

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Phác đồ ngoại trú nhi khoa - 2016

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
2016**

BAN BIÊN SOẠN

Chủ biên:

TTUT.TS.BS. HÀ MẠNH TUẤN

TTUT.BSCKII. TRỊNH HỮU TÙNG

Hiệu đính:

TTUT.BSCKII. TRỊNH HỮU TÙNG

ThS.BS. PHẠM THỊ NGỌC QUYÊN

Trình bày:

CN. PHẠM NGUYỄN MỸ NGUYỆT

CN. LÊ THỊ KIM SA

Ban biên tập:

TTUT.BSCKII. TRỊNH HỮU TÙNG

ThS.BS. PHẠM NGỌC THẠCH

ThS.BS. HUỖNH MINH THU

BSCKI. NGUYỄN ANH TUẤN

ThS.BS. PHẠM THỊ NGỌC QUYÊN

THAM GIA BIÊN SOẠN

BSCKII. PHẠM LÊ THANH BÌNH

BS. LÊ THỊ THÙY DUNG

ThS.BS. NGUYỄN THANH HẢI

BSCKII. NGUYỄN THỊ THU HẬU

BSCKII. ĐẶNG THỊ KIM HUYỀN

BSCKII. NGUYỄN MINH NGỌC

ThS.BS. TĂNG LÊ CHÂU NGỌC

BSCKII. TRỊNH HỮU TÙNG

BS. NGUYỄN ĐÌNH QUI

ThS.BS. PHẠM THỊ NGỌC QUYÊN

ThS.BS. HUỖNH THỊ VŨ QUỲNH

ThS.BS. HOÀNG THỊ DIỄM THÚY

ThS.BS. BÙI NGUYỄN ĐOAN THƯ

ThS.BS. NGUYỄN TRỌNG TRÍ

BSCKI. NGUYỄN ANH TUẤN

BSCKI. PHAN THỊ THU TRANG

LỜI NÓI ĐẦU

Phác đồ điều trị của Bệnh viện là một tài liệu quan trọng không thể thiếu để đánh giá chất lượng điều trị theo Bộ tiêu chí quản lý chất lượng của Bộ Y tế ban hành năm 2013.

Từ nhiều năm qua, Bệnh viện Nhi Đồng 2 đã phát hành và tái bản “**Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi Đồng 2**” rất nhiều lần.

Thực hiện theo “Khuyến cáo triển khai Phác đồ Điều trị và tăng cường vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị tại các Bệnh viện” của Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh, Bệnh viện Nhi Đồng 2 đã không ngừng cập nhật Phác đồ Điều trị mỗi hai năm.

Nhằm hạn chế quá tải bệnh viện do nhập viện ồ ạt, không đúng chỉ định nhập viện, Bệnh viện Nhi Đồng 2 đã tiến hành biên soạn và phát hành Phác đồ điều trị ngoại trú ấn bản đầu tiên này nhằm góp phần hiệu quả trong việc giảm nhập viện và hạn chế chi phí điều trị.

Phác đồ Điều trị ngoại trú Bệnh viện Nhi Đồng 2 - 2016 đã được viết theo hướng tiếp cận vấn đề, chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp tại phòng khám. Mục đích của phác đồ nhằm giúp các Bác sĩ nâng cao năng lực chẩn đoán, kê toa hợp lý, sàng lọc bệnh chính xác,... sẽ góp phần nâng cao chất lượng điều trị ngoại trú.

Đây là công trình tập hợp trí tuệ của tập thể các Bác sĩ của Bệnh viện Nhi Đồng 2, dựa trên mô hình bệnh tật tại khoa Khám bệnh của Bệnh viện.

Hy vọng tập sách nhỏ này sẽ là người bạn đồng hành, hỗ trợ cho các Bác sĩ trong công tác khám bệnh hàng ngày.

Ấn bản lần đầu tiên này chắc chắn còn nhiều thiếu sót. Rất mong sự góp ý của Quý đồng nghiệp, để lần ấn hành sau được hoàn thiện hơn.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 14 tháng 3 năm 2016

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

TTU'T.SS.BS. HÀ MẠNH TUẤN

MỤC LỤC

CHƯƠNG I. PHÂN LOẠI BỆNH	1
1. Tiếp cận và phân loại bệnh từ phòng khám	2
2. Những vấn đề thường gặp ở trẻ sơ sinh	5
CHƯƠNG II. HÔ HẤP.....	9
3. Tiếp cận trẻ khò khè tại phòng khám.....	10
4. Ho	14
5. Viêm hô hấp trên	25
6. Viêm thanh quản cấp	31
7. Viêm phế quản.....	34
8. Viêm tiểu phế quản.....	37
9. Viêm phổi	41
10. Suyễn trẻ em	45
CHƯƠNG III. TIÊU HÓA.....	55
11. Đau bụng cấp tính.....	56
12. Đau bụng mạn.....	64
13. Vàng da.....	73
14. Tiếp cận chẩn đoán ói	79
15. Táo bón chức năng.....	86
16. Tiêu chảy cấp.....	93
17. Viêm loét dạ dày tá tràng	99
CHƯƠNG IV. NHIỄM - THẦN KINH.....	109
18. Sốt.....	110
19. Bệnh tay chân miệng	115
20. Sốt xuất huyết Dengue.....	120
21. Bệnh sởi	123
22. Bệnh thủy đậu	128
23. Quai bị	131
24. Đau đầu.....	135
CHƯƠNG V. TIM MẠCH - XƯƠNG KHỚP	139
25. Đau ngực	140
26. Ngất.....	145
27. Đau khớp.....	149
28. Đau chi	152

CHƯƠNG VI. THẬN - NỘI TIẾT	157
29. Rối loạn đi tiểu	158
30. Tiểu dầm khi ngủ	165
31. Tiểu đau.....	170
32. Tiểu lắt nhắt	175
33. Tiểu máu	178
34. Nhiễm trùng tiểu	182
35. Dậy thì sớm	186
CHƯƠNG VII. HUYẾT HỌC	193
36. Lách to.....	194
37. Hạch to	198
38. Thiếu máu	204
39. Thiếu máu do viêm.....	211
40. Thiếu máu thiếu sắt	213
41. Thalassemia.....	218
CHƯƠNG VIII. DA LIỄU	223
42. Hồng ban.....	225
43. Viêm da cơ địa	230
44. Chốc (L01)	235
45. Viêm mô tế bào (L03.9)	238
CHƯƠNG IX. DINH DƯỠNG - TIÊM CHỦNG	241
46. Biếng ăn	242
47. Phục hồi dinh dưỡng tại phòng khám ngoại trú	246
48. Chậm tăng trưởng thể chất (R62.8)	254
49. Tiêm chủng	261
PHỤ LỤC	269
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	286

Chương I.
PHÂN LOẠI BỆNH

TIẾP NHẬN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN TẠI PHÒNG KHÁM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phân loại bệnh nhân là quá trình sàng lọc nhanh ngay sau khi trẻ bệnh được đưa đến bệnh viện để phát hiện:

- Những trẻ có các dấu hiệu cấp cứu cần được điều trị cấp cứu ngay lập tức.
- Những trẻ có dấu hiệu cần ưu tiên, phải được khám ưu tiên trước để được đánh giá và điều trị kịp thời.
- Những trường hợp không khẩn cấp: vừa không có dấu hiệu cấp cứu, vừa không có dấu hiệu ưu tiên sẽ được khám bệnh theo thứ tự.

2. PHÂN LOẠI, NHẬN BIẾT CÁC DẤU HIỆU CẤP CỨU

2.1. Những dấu hiệu cấp cứu

- Dấu hiệu cấp cứu hô hấp:
 - + Ngưng thở hoặc cơn ngưng thở
 - + Tím tái
 - + Rút lõm ngực nặng
 - + Thở rít thì hít vào khi nằm yên
- Dấu hiệu sốc: tay chân lạnh, thời gian đầy mao mạch ≥ 3 giây, mạch nhanh, yếu, khó bắt.
- Hôn mê
- Co giật
- Các dấu hiệu mất nước nặng ở trẻ bị tiêu chảy (khi có hai trong các dấu hiệu sau: li bì hoặc khó đánh thức, mắt trũng, nếp véo da mất rất chậm > 2 giây)

→ Trẻ có dấu hiệu cấp cứu cần được chuyển vào khoa Cấp Cứu để được điều trị ngay lập tức, ngăn ngừa tử vong.

2.2. Những dấu hiệu cần ưu tiên

- Trẻ nhỏ: dưới 2 tháng tuổi
- Thân nhiệt: trẻ sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- Chấn thương hoặc tình trạng cấp cứu ngoại khoa
- Xanh tái nặng
- Ngộ độc
- Đau nhức nặng
- Khó thở
- Vật vã, kích thích liên tục hoặc li bì
- Chuyển viện gấp từ tuyến dưới bằng xe cứu thương
- Suy dinh dưỡng: gầy mòn nặng rõ rệt
- Phù hai bàn chân
- Bỏng (nặng).

→ Trẻ có dấu hiệu cần ưu tiên là những trẻ có nguy cơ diễn tiến nặng và nhanh, cần được khám trước, không xếp hàng theo thứ tự khám để xác định xem điều trị gì cần thiết tiếp theo. Nếu trẻ có chấn thương hay có các vấn đề ngoại khoa khác thì hội chẩn ngoại khoa.

3. CÁC BƯỚC PHÂN LOẠI TẤT CẢ CÁC TRẺ BỆNH

Trẻ khi đến phòng khám, trước tiên phải được sàng lọc, kiểm tra các dấu hiệu cấp cứu. Kiểm tra các dấu hiệu cấp cứu theo hai bước:

- *Bước 1:* Nếu có bất kỳ vấn đề bất thường nào về đường thở và thở thì phải chuyển ngay vào khoa Cấp Cứu và điều trị khẩn cấp để phục hồi chức năng hô hấp, nếu cần phải thông khí hỗ trợ.
- *Bước 2:* Nhanh chóng xác định xem trẻ có bị sốc, mất ý thức, co giật hay tiêu chảy mất nước nặng không. Nếu

thấy trẻ có dấu hiệu cấp cứu phải chuyển ngay vào khoa Cấp Cứu:

- + Trẻ phải được xử trí và điều trị ngay theo các phác đồ điều trị sốc, tiêu chảy cấp mất nước nặng,... bình tĩnh phối hợp làm việc với các đồng nghiệp khác trong khi cấp cứu trẻ vì một trẻ bệnh rất nặng có thể cần một lúc nhiều điều trị khác nhau. Nhân viên y tế kinh nghiệm nhất như trưởng tua trực phải liên tục đánh giá trẻ để phát hiện tất cả các vấn đề bất thường của trẻ và có kế hoạch điều trị.
- + Làm các xét nghiệm cấp cứu như: đường máu, khí máu động mạch, chức năng gan, thận,... tùy thuộc vào đánh giá tình trạng lâm sàng của trẻ.
- Sau điều trị cấp cứu, tiến hành đánh giá, chẩn đoán và điều trị ngay các tình trạng bệnh khác.

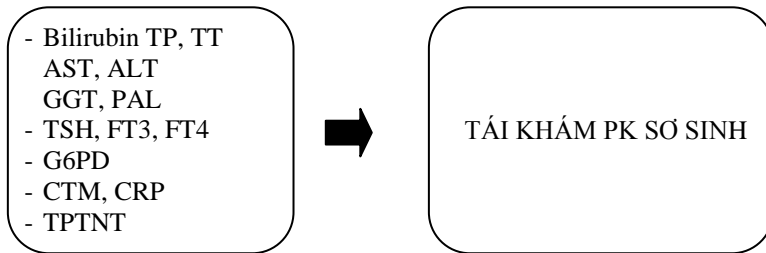
Nếu không có dấu hiệu cấp cứu thì kiểm tra các dấu hiệu cần ưu tiên: những trẻ này không phải xếp hàng đợi mà cần được khám trước để xác định xem cần thiết điều trị gì. Chuyển những trẻ có dấu hiệu cần ưu tiên lên các phòng khám chuyên khoa ngay để được đánh giá (chỉ sau các bệnh nhân cấp cứu). Nếu trẻ có chấn thương hay có các vấn đề ngoại khoa khác thì phải hội chẩn ngoại khoa hoặc chuyển đến các phòng khám ngoại khoa.

Tiến hành đánh giá và điều trị tiếp theo tình trạng cần ưu tiên của trẻ.

NHỮNG VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP TRONG KHÁM TRẺ SƠ SINH

1. VÀNG DA

- Nhập viện khi:
 - + Vàng da xuất hiện ≤ 48 giờ sau sinh
 - + Vàng da và triệu chứng thần kinh: khóc thét/đừ, tăng/giảm trương lực cơ, co gồng/giật
 - + Vàng da và triệu chứng nhiễm trùng
 - + Vàng da tăng bilirubin trực tiếp
 - + Vàng da đơn thuần:
 - Trẻ đủ tháng: vàng da lòng bàn tay, chân và trẻ ≤ 14 ngày tuổi.
 - Trẻ non tháng: vàng da lòng bàn tay, chân và trẻ ≤ 21 ngày tuổi
- Vàng da kéo dài:
 - + Định nghĩa: vàng da kéo dài ≥ 14 ngày tuổi (trẻ đủ tháng), ≥ 21 ngày tuổi (trẻ non tháng).
 - + Nhập viện:
 - Vàng da tăng bilirubin trực tiếp ≥ 1 mg/l nếu bilirubin toàn phần < 5 mg/l hay $\geq 20\%$ bilirubin toàn phần nếu bilirubin toàn phần > 5 mg/l
 - Vàng da kèm sốt hoặc bú kém hoặc thở mệt hoặc co giật hoặc thiếu máu hoặc gan lách to.
 - + Bilan vàng da kéo dài: chỉ định xét nghiệm.



2. NHIỄM TRÙNG SƠ SINH

- Nhập viện khi có dấu hiệu bệnh nặng
 - + Li bì
 - + Bỏ bú/bú kém
 - + Co giật
 - + Suy hô hấp, thở rên, phập phồng cánh mũi
 - + Sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$
 - + Ớc dịch xanh/vàng
 - + Bụng chướng
 - + Tiêu máu
 - + Vàng da ≤ 48 giờ tuổi
 - + Nhiễm trùng rốn nặng
 - + Nhiễm trùng da nặng.

3. HÔ HẤP

- Nhập viện khi:
 - + Thở nhanh > 60 lần/phút
 - + Thở co lõm ngực vừa \rightarrow nặng
 - + Thở rên
 - + Cánh mũi phập phồng
 - + Bú ít/Bỏ bú
- Điều trị ngoại trú:
 - + Không suy hô hấp.
 - + Bú được/khá, không/ợc sữa ít.

4. TIÊU HÓA

- Nhập viện khi:
 - + Ói dịch xanh/vàng
 - + Bụng chướng
 - + Tiêu máu
 - + Tiêu lỏng nhiều ≥ 5 lần \pm có mất nước
 - + Ói nhiều ≥ 5 lần \pm có mất nước.
- Ốc sữa/trào ngược dạ dày thực quản:

Chú ý:

- + Dạ dày trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: góc thực quản - tâm vị tù (dạ dày nằm ngang), kích thước nhỏ \rightarrow chu kỳ tiêu hóa sữa khoảng 3 - 4 giờ.
 - + Phản xạ nguyên phát tìm vú còn (mất sau 4 tháng) \rightarrow trẻ hay chớp chớp miệng, lăm tưởng là đói.
 - + Sữa công thức lâu tiêu hơn sữa mẹ.
 - + Bà mẹ thường cho bú liên tục (1-2 giờ/cữ bú)
 - Điều trị: chủ yếu là hướng dẫn
 - + Thời gian bú: linh hoạt theo nhu cầu bé.
 - + Lượng sữa bú: lượng vừa 10-15 ml/kg/lần \times 8-10 lần, trẻ tự động nhả vú/bình khi no, tăng hoặc giảm lượng sữa theo nhu cầu trẻ, không cho trẻ bú quá no.
 - + Tư thế khi bú: cánh tay mẹ phải nâng đỡ toàn bộ thân người trẻ, bụng trẻ áp vào bụng mẹ, đầu cổ và thân trên một trục thẳng.
 - + Làm ợ hơi sau bú.
 - + Tránh các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng: quần tả quá chật, mặc quần áo quá chật, bón, ho,...
- * Hạn chế điều trị chống trào ngược với thuốc ức chế H_2 .*
- Quấy khóc: quặn bụng
 - + Khóc con ≥ 3 giờ, ≥ 3 ngày, ≥ 3 tuần. Ngoài con: trẻ khỏe.

- + Loại trừ: bệnh trào ngược dạ dày thực quản, bất dung nạp lactose, dị ứng sữa, nứt hậu môn,...
- Điều trị:
 - + Không có điều trị đặc hiệu
 - + Thuốc: Simethicon 20 mg/lần \times 4 lần sau các cử bú, Trimebutin 4,8 mg/kg/ngày chia 3 lần.
 - + Tự giới hạn khi trẻ khoảng 3 - 4 tháng tuổi.

5. CÁC VẤN ĐỀ KHÁC

5.1. Chồi rốn = U hạt rốn = Tồn tại ống rốn niệu \rightarrow Khám ngoại (đốt chồi rốn).

5.2. Nhiễm trùng da

- Nhập viện: khi mụn mủ $> \frac{1}{2}$ diện tích cơ thể
- Điều trị ngoại trú: khi mụn mủ $< \frac{1}{2}$ diện tích cơ thể
 - + Kháng sinh uống:
 - Erythromycin 50 mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần
 - Cephalexin 50 mg/kg/ngày chia 4 lần
 - Oxacillin 50 mg/kg/ngày chia 4 lần
 - + Tắm mỗi ngày
 - + Thoa xanh methylen
 - + Loại bỏ những yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng: nằm than, tắm lá, kiêng tắm,...

5.3. Nhiễm trùng rốn

- Nhập viện: khi nhiễm trùng rốn nặng: rốn đỏ, vùng da quanh rốn đỏ và sưng nề ≥ 1 cm.
- Điều trị ngoại trú: khi nhiễm trùng rốn khu trú: rốn đỏ, vùng da quanh rốn đỏ và sưng nề < 1 cm
 - + Chăm sóc tại chỗ: vệ sinh rốn (cồn 70°, nước muối sinh lý, milian, eosin 1%).

Chương II.

HÔ HẤP

TIẾP CẬN KHÒ KHÈ TẠI PHÒNG KHÁM

1. ĐỊNH NGHĨA

- Khò khè là âm thanh nghe được ở thì thở ra, do sự chuyển động của luồng khí qua chỗ hẹp.
- Cần phân biệt với thở rít và khụt khịt mũi.

2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

2.1. Khò khè cấp tính

- Viêm tiểu phế quản
- Viêm phổi (do siêu vi, *Mycoplasma*, *Chlamydia*, ...)
- Dị vật đường thở

2.2. Khò khè tái diễn/kéo dài

- Suyễn
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Dị vật đường thở bỏ quên
- Bất thường đường thở: hẹp khí quản, vòng mạch, ...
- Rò khí - thực quản

3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Hỏi bệnh sử

- Khò khè kèm hội chứng nhiễm trùng (sốt) và ho, thở mệt gợi ý viêm tiểu phế quản, viêm phổi.
- Gợi ý suyễn khi có tiền căn tái phát khò khè nhiều lần, khỏe hoàn toàn giữa các đợt có triệu chứng, gia đình có người bị suyễn hoặc chàm, đáp ứng tốt với thuốc dẫn phế quản.
- Kém đáp ứng với thuốc dẫn phế quản (dạng hít/phun khí dung) gợi ý nguyên nhân khác suyễn.

- Tình trạng khò khè kéo dài từ sau sinh (chưa bao giờ hết hẳn khò khè) gợi ý bất thường đường thở bẩm sinh.
- Khò khè xảy ra lúc ăn, bú hoặc khi nôn ói gợi ý trào ngược dạ dày thực quản hoặc bất thường phản xạ nuốt, rò khí - thực quản.
- Tiền căn nuốt sặc, có hội chứng xâm nhập gợi ý dị vật đường thở. Khò khè dai dẳng kể từ một thời điểm nào đó có thể là dị vật đường thở bỏ quên.

3.2. Khám lâm sàng

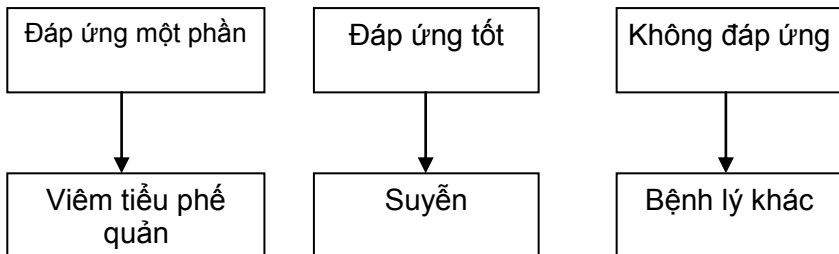
- Đánh giá tình trạng suy hô hấp, thở nhanh, co lõm ngực, dị dạng lồng ngực (lõm ngực, lồng ngực gồ,...)
- Nghe phổi: xác định tính chất phế âm và vị trí khò khè nhằm đánh giá tắc nghẽn ở đường thở nhỏ hay lớn.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay

- Có tình trạng suy hô hấp: tím tái, thở nhanh > 70 lần/phút, co lõm ngực nặng
- Có tình trạng nặng khác: như co giật,...
- Cho phun khí dung tại phòng khám để phân biệt các nguyên nhân gây khò khè

ĐÁP ỨNG VỚI DẪN PHẾ QUẢN



4.2. Nhập viện

Khò khè kèm hội chứng nhiễm trùng hoặc suy hô hấp

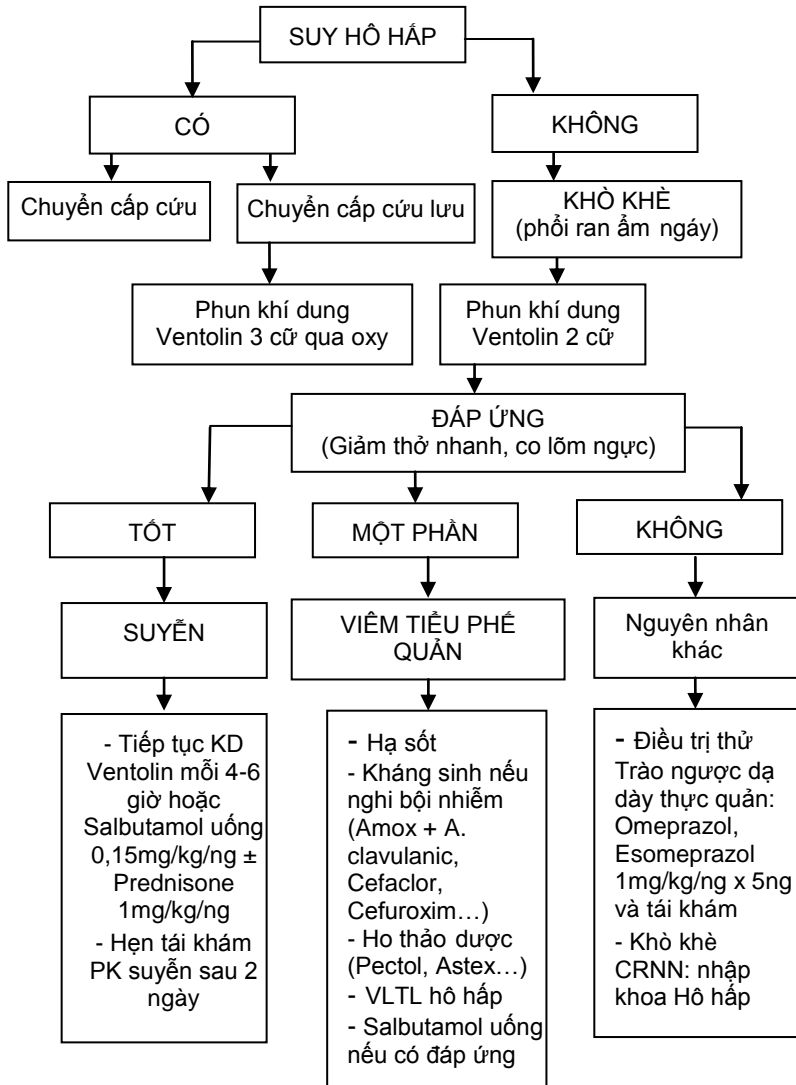
4.3. Khám chuyên khoa hô hấp

- Đề tư vấn và điều trị dự phòng nếu nghi ngờ suyễn không kiểm soát.
- Đề chẩn đoán nguyên nhân khò khè nếu không đáp ứng với các điều trị trước đây
- Khò khè kèm ho kéo dài

4.4. Điều trị ngoại trú

- Viêm phổi, viêm tiểu phế quản, trào ngược dạ dày thực quản nếu chưa đủ tiêu chuẩn nhập viện.
- Suyễn cơn nhẹ.

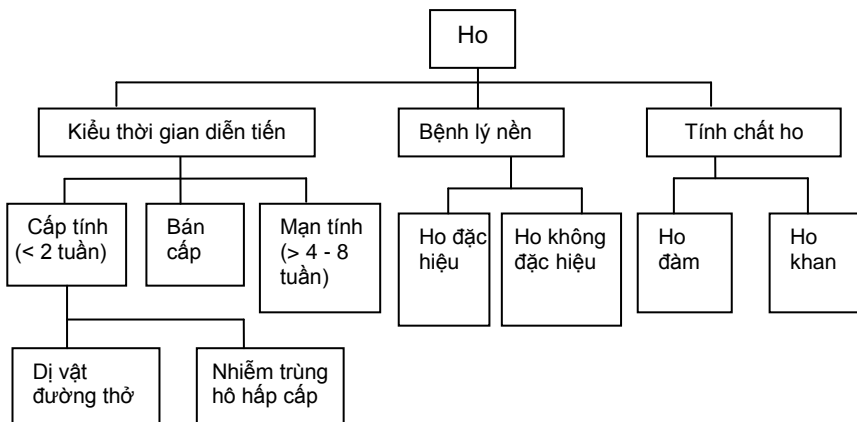
LƯU ĐỒ XỬ TRÍ



HO

1. ĐỊNH NGHĨA

- Ho là phản xạ bảo vệ đường thở quan trọng, giúp:
 - + Tổng xuất dị vật đường thở
 - + Hỗ trợ làm sạch thoáng đường thở
 - + Trẻ khỏe mạnh cũng có thể ho, trung bình 10 lần/ngày
- Phân loại ho dựa:
 - + Theo thời gian: cấp tính, mạn tính.
 - + Theo nguyên nhân chính: ho đặc hiệu và không đặc hiệu.
 - + Theo tính chất: ho đàm hay ho khan.
- Trên thực tế lâm sàng, sử dụng theo kiểu thời gian:
 - + Ho cấp tính (< 2 tuần): phần lớn do nhiễm trùng hô hấp trên (NTHH) và thường do siêu vi và không cần đánh giá đặc hiệu: 50% trẻ ho 10 ngày sau bị cảm và 10% ho hơn 25 ngày.
 - + Ho bán cấp (2 - 4 tuần): chủ yếu do hậu nhiễm siêu vi đường hô hấp trên.
 - + Ho mạn tính (> 4 tuần)



2. HO CẤP TÍNH

2.1. Chẩn đoán

- Phần lớn ho cấp tính: do NTHH trên và thường do virus (7 - 10 đợt/năm ở trẻ đi học)
- Tìm chẩn đoán lâm sàng đặc hiệu.

Câu hỏi	Dấu hiệu	Chẩn đoán thường gặp có thể
Có nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp tính?	Sổ mũi	Ho kết hợp cảm cúm đầu đơn thuần → viêm phế quản và/hoặc viêm khí quản
Có hội chứng viêm thanh quản?	Thở rít kèm “ho khan” hay “ho sủa”. Chỉ “ho sủa” trong trường hợp nhẹ	Viêm thanh quản croup Viêm thanh quản co thắt tái phát Viêm khí quản vi trùng
Có dấu hiệu của bệnh đường hô hấp dưới?	Thở nhanh*, suy hô hấp với tăng công thở, dấu hiệu ngực (ran nổ/khò khè) và sốt	Viêm phổi Viêm tiểu phế quản Suyễn
Có nghi dị vật đường thở không?	Khởi phát rất đột ngột hoặc chứng kiến cơn nghẹt thở	Hít dị vật đường thở. Nội soi phế quản (hỏi bệnh sử cẩn thận để chẩn đoán và loại bỏ dị vật).
Có những dấu hiệu về bệnh lý mạn tính	Suy dinh dưỡng, Ngón tay dùi trống, Lồng ngực căng phồng, Ngực biến dạng, các dấu hiệu cơ địa dị ứng	Xem phần ho mạn tính

2.2. Cận lâm sàng

- Ho cấp tính do nhiễm trùng hô hấp trên đơn thuần: không xét nghiệm
- Công thức máu khi xuất hiện các dấu hiệu: sốt, thở nhanh và co lõm ngực
- Chụp X-quang ngực khi:
 - + Có các dấu hiệu đường hô hấp dưới
 - + Ho diễn tiến > 2 - 3 tuần, ho ra máu
 - + Có dấu hiệu hô hấp mạn tính chưa được chẩn đoán
 - + Nội soi phế quản khẩn: ho nghi dị vật đường thở.

Chỉ định	Dấu hiệu	Chẩn đoán thường gặp có thể
Chẩn đoán viêm phổi không chắc chắn	Sốt và thở nhanh nhưng không có thở khò khè/thở rít Dấu hiệu định vị ngực* Sốt cao dai dẳng hoặc diễn tiến bất thường trong viêm tiểu phế quản Ho và sốt dai dẳng > 4-5 ngày	Viêm phổi X-quang ngực không phải luôn luôn chỉ định: sử dụng để giải quyết sự không chắc chắn hoặc trong trường hợp nặng hơn
Nghi dị vật đường thở	Ho khởi phát đột ngột hoặc có hiện diện của khò khè hoặc căng ngực không cân xứng (khi không chứng kiến cơn nghẹt thở)	Hít dị vật đường thở X-quang phổi thì thở ra có thể giúp tắc nghẽn phế quản cấp tính, nhưng X-quang phổi bình thường: không loại trừ Nội soi phế quản: quan trọng nhất.

Những dấu hiệu về bệnh lý mạn tính	Suy dinh dưỡng Ngón tay dùi trống Lồng ngực căng phồng Ngực biến dạng	Xem phần ho mạn tính
Diễn tiến lâm sàng bất thường	Ho vẫn tiến triển > 2 - 3 tuần Sốt tái phát	Viêm phổi Tổn thương lớn trong ngực Lao Hít dị vật đường thở Xẹp thùy phổi
Có phải ho ra máu thật?		Viêm phổi cấp Bệnh lý phổi mạn tính Hít dị vật đường thở Lao U phổi Bất thường mạch máu

2.3. Điều trị

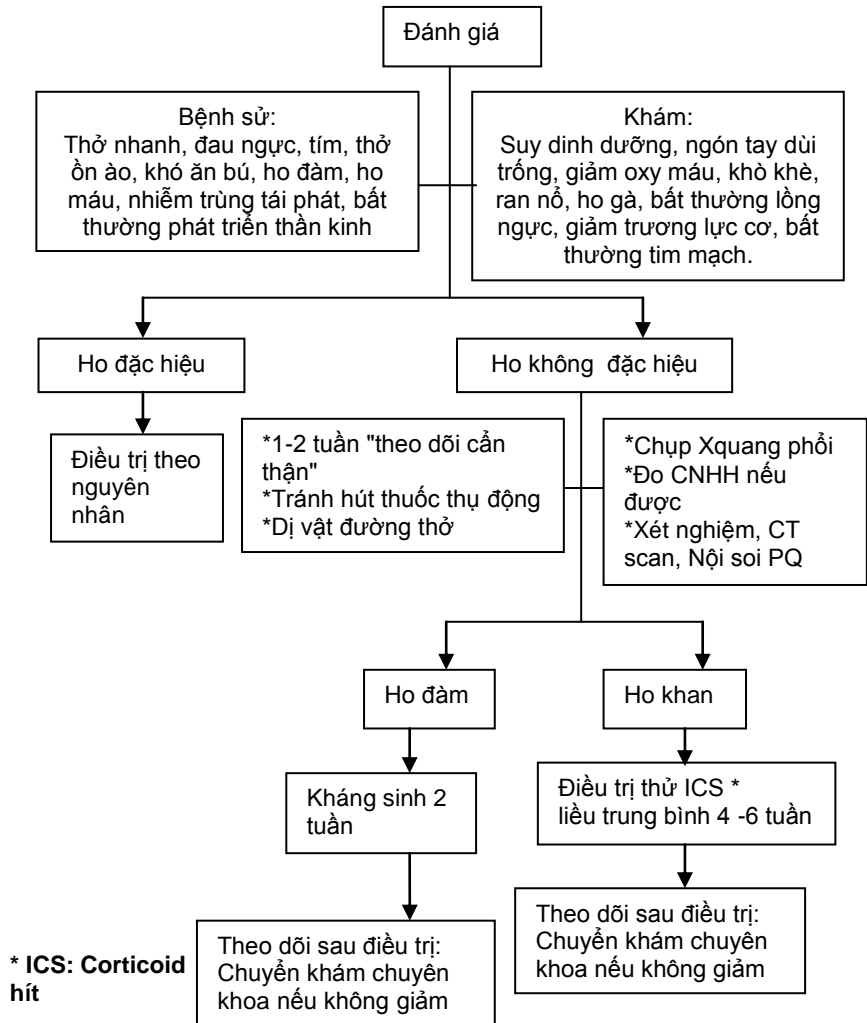
2.3.1. Ho cảm đơn thuần

- Thuốc ho thông thường: thuốc ho thảo dược.
- Thuốc dân phé quản: không hiệu quả ở trẻ không mắc suyễn.
- Kháng sinh: không hiệu quả hoặc không dùng trong ho cấp do "cảm lạnh" đơn thuần. (Kể cả viêm phé quản cấp tính và có đàm xanh mà không có dấu hiệu của viêm phổi).
- Giáo dục, giải thích cho cha mẹ bệnh nhân: diễn tiến tự nhiên của ho cảm.
 - + Phần lớn: hết ho trong 14 ngày nhưng một số ít ổn sau 3 - 4 tuần.

- + Dẫn dò dấu hiệu đưa đến tái khám (sốt cao liên tục, thở nhanh, rút lõm ngực, tím,...).
- + Cha mẹ nên được cảnh báo: thông tin trên Internet cần chọn lọc.

2.3.2. Ho với chẩn đoán đặc hiệu

- Điều trị các nguyên nhân đặc hiệu: viêm phổi mắc phải cộng đồng, viêm thanh khí quản, viêm tiểu phế quản, hen suyễn. Theo các hướng dẫn dựa trên y học chứng cứ.
- Kháng sinh nhóm macrolid: điều trị sớm ho gà (1 - 2 tuần đầu).
 - + Điều trị sớm: giảm thời gian nhiễm trùng. Giai đoạn đầu có thể khó phân biệt với cảm đơn thuần.
 - + Azithromycin, clarithromycin: hiệu quả tương đương, ít tác dụng phụ hơn erythromycin.
- Kháng histamin và steroid xịt mũi: ho dị ứng
 - + Theralene 0,25 mg/kg/lần \times 2 - 3 lần/ngày (cho trẻ > 2 tuổi)
 - + Toplexil 1 - 2 viên hoặc 5-10 ml \times 2 - 3 lần/ngày (cho trẻ > 8 tuổi).

Bảng 3. Lưu đồ đánh giá và điều trị ho mạn tính

3. HO KÉO DÀI

3.1. Chẩn đoán

3.1.1. Tất cả trẻ ho kéo dài phải được

- Hỏi bệnh sử một cách chi tiết
- Thăm khám lâm sàng kỹ
- Chụp X-quang ngực
- Đo chức năng hô hấp: nếu có điều kiện
- Và các xét nghiệm khác: IDR, chụp hình xoang, nội soi phế quản, thử nghiệm dị ứng,... tùy vào gợi ý lâm sàng trong từng trường hợp cụ thể.

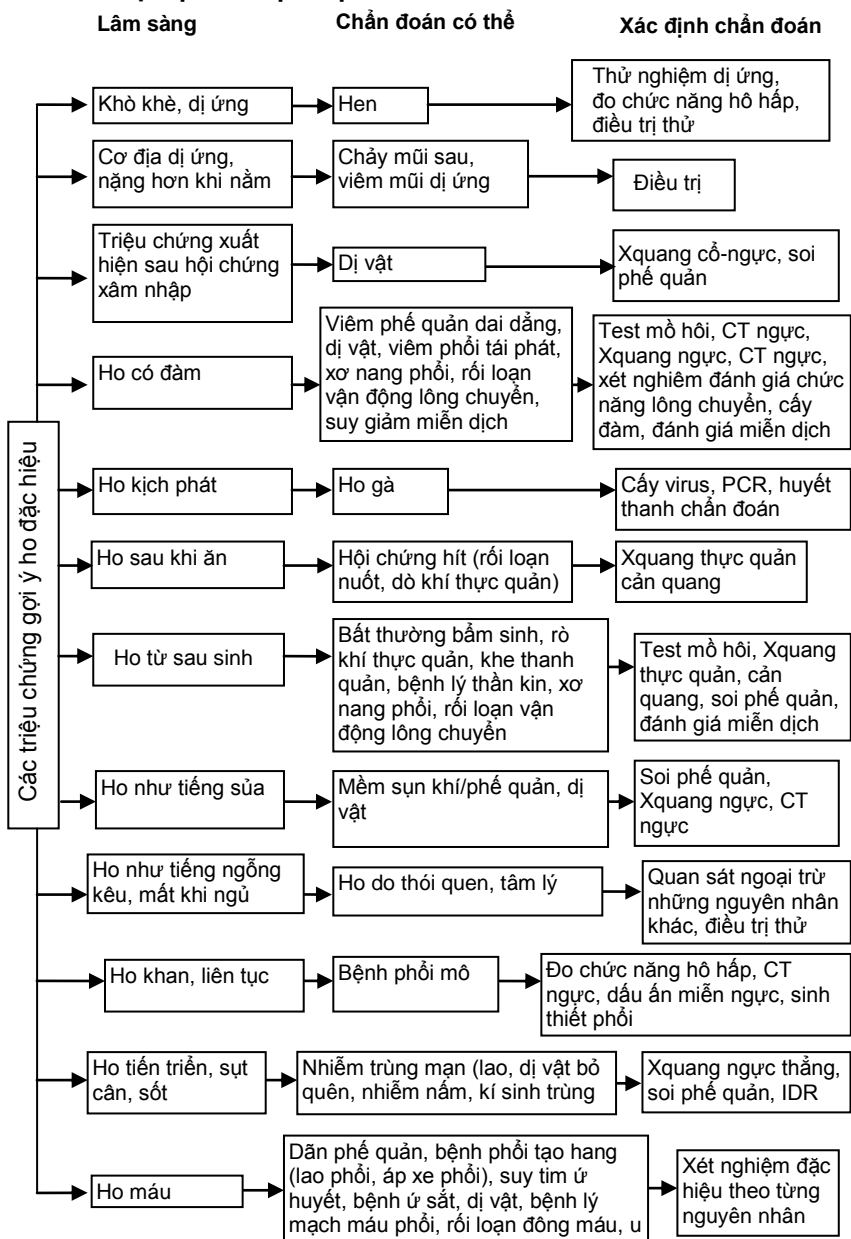
3.1.2. Phân loại ho kéo dài thành hai nhóm

- Ho đặc hiệu (có bệnh lý nguyên nhân).
 - Ho không đặc hiệu (không có bằng chứng của bệnh lý nguyên nhân)
- ❖ *Các nguyên nhân gây ho đặc hiệu thường biểu hiện các triệu chứng sau:*
- Ho có đàm, có thể là đàm mủ hoặc không: luôn là dấu hiệu bệnh lý
 - Khò khè
 - Hội chứng xâm nhập
 - X-quang phổi hoặc chức năng hô hấp bất thường
 - Có bệnh lý tim mạch, bệnh thần kinh cơ
 - Chậm lớn, ăn khó, hay ho máu,...
- ❖ *Ho không đặc hiệu:*
- Nếu không có các triệu chứng trên, X-quang ngực và chức năng hô hấp bình thường, nên nghĩ đến các nguyên nhân gây ho không đặc hiệu.
 - Một số chẩn đoán có thể là: ho dạng hen, ho kéo dài sau một đợt nhiễm siêu vi đường hô hấp, tăng ngưỡng nhạy

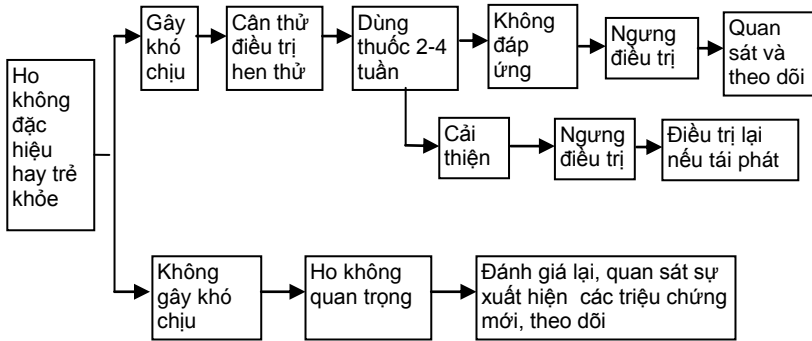
cảm của thụ thể ho, rối loạn chức năng (bao gồm ho do thói quen và tic).

- Nếu triệu chứng ho gây khó chịu cho bệnh nhân, có thể nghĩ đến chẩn đoán hen và cho điều trị thử. Nếu không đáp ứng, phải ngưng điều trị.
- Gia đình cần phải được tham vấn và theo dõi để phát hiện kịp thời các triệu chứng nặng.

Lưu đồ tiếp cận Ho đặc hiệu kéo dài



Lưu đồ tiếp cận Ho không đặc hiệu kéo dài



3.2. Điều trị

Vì ho là phản xạ có lợi nên đa số các trường hợp không cần sử dụng thuốc điều trị ho. Vấn đề quan trọng là xác định và điều trị nguyên nhân.

3.2.1. Điều trị nguyên nhân

Điều trị triệu chứng ho: gồm hai nhóm thuốc:

- Hỗ trợ ho: giúp ho có hiệu quả hơn
 - + Acetylcysteine.
 - 2 - 7 tuổi: 200 mg \times 2 lần/ngày
 - > 7 tuổi: 200 mg \times 3 lần/ngày
 - + Carbocysteine.
 - 2-5 tuổi: 125 mg \times 3 lần/ngày
 - 5-12 tuổi: 250 mg \times 3 lần/ngày
 - \geq 12 tuổi: 500 - 750 mg \times 3 lần/ngày
 - + Bromhexine: dùng cho trẻ \geq 2 tuổi, liều 0,4mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần
 - + Guaifenesine: thuốc tan đàm, thuốc phối hợp với thuốc khác như terbutalin, salbutamol,... liều dùng tính theo liều của thuốc phối hợp.

- + Nước muối ưu trương: khí dung
- + Các syrup thảo dược: hầu như vô hại cho trẻ
 - Chỉ định: khi ho có đàm.
 - Các loại thuốc ho thảo dược: Astex, Pectol, Zecuf, Prospan,...
- Chống ho: kiểm soát và ngăn chặn cơn ho.
 - + Codein: dùng cho trẻ em trên 30 tháng tuổi, dùng dưới dạng syrup, liều 1 - 1,5 mg/kg/ngày chia ra 4 lần
 - + Dextromethorphan: trẻ > 2 tuổi 1 mg/kg/ngày chia ra 3 lần
 - + Kháng histamine.
 - Chỉ định: ho khan làm bệnh nhân khó chịu, mệt mỏi, mất ngủ.
 - Chống chỉ định: hen suyễn, suy hô hấp.
 - Theralene 0,25 mg/kg/lần \times 2-3 lần/ngày (cho trẻ > 2 tuổi)
 - Toplexil 1-2 viên hoặc 5-10 ml \times 2-3 lần/ngày (cho trẻ > 8 tuổi).

VIÊM HÔ HẤP TRÊN (J06.9)

1. VIÊM MŨI CẤP VÀ BIẾN CHỨNG VIÊM XOANG

1.1. Viêm mũi cấp

1.1.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân thông thường là do virus đường hô hấp gây ra trong đó thường có sáu nhóm hay gặp là: *Rhinovirus*, *Coronavirus*, *Parainfluenza virus*, *Respiratory Syncytial virus*, *Influenza virus* và *Adenovirus*.

1.1.2. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh từ 2 - 3 ngày.
- Các dấu hiệu chính: chảy mũi, nghẹt mũi, ngứa mũi, đau họng và ho, trẻ sốt từ 38 – 39°C, nước mũi ban đầu trong sau đó đục.
- Viêm mũi do *Rhinovirus*, bệnh nhân bị chảy mũi, nghẹt mũi, ngứa mũi, từ ngày đầu, bệnh ồ ạt trong 2 - 3 ngày đầu, có kèm theo viêm họng và ho. Sổ mũi, ngứa mũi, kéo dài trong vài ba ngày nhưng ho thì còn kéo dài hơn 1 tuần.
- Nếu do *Adenovirus* trẻ có bị viêm kết mạc kèm theo.
- Khám mũi: niêm mạc mũi đỏ, chảy nước mũi trong hay đục, niêm mạc mũi có khi bóng như kiếng chứng tỏ xuất tiết. Chỉ có *Adenovirus* mới có viêm họng kèm theo, niêm mạc họng đỏ, đau rát họng và ho nhiều.

1.1.3. Chẩn đoán

- Bệnh xuất hiện theo mùa và nhiều người mắc phải, lây lan nhanh, tìm thấy siêu vi trong nước mũi.
- Phân biệt viêm mũi vận mạch: triệu chứng giống trên nhưng không theo mùa, không lây lan, bệnh tái đi tái lại nhiều lần. Viêm mũi dị ứng: chỉ ngứa mũi, ngứa mũi có kèm ngứa mũi.

1.1.4. Điều trị

- Nếu chưa có biến chứng bội nhiễm thì chỉ điều trị triệu chứng không cần dùng kháng sinh.
- Chỉ làm thông thoáng mũi: nhỏ mũi hoặc xịt mũi bằng Natri Chlorua 0,9% hoặc Natri Chlorua ưu trương 2,5 - 3%.
- Nếu đau họng thì điều trị tại chỗ bằng súc miệng nước muối.
- Nếu ho uống thuốc ho thảo dược hoặc dextromethorphan (liều trong bài tiếp cận ho) để giảm ho.
- Thuốc antihistamine không có tác dụng cụ thể.

1.2. Biến chứng viêm xoang cấp

1.2.1. Nguyên nhân

Biến chứng do nhiễm trùng thứ phát, các vi khuẩn thường thấy là: *H.influenzae*, tụ cầu, *Moraxella catarrhalis*, vi khuẩn hiếm khí và siêu vi.

1.2.2. Lâm sàng

- Viêm xoang thường hình thành trong giai đoạn bị viêm mũi cấp.
- Ngoài nhức đầu, nghẹt mũi, mất mùi bệnh nhi còn bị chảy mũi mủ, nếu bị viêm xoang hàm cấp khám thấy mủ chảy khe giữa, nếu viêm xoang sàng thì bờ dưới hố mắt vùng khoe trong mắt bị phù nề, hờ kết mạc, di động mắt bị giới hạn.
- Đối với trẻ > 12 tuổi xoang trán, xoang bướm mới mở. Viêm xoang trán thì nhức vùng trán vào buổi sáng, viêm xoang bướm thì nhức âm ỉ trong sâu, thường nhức vào ban đêm, ngoài triệu chứng nhức trẻ còn bị ho, hơi thở hôi. Viêm xoang sàn, xoang trán dễ gây biến chứng áp xe não.
- X-quang, CT scan xoang giúp rất nhiều trong chẩn đoán viêm xoang.

1.2.3. Điều trị

- Kháng sinh: 10 đến 15 ngày. Chọn một trong các loại sau:
 - + Amoxicillin 50 - 80 mg/kg/ngày, chia 3 lần.
 - + Amoxicillin + clavulanic acid: 50 – 80 mg/kg/ngày, chia 3 lần
 - + Trường hợp dị ứng penicillin, erythromycin: 50mg/kg/ngày, uống 10 ngày hoặc:
 - + Cefaclor 20 – 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, 10 ngày hoặc:
 - + Cefuroxime 20 – 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, 10 ngày hoặc:
 - + Cefixim 10 mg/kg/ngày, chia 1 - 2 lần, 10 ngày hoặc:
 - + Cefpodoxim 10 mg/kg/ngày, chia 1 - 2 lần, 10 ngày hoặc:
 - + Cefdinir 15 mg/kg/ngày, chia 2 lần, 10 ngày.
- Kháng viêm: alphachymotrysin: 1 viên \times 3 - 4 lần/ngày uống 5 ngày
- Giảm đau, hạ sốt: paracetamol 10 - 15 mg/kg \times 3 – 4 lần/ngày

2. VIÊM HỌNG CẤP VÀ BIẾN CHỨNG ÁP XE QUANH AMIĐAN, THÀNH HỌNG SAU

2.1. Viêm họng cấp

2.1.1. Lâm sàng

- **Viêm họng cấp do siêu vi:** nguyên nhân thường do *Rhinovirus*, *Coronavirus*, *Parainfluenza virus*, *Respiratory Syncytial virus*, *Influenza virus* và *Adenovirus*, đau họng, ngứa họng, rát họng, nuốt khó, ở

trẻ em thì có kèm theo sốt, bệnh thường kèm theo viêm mũi và ho.

- **Do liên cầu:** trẻ bị sốt cao có khi lên đến 40°C , đau họng dữ dội kèm theo khó nuốt. Khám họng đỏ rực, dày và có xuất tiết, bệnh lan cả vùng thành sau họng và vùng amidan, lưỡi gà phù nề. Bạch cầu máu tăng cao $> 12.000/\text{mm}^3$
- **Viêm họng cấp do bạch hầu:** thường xảy ra ở trẻ không chích ngừa, bệnh khởi đầu chậm, trẻ sốt, vướng họng, ho, giả mạc vùng amidan, vùng họng, giả mạc màu trắng, dễ chảy máu nằm rất sát vào niêm mạc, có thể lan ra khỏi amidan, phết họng cấy tìm ra *Corynebacterium*.
- **Viêm họng do vi khuẩn hiếm khí *Spirochete*:** trẻ sốt cao, đau họng, khó nuốt, quệt họng tìm thấy *Spirochete* hoặc vi khuẩn hiếm khí, phần lớn có vi khuẩn thông thường kèm theo như *Staphylococcus aureus*, khi có sự tham dự của tụ cầu thường hay có biến chứng như trẻ < 12 tháng có thể bị áp xe thành sau họng, trẻ lớn hay bị áp xe quanh amidan, viêm tĩnh mạch.

