụ cầu

Về mặt nhiễm trùng nhiễm độc

— Sưng nóng đỏ đau

— Mủ nhiều

— Nổi bật củ vi trí nào, chú ý, hay bỏ sót da đầu và móng

— Biến chứng di da toàn thân → NV.

⇒ Ø: Oxacillin hay Vancomycin

Sốt hình hồng nhiệt (Streptococcus ß nhóm A)

Streptococcus pyogenes

— Viêm họng 1-2w → loét, giả mạc

— Viêm da → đau da

— Sau 1-2w / họng 1-3w / da → VCTC, thấp khớp, thấp hân cấp

⇒ Ø: Amox, Ampic, Penicillin

Varus.

① Sởi

- ① H/C viêm long: sởi mũi, đỏ kết mạc mắt, ho, tiêu lỏng → tiền triệu
- ② Nốt koplik: chấm trắng ở niêm mạc má, răng hàm dưới sởi, xuất hiện trước hay ngay đầu phát ban. 12-24h sau khi khởi phát.
- ③ Hồng ban: 3-5 ngày sau khi khởi phát. Thứ tự: tai → mặt → cổ → ngực → bụng → lưng → tay chân và mắt dần ngùe theo thứ tự trên sau mắt đngay đi lại vết hằn da hổ, da sần rỗ.

② Rubella

- ban xuất hiện k° giống sởi, biến mất sau 3N.
- viêm long ngắn ngày hơn sởi
- chấm nhỏ, hợp lúi
- hồng: forschheimer's sign vòm khẩu cái mềm.
- thạch sau tai nổi bật

③ TCM

- Mụn nước bóng nước (trên nền hồng ban) → Coxsackie
- Sẩn hồng ban → EVF1
- Sang thg gồ lên k° lõm, s° ngứa, thg k° có bóng nước to.
- loét miệng → thành sau họng → Coxsackie
- thành tré + da → EVF1
- đông bầy bạch, gờ chuyển, miệng miệng

④ Chấy đầu

- Mụn nước bóng nước trên nền hồng ban, gồ lên, lõm trung tâm, + ngứa, lan hi thân mình, mặt → hệ chi.
- Nhiều lứa tuổi (sản, mụn nước, mụn mủ, vỡ), n° size

⑤ Herpes

- bong nước trong, dạng chùm, quanh lỗ hị nhích
- ⇒ ① Acyclovir, 1 lần nhiễm 1 cơ thể.
- type 1: miệng, mắt
- type 2: CASD, HMI.

⑥ Zona

- Varus ở hạch TK (tai, hoạt ở thủy đầu)
- Mụn nước thành chùm, mọc theo dây TK
- Dây 5: V₁ V₂ V₃
- Dây TK LS → đầu ngực d° hình of Zona.
- Zona loét vong trong SGTMD
- xuất hiện 1 bên, k° lan đối diện

PHIẾU ĐÁNH GIÁ, PHÂN LOẠI VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ BTCTM

TS.BS Bùi Quang Vinh

Họ tên người bệnh: ☐ Nam / ☐ nữ - Tuổi: tháng
 Khoa: Phòng / giường:

☐ Bệnh mới ☐ Đã điều trị tuyến trước - Phân độ của tuyến trước:
 Trẻ có biểu hiện lâm sàng của BTCTM: ☐ Có (☐ Phát ban tay chân miệng ☐ Loét miệng) ☐ Không

Dấu hiệu

Phân loại

Xử trí

Trẻ có 1 trong các tiêu chuẩn sau đây:

- ☐ Ngưng thở, thở nấc
- ☐ Tím tái / SpO₂ < 92%
- ☐ Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng ở miệng, NKQ ra bọt hồng hay máu
- ☐ Sốc (trẻ có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau):
 - ☐ Mạch không bắt được, HA không đo được
 - ☐ Tụt HA: HA tâm thu < 70 mmHg (trẻ < 12 tháng), < 80 mmHg (trẻ > 12 tháng)
 - ☐ HA kẹp: Hiệu áp ≤ 25 mmHg

