

TAY CHÂN MIỆNG

BỆNH ÁN.

I Thành chứng

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

II Bệnh sử.

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

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

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

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

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

Nôn ói

Tay chân lạnh.

Tiêu tiểu

Chỗ nhanh, chỗ bất thường

Tìm soát các ổ NT.

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

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

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

Tìm mạch -

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

- Niệu: Quan sát nước tiểu có viêm sưng đau? Tiểu đỏ, gắt, buốt, kết hạt?

Tình trạng lúc nhập viện.

Diễn biến sau nhập viện

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

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

N. Tiền căn

1. Bản thân

a) Sản khoa

b) Bệnh lý

c) dị ứng: sữa, KS, kiem ngứa

d) chủng ngừa

e) dinh dưỡng

Nuôi con bằng sữa mẹ? tháng

Ăn dặm từ tháng? ăn gì?

Sữa đang dùng? mấy cữ/ngày? bao nhiêu ml/cữ?

f) Tâm vận

Tâm thần

Vấn động

g) Dịch tễ

gia đình, nhà trẻ, hàng xóm có ai cũng đang bị?

đi xa trong 6m? Ở nhà trẻ?

2. Gia đình

V. Khám mấy giờ? ngày? ngày thứ mấy of bệnh?

1. Tổng trạng

Tai giác

sinh hiệu

Nội, chi, CRT

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

Da niêm

Hồng ban

Chẩn máu

Bong nước

Xuất huyết

Vàng da

2. Đầu mặt cổ

Đầu mẩy? (< 2m)

Cân đốn, biến dạng

Kết mạc mắt

Chạch ngoại vi

Chai mũi họng

họng đỏ? vết loét? Amygdale?

tai đỏ? đau? chảy dịch?

3. Ngực
4. Bụng
5. Tiết niệu sinh dục: kiểu hình COSD ngoài? Di tật?
6. Thần kinh, cơ xương khớp.

< 12m: khớp

> 12m: cổ quờng? Psudziński? Kernig

Runchi?

Đầu mưng nào?

Đầu TK khu trú

Cột mưng?

VI. Đặt vấn đề

1. Sốt phát ban ngay?

2. Bchúng.

3. Dịch tế.

VII. Chẩn đoán sơ bộ.

Tay chân mưng đi - ngay (giật thức) Bchúng.

VIII. Biện luận

① không nhiễm trùng.

⊕ Di ứng.

Có địa di ứng thuốc, thức ăn, sữa.

Đặc biệt cảnh báo phát sau sd thuốc, thức ăn.

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

đa dạng

ngứa.

HC Steven Johnson

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

TCLS: 1. Lupus da cấp

7. Ghn

2. mạn

8. Thần kinh

3. Loét miệng / mũi.

9. (thiếu máu tán huyết)

4. Bụng to 1° seo

10. Gram BC.

5. Viêm khớp

11. Gram Tiểu cầu < 100.k / mm³

6. Viêm thanh mạc

TCMDich: 1 ANA

4 KT Anti phospholipid

2 Anti DNA

5 Gram b' thể' (s (4

3 Anti Sm

6 Test coombs trực tiếp (k' hính Hn huyết.)

* kawasaki. Sốt > 5 N

- Môi đỏ lưỡi dâu
 - Phát ban khắp người, đa dạng.
 - Viêm kết mạc, 1° xuất huyết (k° ghen)
 - Thatch cổ
 - Khử bong tróc 1 tuần đầu ngón tay, đầu ngón chân
- Phát hiện sớm giả Ø IVIG vì sợ biến chứng dẫn mạch vành

② Nhiễm trùng

Vi khuẩn

Đặc' câu

Viêm da do tụ cầu

Về mặt nhiễm trùng nhiễm độc

- Sưng nóng đỏ đau
- Mủ nhiều
- Nổi bất cứ vị trí nào, chủ yếu hay bờ sát da đầu và móng.
- Biến chứng đi da toàn thân → NV.