2.1.2. Điều trị

- **Viêm họng do siêu vi đơn thuần:** không dùng kháng sinh, chỉ giảm đau hạ sốt bằng paracetamol, giảm ho bằng dextromethorphan hoặc thuốc ho thảo dược.
- **Viêm họng cấp do liên cầu:** kháng sinh
 - + Penicillin V 50.000 đv/kg/ngày chia 4 lần , uống 10 ngày hoặc
 - + Amoxicillin 50 mg/kg/ngày uống 10 ngày hoặc
 - + Amoxicillin + clavulanic acid 50 mg/kg/ngày, chia 3 lần

- + Erythromycin 50 mg/kg/ngày uống 10 ngày trong trường hợp dị ứng với penicillin hoặc:
- + Azithromycin 10 mg/kg uống 1 lần trong ngày, trong 5 ngày hoặc:
- + Cephalexin 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 5 - 7 ngày hoặc:
- + Cefadroxil 30 mg/kg/ngày, 1 lần trong ngày, trong 5-7 ngày hoặc:
- + Cefaclor 20 - 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 7 ngày hoặc:
- + Cefuroxime 20 - 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 5 - 7 ngày hoặc:
- + Cefixim 10 mg/kg/ngày, chia 1-2 lần, trong 5 - 7 ngày hoặc:
- **Viêm họng cấp do bạch hầu:** bệnh phải được cách ly ngay → chuyển BV Bệnh Nhiệt đới.
- **Viêm họng cấp do vi khuẩn hiếm khí:** điều trị giống liên cầu

2.2. Áp xe quanh amidan

- Đây là biến chứng của viêm họng cấp. Vi khuẩn thường là tụ cầu, trẻ bị sốt cao, đau họng, khó nuốt và rất đau amidan. Amidan sưng to, đỏ, amidan bị đẩy vào trong, lưỡi gà bị đẩy lệch sang bên kia, sau 3 - 4 ngày nung mủ.
- Xử trí: nhập viện.

2.3. Áp xe thành sau họng

- Đây cũng là biến chứng của viêm họng cấp do tụ cầu, thường xảy ra ở trẻ em dưới 12 tháng.
- Xử trí: nhập viện.

3. Viêm tai giữa cấp và biến chứng viêm màng não, viêm tai xương chũm

3.1. Viêm tai giữa cấp

- Bệnh thường gặp ở trẻ từ 6 - 24 tháng, trai nhiều hơn gái, trẻ bú mẹ ít bị hơn, thường do: phế cầu, *Hemophilus influenza* hoặc *M. catarrhalis*. Ngoài ra, người ta còn tìm thấy siêu vi *Influenzae*, *Enterovirus*, *Rhinovirus* trong dịch tai giữa cấp.
- Lâm sàng: ban đầu trẻ bị sốt cao 38 - 39°C, bỏ bú, hay ói, trẻ bị đau tai, chạm vào tai bé khóc ré lên, nghe kém nhưng thường khó phát hiện, khám tai màng nhĩ trẻ phồng lên di động kém, nếu không điều trị kịp vài ngày sau màng nhĩ trở nên vàng sau đó vỡ mủ, sau khi chảy mủ, trẻ bớt sốt, giảm nhức tai.
- Xử trí: khám chuyên khoa.

3.2. Viêm màng não

- Biến chứng của viêm tai giữa cấp, đây là một bệnh nặng, trẻ bị sốt cao kèm nhức đầu, lừ đừ, sợ ánh sáng, Kernig, Brudzinski rõ, dịch não tủy có nhiều tế bào đa nhân.
- Xử trí: nhập viện.

3.3. Viêm xương chũm cấp

- Đây là biến chứng của viêm tai giữa cấp, bệnh khởi phát vài ngày, trẻ sốt nhiều hơn, vùng sau tai bị nề nhiều, đỏ nóng, đau khi sờ vào, X-quang xương chũm bị mờ.
- Xử trí: khám chuyên khoa.

VIÊM THANH QUẢN CẤP (J04.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh quản cấp là bệnh lý viêm cấp tính thanh quản (nắp thanh quản, thanh môn, hạ thanh môn).

2. NGUYÊN NHÂN

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

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

- **Lâm sàng:** chủ yếu là ba dấu hiệu điển hình:
 - + Ho ông ổng: có thể lúc đầu tiếng ho vang, trong; sau đó ho ông ổng như chó sủa
 - + Khàn tiếng hoặc mất tiếng.
 - + Thở rít thanh quản, khó thở thanh quản từ nhẹ đến nặng.
 - + Bệnh hay xảy ra vào ban đêm bắt đầu bằng triệu chứng cúm, khó thở thanh quản xảy ra tăng dần và có dấu hiệu điển hình trong vài giờ.
- **Cận lâm sàng:** huyết đồ, CRP, X-quang cổ thẳng, nghiêng.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chủ yếu phân biệt giữa viêm thanh quản do vi trùng và viêm thanh quản do siêu vi.
- Viêm thanh quản do vi trùng: xảy ra đột ngột, diễn tiến rất nhanh, sốt cao, mệt mỏi, có biểu hiện nhiễm trùng nặng, khó thở nhiều, có khi phải ngồi tư thế chồm ra

trước, khàn tiếng không nhiều nhưng hay kèm khó nuốt. Bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, CRP tăng cao.

- Viêm thanh quản do siêu vi: cũng xảy ra đột ngột nhưng diễn tiến từ từ hơn, không sốt hoặc sốt nhẹ, vừa, có thể khàn tiếng nhẹ nhưng cũng có khi mất tiếng, tổng trạng chung không bị ảnh hưởng nhiều, bạch cầu và CRP không cao.
- Một số nguyên nhân gây khó thở thanh quản cấp khác:
 - + Dị vật thanh quản: khó thở đột ngột, có hội chứng xâm nhập.
 - + Co thắt thanh quản do hạ calci máu.
 - + Bạch hầu thanh quản: họng có giả mạc, hạch góc hàm,...
 - + Áp xe thành sau họng.
 - + Phù thanh quản: do dị ứng, côn trùng đốt, bỏng, chấn thương,...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập cứu cứu khi

- Khó thở thanh quản độ IIB, III
- Suy hô hấp: tím tái, kích thích, giảm oxy máu
- Sốt cao hoặc trẻ có biểu hiện nhiễm độc.

4.2. Nhập viện: khó thở thanh quản độ IIA nhà ở xa hoặc không có điều kiện theo dõi sát.

4.3. Điều trị ngoại trú: Khó thở thanh quản độ I, IIA nhà gần, có điều kiện theo dõi

- Kháng viêm: hiệu quả rõ rệt trong viêm thanh quản hạ thanh môn do siêu vi
 - + Dexamethasone: 0,15 - 0,6 mg/kg liều duy nhất uống

- Có thể phối hợp với khí dung adrenalin 1‰ 0,5 mg/kg (tối đa 5 ml) phun khí dung nếu có khó thở.
- Kháng sinh: cho trong trường hợp viêm nắp thanh quản do vi trùng (corticoide thường không có hiệu quả).
 - + Amoxicillin + A.clavulanic 50 - 75 mg/kg/24 giờ chia 3 lần, hoặc
 - + Cefixim 8 mg/kg/ngày chia 1 - 2 lần hoặc
 - + Cefpodoxim 10 mg/kg/ngày chia 1 - 2 lần hoặc
 - + Cefdinir 15 mg/kg/ngày chia 1 - 2 lần
- Điều trị triệu chứng và điều trị hỗ trợ.
 - + Sốt cao: paracetamol 15 mg/kg/lần mỗi 6 giờ
 - + Lau mát, uống nhiều nước.
- Tái khám mỗi ngày
- Hướng dẫn dấu hiệu nặng cần đi khám ngay: co lõm ngực, tiếng rít khi nằm yên.

VIÊM PHẾ QUẢN (J20.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Cấp tính

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

2.2. Mạn tính

- Xơ hóa nang, suyễn, lao, dị vật bỏ quên.
- Hội chứng rối loạn lông chuyển.
- Hít vào do có bất thường giải phẫu (rò khí - thực quản, chẻ thanh quản); rối loạn chức năng nuốt có hoặc không có trào ngược dạ dày thực quản.
- Suy giảm miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, suy giảm MD dịch thể, không có khả năng đáp ứng miễn dịch với kháng nguyên loại polysaccharides.
- Tổn thương do hít: hút thuốc, ô nhiễm trong nhà như khói thuốc lá, bếp củi, hóa chất (formaldehyde NO₂), ô nhiễm ngoài trời như SO₂, ozon, NO₂.

- Phá hủy đường hô hấp mạn tính - theo sau nhiễm trùng hay chấn thương đường hô hấp chậm hồi phục hay lành không hoàn toàn.
- Chèn ép cơ học đường hô hấp (mềm khí – phế quản) hay chèn từ ngoài vào (vòng mạch, hạch).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử

- Tuổi, khởi phát triệu chứng
- Liên quan triệu chứng với lúc ăn
- Triệu chứng kèm (sốt, khò khè)
- Đặc trưng của ho: thời gian, các tác nhân làm giảm ho hay kích thích khởi phát ho.
- Tiền căn: bệnh đường hô hấp, ho, ngạt, tiêu phân mỡ, chậm lớn.
- Tiền sử gia đình: suyễn, viêm phế quản, viêm xoang, xơ hóa nang.
- Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, ozon.

3.2. Lâm sàng

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

3.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán viêm phế quản cấp do siêu vi thường dựa trên lâm sàng, không cần các xét nghiệm máu khác.

- Khi nghi ngờ viêm phổi, xẹp phổi thì cần chụp X-quang phổi, khi đó thấy hình ảnh dày thành phế quản, ứ khí.
- Cây đàm có ích khi bội nhiễm hay nghi ngờ vi trùng không thường gặp.
- Phân lập siêu vi thường khó, chỉ giúp ích cho mục đích dịch tễ học.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp độ 2 - 3.

4.2. Nhập viện: viêm phế quản không đáp ứng điều trị.

4.3. Điều trị ngoại trú:

- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, thông thoáng khí và đủ độ ẩm. Nên tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí. Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.
- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.
- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.
- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.
- Có thể dùng dẫn phế quản salbutamol hoặc terbutaline (uống hay khí dung) khi có khò khè.
- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn đường hô hấp.
 - + Prednisone hoặc prednisolone 0,5 - 1 mg/kg/ngày: 1 - 2 lần, hoặc
 - + Deflazacort 0,5 - 1,5 mg/kg/ngày: 1 - 2 lần.

VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN (J21.9)

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. NGUYÊN NHÂN

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

3. CHẨN ĐOÁN

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

3.1. Bệnh sử

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

3.2. Tiền căn

- Khò khè trước đó (nếu ≥ 2 lần cần phân biệt với suyễn).
- Yếu tố nguy cơ:
 - + Tuổi < 3 tháng.
 - + Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh.

- + Bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn tính kèm theo: tim bẩm sinh tím, cao áp phổi, loạn sản phế quản phổi,...
- + Suy dinh dưỡng nặng.
- + Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải.

3.3. Thăm khám

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

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

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

3.4. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu trong giới hạn bình thường.
- X-quang ngực:
 - + Ú khí
 - + Dày thành phế quản hoặc viêm phổi kẽ
 - + Xẹp phổi
 - + Bình thường.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

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

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp nặng

4.2. Nhập viện

- Biểu hiện nhiễm trùng, bú kém.
- Khó thở (phập phồng cánh mũi, co kéo cơ liên sườn), thở nhanh (theo lứa tuổi)
- Ba mẹ không có điều kiện chăm sóc bé tại nhà.
- Có một trong các yếu tố nguy cơ.

4.3. Điều trị ngoại trú

Nguyên tắc điều trị: chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ.

Điều trị hỗ trợ:

- Kháng sinh:

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

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

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

- Thuốc dẫn phế quản:

- + Có thể sử dụng khi chưa loại trừ suyễn.
- + Khí dung salbutamol: 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu 2,5mg; tối đa 5mg/lần).
- + Không khuyến cáo dùng dẫn phế quản đường uống.
- + Không dùng kháng Cholinergic.

- Corticosteroid:

- + Còn nhiều tranh cãi, không khuyến cáo dùng thường qui ở trẻ khỏe mạnh và trẻ nhỏ viêm tiểu phế quản lần đầu.

- + Có thể có hiệu quả ở những bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính (loạn sản phế quản phổi) và bệnh nhân khò khè nhiều lần trước đó.
- + Khí dung corticoid không hiệu quả trong dự phòng khò khè tái phát.
- Nước muối ưu trương Natri chlorua 3% phun khí dung:
 - + Có tác dụng làm giảm phù nề đường thở và nút nhầy.
 - + Dùng Natri chlorua 3% đơn độc không kèm thuốc dẫn phế quản.
 - + Natri chlorua 3% hiệu quả hơn Natri chlorua 9‰ trong cải thiện triệu chứng nặng và giảm thời gian nằm viện.
 - + Sử dụng ở những bệnh nhân:
 - Lần đầu tiên khò khè
 - Không có bệnh lý tim mạch, bệnh phổi mạn tính.
- Vật lý trị liệu hô hấp: không chỉ định thường qui, chỉ định trong những trường hợp có xẹp phổi.

VIÊM PHỔI (J18.9)

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là tình trạng viêm nhu mô phổi.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do vi sinh

- Vi trùng:

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

- Siêu vi:

- + Siêu vi là tác nhân thường gặp gây viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm 45% trẻ viêm phổi nhập viện.
- + Siêu vi gây viêm phổi thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi: *Influenzae virus*, *Respiratory syncytial virus* (RSV). Ngoài ra, tùy theo lứa tuổi, các siêu vi khác bao gồm: *Parainfluenzae viruses*, *Adenoviruses*, *Rhinoviruses*, *Metapneumoviruses*.

2.2. Không do vi sinh

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

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử

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

3.2. Lâm sàng

- **Triệu chứng chung:**
 - + Tìm dấu hiệu nặng: tím tái, không uống được, li bì khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.
 - + Thở nhanh luôn có trong viêm phổi:
 - Trẻ < 2 tháng: nhịp thở ≥ 60 lần/phút.
 - Trẻ 2 tháng đến < 12 tháng: nhịp thở ≥ 50 lần/phút.
 - Trẻ 12 tháng đến < 5 tuổi: nhịp thở ≥ 40 lần/phút.
 - Trẻ ≥ 5 tuổi: nhịp thở ≥ 30 lần/phút.
 - + Khó thở: co lõm ngực, phập phồng cánh mũi,...
 - + Khám phổi: tùy trường hợp có thể nghe ran nổ, ran ẩm, rì rào phế nang giảm, âm thổi ống, rung thanh tăng,...
- **Biểu hiện ngoài đường hô hấp:**
 - + Bụng chướng do nuốt hơi nhiều khi thở
 - + Đau bụng khi có viêm thủy dưới phổi
 - + Gan to do cơ hoành bị đẩy xuống

- + Dấu hiệu cổ cứng (không do viêm màng não) có thể gặp trong viêm thùy trên phổi phải.

3.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, X-quang ngực thẳng.
- Các xét nghiệm khác, tùy tình huống:
 - + CRP, cấy máu nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết
 - + VS, IDR, BK/dịch dạ dày, đàm: nếu nghi ngờ lao
 - + Huyết thanh chẩn đoán: *Mycoplasma*, *Chlamydia*: trường hợp viêm phổi kéo dài.

3.4. Chẩn đoán

- **Chẩn đoán xác định:**
 - + Lâm sàng: sốt, ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực.
 - + X-quang phổi: tiêu chuẩn chính để xác định viêm phổi, tuy nhiên mức độ tổn thương trên X-quang có thể không tương xứng với lâm sàng.
- **Chẩn đoán phân biệt:** suyễn, dị vật đường thở, bệnh phổi bẩm sinh, suy tim, tim bẩm sinh, bệnh cơ tim, bệnh chuyển hoá, ...

3.5. Phân loại viêm phổi ở trẻ < 5 tuổi

Viêm phổi rất nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Tím trung ương
- Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được.
- Co giật, li bì, khó đánh thức.
- Suy hô hấp nặng.

Viêm phổi nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Thở co lõm ngực
- Cánh mũi phập phồng
- Rên rì (trẻ < 2 tháng).

Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được xem là viêm phổi nặng.

Viêm phổi: khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp nặng, viêm phổi rất nặng.

4.2. Nhập viện: khi viêm phổi nặng chưa tím, viêm phổi nhà xa hoặc không có điều kiện theo dõi, viêm phổi không đáp ứng với kháng sinh bằng đường uống sau 48 giờ điều trị.

4.3. Điều trị ngoại trú: viêm phổi không có dấu hiệu viêm phổi nặng hay rất nặng.

Nguyên tắc điều trị:

- Đánh giá đúng mức độ nặng nhẹ của bệnh.
- Dùng kháng sinh phù hợp (dựa vào lâm sàng, lứa tuổi).
 - + Amoxicillin 80 - 90 mg/kg/ngày hoặc amoxicillin/clavulanate 50 mg/kg/ngày, cefuroxim 20 - 40 mg/kg/ngày, thời gian điều trị ít nhất là 5 ngày.
 - + Viêm phổi do vi trùng không điển hình (*M. pneumoniae*, *Cpneumoniae*)
 - Erythromycin 50 - 80 mg/kg/24giờ chia làm 3 - 4 lần, uống trong 14 ngày.
 - Clarithromycin 15 mg/kg/24giờ chia 2 lần, uống trong 10 ngày.
 - Azithromycin 10 mg/kg/ngày, uống 1 lần trong 3 - 5 ngày.
 - Đối với trẻ lớn có thể sử dụng nhóm Quinolone (levofloxacin, gatifloxacin,...).
- Đánh giá tình trạng lâm sàng sau 48 đến 96 giờ điều trị.

SUYỄN TRẺ EM (J45.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

Suyễn là một bệnh lý viêm mạn đường thở kết hợp với tăng phản ứng của đường dẫn khí biểu hiện các đợt khò khè, khó thở, nặng ngực và ho. Các giai đoạn này thường có khả năng phục hồi tự nhiên hay sau điều trị.

2. CÁCH TIẾP CẬN

2.1. Bệnh sử

- Ho
- Khò khè
- Khó thở
- Nặng ngực
- Triệu chứng thường xảy ra và nặng hơn vào ban đêm hay sáng sớm, tái đi tái lại, xuất hiện thành từng đợt sau khi tiếp xúc với dị nguyên, khi thay đổi mùa, hay gắng sức.
- Tiền căn bản thân, gia đình: suyễn, dị ứng, viêm da dị ứng, viêm mũi dị ứng,...

2.2. Khám thực thể: hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới

- Thở nhanh, co lõm ngực, phập phồng cánh mũi, hõm trên ức.
- Khám phổi:
 - + Ran rít, ran ngáy
 - + Phế âm giảm, thông khí kém.

2.3. Cận lâm sàng

- Thăm dò chức năng hô hấp: để theo dõi, quản lý suyễn:
 - + Hô hấp ký (> 5 tuổi): FEV1, FVC, FEV1/FVC, PEF.
 - + Hội chứng tắc nghẽn có đáp ứng với dẫn phế quản.
 - + Dao động xung ký (2 - 5 tuổi).

- Xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt:
 - + Công thức máu (bạch cầu ái toan/máu)
 - + Test da với các dị nguyên
 - + IgE trong máu
 - + X-quang phổi: chẩn đoán phân biệt, phát hiện biến chứng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán suyễn: 5 tiêu chuẩn

- Bệnh sử ho khò khè tái đi tái lại
- Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới trên lâm sàng hoặc đo chức năng hô hấp
- Đáp ứng với thuốc dẫn phế quản
- Có yếu tố nguy cơ suyễn
- Loại được các nguyên nhân khác.

3.2. Chẩn đoán mức độ nặng cơn suyễn

Trẻ ≤ 5 tuổi

	Nhẹ	Nặng
Rối loạn tri giác	Không	Kích thích, lơ mơ, lú lẫn
SpO ₂	≥ 92%	< 92%
Nói từng câu/từng từ	Từng câu	Từng từ
Mạch	< 100 lần/phút	> 200 lần/phút (0-3 tuổi) > 180 lần/phút (4-5 tuổi)
Tím trung ương	Không	Có thể có
Mức độ khò khè	Thay đổi	Có thể im lặng

Chỉ cần hiện diện vài thông số, không cần thiết tất cả các thông số để phân độ nặng cơn suyễn.

Trẻ > 5 tuổi

	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Dọa ngưng thở
Khó thở	Khi đi lại.	Khi nói. Trẻ nhỏ: khóc yếu hơn, ngắn hơn, khó ăn.	Khi nghỉ ngơi. Trẻ nhỏ: bỏ ăn.	
Tư thế	Có thể nằm.	Thường ngồi.	Ngồi cúi người ra trước.	
Khả năng nói chuyện	Từng câu.	Từng cụm từ.	Từng từ.	
Tri giác	Có thể kích thích.	Thường kích thích.	Thường kích thích.	Lơ mơ, hôn mê.
Nhịp thở	Tăng.	Tăng.	Thường > 30 lần/phút.	
	Nhịp thở bình thường của trẻ khi thức: < 2 tháng < 60 lần/phút 2 - 12 tháng < 50 lần/phút 1 - 5 tuổi < 40 lần/phút 6 - 8 tuổi < 30 lần/phút			
Cơ kéo cơ hô hấp phụ và hõm trên xương ức	Thường không	Thường có	Thường có	Di chuyển ngực bụng nghịch thường
Khò khè	Vừa, thường chỉ thì thở ra.	Lớn	Thường lớn	Mất
Mạch	< 100 lần/phút	100-120 lần/phút	> 120 lần/phút	Nhịp chậm
SpO₂ (khí trời)	> 95%	91 - 95%	< 90%	
Chỉ cần hiện diện vài thông số, không cần thiết tất cả các thông số để phân độ nặng cơn suyễn				

3.3. Mức độ kiểm soát cơn suyễn**Trẻ ≤ 5 tuổi**

Kiểm soát triệu chứng	Mức kiểm soát triệu chứng hen		
Trong 4 tuần qua trẻ đã	Kiểm soát tốt	Kiểm soát một phần	Không kiểm soát
- Có các triệu chứng hen ban ngày trong hơn vài phút, hơn một lần trong tuần <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - Có bất kỳ hạn chế hoạt động do hen nào không? (Chạy/chơi ít hơn trẻ em khác, dễ mệt trong lúc đi bộ/chơi?) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - Cần thuốc cắt cơn* hơn một lần một tuần? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - Có lần nào thức giấc ban đêm hoặc ho ban đêm do hen không?	Không điều nào	1-2 điều	3-4 điều
Nguy cơ tương lai đối với kết cục hen xấu			

Trẻ > 5 tuổi

Kiểm soát triệu chứng		Mức kiểm soát triệu chứng hen		
Trong 4 tuần qua trẻ đã		Kiểm soát tốt	Kiểm soát một phần	Không kiểm soát
Triệu chứng hen ban ngày hơn 2 lần/tuần Có thức giấc về đêm do hen Cần thuốc cắt cơn hơn 2 lần/tuần Có hạn chế vận động do hen	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Không điều nào	1-2 điều	3-4 điều
Nguy cơ tương lai đối với kết cục hen xấu				
Đánh giá yếu tố nguy cơ lúc chẩn đoán và định kỳ, đặc biệt với bệnh nhân từng bị đợt kịch phát Đo FEV ₁ lúc bắt đầu điều trị, sau khi điều trị với thuốc kiểm soát 3 - 6 tháng để ghi nhận chức năng phổi tốt nhất của bệnh nhân, sau đó định kỳ sẽ đánh giá nguy cơ đang diễn tiến				

- **Yếu tố nguy cơ cơn suyễn nặng:**
 - + Nhập cấp cứu vì suyễn trong năm trước
 - + Đặt nội khí quản vì suyễn
 - + Mới uống corticoid hay uống thời gian ngắn
 - + Không dùng ICS
 - + Dùng hơn 1 lọ cắt cơn/1 tháng
 - + Không tuân thủ điều trị
 - + Có vấn đề tâm lý.

3.4. Chẩn đoán phân biệt suyễn trẻ dưới 5 tuổi

- Nhiễm trùng: viêm mũi xoang mạn, nhiễm trùng hô hấp tái phát, lao.
- Dị tật:
 - + Rò khí quản – thực quản, mềm sụn khí quản
 - + Vòng mạch
 - + Tim bẩm sinh có cao áp phổi
 - + Suy giảm miễn dịch
 - + Loạn sản phế quản phổi
- Cơ học: dị vật đường thở, trào ngược dạ dày thực quản.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp, tuần hoàn, suyễn cơn nặng – dọa ngưng thở.

4.2. Nhập viện

Suyễn cơn trung bình không đáp ứng sau 3 lần khí dung liên tiếp.

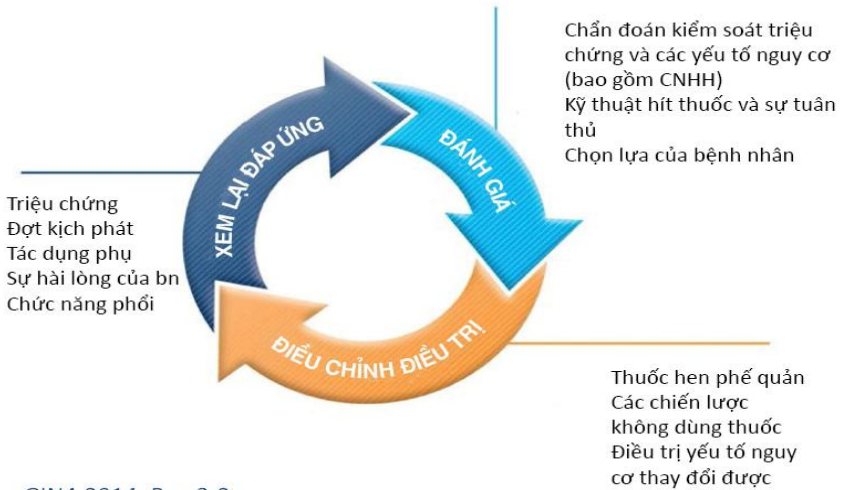
4.3. Khám chuyên khoa

- Khó xác định chẩn đoán
- Suyễn không kiểm soát hoặc đợt kịch phát thường xuyên
- Yếu tố nguy cơ tử vong
- Nguy cơ tác dụng phụ đáng kể do điều trị

4.4. Điều trị ngoại trú: suyễn cơn nhẹ - trung bình.

Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị:
 - + Xử trí cấp cơn suyễn cấp
 - + Điều trị phòng ngừa.



4.4.1. Điều trị cắt cơn

- **Đồng vận β_2 tác dụng nhanh (SABA) (salbutamol)**
 - + Khí dung salbutamol 3 lần liên tục cách 20 phút hoặc Ventolin xịt 2-10 nhát/lần 3 lần liên tục
 - + Liều:
 - 0,15 mg/kg/lần (min 2,5 mg/lần; max 5 mg/lần).
 - Cách pha: lượng salbutamol + NaCl 9% = 3 ml.
- **Corticoid toàn thân:**
 - + Sử dụng cho cơn suyễn trung bình, cơn nhẹ không đáp ứng với điều trị đồng vận β_2 ban đầu
 - + Liều:
 - Prednisone uống: 1mg/kg/ngày.
 < 2 tuổi: max 20mg.
 2-5 tuổi: max 30 mg.
- **Các điều trị không khuyến cáo:**
 - + Kháng sinh: ngoại trừ trường hợp bội nhiễm (B)

- + Vật lý trị liệu hô hấp (D)
- + Thuốc long đàm (C)
- + Thuốc an thần (D)

4.4.2. Điều trị phòng ngừa

- Nguyên tắc:
 - + Khởi đầu điều trị: theo độ nặng suyễn.
 - + Điều chỉnh điều trị: theo mức độ kiểm soát.
 - + Đánh giá đáp ứng điều trị: 2 - 6 tuần.
 - + Thời gian đạt hiệu quả kiểm soát: 3 tháng.
 - + Theo dõi: mỗi 1 - 6 tháng.
- Liều corticoid hít:

	Liều thấp (mcg)	Liều trung bình (mcg)	Liều cao (mcg)
Budesonide MDI + buồng đệm	100 - 200	> 200 - 400	> 400
Budesonide khí dung	250 - 500	> 500 - 1.000	> 1.000
Fluticasone	100 - 200	> 200 - 500	> 500

- Chỉ định ICS liều thấp khi:
 - + Triệu chứng hen ≥ 2 lần/tháng
 - + Thức giấc do hen ≥ 1 lần/tháng
 - + Triệu chứng hen bất kỳ + nguy cơ đợt kịch phát
 - Cần nhắc bắt đầu ở bước cao hơn khi:
 - + Triệu chứng hen gây khó chịu hầu hết các ngày
 - + Thức giấc do hen ≥ 1 lần/tuần, đặc biệt + nguy cơ đợt kịch phát
 - Montelukast:
- Chỉ định:
- + Suyễn kèm viêm mũi dị ứng
 - + Suyễn do virus

- + Suyễn do vận động
- + Ho dạng suyễn.

Liều:

- + Trẻ ≤ 5 tuổi: 4 mg
- + Trẻ ≥ 5 tuổi và < 13 (15) tuổi: 5 mg
- + Trẻ ≥ 13 (15) tuổi: 10 mg
- Những trẻ đã được điều trị dự phòng corticoid, montelukast hoặc cả hai nên tiếp tục sử dụng theo liều chỉ định trong và sau cơn suyễn.

Chương III.

TIÊU HÓA

ĐAU BỤNG CẤP TÍNH (R10.4)

1. ĐỊNH NGHĨA

Đau bụng cấp là những cơn đau vùng bụng từ nhẹ đến dữ dội, thường xảy ra đột ngột. Đây là triệu chứng thường gặp và không đặc hiệu ở trẻ em, có thể là biểu hiện của nhiều bệnh lý nội và ngoại khoa từ nhẹ đến nặng.

2. NGUYÊN NHÂN

	Sơ sinh	2 tháng – 2 tuổi	2 – 5 tuổi	> 5 tuổi
Thường gặp	Colic Trào ngược dạ dày-thực quản	Viêm dạ dày ruột Nhiễm siêu vi	Viêm dạ dày ruột Táo bón Viêm họng Viêm tai giữa Nhiễm siêu vi	Viêm dạ dày ruột Táo bón Viêm họng Nhiễm siêu vi
Ngoại khoa	Xoắn ruột Tắc ruột, dính ruột Thủng tạng rỗng Xoắn tinh hoàn Viêm	Lồng ruột Hẹp môn vị phì đại Xoay ruột bất toàn Xoắn tinh hoàn Thoát vị nghẹt Chấn thương bụng Dị vật tiêu hóa	Viêm ruột thừa Chấn thương bụng Lồng ruột Dị vật tiêu hóa Tắc ruột Xoắn buồng trứng/tinh hoàn	Viêm ruột thừa Chấn thương bụng Thủng ổ loét DDTT Tắc ruột Xoắn buồng trứng/tinh hoàn Nang buồng trứng vỡ Thai ngoài tử cung

	ruột hoại tử			
Khác	Dị ứng sữa	Hirschsprung Hội chứng urê huyết tán huyết (HUS) Viêm túi thừa Meckel Viêm gan Ngộ độc Dị ứng thức ăn Nhiễm trùng tiểu U bướu Bất dung nạp lactose	Viêm phức mạc nguyên phát Nhiễm trùng tiểu Viêm phổi Henoch Schonlein Áp-xe ổ bụng Viêm gan Túi thừa Meckel Ngộ độc Viêm hạch mạc treo	Nhiễm toan ketone/tiểu đường Viêm phổi Nhiễm trùng tiểu, Sỏi thận Hội chứng tán huyết urê huyết cao Henoch Schonlein. Trào ngược dạ dày thực quản Viêm ruột mạn Áp-xe ổ bụng Viêm túi mật, Viêm tụy Viêm gan Túi thừa Meckel Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim Cơn migraine bụng Viêm hạch mạc treo Đau bụng kinh Viêm vùng chậu Hội chứng Mittelschmerz

3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử

- Đặc điểm cơn đau: khởi phát (từ từ, đột ngột), vị trí, kiểu đau (từng cơn, âm ỉ, co thắt), hướng lan (khu trú, lan tỏa), yếu tố giảm đau (sau đi tiêu, tư thế chống hông, sau nôn ói...). Ở trẻ nhỏ, đau bụng có thể biểu hiện bằng các cơn khóc thét kéo dài, bú kém, kích thích,...

- + *Viêm ruột thừa*: đau quanh rốn, lan hố chậu phải.
- + *Xoắn buồng trứng, tinh hoàn*: đau đột ngột, khu trú, dữ dội.
- + *Lồng ruột*: đau từng cơn, co thắt.
- + *Viêm dạ dày ruột*: đau mơ hồ, lan tỏa.
- + *Viêm túi mật, gan*: đau hạ sườn phải.
- + *Viêm loét dạ dày tá tràng*: đau thượng vị, khu trú.
- + *Viêm tụy*: đau quanh rốn, thượng vị âm ỉ, lan sau lưng.
- Triệu chứng đi kèm:
 - + *Toàn thân*: sốt, mệt mỏi.
 - + *Đau họng*.
 - + *Nhức đầu*: nhiễm siêu vi, viêm họng.
 - + *Nôn ói*: cần loại trừ xoắn ruột (óí dịch mật ở trẻ sơ sinh), lồng ruột ở nữ nhi, viêm ruột thừa.
 - + *Tiêu chảy*: thường gặp trong viêm dạ dày ruột, nhiễm trùng tiêu, lồng ruột (tiêu máu ở nữ nhi) hay viêm ruột, bệnh Crohn, hội chứng urê huyết tán huyết (tiêu đàm máu).
 - + *Ho, thở nhanh, đau ngực*: trong viêm phổi.
 - + *Tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, tiểu khó* trong nhiễm trùng tiêu hay tiểu nhiều, khát nước trong nhiễm toan ceton tiêu đường.
 - + *Tiểu máu*: trong sỏi hệ niệu, Henoch Schonlein purpura, hội chứng tán huyết urê huyết cao.
 - + *Đau khớp*: Henoch Schonlein purpura.

3.2. Tiền căn

- Phẫu thuật ở bụng: gợi ý tắc ruột do dính, Hirschsprung
- Chấn thương bụng
- Bệnh nội khoa: tiểu đường, hội chứng thận hư
- Phụ khoa: kinh nguyệt, huyết trắng

- Thuốc đã dùng
- Đau tương tự trước đây.

3.3. Khám lâm sàng

- **Tổng trạng**
 - + *Dấu hiệu giảm thể tích, mất nước*: chấn thương bụng, xoắn ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc.
 - + *Vàng da*: bệnh lý gan, tán huyết.
- **Sinh hiệu**
 - + *Sốt gợi ý bệnh nhiễm trùng*: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm họng, nhiễm trùng tiểu,...
 - + *Thở nhanh*: viêm phổi, toan chuyển hóa (trong nhiễm toan ceton, viêm dạ dày ruột kèm mất nước, viêm phúc mạc, tắc ruột,...)
 - + *Huyết áp thấp*: xuất huyết do chấn thương bụng, xoắn ruột, tắc ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc ruột thừa.
- **Khám bụng (cần loại trừ bụng ngoại khoa)**
 - + Bụng chướng
 - + Nhu động ruột
 - + Vị trí đau
 - + Dấu hiệu viêm phúc mạc
 - + Thăm trực tràng.
- **Khám tổng quát:**
 - + Tai mũi họng → viêm họng
 - + Hô hấp: ran phổi → viêm phổi
 - + Tim mạch: nhịp tim nhanh, tiếng cọ màng tim, gallop, âm thổi... → viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim
 - + Niệu dục: phù nề, sung nóng → thoát vị nghẹt, xoắn tinh hoàn.
 - + Da niêm: rash, purpura, petechie, vết bầm, vàng da.

3.4. Cận lâm sàng: tùy theo định hướng nguyên nhân**- Huyết đồ:**

- + Bạch cầu: tăng gợi ý bệnh lý viêm hay nhiễm trùng, tăng $> 20.000/\text{mm}^3 \rightarrow$ viêm ruột thừa, viêm phổi, áp xe.
- + Hematocrit: thấp gợi ý xuất huyết, kèm giảm tiểu cầu trong hội chứng tán huyết urê huyết cao.

- Sinh hóa:

- + Tăng men gan, lipase, amylase: gợi ý viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy.
- + Toan chuyển hóa: mất nước, nhiễm toan ceton, tắc ruột, viêm phúc mạc.
- + Đường huyết tăng: gợi ý nhiễm toan ceton.
- + Ion đồ, chức năng thận.

- Nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu

- + Tiểu máu: sỏi niệu, Henoch Schonlein purpura, nhiễm trùng tiểu, hội chứng tán huyết urê huyết cao.
- + Tiểu mù: nhiễm trùng tiểu.
- + Tiểu đạm: hội chứng thận hư.
- + Tiểu đường, ceton: nhiễm toan ceton tiểu đường.

- X-quang:

- + X-quang bụng: dấu tắc ruột (mức nước hơi, quai ruột dẫn), thủng tạng rỗng (hơi tự do), dị vật (sỏi cản quang thận, túi mật,...).
- + X-quang ngực: viêm phổi.

- Siêu âm bụng:

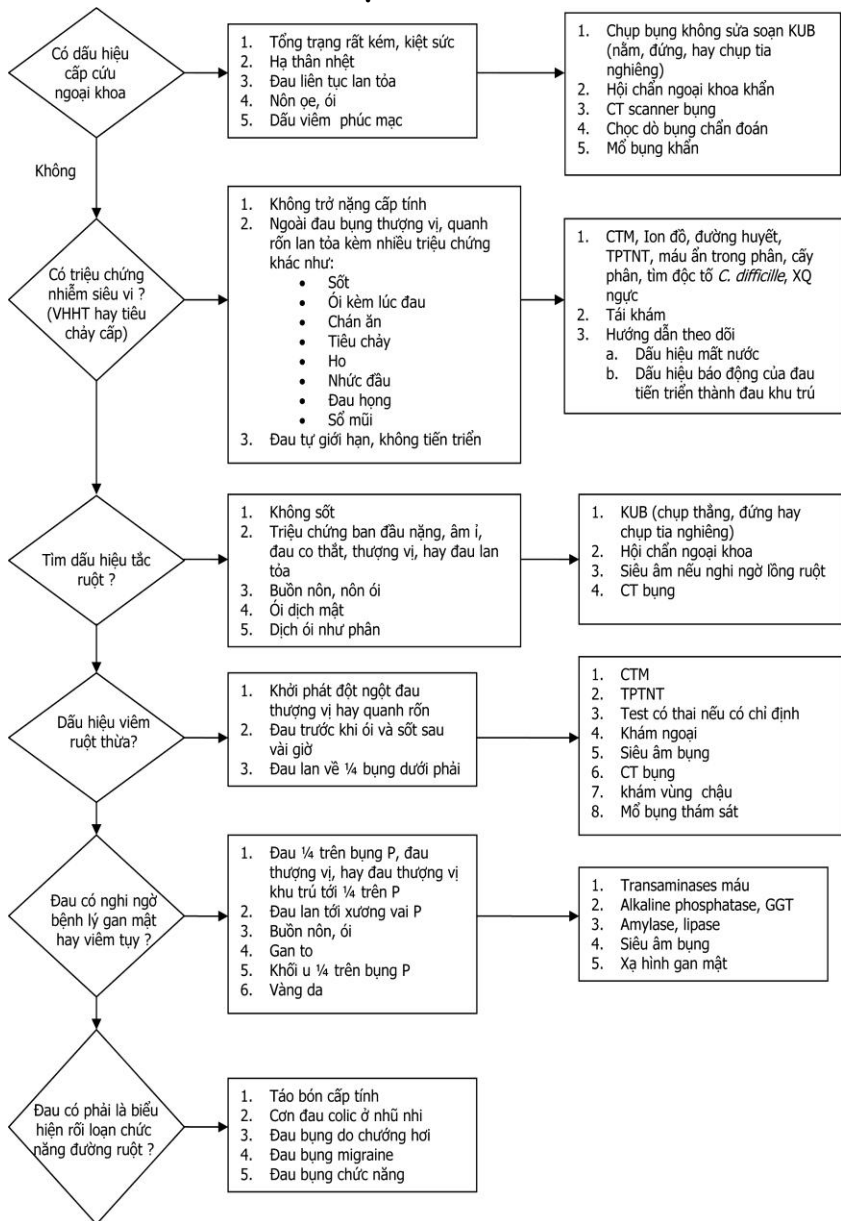
- + Chẩn đoán lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột do xoay ruột bất toàn, viêm tụy, bệnh lý hệ niệu dục (sỏi niệu, xoắn tinh hoàn, buồng trứng, u nang buồng trứng vỡ, thai ngoài tử cung,...).

- + Siêu âm bụng bình thường không loại trừ lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột.
- **CT scan bụng:**
 - + Giúp chẩn đoán viêm tụy, khối u ở bụng, abscess ổ bụng, viêm ruột thừa khó, túi thừa Meckel.

3.5. Chẩn đoán

Dựa vào hỏi bệnh sử, thăm khám và các xét nghiệm (xem lưu đồ chẩn đoán)

LƯU ĐỒ LƯỢNG GIÁ LÂM SÀNG



4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp, sốc,...

4.2. Nhập viện: Hầu hết các đau bụng cấp cần được nhập viện theo dõi nếu chưa loại trừ được nguyên nhân ngoại khoa, đau bụng do bệnh lý gan, mật, tụy.

4.3. Điều trị ngoại trú: đau bụng do rối loạn chức năng ruột

Điều trị theo nguyên nhân, tránh dùng thuốc giảm đau khi chưa loại trừ nguyên nhân ngoại khoa.

ĐAU BỤNG MẠN

1. ĐỊNH NGHĨA

- Theo Apley, đau bụng mạn là những cơn đau lặp lại, lớn hơn hoặc bằng ba cơn đau, trong ít nhất 3 tháng, ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường và chất lượng cuộc sống của trẻ.
- Về phương diện lâm sàng, đau kéo dài từ 1 đến 2 tháng có thể được xem như là đau bụng mạn.

2. NGUYÊN NHÂN

Đau bụng mạn ở trẻ em là một hội chứng do nhiều nguyên nhân, phần lớn là đau bụng chức năng. Tuy nhiên, điều quan trọng là nhận diện được một tỷ lệ nhỏ nguyên nhân thực thể gây đau bụng mạn, từ nguyên nhân tại đường tiêu hoá lẫn nguyên nhân ngoài đường tiêu hoá, thông qua các dấu hiệu “báo động đỏ”.

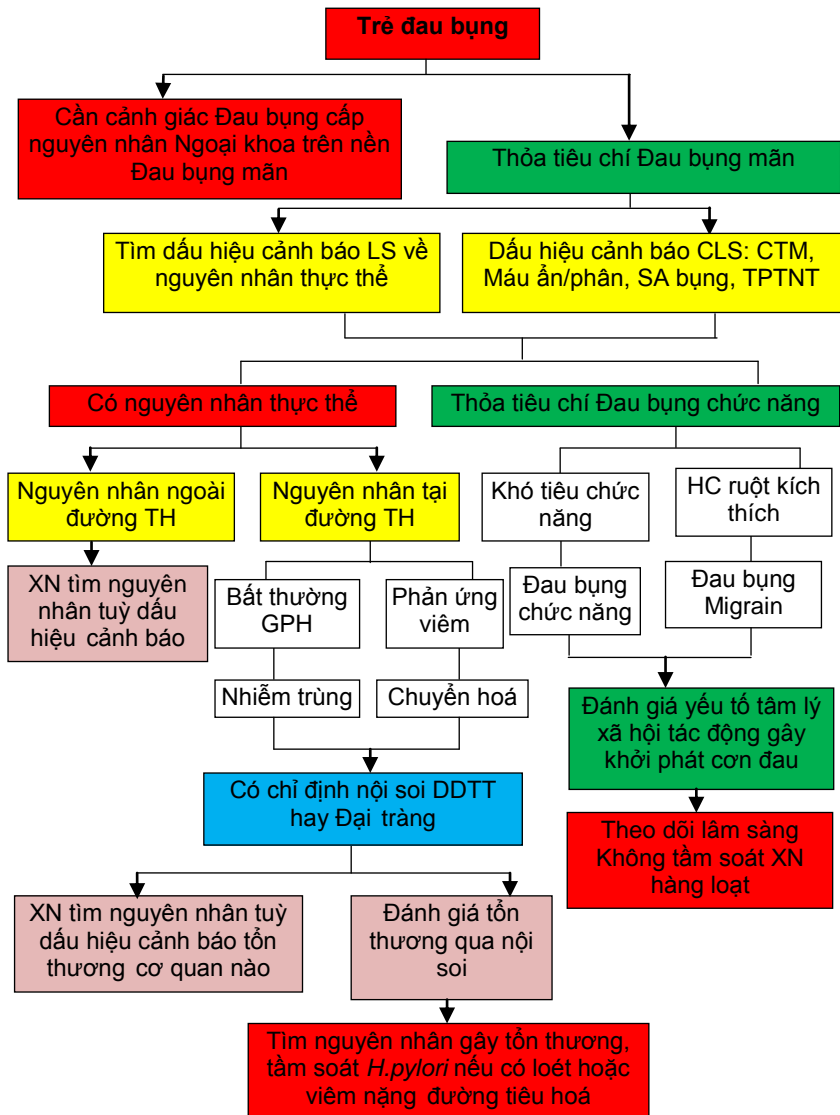
3. TIẾP CẬN KHÁM LÂM SÀNG

- Mục tiêu hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và làm một số xét nghiệm thường quy trên bệnh nhi đau bụng mạn là nhằm phát hiện dấu hiệu “báo động đỏ” về một nguyên nhân thực thể.
- Đây là bước tiếp cận rất quan trọng để khu trú nguyên nhân cũng như định vị cơ quan đích bị tổn thương, tránh chỉ định xét nghiệm tràn lan.
- Đặc biệt chú ý tìm **NGUYÊN NHÂN** gây đau bụng, tránh sa đà vào việc tầm soát *H.pylori* không xâm lấn (thử máu, thử phân tìm *H.pylori*), không có giá trị.

- Cần chú ý đánh giá các yếu tố tâm lý xã hội tác động gây khởi phát cơn đau ở trẻ đau bụng mạn (gia đình, trường học, bạn bè, thay đổi môi trường sống, các biến cố vui buồn trong cuộc sống, thức ăn,...).

3.1. Dấu hiệu bệnh sử cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mạn

- Tuổi < 5 tuổi
- Đau ngoài điểm quanh rốn
- Cơn đau thức giấc buổi tối
- Ói mửa nặng
- Sụt cân không rõ nguyên nhân
- Đường tăng trưởng đi xuống
- Ói máu, tiêu máu
- Tiêu chảy kéo dài nặng
- Tiểu gắt, tiểu khó, tiểu máu
- Khó nuốt
- Đau khớp
- Sốt không giải thích được
- Tiền sử gia đình có người bệnh viêm ruột mạn, ung thư dạ dày



3.2. Dấu hiệu khám lâm sàng cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mạn

- Ấn đau $\frac{1}{4}$ trên phải hoặc $\frac{1}{4}$ dưới phải.
- Sờ thấy khối ở bụng
- Gan to
- Lách to
- Ấn đau trên cột sống hoặc góc sườn cột sống
- Bất thường quanh hậu môn
- Các dấu hiệu thực thể bất thường khác.

4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Xét nghiệm thường qui

- Công thức máu
- VS
- Máu ẩn trong phân
- Siêu âm bụng
- Tổng phân tích nước tiểu.

4.2. Các xét nghiệm khác

Tùy thuộc vào các nguyên nhân thực thể nghi ngờ sẽ làm các xét nghiệm tương ứng

5. TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN ĐAU BỤNG CHỨC NĂNG THEO ROME III

Tiêu chuẩn Rome III có năm thể đau bụng chức năng (trẻ 4 - 18 tuổi)

5.1. Khó tiêu chức năng (phải có tất cả những điều sau):

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hằng tuần:

- Đau kéo dài hoặc đau tái diễn hoặc cảm giác khó chịu vùng bụng trên và

- Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu, khối u, bệnh chuyển hóa và
- Đau hoặc khó chịu không giảm sau đi tiêu hoặc đau khởi phát khi thay đổi số lần đi tiêu hay thay đổi tính chất phân

5.2. Hội chứng ruột kích thích (phải có tất cả những điều sau):

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hằng tuần:
Cảm giác khó chịu vùng bụng kèm với hai trong ba triệu chứng sau:

- Giảm sau đi tiêu và/hoặc
- Đau khởi phát khi thay đổi số lần đi tiêu và/hoặc
- Đau khởi phát khi thay đổi tính chất phân.
- Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu, khối u, bệnh chuyển hóa.

5.3. Đau bụng chức năng (phải có tất cả những điều sau):

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hằng tuần:

- Đau bụng từng đợt hoặc đau liên tục và
- Không có tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn tiêu hóa chức năng khác và
- Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu, khối u, bệnh chuyển hóa.

5.4. Hội chứng đau bụng chức năng ở trẻ nhỏ

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hằng tuần:

- Đau ít nhất 25% thời gian và có ít nhất 1 tiêu chí sau:
 - + Ảnh hưởng (mất) vài sinh hoạt hằng ngày và/hoặc
 - + Thêm vài triệu chứng toàn thân: nhưc đầu, đau chi hoặc khó ngủ.