Không

**Bệnh
TCM
độ 4**

- ☐ Đặt nội khí quản
- ☐ Dobutamin
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ Truyền dịch chống sốc
- ☐ Hạ sốt
- ☐ Đo CVP
- ☐ Đo HbDM xâm lấn
- ☐ Phết họng / trực tràng
- ☐ Theo dõi: 15 - 30 phút / 6 giờ

Trẻ có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- ☐ Mạch > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)
- ☐ Mạch chậm
- ☐ Vã mồ hôi lạnh toàn thân hoặc khu trú
- ☐ HA tăng theo tuổi: > 100 mmHg (trẻ < 12 tháng), > 110 mmHg (trẻ 12 - 23 tháng), > 115 mmHg (trẻ ≥ 24 tháng)
- ☐ Thở nhanh theo tuổi
- ☐ Thở bất thường: Có một trong các dấu hiệu sau:
 - ☐ Cơ ngừng thở / Thở bụng / Thở nông
 - ☐ Rút lõm ngực / Khò khè / Thở rít thì hít vào
- ☐ Rối loạn tri giác (Glasgow < 10)
- ☐ Tăng trưởng lực cơ

Không

**Bệnh
TCM
độ 3**

- ☐ Thở oxy
- ☐ Chuẩn bị nội khí quản, xem xét chỉ định đặt **NKQ**
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ IVIG
- ☐ Milrinone (nếu HA cao)
- ☐ Dobutamin (nếu M > 170L/p)
- ☐ Hạ sốt tích cực
- ☐ Đo HbDM xâm lấn
- ☐ Phết họng / trực tràng
- ☐ Theo dõi: 30 - 60 phút / 6 giờ

Trẻ có 1 trong các dấu hiệu sau:

- ☐ Thất điều (run chũ, run người, ngồi không vững, đi loạn choạng)
- ☐ Rung giật nhãn cầu, lệ
- ☐ Yếu chi (sức cơ < 4/5) hay liệt mềm cấp
- ☐ Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói, ...)
- ☐ Sốt cao ≥ 39.5°C (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt
- ☐ Mạch > 150 lần / phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

Không

**Bệnh
TCM độ
2b -
nhóm 2**

- ☐ Nằm phòng cấp cứu
- ☐ Thở oxy
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ IVIG
- ☐ CRP, đường huyết nhanh
- ☐ CDTS
- ☐ Theo dõi: 1 - 3 giờ / 6 giờ

Trẻ có 1 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 một dấu hiệu sau:
 - ☐ Ngủ gà
 - ☐ Mạch > 130 lần / phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

Không

**Bệnh
TCM độ
2b -
nhóm 1**

- ☐ Nằm phòng cấp cứu
- ☐ Phenobarbital TM
- ☐ IVIG
- ☐ CRP, đường huyết nhanh
- ☐ CDTS
- ☐ Theo dõi: 1 - 3 giờ / 6 giờ

Trẻ có 1 trong các biểu hiện sau:

- ☐ Bệnh sử có giật mình ít (< 2 lần / 30 phút và không ghi nhận lúc khám)
- ☐ Lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ
- ☐ Sốt trên 2 ngày hay sốt > 39°C lúc khám
- ☐ Nôn ói nhiều

Không

**Bệnh
TCM
độ 2a**

- ☐ Nhập viện
- ☐ Nằm phòng bệnh nặng nếu có yếu tố nguy cơ
- ☐ Phenobarbital (U)
- ☐ CTM, Đường huyết nhanh
- ☐ Theo dõi chuyển độ

Trẻ chỉ có phát ban TCM và / hoặc loét miệng

**Bệnh
TCM độ 1**

- ☐ Điều trị ngoại trú
- ☐ Dặn dò theo dõi chuyển độ

Ngày khám:/...../201.....

Giờ khám: giờ phút

Bác sỹ khám bệnh
TS.BS Bùi Quang Vinh

Hướng dẫn: Đánh giá theo thứ tự từ trên xuống. Nếu có dấu hiệu phân độ tại 1 ô nào đó thì dừng lại và xử trí theo hàng ngang.