⇒ Ø: Oxacillin hay Vancomycin

Sốt hình hồng nhiệt (Streptococcus ß nhóm A)

- Streptococcus pyogenes.
- Viêm họng 1-2w → loét, giả mạc
- Viêm da → đau da
- Sau 1-2w / họng 1-2w / da 1-2w → VCTC, thấp khớp
- 2-3w / da 1-2w → thấp hân cấp

⇒ Ø: Amox, Ampic, Penicillin

Virus.

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

- ② Rubella
- ban xuất hiện k° giống sởi, biến mất sau 3N.
 - viêm long ngắn ngày hơn sởi
 - chấm nhỏ, hợp lú
 - hồng: forschheimer's sign vòm khẩu cái mềm.
 - hạch sau tai nổi bật

- ③ TCM
- Mụn nước bóng nước (trên nền hồng ban) → Coxsackie
 - Sẩn hồng ban → EVF1
 - Sang thg gồ lên k° lõm, k° ngứa, thg k° có bóng nước to.
 - lột mưng → thành sau hồng → Coxsackie
 - thành tr + da → EVF1
 - đông bầy bạch, gói chuyển, mưng mưng

- ④ Chủy đầu
- Mụn nước bóng nước trên nền hồng ban, gồ lên, lõm trung tâm, + ngứa, lan hi thân mình, mặt → hệ chi.
 - Nhiều lứa lứa (sẩn, mụn nước, mụn mủ, vẩy), n° size

- ⑤ Herpes
- bong nước trong, dạng chùm, quanh lỗ h° nhiễm, type 1: miệng, mắt
 - ⇒ ① Acyclovir, 1 lần nhiễm 1 cơ đồ.
 - type 2: CASD, HM.

- ⑥ Zona
- Virus ở hạch TK (tại hoạt of thủy đậu)
 - Mụn nước thành chùm, mọc theo dây TK
 - Dây 5: V₁ V₂ V₃
 - Dây TK LS → đầu ngực d° hình of Zona.
 - Zona dát vong trong SGIMD
 - xuất hiện 1 bên, k° lan đối diện.

TS.BS Bùi Quang Vinh

PHIẾU ĐÁNH GIÁ, PHÂN LOẠI VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ BTCTM