5.5. Đau bụng migraine: phải bao gồm tất cả những điều sau
Trong vòng 12 tháng, ≥ 2 đợt:

- Cơn đau quanh rốn dữ dội, xảy ra đột ngột, cấp tính kéo dài hơn ≥ 1 giờ, và
- Xen kẽ các đợt trẻ vẫn khỏe mạnh, kéo dài vài tuần tới vài tháng, và
- Cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày và
- Cơn đau đi kèm ≥ 2 triệu chứng sau:
 - + Biếng ăn và/hoặc
 - + Buồn nôn và/hoặc
 - + Nhức đầu và/hoặc
 - + Sợ ánh sáng và/hoặc
 - + Xanh xao

Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu, khối u, bệnh chuyển hóa.

6. TIẾP CẬN XỬ TRÍ BAN ĐẦU TRẺ ĐBM TẠI PHÒNG KHÁM

6.1. Nhập cấp cứu khi: rối loạn dấu hiệu sinh tồn như suy hô hấp, sốc, mất nước nặng có triệu chứng nghi ngờ rối loạn điện giải - toan kiềm,...

6.2. Nhập viện

- Trẻ suy kiệt nặng do ăn uống kém, nôn ói nhiều, co giật.
- Trẻ có dấu hiệu cảnh báo một nguyên nhân thực thể, cần đánh giá thêm bằng các xét nghiệm chuyên sâu mà không thể thực hiện ngay tại phòng khám.
- Trẻ đau bụng mạn ảnh hưởng nặng đến sinh hoạt của trẻ.

6.3. Khám chuyên khoa

- Thể đau bụng kịch phát cần cảnh giác loại trừ bụng ngoại khoa mới xuất hiện trên nền đau bụng mạn, nhất là trẻ có sốt hoặc bí trung đại tiện, nôn vọt, tiêu máu,... cần hội chẩn Ngoại khoa.
- Khám chuyên khoa tương ứng khi nghi ngờ đau bụng do những nguyên nhân ngoài đường tiêu hoá.

6.4. Điều trị ngoại trú

- Các trường hợp trẻ đau bụng mạn kèm:
 - + Không có dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân thực thể
 - + Khám lâm sàng hoàn toàn bình thường, bụng mềm không đề kháng
 - + Các xét nghiệm thường quy bình thường
- Cần tư vấn cho thân nhân yên tâm rằng hiện không có một nguy cơ đe dọa nghiêm trọng sức khoẻ đứa trẻ (tránh dùng thuật ngữ “Đau bụng tâm lý” dễ gây hiểu nhầm và khó chấp nhận cho thân nhân) và bệnh nhi có thể điều trị ngoại trú.
- Đa phần đau bụng mạn ở trẻ em là đau bụng chức năng. Điều chỉnh hành vi, lối sống và kiểm soát yếu tố khởi phát đau là nguyên tắc hàng đầu trong điều trị đau bụng mạn chức năng.
- Hướng dẫn thân nhân cách phát hiện và kiểm soát các yếu tố tâm lý - xã hội gây khởi phát cơn đau, cải thiện lối sống, giảm áp lực học tập,...
- Cho thuốc điều trị triệu chứng tuỳ theo thể lâm sàng:
 - + Khó tiêu chức năng:
 - Ranitidine 5 - 10 mg/kg/ngày chia làm 3 lần uống trước ăn 30 phút.
 - Phosphalugel:

trẻ < 1 tuổi: 2,5 - 5 ml/lần, ngày 3 - 4 lần
 trẻ > 1 tuổi: 5 - 20 ml/lần, ngày 3 - 4 lần sau ăn
 30 phút

▪ Simethicone:

< 2 tuổi: 20 mg × 4 lần/ngày
 2 - 12 tuổi: 40 mg × 4 lần/ngày
 > 12 tuổi: 40 - 250 mg × 4 lần/ngày uống sau
 ăn

+ Đau bụng chức năng, đau bụng kịch phát riêng lẻ:

- Ranitidine 5–10 mg/kg/ngày chia làm 3 lần uống trước ăn 30 phút.
- Cốm Xitrina: < 1 tuổi: $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ mcp × 2-3 lần; ≥ 1 tuổi: 1-2 mcp × 2-3 lần
- Bổ sung chất xơ
- Chế độ ăn Lactose free

+ Hội chứng ruột kích thích:

- Sorbitol nếu táo bón: $\frac{1}{2}$ - 1 gói uống buổi sáng lúc đói
- Prokinetic: metoclopramide 0,1 mg/kg/liều × 3 - 4 lần/ngày, domperidon 0,25 - 0,5 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần,...
- Thuốc giảm co thắt: buscopan: 0,3 – 0,6 mg/kg/lần × 2 - 3 lần/ngày, Spasmaverin: trẻ > 12 tuổi: 1 - 3 viên/ngày
- Dầu bạc hà có thể mang lại một số lợi ích cho trẻ bị hội chứng ruột kích thích.

+ Đau bụng Migraine: cần khám chuyên khoa.

- **Hướng dẫn thân nhân cách chăm sóc tại nhà:**
 - + Điều quan trọng là làm biến đổi các yếu tố gây xuất hiện hoặc gia tăng triệu chứng đau.
 - + Cần có sự hợp tác giữa gia đình và nhà trường để nâng đỡ trẻ.
 - + Nếu triệu chứng đau xảy ra liên tục, vẫn cho trẻ đi học đều đặn, tham gia các hoạt động ở lớp. Trong một số trường hợp, thầy thuốc cần liên hệ với thầy cô giáo để giải thích tính chất của vấn đề.
 - + Trong gia đình, nên ít chú ý trực tiếp vào triệu chứng đau.
- **Hướng dẫn thân nhân dấu hiệu cần tái khám ngay:**

khi xuất hiện bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào về nguyên nhân thực thể (xem phần Tiếp cận khám lâm sàng), cần cho trẻ tái khám ngay.

TIẾP CẬN TRẺ NHỎ VÀNG DA TẠI PHÒNG KHÁM

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Tắc nghẽn đường mật ngoài gan

- Teo đường mật
- Nang ống mật chủ
- Sỏi mật hay bùn ống mật
- U (intrinsic and extrinsic)
- Viêm xơ đường mật nguyên phát
- Thủng ống mật

2.2. Nhiễm trùng

- Virus (HIV, virus viêm gan B – C, *Cytomegalovirus*, *Herpes*, *Rubella*, *Echovirus*, *Adenovirus*,...)
- *Toxoplasma*
- Vi khuẩn (nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng huyết, giang mai)

2.3. Bất thường bẩm sinh

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

2.4. Rối loạn chuyển hóa

- Carbohydrate: galactosemia, fructosemia, glycogenesis
- Rối loạn chuyển hóa amino acid: Tyrosinemia
- Rối loạn chuyển hóa lipid
- Rối loạn chuyển hóa tổng hợp acid mật
- Hội chứng Zellweger
- Thiếu alpha-1-antitrypsin

2.5. Khác

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

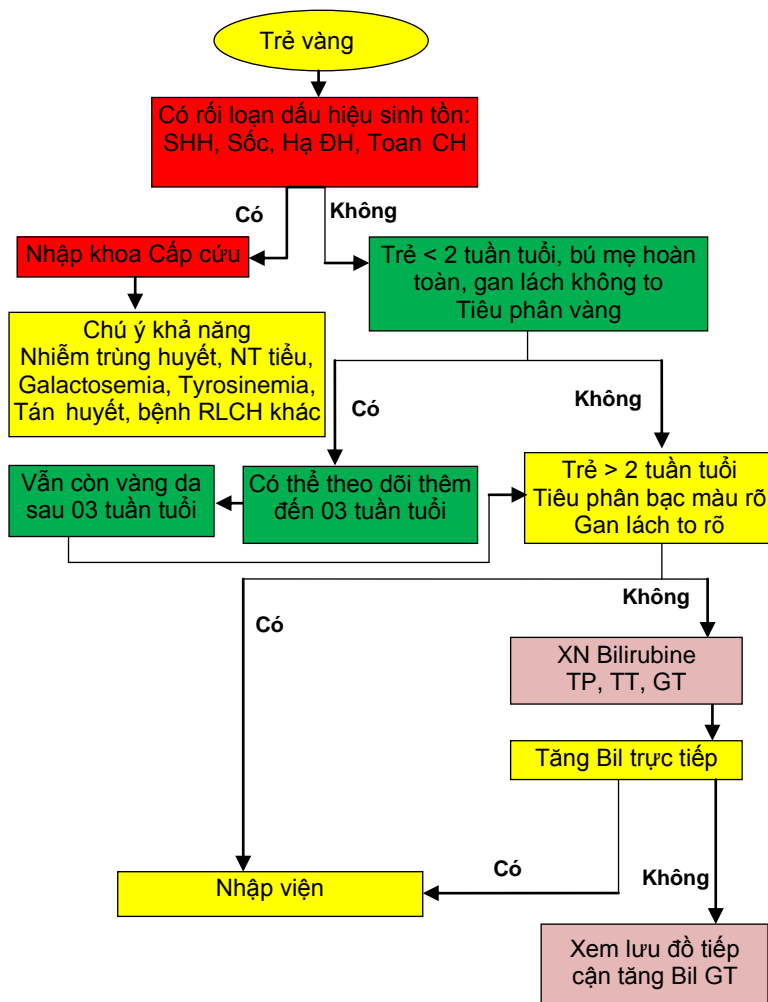
3. CHẨN ĐOÁN

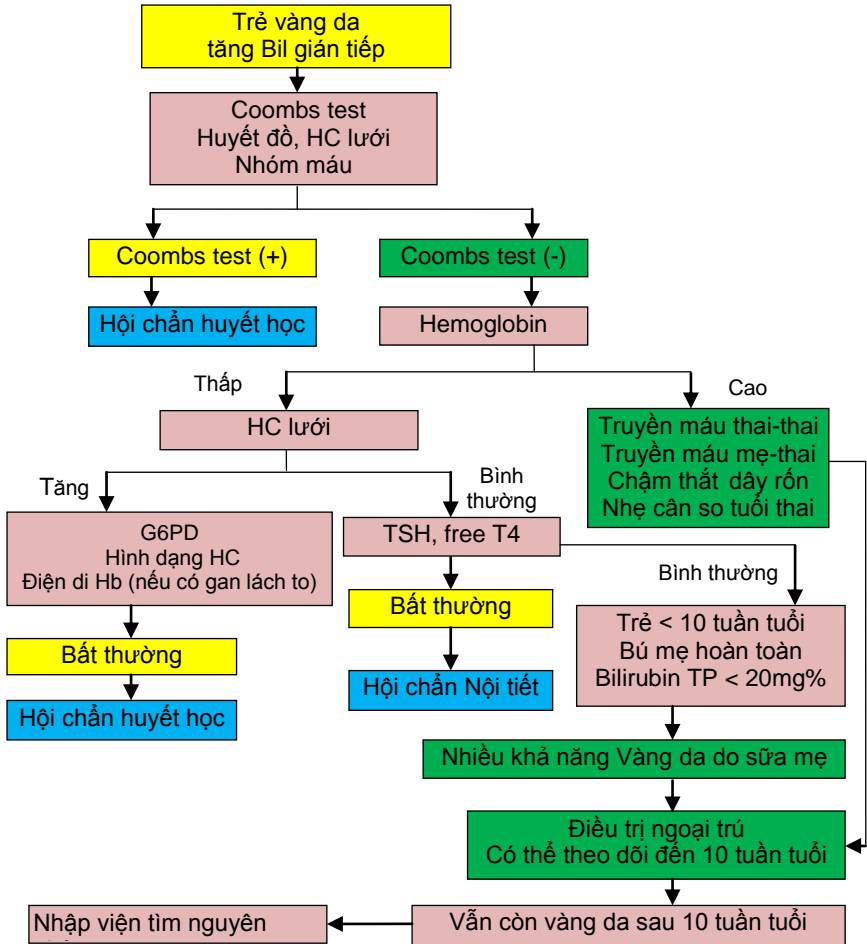
3.1. Các mốc quan trọng cần lưu ý

- Trẻ **sau 02 tuần tuổi** vẫn còn vàng da phải được đánh giá khả năng vàng da bệnh lý, trừ trường hợp trẻ bú mẹ hoàn toàn, tiêu phân vàng, tổng trạng tốt, gan lách không to, có thể chờ theo dõi thêm đến 03 tuần tuổi.
- Vàng da ứ mật ở trẻ nhỏ có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau, tuy nhiên điều quan trọng là cần phân biệt vàng da do **Ứ mật tại gan** hay **Tắc nghẽn đường mật ngoài gan**, trong đó hay gặp nhất là **Teo đường mật bẩm sinh**.
- Tiếp cận điều trị hai nhóm bệnh lý này hoàn toàn khác nhau. Nhóm tắc nghẽn đường mật ngoài gan cần phải can thiệp phẫu thuật và tiên lượng phụ thuộc thời điểm trẻ được làm phẫu thuật Kasai. Do đó, cần hoàn tất quá trình đánh giá bệnh nhân **trước 08 tuần tuổi**.

- Trong trường hợp bệnh nhân xin về thu xếp nhập viện: cho làm ngay bilan đánh giá ban đầu tại phòng khám, bao gồm:
 - + Các xét nghiệm xác định ứ mật: Bil TP/TT, GGT, PAL.
 - + Đánh giá tổn thương cơ quan: CTM, SGOT, SGPT, đạm máu, albumin máu, TG, cholesterol, ion đồ, ure, creatinin.
- Giúp rút ngắn thời gian chờ xét nghiệm, tiết kiệm “Thời gian Vàng” cho bệnh nhi Teo đường mật.

3.2. Lưu đồ tiếp cận đánh giá trẻ vàng da tại phòng khám





4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu: trẻ vàng da kèm dấu hiệu suy hô hấp, sốc, hạ đường huyết,...

4.2. Nhập viện

- Tất cả trẻ sau 02 tuần tuổi tăng bilirubin trực tiếp, sau khi hoàn tất 3 bước đánh giá ban đầu ở phòng khám, cần cho nhập viện để đánh giá các bước tiếp theo, nhằm phân biệt

bệnh lý ứ mật tại gan hay tắc nghẽn đường mật ngoài gan (Teo đường mật bẩm sinh).

- Trẻ vàng da tăng bilirubin gián tiếp $> 20 \text{ mg\%}$ kéo dài hoặc vẫn còn vàng da sau 10 tuần tuổi.

4.3. Khám chuyên khoa: trẻ vàng da tăng bilirubin gián tiếp nghi do bệnh lý huyết học hoặc nội tiết.

4.4. Điều trị ngoại trú

- Trẻ vàng da có thể theo dõi ngoại trú khi
 - + Tăng bilirubin gián tiếp $< 20 \text{ mg\%}$
 - + Và: 2 tuần $<$ trẻ $<$ 10 tuần tuổi
 - + Và: bú mẹ hoàn toàn
- Hướng dẫn cho trẻ tiếp tục bú mẹ và theo dõi dấu hiệu vàng da nhân, không dùng thuốc.
- **Hướng dẫn thân nhân cách chăm sóc tại nhà:**
 - + Trẻ vàng da nghi do sữa mẹ vẫn tiếp tục bú mẹ, mẹ ăn uống bình thường.
 - + Chẩn đoán nên ghi: “Vàng da tăng Bilirubine gián tiếp”, tránh thuật ngữ “Vàng da do sữa mẹ” gây hiểu nhầm cho thân nhân, làm bà mẹ hoặc gia đình không muốn cho trẻ bú mẹ nữa.
- **Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu cần tái khám ngay:**
 - + Trẻ có dấu hiệu vàng da nhân: lờ đờ, bú kém hoặc bỏ bú, ọc sữa nhiều, co gồng.
 - + Trẻ đi tiêu phân trắng hoặc phân bạc màu.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN ÓI (R11)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Ói là sự tổng xuất hoàn toàn hay một phần chất chứa trong dạ dày ra ngoài qua đường miệng, có kết hợp sự co thắt cơ bụng và cơ hoành.
- Nôn trở là sự quay trở lại của thức ăn ở dạ dày lên miệng mà không có sự co thắt cơ bụng và cơ hoành.

2. NGUYÊN NHÂN

- Ói có thể là triệu chứng của nhiều bệnh lý ở nhiều cơ quan khác nhau.
- Cần lưu ý một số nguyên nhân cần can thiệp khẩn cấp như: lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm não, viêm màng não.
- Ói cũng gây ra những biến chứng nguy hiểm như: sốc, rối loạn điện giải, toan kiềm.

3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

3.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm xuất hiện: ói mới đây hay đã lâu, ói ngay sau sanh hay sau sanh một khoảng thời gian vài tuần.
- Số lần nôn: lưu ý nếu bệnh nhân nôn tất cả mọi thứ.
- Cách nôn: nôn thụ động hay ói vọt.
- Có liên quan đến bữa ăn, tư thế, sau ho.
- Tính chất dịch ói:
 - + Ói muộn sau bữa ăn, chứa thức ăn chưa tiêu hóa: gợi ý nguyên nhân tắc đường thoát của dạ dày như hẹp phì đại môn vị, biến dạng môn vị do sẹo loét hành tá tràng.

- + Dịch ói có màu vàng hoặc xanh, kèm đau bụng con: gợi ý nguyên nhân tắc nghẽn sau tá tràng (màng chắn tá tràng, lồng ruột, tắc ruột, HC động mạch mạc treo tràng trên, tắc ruột do dính, thoát vị nghẹt).
- + Ói dịch nâu, ói máu: các bệnh lý có tổn thương niêm mạc (viêm thực quản trào ngược, viêm loét dạ dày tá tràng, HC Mallory Weiss, dị ứng sữa).
- Triệu chứng đi kèm:
 - + Triệu chứng tiêu hóa: đau bụng con, tiêu chảy, tiêu máu.
 - + Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa: sốt, đau đầu, ho, khô khè kéo dài.
- Chế độ dinh dưỡng: sữa công thức, hay sữa mẹ.
- Các thuốc đã dùng (Corticoid, Antihistamin, Morphine).
- Tiền căn bản thân và gia đình: tiền căn dị ứng, hen suyễn, mê đay, đau đầu migraine, động kinh, chấn thương đầu, tiền căn sản khoa.

3.2. Lâm sàng

- **Dấu hiệu toàn thân:**
 - + Tình trạng mất nước: da khô, sụt cân, tiểu ít, mắt trũng, da véo da mắt chậm.
 - + Dấu hiệu toan chuyển hóa: thở nhanh sâu.
- **Khám bụng:**
 - + Tìm dấu chương bụng, dấu rắn bò, giảm hoặc mất nhu động ruột (gặp trong tắc ruột).
 - + Phản ứng thành bụng (viêm phúc mạc), sờ thấy u lồi, khối u.
 - + Thăm trực tràng phân có máu (lồng ruột, viêm ruột), đau túi cùng (viêm ruột thừa, viêm phúc mạc: chỉ có ý nghĩa với trẻ lớn, hợ tác).

- + Gan lách to.
- + Khỏi thoát vị, vết mổ cũ.
- **Các triệu chứng ngoài đường tiêu hóa:**
 - + Triệu chứng thần kinh: thóp phồng, cổ gượng, dấu hiệu thần kinh định vị, dấu tăng áp lực nội sọ (mạch chậm, huyết áp tăng), tật đầu to, tật đầu nhỏ, tăng hoặc giảm trương lực cơ, đồng tử giãn hay đồng tử không đều hai bên.
 - + Bất thường cơ quan sinh dục (không rõ ràng giới tính), da sạm màu: tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh.

3.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ: tìm dấu hiệu thiếu máu, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Siêu âm bụng: chẩn đoán lồng ruột, tắc ruột, viêm phúc mạc, hẹp phì đại môn vị, viêm tụy, đánh giá gan và đường mật.
- X-quang bụng đứng không sửa soạn: chẩn đoán tắc ruột, lồng ruột giai đoạn muộn (mực nước hơi).

3.4. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân	Tính chất ói	Đặc điểm đi kèm
Tắc đường thoát dạ dày Hẹp phì đại môn vị	Ói vọt, nôn muợn sau bú	Trẻ 4 - 12 tuần tuổi, sụt cân, mất nước, kiềm chuyển hóa, có thể sờ thấy khối u hình quả trám ở thượng vị. Siêu âm bụng chẩn đoán
Màng chắn tá tràng, tụy, nhấn	Ói dịch dạ dày	Thường gặp ở trẻ sơ sinh, nữ nhi, nhưng cũng có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi. XN: X-quang bụng, TOGD

Hẹp, teo tá tràng	Cường độ ới phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn, dịch ới là dịch dạ dày	Thường trong giai đoạn sơ sinh, phổ biến hơn ở trẻ HC Down. X-quang bụng không sửa soạn có hình ảnh hai mức khí dịch.
Tắc ruột non	Ới dịch mật	Thường xuất hiện 48 giờ đầu sau sanh, 3 tháng đầu. Tuy nhiên cũng có thể phát hiện muộn hơn.
Ruột xoay bất toàn	Ới dịch mật	Chướng bụng, có thể có mất nước và rối loạn điện giải. X-quang bụng có hình ảnh mực nước hơi
Xoắn ruột	Ới dịch mật	Có thể có xoắn ruột kèm
Lồng ruột	Ới rất nhiều lần	Đau bụng, tiêu máu. Xuất hiện đột ngột ở trẻ khỏe mạnh, kèm đau bụng cơn, có thể có tiêu máu ở giai đoạn muộn. Thường xảy ra ở trẻ 1-6 tuổi.
Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên	Ới dịch mật, có thể ới từng đợt	Đau bụng, có tư thế giảm đau, có thể có sụt cân. X-quang cho thấy tắc nghẽn ngang tá tràng→TOGD, CT bụng
Tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa Viêm dạ dày, viêm	Có thể ới máu hay ới dịch nâu	Đau bụng (hay khó chịu ở trẻ nhỏ), sụt cân, biếng

<p>thực quản</p> <p>Trào ngược dạ dày thực quản</p> <p>Dị ứng sữa</p>	<p>Ói dịch dạ dày, đôi khi có máu (viêm thực quản), thường xuất hiện sau bữa ăn</p> <p>Ói dịch dạ dày</p>	<p>ăn. Chẩn đoán bằng nội soi dạ dày thực quản</p> <p>Hay gặp ở trẻ nhũ nhi</p> <p>Có thể kèm tiêu chảy kéo dài, tiêu máu. Đổi sữa đậu nành hay sữa thủy phân trong 2-4 tuần</p>
<p>Rối loạn vận động ruột</p> <p>Hạ kali</p> <p>Tăng calci, tăng Magne</p> <p>Hội chứng giả tắc ruột</p>	<p>Ói, bụng chướng</p> <p>Ói, táo bón</p> <p>Bụng chướng, ói dịch mật</p>	<p>Bệnh cảnh toàn thân</p> <p>Không rõ nguyên nhân, có thể khởi phát từ lúc mới sinh hoặc muộn hơn</p>
<p>Thuốc:</p> <p>Aspirin, cồn,</p> <p>Theophylline</p> <p>Erythromycin, thuốc phiện</p>	<p>Ói dịch dạ dày, đôi khi có máu</p>	<p>Tiền sử dùng thuốc</p>
<p>Nhiễm trùng</p> <p>Tiêu hóa</p> <p>Nhiễm trùng hệ tiết niệu</p> <p>Tai mũi họng</p> <p>Hô hấp</p>	<p>Ói dịch dạ dày</p>	<p>Thường kèm tiêu chảy</p> <p>Có bệnh cảnh kèm theo</p>
<p>Tổn thương hệ thần kinh Trung ương:</p> <p>Viêm màng não, viêm não, u não, bất thường mạch</p>	<p>Ói dịch dạ dày, tăng lên khi thay đổi tư thế</p>	<p>Dấu màng não, dấu TK định vị, dấu tăng áp lực nội sọ. XN dịch não tủy, CT não</p>

máu não		
Bệnh chuyển hóa: Galactosemia, Fructosemia, tăng NH ₃ /máu Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh	Ói dịch dạ dày, đôi khi ói dịch mật	Thường có kèm toan máu, bất thường chức năng gan, hạ đường huyết

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu khi: rối loạn dấu hiệu sinh tồn: suy hô hấp, sốc, mất nước nặng,...

4.2. Nhập viện khi

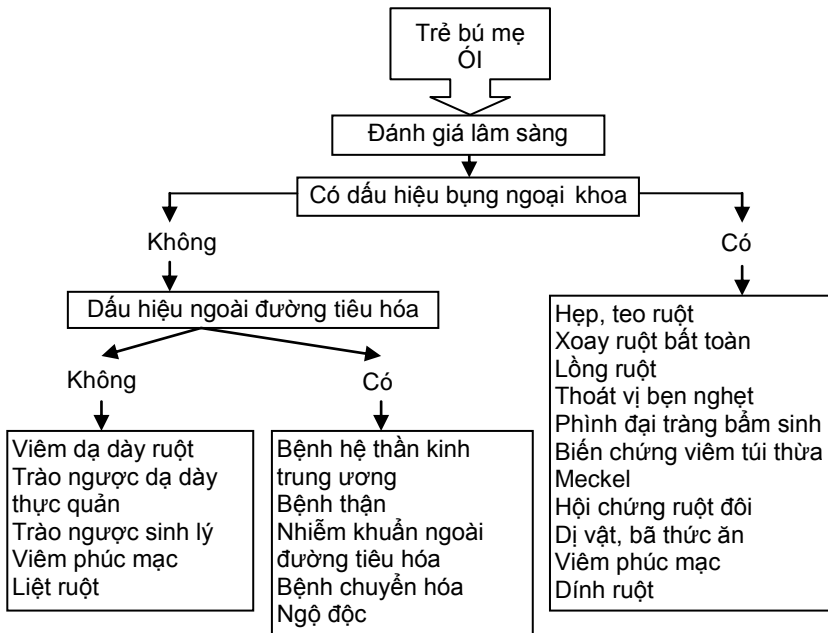
- Có dấu hiệu thần kinh: co giật, thóp phồng, cổ gượng, đầu thần kinh khu trú,...
- Ói có máu
- Nôn ói tất cả mọi thứ không ăn uống được
- Có dấu hiệu mất nước

4.3. Khám chuyên khoa: nghi ngờ bệnh lý tắc nghẽn ngoại khoa.

4.4. Điều trị ngoại trú

- Điều trị nguyên nhân: tùy theo nguyên nhân, lưu ý bù nước, điện giải và hạ đường huyết
- Thuốc chống ói: domperidone 0,25 - 0,5 mg/kg/ngày chia 3-4 lần/ngày. Lưu ý các chỉ định và chống chỉ định.
- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng:
 - + Chia nhỏ bữa ăn, ăn từng ít một
 - + Duy trì chế độ ăn theo lứa tuổi của bé.

- Xử trí ngay khi bé ói
 - + Đặt trẻ nằm đầu thấp, nghiêng một bên, làm sạch mũi miệng.
 - + Nếu bé không khóc, tím, giảm trương lực cơ thì tiếp tục hút mũi, đặt bé nằm sấp vỗ lưng bé.
- **Các dấu hiệu phải đưa bé đi khám ngay**
 - + Ói tất cả mọi thứ
 - + Dịch ói có màu vàng, xanh, ói có máu
 - + Bé uống háo hức hoặc không uống được
 - + Tiêu phân có máu
 - + Li bì hoặc kích thích.



TÁO BÓN CHỨC NĂNG (K59.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Táo bón là tình trạng đi tiêu không thường xuyên (≤ 2 lần/tuần); hoặc phân cứng, từng viên nhỏ; hoặc đi tiêu khó khăn, đau.

2. NGUYÊN NHÂN

Cần phân biệt hai thể táo bón: chức năng và thực thể.

2.1. Táo bón chức năng: chiếm $> 90\%$ trường hợp táo bón.

2.2. Táo bón thực thể: chiếm $< 5\%$ tổng số trẻ táo bón.

- Trẻ chậm tiêu phân su (> 48 giờ sau sinh), có thể do:
 - + Tắc ruột, tắc ruột phân su, Hirschprung, tắc ruột cơ năng (non tháng, nhiễm trùng huyết, suy hô hấp, viêm phổi, rối loạn điện giải), đại tràng trái nhỏ (thường gặp ở trẻ có mẹ bị tiểu đường thai kỳ), mẹ dùng thuốc trước sinh ($MgSO_4$, thuốc phiện,...), suy giáp (trẻ vàng da kéo dài, co giật, hạ thân nhiệt).
- Rối loạn nội tiết, rối loạn chuyển hóa:
 - + Hạ kali máu, hạ hoặc tăng calci máu, suy giáp, tiểu đường, u tủy thượng thận (Pheochromocytoma), đa niệu, amyloidosis, rối loạn chuyển hóa porphyrin, rối loạn tích tụ lipid.
- Bệnh lý thần kinh:
 - + Liệt não, thoát vị tủy, màng tủy, chấn thương tủy, không có xương cùng, chứng cắt ngang tủy, u xơ thần kinh, chứng yếu cơ, hội chứng Guillaine-Barre, loạn sản thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật có tính gia đình, rối loạn hệ phó giao cảm mất phối.

3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Tìm triệu chứng bất thường tùy sống: giảm cảm giác và vận động, lỗ hậu môn rộng, tiểu không tự chủ, mất phản xạ cơ búi, tăng sắc tố da, búi tóc vùng cùng cụt.
- Tìm bất thường giải phẫu học vùng hậu môn trực tràng: màng chắn hậu môn vị trí cao, hậu môn lạc chỗ phía trước, hậu môn cắm lạc chỗ vào âm đạo hoặc vào vị trí giữa búi và lỗ đổ hậu môn bình thường.
- Thăm trực tràng:
 - + Táo bón cơ năng: lòng trực tràng chứa đầy phân.
 - + Dấu hiệu gợi ý bệnh Hirschprung: ống hậu môn hẹp, lòng trực tràng trống, chướng bụng và chậm lớn ở trẻ nhỏ.
- Triệu chứng viêm ruột: tổng trạng xấu, tiêu máu, bụng chướng.

3.2. Cận lâm sàng

- Trong táo bón chức năng , cận lâm sàng hầu như không có chỉ định nếu đã hỏi kỹ bệnh sử và khám lâm sàng.
- Một số trường hợp sử dụng cận lâm sàng:
 - + X-quang bụng không sửa soạn tìm triệu chứng ú phân nếu việc thăm hậu môn và khám bụng không thực hiện được .
 - + Siêu âm bụng khi nghi ngờ bụng ngoại khoa
 - + X-quang đại tràng có thuốc cản quang khi nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể.
 - + Tìm máu ẩn/phân ở trẻ nhỏ nghi bất dung nạp sữa.

3.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón chức năng theo ROME III

- Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: có ít nhất hai trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 1 tháng:
 - + Đi tiêu ≤ 2 lần/tuần
 - + Ít nhất 1 lần đi tiêu không tự chủ sau giai đoạn trẻ tập đi toilet
 - + Tiền sử ứ đọng phân quá mức
 - + Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng
 - + Hiện diện khối phân to trong trực tràng
 - + Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet
- Trẻ từ 4-18 tuổi: ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 2 tháng:
 - + Đi tiêu ≤ 2 lần/tuần
 - + Ít nhất 1 lần đi tiêu không tự chủ/tuần
 - + Tiền sử ứ đọng phân quá mức
 - + Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng
 - + Hiện diện khối phân to trong trực tràng
 - + Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu khi: rối loạn dấu hiệu sinh tồn: sốc, hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc,...

4.2. Nhập viện: khi không đáp ứng sau 4 tuần điều trị hoặc nghi ngờ táo bón thực thể.

4.3. Khám chuyên khoa

- Khám Ngoại khi nghi ngờ bệnh lý ngoại khoa
- Khám Thận – Nội tiết khi nghi ngờ bệnh lý chuyển hoá hoặc nội tiết
- Khám Thần kinh khi nghi ngờ bệnh lý thần kinh.

4.4. Điều trị ngoại trú

- Nguyên tắc

- + Thuốc nhuận trường
- + Tập thói quen đi tiêu đúng cách
- + Thay đổi chế độ ăn
- + Chế độ theo dõi.

4.4.1. Tháo/xổ phân

- Trẻ < 1 tuổi:

- + Glycerin đặt hậu môn
- + Thụt tháo: 6 ml/kg (tối đa 135ml)
- + Lactulose hoặc sorbitol: 4 ml/kg chia 2 lần (7 ngày)
- + Polyethylene glycol 3350 (PEG3350): 1/2 - 1 gói/ngày

- Trẻ > 1 tuổi:

- + Tháo/xổ phân nhanh (thụt tháo):
 - Glycerin đặt hậu môn
 - Thụt tháo: 6 ml/kg (max 135 ml)/12 - 24 giờ × 1-3 lần
 - Phối hợp:
 - Ngày 1: thụt tháo
 - Ngày 2: Bisacodyl đặt hậu môn 10 mg/12 - 24 g
 - Ngày 3: Bisacodyl viên 5 mg/12-24 giờ
 - Lập lại liệu trình 3 ngày 1-2 lần nữa nếu cần
- + Tháo/xổ phân chậm (thuốc nhuận trường uống):
 - Lactulose hoặc sorbitol: 4 ml/kg chia 2 lần (7 ngày)
 - PEG 3350:
 - 1-5 tuổi: 2 gói ngày 1 → 4 gói/ngày × 2 ngày → 6 gói/ngày × 2 ngày → 8 gói/ngày
 - 5-12 tuổi: 4 gói ngày 1 → tăng dần 2 gói/ngày, tối đa 12 gói/ngày

4.4.2. Điều trị duy trì

- Thuốc nhuận trường:
 - + Nhuận trường thẩm thấu:
 - Lactulose (10g/15ml): 1-3 ml/kg/ngày, chia làm 2 lần
 - Sorbitol: 1-3 ml/kg/ngày, chia làm 2 lần
 - PEG3350:
 - < 1 tuổi: 1/2-1 gói /ngày
 - 1-6 tuổi: 1 gói/ngày, tự điều chỉnh để có phân mềm, tối đa 4 gói/ngày
 - 6-12 tuổi: 2 gói/ngày, tự điều chỉnh để có phân mềm, tối đa 4gói/ngày
 - + Nhuận trường kích thích : Bisacodyl 5 mg: 1 - 3 viên/ngày, chia làm 1-2 lần

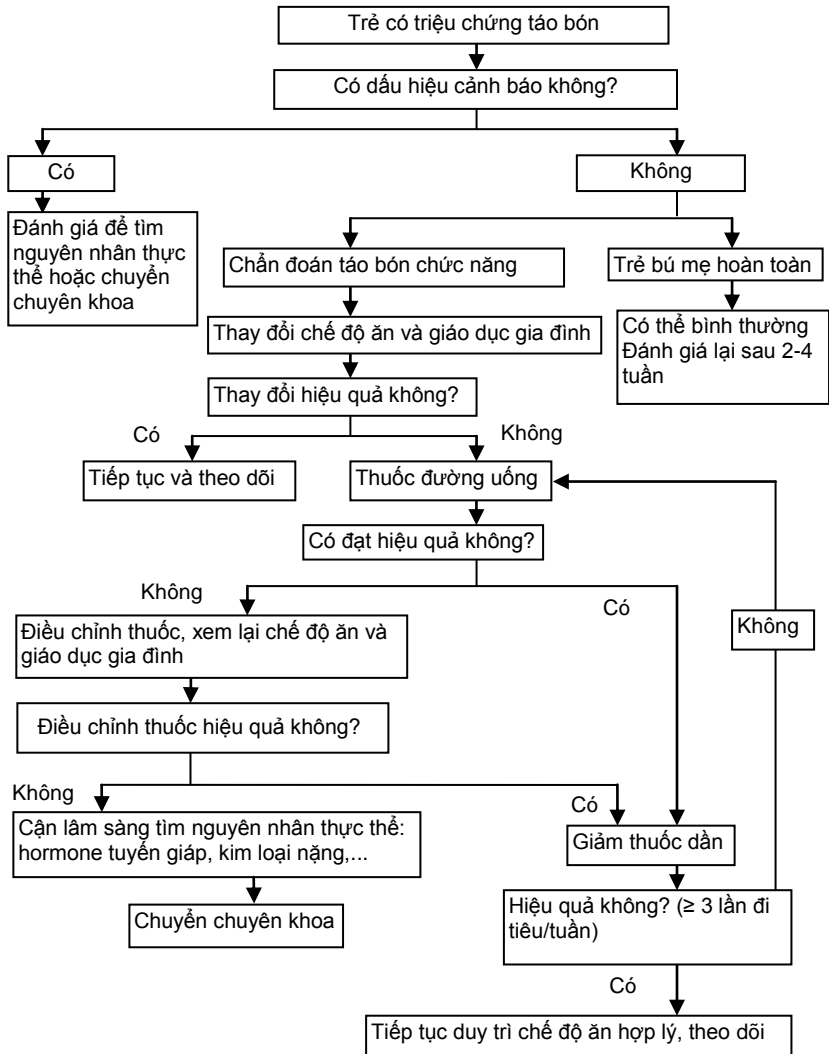
4.4.3. Huấn luyện đi tiêu

- Đi toilet trong vòng 30 phút sau bữa ăn (trong 5 – 10 phút, 2 - 3 lần/ngày). Nên đi đều đặn vào giờ nhất định mỗi ngày (kể cả khi đi du lịch, nghỉ cuối tuần, nghỉ hè,...). Có ghế kê chân nếu chân trẻ không chạm sàn toilet.
- Thỏa mãn nhu cầu của trẻ trong thời gian trẻ đi toilet:
 - + Trẻ chưa đi học: hình dán, đọc sách, kể chuyện, đồ chơi.
 - + Trẻ đã đi học: cho trẻ đọc sách, chơi game,...

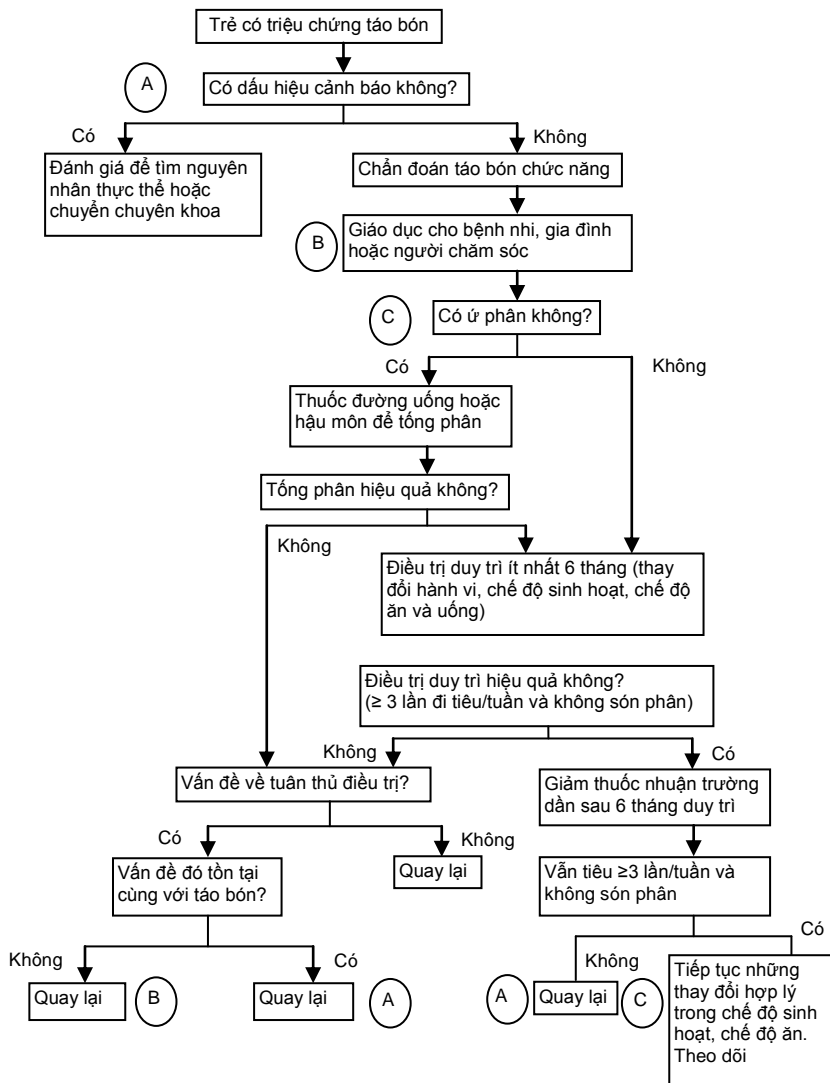
4.4.4. Thay đổi chế độ ăn

- Tăng cường ăn trái cây, rau sống, gạo nguyên cám, ngũ cốc.
- Uống nhiều nước (khoảng 1 - 2 lít/ngày).
- Chất xơ: tăng lượng trong khẩu phần tỏ ra có hiệu quả trong giai đoạn ngừng thuốc nhuận trường (chú ý bổ sung nhiều nước khi dùng nhiều chất xơ).

Lưu đồ tiếp cận trẻ táo bón < 4 tuổi



Lưu đồ tiếp cận trẻ táo bón > 4 tuổi



TIÊU CHẢY CẤP

(A09.1)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

Tiêu chảy cấp khi thời gian tiêu chảy < 14 ngày

2. NGUYÊN NHÂN

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

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

- + Virus: *Rotavirus*, *Astroviruses*, *Adenoviruses*, *Parvoviruses*, *Noroviruses*, *Caliciviruses*

- + Vi trùng: *Bacillus anthracis*, *Bacillus cereus*, *Brucella abortus*, *B. melitensis*, và *B. suis*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium botulinum*, *E. coli*, *Listeria monocytogenes*, *Salmonella spp*, *Shigella spp*, *Staphylococcus aureus*, *Vibrio cholerae*, *Yersinia enterocolytica*,...

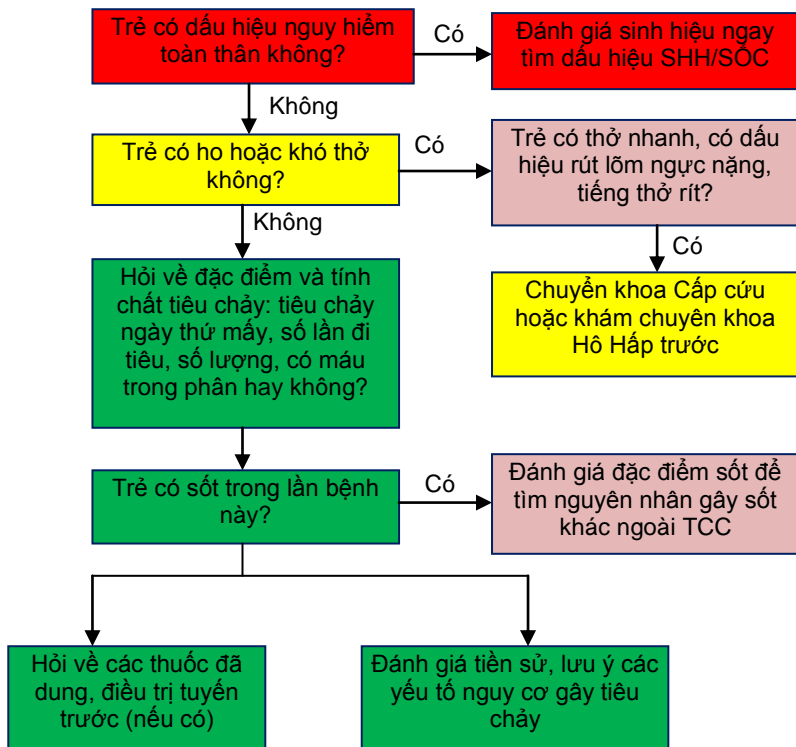
- + Ký sinh trùng, nấm: *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Toxoplasma gondii*,...

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

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

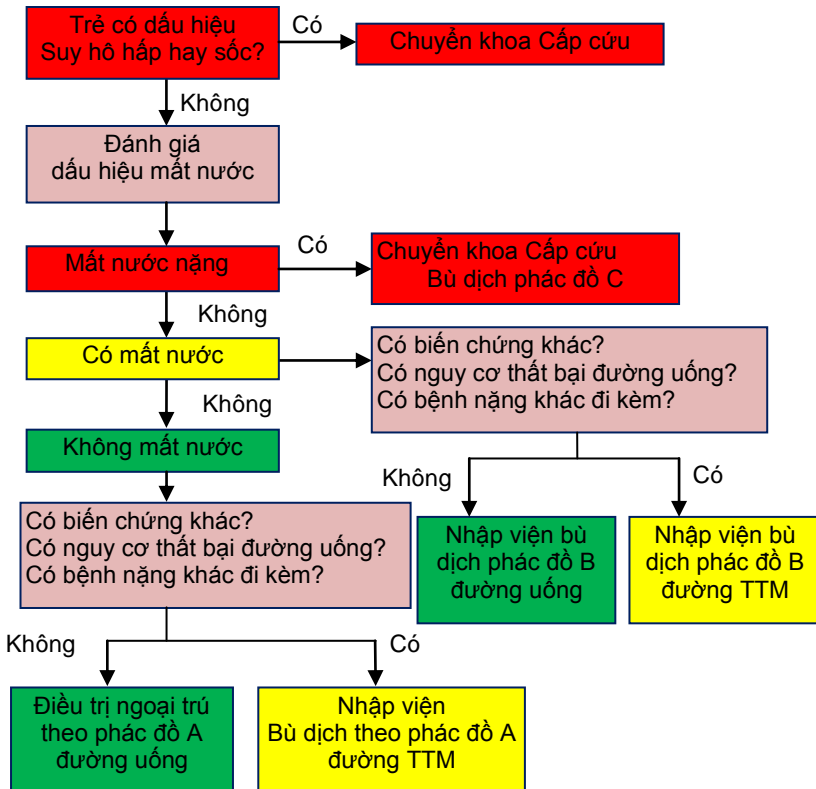
3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử: cần đánh giá toàn diện, chú ý khai thác triệu chứng bệnh tại đường tiêu hoá cũng như ngoài đường tiêu hoá và bệnh lý đi kèm.



3.2. Lâm sàng

Lưu đồ tiếp cận khám lâm sàng



4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay

- Trẻ có dấu hiệu suy hô hấp nặng và/hoặc sốc
- Trẻ mất nước nặng.

4.2. Nhập viện

- Trẻ mất nước > 5%

- Trẻ không mất nước nhưng có nguy cơ thất bại đường uống, có các biến chứng nặng khác của tiêu chảy hoặc có bệnh lý nặng khác đi kèm.
- Tiêu chảy nặng hơn và/hoặc vẫn mất nước dù đã điều trị bằng đường uống.
- Các chỉ định khác: bệnh đi kèm chưa rõ, nghi ngờ bệnh ngoại khoa, trẻ có nguy cơ cao diễn tiến nặng (SDD, trẻ có bệnh đi kèm như viêm phổi, tim bẩm sinh, hậu môn tam hồi tràng, bệnh mạn tính, béo phì khó đánh giá tình trạng mất nước,...)

4.3. Khám chuyên khoa

- Nếu nghi ngờ những nguyên nhân khác ngoài đường tiêu hoá cần khám chuyên khoa tương ứng, ví dụ:
 - + Trẻ tiêu chảy kèm nôn ói nhiều, đau bụng nhiều, tiêu phân có máu cần lưu ý bụng ngoại khoa.
 - + Trẻ tiêu chảy kèm viêm loét họng, dù chưa phát hiện hồng ban tay chân, cần lưu ý bệnh tay chân miệng, khám chuyên khoa Nhiễm nếu cần.

4.4. Điều trị ngoại trú

4.4.1. Nguyên tắc

- Chỉ cho trẻ tiêu chảy cấp điều trị ngoại trú khi đảm bảo các điều kiện sau:
 - + Không mất nước
 - + Không có các biến chứng khác của tiêu chảy
 - + Không nguy cơ thất bại đường uống
 - + Không có bệnh lý nặng khác đi kèm

4.4.2. Phác đồ A đường uống

- Cho trẻ uống thêm dịch (càng nhiều càng tốt nếu trẻ muốn):
 - + Bú mẹ tăng cường

- + ORS giảm áp lực thẩm thấu: < 2 tuổi: 50 – 100 ml sau mỗi lần đi tiêu; \geq 2 tuổi: 100 – 200 ml sau mỗi lần đi tiêu (Mức độ chứng cứ I).
- + Các dung dịch khác: nước sạch, cháo, súp, nước dừa, nước hoa quả không đường.
- + Các dung dịch nên tránh: nước uống ngọt có đường gây tiêu chảy thẩm thấu, các chất kích thích gây lợi tiểu...
- Tiếp tục cho trẻ ăn để phòng suy dinh dưỡng
- Bổ sung kẽm: (Mức độ chứng cứ I)
 - + Trẻ < 6 tháng: 10 mg/ngày \times 14 ngày.
 - + Trẻ \geq 6 tháng: 20 mg/ngày \times 14 ngày.
- Hướng dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ khám trở lại hoặc khám ngay.

4.4.3. Chỉ định điều trị kháng sinh trong tiêu chảy cấp

- Tiêu chảy phân có máu
- Bệnh cảnh lâm sàng tả
- Có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân hay có nhiễm trùng ngoài ruột khác.
 - + *Shigella*: ciprofloxacin 30 mg/kg/ngày, chia 2 lần \times 5 ngày
 - + Tả: azithromycin 10 mg/kg/ngày \times 1 – 5 ngày
 - + *Samonella non-typhoid*: thường tự giới hạn, không cần kháng sinh
 - + *Giardia lamblia*: metronidazole 30 mg/kg/ngày, chia 2 lần \times 7 ngày
 - + *Campylobacter*: azithromycin 10 mg/kg/ngày \times 5 ngày

4.4.4. Các điều trị hỗ trợ khác

- Men vi sinh: cho sớm trong những ngày đầu có thể rút ngắn thời gian tiêu chảy từ 1 – 1,5 ngày với điều kiện chọn đúng chủng đã được nghiên cứu có hiệu quả là

S.boulardii và Lactobacillus rhamnosus GG, đủ liều và đủ thời gian.

- Thuốc làm giảm tiết: racecadotril 1,5 mg/kg/lần \times 3 lần/ngày
- Các thuốc chỉ cho trong tiêu chảy cấp do virus:
Smectite hay diosmectite: trẻ < 1 tuổi: 1 gói/ngày, 1 - 2 tuổi: 1 - 2 gói/ngày, > 2 tuổi: 2 - 3 gói/ngày

4.4.5. Dấu hiệu cần tái khám ngay

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

4.4.6. Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc trẻ tiêu chảy cấp tại nhà

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

VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG (K29.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

- **Viêm dạ dày (VDD - Gastritis):** là những tổn thương vi thể trên mô học của niêm mạc dạ dày thể hiện sự đáp ứng của niêm mạc dạ dày đối với các yếu tố tấn công.
 - + Viêm mạn tính: khi có $\geq 2 - 5$ tế bào lympho, tương bào và hoặc đại thực bào trong một vi trường
 - + Viêm mạn tính hoạt động: khi có sự xuất hiện của bạch cầu đa nhân trên tiêu bản.
- **Loét dạ dày và tá tràng:** là tình trạng tổn thương sâu phá vỡ lớp cơ niêm, làm mất tổ chức niêm mạc một cách có giới hạn ở phần ống tiêu hóa có bài tiết acid và pepsin.

2. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân gây viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em

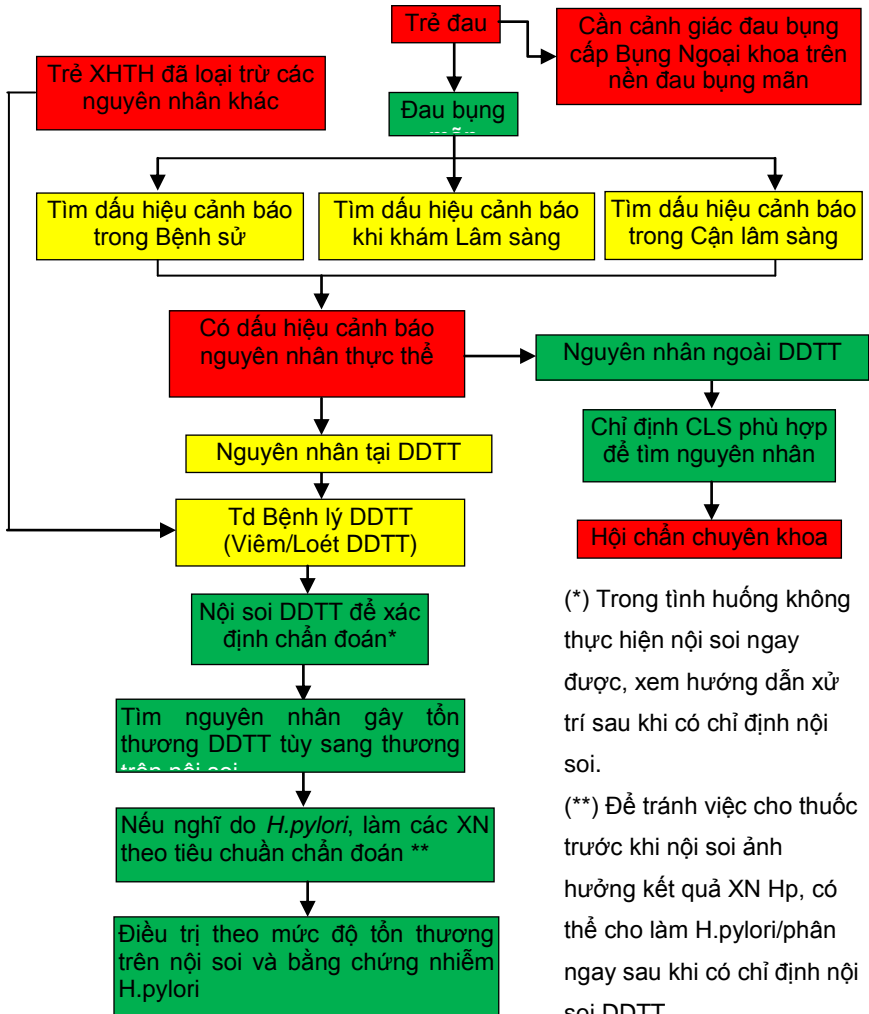
- Nhiễm khuẩn: *Helicobacter pylori*, lao, *Herpes simplex virus*, *Varicella zoster virus*, nấm *Candida albicans*,...
- VDD do stress
- VDD do thuốc kháng viêm non-steroid hoặc corticosteroids
- Bệnh lý tự miễn như Crohn, VDD eosinophil hoặc VDD dị ứng

→ Cần xác định nguyên nhân gây VLDDTT, không chỉ tập trung vào *H.pylori*.

3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

- Thường bệnh nhi đến khám vì
 - + Xuất huyết tiêu hóa (ói máu hoặc tiêu phân đen)
 - + Có hội chứng dạ dày tá tràng kinh điển (đau bụng vùng thượng vị, đau liên quan ăn uống, kèm đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, có cơn đau gây thức giấc buổi tối,...)
 - + **Đau bụng** mơ hồ: thường gặp nhất → cần hỏi kỹ bệnh sử, khám lâm sàng và **làm một số cận lâm sàng ban đầu** ở trẻ đau bụng để tìm "**Dấu hiệu cảnh báo**" bệnh lý tại dạ dày (xem bài Tiếp cận đánh giá bệnh nhân đau bụng mạn).

Lưu đồ tiếp cận và xử trí ban đầu



3.1. Dấu hiệu bệnh sử cảnh báo tổn thương ở dạ dày tá tràng

- Đau bụng kéo dài ở trẻ < 5 tuổi
- Đau vùng thượng vị, đau liên quan đến ăn uống
- Cơn đau thức giấc buổi tối
- Ói mửa nặng
- Sụt cân không rõ nguyên nhân
- Chậm tăng trưởng không rõ nguyên nhân
- Ói máu, tiêu máu
- Tiền sử gia đình có cha mẹ bị ung thư dạ dày , anh chị em ruột hoặc người sống chung VDD do *H.pylori*
- Tiền sử có sử dụng thuốc kháng viêm non -steroid hoặc corticoide.

3.2. Dấu hiệu khám lâm sàng cảnh báo tổn thương dạ dày tá tràng

- Ấn đau vùng thượng vị
- Dấu hiệu thiếu máu: da xanh, niêm nhợt, chóng mặt,...

3.3. Dấu hiệu CLS cảnh báo tổn thương ở dạ dày tá tràng

- Máu ẩn trong phân (+)
- CTM: thiếu máu Hb giảm so lứa tuổi hoặc Hct < 30% ở trẻ lớn

Ngoài ra , cần chú ý tìm dấu hiệu cảnh báo cận lâm sàng khác (đau bụng không do dạ dày): tổng phân tích nước tiểu, VS, siêu âm bụng, KSTĐR/phân.

4. XỬ TRÍ**4.1. Nhập cấp cứu khi**

Trẻ đến khám vì triệu chứng xuất huyết tiêu hóa nặng , có dấu hiệu sốc, suy hô hấp.

4.2. Nhập viện

- Trẻ suy kiệt nặng do đau bụng làm ăn uống kém, nôn ói nhiều.
- Trẻ xuất huyết tiêu hóa nhưng không có rối loạn huyết động học.
- Trẻ đau bụng nặng, ảnh hưởng sinh hoạt, ăn uống của trẻ, đã điều trị ngoại trú không đáp ứng, thân nhân lo lắng.

4.3. Khám chuyên khoa: khám tiêu hoá khi trẻ có chỉ định nội soi dạ dày

Chỉ định nội soi DDTT chẩn đoán:

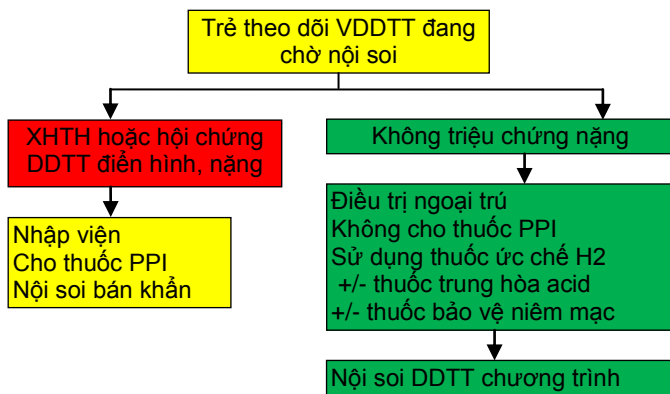
- Đau thượng vị kéo dài
- Ói mửa kéo dài nặng
- Thiếu máu không rõ nguyên nhân
- Sụt cân, chậm tăng trưởng không rõ nguyên nhân
- Ói máu
- Tiêu phân đen
- Máu ẩn/phân (+) ở trẻ đau bụng mạn
- Tiền sử cha mẹ bị ung thư dạ dày/trẻ đau bụng mạn

4.4. Tại phòng khám chuyên khoa tiêu hóa

Xét lại chỉ định nội soi, hẹn ngày nội soi và cho trẻ làm bilan XN trước nội soi:

- Huyết đồ
- Kháng nguyên *H.pylori*/phân (HPSA): *lưu ý xét nghiệm này chỉ làm khi trẻ đã có lịch hẹn nội soi* , nhằm hỗ trợ tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm *H .pylori* và nên làm trước khi sử dụng thuốc điều trị bệnh dạ dày để tránh ảnh hưởng kết quả XN.

4.5. Điều trị ngoại trú



Các thuốc có thể sử dụng ở trẻ đau bụng nghi do VDD trong khi chờ nội soi:

Ranitidine 5 - 10 mg/kg/ngày chia là 3 lần uống trước ăn 30 phút.

Phosphalugel 20 ml/gói: trẻ < 1 tuổi: 2,5 - 5 ml/lần, ngày 3 - 4 lần; trẻ > 1 tuổi: 5 - 20 ml/lần, ngày 3 - 4 lần sau ăn 30 phút

4.6. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm *H.pylori* lần đầu

- Cây dương tính, hoặc
- Mô học và Clo test cùng dương tính, hoặc
- Mô học (hoặc Clo test) + Kháng nguyên phân cùng dương tính
- Mô học (hoặc Clo test) + XN hơi thở cùng dương tính
- Ngoài ra, cần chú ý tìm các nguyên nhân khác gây VDD khi có dấu hiệu nội soi gợi ý (viêm lan tỏa toàn bộ dạ dày, viêm xước loét toàn bộ dạ dày, loét đa ổ, loét ở dạ dày...), trong những trường hợp này cần chú ý tìm bệnh lý toàn thân có ảnh hưởng dạ dày hoặc do thuốc.

4.7. Chỉ định diệt trừ *H.pylori*

- Nhiễm *H.pylori* + loét đường tiêu hóa.
- Nhiễm *H.pylori* + cha/mẹ bị ung thư dạ dày.
- Nhiễm *H.pylori* + thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ các nguyên nhân khác.
- Nhiễm *H.pylori* được chẩn đoán bằng phương pháp dựa trên mẫu sinh thiết mà không có loét đường tiêu hóa, điều trị diệt trừ *H.pylori* có thể xem xét nếu có: sang thương nốt, hoặc viêm loét + viêm dạ dày trên mô học.

4.6.1. Phác đồ diệt trừ *H.pylori*

- **Phác đồ diệt trừ ban đầu:** PPI + kháng sinh 14 ngày, sau đó tiếp tục PPI 2 tuần (nếu chỉ VDD), 4 - 6 tuần (nếu có loét DDTT)
 - + PPI + Amoxicillin + Metronidazole
 - + Hoặc PPI + Amoxicillin + Clarithromycin
 - + Hoặc PPI + Amoxicillin + Imidazole
 - + Lựa chọn kháng sinh nên dựa vào tiền sử sử dụng kháng sinh của trẻ, nếu trẻ đã từng sử dụng các loại Macrolique điều trị bệnh lý hô hấp, không nên chọn clarithromycin đầu tay.
- **Chiến lược điều trị thay thế sau thất bại diệt trừ:**
 - + Khi thất bại diệt trừ, tốt nhất là dựa vào kết quả cấy và kháng sinh đồ, nếu không có mới điều trị theo kinh nghiệm
 - + PPI + Metronidazole + Amoxicillin + Bismuth.
 - + PPI + Levofloxacin (Moxifloxacin) + Amoxicillin. (trẻ > 9 tuổi)
- **Liều lượng thuốc trong phác đồ diệt trừ *H. pylori*:**
 - + Amoxicillin: 50 mg - 100 mg/kg/ngày, tối đa 1g × 2 lần/ngày

- + Clarithromycin: 20 mg/kg/ngày, tối đa 500 mg \times 2 lần/ngày
- + Metronidazole: 20 mg/kg/ngày, tối đa 500 mg \times 2 lần/ngày
- + Imidazole: 20 mg/kg/ngày
- + Bismuth (Bismuth subsalicylate, Bismuth subcitrate): 8mg/kg/ngày
- + PPI omeprazole hay esomeprazole: 1 - 2 mg/kg/ngày chia 2 lần

- **Hướng dẫn sử dụng thuốc:**

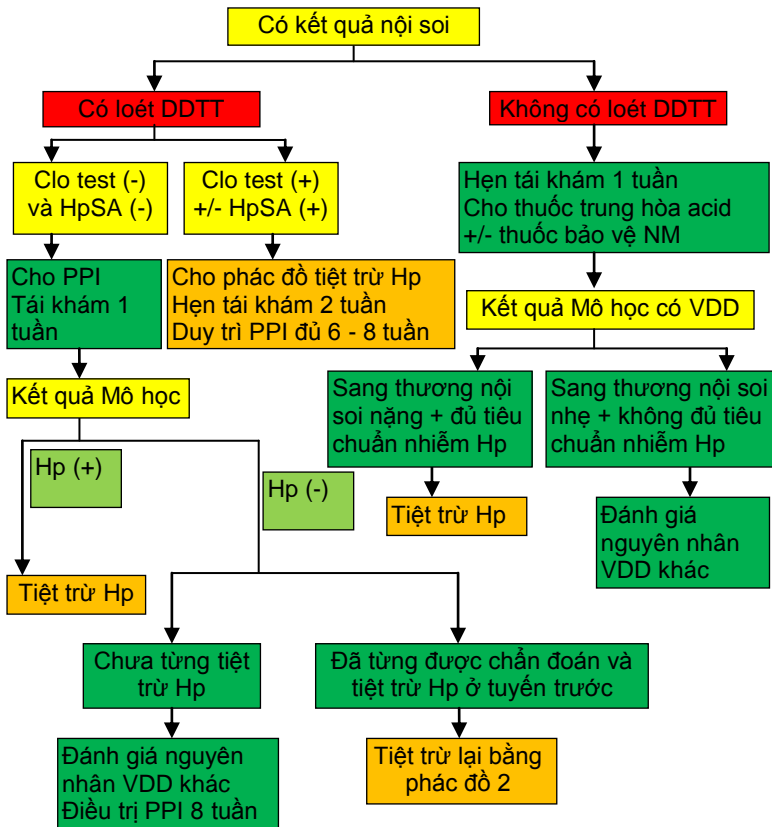
Tất cả các thuốc nên được dùng hai lần/ngày. PPI uống trước ăn ít nhất 30 phút, thuốc uống nguyên viên để tránh sự phá hủy của acid dạ dày. Nếu phải sử dụng liều nhỏ, cần chọn những chế phẩm có thể chia nhỏ liều (thuốc có công nghệ vi nang kháng acid cho từng phân tử thuốc).

Kháng sinh uống ngay sau ăn. Trong phác đồ có bismuth, bismuth uống sau ăn 01 giờ.

- **Theo dõi sau diệt trừ *H.pylori***

Để chứng minh diệt trừ thành công, cần làm xét nghiệm test hơi thở hoặc kháng nguyên phân kiết m tra sau khi ngưng kháng sinh ít nhất 04 tuần, ngưng PPI ít nhất 02 tuần. Nếu trẻ có loét DDTT, để chứng minh lành ổ loét cần theo dõi máu ẩn/phân \pm nội soi kiểm tra.

Lưu đồ xử trí sau khi có kết quả nội soi (Clo test và KN H.Pylori/phân có kết quả sau nội soi)



Chương IV.

NHIỄM - THẦN KINH

SỐT (R50)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Sốt khi nhiệt độ hậu môn, màng nhĩ $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc nhiệt độ nách, trán $> 37,5^{\circ}\text{C}$.
- Khi nhiệt độ $> 40^{\circ}\text{C}$ là sốt rất cao, $> 41^{\circ}\text{C}$ gọi là sốt ác tính hay sốt nguy kịch.
- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân (FUO) khi sốt > 14 ngày ngoại trú hay > 7 ngày nội trú.
- Sốt co giật lạnh tính: thường gặp từ 6 tháng – 6 tuổi, cơn co giật toàn thể, ngắn < 5 phút, sau cơn thì tỉnh táo, không có dấu thần kinh khu trú.

2. NGUYÊN NHÂN

- Sốt có dấu hiệu chỉ điểm , thường gặp là đường hô hấp (viêm hô hấp trên, viêm phổi), sốt xuất huyết (châm xuất huyết), tay chân miệng (hồng ban – loét miệng), nhiễm trùng tiêu hóa . Một số dấu hiệu chỉ điểm khác cũng có thể phát hiện như trong viêm màng não (thóp phồng, cổ gượng), viêm khớp (sưng nóng đỏ đau)...
- Sốt không tìm thấy dấu hiệu chỉ điểm:
 - + < 3 tháng: 40 – 60% là do siêu vi , 10 – 15% có nguy cơ nhiễm khuẩn huyết (xem xét nhập viện những trường hợp < 2 tháng)
 - + 3 tháng – 36 tháng: phần lớn là nhiễm siêu vi , thường tự hết, 1 – 2% có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng.
- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân (xem lưu đồ)
- Sốt ác tính hay sốt nguy kịch thường do tổn thương vùng hạ đồi (xuất huyết não, tổn thương hệ thần kinh) hoặc do tăng tạo nhiệt Những trường hợp này chuyển phòng cấp cứu

3. TIẾP CẬN SỐT

3.1. Bệnh sử

- Đặc điểm sốt:
 - + Xác định sốt: ai đo, nhiệt kế loại nào, vị trí đo, lúc nào.
 - + Tính chất sốt, có thể gặp:
 - Sốt dao động: gia tăng theo nhịp ngày đêm (Vd: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiêu,...)
 - Sốt liên tục : hằng định, dao động $< 0,5^{\circ}\text{C}$ trong ngày (Vd: thương hàn...)
 - Sốt liên tục dao động : hằng định nhưng dao động $> 0,5^{\circ}\text{C}$ trong ngày (Vd: sốt xuất huyết Dengue)
 - Sốt cơn: có lúc về bình thường (Vd: sốt rét)
- Triệu chứng đi kèm:
 - + Các cơ quan: hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, thần kinh, tai mũi họng,...
 - + Toàn thân: ớn lạnh, đổ mồ hôi, chán ăn, lừ đừ, bứt rứt, co giật,...

3.2. Tiền căn

- Sản khoa
- Chủng ngừa
- Bệnh tật:
 - + Nhiễm trùng các cơ quan (lưu ý nhiễm trùng tiêu)
 - + Các bệnh có sốt, bệnh mạn
 - + Cơ địa co giật , từng đặt ống trong cơ thể (nội khí quản, sonde tiêu, ngoại khoa)
 - + Dùng thuốc hạ sốt, kháng sinh, kháng viêm
- Dịch tễ các bệnh ở địa phương cư trú (sốt rét, sốt xuất huyết, tay chân miệng cúm, não mô cầu, tiêu chảy cấp...)
- Du lịch.

3.3. Khám thực thể: khám toàn diện tất cả các cơ quan.

3.4. Xét nghiệm

- Sốt có dấu hiệu chỉ điểm : xét nghiệm tùy theo nguyên nhân nghi đến.
- Sốt không tìm thấy dấu hiệu chỉ điểm và trẻ < 5 tuổi và không có các nguy cơ bệnh nặng phải nhập viện ngay:
 - + Công thức máu
 - + CRP (xem xét)
 - + Tổng phân tích nước tiểu
 - + X-quang ngực thẳng
 - + Soi phân (khi có tiêu chảy)

4. XỬ TRÍ

4.1. Hạ sốt

- Acetaminophen: 10 - 15 mg/kg/lần uống hoặc nhét hậu môn/4-6 giờ khi nhiệt độ > 38,5°C hoặc ibuprofen: 5-10 mg/kg/lần uống/6 giờ khi nhiệt độ > 38,5°C. (Chống chỉ định Ibuprofen trong trường hợp loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, sốt xuất huyết, sốt rét)
- Hai thuốc acetaminophen và ibuprofen có thể dùng xen kẽ nhau mỗi 4-6 giờ hay cho cả hai thuốc cùng một lúc.
- Nếu trẻ sốt > 39°C, có thể lau mát bằng nước ấm, KHÔNG nên lau mát với nước pha cồn. Kiểm tra thân nhiệt sau 30 – 60 phút, ngưng lau mát khi < 38,5°C.

4.2. Điều trị theo nguyên nhân(nếu trẻ có thể điều trị ngoại trú)

4.3. Xử trí biến chứng co giật (xem Sốt cao co giật trong PDDT nội trú)

- Nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến phòng cấp cứu
- Thở oxy, đảm bảo thông thoáng đường thở
- Seduxen hoặc midazolam bơm hậu môn

- Thiết lập đường truyền, lấy máu làm các xét nghiệm cần thiết, chuyển sang chích tĩnh mạch midazolam hoặc seduxen nếu sau 5 - 10 phút còn co giật.
- Hoàn tất hồ sơ nhập viện khi tình trạng co giật ổn định.

5. NGOẠI TRÚ

5.1. Điều trị ngoại trú khi

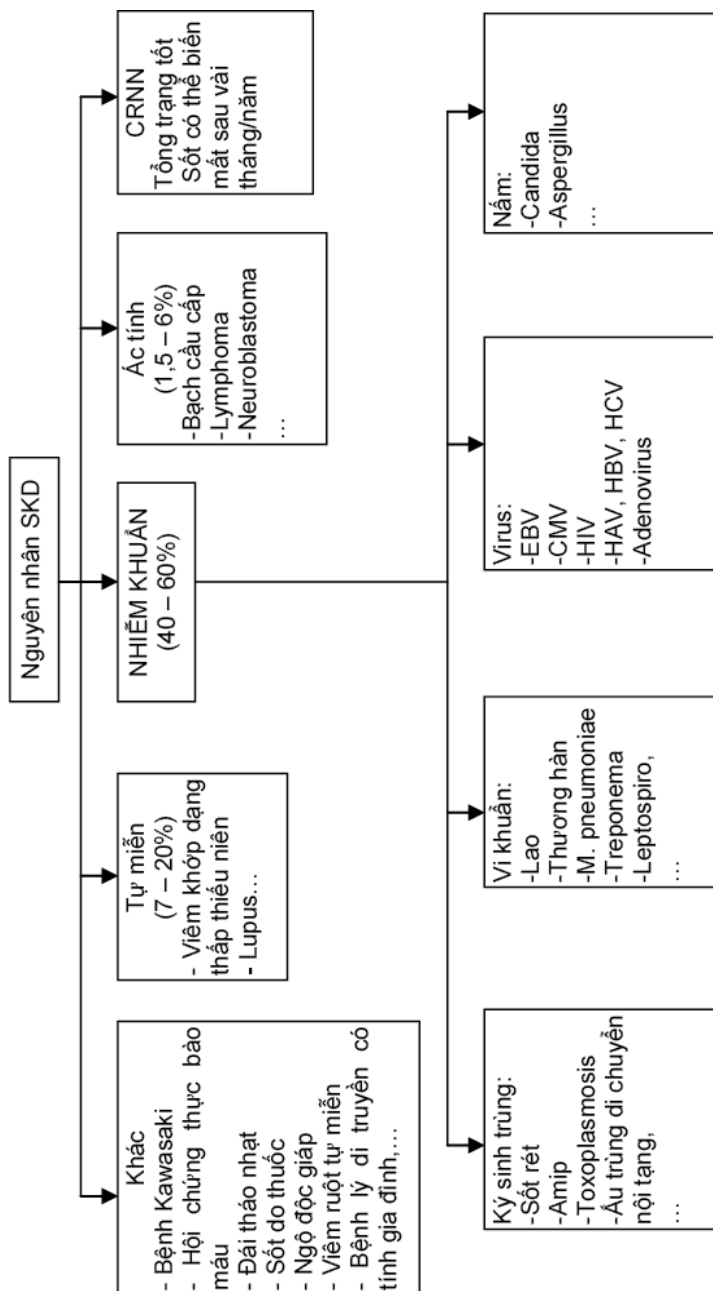
- Sốt $\leq 39^{\circ}\text{C}$ và < 14 ngày ngoại trú
- Và trẻ > 2 tháng tuổi và tổng trạng khá
- Và dễ tái khám theo dõi
- Và không tiền căn sinh non, dùng kháng sinh trước đó
- Và có các cận lâm sàng an toàn:
 - + Bạch cầu máu từ 5.000–15.000/ml (neutrophil từ 1.000 - 10.000/ml)
 - + TPTNT (nếu có): không vi trùng hay ≤ 5 bạch cầu/ô vi trường
 - + Phân (nếu có): ≤ 5 bạch cầu/ô vi trường (không hoặc 1+), không máu
 - + X-quang (nếu có): không viêm

Theo dõi trong 72 giờ, tái khám ít nhất mỗi 24 giờ, khám ngay khi có bất kỳ thay đổi lâm sàng nào.

6. THAM VẤN NGƯỜI NHÀ TRƯỚC KHI KÊ TOA VỀ (để không sợ sốt)

- Sốt là một đáp ứng bình thường của cơ thể đối với nhiễm trùng (vi khuẩn hoặc virus)
- Sốt là một triệu chứng chứ không phải một bệnh
- Cha mẹ nên quan tâm đến sự thoải mái của trẻ hơn là nhiệt độ cụ thể
- Biểu hiện lâm sàng là quan trọng, tiên lượng diễn tiến cơn sốt để người nhà an tâm.

LƯU ĐỒ: GỢI Ý CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY SỐT KÉO DÀI



BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (B08.4)

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, do virus đường ruột là *Coxsackie virus A16* và *Enterovirus 71*.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- **Giai đoạn ủ bệnh:** 3 - 7 ngày.
- **Giai đoạn khởi phát:** từ 1 - 2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.
- **Giai đoạn toàn phát:** có thể kéo dài 3 - 10 ngày với các triệu chứng điển hình:
 - + Loét miệng: vết loét đỏ hay bông nước đường kính 2 – 3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.
 - + Phát ban dạng bông nước: ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.
 - + Sốt
 - + Nôn
 - + Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều thường liên quan biến chứng
 - + Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.
- **Giai đoạn lui bệnh:** thường từ 3 - 5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên $16.000/\text{mm}^3$ thường liên quan đến biến chứng.
- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường ($< 10 \text{ mg/L}$).

2.3. Chẩn đoán

- **Chẩn đoán ca lâm sàng:** bệnh TCM có một trong hai tiêu chuẩn sau:
 - + Phát ban tay chân miệng
 - + Và/hoặc: loét miệng.
- **Chẩn đoán phân biệt:**
 - + Các bệnh có biểu hiện loét miệng
 - + Viêm loét miệng (áp-tơ): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.
 - + Các bệnh có phát ban da:
 - Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
 - Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
 - Viêm da mủ: đỏ, đau, có mủ.
 - Thủy đậu: bóng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
 - Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.
 - Sốt xuất huyết Dengue: chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

2.4. Phân độ lâm sàng

Độ 1: Chỉ có phát ban TCM và/hoặc loét miệng.

Độ 2:

- Độ 2a: Có một trong các dấu hiệu 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 $> 39^{\circ}\text{C}$.
- + Nôn ói nhiều.
- Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2:
 - + Nhóm 1: Một trong các biểu hiện sau
 - Giật mình ghi nhận lúc khám.
 - Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/30 phút.
 - Bệnh sử có giật mình, kèm một dấu hiệu sau:
 - Ngủ gà
 - Mạch > 130 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
 - + Nhóm 2: Có một trong các dấu hiệu sau:
 - Thất điều (run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng).
 - Rung giật nhãn cầu, lé.
 - Yếu chi (sức cơ $< 4/5$) hay liệt mềm cấp.
 - Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói,...).
 - Sốt cao khó hạ, (nhiệt độ hậu môn $\geq 39^{\circ}\text{C}$, không đáp ứng thuốc hạ sốt).
 - Mạch > 150 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

Độ 3. Có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Mạch > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Vã mồ hôi lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tăng theo tuổi:
 - + Dưới 1 tuổi: > 100 mmHg
 - + Từ 1 - 2 tuổi: > 110 mmHg
 - + Trên 2 tuổi: > 115 mmHg
 - Gồng chi/hôn mê (GCS < 10)
 - Thở nhanh theo tuổi

- Thở bất thường: Có một trong các dấu hiệu sau:
 - Con ngưng thở
 - Thở bụng
 - Thở nông
 - Rút lõm ngực
 - Khò khè
 - Thở rít thì hít vào

Độ 4. Có một trong các tiêu chuẩn sau đây:

- Ngưng thở, thở nấc
- Tím tái/ $SpO_2 < 92\%$
- Phù phổi cấp
- Sốc: Có một trong các tiêu chuẩn sau đây:
 - + Mạch không bắt được, HA không đo được
 - + Tụt HA (HA tâm thu):
 - Dưới 12 tháng: $< 70 \text{ mmHg}$
 - Trên 12 tháng: $< 80 \text{ mmHg}$
 - + HA kẹp: Hiệu áp $\leq 25 \text{ mmHg}$

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp, sốc, co giật, tay chân miệng độ 3 - 4.

3.2. Nhập viện

- Độ 1 và nhà xa, không khả năng theo dõi.
- Độ 2A – 2B.

3.3. Điều trị ngoại trú: khi bệnh độ 1 và nhà gần, có khả năng theo dõi.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt khi sốt cao bằng paracetamol liều $10 - 15 \text{ mg/kg/lần}$ (uống) mỗi 6 giờ.

- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.
- Tái khám mỗi ngày đến ngày thứ 8 của bệnh.
- Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu nặng cần tái khám ngay.

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE (A91)

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm siêu vi *Dengue* là một bệnh cấp tính do siêu vi *Dengue* với 4 type huyết thanh gây ra.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh sử

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

2.2. Lâm sàng

- Chán ăn và buồn nôn
- Xung huyết da
- Đau đầu, đau cơ
- Đau bụng
- Nôn ói
- Xuất huyết niêm mạc
- Lừ đừ, li bì, bứt rứt
- Gan to trên 2 cm
- Ú dịch trên lâm sàng
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính

2.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Hct thường tăng từ ngày thứ 3 của bệnh, bạch cầu thường giảm trong những ngày đầu, tiểu cầu thường giảm nhanh (dưới 100.000/uL).
- Căn nguyên virus *Dengue*:
 - + Giai đoạn sớm (N1 - N4 còn sốt): kháng nguyên NS1.
 - + Giai đoạn từ N5 trở đi: huyết thanh chẩn đoán bằng phương pháp ELISA: IgM, IgG

2.4. Đánh giá giai đoạn bệnh

2.4.1. Sốt xuất huyết Dengue: bệnh không có biểu hiện thoát huyết tương và xuất huyết niêm mạc.

2.4.2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: sốt xuất huyết Dengue và có một trong các dấu hiệu cảnh báo sau:

- Đau bụng hoặc tăng cảm giác đau
- Nôn ói liên tục
- Ứ dịch trên lâm sàng
- Xuất huyết niêm mạc
- Lừ đừ, li bì, vật vã, kích thích
- Gan to > 2 cm
- Hct tăng kèm tiêu cầu giảm nhanh.

2.4.3. Sốt xuất huyết Dengue nặng: có một trong các biểu hiện sau:

- Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc, ứ dịch kèm biểu hiện suy hô hấp
- Xuất huyết nặng
- Suy các tạng:
 - + Gan: AST/ALT ≥ 1000 UI/L
 - + Rối loạn ý thức
 - + Viêm cơ tim, suy tim, ARDS và suy các chức năng khác.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nhập cấp cứu: sốt xuất huyết Dengue nặng.

3.2. Nhập viện:

- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo
- Có bệnh phối hợp: béo phì, tiểu đường, suy thận, bệnh thận mạn tính.
- Trẻ sơ sinh, nhũ nhi
- Sống xa các cơ sở y tế.

3.3. Điều trị ngoại trú: sốt xuất huyết Dengue nhà gần, có điều kiện theo dõi

- Chủ yếu là điều trị triệu chứng:
 - + Hạ nhiệt: paracetamol đơn chất liều 10 – 15 mg/kg/lần cách nhau 4 - 6 giờ.
 - + Cấm dùng aspirin, analgin, ibuprofen để hạ nhiệt vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
 - + Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh,...) hoặc các dung dịch có chứa điện giải và đường.
 - + Tránh dùng các chất có màu đen, màu đỏ.
- Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm để theo dõi và đưa bệnh nhân đến bệnh viện ngay lập tức.
- Từ ngày thứ ba trở đi, hẹn tái khám và xét nghiệm máu hằng ngày, đánh giá toàn diện để quyết định cho nhập viện.

BỆNH SỞI (B05.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do virus sởi thuộc họ *Paramyxovirus* gây nên.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Thể điển hình

- Giai đoạn ủ bệnh: 7 - 21 ngày (trung bình 10 ngày).
- Giai đoạn khởi phát (giai đoạn viêm long): 2 - 4 ngày, sốt cao, viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc, đôi khi có viêm thanh quản cấp, có thể thấy hạt Koplik là các hạt nhỏ có kích thước 0,5 - 1 mm màu trắng/xám có quầng ban đỏ nổi gồ lên trên bề mặt niêm mạc má (phía trong miệng, ngang răng hàm trên).
- Giai đoạn toàn phát: kéo dài 2 - 5 ngày. Thường sau khi sốt cao 3 - 4 ngày người bệnh bắt đầu phát ban, ban hồng dát sần, khi căng da thì ban biến mất, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.
- Giai đoạn hồi phục: ban nhạt màu dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu, để lại vết thâm văn da hổ và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện. Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1 - 2 tuần sau khi hết ban.

2.1.2. *Thể không điển hình*

- Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt. Thể này dễ bị bỏ qua, dẫn đến lây lan bệnh mà không biết.
- Người bệnh cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho nhiều hơn neutrophil và có thể giảm tiểu cầu.
- X-quang phổi có thể thấy viêm phổi kẽ. Tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.
- Xét nghiệm huyết thanh học tìm kháng thể IgM: nếu lâm sàng không rõ.

2.3. Chẩn đoán: dựa vào

- Yếu tố dịch tễ: có tiếp xúc với bệnh nhân sởi, có nhiều người mắc bệnh sởi cùng lúc trong gia đình hoặc trên địa bàn dân cư.
- Lâm sàng: sốt, ho, viêm long (đường hô hấp, kết mạc mắt, tiêu hóa), hạt Koplik và phát ban đặc trưng của bệnh sởi.
- Xét nghiệm phát hiện có kháng thể IgM đối với virus sởi (nếu có).

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Rubella: phát ban không có trình tự, ít khi có viêm long và thường có hạch cổ.
- Nhiễm enterovirus: phát ban không có trình tự, thường nốt bóng, hay kèm rối loạn tiêu hóa.
- Bệnh Kawasaki: sốt cao khó hạ, môi lưỡi đỏ, hạch cổ, phát ban không theo thứ tự.

- Phát ban do các virus khác (*Adenovirus*, *Epstein-Barr virus*...).
- Phát ban do vi khuẩn: *Mycoplasma pneumoniae* (sốt nhẹ, đau đầu, viêm phổi không điển hình), *Streptococcus* nhóm A.
- Ban dị ứng: kèm theo ngứa, tăng bạch cầu ái toan.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp, mất nước nặng, co giật.

3.2. Nhập viện: sởi có biến chứng viêm phổi, viêm thanh khí phế quản, viêm loét giác mạc, tiêu chảy có mất nước, viêm màng não.

3.3. Điều trị ngoại trú

Nguyên tắc điều trị:

- Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ
- Người bệnh mắc sởi cần được cách ly
- Phát hiện và điều trị sớm biến chứng
- Không sử dụng corticoid khi chưa loại trừ sởi.

Điều trị hỗ trợ:

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng: không sử dụng các chế phẩm có corticoid.
- Tăng cường dinh dưỡng.
- Hạ sốt:
 - + Áp dụng các biện pháp hạ nhiệt vật lý như lau nước ấm, chườm mát.
 - + Dùng thuốc hạ sốt paracetamol khi sốt cao.
- Bổ sung nước, điện giải qua đường uống. Chỉ nhập viện truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.

- Bổ sung vitamin A:
 - + Trẻ dưới 6 tháng: uống 50.000 đơn vị/ngày \times 2 ngày liên tiếp.
 - + Trẻ 6 - 12 tháng: uống 100.000 đơn vị/ngày \times 2 ngày liên tiếp.
 - + Trẻ trên 12 tháng và người lớn: uống 200.000 đơn vị/ngày \times 2 ngày liên tiếp.

Trường hợp có biểu hiện thiếu vitamin A: lặp lại liều trên sau 4 - 6 tuần.

4. PHÒNG BỆNH

4.1. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin

- Thực hiện tiêm chủng 2 mũi vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng theo quy định của Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia (mũi đầu tiên bắt buộc tiêm lúc 9 tháng tuổi).
- Lịch chủng ngừa sởi.
 - + Mũi 1: 9 tháng.
 - + Mũi 2: 15 - 18 tháng.
 - + Có thể lặp lại mũi 3 lúc 4 - 6 tuổi.
- Khoảng cách tối thiểu của 2 mũi là 1 tháng.
- Virus sởi cần thời gian để xâm nhập vào các mô cơ thể gây bệnh. Do vậy, vắc xin có thể phòng bệnh nếu tiêm trong vòng 72 giờ kể từ khi tiếp xúc.

4.2. Cách ly người bệnh và vệ sinh cá nhân

Người bệnh sởi phải được cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị theo nguyên tắc cách ly đối với bệnh lây truyền qua đường hô hấp.

- Sử dụng khẩu trang phẫu thuật cho người bệnh, người chăm sóc, tiếp xúc gần và nhân viên y tế.

- Hạn chế việc tiếp xúc gần không cần thiết của nhân viên y tế và người thăm người bệnh đối với người bệnh.
- Thời gian cách ly từ lúc nghi mắc sởi cho đến ít nhất 4 ngày sau khi bắt đầu phát ban.

BỆNH THỦY ĐẬU (B01.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh thủy đậu là bệnh truyền nhiễm rất dễ lây do virus *Varicella zoster* (VZV) gây ra.

2. NGUYÊN NHÂN

- VZV là thành viên của họ virus *Herpesviridae*.
- VZV gây ra hai bệnh theo hai cách khác nhau trên lâm sàng: thủy đậu và Zona.
- Thủy đậu thường xuất hiện ở người chưa có miễn dịch. Zona là trạng thái tái hoạt động của một nhiễm trùng tiềm tàng kèm theo điều kiện thuận lợi như chấn thương, ung thư, suy giảm miễn dịch (AIDS).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 14 - 15 ngày.

Thời kỳ toàn phát (24 - 48 giờ):

- Sốt nhẹ (sốt cao ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch). Sốt cao nói lên tình trạng nhiễm độc nặng.
- Mệt mỏi, chán ăn, nhức đầu.
- Phát ban, (tiền thân của bóng nước) là những hồng ban nổi trên nền da bình thường, không tẩm nhuận, có kích thước vài mm, tồn tại khoảng 24 giờ trước khi thành bóng nước, có thể có ngứa.

Thời kỳ toàn phát (thời kỳ đậu mọc):

- Giảm sốt.
- Nổi bóng nước tròn trên nền viền da, màu hồng, đường kính 3 - 13 mm (thường < 5 mm). Bóng nước xuất hiện ở da đầu, thân người, sau đó lan ra tay chân. Trên một vùng da có thể xuất hiện bóng nước với nhiều lứa tuổi.
- Bóng nước có thể mọc trên niêm mạc đường hô hấp, tiết niệu tiêu hóa, âm đạo.

- Bóng nước xuất hiện càng nhiều bệnh càng nặng.

Thời kỳ hồi phục:

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

Biến chứng:

Nhiễm trùng da (bóng nước bội nhiễm) thường gặp nhất.

- Viêm phổi, viêm gan, viêm não màng não.
- Nhiễm trùng huyết.
- Hội chứng Reye, Guillian barre.

3.2. Cận lâm sàng

Huyết đồ: khi có biến chứng.

3.3. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng và dịch tễ.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- **Chốc lở bóng nước:** thường gây ra do *Streptococcus* tan huyết nhóm A. Thường xuất hiện trên nền da trước đó bị trầy xước, tổn thương như ghẻ hoặc chàm. Bóng nước lúc đầu trong, sau đó hóa đục, vỡ ra rồi đóng mảy màu mật ong, kèm dấu hiệu nhiễm trùng.
- **Tổn thương do *Herpes simplex*:** phân biệt dựa vào phân lập virus.
- **Bệnh tay chân miệng:** bóng nước nhỏ hơn, mọc ở trong lòng bàn tay, bàn chân, miệng, gối, mông. Kèm các triệu chứng như run giật cơ, hốt hoảng chới với,...

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp, tuần hoàn, co giật.

4.2. Nhập viện: thủy đậu có biến chứng.

4.3. Điều trị ngoại trú:

- **Acyclovir đường uống:**
 - + Chỉ định cho trẻ > 12 tuổi.
 - + Trẻ ≤ 12 tuổi, không suy giảm miễn dịch, tiền căn khỏe mạnh thì không cần điều trị acyclovir, trừ khi có một trong các yếu tố sau: (Mức độ chứng cứ 2B).

- Tái nhiễm lần 2.
- Tiền căn bệnh về da hoặc bệnh tim phổi mạn.
- Thường xuyên dùng steroids đường uống hoặc hít.
- Dùng salicylate kéo dài (tăng nguy cơ Reye's).
- + Liều đường uống
 - Dưới 40 kg: 20mg/kg 1 lần \times 4 lần/ngày, tối đa 800mg/lần trong 5 ngày.
 - Trên 40 kg, vị thành niên và người lớn: 800 mg \times 4 lần/ngày \times 5 ngày.
- **Acyclovir đường tĩnh mạch:** trẻ suy giảm miễn dịch hoặc có biến chứng nặng như viêm não - màng não, có thể sử dụng truyền tĩnh mạch. (Mức dp965 chứng cứ 1B).
- + Liều dùng mọi lứa tuổi: 10 mg/kg/lần \times 3 lần/ngày. Điều trị 7 ngày.
- Điều trị nhiễm trùng:
 - + Giảm ngứa bằng cách thuốc kháng histamin
 - + Giảm đau hạ sốt bằng acetaminophen
- Phòng ngừa và điều trị bội nhiễm:
 - + Vệ sinh da hằng ngày
 - + Mặc quần áo kín, cắt đầu móng tay.

5. PHÒNG NGỪA

Chủ động: vaccin được làm bằng virus sống giảm độc lực, chỉ định phòng ngừa cho trẻ em từ 12 - 18 tháng (Xem bài Tiêm chủng).

QUAI BỊ (B26.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Dịch tễ

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

2.2. Lâm sàng

- Hỏi bệnh:
 - + Tiếp xúc với người bệnh quai bị
 - + Chứng ngừa quai bị?
 - + Bệnh sử: sốt, sưng hàm một hoặc hai bên, ói, nhức đầu, đau bụng,...
 - + Đau hoặc sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên, bờ thường không rõ, da trên tuyến thường không đỏ, không nóng, có thể kèm đau tuyến dưới hàm hoặc dưới lưỡi, đau khi há miệng hoặc khi nuốt.
 - + Sốt, thường kéo dài 2 - 3 ngày
 - + Triệu chứng nhiễm siêu vi: đau cơ, ăn uống kém, đau đầu, đau tai
 - + Lỗ Stenon đỏ và sưng.

- Biểu chứng:
 - + Sưng một hoặc hai bên tinh hoàn ở nam giới
 - + Viêm màng não: sợ ánh sáng, hôn mê, cổ cứng
 - + Viêm tụy cấp: đau bụng, nôn ói
 - + Nữ trong độ tuổi sinh đẻ: đau bụng hạ vị phải nghi ngờ viêm buồng trứng nhưng hiếm
 - + Mặc dù quai bị gây ra những triệu chứng và biến chứng khó chịu nhưng bệnh lành tính và tự khỏi trong 10 ngày. Nhiều trẻ em bị quai bị không có biểu hiện lâm sàng.

2.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc giảm, chủ yếu là tăng lympho.
- Amylase máu và nước tiểu tăng: 90% trong các trường hợp
- Siêu âm tuyến mang tai: giúp phân biệt viêm hạch hay viêm tuyến mang tai do vi trùng
- Xét nghiệm tìm kháng thể trong huyết thanh có thể xác định chẩn đoán khi tuyến mang tai hoặc tuyến nước bọt khác không to.

2.4. Chẩn đoán

- Vùng dịch tễ có quai bị và tiếp xúc với bệnh
- Sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên trên 2 ngày
- Thử nghiệm huyết thanh học (+).

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Sưng tuyến mang tai có thể do nguyên nhân nhiễm trùng và không nhiễm trùng khác: *Parainfluenza 1* và *3*, *Influenza A*, *CMV*, *EBV*, *Enterovirus*, *Lymphocytic choriomeningitis virus* và *HIV*.

- Viêm tuyến mang tai mủ: *Staphylococcus aureus*, thường một bên, căng to và kết hợp với sự gia tăng bạch cầu máu và có thể dẫn lưu mủ từ lỗ Stenon.
- Những nguyên nhân không nhiễm trùng khác gây sưng tuyến mang tai: tắc nghẽn lỗ stenon, bệnh collagen mạch máu như hội chứng Sjogren, bệnh Lupus hệ thống và ung thư.

2.6. Biểu chứng

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

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp, tuần hoàn, co giật.

3.2. Nhập viện: quai bị có biến chứng.

3.3. Điều trị ngoại trú

Nguyên tắc điều trị:

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

Điều trị triệu chứng:

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

Quai bị có biến chứng viêm màng não, viêm tinh hoàn, viêm tụy cấp → nhập viện.

4. PHÒNG NGỪA

- Cách ly tránh lây lan
- Miễn dịch chủ động với virus sởi giảm độc lực: MMR
 - + Liều 1: từ 12 -15 tháng
 - + Liều 2: từ 4 - 6 tuổi
- Nếu không được tiêm từ 4 - 6 tuổi, liều 2 sẽ được tiêm trước tuổi dậy thì. Khả năng bảo vệ đến 95% sau liều 1 và được bảo vệ trên 25 năm sau 2 liều.

ĐAU ĐẦU (R51)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng đau hay khó chịu ở vùng đầu hoặc trán, là than phiền thường gặp ở trẻ lớn. Cần loại trừ đau mắt hay đau tai.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nhiễm siêu vi: đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất trong nhiễm siêu vi, thường kéo dài vài ngày.

2.2. Đau đầu do căng cơ: là loại đau đầu tái phát thường gặp nhất. Trẻ có cảm giác căng thẳng xung quanh đầu, đau nhiều hơn vào cuối ngày. Gây ra do giữ lâu ở một tư thế như đọc sách, dùng máy tính, hoặc do stress.

2.3. Đau đầu Migrain: là dạng đau đầu nặng tái phát, từng đợt, thường một bên, kèm buồn ói và ói, có tiền sử gia đình. Con đau kéo dài từ 1 - 72 giờ.

2.4. Viêm xoang: thường xoang trán, đau phía trên cung mày, hiếm khi gặp ở trẻ dưới 10 tuổi. Đau trong xương và kèm sung huyết mũi. Các xoang khác không gây đau đầu mà gây đau ở mặt.

2.5. Các nguyên nhân thường gặp khác: đói, gắng sức, say nắng, ho, do dùng thuốc kháng viêm non-steroid thường xuyên.

2.6. Các nguyên nhân trầm trọng:

- **Viêm não – màng não:** nhức đầu, sốt, cứng cổ, ói mửa và lú lẫn.
- **Cao huyết áp**
- **Tăng áp lực nội sọ:** nặng hơn vào buổi sáng và khi nằm, ói, phù gai thị, có dấu thần kinh định vị, nếu nặng sẽ có tăng huyết áp và chậm nhịp tim.

3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Hỏi bệnh sử

- Trong gia đình có ai bị Migrain không?
- Cần mô tả cơn đau: khởi phát có cấp tính, đau một hay hai bên, đau đầu do căng thẳng thường được mô tả như đau nhói quanh đầu và cơ cổ cũng bị căng và đau, viêm xoang thường đau ở phần xương trán hay gò má, còn Migrain thường là đau nhói.
- Hỏi các triệu chứng đi kèm: có ói kèm theo hay không? Có thay đổi về tâm thần hay nhân cách không? Trong tăng áp lực nội sọ thường có ói và nhìn mờ, đau đầu nặng hơn vào buổi sáng hoặc khi nằm. Trong Migrain, bệnh nhân thường có triệu chứng nhìn thấy hình ảnh hào quang như quầng sáng hay đường zig-zag. Nếu đau đầu kèm với triệu chứng sợ ánh sáng và cứng cổ hay yếu liệt, không đi được coi chừng viêm màng não. Cần hỏi có triệu chứng sung huyết mũi (ngẹt mũi), đau răng hay tai.

3.2. Thăm khám

- Kiểm tra sinh hiệu: cần đo huyết áp, bắt mạch xem có nhịp chậm không?
- Soi đáy mắt: tìm các dấu hiệu của phù gai thị.
- Khám tìm các dấu thần kinh định vị:
 - + Triệu chứng tiểu não: rung giật nhãn cầu, thất đều, run có chủ đích
 - + Triệu chứng dưới liều: liệt các dây thần kinh sọ
 - + Triệu chứng vỏ não: động kinh, co cứng
 - + Triệu chứng tủy yên: rối loạn chức năng nội tiết, giảm thị trường.
- Tìm dấu hiệu sâu răng, điểm nhạy đau của viêm xoang, nghe tiếng động trong sọ (dạng động - tĩnh mạch).

3.3. Xét nghiệm

- X quang xoang Blondeau, Hirtz: dày niêm mạc xoang, có dịch nước hơi
- CT scan hay MRI: được chỉ định nếu có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ hay dấu hiệu thần kinh khu trú, hoặc nếu nhức đầu kéo dài và không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường. Có thể giúp cho thấy hình ảnh não úng thủy hay sang thương chón chỗ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập cấp cứu ngay

- Khi khó đánh thức trẻ hay trẻ hôn mê.
- Lú lẫn hoặc nói nhảm, nói khàn giọng.