Biện luận phân độ. theo B.T.T. Trang ⑦.

Biện luận biến chứng

① BC Tồn kinh N2-N8.

Viêm màng não vô trùng:

+ Sốt, ó, nhức đầu, quấy khóc, cổ gồng, thóp phồng, thường hồi phục sau 3-7N.

Viêm não:

+ Giật mình, chới với, khóc hoảng

+ Run giật cơ nhẹ ngủ, ngủ gà.

+ Run, loạng choạng.

+ Liệt TK cơ - cơ giật - hôn mê.

+ Mắt nhìn lên, Rung giật nhãn cầu, phân xạ mắt búp bê.

Viêm thân não: hi chứng thân não: 1/4.

1 Sốt cao liên $> 40^{\circ}\text{C}$

2 Mạch nhanh > 120 , T.A tăng \rightarrow hốt \rightarrow shock

3. Tê liệt nhanh, thở bụng, cơ kéo liên sườn
Đale cứng (D.A.C. cánh bướm)

Ngưng thở

4. Giật mình chới với

RLTG

Cơ giật, cơ gồng mắt đỏ, mắt nâu.

(Tăng độ huyết (7180 là tiền lượng nặng)

đỏ cuống mắt nâu.

gồng cuống mắt đỏ.

Yếu liệt chi:

Yếu, liệt mềm cấp 1 hay 2 chi.

②. Biện chứng hôn, hoàn hô hấp: Viêm cơ tim, T.A, D.A, suy tim.

$MS > 150$, CRT $> 2s$.

Da nổi vân tím, võ mề hời, chi lạnh, RL vận mạch.

T.A $\rightarrow 0$. $< 4t: \geq 110$, $1-2t: \geq 115$, $> 2: \geq 120$

lạnh thở, D.A.

②. Biến chứng hô hấp:

- Lâm sàng có tổn thương não, TTK ngày 3-4
- Sốt cao, bong nước
- Cơn nhanh, b° đều, STTT, cơn ngưng thở
- OAL
 - Suất bọt hồng
 - có máu hờ nổi thối quẩn
 - khó thở ò, rale ẩm
- Xquang
 - tím thg phổi & bên hình cánh bướm
 - bong khí \perp .

③. Biến chứng tuần hoàn

- xảy ra từ cuối lúc hay vài h sau thở nhanh ngừng
- nhịp hãm \uparrow , HA \uparrow , gát muộn nhịp = 0, HA = 0
- ECG
 - nhịp nhanh xoang
 - ST-T b° đổi khi chưa truy mạch.

4. GPB tổn thương ở đầu (thầy Vinh)

Vỡ não - hủy liệt mềm

Vỡ tiểu não: thất điều, run chi, đi loạng choạng

Vỡ trung não: sưng gáy nhón cổ

Vỡ cầu não: liệt sọ V, VII

RLTKIV: (hạ dòng hành não) vỡ mô não da nổi bóng, M nhanh, H nhanh, lem máu mũi.

IX. Chẩn đoán cận lâm sàng.

CTM: làm full, nếu BC > 16k → cần thận B chướng (1: BCL).

CRP: C-react (P) : hiện b. 12h sau có pi, max 24-48h, sau viêm rất tiết (làm Procalcitonin (xác hơn)).

2b { -Thuyết Dexterox: làm ur > 180 → hiện lượng nặng và theo dõi dinh dưỡng.
↑ làm Ion đồ: theo dõi RL toàn GH, RL ion đi sớm, biệt ở bên non ói ñ.

Xquang.

KNM: theo dõi SHH.

Lactate: theo dõi shock, thở nhanh

Isopropin I, SÂ hìn: Mạch ↑, HAP > 150, viêm rõ hìn, shock.

EDTS: khi k° loại trừ VMNM và nghi có BCTK.

Protein 1/1↑

TB. > 10.