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

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

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

Dấu hiệu	Phân loại	Xử trí
Trẻ có 1 trong các tiêu chuẩn sau đây: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ngưng thở, thở nấc <input type="checkbox"/> Tím tái / SpO₂ < 92% <input type="checkbox"/> Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng ở miệng, NKQ ra bọt hồng hay máu <input type="checkbox"/> Sốc (trẻ có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mạch không bắt được, HA không đo được <input type="checkbox"/> Tụt HA: HA tâm thu < 70 mmHg (trẻ < 12 tháng), < 80 mmHg (trẻ > 12 tháng) <input type="checkbox"/> HA kẹt: Hiệu áp ≤ 25 mmHg 	Bệnh TCM độ 4	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Đặt nội khí quản <input type="checkbox"/> Dobutamin <input type="checkbox"/> Phenobarbital TM <input type="checkbox"/> Truyền dịch chống sốc <input type="checkbox"/> Hạ sốt <input type="checkbox"/> Đo CVP <input type="checkbox"/> Đo HADM xâm lấn <input type="checkbox"/> Phết họng / trực tràng <input type="checkbox"/> Theo dõi: 15 - 30 phút / 6 giờ
Không		
Trẻ có 1 trong các tiêu chuẩn sau: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mạch > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt) <input type="checkbox"/> Mạch chậm <input type="checkbox"/> Vù mỗ hồi lạnh toàn thân hoặc khu trú. <input type="checkbox"/> HA tăng theo tuổi: > 100 mmHg (trẻ < 12 tháng), > 110 mmHg (trẻ 12 - 23 tháng), > 115 mmHg (trẻ ≥ 24 tháng) <input type="checkbox"/> Thở nhanh theo tuổi <input type="checkbox"/> Thở bất thường: Có một trong các dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cơn ngưng thở / Thở bụng / Thở nông <input type="checkbox"/> Rút lõm ngực / Khò khè / Thở rít thì hít vào <input type="checkbox"/> Rối loạn tri giác (Glasgow < 10) <input type="checkbox"/> Tăng trưởng lực cơ 	Bệnh TCM độ 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thở oxy <input type="checkbox"/> Chuẩn bị nội khí quản, xem xét chỉ định đặt NKQ <input type="checkbox"/> Phenobarbital TM <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> Milrinone (nếu HA cao) <input type="checkbox"/> Dobutamin (nếu M > 170L/p) <input type="checkbox"/> Hạ sốt tích cực <input type="checkbox"/> Đo HADM xâm lấn <input type="checkbox"/> Phết họng / trực tràng <input type="checkbox"/> Theo dõi: 30 - 60 phút / 6 giờ
Không		
Trẻ có 1 trong các dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thất điều (run chi, run người, ngồi không vững, đi loạn choạng) <input type="checkbox"/> Rung giật nhãn cầu, lè <input type="checkbox"/> Yếu chi (sức cơ < 4/5) hay liệt mềm cấp. <input type="checkbox"/> Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói, ...) <input type="checkbox"/> Sốt cao ≥ 39.5°C (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt <input type="checkbox"/> Mạch > 150 lần / phút (khi trẻ nằm yên, không sốt) 	Bệnh TCM độ 2b - nhóm 2	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nằm phòng cấp cứu <input type="checkbox"/> Thở oxy <input type="checkbox"/> Phenobarbital TM <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> CRP, đường huyết nhanh <input type="checkbox"/> CDTS <input type="checkbox"/> Theo dõi: 1 - 3 giờ / 6 giờ
Không		
Trẻ có 1 trong các biểu hiện sau: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Giật mình ghi nhận lúc khám. <input type="checkbox"/> Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần / 30 phút. <input type="checkbox"/> Bệnh sử có giật mình, kèm một dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ngủ gà <input type="checkbox"/> Mạch > 130 lần / phút (khi trẻ nằm yên, không sốt) 	Bệnh TCM độ 2b - nhóm 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nằm phòng cấp cứu <input type="checkbox"/> Phenobarbital TM <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> CRP, đường huyết nhanh <input type="checkbox"/> CDTS <input type="checkbox"/> Theo dõi: 1 - 3 giờ / 6 giờ
Không		
Trẻ có 1 trong các biểu hiện sau: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bệnh sử có giật mình ít (< 2 lần / 30 phút và không ghi nhận lúc khám) <input type="checkbox"/> Lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ, <input type="checkbox"/> Sốt trên 2 ngày hay sốt > 39°C lúc khám <input type="checkbox"/> Nôn ói nhiều 	Bệnh TCM độ 2a	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nhập viện <input type="checkbox"/> Nằm phòng bệnh nặng nếu có yếu tố nguy cơ. <input type="checkbox"/> Phenobarbital (U) <input type="checkbox"/> CTM, Đường huyết nhanh <input type="checkbox"/> Theo dõi chuyển độ
Không		
Trẻ chỉ có phát ban TCM và / hoặc loét miệng	Bệnh TCM độ 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Điều trị ngoại trú <input type="checkbox"/> Dặn dò theo dõi chuyển độ

Ngày khám:/...../201.....

Giờ khám: giờ phút

Bác sỹ khám bệnh
 TS.BS Bùi Quang Vinh

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

Biện luận biến chứng

① BC Toàn kinh N2-N8.

Viêm màng não vô trùng:

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

Viêm não:

+ Giật mình, chới với, hốt hoảng

+ Run giật cơ nhẹ ngủ, ngủ gà.

+ Run, loạng choạng.

+ Liệt TK cơ - cơ giật - hôn mê.