4.2. Nhập viện

- Nhìn mờ hoặc nhìn đôi (song thị)
- Yếu chân hay tay, hoặc đi đứng không vững hay loạn choạng
- Trẻ hoạt động rất yếu
- Cứng cổ (cằm không thể chạm ngực)
- Nhức đầu dữ dội
- Ói mửa nhiều
- Đau đầu kéo dài hơn ba ngày
- Đau đầu mạn tính tái phát.

4.3. Khám chuyên khoa

- Cao huyết áp
- Nghi ngờ Migraine
- Có dấu hiệu thần kinh định vị

4.4. Điều trị ngoại trú

- Nghỉ ngơi: nằm nghỉ nơi yên tĩnh và thư giãn cho đến khi khỏe hơn.

- Điều trị tại chỗ:
 - + Chườm lạnh bằng túi nước đá vùng trán trong 20 phút.
 - + Xoa bóp
- Điều trị triệu chứng: giảm đau với
 - + Acetaminophene: $15 \text{ mg/kg} \times 3 - 4 \text{ lần/ngày}$
 - + Ibuprofene: $10 \text{ mg/kg} \times 3 \text{ lần/ngày}$

4.5. Dấu hiệu tái khám ngay

- Đau đầu nặng hơn hay kéo dài hơn 24 giờ
- Trẻ có ói kèm theo
- Trẻ có tình trạng bệnh nặng hơn.

Chương V.
TIM MẠCH - XƯƠNG KHỚP

ĐAU NGỰC (R07.4)

1. ĐỊNH NGHĨA

Đau ngực là tình trạng đau khu trú ở khung lồng ngực hoặc đôi khi lan ra sau lưng, là một triệu chứng thường gặp ở trẻ em, hầu hết có nguyên nhân lành tính. Tuy nhiên, cũng cần phải tầm soát các nguyên nhân nặng có khả năng đe dọa tính mạng, để được điều trị kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Bệnh lý cơ xương

- Cơ: chấn thương (bong gân, dập cơ, rách cơ), xóc hông, bị đánh vùng trước ngực, đau chu kỳ do bệnh lý hồng cầu hình liềm.
- Xương/sụn: chấn thương (dập, gãy xương sườn), viêm sụn sườn, đau chu kỳ do bệnh lý hồng cầu hình liềm, hội chứng (h/c) trượt xương sườn, h/c Tietze, viêm tủy xương, ung thư xương.

2.2. Bệnh lý khí phế quản

- Viêm nhiễm: viêm phổi, viêm khí-phế quản, bệnh xơ nang
- Suyễn.
- Dị vật đường hô hấp.

2.3. Bệnh lý màng phổi: viêm phổi màng phổi, tràn mủ màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn khí màng phổi, viêm phổi trung thất, hội chứng sau mổ màng ngoài tim, thuyên tắc phổi, ung thư phổi màng phổi.

2.4. Bệnh lý tim mạch: viêm màng ngoài tim, sa van hai lá, rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim (có thể có nhồi máu cơ tim).

2.5. Bệnh lý cơ hoành: áp-xe dưới hoành, áp-xe gan, h/c Fitz-Hugh- Curtis.

2.6. Bệnh lý ống tiêu hóa

- Thực quản: trào ngược dạ dày - thực quản, uồng nhâm chất ăn mòn, dị vật đường tiêu hóa, thoát vị hoành, co thắt thực quản, rách thực quản.
- Cơ quan khác: viêm dạ dày, loét dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy.

2.7. Bệnh lý thần kinh

- Thần kinh liên sườn: chấn thương, viêm thần kinh ngoại biên do Herpes.
- Rễ thần kinh cột sống lưng: chấn thương, viêm rễ thần kinh.

2.8. Rối loạn tâm lý: lo âu có hoặc không có tăng thông khí, trầm cảm, sợ đi học, mắc bệnh hoang tưởng, phản ứng ngược.

2.9. Đau ngực vô căn

3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Hỏi bệnh: cần giải đáp những câu hỏi sau:

- Đau ngực cấp tính hay mạn tính? (Cấp tính cần xem xét các nguyên nhân như thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi, viêm màng ngoài tim, gãy xương; mạn tính cần xem xét các nguyên nhân như viêm thực quản, thoát vị hoành, bệnh lý thành ngực).
- Đau ngực có liên tục hay từng lúc?
- Đau ngực có gia tăng khi hít thở không? (Nếu có thì cần xem xét do viêm màng phổi, viêm sụn sườn, gãy xương sườn, tràn khí màng phổi đau tăng lên khi thở)
- Đau ngực có kèm ho ra máu không? (Nếu có coi chừng thuyên tắc phổi).
- Đau ngực có kèm sốt và khạc mủ không? (Nếu có coi chừng viêm phổi).

- Đau ngực có kèm khó thở không? (Nếu có coi chừng do tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi, viêm phổi sẽ gây khó thở).
- Đau ngực có nặng hơn khi di chuyển, cử động không? (Nếu có coi chừng viêm màng ngoài tim).
- Đau ngực này có giảm đau nếu dùng thuốc kháng acid không? (Nếu có thì cần xem xét do viêm thực quản hoặc thoát vị hoành).

3.2. Khám lâm sàng tìm các dấu hiệu và triệu chứng

- Dấu hiệu sinh tồn: xem có sốt, thở nhanh không? (Nhịp thở dựa theo lứa tuổi).
- Tìm các dấu hiệu, triệu chứng:
 - + Toàn thân: môi tái, lo âu, hồi hộp, vã mồ hôi, phù, dị cảm.
 - + Hô hấp: thở co lõm, khò khè, co kéo lồng ngực, lồng ngực có căng phồng, nghe phổi có ran không, có tiếng cọ màng phổi, hay phế âm có giảm.
 - + Tim mạch: nhịp tim có nhanh, có đều hay không, có gallop T4, có âm thổi, có ngoại tâm thu không?
 - + Cơ, xương: có dấu chấn thương thành ngực, nhạy đau thành ngực khi hít sâu, hay ép khung ngực không? Có sưng khớp ức - đòn bên phải (gặp trong hội chứng Tietze).
 - + Tiêu hóa: đau kiểu rát bỏng sau xương ức, khó nuốt, cảm giác bóp nghẹt, có đau thượng vị hay ói máu không?

3.3. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm máu: huyết đồ, VS, khí máu động mạch (đo SaO_2).
- X-quang phổi: để xem khung xương, nhu mô phổi, bóng tim.

- ECG, hay Holter ECG: để tìm các nguyên nhân tim mạch (rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng tim, nhồi máu cơ tim) hoặc thuyên tắc phổi.
- Siêu âm tim: tìm các nguyên nhân bệnh tim mạch.
- Nội soi tiêu hóa: để tìm các nguyên nhân bệnh tiêu hóa.
- Các xét nghiệm cao cấp khác: đo pH thực quản, CT scan, MRI, xạ hình ngực.

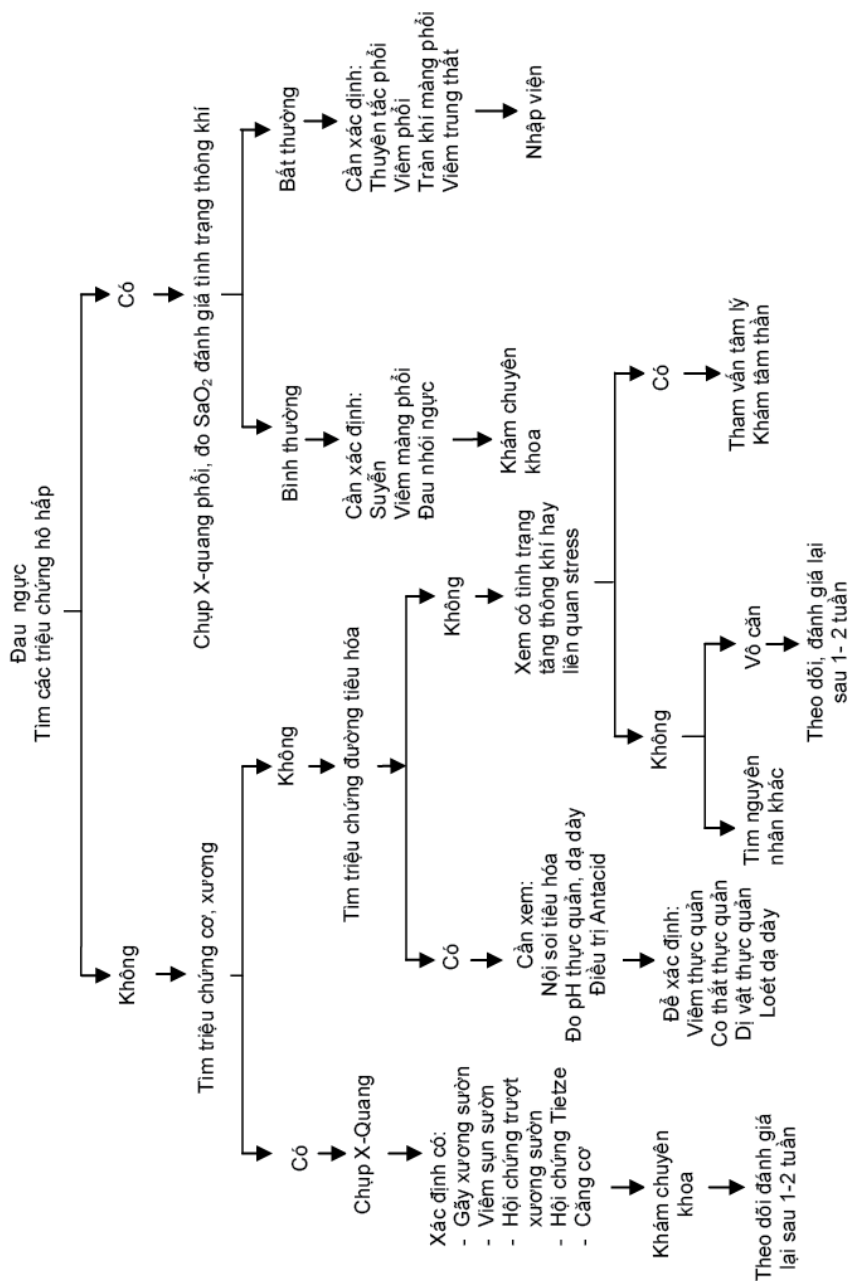
4. ĐIỀU TRỊ: tùy theo nguyên nhân bệnh.

4.1. Nhập cấp cứu ngay: khi có dấu hiệu sốc, suy tuần hoàn, suy hô hấp nặng, ngộ độc.

4.2. Nhập viện: khi có suy hô hấp, nhiễm trùng, rối loạn nhịp tim, chấn thương, bệnh lý ác tính,...

4.3. Khám chuyên khoa: tùy theo nguyên nhân bệnh.

4.4. Điều trị ngoại trú: chấn thương nhẹ, bệnh lý ống tiêu hóa chưa có chỉ định nhập viện, rối loạn tâm lý.



NGẤT (R55)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Ngất là tình trạng giảm tri giác và trương lực cơ thoáng qua do tưới máu não không thích hợp.

2. NGUYÊN NHÂN: bốn nhóm nguyên nhân

2.1. Phản xạ liên quan hệ thần kinh giao cảm (không do tim)

- Phản xạ phó giao cảm: thường gặp nhất, có tiền triệu (hoa mắt, tái, vã mồ hôi, chóng mặt), kéo dài < 1 phút, và tri giác phục hồi sau đó
- Hạ HA tư thế: HA giảm ở tư thế đứng lâu hay nằm lâu, nhịp tim bình thường
- Hội chứng hạ HA tư thế (POTS): HA hạ và nhịp tim tăng ở tư thế đứng
- Ngất liên quan gắng sức: có thể do gắng sức lâu, ho, khi đi tiểu.

2.2. Nguyên nhân tim mạch:

- Rối loạn nhịp: nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh thất, rung nhĩ, nhịp chậm xoang, block AV,...
- Bệnh lý tắc nghẽn: hẹp phổi, hẹp van động mạch chủ, bệnh cơ tim phì đại, tăng áp phổi, hẹp van hai lá, chèn ép tim cấp
- Rối loạn chức năng cơ tim: bệnh mạch vành, bệnh cơ tim

2.3. Thần kinh – tâm lý

- Tăng thông khí: hạ CO₂ máu gây co mạch não thoáng qua
- Co giật: mất ý thức lâu, kèm co giật trong cơn
- Migrain: đau đầu kéo dài
- Hysteria: nữ, tuổi học đường, có thể có tiền triệu và kéo dài 1 tiếng, trong cơn HA không giảm.

2.4. Bệnh chuyển hóa

- Hạ đường huyết
- Rối loạn điện giải
- Thuốc, độc chất: thuốc lợi tiểu, hạ HA, thuốc thần kinh...

3. KHÁM LÂM SÀNG

- Cần khai thác kỹ, xác định bệnh nhân nguy cơ cao
- Bệnh sử: rất quan trọng
 - + Về cơn ngất:
 - Thời điểm (buổi sáng, liên quan các hoạt động, bữa ăn, lo lắng)
 - Tư thế khi ngất (đứng, ngồi hay nằm)
 - Thời gian ngất (< 1 phút, > 1 phút)
 - Liên quan gắng sức không: bệnh tim gây tắc nghẽn, mất nước và tăng thông khí, ứ máu tĩnh mạch
 - Tiền triệu (đau ngực nhiều, tăng thông khí, chóng mặt, nhìn mờ, vã mồ hôi,...)
 - Tình trạng trong và sau cơn ngất
- Tiền căn bản thân: bệnh tim, bệnh mạn tính, sử dụng thuốc
- Tiền căn gia đình: bệnh chuyển hóa, bệnh nội tiết, tiền căn đột tử
- Khám thực thể: toàn diện
- Chú ý các cơ quan thần kinh, hô hấp, tim mạch
- Hạ HA tư thế: đo HA lúc nằm ngửa và sau khi đứng im 3 phút. Nếu HA hạ > 15 – 20 mmHg, nhịp tim giảm nhẹ hay không thay đổi → Hạ HA tư thế. Nếu có hạ HA và kèm tăng nhịp tim > 20 lần/phút → Hội chứng Hạ HA tư thế
- Tilt test (test bàn nghiêng): tạo stress tư thế, nằm và sau đó thẳng đứng 60° – 80° trong 30 phút, bệnh nhân được

theo dõi sát nhịp tim và HA trong thời gian này. Test (+) khi có triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu, nôn, nhìn mờ → Bệnh nhân được chuyển qua tư thế nằm. Test (+) : phản xạ liên quan hệ thần kinh phó giao cảm

- Nghe tim: rối loạn nhịp, âm thổi,...
- Khám thần kinh: dáng đi, phản xạ gân xương, chức năng tiểu não.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay: đang bị ngất, có rối loạn huyết động.

4.2. Nhập viện: tính chất cơn ngất kéo dài, có nguy cơ tái phát, nguy cơ đột tử.

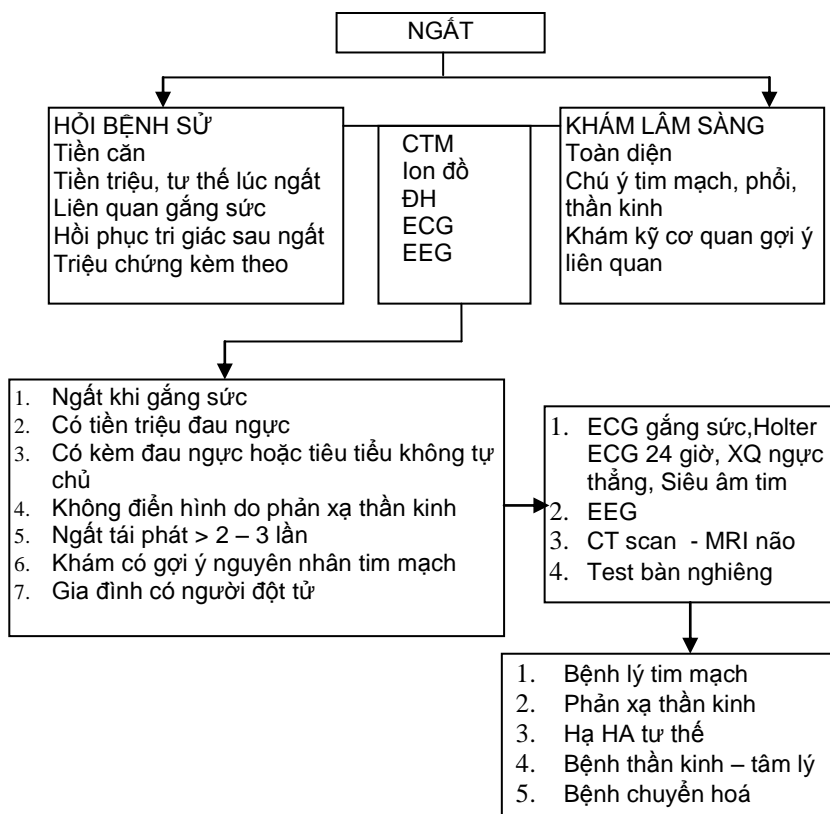
4.3. Khám chuyên khoa: tim mạch, thần kinh, nội tiết khi tầm soát khi nghi ngờ bệnh chuyên khoa.

4.4. Điều trị ngoại trú:

Ngất do phản xạ vagal, hạ HA tư thế:

- Ăn mặn, uống nước nhiều
- Mang vớ dài
- Fludrocortisone 0,05 - 0,1 mg/24 giờ cho hằng ngày
- Beta blocker uống: metoprolol 1,5 mg/kg/ngày
- Anpha agonist uống: epinephrine và pseudoephedrine (phải có chỉ định của chuyên khoa).

5. LƯU ĐỒ TIẾP CẬN



ĐAU KHỚP (M25.5)

1. ĐẠI CƯƠNG

Đau khớp là tình trạng đau tại ổ khớp, hạn chế cử động khớp, có thể có hay không triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau. Có nhiều nguyên nhân gây đau khớp.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nhiễm trùng

- Vi trùng: *Staphylococcus*, *Hemophilus influenzae*, *Streptococcus* nhóm B, *Escherichia coli*, *Neisseria meningococcus*.
- Nguyên nhân khác: siêu vi trùng, *Mycobacteria*, vi nấm.

2.2. Sau nhiễm trùng

- Sau nhiễm các siêu vi trùng: viêm gan B, *Parvovirus*, *Epstein-Barr virus*, *Cytomegalovirus*, thủy đậu, *Herpes*, *Enterovirus*, *Adenovirus*.
- Sau nhiễm các vi trùng: thấp khớp cấp, *Lyme*, *Chlamydia* (HC Reiter), *Mycoplasma*, *Shigella*, *Campylobacter*.

2.3. Chấn thương: dập, tụ máu, gãy xương, viêm dây chằng, viêm bao hoạt dịch, hội chứng Legg - Calvé - Perthes.

2.4. Bệnh tự miễn: bệnh Still, bệnh lý huyết thanh, Kawasaki, bệnh Lupus đỏ hệ thống, Henoch Schoenlein.

2.5. Bệnh khác: viêm bao hoạt dịch khớp háng nhiễm độc, bệnh lý ác tính (bạch cầu cấp, u nguyên bào, u xương), Hemophilia, bệnh chuyển hóa.

3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

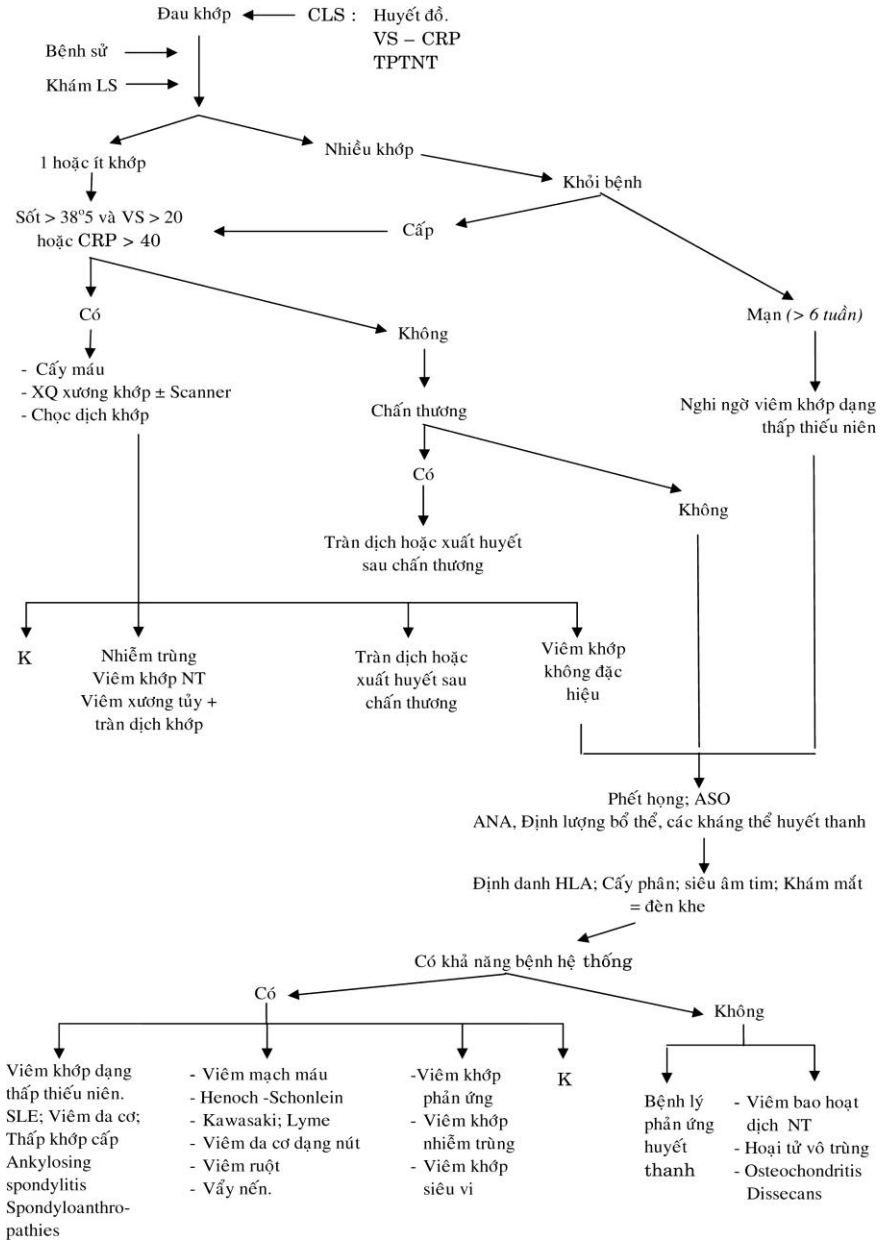
3.1. Lưu đồ

3.2. Tiếp cận chẩn đoán

- Hỏi thời gian khởi phát, yếu tố trước đó: chấn thương, thuốc, chích ngừa, côn trùng cắn, thời gian xuất hiện triệu chứng, tiến triển.
- Triệu chứng tại khớp: đau một hay nhiều khớp, có sưng, nóng, đỏ, đau, có hạn chế vận động không?...
- Tìm triệu chứng đi kèm: sốt, thiếu máu, mệt mỏi và tìm triệu chứng ở cơ quan khác: tim, phổi, da, mắt, thận, ...

3.3. Xét nghiệm giúp chẩn đoán

- Thường quy: huyết đồ, VS, CRP, tổng phân tích nước tiểu.
- Miễn dịch học: ANA, định lượng bổ thể, kháng thể anti DNA.
- Xét nghiệm dịch khớp: cấy, sinh hóa, tế bào.
- Cấy máu.
- Huyết thanh chẩn đoán các siêu vi trùng
- Chẩn đoán hình ảnh: X-quang khớp, CT Scan khớp, siêu âm tim, siêu âm khớp.



ĐAU CHI (M79.6)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Đau chi là tình trạng đau xuất hiện ở chân (từ khớp hông đến ngón chân) hay ở tay (từ khớp vai đến ngón tay) mà không gây ra bởi chấn thương đã được biết. Tuy nhiên, các trường hợp vận động cơ quá mức hay bong gân nhẹ không kể là chấn thương.
- Đau chân bao gồm: đau khớp hông, khớp gối, mắt cá, các khớp bàn ngón.
- Đau tay bao gồm: đau khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay, các khớp bàn ngón.

2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

2.1. Đau tay: thường ít gặp

- **Bong gân** do vận động cơ quá mức như gắng sức ném vật gì đó hay bơi lội.
- **Chuột rút:** thường đau trong thời gian ngắn, dưới 15 phút. Thường xảy ra ở bàn tay sau thời gian dài viết hay đánh chữ.
- **Đau cấp tính kéo dài:** từ vài giờ đến 7 ngày, thường gây ra do những động tác vận động quá mạnh hay những chấn thương cơ bị lãng quên xảy ra trong những ngày trước đó. Thường xảy ra nhất ở khớp vai.
- **Nhiễm siêu vi:** đau cơ nhẹ cũng hay gặp trong một số trường hợp nhiễm siêu vi.
- **Các nguyên nhân trầm trọng:** gãy xương, viêm khớp (nhiễm trùng khớp), viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh).

2.2. Đau chân

- **Các nguyên nhân chính:** chuột rút hay bong gân do vận động cơ quá mức như chạy hay nhảy cao/xa. Hơn 50% trường hợp chấn thương gặp ở Nhi khoa do vận động cơ quá mức trong tập thể dục thể thao.
- **Chuột rút:** thường cơn đau ngắn, dưới 15 phút do co thắt cơ. Thường xảy ra ở bàn chân hay cẳng chân trong quá trình vận động hay sau khi trẻ ngủ dậy.
- **Bong gân:** những cơn đau cấp tính kéo dài từ vài giờ đến 7 ngày, thường gây ra do những động tác vận động quá mạnh hay những chấn thương cơ bị lãng quên xảy ra trong những ngày trước đó.
- **Đau do tăng trưởng:** khoảng 10% trẻ khỏe mạnh có những cơn đau liên tục, vô hại thường được xem là đau do tăng trưởng (mặc dù nó không giúp gì cho sự tăng trưởng). Thường gặp ở trẻ mầm non, xảy ra về đêm, ban ngày không đau, không ảnh hưởng đến hoạt động bình thường. Thường đau hai bên, ở bắp chân và đùi, đau trội hơn ở cơ. Cơn đau thường kéo dài 10 - 30 phút.
- **Nhiễm siêu vi:** gây đau ở cả hai chân, đặc biệt là do cúm.
- **Viêm bao hoạt dịch thoáng qua:** lành tính và thường xảy ra ở trẻ trai từ 2 - 8 tuổi. Khởi phát đi khắp khớp đột ngột, không có triệu chứng toàn thân, thường xảy ra sau nhiễm trùng hô hấp trên.
- **Các nguyên nhân trầm trọng:** gãy xương, huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh) và viêm khớp (nhiễm trùng khớp).
- **Viêm khớp nhiễm trùng:** là cấp cứu nội khoa, xảy ra ở trẻ nhũ nhi và thiếu niên. Trẻ thường sốt, có vẻ nhiễm trùng, khớp sưng, nóng, đỏ, đau, giới hạn cử động.

- **Viêm xương tủy:** trẻ sốt, khớp sưng, nóng, đỏ, đau giới hạn cử động chi.
- **Bệnh Legg-Perthes:** tình trạng viêm sụn xương dẫn đến hoại tử vô trùng đầu xương đùi. Thường xảy ra ở trẻ 4 - 7 tuổi. Có thể xảy ra sau viêm bao hoạt dịch thoáng qua, ban đầu không đau, khi có gãy xương thì mới đau và đi khập khễnh
- **U xương:** có thể lành hoặc ác tính. Sờ thấy một khối u và nhạy đau.

3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Hỏi bệnh sử

- Đau kéo dài bao lâu, xảy ra ban ngày hay ban đêm, xảy ra ở một hay hai bên, hay có khu trú ở khớp không, có làm trở ngại việc chơi hay đi học của trẻ. Đau có nguyên nhân thực thể thường kéo dài.
- Trẻ đi khập khễnh hay không thể đi.
- Có các triệu chứng toàn thân như: sụt cân, sốt, vã mồ hôi về đêm, phát ban,...

3.2. Thăm khám

- Cho trẻ nằm để thăm khám và cả lúc trẻ đi đứng, khám đầy đủ từ khớp háng đến bàn chân, từ khớp vai đến bàn tay, kể cả khớp gối/khuỷu.
- Khám chi: tìm điểm sưng, nóng, đỏ, đau. Có bị yếu cơ hay teo cơ không? Có bị hạn cử động khớp nào không?
- Khám tổng quát: tìm xem trẻ có bị sốt, phát ban, xanh xao, nổi hạch, hay gan, lách to do nhiễm trùng hay bệnh hệ thống.

3.3. Xét nghiệm

- Công thức máu (huyết đồ): bạch cầu tăng cao trong bệnh lý nhiễm trùng, bệnh mạch máu tạo keo, bệnh bạch cầu cấp.
- Phản ứng viêm: CRP hay VS tăng cao trong bệnh lý nhiễm trùng, bệnh mạch máu tạo keo, bệnh viêm ruột và u bướu.
- X quang: giúp phát hiện u bướu, nhiễm trùng xương, chấn thương, hoại tử vô trùng, bệnh bạch cầu cấp.
- CT scan hay MRI: giúp phát hiện viêm xương tủy.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay: chấn thương nặng như gãy xương.

4.2. Nhập viện: tê chi kéo dài > 1 giờ, mất sức cơ, đau chi khi sờ chạm hoặc mất cơ năng (không thể đứng, đi hay cử động khớp), viêm khớp (nhiễm trùng khớp), viêm xương tủy, bệnh Legg-Perthes, huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh), u xương.

4.3. Khám chuyên khoa: viêm khớp, viêm xương tủy, viêm dây thần kinh, bệnh Legg-Perthes, u xương.

4.4. Điều trị ngoại trú: chuột rút hay bong gân, đau do tăng trưởng, nhiễm siêu vi

- Điều trị triệu chứng: giảm đau với
 - + Paracetamol: 15 mg/kg/lần \times 3 - 4 lần/ngày
 - + Ibuprofen: 10 mg/kg/lần \times 3 lần/ngày
- Điều trị đặc hiệu:
 - + Chuột rút: kéo căng cơ bị đau về hướng ngược lại; chườm đá lạnh trên cơ bị đau khoảng 20 phút; uống nhiều nước; có thể cung cấp đủ lượng calci.

- + Bong gân: chườm đá lạnh trên cơ bị đau khoảng 20 phút, vài lần trong ngày trong 2 ngày đầu; nếu cơ bị co cứng kéo dài trên 48 giờ, cho trẻ ngâm và tập nhẹ trong nước nóng hai lần mỗi ngày và mỗi lần trong 20 phút
- + Đau do tăng trưởng: thường nhẹ và không kéo dài, không cần điều trị; có thể xoa bóp lên nơi bị đau

4.5. Dấu hiệu tái khám ngay

- Chuột rút xảy ra thường xuyên hơn
- Trẻ có sốt, đi khập khểnh, hay khớp sưng to
- Đau gây ra do làm việc hay gắng sức kéo dài trên 7 ngày
- Trẻ có dấu hiệu nặng hơn.

Chương VI.

THẬN - NỘI TIẾT

RỐI LOẠN ĐI TIỂU (N39.4)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Rối loạn đi tiểu (RLĐT) là một thuật ngữ mô tả các bất thường của quá trình làm đầy và/hoặc quá trình tổng xuất của bàng quang. RLĐT có liên quan đến rất nhiều thành phần thần kinh, cơ, cấu trúc giải phẫu của bàng quang, trực tràng và vùng sàn chậu.
- Tất cả các biểu hiện sau đây đều xếp vào nhóm RLĐT:
 - + Tiểu lắt nhắt ban ngày (> 8 lần)
 - + Chảy nước tiểu liên tục hay gián đoạn
 - + Cảm giác gấp tiểu
 - + Tiểu ngập ngừng, khó khởi động đi tiểu hoặc trẻ phải tự tìm nghiệm pháp hỗ trợ để đi tiểu, hoặc ngược lại: trẻ tự tìm nghiệm pháp để kiềm chế đi tiểu.
 - + Tiểu rỉ, tia nước tiểu yếu hoặc gián đoạn
 - + Tiểu dầm ban đêm ở trẻ ≥ 5 tuổi.

2. NGUYÊN NHÂN: chia hai nhóm: RLĐT có liên quan đến thần kinh và không liên quan (non-neurologic bladder dysfunction)

2.1. Rối loạn kiểm soát của hệ thần kinh

- Di tật bẩm sinh của hệ thần kinh trung ương: thoát vị màng não - tủy, tật cột sống chẻ đôi, hội chứng bất sản xương cùng.
- Mất đồng vận cơ detrusor và cơ thắt niệu đạo (detrusor-urethral sphincter dyssynergy)
- Nguyên nhân mắc phải: động kinh, bệnh thoái hóa thần kinh trung ương tiến triển kết hợp với co cứng cơ, viêm

tủy cắt ngang , bệnh xơ cứng rải rác (multiple sclerosis), dị tật mạch máu tủy sống, chấn thương tủy sống.

- Bệnh loạn dưỡng cơ, loạn sản thần kinh cơ.

2.2. Không liên quan thần kinh

- Viêm nhiễm

- + Nhiễm trùng tiểu
- + Viêm quy đầu/viêm bao da quy đầu
- + Nhiễm giun kim
- + Herpes sinh dục
- + Viêm nhiễm cơ quan lân cận : âm đạo, tử cung, trực tràng,...

- **Bất thường cấu trúc** : bàng quang lộ ngoài (bladder exstrophy), lỗ tiểu đóng cao (epispadias), bất thường ổ nhóp (cloacal anomaly), nang niệu quản (ureteroceles), van niệu đạo sau, niệu quản cầm lạc chỗ và niệu đạo, hội chứng prune belly.

- **Cơ năng**: không do nguyên nhân thực thể hay thần kinh, được xếp vào nhóm bàng quang chậm trưởng thành, rối loạn chức năng cơ vòng - thường kèm theo rối loạn đi tiểu như táo bón nặng, són phân, thói quen đi tiểu không đúng.

- **Tiểu dầm ban đêm nguyên phát**: ở trẻ ≥ 5 tuổi.

- **Nguyên nhân khác**: hội chứng Hinman, Ochoa.

3. TIẾP CẬN

3.1. Bệnh sử

- Số lần đi tiểu: < 3 lần/ngày, > 8 lần/ngày, thể tích nước tiểu, xảy ra ban ngày hay ban đêm hay cả hai.
- Bàng quang tăng hoạt : tiểu gấp, tiểu lắt nhắt ban ngày (> 8 lần/ngày và > 2 lần/tháng), nghiêm pháp giữ nước

tiểu không rỉ (ngồi xổm , bắt chéo hai chân), tiểu gấp không tự chủ.

- Bàng quang giảm hoạt: thói quen giữ nước tiểu do tâm lý kéo dài sẽ dẫn đến tăng sức chứa bàng quang, số lần đi tiểu của trẻ giảm (< 3 lần/ngày) với thể tích nước tiểu rất lớn ở mỗi lần đi tiểu. Cơ detrusor sẽ bị tổn thương nếu tình trạng kéo dài, đưa đến tiểu rặn và tiểu rỉ thứ phát.
- Thói quen đi tiêu: táo bón hoặc són phân
- Nhiễm trùng tiểu tái diễn
- Chế độ ăn uống: lượng và loại dịch uống
- Các xung đột trong gia đình, tiền sử tập đi vệ sinh
- Tiền căn: sanh non, sanh ngạt, chậm phát triển tâm vận , dị tật bẩm sinh, chấn thương.

→ ***Cần theo dõi bằng nhật kí đi tiểu trong ít nhất 72 giờ trước khi điều trị.***

3.2. Khám

- Dấu hiệu sinh tồn: chú ý dấu hiệu sốt
- Các dấu hiệu toàn thân : phát ban, nổi bóng nư ớc, đau khớp, viêm kết mạc,...
- Khám bụng : lộ bàng quang , cơ bụng nhão (hội chứng prune belly).
- Tình trạng dị hình, đa dị tật đi kèm, về mặt cảm xúc nghịch đảo (HC Ochoa)
- Vùng thắt lưng – cùng: các dấu hiệu ngoài da của hở đốt sống hoặc bất s ẵn xương cùng (lõm trước xương cùng , mảng lông, u mỡ, khe mông bất đối xứng)
- Khám thần kinh cơ: sức cơ chi dưới, phản xạ gân sâu.
- Cơ quan sinh dục ngoài : lỗ niệu đạo , lỗ âm đạo , môi và âm hộ, vùng da quanh âm hộ.

- Thăm trực tràng : khi bệnh sử táo bón để đánh giá phân đóng khối trong trực tràng, trương lực cơ vùng chậu.
- Quan sát trực tiếp dòng nước tiểu, cách đi tiểu.

3.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm bắt buộc để định hướng xử trí

- Tổng phân tích nước tiểu: tìm nhiễm trùng tiểu, tiểu nhạt, tiểu đường.
- Ure/creatinin
- Siêu âm bụng/hệ niệu: tìm các tổn thương thần kinh hoặc giải phẫu, nhiễm trùng tiểu, nghi ngờ có bất thư ờng cấu trúc hệ niệu, đánh giá thể tích nước tiểu tồn lưu ở bàng quang sau khi đi tiểu (bất thư ờng: > 20 ml); đánh giá thành bàng quang (dày khi > 5 mm).

Xét nghiệm thứ phát (tùy định hướng)

- Cây nước tiểu: khi nghi ngờ có nhiễm trùng tiểu đi kèm.
- Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng (VCUG): van niệu đạo sau, trào ngược bàng quang niệu quản, khảo sát hình dạng của bàng quang
- MRI cột sống thắt lưng – cùng: khi nghi ngờ có tổn thương thần kinh
- Đo lưu lượng dòng nước tiểu (Uroflowmetry): đánh giá giai đoạn bài xuất của bàng quang. Chỉ định: nhiễm trùng tiểu tái phát không kèm rối loạn thần kinh và giải phẫu; theo dõi đáp ứng điều trị rối loạn đi tiểu.
- Đo niệu động học xâm lấn : đánh giá tình trạng cơ detrusor, khả năng chứa của bàng quang, áp lực bàng quang, vận tốc dòng chảy, tình trạng cơ vòng niệu đạo, khả năng làm trống bàng quang. Chỉ định khi:
 - + Nghi ngờ có tổn thương thần kinh
 - + RLĐT nặng kèm suy thận hay ứ nước thận

- + Không hậu môn dạng cao
- + Van niệu đạo sau
- + RLĐT kháng trị.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay: khi có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân đe dọa tính mạng.

4.2. Nhập viện: khi xác định

- Nhiễm trùng tiểu trên
- Có nguyên nhân thần kinh hay bất thường về giải phẫu
- Kèm tổn thương thận (tiểu đạm, cao huyết áp, tiểu ít,...), suy thận, thận ứ nước.

4.3. Điều trị ngoại trú

- Mục đích:
 - + Cải thiện triệu chứng
 - + Phòng ngừa tổn thương thận
- **Điều trị hỗ trợ:** rất quan trọng, là biện pháp được chọn lựa hàng đầu trước khi sử dụng thuốc, đáp ứng trong 6-40% trường hợp.
 - + Thay đổi hành vi đi tiểu
 - + Vệ sinh, điều trị viêm nhiễm tại chỗ
 - + Điều trị táo bón tích cực
 - + Tránh các thực phẩm gây tăng hoạt bàng quang: caffeine, nước cam, cà chua, thực phẩm cay.
- **Điều trị bằng thuốc, kỹ thuật.**
 - + Thuốc kháng phó giao cảm (anticholinergic): oxybutinin
 - Chỉ định : bàng quang tăng hoạt do nguyên nhân chức năng hay thực thể ; kết hợp với những phương

pháp khác trong những bệnh lý bàng quang giảm thể tích thực thể hay chức năng.

- Chống chỉ định: bàng quang gì ảm hoạt, dung tích tăng, tiểu gián đoạn, thể tích bàng quang sau tiểu ều cao (> 20 ml)
 - Liều: oxybutinin 5mg: $0,1 - 0,2 \text{ mg/kg/lần} \times 2 - 3$ lần/ngày
 - Thời gian điều trị 6 tháng trước khi thử ngưng thuốc
 - Tác dụng phụ: bón, khô miệng, đỏ mặt, kích động,...
- + Thuốc đối kháng alpha: doxazosin
- Tác dụng giãn cơ trơn cổ bàng quang và cơ thắt niệu đạo, chỉ định trong trường hợp RLĐT có ứ nước tiểu do co thắt cơ cổ bàng quang và cơ niệu đạo.
 - Cần thực hiện đầy đủ xét nghiệm niệu động học trước khi sử dụng.
- + Desmopressin:
- Chỉ định: tiểu dầm trẻ > 5 tuổi, đái tháo nhạt.
 - Liều: viên Minirin 0,1 mg. Liều 0,2 mg: 1 giờ trước ngủ. Sau 10 – 14 ngày: 0,4 mg.
 - Thời gian điều trị : 3 tháng, đánh giá đáp ứng điều trị mỗi 1 – 2 tuần.
 - Tác dụng phụ: ít gặp: buồn nôn, co cứng bụng nhẹ, hạ huyết áp,...
- + Điều trị phản hồi sinh học ngược (Biofeedback treatment): dạy trẻ biết cách điều khiển các cơ đi tiểu thông qua các dụng cụ hỗ trợ như uroflow, miếng dán sản chậu,... trương lực cơ sẽ thể hiện qua âm thanh, hình ảnh, từ đó, trẻ sẽ chủ động co giãn cơ đi tiểu.

- + Điện châm vùng S2, S3: trong hội chứng bàng quang tăng hoạt.
- + Thông tiểu sạch ngắt quãng (CIC): trong bàng quang giảm hoạt, tăng hoạt động cơ thắt.
- **Dấu hiệu tái khám ngay:** khi có dấu hiệu toàn thân ngoài đường tiết niệu: sốt, đau hông lưng, phù, cao huyết áp,... tái khám định kỳ mỗi 2 - 4 tuần.
- **Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:**
 - + Vệ sinh cơ quan sinh dục và vùng hội âm
 - + Tập thói quen đi tiểu và tư thế đi tiểu đúng
 - + Theo dõi đáp ứng điều trị bằng nhật ký đi tiểu và các tác dụng phụ của thuốc.

TIỂU DÀM KHI NGỦ (R32)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Tiểu đàm khi ngủ ở trẻ trên 5 tuổi, nhiều ≥ 2 lần/tuần, kéo dài trên 6 tháng, nếu không có nguyên nhân thực thể, đa số tự khỏi.
- Tiểu đàm tuy lành tính nhưng vẫn có nguy cơ gây rối loạn tâm lý như: căng thẳng, hoang mang, lo sợ,... không những cho bản thân trẻ, mà còn ảnh hưởng đến thân nhân bệnh nhi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Bệnh sử

- Tình trạng tiểu đàm:
 - + Tiểu đàm từ khi nào, có khoảng thời gian nào không tiểu đàm,...
 - + Có kèm triệu chứng đường tiểu khác: tiểu đêm, tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, tiểu đau, ...
- Thói quen uống nước: lượng nước uống ban ngày, ban đêm
- Thói quen đi tiêu: táo bón, són phân
- Yếu tố tâm lý
- Tiền căn bệnh lý thận, đái tháo đường, bệnh lý cột sống, thần kinh,...
- Tiền căn gia đình bị tiểu đàm

2.2. Lâm sàng

- Khám bụng: u phân, u vùng thận, cầu bàng quang
- Khám cơ quan sinh dục ngoài: lỗ tiểu đóng thấp, tinh hoàn ẩn
- Khám cột sống, thắt lưng: cấu trúc bất thường
- Thực hiện nhật ký đi tiểu

2.3. Cận lâm sàng:

Tổng phân tích nước tiểu.

Siêu âm bụng: bất thường ổ bụng và hệ niệu.

2.4. Chỉ định điều trị

- Trẻ tiểu đêm sẽ được điều trị khi:
 - + Trẻ trên 5 tuổi.
 - + Ảnh hưởng đến phát triển tâm lý trẻ, làm trẻ thiếu tự tin vào bản thân (từ chối tham gia các hoạt động ngoại khoá như cắm trại, du lịch,...)
 - + Hoặc gia đình quá lo lắng.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân đe dọa tính mạng.

3.2. Nhập viện: khi có dấu hiệu toàn thân ngoài đường tiết niệu – sinh dục.

3.3. Khám chuyên khoa: tiểu đêm thứ phát

- Khối bất thường vùng cột sống → khám Ngoại thần kinh
- Bất thường cơ quan sinh dục ngoài → khám Ngoại niệu
- Vấn đề tâm lý → khám Tâm lý
- Bệnh lý thận, nội tiết → Khám Thận - Nội tiết

3.4. Điều trị ngoại trú: khi tiểu đêm nguyên phát.

3.4.1. Các phương pháp hỗ trợ tổng quát

- Uống đủ nước ban ngày: buổi sáng và buổi trưa ít nhất là 30ml/kg cân nặng
- Hạn chế uống nước và sữa (thức ăn lỏng) 3 - 4 giờ trước khi đi ngủ (sau ăn bữa ăn tối) nếu trẻ không có các hoạt động thể lực
- Ăn thức ăn dễ tiêu, tránh táo bón
- Khuyến khích trẻ vận động

- Dùng nhà vệ sinh với bồn cầu có tư thế ngồi mông - đùi, tránh tư thế ngồi xổm
- Phải đi tiểu trước khi đi ngủ
- Tạo niềm tin cho trẻ là trẻ có thể tự kiểm soát được tiểu đằm
- Khen thưởng khi không đái đằm
- Tuyệt đối không phạt trẻ khi trẻ đái đằm.

3.4.2. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc

- **Phương pháp “Chuông báo thức”** (khi điều kiện cho phép): thiết bị cảm ứng giúp phát hiện những giọt nước tiểu đầu tiên và đánh thức trẻ dậy.
 - + Là phương pháp điều trị được chọn lựa đầu tiên
 - + Thất bại điều trị: đánh giá sau ít nhất là 2 - 3 tháng.
 - + Điều kiện: cần có sự hỗ trợ từ người thân như cha mẹ, người nuôi,... nhằm hỗ trợ trẻ đi vào nhà vệ sinh mỗi khi được đánh thức dậy.
- **Huấn luyện tăng cường:** sau khi thành công 14 ngày liên tiếp trẻ không bị tiểu đằm với phương pháp “Chuông báo thức”, trẻ sẽ được khuyến khích uống nhiều nước trước khi ngủ nhằm tăng cường khả năng chịu đựng của cơ vòng bàng quang. Được xem là thành công nếu tiếp tục không bị tiểu đằm trong 14 ngày tiếp theo.

3.4.3. Các phương pháp dùng thuốc

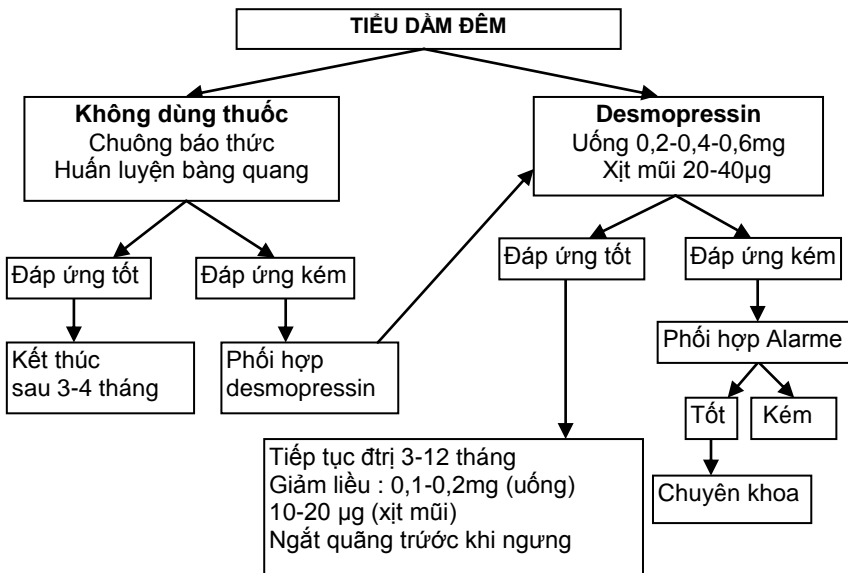
- **Desmopressin (Minirin 0,1mg): chỉ BS chuyên khoa Nội tiết được chỉ định**
 - + Cơ chế: chống lợi tiểu.
 - + Chỉ định:
 - Là thuốc đầu tay điều trị tiểu đằm
 - Khi đi du lịch, cắm trại
 - Không đáp ứng phương pháp “Chuông báo thức”.

- + Liều: uống 0,2 - 0,4 mg (tối đa 0,6 mg) hoặc xịt mũi 20 - 40 mcg trước ngủ.
- + Hiệu quả:
 - Đánh giá đáp ứng sau 1 tháng
 - Nếu có đáp ứng: tiếp tục điều trị ít nhất 3 tháng
 - Ngắt quãng 1 - 2 tuần mỗi 3 tháng để đánh giá hiệu quả điều trị.
- + Tác dụng phụ: ngộ độc nước, hạ natri máu do pha loãng
- + Phòng ngừa: hạn chế uống nước 2 giờ trước khi ngủ.
- **Anticholinergic: Oxybutynin**
 - + Chỉ định:
 - Là thuốc được chọn lựa bước 2
 - Bằng quang tăng động, tiểu dầm nhiều lần trong 1 đêm.
 - Sử dụng 1 thuốc không hiệu quả: phối hợp với desmopressin.
 - + Liều: 0,1 - 0,2 mg/kg/liều trước ngủ
 - + Tác dụng phụ: khô miệng, táo bón, nhức đầu, buồn nôn, nhịp tim nhanh, nóng đỏ mặt,...
- **Thuốc chống trầm cảm ba vòng (Imipramine hydrochloride):**
 - + Hiệu quả: 20 - 50%. Là thuốc bước 3, khi các phương pháp điều trị khác thất bại.
 - + Liều: 25 - 50 mg/liều, uống trước ngủ 2 giờ
 - + Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hoá, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ,... hoặc co giật, ngưng tim do độc trên tim khi quá liều.
- **Châm cứu:** cũng được báo cáo là có hiệu quả.

4. BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG TRÁNH TRẺ TIỂU DÀM ĐÊM SAU NÀY

- Tập cho trẻ đi tiểu chủ động trước 18 tháng, khi trẻ ngủ dậy mà chưa đi tiểu
- Sử dụng xô hoặc ghế xô ngồi để hỗ trợ đùi và chân trẻ.
- Cho trẻ đi tiểu khi thấy trẻ có biểu hiện muốn đi tiểu, nhưng không ép trẻ ngồi xô cho tới khi trẻ tiểu và cũng không quá quan trọng nếu thất bại thời gian đầu.
- Kiên nhẫn tập luyện, thường thành công không quá sau 3 tháng. Không nên thay đổi cách thức liên tục.

Lưu đồ điều trị:



TIÊU ĐAU (R30.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

Tiêu đau là cảm giác đau hoặc nóng rát khi đi tiểu.

2. NGUYÊN NHÂN

	Nhũ nhi và trẻ em < 10 tuổi	Trẻ ≥ 10 tuổi
Bệnh hệ thống	Hội chứng Stevens-Johnson Hội chứng Behcet's Hội chứng Reiter Thủy đậu	Hội chứng Stevens-Johnson Hội chứng Behcet's Hội chứng Reiter
Nhiễm trùng	Viêm bàng quang do siêu vi hoặc vi trùng Viêm bể thận Viêm âm đạo Herpes sinh dục Viêm quy đầu/Viêm bao da quy đầu	Viêm niệu đạo Viêm cổ tử cung Viêm âm đạo Viêm nhiễm vùng chậu Herpes sinh dục Viêm bàng quang do siêu vi hoặc vi trùng Viêm bể thận
Rối loạn đường sinh dục	Viêm niệu đạo không điển hình Xơ cứng Lichen hóa Loét âm đạo Dính môi lớn Chấn thương Hẹp niệu đạo	Viêm niệu đạo không điển hình Loét âm đạo Chấn thương/Thủ dâm Hẹp niệu đạo
Khác	Hóa chất kích thích Tăng calci máu Lạm dụng tình dục Tiểu són Sỏi đường niệu Tâm lý	Lạm dụng tình dục Tâm lý
Lân cận	Nhiễm giun kim	

3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Bệnh sử

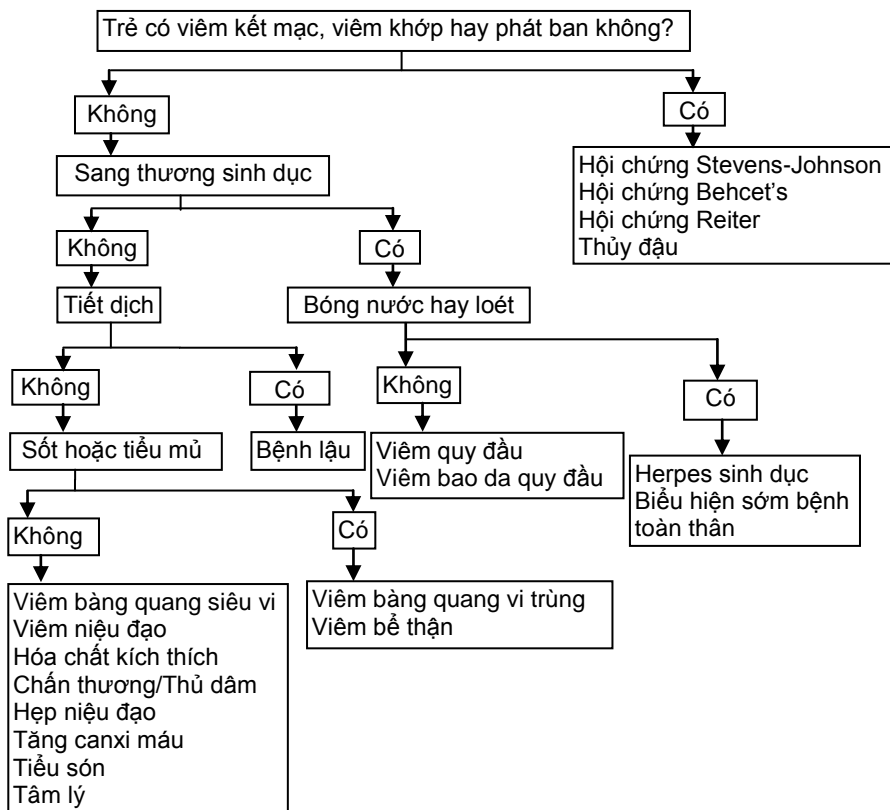
- Tính chất tiểu đau: đầu dòng hay cuối dòng, có lan lên hông lưng, rối loạn đi tiểu khác kèm theo: tiểu lắt nhắt, tiểu gấp, són tiểu,...
- Tìm các triệu chứng ngoài hệ tiết niệu sinh dục như: sốt, tiếp xúc hóa chất tại chỗ, chấn thương, hoạt động tình dục.

3.2. Khám lâm sàng

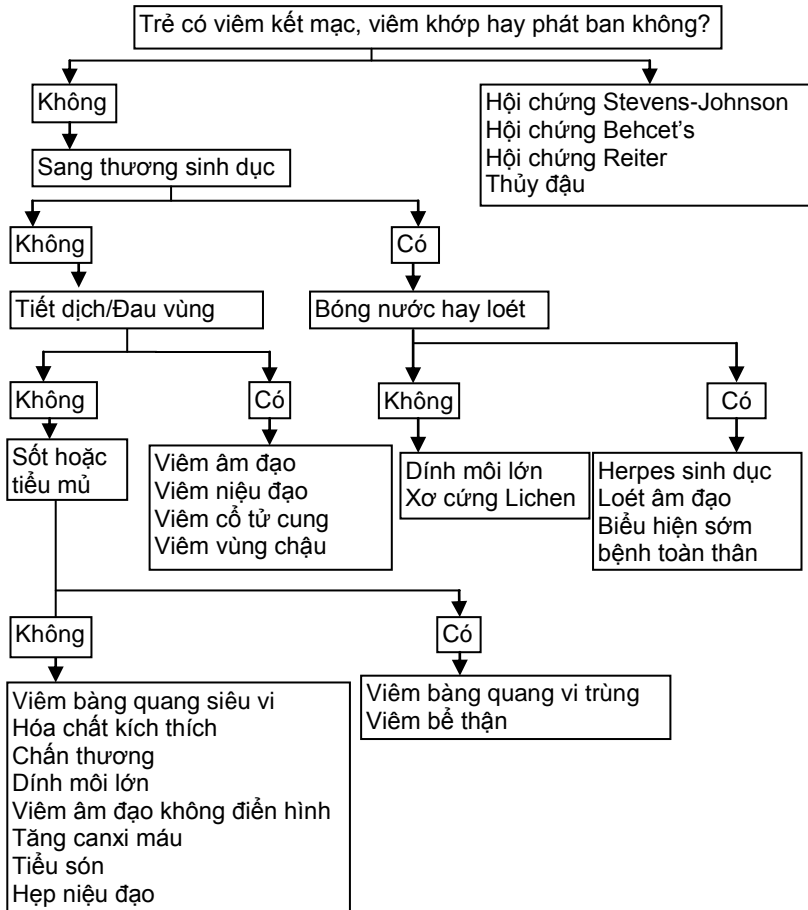
- Dấu hiệu sinh tồn: chú ý dấu hiệu sốt.
- Tìm dấu hiệu ngoài đường tiết niệu - sinh dục: ban toàn thân, bóng nước, viêm kết mạc, đau khớp, loét miệng
- Dấu hiệu đường tiết niệu - sinh dục: dấu hiệu giảm sắc tố, dính môi lớn, bóng nước, vết loét, chảy dịch, đỏ đầu lỗ niệu đạo, hẹp bao da quy đầu.

3.3. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu
- Siêu âm bụng khi bệnh sử và khám lâm sàng không gợi ý nguyên nhân.

Tiếp cận tiểu đau ở trẻ trai

Tiếp cận tiểu đau ở trẻ gái



4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay: khi có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân đe dọa tính mạng.

4.2. Nhập viện: khi có dấu hiệu toàn thân ngoài đường tiết niệu – sinh dục.

4.3. Khám chuyên khoa: dính môi lớn, hẹp da quy đầu → khám ngoại.

4.4. Điều trị ngoại trú

- Điều trị hỗ trợ:
 - + Thay đổi thói quen đi tiểu
 - + Uống nhiều nước
 - + Điều trị táo bón nếu có
 - + Tránh các thực phẩm gây tăng hoạt bàng quang: caffeine, nước cam, cà chua, thực phẩm nhiều gia vị.
- Điều trị đặc hiệu:
 - + Kháng sinh khi nghi nhiễm trùng đường tiết niệu – sinh dục
 - Bactrim 48 mg/kg/ngày hoặc
 - Amoxicillin 50 mg/kg/ngày hoặc
 - Cefixim 10 mg/kg/ngày hoặc
 - Amox/a.clavulanic 50 mg/kg/ngày hoặc
 - Ciprofloxacin 30 mg/kg/ngày hoặc
 - Thời gian điều trị: 5 - 7 ngày
 - + Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân
- Dấu hiệu tái khám ngay: khi có dấu hiệu toàn thân ngoài đường tiết niệu - sinh dục: sốt, ban toàn thân, bóng nước, viêm kết mạc, đau khớp, loét miệng.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:
 - + Vệ sinh cơ quan sinh dục và vùng hội âm sau mỗi lần đi tiểu.
 - + Không dùng những hóa chất gây kích thích niệu đạo, bàng quang: chất tẩy rửa, chất làm mềm vải, xà phòng thơm,...

TIỂU LẮT NHẤT (R39.1)

1. ĐỊNH NGHĨA

Tiểu lắt nhất là nhu cầu đi tiểu nhiều lần trong ngày hoặc đêm nhưng thể tích nước tiểu ít hơn bình thường.

2. NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm trùng tiểu
- Tiểu không tự chủ
- Sỏi đường niệu
- Chất kích thích: café, rượu, thuốc lợi tiểu
- Viêm khớp phản ứng
- Tổn thương tủy sống
- Hẹp niệu đạo.

3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Bệnh sử

- Tính chất tiểu lắt nhất: bao nhiêu lần/ngày, ban ngày hay ban đêm, triệu chứng đi kèm: sốt, tiểu đau, són tiểu, tiểu đỏ, tiểu đục,...
- Tìm các triệu chứng ngoài hệ tiết niệu như: sốt, đau hông lưng, rối loạn kinh nguyệt, viêm kết mạc, viêm khớp,...

3.2. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: chú ý dấu hiệu sốt.
- Tìm dấu hiệu ngoài đường tiết niệu - sinh dục: ban toàn thân, bóng nước, viêm kết mạc, đau khớp, loét miệng.
- Dấu hiệu đường tiết niệu - sinh dục: viêm đỏ, bóng nước, vết loét, chảy dịch,...

3.3. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu.

- Siêu âm bụng khi bệnh sử và khám lâm sàng không gợi ý nguyên nhân.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay: khi có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân đe dọa tính mạng.

4.2. Nhập viện: khi có dấu hiệu toàn thân ngoài đường tiết niệu - sinh dục.

4.3. Khám chuyên khoa: khi nghi tiểu không tự chủ, tổn thương tủy sống, hẹp niệu đạo.

4.4. Điều trị ngoại trú

- Điều trị hỗ trợ:
 - + Thay đổi thói quen đi tiểu
 - + Uống nhiều nước
 - + Điều trị táo bón nếu có
 - + Tránh các thực phẩm gây tăng hoạt bàng quang: caffeine, nước cam, cà chua, thực phẩm nhiều gia vị.
- Điều trị đặc hiệu:
 - + Kháng sinh khi nghi nhiễm trùng đường tiết niệu
 - Bactrim 48 mg/kg/ngày hoặc
 - Amoxicillin 50 mg/kg/ngày hoặc
 - Cefixim 10 mg/kg/ngày hoặc
 - Amox/a.clavulanic 50 mg/kg/ngày hoặc
 - Ciprofloxacin 30 mg/kg/ngày hoặc
 - Thời gian điều trị: 5 - 7 ngày
 - + Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân
- Dấu hiệu tái khám ngay: khi có dấu hiệu toàn thân ngoài đường tiết niệu - sinh dục: sốt, ban toàn thân, bóng nước, viêm kết mạc, đau khớp, loét miệng.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:

- + Vệ sinh cơ quan sinh dục và vùng hội âm sau mỗi lần đi tiêu
- + Không dùng những hóa chất gây kích thích niệu đạo, bàng quang: chất tẩy rửa, chất làm mềm vải, xà phòng thơm,...

TIỂU MÁU (R31)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: tiểu máu là sự hiện diện bất thường của hồng cầu trong nước tiểu ≥ 5 hồng cầu/QT 40 trên hai hoặc nhiều mẫu thử nước tiểu liên tiếp.
- Tiểu máu có thể dưới dạng vi thể hoặc đại thể.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Chấn thương hệ niệu

2.2. Rối loạn đông máu

Hội chứng xuất huyết da niêm: tổn thương thành mạch, giảm tiểu cầu, giảm chất lượng tiểu cầu, giảm các yếu tố đông máu.

2.3. Bệnh cầu thận

- Viêm cầu thận (VCT) cấp hậu nhiễm trùng, VCT cấp, VCT bán cấp và mạn tính
- Bệnh cầu thận lắng đọng IgA: Schönlein- Henoch, Berger
- Bệnh cầu thận trong bệnh tự miễn: lupus đỏ hệ thống, viêm nút quanh động mạch,
- Viêm cầu thận màng, viêm cầu thận tăng sinh màng
- Viêm cầu thận tiến triển nhanh
- Viêm thận trong nhiễm khuẩn mạn tính
- Hội chứng Alport
- Hội chứng Goodpasture.

2.4. Nhiễm trùng tiểu

- Vi khuẩn
- Virus: *Adeno virus* type 11 gây viêm bàng quang xuất huyết

2.5. Sỏi thận và tiểu calci niệu**2.6. Bất thường về giải phẫu**

- Khối u đường tiết niệu: tiểu máu đại thể kéo dài, tiểu máu cục, tái phát
- Dị dạng thận, tiết niệu
- Thận đa nang
- Bất thường mạch máu thận

2.7. Khác

- Do thuốc: kháng sinh, Cyclophosphamide
- Nut cracker syndrome...

3. TIẾP CẬN**3.1. Bệnh sử**

- Có sử dụng các thực phẩm có màu, các thuốc, phẩm màu hay không?
- Có mắc các bệnh như: nhiễm trùng da, viêm hô hấp trên trong thời gian gần đây hay không?
- Có chấn thương hay không?
- Tiểu máu xuất hiện sau làm công việc nặng nhọc, luyện tập thể thao nặng không?
- Có các triệu chứng như: sốt, phù, đau lưng, đau bụng, tiểu gắt không?...
- Quá liều vitamin D, calci.

3.2. Tiền căn:

- Bản thân: có tiểu đỏ, tiểu máu trước đây; cơn đau quặn thận, có mắc các bệnh bẩm sinh, di truyền,...
- Gia đình: có ai bệnh rối loạn đông máu, bệnh miễn dịch, đái tháo, suy thận,...

3.3. Khám thực thể

- Đo huyết áp giúp ích cho chẩn đoán: huyết áp cao gợi ý chẩn đoán viêm cầu thận cấp, thận đa nang, suy thận mạn,...
- Da xanh: suy thận mạn, viêm cầu thận tiến triển nhanh, hội chứng tan huyết urê huyết cao, bệnh lý hemoglobin, leukemia hay u bướu.
- Tìm các vết bầm tự nhiên, bầm chỗ chích, máu tụ
- Viêm khớp và nổi rash gặp trong Henoch Schonlein, lupus đỏ hệ thống.
- Phù: viêm cầu thận, hội chứng thận hư.
- Khám mắt: xác định ảnh hưởng của cao huyết áp lên mắt; bất thường giác võng mạc gặp trong hội chứng kèm thiếu sản thận, hoặc bệnh cầu thận.
- Thính lực giảm: hội chứng Alport.
- Khám bụng:
 - Nhảy cảm vùng hông lưng gợi ý nhiễm trùng tiểu trên.
 - Khối u bụng: bướu Wilms, thận đa nang, thận ứ nước
 - Vết trầy xước ở lưng, bụng gợi ý chấn thương.
 - Khám bộ phận sinh dục ngoài.

3.4. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu: đánh giá tiểu đạm đi kèm : gợi ý bệnh cầu thận ; đánh giá nhiễm trùng tiểu (bạch cầu, nitrite) → cấy nước tiểu
- Siêu âm bụng: xác định sỏi, thận ứ nước, bướu thận,...
- Chụp X-quang bụng không sửa soạn tìm sỏi cản quang
- Canxi/creatinin niệu tăng
- Uric/creatinin niệu tăng
- Huyết đồ
- Chức năng thận, calci, phospho, uric máu

4. XỬ TRÍ

- Nhập cấp cứu ngay: khi có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân đe dọa tính mạng.
- Nhập viện khi có:
 - + Chấn thương thận
 - + Có rối loạn đông máu
 - + Có bất thường về giải phẫu ; sỏi, u, dị dạng (siêu âm ++)
 - + Nhiễm trùng tiểu trên đi kèm
 - + Kèm tổn thương thận (tiểu đạm, cao huyết áp , tiểu ít,...), suy thận, thận ứ nước.
- Điều trị ngoại trú (chuyên khoa)
- Chỉ định:
 - + Tăng calci niệu vô căn : Hydrochlorothiazides 1 - 1,5mg/kg/ngày, kèm citrate potassium, chế độ ăn ít muối, uống nước nhiều.
 - + Tăng acid uric niệu: allopurinol 15 - 20 mg/kg/ngày chia 2 lần, kiểm hóa nước tiểu với citrate.
 - + Nhiễm trùng tiểu dưới : cefixime 10 mg/kg/ngày (xem thêm bài nhiễm trùng tiểu)
- Dấu hiệu tái khám ngay: có triệu chứng của viêm cầu thận cấp (phù, cao huyết áp, tiểu ít,...), kèm tiểu đạm, suy thận,...

NHIỄM TRÙNG TIỂU (N39.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Nhiễm trùng tiểu (NTT) là sự hiện diện của vi khuẩn và bạch cầu với số lượng bất thường trong nước tiểu.
- Khoảng 5% ở trẻ em gái và 1% trẻ em trai bị NTT trong số các trẻ sốt không rõ nguyên nhân.
- Nhiễm trùng tiểu có thể ở đường tiểu dưới hoặc có thể có tổn thương nhu mô thận còn gọi là nhiễm trùng đường tiểu trên (viêm bể thận cấp)

2. NGUYÊN NHÂN

- 80 - 90% do *E.coli* nhạy với đa số các kháng sinh.
- Nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần: *E.coli* kháng với nhiều loại kháng sinh, hoặc *Protéus*, *Klebsiella*.
- Nhiễm trùng tiểu trong bệnh lý đường niệu sau phẫu thuật: *Staphylocoque*, *Pseudomonas*, *Enterocoque*.

3. TIẾP CẬN

3.1. Lâm sàng

- Rất đa dạng: từ không triệu chứng lâm sàng đến bệnh cảnh nhiễm trùng huyết
- Trẻ nhũ nhi
- Sốt không rõ nguyên nhân, không có dấu hiệu khác đi kèm
- Rối loạn tiêu hóa: biếng ăn, nôn ói, tiêu chảy
- Giảm cân
- Trẻ em lớn: tiểu nhiều, tiểu khó, tiểu nóng rát và đôi khi kèm đau bụng.

- Đối với tất cả các lứa tuổi, nhiễm trùng tiểu có thể không có triệu chứng, đặc biệt trong những lần tái phát sau điều trị.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:
 - + Huyết đồ: bạch cầu máu tăng, đa nhân trung tính tăng
 - + CRP tăng trong nhiễm trùng tiểu trên.
- Xét nghiệm nước tiểu:
 - + Tổng phân tích nước tiểu (TPTNT)
 - + Cấy nước tiểu
 - + Kỹ thuật lấy nước tiểu giữ vai trò rất quan trọng và phải được làm một cách kỹ lưỡng:
 - Khử trùng xung quanh lỗ tiểu, nước tiểu được lấy hoặc giữa dòng hoặc trong những túi đựng nước tiểu (không để quá 30 phút)
 - Khi có nước tiểu phải đem cấy ngay, nếu chưa đem đến phòng xét nghiệm sớm, phải giữ nước tiểu ở 4°C
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - + Siêu âm đường tiết niệu: được chỉ định cho tất cả các trẻ bị NTT nhằm phát hiện dị tật bẩm sinh, tắc nghẽn, kích thước thận)
 - + Chụp bàng quang ngược dòng: được chỉ định cho các trẻ bị NTT trên, nhằm phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản

3.3. Chẩn đoán

- Gợi ý chẩn đoán dựa vào lâm sàng và TPTNT có bạch cầu và/hoặc nitrit dương tính
- Chẩn đoán xác định khi:
 - + Cấy nước tiểu $\geq 10^5$ khuẩn vi trùng/1ml nước tiểu
 - + và $\geq 10^4$ bạch cầu/1ml nước tiểu

- Chẩn đoán vị trí:
 - + NTT trên:
 - Lâm sàng: sốt trên 38,5°C, đôi khi sốt dao động với lạnh run, đau bụng và/hoặc đau thắt lưng, sờ có dấu hiệu chàm thận.
 - Sinh học: tăng CRP, tăng bạch cầu đa nhân trung tính, cấy máu có thể dương tính, đạm niệu > 0,05g/24g.
 - + NTT dưới:
 - Không sốt, hoặc sốt nhẹ, rối loạn đi tiểu, không tăng CRP, bạch cầu đa nhân trung tính bình thường.
 - Trong trường hợp nghi ngờ và số lượng vi khuẩn trong nước tiểu ít (102 - 104 ml), cần hỏi bệnh sử về việc có dùng kháng sinh trước đó hay không.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập viện: khi:

- Trẻ < 3 - 6 tháng
- Tình trạng nhiễm trùng nặng hay biến chứng (nhiễm trùng nặng, abscess thận, tái đi tái lại, bất thường hệ niệu...).

4.2. Điều trị ngoại trú

- Nhiễm trùng đường tiểu dưới:
 - + Chỉ cần một loại kháng sinh, thời gian 5 - 7 ngày.
 - + Chọn một trong các loại sau đây: tùy dịch tể vi trùng học của từng nơi hay kết quả cấy nước tiểu và kháng sinh đồ
 - + Sulfamethoxazole và Trimethoprim: SM 40mg/kg/ngày chia 2 lần
 - + Amoxicillin: 50 - 100 mg/kg/ngày chia 3 lần, Amox/a.clavulanic liều 50 mg/kg/ngày chia 3 lần.

- + Cephalosporine thế hệ 3 uống như Cefixime 10mg/kg/ngày chia 2 lần, Cefpodoxim 10 mg/kg/ngày chia 2 lần.

→ Kiểm tra lại nước tiểu sau điều trị 48 giờ. Không nên lập lại nhiều lần các xét nghiệm nước tiểu gây tốn kém và lo lắng cho gia đình.

- + Cho uống nhiều nước, giữ vệ sinh tại chỗ. Điều trị táo bón, giun kim.
- Viêm bể thận cấp:
 - + Ở trẻ lớn: nếu không có dấu hiệu nặng, không cần nằm viện:
 - Kháng sinh đường uống với Cephalosporine thế hệ 3
 - Điều trị phòng ngừa:
 - + Chỉ định: Bệnh tắc nghẽn đường tiểu đang chờ làm các phương tiện chẩn đoán bằng hình ảnh hay chờ mổ
 - Trào ngược bàng quang niệu quản
 - Viêm bể thận tái phát.
 - + Thuốc:
 - Trimethoprim + Sulfamethoxazole: 12 mg/kg/ngày 1 liều
 - Nitrofurantoin: 2 mg/kg/ngày 1 liều.

DẬY THÌ SỚM (E30.1)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

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

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

2. PHÂN LOẠI

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

3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

3.1. Hỏi bệnh sử

- Lí do khám bệnh: vú to, có lông mu, lông nách, tiết dịch âm đạo, có kinh,...
- Triệu chứng: các triệu chứng xuất hiện từ lúc nào, thứ tự xuất hiện các triệu chứng, tốc độ tăng trưởng chiều cao như thế nào?
- Tiền căn: bệnh lý hệ thần kinh trung ương (u, chấn thương, viêm nhiễm, xạ trị...), tăng sinh thượng thận bẩm sinh, suy giáp, u buồng trứng, u thượng thận, u tinh hoàn, tiền căn tiếp xúc với estrogen hoặc androgen ngoại sinh,... tiền căn dậy thì của cha, mẹ và các anh chị em trong gia đình.

3.2. Khám lâm sàng

- Đo chiều cao, cân nặng và tốc độ phát triển chiều cao (cm/năm), so sánh với biểu đồ tăng trưởng.
- Đánh giá các dấu hiệu phát triển sinh dục thứ phát: đo đường kính mô tuyến vú, thể tích tinh hoàn và kích thước dương vật, đánh giá sự phát triển của lông mu.

- Tìm các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân: soi đáy mắt tìm dấu hiệu phù gai (tăng áp lực nội sọ), khám thị trường bị giới hạn (u thần kinh trung ương), sang thương da màu cà phê sữa (hội chứng McCune-Albright).

3.3. Cận lâm sàng

- **Xét nghiệm chẩn đoán**
 - + FSH, LH/máu, estradiol (nữ), testosterone/máu (nam)
 - + X-quang xương bàn tay trái đánh giá tuổi xương.
 - + Siêu âm bụng: đo kích thước tử cung, buồng trứng, tinh hoàn. Tìm nang, u buồng trứng, tinh hoàn, thượng thận.
 - + Một khi có chẩn đoán dậy thì sớm, cần làm thêm nghiệm pháp kích thích bằng GnRH (phân biệt dậy thì sớm trung ương và ngoại biên), với liều 100 µg/lần tiêm dưới da. Xét nghiệm FSH, LH vào thời điểm trước khi tiêm, 30, 60, 120 phút sau khi tiêm để tìm đỉnh LH, FSH.
 - Dậy thì sớm ngoại biên: mức LH và FSH ban đầu thấp và không tăng sau khi kích thích bằng GnRH.
 - Dậy thì sớm trung ương: FSH, LH ban đầu thường ở ngưỡng dậy thì và sẽ tăng khi kích thích bằng GnRH. Đỉnh LH từ 5 - 8 IU/L gợi ý dậy thì sớm trung ương.
- **Xét nghiệm tìm nguyên nhân**
 - + Dậy thì sớm trung ương: MRI tuyến yên
 - + Dậy thì sớm ngoại biên: testosterone, estradiol, cortisol, DHEAS, 17-hydroxyprogesterone, hCG/máu, siêu âm bụng, siêu âm tinh hoàn.

3.4. Chẩn đoán

Dậy thì sớm Đặc điểm	Trung ương	Ngoại biên	Một phần
Đặc tính sinh dục thứ phát	+, nhiều đặc tính	+, nhiều đặc tính	+, đơn độc
Tăng tốc độ tăng trưởng thể chất	+	+	-
Tuổi xương	Tăng	Tăng	Bình thường
Estradiol, Testosterone máu*	Tăng	Tăng	Bình thường
FSH, LH/máu	Thường tăng	Bình thường	Bình thường
LH/FSH	> 1	< 1	< 1
Test GnGH	Đỉnh LH > 5 - 7 IU/L LH/FSH > 1	Đỉnh LH thấp LH/FSH < 1	Đỉnh LH thấp LH/FSH < 1
Siêu âm bụng	Tăng kích thước tử cung, buồng trứng, có thể có nang buồng trứng	Tăng kích thước tử cung, buồng trứng, có thể có nang buồng trứng	Bình thường
MRI tuyến yên	Tổn thương tuyến yên hoặc bình thường (vô căn)	Bình thường	Bình thường
CT bụng	Bình thường/ nang buồng trứng	nang, u buồng trứng, u thượng thận, tinh hoàn.	Bình thường

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

*Tăng estradiol: > 20 pg/ml (ngưỡng trước dậy thì < 20 pg/ml)

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập viện

4.2. Khám chuyên khoa: khám Thận – Nội tiết khi nghi ngờ dậy thì sớm trung ương hoặc ngoại biên.

4.3. Điều trị

4.3.1. Nguyên tắc điều trị

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

4.3.2. Dậy thì sớm một phần: phát triển đơn độc một đặc tính sinh dục phụ, tuổi xương không tiến triển, các xét nghiệm nội tiết bình thường → không điều trị đặc hiệu, tái khám mỗi 3 - 6 tháng.

Các dấu hiệu tái khám ngay: nếu xuất hiện thêm các đặc tính sinh dục khác. Tốc độ tăng trưởng quá nhanh.

4.3.3. Dậy thì sớm trung ương hoặc ngoại biên: cần khám chuyên khoa nội tiết để xác định nguyên nhân dậy thì và điều trị.

- Dậy thì sớm trung ương:

- + Bướu thần kinh trung ương: phẫu thuật, xạ trị. Riêng hamartoma thì điều trị nội khoa (vì bướu không tiến triển).
- + Dậy thì sớm trung ương vô căn: dùng chất đồng vận LH-RH (LH-RHa). Điều trị trẻ dậy thì sớm trước 6 tuổi sẽ có cải thiện về mặt chiều cao đáng kể.

Chỉ định: Dậy thì sớm trung ương vô căn tiến triển.

- + Tăng trưởng thành xương quan trọng (≥ 2 tuổi xương).
- + Hoặc tiên lượng chiều cao giảm ở tuổi trưởng thành qua hai đánh giá liên tiếp mỗi sáu tháng

Liều lượng LH-RHa dạng chậm: Triptoreline (Diphereline[®], Decapeptyl[®]) một ống 3,75 mg/lần tiêm bắp mỗi 4 tuần. Chính liều tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng.

Kết quả điều trị

- + Ngưng tiến triển các đặc tính sinh dục thứ phát.
- + Thể tích buồng trứng và tinh hoàn nhỏ lại.
- + Estradiol, testosterone và gonadotropine trở về bình thường
- + Vận tốc tăng trưởng trở về mức trước dậy thì.
- + Ngưng tiến triển trưởng thành xương.

Thời gian điều trị: đến tuổi trung bình của dậy thì (khoảng 11 tuổi), khi ngưng điều trị thì sự phát triển dậy thì về lâm sàng và sinh học sẽ được lặp lại.

- **Dậy thì sớm ngoại biên:** tùy thuộc vào bệnh nguyên
 - + Phẫu thuật : bướu buồng trứng, tinh hoàn, thượng thận
 - + Cortisol: tăng sinh thượng thận bẩm sinh
 - + Hội chứng McCune Albright: sử dụng thuốc ức chế sự chuyển estrogen từ androgen nhờ ức chế men acromatase (Letrozole, Anastrozole), Ketoconazole (ức chế tổng hợp Androgen), Tamoxifen (chất đối vận estrogen) có thể có hiệu quả, tuy nhiên việc sử dụng các thuốc này vẫn trong vòng nghiên cứu và theo dõi.
- **Theo dõi**
 - + Theo dõi mỗi 4 - 6 tháng để chắc chắn quá trình dậy thì đã ngưng tiến triển.
 - + Theo dõi chiều cao, tốc độ tăng trưởng, các đặc tính sinh dục phụ, nồng độ LH, FSH, estradiol (nữ) và testosterone (nam), tuổi xương.
 - + Làm test GnRH khoảng 4 tháng sau điều trị GnRH để khẳng định quá trình dậy thì đã bị ức chế và mỗi năm sau đó.

Chương VII.

HUYẾT HỌC

LÁCH TO (R16.1)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Bình thường, lách không sờ thấy dưới bờ sườn, khi sờ thấy chứng tỏ lách đã to ra đến 2 - 3 lần kích thước bình thường. Lách to bệnh lý thường kèm theo gan to.
- Có thể sờ thấy lách ở trẻ non tháng, 15 - 30% trẻ đủ tháng, 10% trẻ em và 5% thiếu niên bình thường.

1.2. Nguyên nhân

- Nhiễm trùng

- + Vi trùng: nhiễm trùng toàn thân cấp tính hay mạn tính, viêm nội tâm mạc bán cấp, absces, thương hàn, lao kê, *Tulareumia*
- + Siêu vi: EBV, CMV, viêm gan ABC
- + Xoắn khuẩn: giang mai, *Lyme*, *Leptospirose*
- + Rickettsial: Rocky Mountain spotted fever, Q fever, Typhus
- + Protozoal: sốt rét, *Toxoplasma*, *Toxocara canis*, *Toxocara cati*, *Leishmaniasis*, *Schistosomiasis*, *Trypanosomiasis*
- + Nấm: *Candidia* lan tỏa, *Histoplasmosis*, *Coccidioidomycosis*, *South American*
- + *Blastomycosis*.

- Bệnh huyết học

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia, bệnh hồng cầu hình cầu, tạo máu ngoài tủy trong bệnh xương đá và Myelofibrosis, loạn sản tủy.

- **Tâm nhuận**

- + Không ác tính: Langerhans cell histiocytosis, bệnh tích tụ như bệnh Gaucher, bệnh Niemann–Pick, GM-1 gangliosidosis, bệnh tích tụ Glycogen type IV, bệnh Tangier, bệnh Wolman, Mucopolysaccharidoses, bệnh tăng Chylomicronemia máu types I và IV, Amyloidosis and Sarcoidosis
- + Ác tính: Leukemia, Lymphoma: Hodgkin và non-Hodgkin

- **Sung huyết**

- + Trong gan: (tăng áp cửa) xơ gan: (viêm gan sơ sinh, thiếu α 1-antitrypsin)
- + Bệnh Wilson, Cystic fibrosis
- + Tắc tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch lách gan (Thrombosis, bất thường mạch máu)
- + Bệnh miễn dịch: bệnh huyết thanh, bệnh ký chủ thải ghép, bệnh mô liên kết (lupus, viêm khớp mạn thiếu niên, hội chứng Felty, hội chứng Sjogren, hội chứng hoạt hóa đại thực bào, hội chứng Mastocytosis), suy giảm miễn dịch, hội chứng tăng sản lympho tự miễn

- **Bệnh lách tiên phát**

- + Nang, u lành tính (Hemangioma, Lymphangioma)
- + Xuất huyết trong lách (xuất huyết dưới bao), xoắn một phần lách phụ.

2. LÂM SÀNG

2.1. Bệnh sử

- Sốt gợi ý nguyên nhân nhiễm trùng
- Đặt catheter rốn, nhiễm trùng rốn sơ sinh
- Vàng da: gợi ý viêm gan.

- Xuất huyết bất thường, bầm da: gợi ý bệnh máu ác tính.
- Tiền căn gia đình có bệnh tán huyết: bệnh hồng cầu hình cầu, thalassemia
- Du lịch vào vùng dịch tễ sốt rét
- Chấn thương

2.2. Triệu chứng thực thể

- Sốt
- Dấu xuất huyết
- Kích thước của lách (đo phần sờ thấy dưới bờ sườn, mật độ, nghe trên mặt lách.
- Gan, hạch to
- Chỉ điểm của bệnh gan: vàng da, sao mạch.
- Chỉ điểm của bệnh lupus, viêm khớp mạn
- Âm thổi ở tim, các chỉ điểm của viêm nội tâm mạc bán cấp (nốt Osler, sang thương Janeway, vết xuất huyết Splinter, xuất huyết dưới móng tay (SBE).

3. CẬN LÂM SÀNG

- Các chỉ định xét nghiệm cần phải được định hướng bởi lâm sàng, không nhất thiết phải làm hết tất cả các XN sau đây. Nếu bệnh nhân khỏe và lách chỉ to nhẹ, các XN cơ bản CTM, VS, CN gan, thận bình thường thì không cần làm XN thêm mà chỉ cần theo dõi thêm vài tuần đến vài tháng.
- Huyết đồ, hồng cầu lưới có thể cho thấy bằng chứng của bệnh máu ác tính, tán huyết, nhiễm ký sinh trùng.
- Bilan nhiễm trùng: cấy máu, XN tầm soát CMV, EBV, HIV, *Toxoplasmosis*, sốt rét, lao.

- Bằng chứng tán huyết: haptoglobin, bilirubin, urobilinogen, Coombs test, men hồng cầu sức bền hồng cầu
- Đánh giá chức năng gan, bệnh thiếu α 1-antitrypsin, đồng huyết thanh, Ceruloplasmin (để loại trừ bệnh Wilson), sinh thiết gan.
- Đánh giá áp lực tĩnh mạch cửa: siêu âm Doppler tĩnh mạch cửa, nội soi thực quản.
- Bệnh tự miễn: VS, C3, C4, CH50, ANA, RF
- Đánh giá bệnh tủy nhuận: tủy đồ, sinh thiết tủy, định lượng men trong bệnh Gaucher, sinh thiết hạch.
- Chẩn đoán hình ảnh: CT scan, MRI, xạ hình gan lách với ^{99m}Tc -sulfur colloid
- Sinh thiết lách: nếu vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân (hiếm): nhuộm gram, cấy, nhuộm hóa mô miễn dịch, khảo sát gene,...

HẠCH TO (R59.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

1.1. Hạch to

Kích thước hạch bình thường thay đổi tùy theo nhóm hạch và theo tuổi, thường sờ thấy hạch ở trẻ dưới 1 tuổi. Hạch to khi:

- Hạch thượng đòn > 0,5 cm
- Hạch cổ và nách > 1 cm
- Hạch bẹn > 1,5 cm.

1.2. Hạch to khu trú

Có một nhóm hạch to, thường do nguyên nhân khu trú tại vùng dẫn lưu hạch.

1.3. Hạch to toàn thân

- Có nhiều hơn hai nhóm hạch to không kế cận, thường gặp trong bệnh cảnh nhiễm trùng toàn thân (vi trùng, siêu vi), bệnh tự miễn hay bệnh ác tính.
- Hạch to mạn tính: hạch to kéo dài > 3 tuần.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Hạch to khu trú cấp tính

Vị trí	Vùng dẫn lưu	Nguyên nhân thường gặp	Nguyên nhân ít gặp
Chẩm	Da đầu phía sau Cổ	Tinea, seborrhea	Rubella
Trước tai	Mí mắt bên Da vùng thái dương	Viêm kết mạc siêu vi <i>Chlamydia</i>	Hội chứng Parinaud của bệnh mào quào Trachoma Tularemia

Dưới hàm, dưới cằm	Môi, lợi, răng niêm mạc miệng	Môi nứt nẻ mạn tính Viêm miệng do herpes, vi trùng, vệ sinh kém.	
Hạch cổ trên (sâu) Trên Trước Sau Dưới Hạch thượng đòn	Lưỡi, tai ngoài, tuyến mang tai.	Cấp tính thường gặp nhiễm siêu vi đường hô hấp trên. Nhiễm vi trùng vùng đầu cổ Viêm hạch vi trùng tiên phát. Nhiễm EBV	Cấp tính ít gặp Kawasaki
	Toàn bộ đầu, cổ Thanh quản Khí quản Tuyến giáp Cánh tay Thành ngực. Phổi/trung thất Bụng	Mạn tính thường gặp bệnh mèo quào. Nhiễm lao không điển hình. Lao	Mạn tính ít gặp Nhiễm vi trùng kỵ khí. <i>Epstein-Barr virus</i> <i>Cytomegalovirus</i> <i>Toxoplasmosis</i> <i>Tularemia</i> <i>Histoplasmosis</i> <i>Leptospirosis</i> <i>Brucellosis</i> <i>Sarcoid</i> <i>Sinus histiocytosis</i> <i>Hodgkin's</i> <i>Non-Hodgkin's</i> <i>lymphoma</i> <i>Lymphosarcoma</i> <i>Rhabdomyosarcoma</i>

Nách	Chi trên Thành ngực Thành bụng trên phía bên Vú	Viêm chi trên Bệnh mèo quào.	
Trên xương rồng rộc	Xương trụ/cẳng tay	Viêm bàn tay mạn tính. Nhiễm trùng khu trú.	
Bẹn	Bìu/dương vật. Âm hộ/âm đạo Da/bụng dưới. Phúc mạc/vùng bẹn. Phần dưới ống hậu môn.	Herpes sinh dục. Giang mai tiên phát.	
Chậu Sờ sâu, nằm trên dây chằng bẹn	Chi dưới Tạng trong ổ bụng	Viêm chi dưới. Chấn thương Viêm ruột thừa.	
Hạch vùng chậu sâu trên dây chằng bẹn	Đường tiểu.	Nhiễm trùng tiểu.	
Vùng kheo	Khớp gối. Vùng da của cẳng chân, bàn chân.	Nhiễm trùng khu trú nặng.	

2.2. Hạch to toàn thân

<p>Nhiễm trùng toàn thân:</p> <p>Vi trùng</p> <p>Nhiễm trùng huyết</p> <p>Sốt Scarlet</p> <p>Viêm màng ngoài tim bán cấp</p> <p>Giang mai</p> <p>Lao</p> <p>Brucellosis</p> <p>Siêu vi</p> <p><i>Varicella</i></p> <p><i>Rubella</i></p> <p><i>Rubeola</i></p> <p><i>Epstein-Barr virus</i></p> <p><i>Cytomegalovirus</i></p> <p>HIV</p> <p>Nấm</p> <p>Histoplasmosis</p> <p>Coccidioidomycosis</p> <p>Ký sinh trùng</p> <p><i>Toxoplasmosis</i></p> <p>Sốt rét</p> <p>Bệnh tự miễn</p> <p>Viêm khớp dạng thấp thiếu niên</p> <p>Lupus đỏ hệ thống</p> <p>Khác:</p> <p>Cường giáp</p> <p>Thiếu máu tán huyết miễn dịch</p>	<p>Bệnh huyết thanh</p> <p>Thiếu máu tán huyết miễn dịch</p> <p>U Lympho ác tính tiên phát</p> <p>Bệnh Hodgkin's</p> <p>Non-Hodgkin's lymphoma</p> <p>U ác tính di căn</p> <p>Bạch cầu cấp</p> <p>Neuroblastoma</p> <p>Histiocytosis</p> <p>Letterer-Siwe disease</p> <p>Histiocytic medullary reticulosis</p> <p>Bệnh tích tụ</p> <p>Bệnh Gaucher's</p> <p>Bệnh Niemann-Pick's</p> <p>Do thuốc</p> <p>Thuốc chống động kinh Aromatic: phenytoin, phenobarbital, carbamazepine, primidone</p> <p>Thuốc chống động kinh khác: lamotrigine, valproic acid, ethosuximide</p> <p>Kháng sinh: isoniazid, dapsone, sulfonamides, minocycline</p> <p>Thuốc khác:</p> <p>Allopurinol</p> <p>Diltiazem</p> <p>Zalcitabine</p>
--	--

2.3. Hạch to nguy hiểm

Hội chứng tĩnh mạch chủ trên	Leukemia cấp dòng tủy
Bệnh Hodgkin	Neuroblastoma
U lympho Non-Hodgkin	Bệnh Letterer-Siwe
Neuroblastoma	Phình động mạch vành
Suy tủy/thâm nhiễm đa cơ quan	Bệnh Kawasaki
Leukemia cấp dòng Lympho	Hội chứng quá mẫn do thuốc

3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Lâm sàng

- Cần phải trả lời câu hỏi:
 - + Hạch to khu trú hay toàn thân.
 - + Hạch to khu trú: cấp tính, bán cấp hay mạn tính
- **Bệnh sử:** Thời điểm khởi phát, tốc độ lớn của hạch, thời gian hạch to,... các triệu chứng đi kèm sốt (mức độ, kiểu sốt, thời gian), hồng ban, ngứa, ho, sụt cân, chán ăn, buồn nôn, đau xương khớp, đổ mồ hôi về đêm...
- **Tiền căn:** bệnh gần đây (hạch to có thể kéo dài 2-3 tuần sau đợt nhiễm siêu vi), điều trị kháng sinh và đáp ứng điều trị.
- **Triệu chứng thực thể:**
 - + Hạch: vị trí, số hạch, kích thước hạch, mật độ, diễn tiến của hạch, phản ứng viêm (đỏ da trên hạch, sờ nóng, đau), mức độ dính với mô bên dưới, mức độ di động.
 - + Khám vùng dẫn lưu, tìm sang thương có liên quan.
 - + Gan lách.
 - + Toàn thân: sang thương da, khớp và các cơ quan khác...

3.2. Cận lâm sàng: tùy theo tình trạng lâm sàng gợi ý để làm các xét nghiệm.

- Công thức máu, VS
- IDR
- Cây dịch sang thương (phết họng)
- LDH, acid uric, chức năng gan thận
- Huyết thanh chẩn đoán EBV, CMV, HIV, giang mai (VDRL), *Tularemia*, *Brucellosis*, *Histoplasmosis*, *Coccidiomycosis*.
- Siêu âm và CT ngực, bụng nếu cần.
- Siêu âm tim và đánh giá bản chất hạch: số lượng, vị trí, kích thước, áp-xe hóa,...
- ECG, siêu âm tim nếu có nghi ngờ Kawasaki.
- Rạch thoát mủ hạch: cần soi cấy để xác định tác nhân gây bệnh.
- Sinh thiết hạch:

Chỉ định sinh thiết hạch chủ yếu dựa vào lâm sàng: thông thường, sinh thiết hạch được chỉ định:

- + Trẻ sơ sinh có hạch to.
- + Trẻ ngoài tuổi sơ sinh:
 - Hạch to, bệnh sử và lâm sàng nghi ngờ bệnh ác tính.
 - Có bệnh cảnh toàn thân, sốt kéo dài, sụt cân.
 - Hạch to > 2,5 cm không có bằng chứng nhiễm trùng.
 - Không giảm kích thước sau 2 tuần điều trị kháng sinh thích hợp.
 - Nhóm hạch cổ dưới sâu, hạch trên đòn, có kèm/không kèm hạch rốn phổi trên phim phổi.
 - Hạch to không tìm được nguyên nhân, kích thước tăng trong vòng 2 tuần hay không giảm kích thước sau 6 tuần theo dõi.