X. Biện luận CLS

XI. Chẩn đoán xác định.

XII. Điều trị.

⊕ Tiêu chuẩn nhập viện.

ĐC 1 + 1 trong các: Sốt > 39°C

Sốt > 2N.

Nôn ói ñ.

Ngủ gà.

Giật mình

Run chi.

ĐC II → N.

DỒ I

- Điều trị ngoại trú nếu có điều kiện chăm sóc tốt và có thể tiếp tục theo dõi y tế ngay nếu có dấu hiệu tiến nặng.
- Dinh dưỡng đầy đủ theo hời. Trẻ còn bú, tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt Paracetamol 15mg/kg/4-6h
- Loét miệng: Uống sữa mát, thức ăn lạnh nguội, ít kích thích
Về sinh răng miệng
Hydroxide Al ngậm, uống sau ăn, 11 do cảm gây tê tại chỗ
(Orangel 1/3 gói x 3 ngày)
Giảm miệng + sốt cao \rightarrow + KS
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích
- Theo dõi khám mỗi 1-2 N / 8-10 ngày đầu of bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày \rightarrow hết sốt ít nhất 48h.
- Không cho Vết PL, k° nên thoa miltan hay các thuốc sát trùng có màu lên bóng nước (khó đánh giá)

Cơ chế dẫn truyền thần kinh

1. Giải thích về bệnh TCM và khả năng xảy ra biến chứng
2. Cách phòng tránh lây lan cho trẻ +
 - Cách ly theo nhóm bệnh từ 1' đến 10N, có thể kéo dài 7-10N
 - thủ khuẩn = *Herpes simplex* 1 phần + 30 phần nước \rightarrow lau nhà rửa đồ đồ
3. Chế độ ăn, đặc biệt là trẻ loét miệng
4. Theo dõi
 - theo dõi
 - ngay khi có 1 trong các dấu hiệu sau:
 1. Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$ hoặc $\geq 48\text{h}$
 2. Ói nhiều
 3. Liệt chi, bứt rứt, kích thích
 4. Giật mình
 5. Yếu chi (đưa đồ vật cầm sốt), đi không vững
 6. Chết điều thần ng, sun chi (đưa đồ vật cầm sun, cần hỏi lúc đó có sốt k°, nếu sau sốt vẫn còn \rightarrow BC No thần não), động mắt, đi loạng choạng
 - 1. khó thở, thở nhanh
 - 2. da nổi bóng, vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
 - 3. Co giật, hôn mê

Độ IIa

- Nhập viện điều trị nội trú
- Điều trị:
 - Phenobarbital 5-7 mg/kg/ngày (u) (khi có giật mình)
 - hạ sốt: Nếu sốt cao không đáp ứng paracetamol \rightarrow chuyển qua ibuprofen 10-15 mg/kg/6-8h nếu cần (xen kẽ với các lần para)
 - loét miệng
 - Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu chuyển nặng = phải theo dõi liên tục dành cho thân nhân
 - Cheo đỡ sinh hiệu và các dấu hiệu chuyển nặng mới 8-12h
- CLS: CTM, Đường huyết

- Nếu có 1 trong những dấu hiệu sau đây,
 \rightarrow chuyển sang bệnh nặng, theo dõi mới 4-6h.
 - Đi lại & sốt $> 38^\circ\text{C}$, or sốt cao $> 39^\circ\text{C}$
 - Có giật mình trong 24-48h trở lại
 - Nôn ó nhiều
 - Đường huyết $> 160 \text{ mg/dl}$ ($> 8,9 \text{ mmol/l}$)
 - BC $> 16 \text{ k/mm}^3$