THIẾU MÁU (D64.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

Thông số	Tuổi				
	Sơ sinh	2 - 6 tháng	6 th - 5 tuổi	5 - 12 tuổi	12 - 15 tuổi
Hct %	< 34,5	< 28,5	< 33	< 34,5	< 36
Hb g/dl	< 13,5	< 9,5	< 11	< 11,5	< 12

2. NGUYÊN NHÂN: theo hình dạng hồng cầu:

- Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc:
 - + Thiếu máu thiếu sắt
 - + Thalassemia
 - + Ngộ độc chì
 - + Không có transferine
 - + Viêm nhiễm mạn tính
- Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào:
 - + Thiếu sắt giai đoạn sớm
 - + Mất máu cấp
 - + Tán huyết: thiếu men G6PD, các thiếu hụt ở màng hồng cầu
 - + Bệnh ác tính
 - + Nhiễm trùng
 - + Suy thận
 - + Cường lách
 - + Thuốc

- Thiếu máu hồng cầu to:
 - + Thiếu acid folic
 - + Thiếu vitamin B12
 - + Sơ sinh bình thường
 - + Thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ.
 - + Hội chứng Down nhược giáp
 - + Bệnh gan sau cắt lách
 - + Hội chứng suy tủy.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Bệnh sử: sanh non, vàng da, nhiễm trùng, bệnh lý gan, thận, chế độ ăn: nhiều sữa, hay ăn đất, cát,...
- Dấu hiệu thiếu máu: da niêm nhợt (kết mạc mắt, lòng bàn tay, móng), tim có âm thổi thiếu máu, chán ăn, kém hoạt động, mệt mỏi, hồi hộp đánh trống ngực, khó thở, nhức đầu, chóng mặt, giảm tập trung, khó ngủ,...
- Dấu hiệu lâm sàng của bệnh nền gây thiếu máu: vàng da, xuất huyết da, gan, lách, hạch to, vể mặt thalassemia: bướu trán đỉnh, mũi tẹt, xương hàm trên dô; chậm tăng trưởng,...
- Đánh giá mức độ thiếu máu:

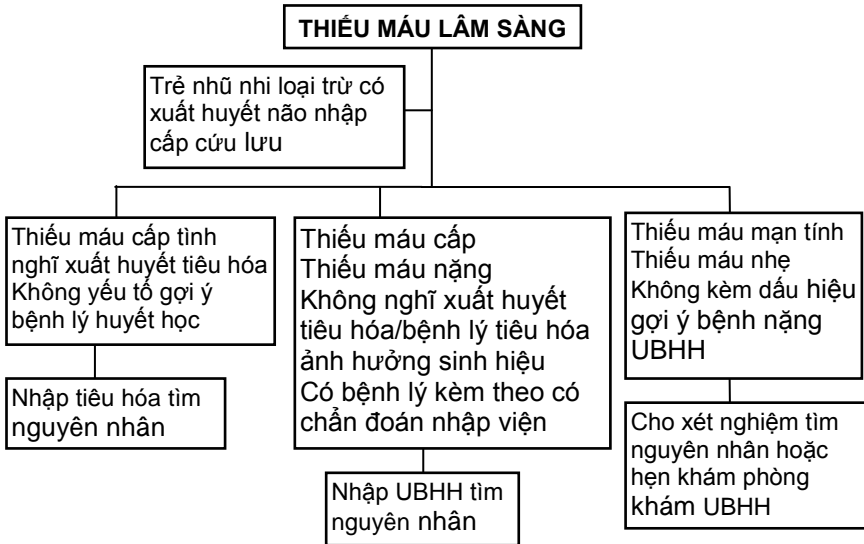
Mức độ	Lâm sàng	Hb g/dl
Nhẹ	Chưa ảnh hưởng lên tim Da niêm chưa thấy rõ	> 9
Trung bình	Tim nhanh Da niêm nhợt	6 – 9
Nặng	Ảnh hưởng lên huyết động, sinh hiệu Da niêm rất nhợt	< 6

3.2. Cận lâm sàng

- Thiếu máu hồng cầu nhỏ:
 - + Sắt huyết thanh
 - + Ferritin
 - + Điện di Hb
 - + TIBC (Total Iron Binding Capacity)
 - + Transferrine
- Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào:
 - + Công thức máu, hồng cầu lưới, chỉ số hồng cầu lưới
 - + Bilirubin gián tiếp máu, LDH, acid uric
 - + Test de Combs
 - + Điện di Hb
 - + Định lượng men G6PD
 - + Đo sức bền hồng cầu
 - + Tủy đồ
- Thiếu máu hồng cầu to:
 - + Phết máu ngoại vi
 - + Định lượng B12, folic acid
 - + Tủy đồ
 - + Nếu nghi tán huyết: bilirubin gián tiếp máu, LDH, acid uric, Test de Combs

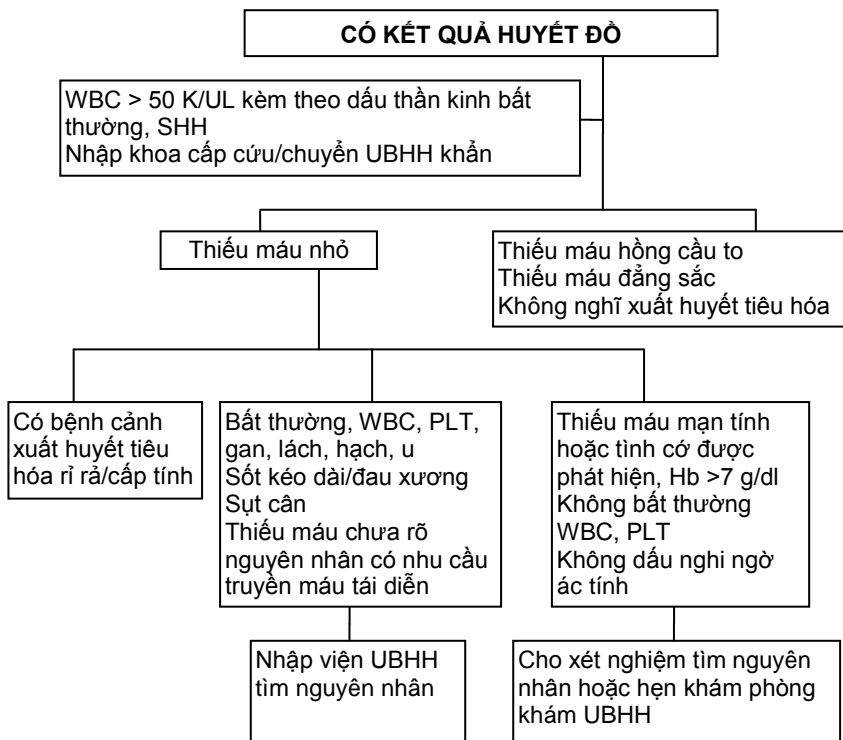
4. SƠ ĐỒ TIẾP CẬN THIẾU MÁU TẠI PHÒNG KHÁM

4.1. Tiếp cận nguyên nhân thiếu máu theo lâm sàng

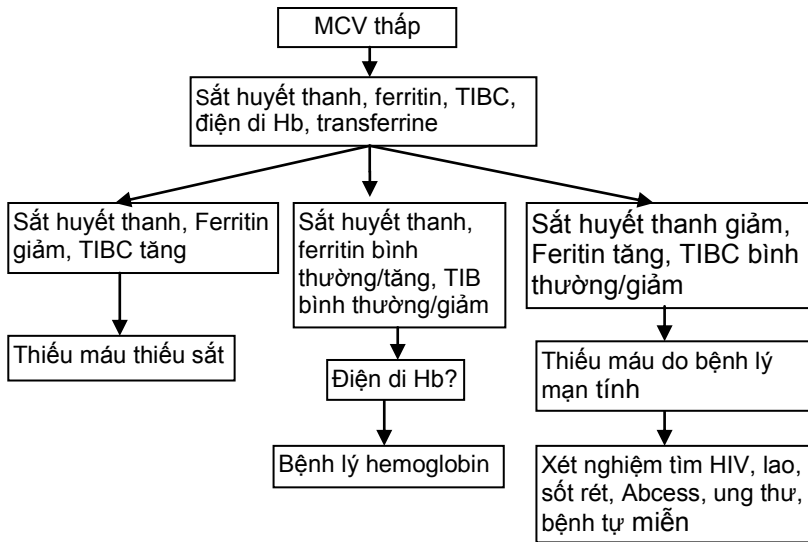


UBHH: Khoa Ung bướu huyết học

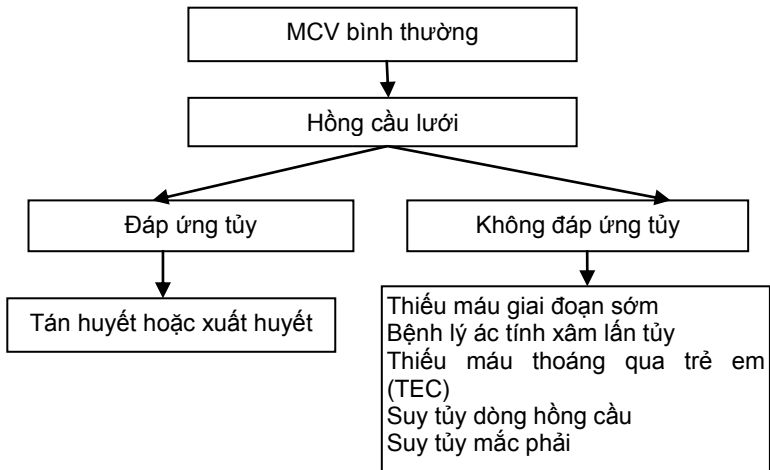
4.2. Tiếp cận nguyên nhân thiếu máu khi có xét nghiệm huyết đồ



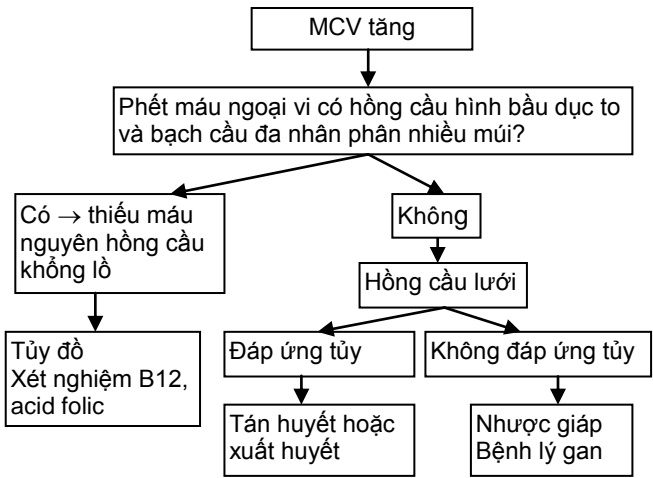
4.3. Tiếp cận thiếu máu hồng cầu nhỏ



4.3. Tiếp cận thiếu máu hồng cầu đẳng sắc



4.4. Tiếp cận thiếu máu hồng cầu to



THIẾU MÁU DO VIÊM

1. ĐỊNH NGHĨA

Thiếu máu do viêm là loại thiếu máu thường gặp ở bệnh nhân có nhiễm trùng, viêm nhiễm, u tân sinh kéo dài > 1 - 2 tháng và không bao gồm thiếu máu do xâm lấn tủy, mất máu, tán huyết, suy thận, bệnh lý gan, bệnh nội tiết.

2. NGUYÊN NHÂN NỀN CỦA THIẾU MÁU DO VIÊM

- Nhiễm trùng (cấp, mạn), siêu vi (bao gồm cả HIV), vi trùng, ký sinh trùng, nấm
- Ung thư về huyết học và bướu đặc
- Bệnh tự miễn: viêm khớp dạng thấp, lupus, bệnh lý mô liên kết, viêm mạch máu, viêm ruột mạn
- Bệnh thận mạn
- Phản ứng thải ghép mạn sau ghép tạng đặc.

3. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN

- Thiếu máu nhẹ, trung bình (Hb 7-11 g/dl) thường đẳng sắc, đẳng bào, một số HC nhỏ nhược sắc; hồng cầu lưới: bình thường hoặc tăng nhẹ
- VS tăng
- Sắt giảm, độ bão hòa transferrine giảm, ferritine tăng

4. ĐIỀU TRỊ

Điều trị	Thiếu máu do viêm	Thiếu máu do viêm kèm thiếu sắt
Điều trị nguyên nhân nền	Có	Có
Truyền máu	Có	Có
Cung cấp sắt	Không	Có
Erythropoietin	Có	Có nếu bệnh nhân không đáp ứng điều trị bù sắt

THIẾU MÁU THIẾU SẮT (D50.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

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

3. LÂM SÀNG

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

- + Tóc: gãy, rụng, bạc màu
- + Móng: dẹt, lõm, mất bóng
- + Xương: gãy, đau nhức.

4. CẬN LÂM SÀNG

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

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định: lâm sàng thiếu máu + hồng cầu nhỏ nhược sắc + xét nghiệm thay đổi tùy giai đoạn:

Giai đoạn	Bình thường	Báo động	Tiềm ẩn	Toàn phát
Ferritin huyết tương ng/ml	100	20	10	10
Fe huyết thanh $\mu\%$	115	115	60	40
Hình dạng hồng cầu	Bình thường	Bình thường	Bình thường	Nhỏ, nhược sắc

5.2. Chẩn đoán mức độ

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

5.3. Chẩn đoán nguyên nhân

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

5.4. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc:

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

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị triệu chứng

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

6.2. Điều trị đặc hiệu

- **Chế độ ăn:** giàu đạm.

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

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

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

- **Thuốc sắt uống:**

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

- + Vitamin C: 3 mg/kg/ngày có thể sử dụng kết hợp để tăng hấp thu sắt ở ruột.
- + Thời gian điều trị: kéo dài thêm 2 - 3 tháng sau khi hemoglobin trở về bình thường hoặc 1 tháng sau khi ferritin về bình thường để phục hồi dự trữ sắt.
- + Bệnh nhân không đáp ứng điều trị có thể do:
 - Không tuân thủ điều trị hoặc dung nạp kém
 - Không đủ liều
 - Không đủ thời gian
 - Chưa giải quyết được nguyên nhân: xuất huyết, chế độ ăn,...
 - Chẩn đoán không đúng: thalassemia, thiếu máu nguyên bào sắt.
 - Có bệnh kết hợp gây cản trở hấp thu hoặc sử dụng sắt: bệnh ác tính, viêm ruột, viêm nhiễm mạn, bệnh gan, thận, thiếu B12, acid folic,...

6.3. Điều trị nguyên nhân

Điều trị nguyên nhân: giải quyết được nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt là bước quan trọng tạo nên thành công của điều trị, vì nếu không giải quyết được nguyên nhân thì tình trạng thiếu máu sẽ không cải thiện với điều trị hoặc sẽ tái phát sau khi ngừng điều trị.

THALASSEMIA (D56)

1. ĐỊNH NGHĨA

- Khiếm khuyết di truyền trong sự tổng hợp chuỗi globin, gây ra bất thường về hemoglobin, hồng cầu bị vỡ sớm, gây thiếu máu.
- Bệnh được gọi tên theo chuỗi globin bị khiếm khuyết.

2. LÂM SÀNG

2.1. Bệnh sử

- Thời gian bắt đầu phát hiện thiếu máu, diễn tiến của thiếu máu.
- Tiền căn:
 - + Bản thân: chậm phát triển tâm thần, thể chất, vận động, dễ gãy xương, sâu răng.
 - + Gia đình: anh chị bị thiếu máu tương tự.

2.2. Biểu hiện lâm sàng

- Thiếu máu mạn: da xanh, niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt.
- Tán huyết mạn: vàng da, gan lách to, da xám.
- Biến dạng xương: trán dô, mũi tẹt, u trán, u đỉnh.
- Chậm phát triển thể chất: nhẹ cân, thấp bé, chậm dậy thì.

3. CẬN LÂM SÀNG

- Huyết đồ: hồng cầu nhỏ, nhược sắc.
- Sắt huyết thanh và ferritine: bình thường hoặc tăng. bilirubin gián tiếp tăng.
- Điện di Hb (trước khi truyền máu).

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: dựa vào kết quả điện di Hb: HbA↓, HbF↑, HbA2↑, hiện diện HbE hay HbH.

- **α Thalassemia (thể HbH):** HbA < 96%, hiện diện HbH và có thể có Hb Constant Spring.
- **β Thalassemia (thể trung bình, nặng, đồng hợp tử):** thiếu máu nặng, sớm, gan lách to. Điện di Hb có HbA < 80%, HbF 20-100%.
- **B Thalassemia (thể nhẹ, dị hợp tử):** không thiếu máu hay thiếu máu nhẹ, không có gan lách to. Điện di: HbA2 > 3,5%, HbF 5-15%

THỂ BỆNH	LÂM SÀNG	CẬN LÂM SÀNG	XỬ TRÍ
α Thalassemia	Thiếu máu trung bình/nhẹ Gan lách to Biến dạng xương ít	HC nhỏ nhược sắc HbH 5 - 30 %	Tùy diễn tiến
β Thalassemia (thể nhẹ/dị hợp tử)	Không triệu chứng Thiếu máu vừa	Hb > 10 g/dl HC nhỏ nhược sắc HbA2 > 3,5% HbF > 5%	Không cần truyền máu
β Thalassemia (thể trung gian)	Thiếu máu nhẹ đến trung bình	Hb 7 - 10 g/dl	Tùy diễn tiến
β Thalassemia (thể trung bình hay nặng / đồng hợp tử)	Thiếu máu sớm, nặng Gan lách to nhiều Biến dạng xương nặng	Hb < 7 g/dl HC nhỏ nhược sắc, HC đa sắc, HC bìa, HC nhân HbF > 20 - 80%	Cần truyền máu
β Thalassemia/HbE	Thiếu máu trung bình đến nặng Gan lách to Biến dạng xương trung bình	Hb < 10 g/dl HC nhỏ nhược sắc, HC đa sắc, HC bìa, HC nhân HbA1 < 80% HbF > 20 - 80% HbA2/E > 8%	Cần truyền máu

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc

- Truyền máu
- Thải sắt
- Điều trị hỗ trợ
- Cắt lách khi có chỉ định
- Chủng ngừa.

5.2. Truyền máu

- Chỉ định: khi Hb < 7 g/dl
- Duy trì Hb 9 - 10 g/dl.

5.3. Thải sắt

- Chỉ định: khi ferritine > 1.000 ng/ml hay sau truyền máu 10 - 12 lần (ở trẻ > 3 tuổi)
- + ***Viên uống – Deferiprone:***
 - Liều 75 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần.
 - Theo dõi huyết đồ mỗi 3 - 4 tuần, ferritine mỗi 3 - 4 tháng
 - Ngưng thuốc khi:
 - Ferritine < 1.000 ng/ml
 - Bạch cầu < 3.000/mm³, Neutrophile < 1.000/mm³, Tiểu cầu < 100.000/mm³
 - Giảm chức năng gan thận, đau khớp

5.4. Điều trị hỗ trợ

- Acid folic 5 mg/ngày
- Calci D
- Vitamin E

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

- Chỉ định:

- + Truyền HCL quá 225 - 250 ml/kg/năm, khoảng cách giữa 2 lần truyền máu < 3 tuần, hay khối lượng truyền tăng gấp đôi.
- + Lách to quá rốn (độ IV)
- + Trẻ ≥ 6 tuổi (giảm nguy cơ nhiễm trùng)
- Sau cắt lách:
 - + Kháng sinh phòng ngừa đến năm 16 tuổi: penicillin 250mg/viên uống 2 lần/ngày, hay erythromycin 250mg mỗi ngày.
 - + Tăng tiểu cầu: aspirin liều thấp

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

Chương VIII.

ĐA LIỆU

HỒNG BAN (L51)

1. ĐỊNH NGHĨA

Hồng ban là tổn thương thay đổi màu sắc da sang màu hồng nhưng cấu trúc của da không thay đổi, kích thước dưới 1 cm, giới hạn rõ hay không rõ.

2. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân thường gây ra sang thương da là hồng ban đơn thuần (hoặc chỉ đơn thuần trong giai đoạn đầu) như sau:

2.1. Siêu vi

- Bệnh nhân thường có sốt trước đó 2 - 3 ngày.
- Hồng ban rời rạc, thường lan tỏa toàn thân, tập trung nhiều vùng thân, phần gần của chi, mặt. Không ngứa hoặc ngứa ít.
- Điều trị: điều trị triệu chứng.



2.2. Do thuốc

- Cơ chế dị ứng, chuyển hóa hay độc tính.
- Tiền căn gia đình có người dị ứng với thuốc hoặc bản thân đã từng dị ứng với một loại thuốc có thể bị với vài loại thuốc khác.
- Sau khi dùng thuốc với bất



cứ liệu nào (thường nhóm macrolide, aminopenicillins, diltiazem, sulphonamide, terbinafine, quinolones, acetaminophen), có thể xảy ra sớm hoặc 1 - 2 tuần sau.

- Đột ngột xuất hiện hàng trăm hồng ban kích thước nhỏ, rải rác toàn thân, tập trung nhiều vùng cổ, nách, mặt.
- Điều trị: ngưng thuốc nghi ngờ nếu đang sử dụng, phát ban có thể kéo dài thêm vài ngày nữa rồi tự hết. Điều trị triệu chứng (kháng histamin, hạ sốt,...), không có điều trị đặc hiệu cho da.

2.3. Hồng ban vòng

- Tiền căn sốt, đau họng trước đó khoảng 2 tuần
- Hồng ban hình vòng, bờ rõ, thường ở thân và chi, mau biến mất.
- Các triệu chứng bệnh thấp tim.
- Điều trị: điều trị bệnh thấp. Không cần điều trị sang thương da.



2.4. Lupus ban đỏ hệ thống

- Thường bệnh nhân là nữ 9 - 15 tuổi, sốt, mệt mỏi, đau chi, sụt cân.
- Hồng ban dạng cánh bướm vùng giữa mặt, đối xứng.
- Hồng ban dạng đĩa các vùng da tiếp xúc với ánh nắng: trán, chi
- Chẩn đoán xác định Lupus theo phác đồ.



- Điều trị: điều trị bệnh nền, không có điều trị đặc hiệu cho da.

2.5. Hồng ban do nắng

- Tiền sử có sử dụng các thuốc gợi ý như: NSAIDs, quinolon, tetracyclin, amiodarone, phenothiazin. Sử dụng với liều cao.
- Thuốc làm da tăng nhạy cảm với tia cực tím A.
- Hồng ban vùng mặt, cổ, mặt lưng bàn tay, cẳng tay, quanh mũi, miệng, ngứa ít hoặc không ngứa
- Điều trị: ngưng sử dụng thuốc nghi ngờ, tránh ánh sáng chiếu trực tiếp lên da, điều trị triệu chứng.



2.6. Viêm da cơ

- Bệnh tự miễn, hiếm gặp, gây viêm các mạch máu nhỏ.
- Khàn tiếng, yếu tay, chân.
- Phát ban đặc trưng màu đỏ tím vùng mi mắt trên, kèm phù nề mi mắt và phù mặt.
- Điều trị: điều trị bệnh nền, không có điều trị đặc hiệu cho da.



3. CÁCH TIẾP CẬN

3.1. Bệnh sử

- Thời điểm xuất hiện hồng ban, trình tự xuất hiện
- Thời gian tồn tại bao lâu
- Triệu chứng đi kèm: ngứa, phù, đau chi, yếu chi, khàn tiếng.

- Tiền căn sử dụng thuốc và tiếp xúc với người bệnh khác. Tiếp xúc với ánh nắng nhiều.

3.2. Khám lâm sàng

- Vị trí, kích thước sang thương, dạng phân bố rải rác hay tập trung.
- Hồng ban đơn dạng, đa dạng, hình dạng đặc biệt.
- Các biểu hiện toàn thân khác.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay: hầu hết không có tình trạng cấp cứu.

4.2. Nhập viện: không cần thiết phải nhập viện.

4.3. Khám chuyên khoa: nếu nghi ngờ bệnh nền: bệnh thấp tim, bệnh tự miễn.

4.4. Điều trị ngoại trú:

- Điều trị triệu chứng:
 - + Nếu bệnh nhân ngứa nhiều: sử dụng thuốc chống dị ứng antihistamin.
 - + Chlorpheniramin 0,4 mg/kg/ngày: 3 - 4 lần (không dùng cho trẻ < 2 tuổi)
 - + Dexchlorpheniramin:
 - 2 - 5 tuổi: 0,5 mg/lần × 4 lần/ngày
 - 6 - 12 tuổi: 1 mg/lần × 4 lần/ngày
 - > 12 tuổi: 2 mg/lần × 4 lần/ngày
 - + Cetirizin: > 6 tuổi: 10 mg/ngày
 - + Loratadine:
 - 2 - 12 tuổi: ≥ 30 kg: 10 mg/ngày, < 30 kg: 5mg/ngày
 - ≥ 12 tuổi: 10 mg/ngày

- + Desloratadine (viêm 5mg, syrup 2,5mg/5ml), sử dụng ngày 1 lần:
 - 6 - 11 tháng: 1 mg/lần/ngày
 - 1 - 5 tuổi: 1,25 mg/lần/ngày
 - từ ≥ 6 tuổi: 2,5 mg/lần/ngày
- + Không có chỉ định sử dụng các thuốc làm dịu da nếu hồng ban đơn thuần.
- Điều trị đặc hiệu
 - + Không có điều trị đặc hiệu các sang thương hồng ban.
 - + Điều trị đặc hiệu bệnh nền theo phác đồ: bệnh thấp tim, tự miễn
- Dấu hiệu tái khám ngay
 - + Hồng ban phát triển ngày càng nhiều và lan rộng.
 - + Xuất hiện thêm các dạng sang thương cơ bản khác như: bóng nước, mủ, trợt, loét,...
 - + Bệnh nhân ngứa nhiều hơn, mệt, khó thở, sốt cao.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà
 - + Tránh tiếp xúc với ánh nắng mặt trời quá lâu.
 - + Sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sĩ, tránh tự ý mua thuốc uống.

VIÊM DA CƠ ĐỊA

(ATOPIC DERMATITIS – L20)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm da cơ địa là trạng thái da bị viêm mạn tính, tái phát và ngứa. Bệnh thường khởi phát lúc 2 - 3 tháng tuổi. Hơn 50% trường hợp triệu chứng bệnh giảm sau 2 tuổi.

2. CHẨN ĐOÁN

Có ít nhất ba tiêu chuẩn chính và ba tiêu chuẩn phụ:

2.1. Tiêu chuẩn chính

- Ngứa
- Viêm da mạn tính và tái phát
- Hình thái và vị trí thương tổn điển hình:
 - + Trẻ em: sang thương khu trú ở mặt, vùng gấp của chi.
 - + Trẻ lớn và người lớn: da dày, lichen hóa các nếp gấp.
- Tiền sử bản thân/gia đình có bệnh cơ địa (hen, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa)

2.2. Tiêu chuẩn phụ

- Khô da
- Da vảy cá
- Nứt da quanh tai
- Hyperlinear palms
- Dày sừng nang lông
- Tăng IgE huyết thanh
- Viêm da bàn tay, bàn chân
- Viêm môi
- Viêm da đầu

- Nhiễm trùng da tái diễn (đặc biệt do tụ cầu và *Herpes simplex*)
- Đường rãnh chỉ lòng bàn tay sâu, sạm màu.
- Đường Dennie
- Vảy phấn trắng alba.

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- **Rôm sảy:** mụn nước thường tập trung vùng da bị ẩm (nếp gấp da), ngứa nhiều khi thời tiết nóng, bớt khi dịu mát.
- **Ghẻ ngứa:** ngứa nhiều về đêm, sang thương tập trung vùng bụng, quanh rốn, kẽ móng, kẽ ngón, hiếm khi vùng mặt, mụn nước ghẻ ngứa thường rải rác không tập trung từng đám, nhiều người trong gia đình hoặc cùng chung sống mắc bệnh.
- **Zona:** mụn nước tập trung thành từng chùm trên nền hồng ban phù nề nhẹ, ngứa ít nhưng nóng và đau rất nhiều, thương tổn thường phân bố theo dây thần kinh và không đối xứng.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH VIÊM DA CƠ ĐỊA



4. XỬ TRÍ

4.1. Nhập cấp cứu ngay: hầu hết không có tình trạng cấp cứu.

4.2. Nhập viện: chỉ nhập viện khi nhiễm da rộng, sốt cao, tăng bạch cầu đa nhân $> 15.000/\text{mm}^3$ và không kiểm soát được bệnh bằng điều trị ngoại trú.

4.3. Điều trị ngoại trú

- Điều trị tại chỗ:
 - + Làm ẩm da:
 - Sữa tắm: Cetaphil, Saforell bath. Tắm ngày 1 đến 2 lần
 - Thuốc làm ẩm, dịu da: sang thương khô da, da vảy cá, nứt da nhẹ, bôi kem Atopiclair, Ceradan. Bôi thuốc sau khi tắm, ngày 2 lần.
 - + Chống viêm, chống ngứa:
 - Sang thương tiết dịch: sử dụng thuốc bôi dạng nước (Milan, xanh Methylen, Eosin 2%), ngày 1 đến 2 lần.
 - Corticoid: Hydrocortisone 1% dùng cho các sang thương ở mặt, Clobetasone butyrate 0,05% cho các sang thương từ cổ đến chân, bôi ngày 1-2 lần/ ngày trong thời gian ≤ 7 ngày.
 - Nếu sang thương có bội nhiễm: có thể dùng loại thuốc bôi phối hợp corticoid và kháng sinh (Fucicort,...).
 - Thuốc ức chế calcineurine (Tacrolimus 0,03%): khi tình trạng bệnh nặng và không cải thiện với điều trị thông thường và trẻ trên 2 tuổi. Bôi lớp thuốc mỏng lên sang thương ngày 2 lần (sáng, chiều), không bôi lên vùng bán niêm, sử dụng không quá 2 tuần.
- Điều trị toàn thân
 - + Chống ngứa: khi ngứa nhiều ảnh hưởng đến giấc ngủ và sinh hoạt Desloratadine (viên 5mg, syrup

2,5mg/5ml), sử dụng ngày 1 lần: 6 tháng đến 11 tháng tuổi: 2 ml (1 mg); 1 đến 5 tuổi: 2,5 ml (1,25 mg); từ \geq 6 tuổi: 5 ml (2,5 mg). Chlorpheniramin, Cetirizin: dùng cho trẻ trên 24 tháng, liều lượng theo phác đồ.

- + Chống viêm: dùng trong viêm da cơ địa cấp prednisolone 0,5 mg/kg/ngày \times 3 ngày hoặc Deflazacort 0,75 mg/kg/ngày uống \times 3 ngày.
- + Kháng sinh: sang thương có mủ, ưu tiên sử dụng kháng sinh theo hướng chống tụ cầu: amoxicillin, cephalexin, ery, oxacillin, cloxacillin.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà
 - + Tránh môi trường nóng ẩm hoặc lạnh khô.
 - + Tránh tiếp xúc lông gia súc, gia cầm, len, dạ, giảm bụi nhà, giảm stress
 - + Sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sĩ, tránh tự ý mua thuốc uống.

CHỐC (L01)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

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

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng:

- Có hai thể lâm sàng: chốc bóng nước và không bóng nước. Chốc không bóng nước chiếm 70% các trường hợp.
- Diễn hình: tổn thương bắt đầu ở da mặt hoặc chi. Tiền căn: trẻ bị côn trùng cắn, trầy xước, thủy đậu, ghẻ, bỏng.
- Thường gặp trẻ em < 6 tuổi.
- Mụn nước, mụn mủ nhỏ phát triển nhanh thành mảng, mãi có màu mật, đường kính < 2 cm. Nhiễm trùng có thể lan rộng đến những phần khác của cơ thể qua tay, quần áo, khăn. Sang thương đau ít hoặc không đau, hồng ban xung quanh, nhưng triệu chứng thể tạng thường không có (dị ứng). Ngứa hiếm khi xảy ra, hạch vùng tìm thấy 90% trường hợp. Tăng bạch cầu hiện diện 50%.

- Không điều trị: phần lớn các trường hợp lành tự nhiên, không để lại sẹo trong vòng 2 tuần.
- Chẩn đoán phân biệt: *Herpes simplex*, thủy đậu, nấm, nhiễm ký sinh trùng: có thể bị chốc hóa.

3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu tăng
- Cây dịch bóng nước

3.3. Chẩn đoán:

- Dưa lâm sàng:
- Cây dịch từ bóng nước còn nguyên vẹn có thể tìm thấy tác nhân gây bệnh, nếu bệnh nhân không khỏe cũng cần cấy máu.

3.4. Biểu chứng:

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập viện: chốc có biến chứng.

4.2. Điều trị ngoại trú: chốc không biến chứng.

- Điều trị tại chỗ:
 - + Lấy mào
 - + Rửa tại chỗ với dung dịch sát khuẩn: povidone-iodine, chlorhexidin gluconate.
 - + Kháng sinh tại chỗ: mupirocin, bacitracin, erythromycin.
- Điều trị toàn thân: kháng sinh:
 - + Erythromycin: 40 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần.
 - + Cephalexin 50 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần.
 - + Dicloxacillin 50 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần.

- + Amoxicillin-clavulanic acid 50 mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần.
- + Thời gian điều trị 7 ngày
- + Điều trị kháng sinh toàn thân loại bỏ nhiễm trùng, tuy vậy, không làm giảm tần suất viêm cầu thận cấp.

VIÊM MÔ TẾ BÀO (L03.9)

1. ĐỊNH NGHĨA

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

2. NGUYÊN NHÂN

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

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

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

Pseudomonas aeruginosa, trực khuẩn ruột gram âm, vi khuẩn kỵ khí.

3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu
- CRP

3.3. Biến chứng

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

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc nặng, sốc.

4.2. Nhập viện: trẻ sốt $> 39^{\circ}\text{C}$ và bạch cầu tăng > 15.000 hoặc có biến chứng

4.3. Điều trị ngoại trú

- **Tại chỗ:**
 - + Giảm triệu chứng tại chỗ: đắp với gạc ẩm 10 - 20 phút, ngày 3 lần.
 - + Bất động vùng da bị ảnh hưởng.
 - + Rạch và dẫn lưu ổ mủ.
- **Toàn thân**
 - + Kháng sinh:
 - Dicloxacillin 50 mg/kg/ngày chia 4 lần
 - Oxacillin 50 mg/kg/ngày chia 4 lần
 - Cephalexin 50mg/kg/ngày chia 4 lần
 - Amoxicillin-Clavulanic acid 50mg/kg/ngày chia 2-3 lần

- Clindamycin 30-40 mg/kg/ngày chia 3 lần
 - Trimethoprim – Sulfamethazole 48 mg/kg/ngày chia 2 lần
 - Linezolid
 - < 12 tuổi: 30 mg/kg/ngày chia 3 lần
 - ≥ 12 tuổi: 600 mg/ lần $\times 2$ lần
- + Thời gian điều trị: 7-10 ngày

Chương IX.
DINH DƯỠNG - TIÊM CHỦNG

BIẾNG ĂN (R63.0)

1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng gặp khó khăn khi cho trẻ ăn, biểu hiện bằng ăn ít, khó ăn, khó nuốt, chỉ ăn một số loại thức ăn, sợ ăn.

Hậu quả: thiếu chất dinh dưỡng, giảm đề kháng, ảnh hưởng đến phát triển thể chất và tâm vận động, rối loạn tâm lý,...

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Biếng ăn bẩm sinh: hiếm gặp.

2.2. Do bệnh lý: hay gặp nhất.

- Do bệnh lý cấp tính: tất cả các bệnh cấp tính của các cơ quan trong cơ thể đều có thể gây biếng ăn, nhất là bệnh lý vùng hầu họng và tiêu hóa, bệnh nhiễm trùng
- Bệnh mạn tính
- Bất dung nạp hoặc rối loạn chuyển hóa một số chất dinh dưỡng.

2.3. Rối loạn nuốt: có thể do bệnh lý vùng miệng, hầu họng, thực quản hay bệnh lý thần kinh.

2.4. Tâm lý: ở trẻ nhỏ do bị ép ăn quá mức, do được quan tâm quá mức, bị bỏ rơi, trẻ ham chơi,... Ở trẻ vị thành niên thường do ảnh hưởng của môi trường như quan niệm sống, hình ảnh thân tượng, ý kiến bạn bè,...

2.5. Chế độ ăn sai lầm: thức ăn không phù hợp về độ đặc, độ lợn cợn, thành phần các chất dinh dưỡng, cách cho ăn.

2.6. Trẻ bình thường nhưng cha mẹ cho là biếng ăn. Bị ép ăn lâu ngày sẽ trở thành biếng ăn thực sự.

3. TIẾP CẬN TRẺ BIẾNG ĂN

3.1. Hỏi bệnh sử: thời gian biếng ăn, kiểu biếng ăn, bệnh lý đi kèm như cấp tính, mạn tính, bệnh nền, bệnh bẩm sinh, thuốc đang sử dụng

3.2. Chế độ dinh dưỡng

- Loại thức ăn, loại sữa có phù hợp lứa tuổi, có đa dạng không?
- Giới hạn chất dinh dưỡng loại nào?
- Số bữa ăn trong ngày: có quá dày không, có kéo dài quá mức không?
- Có tham dự bữa ăn cùng gia đình không? Có bị ép ăn không?
- Có các tổn thương tâm lý liên quan đến bữa ăn không?

3.3. Đánh giá mức độ tăng trưởng

- Cân nặng, chiều cao theo tuổi? SDD cấp hay mạn, mức độ, tiến triển hay di chứng?
- Tốc độ tăng trưởng trong những tháng gần đây đạt hay không đạt?
- Có dấu hiệu thiếu chất dinh dưỡng loại nào: đạm, béo, tinh bột, calci, magne, vitamin các loại, sắt, kẽm?
- Phát triển của hệ xương, răng, vận động.

3.4. Cận lâm sàng: để tìm bệnh nền, tìm bằng chứng thiếu chất dinh dưỡng, kém hấp thu hay rối loạn chuyển hóa các chất.

3.5. Gửi khám chuyên khoa nếu nghi ngờ có các bệnh lý khác đi kèm hoặc bệnh lý nền.

4. XỬ TRÍ

4.1. Theo nguyên nhân biếng ăn

- Do bệnh lý: điều trị bệnh lý cấp tính, xây dựng chế độ ăn phù hợp bệnh lý mạn tính và bệnh nền để tránh làm

nặng thêm các rối loạn dinh dưỡng và chuyển hóa trong cơ thể. Phối hợp điều trị giữa chuyên khoa của bệnh nền và dinh dưỡng.

- Do rối loạn nuốt: chế độ ăn phù hợp với khả năng nuốt của trẻ, tránh hít sặc, tập nhai nuốt. Khám phối hợp điều trị với vật lý trị liệu.
- Do tâm lý: tránh ép ăn hoặc quá nuông chiều trẻ. Để trẻ đói khi bắt đầu bữa ăn, không kéo dài bữa ăn, không cho ăn quá dày. Cho trẻ ăn cùng với gia đình hoặc cùng các trẻ khác. Nếu không cải thiện nên cho trẻ thay đổi môi trường nuôi dưỡng, tập kỷ luật ăn uống tốt hơn như cho đi nhà trẻ.
- Do chế độ ăn không phù hợp: tập dần chế độ ăn phù hợp với lứa tuổi và thói quen nhai nuốt, sở thích của trẻ, bổ sung thêm chất dinh dưỡng bị thiếu sau khi tập ăn.
- Học cách chế biến bột/cháo cho trẻ dưới 2 tuổi tại PK Dinh dưỡng vào các buổi sáng ngày làm việc trong tuần
- Trẻ bình thường nhưng cha mẹ cho là biếng ăn: giai đoạn sớm chỉ cần giải thích cho cha mẹ về tốc độ tăng trưởng của trẻ, cho trẻ ăn theo nhu cầu lứa tuổi, tránh ép trẻ ăn quá mức. Giai đoạn muộn, cần phối hợp chuyên khoa dinh dưỡng để điều chỉnh các rối loạn dinh dưỡng và tâm lý trị liệu cho cha mẹ và trẻ.
- Biếng ăn tâm thần (chán ăn tâm thần hay cuồng ăn tâm thần): phối hợp dinh dưỡng và tâm lý. Đặt sonde nuôi ăn hoặc nuôi tĩnh mạch hỗ trợ trong giai đoạn đầu nếu quá suy kiệt.

4.2. Điều chỉnh các thiếu hụt dinh dưỡng do biếng ăn

- Bổ sung thức ăn phù hợp lứa tuổi, có đậm độ năng lượng cao và dễ hấp thu.

- Trẻ thiếu protein: cung cấp thêm đạm, lysin, acid amin thiết yếu khác. Cần cung cấp đủ năng lượng từ carbohydrat và lipid.
- Cung cấp kẽm nếu có chán ăn, giảm đề kháng
- Cung cấp sắt, acid folic nếu có thiếu máu dinh dưỡng. Số giun cho trẻ định kỳ hoặc khi có bằng chứng nhiễm giun.
- Cung cấp đủ vitamin tan trong dầu và tan trong nước nếu chế độ ăn không cân đối.
- Cung cấp calci, magne, vitamin D,... hướng dẫn phơi nắng chống còi xương khi có biểu hiện thiếu calci hoặc còi xương.

4.3. Khám chuyên khoa: khi có bằng chứng hoặc nghi ngờ bệnh nền, bệnh mạn tính của các chuyên khoa khác.

Khám dinh dưỡng nếu suy dinh dưỡng kèm bệnh nền, SDD từ mức độ trung bình trở xuống, có rối loạn ăn uống hoặc không cải thiện dinh dưỡng với chế độ ăn phù hợp tuổi.

Khám tâm lý nếu có biếng ăn tâm thần, biếng ăn do bị ép giai đoạn trẻ.

Khám vật lý trị liệu nếu có rối loạn nuốt.

4.4. Nhập viện: nếu kèm SDD nặng ở trẻ < 6 tháng tuổi, rất nặng ở trẻ \geq 6 tháng tuổi hoặc cần tìm nguyên nhân/bệnh nền gây biếng ăn/ SDD nặng mà ngoại trú không làm được.

4.5. Hẹn tái khám

Sai lầm nuôi dưỡng nặng ở trẻ < 2 tuổi: tái khám sau 5 ngày để đánh giá việc điều chỉnh cách nuôi dưỡng.

Biếng ăn kèm SDD cấp tính: 2 - 4 tuần tùy theo mức độ SDD cấp tính.

Biếng ăn kèm SDD mạn di chứng: tái khám mỗi 1 - 3 tháng.

PHỤC HỒI DINH DƯỠNG TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ

1. ĐỊNH NGHĨA BẮT KỊP TĂNG TRƯỞNG

Để bắt kịp tăng trưởng: tốc độ tăng trưởng cần đạt 2 - 3 lần so với tuổi hiệu chỉnh.

Chiều cao trung bình của cha mẹ (midparental height): giúp dự đoán tăng trưởng bình thường của trẻ (cùng kênh percentile), yếu tố di truyền trong tăng trưởng

Chiều cao dự đoán của trẻ khi trưởng thành theo di truyền
(cm) = (Chiều cao mẹ + chiều cao cha)/2, + (5 - 7,5 cm) nếu là con trai, - (5 - 7,5 cm) nếu là con gái

Phục hồi dinh dưỡng và bắt kịp tăng trưởng phải phù hợp với bệnh lý nền. Năng lượng và các chất dinh dưỡng đòi hỏi cao hơn nhu cầu khuyến nghị bình thường (RDA) theo lứa tuổi.

2. CUNG CẤP THÊM NĂNG LƯỢNG VÀ CÁC CHẤT DINH DƯỠNG BỊ THIỂU

Đánh giá sơ bộ khẩu phần ăn hàng ngày, phát hiện những sai lầm trong nuôi dưỡng trẻ, các dưỡng chất còn thiếu để bổ sung.

2.1. Tính năng lượng và protein trong giai đoạn phục hồi

- Chủ yếu hướng dẫn bà mẹ cho trẻ ăn uống tại nhà để đạt mức năng lượng và các chất dinh dưỡng cần thiết cho nhu cầu phục hồi.
- Cho bé ăn, bú nhiều lần trong ngày kể cả ban đêm, cho ăn thêm các bữa phụ theo nhu cầu tăng trưởng bù của từng trẻ. Trong giai đoạn bú mẹ cần tăng cường cho trẻ bú sữa mẹ, điều trị phục hồi sữa mẹ cho các bà mẹ thiếu sữa.

- Cung cấp đầy đủ protein (tối đa gấp đôi), năng lượng (tối đa gấp 1,5 lần) và các vi chất dinh dưỡng cho nhu cầu phục hồi.
- Dùng các chất bổ sung làm tăng đậm độ E, P bên cạnh tăng số lượng thức ăn, số bữa ăn trong ngày. Bổ sung các acid amin thiết yếu, acid béo thiết yếu, carbohydrate còn thiếu, chất xơ theo nhu cầu, probiotics đủ hàm lượng để tăng cường miễn dịch và cải thiện sức khỏe đường tiêu hóa.
- Tăng chậm trong 1 - 2 tuần đầu, sau đó mới tăng nhanh để tránh rối loạn trong cơ thể (refeeding syndrome).

Ví dụ: bệnh nhân nam 10 tuổi cân nặng 20,5 kg (tương đương 6 tuổi), chiều cao 122 cm (tương đương 7 tuổi), cân nặng lý tưởng của 7 tuổi là 23 kg, E cho 20,5 kg là $1.000 + (50 \times 10) + (20 \times 0,5) = 1.510 \text{ kcal}$

E phục hồi dd = $1.510 \text{ kcal} \times 23 / 20,5 = 1.694,1 \text{ kcal}$.

2.2. Cách bổ sung năng lượng và một số chất dinh dưỡng bằng thực phẩm chuyên biệt

- **Maltose dextrin (polymer của glucose)**
 - + **Công dụng:** cung cấp năng lượng, bổ sung tinh bột thiếu trong khẩu phần ăn hàng ngày, thay thế lactose trong những trường hợp bất dung nạp lactose, chống hạ đường huyết và duy trì đường huyết ổn định.
 - + **Cách sử dụng:**
 - Pha 1 gói/1 muỗng 5g trong 50 - 100 ml sữa, nước uống, nước trái cây, canh, thức ăn lỏng khác,...
 - Hoặc theo hướng dẫn của bác sĩ trong các bệnh lý.
 - Dùng hết trong vòng 2 - 4 giờ sau khi pha.
 - Theo dõi dung nạp của bệnh nhân để điều chỉnh liều lượng bổ sung.

- + **Tác dụng phụ:** đầy bụng, khó tiêu, tiêu chảy, lên cân nhanh.
- **MCT (medium chain triglyceride):** chất béo chuỗi trung bình, hấp thu không cần muối mật, tan trong nước.
- + **Công dụng:** cung cấp năng lượng bằng chất béo tan trong nước, thay thế chất béo chuỗi dài LCT trong bệnh lý gan mật tụy, sơ sinh non tháng, người cần năng lượng nhanh (chơi thể thao, vận động nhiều).
- + **Cách sử dụng:**

Pha 1 gói/1 muỗng 5g trong 200 - 500 ml thức ăn lỏng (sữa, bột, cháo, canh, nước giải khát,...) hoặc theo hướng dẫn của bác sĩ trong các bệnh lý.

Dùng hết trong vòng 2-4 giờ sau khi pha.

Theo dõi dung nạp của bệnh nhân để điều chỉnh liều lượng bổ sung.

- + **Tác dụng phụ:** đầy bụng, khó tiêu, tiêu chảy, lên cân nhanh, tăng mỡ máu

- **Chất xơ:**

Nhu cầu hàng ngày (g/ngày) = tuổi (năm) + 5

Nhu cầu tăng khi táo bón kéo dài.

Nhu cầu giảm khi rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy cấp.

3. CUNG CẤP VITAMIN VÀ KHOÁNG CHẤT

BẢNG NHU CẦU KHUYẾN NGHỊ CỦA VIỆN DINH DƯỠNG QUỐC GIA VIỆT NAM

Tuổi	Năng lượng	Protid (g)	Chất khoáng		Vitamin				
			Ca (mg)	Fe (mg)	A (mcg)	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
Trẻ < 1 tuổi									
3 - 6 th	620	21	300	10	325	0,3	0,3	5	30
6-12 th	820	23	500	11	350	0,4	0,5	5,4	30
Trẻ nhỏ									
1-3 t	1300	28	500	6	400	0,8	0,8	9	35
4-6 t	1600	36	500	7	400	1,1	1,1	12,1	45
7-9 t	1800	40	500	12	400	1,3	1,3	14,5	55

Tuổi	Năng lượng	Protid (g)	Chất khoáng		Vitamin				
			Ca (mg)	Fe (mg)	A (mcg)	B1 (mg)	B2 (mg)	PP (mg)	C (mg)
Nam thiếu niên									
10-12 t	2200	50	700	12	500	1	1,6	17,2	65
13-15 t	2500	50	700	18	600	1,2	1,7	19,1	75
16-18 t	2700	65	700	11	600	1,2	1,8	20,3	80
Nữ thiếu niên									
10-12 t	2100	50	700	12	500	0,9	1,4	15,5	70
13-15 t	2200	55	700	20	600	1	1,5	16,4	75
16-18 t	2300	60	600	24	500	0,9	1,4	15,2	80

Ghi chú: th: tháng; t: tuổi.

3.1. Calci: theo nhu cầu lứa tuổi, bổ sung phần thiếu hụt , trung bình 100 - 600 mg Ca nguyên tố/ngày tùy lứa tuổi và khẩu phần ăn

Hàm lượng calci trong một số thuốc thường dùng và chế phẩm sữa:

- Calci corbiere/Calci D ống 5ml: 45 mg calci nguyên tố/ống
- Calci D viên 500 mg (calci carbonate): 200 mg calci nguyên tố/viên
- Calci D viên 500 mg (calci gluconate): 50 mg calci nguyên tố/viên
- Sữa công thức 1: 40 mg/100ml
- Sữa công thức 2: 60 - 70 mg/100ml
- Sữa công thức 3/sữa tươi/yaourt: 100 - 120 mg/100ml
- Sữa tách béo: 120 - 140 mg/100ml
- Sữa non tháng: 80 - 100 mg/100ml

3.2. Một số vitamin và khoáng chất khác

- **SDD nặng (CN/T < -3SD)**
 - + Sắt: 3-5 mg/kg/ngày.
 - + Kẽm: 1,5 - 2 mg/kg/ngày (liều thường cho là 5 - 10mg/trẻ ngày, không quá 20 mg/ trẻ ngày).
 - + Đồng: 0,2 mg/kg/ngày
 - + Vitamin A: < 1 tuổi: 100.000 đơn vị, > 1 tuổi: 200.000 đơn vị
 - + Sau 4-6 tháng, có thể lập lại liều trên.
 - + Hoặc 5.000 đơn vị/ngày.
 - + Acid folic: 1mg/ngày (riêng ngày đầu cho 5 mg).
 - + Vitamin D: 10 µg/ngày.
 - + Kali: 0,5-1 g/ngày ở trẻ < 1 tuổi, trẻ > 1 tuổi liều gấp đôi, trong 2 tuần.

- + Mg: 0,25 – 0,5 g/ngày.
- **SDD vừa (CN/T< -2SD) và chậm tăng trưởng:** bổ sung thêm nếu có chán ăn, giảm ăn, giảm bú.
 - + Bổ sung vitamin và vi lượng: thường sử dụng multivitamin theo RDA hoặc đơn vitamin liều cao trong giai đoạn tấn công (vit A, D, K, B1, PP, folic, B12, C,...)
 - + Bổ sung sắt: khi có thiếu sắt trong chế độ ăn (0,5 - 1mg/kg/ngày), hoặc thiếu máu thiếu sắt (3 - 5mg/kg/ngày) và kiểm soát được nhiễm trùng nặng
 - + Bổ sung kẽm: cho thường qui, đảm bảo RDA giúp tăng cân tốt (0,5 - 1 mg/kg/ngày ở trẻ nhỏ và 10 - 20mg/ngày ở trẻ vị thành niên), không bổ sung dư
 - + Bổ sung kali, magne, calci,... nếu cung cấp thiếu.

4. CÁC HỖ TRỢ KHÁC

- Sử dụng các thực phẩm bổ sung phù hợp tình trạng dinh dưỡng và bệnh lý: sữa Lactose free/maltose trong bất dung nạp lactose, sữa thủy phân cho trẻ dị ứng/kém hấp thu/SDD nặng, sữa non tháng cho trẻ sinh non, sữa cao năng lượng cho suy dinh dưỡng, sữa tách béo cho trẻ dư cân/béo phì/rối loạn dung nạp chất béo, tăng cường chất xơ cho trẻ táo bón, Probiotics cho trẻ rối loạn khuẩn ruột/miễn dịch kém/dung nạp kém, sữa chống trào ngược cho trẻ trào ngược dạ dày - thực quản,...
- Sử dụng men tụy, men tiêu hóa cho các trường hợp thiếu men tụy, kém hấp thu thức ăn, dùng liều thấp và không dùng kéo dài.
- Giải quyết nguyên nhân gây chậm tăng trưởng, gửi khám chuyên khoa có liên quan.

- Giải thích và huấn luyện cách chăm sóc trẻ, chế độ ăn phù hợp, cách phát hiện dấu hiệu nặng và tái khám đúng cho người chăm sóc trẻ.
- Hẹn tái khám:
 - + Trẻ < 2 tuổi có sai lầm nuôi dưỡng: tái khám sau 5 ngày.
 - + SDD nặng: mỗi 2 tuần/tháng đầu, khi CN/CC ≥ -1 SD: tái khám mỗi tháng.
 - + SDD vừa: tái khám hàng tháng và có thể sớm hơn tùy theo bệnh trạng. Sau vài tháng trẻ phục hồi tốt, gia đình ở xa, có thể hẹn tái khám sau 2 - 3 tháng.
 - + Nếu trẻ đã phục hồi hoàn toàn, gia đình không có điều kiện tái khám, hướng dẫn cho trẻ khám và theo dõi tại địa phương.

CHẠM TĂNG TRƯỞNG THỂ CHẤT (R62.8), PHÂN ĐỘ SUY DINH DƯỠNG VÀ PHÂN TUYẾN ĐIỀU TRỊ

1. ĐỊNH NGHĨA

Khi các chỉ số phát triển thể chất của trẻ không đáp ứng chuẩn bình thường theo tuổi và giới.