Độ IIb nhóm 1

- Nằm phòng cấp cứu
- Điều trị:
 - Nằm đầu cao (thở O_2 cannula 1-3l/ph)
 - Sốt cao điều trị tích cực, hạ \Rightarrow như độ III
 - Loét miệng
 - Phenobarbital 10-20 mg/kg TM_{tp} 6-12h \rightarrow cơn giật mình
 - \rightarrow IVIG 1g/kg/ngày TMC trong 6-8h (liều 1) \rightarrow cơn giật mình sau 24h
 - \rightarrow IVIG liều 2
 - Cheo đỡ tri giác, SpO_2 , HA, M, NT mỗi 1-3h / 6h đầu \rightarrow ổn định mới 4-6h
 - Ks đq TM nếu k loại trừ VNMM: Cefotaxim, Ceftriaxon
- CLS: CTM, ĐH.
 - CRP huy cao. VD N567 cơn sốt, da mưng mủ loét \rightarrow có có bội nhiễm từ sang KS
 - CPTS chỉ làm khi có nghi ngờ VNMM (vi viêm thần não nếu có kèm VNMM dịch não tủy bệnh của siêu vi \rightarrow 0 kó đợ)

Độ II b nhóm 2

- Năm lỏng cấp cứu
- Điều trị: Năm đầu cao 15-30°

Thiết bị O₂ cannula 1-3l/ph

hạ sốt tích cực, nếu không hạ → xử trí như nhóm III.

Phenobarbital 10-20mg/kg TTM chậm 130p. x & lặp lại
mỗi 6h nếu còn giật mình n (tổng liều: 30mg/kg/24h)

IVIG 1g/kg ngay TMC trong 6-8h → 24h cơn sốt hoặc
còn dấu hiệu dị ứng → liều 2.

Cheo cổ như II b nhóm 1.

- CLS: II b nhóm 1.

16 III

- Nằm khoa cấp cứu ở ICU.
- Điều trị 1. Nhiệt độ $35-36^{\circ}$, thở O_2 1-3 l/ph
 2. Theo dõi 30-60p, nếu có 1 trong các dấu hiệu sau \rightarrow NKG
 + thở bất thường
 + thở nhanh > 20 l/ph (trừ nằm yên k° sốt)
 + RLTKTV: SpO_2 dao động, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch > 180 (bê nằm yên k° sốt)
 + Giãng chí, GCS < 10 đ.
- 3 Phenobarbital 10-20 mg/kg / TM 30p x 6-12h nếu có giật mình
- 4 IVIG 1g/kg ngày 2 lần cách nhau 24h TMC 6-8h
- 5 Dobutamin nếu HA bt, mạch > 180 (điều chỉnh theo t°)
 khởi đầu 5 mg/kg/ph TTM \rightarrow tăng dần 1-2.5 mg/kg/ph mỗi 15p
 cho đến khi cải thiện LS, max 20 mg/kg/ph.
- 6 Melinone 0.4 mg/kg/ph TTM x 24-32h dùng khi HA tụt (HA > 110 , 1đt > 115 ; 2đt > 120)
 Xem xét giảm liều và ngưng Melinone nếu:
 • HATT ổn định 100-110 mmHg ít nhất 24h
 • Ngưng ngay nếu HATT < 90 (trừ $< 6m$) hay < 100 ($> 12m$)
- 7. Hạ sốt tích cực
- 8. Định hình RL ion, nước, tran kim, hạ ĐH
- 9. Ở cõ giật nếu có:
 Midazolam 0.15 mg/kg / lần / TMC, lặp sau 10p nếu cõ cõ giật
 Diazepam 0.2-0.3 mg/kg (max 3 lần)
- 10. Nuôi cõ TM, hạ chế 2/3 nhu cầu dịch + nuôi mắt k° nhãn huyết
- 11. KS: k° loại NTH và VMNM.
- 12. ED lọc máu thực: k° đli tốt trong những giờ đầu + 1 trong:
 • Huyết động k° ổn sau 1-2h hồi sức
 • Cõ bệnh RLTKTV: bê nằm yên k° sốt: SpO_2 dao động, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch > 180
 • Sốt cao k° đli với các biện pháp hạ sốt tích cực.
- CES: như đ 4.
- Theo dõi:
 - Trx chữa NKG: Mạch > 180 ; yếu liệt chi; Cõ giật mình n sau IVIG liều 2
 \rightarrow 30-60p / 6h đầu để phát hiện kịp thờ các dấu hiệu cõ NKG.
 - HADMXL / Monitor HA k° xâm lấn 1-2h.
 - KMDM, lactate và định hình.
 - Cõ lại: Thở quá, SpO_2 , HA, nhịp hm / mỗi 1-2h
 [t° hậu môn 1-2h đến khi $< 39^{\circ}C$] } theo sát GH đầu.