Các chỉ số thường được đánh giá:

- Cân nặng theo tuổi (CN/T): nói lên tình trạng dinh dưỡng chung
- Chiều cao theo tuổi (CC/T): nói lên tình trạng dinh dưỡng trong quá khứ, thiếu dinh dưỡng trong thời gian dài trước đó, $-2SD \leq CC/T < -1SD$ (90% chuẩn $\leq CC/T < 95\%$ chuẩn): dọa SDD chiều cao, $CC/T < -2SD$ ($CC/T < 90\%$ chuẩn): SDD mạn/ thấp còi
- Cân nặng theo chiều cao (CN/CC) hoặc chỉ số khối cơ thể BMI: nói lên tình trạng dinh dưỡng hiện tại, mức độ cân đối của cơ thể.
 - $-2SD \leq CN/CC < -1SD$ (80% chuẩn $\leq CN/CC < 90\%$ chuẩn): dọa SDD, SDD cấp thể nhẹ
 - $-3SD \leq CN/CC < -2SD$ (70% chuẩn $\leq CN/CC < 80\%$ chuẩn): SDD cấp mức độ trung bình, SDD cấp độ I
 - $-4SD \leq CN/CC < -3SD$ (60% chuẩn $\leq CN/CC < 70\%$ chuẩn): SDD cấp mức độ nặng, SDD cấp độ II
 - $CN/CC < -4SD$ ($CN/CC < 60\%$ chuẩn): SDD cấp mức độ rất nặng, SDD cấp độ III
- Tốc độ tăng trưởng bình thường: khác nhau theo tuổi, ở trẻ < 5 tuổi

- + 0 - 3 tháng đầu: 26 - 31 g/ngày (trung bình 750 - 1.000g/tháng)
- + 3 - 6 tháng tuổi: 17 - 18 g/ngày (trung bình 500 - 600g/tháng)
- + 6 - 9 tháng tuổi: 12 - 13 g/ngày (trung bình 350 - 450g/tháng)
- + 9 - 12 tháng tuổi: 9 g/ngày (trung bình 250 - 300g/tháng)
- + > 12 tháng tuổi: 7 - 9 g/ngày (trung bình 200 - 250g/tháng)

Để bắt kịp tăng trưởng: tốc độ tăng trưởng cần đạt 2 - 3 lần so với tuổi hiệu chỉnh.

- Vòng đầu: trẻ < 6 tuổi, nhất là trẻ < 3 tuổi.
- Vòng cánh tay: nói lên mức độ dự trữ cơ.
- Nếp gấp da: phản ánh dự trữ mỡ cơ thể.
- Chiều cao trung bình của cha mẹ (midparental height): giúp dự đoán tăng trưởng bình thường của trẻ (cùng kênh percentile) , yếu tố di truyền trong tăng trưởng.

Chiều cao dự đoán của trẻ khi trưởng thành theo di truyền (cm) = (Chiều cao mẹ + chiều cao cha)/2, + (5 - 7,5 cm) nếu là con trai, - (5 - 7,5cm) nếu là con gái

2. NGUYÊN NHÂN: do bệnh lý ở các cơ quan (tiêu hóa, hô hấp, tai mũi họng, bệnh nhiễm trùng,...) hoặc không do bệnh (cách nuôi dưỡng, điều kiện kinh tế xã hội, tâm lý...).

3. TIẾP CẬN

3.1. Hỏi bệnh sử: các vấn đề cần chú ý

- Trước sinh: tiền căn sản khoa chung, sảy thai nhiều lần, thai ngoài ý muốn, tiền căn sử dụng thuốc, nghiện rượu, thuốc lá, thuốc phiện, tiếp xúc hóa chất,... của mẹ.
- Trong quá trình sinh và thời kỳ sơ sinh: ngạt và APGAR, non tháng, chậm tăng trưởng trong tử cung, cân nặng và chiều cao lúc sinh, dị dạng bẩm sinh, nhiễm trùng sơ sinh, nằm dưỡng nhi, bú mẹ, khó nuôi ăn từ thời kỳ sơ sinh,...
- Tiền căn bệnh tật: tần suất phải đi khám bệnh, tần suất bị bệnh nhiễm trùng, chủng ngừa, quá trình phát triển, tiền căn bệnh nội ngoại khoa khác,...
- Biểu đồ tăng trưởng
- Tiền căn dinh dưỡng: môi trường nuôi, thói quen ăn uống, dị ứng thức ăn, bất dung nạp thức ăn, đánh giá lượng thực phẩm sử dụng (3 ngày hoặc 24 giờ trước đó...)
- Tiền căn gia đình: cân nặng và chiều cao cha mẹ, tăng trưởng của anh chị em ruột, các bệnh lý đường tiêu hóa và các cơ quan khác
- Tiền căn xã hội: tuổi và nghề nghiệp cha mẹ, người chăm sóc là ai, điều kiện kinh tế gia đình, các vấn đề ảnh hưởng tâm lý: thất nghiệp, ly dị, mất người thân, đổi người chăm sóc, đổi trường học, bị bạo hành hay bị lạm dụng,... mức độ quan tâm của gia đình về cân nặng/chiều cao/phát triển của trẻ.
- Các tiền căn gợi ý chậm tăng trưởng do bệnh lý thực thể: chán ăn, rối loạn tâm thần, khó nuốt, bất thường phân, ói và trào ngược, sốt kéo dài, bất thường đi tiểu, mức độ vận động, khả năng bắt kịp các trẻ cùng lứa tuổi,...

3.2. Khám lâm sàng

Cơ quan	Bất thường	Có thể liên quan đến, cần xem xét đến
Dấu hiệu sinh tồn	Hạ huyết áp Cao huyết áp Tim nhanh/ thở nhanh	Suy thượng thận hoặc suy giáp Bệnh lý thận Tăng nhu cầu chuyển hóa
Da	Xanh xao Bẩn, dơ Bầm da, tụ máu Nhiễm <i>Candida</i> Chàm Hồng ban dạng nút	Thiếu máu, bệnh hô hấp, tim, TMH Không được chăm sóc tốt, bỏ bê Bạo hành, bệnh lý huyết học Suy giảm miễn dịch, chăm sóc kém Dị ứng Viêm loét đại tràng, viêm mạch máu
Đầu, mắt, TMH	Rụng tóc Viêm tai giữa mạn Đục thủy tinh thể Viêm miệng dạng loét Chậm mọc răng Mảng bám sữa, cao răng Tuyến giáp to	Stress, thiếu vit D, calci, thiếu máu Suy giảm MD, bất thường cấu trúc sọ mặt Nhiễm trùng bẩm sinh, Galactosemia Bệnh Crohn's Chậm phát triển xương Không được chăm sóc tốt, bỏ bê Bệnh lý tuyến giáp
Ngực	Khò khè	Bệnh xơ nang, hen suyễn, mềm sụn thanh quản

Cơ quan	Bất thường	Có thể liên quan đến, cần xem xét đến
Tim mạch	Âm thổi bất thường	Bệnh tim bẩm sinh
Bụng	Chướng, tăng nhu động Gan lách to	Kém hấp thu Bệnh gan, glycogenose, u bụng
Niệu-Sinh dục	Dị dạng Hăm tã	Bệnh nội tiết phối hợp Tiêu chảy, kém chăm sóc
Trực tràng	Rò Bóng trực tràng rộng	Bệnh Crohn's Bệnh Hirschprung's
Các chi	Phù Mất cơ Dùi trống	Hạ albumin máu Suy dinh dưỡng mạn Bệnh lý phổi mạn, thiếu oxy mạn
Hệ thần kinh	Bất thường phản xạ gân sâu Chậm tâm thần, vận động Liệt thần kinh sọ não	Bại não Thiếu dinh dưỡng, năng lượng, bệnh chuyển hóa Khó nuốt
Hành vi, tính nết	Không hợp tác	Biếng ăn, tăng động giảm chú ý, tự kỷ, chậm phát triển,...

3.3. Cận lâm sàng: nhằm ba mục tiêu:

- Phát hiện bệnh lý mạn nền: theo gợi ý của bệnh sử và khám lâm sàng
- Phát hiện các hội chứng gây chậm tăng trưởng
- Đánh giá mức độ và hậu quả của thiếu hụt dinh dưỡng: công thức máu, đạm/albumin máu, sắt huyết thanh, ion đồ, phosphatase kiềm, tổng phân tích nước tiểu, IDR,...

4. PHÂN TUYỂN XỬ TRÍ

- Nhập cấp cứu: các trường hợp đe dọa sinh tồn
- Nhập viện:
 - + Suy dinh dưỡng rất nặng, SDD nặng/suy dinh dưỡng vừa có biến chứng hoặc ở trẻ < 6 tháng, SDD nặng điều trị ngoại trú thất bại
 - + SDD kèm nhiễm trùng nặng tái phát gần
 - + Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân: trẻ bỏ rơi, bị bạo hành, lạm dụng,...
 - + Cần các xét nghiệm nội viện để chẩn đoán bệnh
- Điều trị ngoại trú: phục hồi dinh dưỡng và bắt kịp tăng trưởng: phải phù hợp với bệnh lý nền, năng lượng và các chất dinh dưỡng đòi hỏi cao hơn RDA theo lứa tuổi.
 - + Khám tại các bàn khám nhi tổng quát: SDD trung bình không biến chứng, dọa SDD, không có bệnh lý nền/mạn tính cần chế độ dinh dưỡng đặc biệt
 - + Khám tại phòng khám chuyên khoa Dinh dưỡng:
 - SDD cấp/mạn mức độ nặng không biến chứng, suy dinh dưỡng vừa có biến chứng
 - Thất bại với điều trị ngoại trú ở các bàn khám Nội khoa
 - SDD hoặc rối loạn dinh dưỡng ở trẻ < 6 tháng tuổi
 - SDD ở trẻ có bệnh lý nền (sinh non, bệnh lý tim, gan, thận, nội tiết...), SDD mạn tiến triển.

5. CÁC BƯỚC ĐIỀU TRỊ SUY DINH DƯỠNG NGOẠI TRÚ

- Phục hồi dinh dưỡng và bắt kịp tăng trưởng: phải phù hợp với bệnh lý nền, năng lượng và các chất dinh dưỡng đòi hỏi cao hơn nhu cầu khuyến nghị theo lứa tuổi.

- Giải thích và huấn luyện cách chăm sóc trẻ, chế độ ăn phù hợp, cách phát hiện dấu hiệu nặng và tái khám đúng cho người chăm sóc trẻ
- Giải quyết nguyên nhân gây chậm tăng trưởng, gửi khám chuyên khoa có liên quan
- Hẹn tái khám:
 - + Trẻ < 2 tuổi có sai lầm nuôi dưỡng: tái khám sau 5 ngày để kiểm tra lại cách nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ.
 - + SDD nặng: mỗi 2 tuần/tháng đầu, khi $CN/CC \geq -1$ SD: tái khám mỗi tháng.
 - + SDD vừa: tái khám hàng tháng và có thể sớm hơn tùy theo bệnh trạng. Sau vài tháng trẻ phục hồi tốt, gia đình ở xa, có thể hẹn tái khám sau 2-3 tháng.
 - + Nếu trẻ đã phục hồi hoàn toàn, gia đình không có điều kiện tái khám, hướng dẫn cho trẻ khám và theo dõi tại địa phương.

TIÊM CHỦNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Tiêm chủng là việc sử dụng các hình thức khác nhau để đưa vaccine, sinh phẩm y tế vào cơ thể con người với mục đích tạo cho cơ thể khả năng đáp ứng miễn dịch.

2. CÁC CHƯƠNG TRÌNH TIÊM CHỦNG

Tại bệnh viện Nhi Đồng 2, đang thực hiện hai chương trình tiêm chủng: tiêm chủng quốc gia (thực hiện bắt buộc đối với các trẻ trong độ tuổi quy định và miễn phí tiền thuốc), tiêm chủng dịch vụ (tiêm chủng theo yêu cầu).

2.1. Lịch tiêm chủng quốc gia

Tháng tuổi	SS	02 th	03 th	04th	09th	18th
Lao	X					
Viêm gan siêu vi B	X	X	X	X		
Bạch hầu - Uốn ván - Ho gà - Bại liệt - Hib		X	X	X		
Sởi					X	
Sởi - Rubella						X
Bạch hầu - Uốn ván - Ho gà						X

2.2. Lịch tiêm chủng dịch vụ

NGỪA BỆNH	TUỔI	LỊCH TIÊM
Viêm màng não mủ và các nhiễm trùng do Hib	Từ 2 tháng đến 5 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Từ 2 - 6 tháng: tiêm 3 liều liên tiếp cách nhau 1 đến 2 tháng; mũi tiêm nhắc cách mũi tiêm thứ ba 12 tháng. - Từ 7 - 12 tháng: tiêm 2 liều liên tiếp cách nhau 1 đến 2 tháng; mũi tiêm nhắc cách mũi tiêm thứ ba 12 tháng. - Trẻ trên 12 tháng đến 5 tuổi: chỉ tiêm 1 liều duy nhất
Viêm màng não, viêm phổi, viêm tai giữa... do phế cầu	Từ 2 tháng đến 5 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Từ 2 - 6 tháng: tiêm 3 liều liên tiếp cách nhau 1 tháng; mũi tiêm nhắc cách mũi tiêm thứ ba 6 tháng. - Từ 7 - 11 tháng: tiêm 2 liều liên tiếp cách nhau 1 tháng; mũi tiêm nhắc vào năm tuổi thứ hai. - Trẻ từ 12 tháng đến 5 tuổi: tiêm 2 liều cách nhau 2 tháng

Tiêu chảy do Rotavirus	Từ 6 tuần tuổi đến 8 tháng tùy loại thuốc sử dụng	<p>Tùy theo loại thuốc, trẻ sẽ được uống 2 hoặc 3 liều:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotarix: <ul style="list-style-type: none"> - Uống 2 liều, khoảng cách 2 liều ít nhất là 4 tuần - Tuổi: Từ 6 tuần tuổi đến 6 tháng tuổi (liều 2 phải hoàn tất ≤ 6 tháng tuổi) • Rotateq: <ul style="list-style-type: none"> - Uống 3 liều, khoảng cách giữa các liều ít nhất là 4 tuần - Tuổi: Từ 7,5 tuần tuổi đến 8 tháng tuổi (liều đầu tiên phải sử dụng ≤ 3 tháng tuổi, liều 3 phải hoàn tất ≤ 8 tháng tuổi)
NGỪA BỆNH	TUỔI	LỊCH TIÊM
Cúm mùa	Từ 6 tháng	<ul style="list-style-type: none"> - Lần 1: bắt đầu lúc trẻ 6 tháng tuổi - Lần 2: cách lần thứ nhất 4 tuần (áp dụng cho những trẻ tiêm lần 1 < 9 tuổi) - Nhắc: 1 liều mỗi năm ❖ Liều: Trẻ < 36 tháng: 0,25 ml Trẻ ≥ 36 tháng: 0,5 ml
Viêm não Nhật Bản B	Từ 12 tháng	<ul style="list-style-type: none"> - Lần 1: bắt đầu lúc 12 tháng tuổi - Lần 2: cách lần 1 từ 1 đến 2 tuần - Lần 3: cách lần 1 một năm sau - Nhắc: 1 liều mỗi 3 năm ❖ Liều: Trẻ < 36 tháng: 0,5 ml Trẻ ≥ 36 tháng: 1 ml
Thủy đậu (trái rạ)	Từ 12 tháng	Tùy theo loại thuốc trẻ sẽ được tiêm 1 hoặc 2 liều

Viêm gan siêu vi A	Từ 12 tháng	Tiêm 2 liều cách nhau từ 6 đến 18 tháng
Sởi - Quai bị - Rubella	Từ 12 tháng	Tiêm 2 liều cách nhau từ 3 đến 6 năm
Viêm màng não do não mô cầu A + C	Từ 24 tháng	Tiêm 1 liều mỗi 3 năm
Thương hàn	Từ 24 tháng	Tiêm 1 liều mỗi 3 năm

2.3. Các vaccin đang được sử dụng tại BV Nhi Đồng 2

TT	TÊN THUỐC	NGỪA BỆNH
01	BCG	Lao
02	ENERGIX - B, EUVAC B	Viêm gan do siêu vi B (VGSV B)
03	DTC	Bạch hầu - Uốn ván - Ho gà (BH - UV - HG)
04	SABIN	Bại liệt (BL)
05	QUINVAXEM	VGSV B -BH - UV- HG -Viêm màng não mủ do Hib (VMN mủ do Hib)
06	ACT-HIB, HIBERIX	VMN mủ do Hib
07	TETRAXIM	BH - UV - HG - BL
08	PENTAXIM	BH-UV-HG-BL-VMN mủ do Hib
09	INFANRIX HEXA	VGSV B -BH - UV- HG -VMN mủ do Hib

10	ROTARIX, ROTATEQ	Tiêu chảy do Rotavirus
11	VAXIGRIP, INFLUVAC, FLUARIX	Cúm mùa
12	ROUVAX	Sởi
13	JEVAX	Viêm não Nhật Bản
14	OKAVAX, VARILRIX	Thủy đậu (trái rạ)
15	AVAXIM 80U	Viêm gan do siêu vi A
16	TRIMOVAX , MMR II , PRIORIX	Quai bị, Sởi, Rubella
17	MENINGOCOCCAL A+ C	Viêm màng não do não mô cầu A + C
18	TYPHIM Vi	Thương hàn
19	PNEUMO 23	Các nhiễm trùng do phế cầu
20	VERORAB	Dại

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ TẠM HOÃN TIÊM NGỪA

3.1. Các trường hợp chống chỉ định

- Trẻ có tiền sử shock hoặc phản ứng nặng sau tiêm ngừa lần trước (có cùng thành phần): sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$ kèm theo co giật hoặc dấu hiệu não màng não, tím tái, khó thở...
- Trẻ có tình trạng suy chức năng các cơ quan (như: suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy tim, suy thận...)
- Trẻ suy giảm miễn dịch (bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh, trẻ nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng IV hoặc có biểu hiện suy giảm miễn dịch nặng) thì chống chỉ định tiêm chủng các loại vaccin sống.

- Không tiêm vaccin BCG cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV mà không được điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con.
- Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vaccine. (Tham khảo bảng đính kèm bên dưới).

3.2. Các trường hợp tạm hoãn

- Trẻ mắc các bệnh cấp tính, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng.
- Trẻ có thân nhiệt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách)
- Trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng trừ trường hợp đang sử dụng globulin miễn dịch điều trị viêm gan B.
- Trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) trong vòng 14 ngày.
- Trẻ có cân nặng $< 2.000\text{g}$
- Các trường hợp tạm hoãn khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vaccine. (Tham khảo bảng đính kèm bên dưới).

3.3. Chống chỉ định riêng của một số loại vaccin

Tên vaccin	Chống chỉ định	Thận trọng
Lao	Bệnh Hodgkin, các ung thư huyết học và khối u đặc, đang sử dụng gammaglobulin (cách tối thiểu: trước 2 tuần, sau 3 - 11 tháng)	
Bạch hầu Uốn ván Ho gà	<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh não tiến triển - Bệnh não trong 7 ngày sau tiêm vaccine ho gà 	<ul style="list-style-type: none"> - Hội chứng Guillain – Barré trong 6 tuần sau tiêm liều vắc xin có thành phần uốn ván. - Sau tiêm DTC lần trước, trẻ có một trong những triệu chứng: <ul style="list-style-type: none"> a. Sốt từ 40,5°C trở lên trong 48 giờ; b. Khóc dai dẳng > 3 giờ trong 48 giờ c. Co giật có hay không có sốt, xảy ra trong vòng 3 ngày sau tiêm ngừa. d. Rối loạn thần kinh không thường xuyên.
Rotavirus		<ul style="list-style-type: none"> - Viêm dạ dày ruột hoặc rối loạn dạ dày ruột mạn tính vừa đến nặng - Tiền sử lồng ruột
Cúm mùa	Dị ứng với trứng	Tiền sử bị hội chứng Guillain – Barré trong vòng 6 tuần sau tiêm vắc xin cúm
Thủy đậu	<ul style="list-style-type: none"> -Trẻ bị suy giảm miễn dịch -Bệnh bạch cầu, khối u rắn ác tính 	<ul style="list-style-type: none"> - Truyền máu, huyết tương và/hoặc globulin miễn dịch trong 11 tháng qua. - Trẻ có tiền căn co giật.

Sởi - Quai bị - Rubella	Suy giảm miễn dịch nặng (như bướu máu và bướu đặc, suy giảm miễn dịch bẩm sinh, điều trị ức chế miễn dịch kéo dài, hoặc triệu chứng nhiễm HIV nặng)	<ul style="list-style-type: none"> - Truyền máu, huyết tương, và/hoặc Globulin miễn dịch trong 11 tháng qua. - Tiền sử giảm tiểu cầu và xuất huyết giảm tiểu cầu - Người có tiền sử co giật - Người bị dị ứng với trứng.
--------------------------------	---	--

4. MỘT SỐ VẤN ĐỀ LƯU Ý

- Viêm gan siêu vi B: ngoài lịch tiêm ngừa viêm gan siêu vi B trong chương trình tiêm chủng quốc gia vừa nêu trên, còn các lịch tiêm ngừa viêm gan siêu vi khác như phác đồ 0-2-4; phác đồ 0-1-6. Trên thực tế có nhiều yếu tố để chọn phác đồ tiêm ngừa viêm gan siêu vi B cho trẻ:
 - + Mẹ có nhiễm viêm gan siêu vi B trong lúc mang thai trẻ
 - + Tuổi của trẻ khi vào tiêm
 - + Tình hình thuốc tiêm ngừa hiện tại
- Khoảng cách giữa hai vaccin sống giảm độc lực là 4 tuần
- Khoảng cách giữa các lần tiêm nếu dài hơn khoảng cách được khuyến cáo, sẽ làm chậm lại đáp ứng miễn dịch nhưng không làm giảm đáp ứng bảo vệ sau cùng.
- Các trường hợp **không phải là chống chỉ định** tiêm ngừa:
 - + Suy dinh dưỡng
 - + Sinh non, sinh nhỏ cân (trừ trường hợp đối với thuốc chủng ngừa miễn dịch tế bào như BCG phải dời lại).

PHỤ LỤC

HÀNG SỐ SINH HỌC THEO LÚA TUỔI

1. TRỊ SỐ SINH HỌC BÌNH THƯỜNG CỦA MÁU THEO LÚA TUỔI

Tham số	Lúa tuổi	Đơn vị quốc tế (SI)	Đơn vị qui ước
α -amylase	I-III	< 50 U/l	
α 1-antitrypsine	I	2 - 4 g/l	200 - 400 mg/dl
	II	1,3 - 2,4 g/l	130 - 240 mg/dl
	III	1,3 - 3,0 g/l	130 - 300 mg/dl
Acid uric	I-III	120 - 350 μ mol/l	2 - 6 mg/dl
Albumin	I	30 - 45 g/l	3,2 - 4,5 g/dl
	II	35 - 50 g/l	3,5 - 5 g/dl
	III	35 - 55 g/l	3,5 - 5,5 g/dl
Amoniac	I	< 150 μ mol/l	< 225 μ g/dl
	II	< 80 μ mol/l	< 136 μ g/dl
	III	< 50 μ mol/l	< 85 μ g/dl
Antithrombin	III	210 - 570 mg/l	21 - 57 mg/dl
Bicarbonate	II-III	21 - 25 mmol/l	21 - 25 mEq/l
Bilirubin (TP)	II-III	< 17 μ mol/l	< 1 mg/dl
		< 5 μ mol/l	< 0,3 mg/dl
		< 11,6 μ mol/l	< 0,7 mg/dl
C3	II	0,6 - 1,5 g/l	
	III	0,8 - 1,7 g/l	
C4	II	0,05 - 0,3 g/l	
	III	0,1 - 0,4 g/l	
Calci	I	1,75 - 2,7mmol/l	7,0 - 10,8 mg/dl
	II-III	2,05 - 2,7mmol/l	8,2 - 10,8 mg/dl
Clor	I-III	95 - 110 mmol/l	95 - 110 mEq/l
Cholesterol (TP)	I	\leq 3,6 mmol/l	\leq 139 mg/dl
	II-III	\leq 6,2 mmol/l	\leq 240 mg/dl
Cholesterol (LDL)	I	1,1 - 3,0 mmol/l	45 - 117 mg/dl
	II-III	1,5 - 5,6 mmol/l	60 - 217 mg/dl

Tham số	Lứa tuổi	Đơn vị quốc tế (SI)	Đơn vị qui ước
Cholesterol (HDL)	I	0,34 - 1,37 mmol/l	13 - 53 mg/dl
	II-III	0,57 - 2,3 mmol/l	22 - 89 mg/dl
Choline-esterase	II-III	3,5 - 8,5 kU/l	3000 - 8000 U/l
Creatinine	I	≤ 106 μmol/l	≤ 1,2 mg/dl
	II-III	≤ 88 μmol/l	≤ 1,0 mg/dl
Creatinine - kinase	I	≤ 500 U/l	Tương tự
	II-III	≤ 90 U/l	
PCO ₂	I	3,7 - 6,0 kPa	28 - 45 mm Hg
	II	3,3 - 5,3 kPa	25 - 40 mm Hg
	III	4,2 - 6,2 kPa	32 - 47 mm Hg
Erythropoietin	II-III	< 5 - 20 U/l	Tương tự
		5 - 18 U/l	
Kiềm dư	I	(-10) - (-2) mmol/l	(-10) - (-2) mEq/l
	II	(-7) - (-1) mmol/l	(-7) - (-1) mEq/l
	III	(-4) - (+2) mmol/l	(-4) - (+2) mEq/l
CH 50	II-III	20 - 50 U/ml	
Sắt	I-III	7 - 33 μmol/l	40 - 184 μg/dl
Ferritine	I	100 - 600 μg/l	10 - 60 μg/dl
	II	20 - 200 μg/l	2 - 20 μg/dl
	III	15 - 140 μg/l	1,5 - 14 μg/dl
Fibrinogen	I	1,25 - 3,0 g/l	0,125 - 0,3 g/dl
	II-III	2 - 4 g/l	0,2 - 0,4 g/dl
Tỷ lệ protein	I-III		
Albumin		57 - 68%	Tương tự
α1-Globulin		1 - 6%	
α2-Globulin		5 - 11%	
β-Globulin		7 - 13%	
γ-Globulin		10 - 18%	
γ-Glutamyl transferase (γ-GT)	I	≤ 150 U/l	Tương tự
	II	≤ 100 U/l	
	III	≤ 20 U/l	
Đường huyết	I	2,4 - 3,4 mmol/l	44 - 62 mg/dl
	II	2,8 - 5,6 mmol/l	50 - 100 mg/dl
	III	3,3 - 5,6 mmol/l	60 - 100 mg/dl
Haptoglobin	I	0 - 0,4 g/l	0 - 40mg/dl
	II-III	0,1 - 1,4 g/l	10 - 140 mg/dl

LIỀU LƯỢNG, CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ PHẢN ỨNG PHỤ THUỐC

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	LIỀU LƯỢNG – CÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Acyclovir	Viên: 200mg; 800mg TM: 500mg/lọ Kèm 5% bôi da	Uống: 20mg/kg/lần (tối đa 800mg/lần) x 4-5 lần/ngày, TM: 20mg/kg, mỗi 8 giờ TTM trong 1 giờ.	Thủy đậu, <i>Herpes simplex</i> (viêm não do Hepres, <i>Herpes</i> sinh dục hoặc môi), <i>Herpes zoster</i>	Suy thận, quá mẫn với acyclovir	Tiêu chảy, ói, phát ban, nhức đầu, suy thận, viêm tĩnh mạch, độc tính trên hệ thần kinh (hiếm).
Albendazole	Viên nén 200mg, 400mg	Giun đũa, giun móc, giun tóc, giun kim: người lớn và trẻ em trên 2 tuổi: 400mg liều duy nhất, có thể lặp lại sau 3 tuần. Trẻ em cho tới 2 tuổi: 200mg liều	Nhiễm một hoặc nhiều loại ký sinh trùng đường ruột như: giun đũa, giun móc, giun tóc, giun kim, giun lợn, sán bò, sán lợn, sán lá gan (loại	Quá mẫn cảm với thuốc	Đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, nhức đầu, chóng mặt, nổi mẩn ngứa, mề đay.

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	LIỀU LƯỢNG – CÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Albendazole (tiếp theo)		duy nhất, có thể lặp lại sau 3 tuần. Áu trùng di trú ở da: 5 mg/kg/ngày trong 3 ngày (tối đa 800mg). Áu trùng di trú ở não: 15 mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày trong 8-28 ngày (tối đa 800mg). Giun lươn, sán dây: người lớn và trẻ em trên 2 tuổi: 400mg/ngày trong 3 ngày, có thể lặp lại sau 3 tuần.	<i>O. viverrini</i> và <i>O. sinensis</i> . Áu trùng di chuyển nội tạng: não, mắt, da.		

Amoxicillin	Viên: 250mg; 500mg, Gói: 250mg.	40-50mg/kg/ngày (u) chia 3 lần.	<ul style="list-style-type: none"> -Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên. -Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới do liên cầu khuẩn, tụ phế cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn không tiết penicillinase và <i>H. influenza</i>. -Nhiễm khuẩn đường tiết niệu không biến chứng. -Nhiễm khuẩn da, cơ do liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn nhạy cảm với amoxicillin. -Dự phòng viêm nội tâm mạc. 	Tiền sử dị ứng với penicillin, cephalosporin.	Phát ban, sốc phản vệ, tiêu chảy, viêm ruột màng giả, nôn ói.
-------------	---------------------------------------	------------------------------------	--	---	---

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	LIỀU LƯỢNG – CÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Amoxycillin - acid clavulanic	Viên: 625mg, Gói: 250mg; 500 mg.	40 – 50mg/kg/ngày chia 3 lần, tối đa 2g/ngày.	-Viêm amidan, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phế quản cấp & mãn, viêm phổi, viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm bể thận. -Mụn nhọt, áp xe, nhiễm khuẩn vết thương, viêm tủy xương. Áp-xe ổ răng. Nhiễm khuẩn ổ bụng.	Tiền sử dị ứng với penicillin, cephalosporin, acid clavulanic. Phụ nữ có thai 3 tháng đầu.	Phát ban, sốc phản vệ, Nôn. Tiêu chảy, viêm thận kẽ, ↓ BC hạt, viêm ruột giả mạc.
Azithromycin	Gói: 125mg, 250mg Sirop 200mg/5ml, viên 250mg	-10mg/kg/ngày x 1 lần x 3 ngày -hoặc 10mg/kg/ngày đầu, tiếp theo là 5mg/kg/ngày từ ngày 2 đến ngày 5.	Nhiễm khuẩn do các vi khuẩn nhạy cảm. Nhiễm khuẩn hô hấp dưới, da và mô mềm, tai mũi họng. Nhiễm khuẩn sinh dục chưa biến	Quá mẫn với nhóm macrolid	Rối loạn tiêu hóa, đau đầu, chóng mặt, phát ban.

			chứng do <i>Chlamydia trachomatis</i> hoặc <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .			
Cefaclor	Viên: 250mg, Gói: 125mg.	20–40mg/kg/ngày chia 3 lần.	Nhiễm trùng tai mũi họng, viêm phế quản cấp và mạn tính, nhiễm trùng da, viêm niệu đạo do lậu cầu...	Mẫn cảm với nhóm cephalosporin. Trẻ < 1 tháng.	Phát ban. Sốt, nôn, tiêu chảy, viêm ruột giả mọc. Tăng Transaminas. Giảm 3 dòng. Độc thận.	
Cefadroxil	Viên: 500mg, Gói: 250mg,	30-50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần,	Nhiễm khuẩn thể nhẹ và trung bình do các vi khuẩn nhạy cảm như viêm họng, viêm amydale, viêm phế quản phổi, viêm phổi do vi trùng, viêm tiết niệu, nhiễm trùng da và mô mềm như áp xe, nhọt, chốc lở...	Dị ứng với kháng sinh nhóm cephalosporin.	Giống Cefaclor (xem trên).	

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	LIỀU LƯỢNG – CÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Cefalexin	Viên: 250mg; 500mg.	30 - 50mg/kg/ngày uống 2 - 3 lần.	Nhiễm khuẩn thể nhẹ và trung bình do các vi khuẩn nhạy cảm như viêm đường hô hấp, viêm tai giữa, viêm xoang, nhiễm khuẩn da và mô mềm, sinh dục, tiết niệu.	Dị ứng với kháng sinh nhóm cephalosporin	Giống Cefaclor (xem trên)
Cefixim	Gói 50mg, 100mg; viên 100mg, 200mg	Trẻ em > 12 tuổi: Liều thường dùng là 400mg/ngày. Trẻ em 6 tháng - 12 tuổi: 8mg/kg/ngày chia 1 - 2 lần/ngày.	- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và dưới. - Viêm tai giữa cấp tính. - Nhiễm khuẩn đường niệu, viêm niệu đạo do lậu cầu.	Mẫn cảm với nhóm cephalosporin	Tiêu chảy, đau bụng buồn nôn, nôn, viêm ruột kết giả mạc, đau đầu, chóng mặt. Phản ứng quá mẫn.
Cefotaxime	Ông tiêm: 1g/lọ	100 - 200 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần (tối đa 2 - 3g/lần).	Nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm	Dị ứng với kháng sinh nhóm cephalosporin	Phát ban. Sốt, nôn, tiêu chảy, viêm thận kẽ. Độc thận. Tăng

Cefpodoxim	Viên, gói 100mg, 200mg. Hỗn dịch uống 50mg/5ml, 100mg/5ml.	Trẻ em 6 tháng - 12 tuổi: 10mg/kg/ngày chia 1 - 2 lần.	<ul style="list-style-type: none"> - Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và dưới. - Viêm tai giữa cấp tính. - Nhiễm khuẩn đường niệu, viêm niệu đạo do lậu cầu. - Nhiễm khuẩn da mô mềm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mẫn cảm với nhóm cephalosporin. - Rối loạn chuyển hóa porphyrin 	<p>transaminase. Giảm 3 dòng, viêm tắc TM. Đau chỗ tiêm. Sốt.</p> <p>Tiêu chảy, đau bụng, buồn nôn, nôn, đau đầu, chóng mặt, phát ban, phản ứng quá mẫn.</p>
Ceftriaxone	Ống tiêm: 1g/lọ	75 - 100mg/kg/ngày chia 1 - 2 lần, tối đa 4g/ngày.	<ul style="list-style-type: none"> Nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn nhạy cảm, nhất là viêm màng não, ngoại trừ do <i>Listeria monocytogenes</i>. Dự phòng nhiễm khuẩn 	<ul style="list-style-type: none"> Mẫn cảm với cephalosporin 	<p>Phát ban. Sốt, nôn, tiêu chảy, viêm thận kẽ. Độc thận. Tăng transaminase. Giảm 3 dòng, viêm tắc TM.</p>

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	LIỀU LƯỢNG – CÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Ceftriaxone (tiếp theo)			hậu phẫu. Nhiễm khuẩn nặng đường hô hấp dưới, đường tiết niệu.		Đau chỗ tiêm. Sốc.
Cefuroxime	Viên, gói: 125mg, 250mg. Ống tiêm: 0,75g /lọ	Viên: 20 - 30 mg/kg/ngày chia 2 lần uống. Tiêm: 75 - 100 mg/kg/ngày chia 3 lần, tối đa 6g/ngày.	Nhiễm trùng tai mũi họng, viêm phế quản cấp và mạn tính, nhiễm trùng da, viêm niệu đạo do lậu cầu,...	Mẫn cảm với cephalosporin	Phát ban. Sốt, nôn, tiêu chảy, viêm thận kẽ. Độc thận. Tăng transaminase. Giảm 3 dòng, viêm tắc TM. Đau chỗ tiêm. Sốc.
Ciprofloxacin	Viên: 500mg. Ống: 500mg.	Uống: 20 – 30mg/kg/ngày chia 2 lần tối đa không quá 1,5g/ngày. TM: 15 – 20mg/kg mỗi 12 giờ (TTM)	Nhiễm khuẩn hô hấp, tai mũi họng, thận hoặc đường niệu, sinh dục kể cả bệnh lậu, tiêu hóa, ống mật, xương khớp, mô	Quá mẫn với ciprofloxacin hay nhóm quinolone. Phụ nữ có thai & cho	Phát ban. Nôn, tiêu chảy. Nhức đầu. Đau cơ, khớp tổn thương sụn

		trong 60 phút)	mềm, sản phụ khoa, nhiễm trùng máu, viêm màng não, viêm phúc mạc, nhiễm trùng mắt, dự phòng trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch.	con bú. Động kinh. Tiền sử đứt gân & viêm gân. Trẻ em thiếu niên đang tăng trưởng.	tăng trưởng. Độc thận, ↑Transaminase. Thiếu máu giảm bạch cầu.
Clarithromycin	Sirôp 125mg/5ml, viên 250mg, 500mg	Uống 7,5 - 15mg/kg/ngày x 2 lần	Viêm phổi do <i>Mycoplasma pneumoniae</i> và <i>Legionella</i> , bệnh bạch hầu và giai đoạn đầu của ho gà và nhiễm khuẩn cơ hội do <i>Mycobacterium</i> , tiết trừ <i>Helicobacter pylori</i> . Nhiễm khuẩn tai mũi họng, hô hấp dưới, da và mô mềm, thay thế cho penicilin ở người bị dị ứng với penicilin.	Dị ứng với các macrolid.	Rối loạn tiêu hóa, phản ứng dị ứng, viêm đại tràng giả mạc.

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	LIỀU LƯỢNG – CÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Clindamycin	Viên: 150 mg, 300mg	Trẻ > 1 tháng: 15 – 40 mg/kg/ngày chia 3 – 4 lần, Sơ sinh: 15 – 20 mg/kg/ngày chia 3 – 4 lần.	Nhiễm khuẩn vi khuẩn nhạy cảm. NK hỗ hấp trên, dưới, da và mô mềm, xương khớp, phụ khoa, tiêu hoá, máu và viêm nội tâm mạc, nha chu.	Quá mẫn clindamycin	Viêm đại tràng giả mạc. Mề đầy dị ứng. Viêm tĩnh mạch. Sốc phản vệ, ↓ BC trung tính, ↑Eosinophile, ↑Transaminase
Erythromycin	Viên: 250 – 500 mg Gói: 250mg	30 - 50mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần.	-Nhiễm trùng tai, mũi, họng, phế quản - phổi, da và mô mềm. -Nhiễm trùng răng miệng, tiết niệu và sinh dục. -Dự phòng các đợt tái phát của thấp khớp cấp.	Quá mẫn với macrolid. Suy gan nặng.	Đau bụng, nôn, tiêu chảy, viêm gan tắc mật. Phát ban. Độc thận. Rối loạn nhịp thất.

Mebendazole	Viên: 100 mg; 500mg	Dùng ở trẻ > 2 tuổi: 100 mg/liều x 2 lần/ngày x 3 ngày, hoặc 500 mg 1 liều duy nhất	Nhiễm một hoặc nhiều loại giun: giun đũa, giun móc, giun tóc, giun kim.	Quá mẫn với thành phần của thuốc.	Chóng mặt, nhức đầu, sốt, ban da, buồn nôn, nôn, chán ăn, tiêu chảy, tăng men gan. Giảm bạch cầu, tiểu máu.
Metronidazole	Viên: 250mg; Tiêm: 0,5g/100ml	U: 30mg/kg/ngày chia 3 lần, TM: 30mg/kg/ngày tiêm truyền TM trong 30 – 60 phút (chia 3 lần ngày).	Điều trị nhiễm khuẩn kỵ khí (<i>Bacteroides</i> <i>spp</i> ; <i>Fusobacterium</i> <i>spp</i> ; <i>Clostridium</i> <i>spp</i> , ...) -Viêm phúc mạc, áp xe ổ bụng. -Nhiễm khuẩn da, cấu trúc da. -Nhiễm khuẩn huyết. - Áp xe gan do amib. -Nhiễm ký sinh trùng : <i>E. histolytica</i> .	Dị ứng với nhóm imidazole. Có thai 3 tháng đầu.	Phát ban. Buồn nôn, tiêu chảy, khô miệng, rối loạn vị giác. Nhức đầu, chóng mặt. Viêm dây thần kinh ngoại biên. Lú lẫn, co giật, giảm BC, viêm tắc TM.

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	IỀU LƯỢNG – ÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Metronidazole (tiếp theo)			<i>Trichomonas vaginalis, Gardi.</i> -Phòng ngừa trong phẫu thuật.		
Nalidixic acid	Viên: 500mg	55mg/kg/ngày chia 3 – 4 lần	Nhiễm trùng đường tiểu dưới cấp hay tái phát không biến chứng. Lý trực trùng, tiêu chảy do nhiễm trùng.	Mẫn cảm với nalidixic acid. Tiền căn có giết. Trẻ < 3 tháng.	Nhức đầu, co giật, lú lẫn. Tăng áp lực nội sọ. Độc gan. ↓ 3 dòng. Toan máu. Đau khớp, viêm TK ngoại biên. Rối loạn thị giác.
Nystatin	Viên: 500.000 UI. Bột rơ miệng 25.000 UI/gói	Sơ sinh: 100.000 UI/lần x 4 lần/ngày. Nhũ nhi: 200.000 UI/lần x 4 lần/ngày. Trẻ lớn: 500.000 UI/lần x 4 lần/ngày.	Nhiễm nấm <i>Candida</i> đường tiêu hóa.	Quá mẫn với nystatin.	Buồn nôn, nôn, tiêu chảy. Mề đay.

Oxacillin	Viên: 500mg Tiêm: ống 1g	Uống: 50 – 100mg/kg/ngày chia 4 lần. TM: 100 – 200mg/kg/ngày chia 4 lần, tối đa 12g/ngày.	Nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm, không dùng điều trị nhiễm khuẩn do tụ cầu kháng methicillin.	Quá mẫn penicilin hoặc cephalosporin	Phát ban ngoài da, phản ứng phân vệ, viêm thận kẽ, tổn thương gan, giảm BC, viêm tắc TM, viêm ruột già mạc.
Penicillin	Viên: 250mg (400.000 U); 500mg (800.000 U). TM: penicilline G 1MU. Tác dụng kéo dài: Benzathin Penicilline. 1,2 MU; 2,4 MU.	Liều điều trị: TM: 100.000UI- 500.000UI/kg/ngày chia 4 Uống: 25 - 50mg/kg/ngày chia 4 lần. Phòng thấp tim: extencilline 1,2MU TB/tháng, hay penicillin V 200.000U (125mg) x 2 lần/ngày.	Nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm, tác dụng chủ yếu trên Gram (+), ít Gram (-).	Quá mẫn với nhóm penicillin	Sốc phản vệ, phát ban ngoài da, mề đay, viêm thận kẽ. Rối loạn ý thức, co giật. Viêm tắc TM. Tăng Na ⁺ hay K ⁺ . Thiếu máu tán huyết tự miễn. Phù Quinke.

TÊN THUỐC	TRÌNH BÀY	LIỀU LƯỢNG – CÁCH DÙNG	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	PHẢN ỨNG PHỤ
Pyrantel pamoat	Viên: 125mg, 250mg	10mg/kg liều duy nhất. Nhiễm giun móc nặng: 20 mg/kg/ngày trong 3 ngày.	Nhiễm giun kim, giun đuũa, giun móc.	Quá mẫn với thành phần của thuốc.	Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, tăng men gan; nhức đầu, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, phát ban.
Spiramycin	Viên 1,5 - 3M IU	150.000UI/kg/ngày x 2 lần.	Nhiễm khuẩn ở đường hô hấp, da, và sinh dục.	Dị ứng với các macrolid.	Rối loạn tiêu hóa.
Trimethoprim- Sulfamethoxazole	Viên: 480 – 960mg	48mg/kg/ngày chia 2 lần.	Nhiễm trùng vi khẩn Gram (-), Gram (+), đặc biệt đối với nhiễm lậu cầu, nhiễm trùng đường tiểu cấp không biến chứng và bệnh nhân bị viêm	Quá mẫn với thành phần của thuốc. Thương tổn đáng kể nhu mô gan, suy thận nặng, phụ nữ có	Stevens Johnson. Huyết tán ở người thiếu G6PD, giảm TC, giảm BC. Viêm thận kẽ. Nôn. Viêm

			phổi do <i>Pneumocystis carinii</i> .	thai. Thiếu máu nguyên hồng cầu khổng lồ do thiếu acid folic. < 2 tháng tuổi.	ruột giả mạc, viêm gan. Lú lẫn. Thắt điều, co giật.
Vancomycin	Tiêm: 0,5g/lọ	30 – 40mg/kg/ngày chia 4 lần bơm tiêm TM trong 30 – 60 phút. Tối đa 2g/ngày.	Viêm nội tâm mạc, viêm tủy xương, viêm phổi, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng da. - Viêm khớp, viêm phổi sinh mủ, viêm mủ màng phổi, viêm phức mạc, viêm màng não.	Quá mẫn với vancomycin.	Khi TTM nhẹ: tím nhân, hạ huyết áp, ngứa, đỏ mắt, ngưng tim. Độc tai, thận, Phát ban. Giảm BC. Sốt, viêm TM. Nôn ó, viêm ruột giả mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. Tiếng Việt

1. Bộ y tế, “*Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm và quy định về sử dụng vaccin và sinh phẩm y tế trong dự phòng và điều trị*” (2008), tr. 5-21.
2. Lê Thị Phan Oanh, “*Bệnh tiêu chảy*”, *Bài giảng Nhi khoa tập 1*, NXB Y học
3. Nguyễn Hoài Phong (2011), “*Tiếp cận bệnh tiêu chảy*”, *Tài liệu hướng dẫn thực hành lâm sàng chuyên khoa Nhi*, Nhà xuất bản Y học.
4. Phác đồ điều trị BV Nhi đồng II 2013.
5. Trần Anh Tuấn, “*Bệnh tiêu chảy*”, *Bài giảng Nhi khoa Y4*.
6. *Tài liệu hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em* (2011), Bộ Y tế.
7. Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh- dự án tiêm chủng mở rộng (2010) “*Triển khai tiêm vaccin phối hợp DPT- VG B- HIB trong tiêm chủng mở rộng*”.

B. Tiếng Anh

1. Anthony J. Piazza, Barbara J. Stoll, “*Digestive System Disorders: Jaundice and Hyperbilirubinemia in the Newborn*”, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19thed.
2. Barton D. Schmitt (2011), *My child is sick*, American Academy of Pediatrics
3. Carel JC, et al (2009), “*Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children*”, *Pediatrics*, 123: e752–762.
4. *Current Diagnosis & Treatment Pediatrics*, 9thed, Skin disease.
5. Geary D.F, Schaefer F (2008), *Comprehensive Pediatric Nephrology*, Mosby Elsevier, pp. 587-604.
6. *Illustrated Manual of Pediatric Dermatology* (2005).

7. Jean-Claude Carel, M.D., and Juliane Leger, M.D. (2008), "Precocious Puberty", The New England Journal of Medicine, 2366-2377.
8. John T. Boyle, MD, "Abdominal pain", Pediatric gastrointestinal disease, 4th ed
9. Lee and Houk (2007), "Precocious puberty", Pediatric Endocrinology, Infoma Healthcare, Fifth edition, pp. 275-290
10. Luigi Garibaldi (2011), "Disorder of Pubertal Development", Nelson textbook of pediatrics 19th edition, p.1863 – 70.
11. Melena Belin, MD, Kyriakie Sarafoglou, MD, Brandon Nathan, MD (2009), "Precocious Puberty", Pediatric Endocrinology and Inborn Errors of Metabolism, Mc Graw Hill, Chapter 33, pp 495-555.
12. Miguel Saps and Carlo Di Lorenzo, "Functional abdominal pain and other functional bowel disorders", Textbook of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.
13. Mona Massoud, MD (2011), "Wheezing in children", Family Medicine Residency.
14. NASPGHAN, "Chronic Abdominal Pain in Children", A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, pp 245–248.
15. NASPGHAN, "Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants", Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, pp 115–128.
16. Nelson textbook of Pediatrics, 19th ed.
17. Paul B Kaplowitz, MD, PhD, Precocious puberty, www.emedicine.medscape.com/article/924002-overview.
18. Paul Saenger, MD, MACE, " Treatment of precocious puberty", UpToDate 19.3.
19. Peter A. Lee (2004) "Early Puberty Development", Pediatric Endocrinology, p.73-85.

20. Pocket book of Hospital Care for children (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources.
21. Rebecca G. Carey, William F. Balistreri, "Metabolic Diseases of the Liver", Nelson Textbook of Pediatrics, 19th edition.
22. Silvano Bertelloni, Dick Mul (2008), "Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: long-term outcome in men", Asian J Androl, 10 (4): pp 525-534.
23. Stephen C Hadler (2007), "Vaccination programs in Developing countries", Vaccines, 5th ed, pp. 1407-1441.
24. Up to date 2014, "Approach to wheezing in children".
25. Up to date 2014, "Wheezing illnesses other than asthma in children".
26. Valerie A. McLin, MD, "Approach to neonatal cholestasis", Pediatric gastrointestinal disease, 4.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHI NHÁNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
Địa chỉ: 699 Trần Hưng Đạo Phường 1 – Quận 5
Điện thoại: 08. 39235648 – Fax: 08. 39230562
Email: cnxuatbanyhoc@gmail.com

Phụ c ả ngo¹i tró
nhĩ khoa – 2016

Chịu trách nhiệm xuất bản
Tổng giám đốc
CHU HÙNG CƯỜNG

Chịu trách nhiệm nội dung
Phó Tổng biên tập
BSCKI. NGUYỄN TIẾN DŨNG

Biên tập: TS.BS. TỪ THÀNH TRÍ DŨNG
Sửa bản in: TỪ THÀNH TRÍ DŨNG
Trình bày bìa: PHAN DANH THANH
KT vi tính: PHAN DANH THANH

In 2.000 cuốn KHỔ 14.5 X 20.5 cm tại Công ty TNHH MTV In TỔNG HỢP
LÊ HUY, 142 đường N2, khu A, TTTM Sóng Thần, P. Dĩ An, thị xã Dĩ An,
Bình Dương. Sổ xác nhận đăng ký xuất bản: 915-2016/CXBIPH/3-50/YH
ngày 30/3/2016. Quyết định xuất bản số: 109/QĐ-XBYH ngày 04/4/2016. In
xong và nộp lưu chiểu quý II/2016. **Mã ISBN: 978-604-66-1903-1.**