ĐS IV.

- Năm khoa cấp cứu ICU

- Điều trị ① Năm đầu cao, thở máy

Thông số	k° OAD	Có OAD
Chỉ số thở	ksoat áp lực (PC)	ksoat áp lực (PC)
T _B , I/E	20-40, 1/2	20-40, 1/2
IP (cmH ₂ O)	10-12	10-15
V _T (ml/kg)	8-10	5-6
PEEP	4-6	8-15
FiO ₂	40-60	60-100

- Dobutamin 5 µg/kg/ph, tăng dần 2-3 µg/kg/ph mỗi 5-15p cho đến khi có hiệu quả (max 20 µg/kg/ph)
- Nếu có shock và k° OAD, suy htim (gallop, ran phổi, gan to, TMCN)
→ Test dịch màng trong khi chờ đo CVP. LRINS 5ml/kg/15p theo dõi sát dấu hiệu OAD và đáp ứng để quyết định tiếp
- CVP và xử trí theo CVP
- Phenobarbital 10-20 mg/kg TTMC/30p
- Tha sát hệ cực.
- HATB ≥ 50 → IVIG 1g/kg/ngày TTMC chầm 6-8h x 2N
- Nếu k° di thể ổn định được huyết động học trong giờ đầu nhưng duy trì được HATB ≥ 50 mmHg → xem xét lọc máu liên tục ngay trong 1-2h đầu
- Đ BL ion, tran kiềm, nước, hạ đq huyết
- KS: cefotaxime hay ceftriaxone nếu chưa loại NKH, VNINM.
- OAD, k° shock và CVP > 10: furosemide 1mg/kg/lần TMC

- Cheo đỡ:

SH: M, HA, nhịp htim, SpO₂ mỗi 15-30p
 + 1hầu môn 1-2h cho đến khi t° < 38°C } 6h đầu → điều chỉnh
 Nước tiểu mỗi 6-12h
 CVP mỗi 1h cho đến ra shock
 HADM XL

2: 8 nhóm

• Kết nghiệm độ 3 và 4

CTM, CRP, cấy máu

Desisotix 15-6h

KNHM, lactate máu

Ton đồ, CN gan, CN thận.

Troponin I, CK-MB, CPK

Đột hồng / phết trực tràng, KR ± cấy EVH

Xquang, SÂ hín

CDTS khi đỡ ổn

Tăng huyết áp.

BN vô K⁺THA sau đó mới tăng: bệnh cảnh Vô thần não

BN vô đồ có THA

THA real $\begin{cases} \text{độ I} > 95^{\text{th}} \\ \text{độ II} > 99^{\text{th}} + 5. \end{cases}$

→ 0 như TCM, sau đó theo dõi, nếu TCM ổn mà vẫn ↑ → tâm suất NN

Thuốc bôi có màu chỉ dùng nếu có bong nước (đỏ đỏ ở hình TCM)

Thuốc

Phenobarbital 0,2g 10mg/kg ngày pha 25ml nước cất BTĐ Bóp.

Globulin S 2,5mg/50ml 1g/kg ngày. TTM 16-8h.

(KT trung hòa K⁺ Nucleus trong máu → k⁺ vào não → k⁺ 0 thiếu)

Melrinone 10mg/10ml 0,4 μg/kg/ph pha trong 50ml Dextrose 5%

BTĐ 2ml/h.

$V \cdot D = S \cdot CN \times \text{liều}$

(kg) ($< 1 \mu\text{g/kg/ph}$)

Choi $V = \alpha \text{ (ml/h)} \Rightarrow D = ?$