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

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

1 Sốt cao lúc $> 40^{\circ}\text{C}$

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

3. Thở nhanh, thở bụng, cơ ké, liên sườn đau ảm (DAP cánh bướm)

Ngưng thở

4. Giật mình chới với

RLTG

Cơ giật, cơ gồng mắt đỏ, mắt nâu.

Tăng độ huyết (> 180 là tiền lượng nặng)

đỏ cuống mắt nâu.

gồng cuống mắt đỏ.

Yếu liệt chi:

Yếu, liệt mềm cấp 1 hay 2 chi.

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

MS > 150 , CRT $> 2s$

Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh, RL vận mạch.

T.A $\rightarrow 0$. < 40 $\rightarrow 110$, $1-2$ $\rightarrow 115$, > 2 $\rightarrow 120$

khó thở, DAP.

②. Biến chứng hô hấp.

- Lâm sàng có tổn thương não, TTK ngày 3-4
- Sốt cao, bong nước
- Cánh nhanh, b° đều, STTT, cơn ngưng thở
- OAL
 - Suốt không
 - có máu hĩ nổi thĩ quan
 - khó thở ò, rale ẩm
- Xquang
 - tổn thq phổi & bên hình cánh bướm
 - bong hĩ \perp .

③. Biến chứng tuần hoàn

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

4. GPB tổn thương ở đầu (thầy Ymh)

✓ não - hủy liệt mềm

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

✓ trung não: sưng gáy nhàn cầu

✓ cầu não: liệt sọ V, VII

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

IX. Chẩn đoán cận lâm sàng.

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

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

2b { - Thuyết Dexterox : lâm u > 180 → hiện lượng nặng và theo dõi
dinh dưỡng
↑ lâm Ion đồ : theo dõi RL toàn GH, RL ion đi 0 sớm, biệt ở
bên non ó ñ

Xquang

KMDM: theo dõi SHH

Lactate: theo dõi shock, thở nhanh

Isoponin I, Sâ hìn: Mạch ↑, HAP > 150, viêm cõ hìn, shock

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

Protein 1/1

TB. > 10.

X. Biện luận CLS

XI. Chẩn đoán xác định.

XII. Điều trị.

⊕ Tiêu chuẩn nhập viện

ĐC 1 + 1 trong các : Sốt > 39°C

Sốt > 2N.

Nôn ó ñ.

Ngủ gã.

Giật mình

Run chi.

ĐC II → N.

DỒ I

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

Cơ chế dẫn thân nhân

- 1 Giải thích về bệnh TCM và khả năng xảy ra biến chứng
- 2 Cách phòng tránh lây lan cho trẻ +
 - Cách ly theo nhóm bệnh ít 1 N, có thể kéo dài 7-10N
 - thủ khuẩn = *Herpes* B2% ; 1 phần + 30 phần nước \rightarrow lau nhà rửa đồ đồ
- 3 Chế độ ăn, đặc biệt là trẻ loét họng
- 4 Theo khám
 - theo dõi
 - ngay khi có 1 trong các dấu hiệu sau:
 - 1 Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$ hoặc $\geq 48\text{h}$
 - 2 Ói nhiều
 - 3 Lưỡi đỏ, nứt nứt, kích thích
 - 4 Giật mình
 - 5 Yếu chi (đưa đồ vật cầm sốt), đi không vững
 - 6 Bất điều thân ng, run chi (đưa đồ vật cầm run, cần hỏi lại đó có sốt k°, nếu sau sốt vẫn còn \rightarrow BC Vò thân não), động mắt, đi loạng choạng
 - 1 khó thở, thở nhanh
 - 2 da nổi bóng, vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
 - 3 Co giật, hôn mê

Độ IIa

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

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

Độ IIb nhóm 1

- Nằm phòng cấp cứu
- Điều trị:
 - Nằm đầu cao (thở O_2 cannula 1-3l/ph.)
 - Sốt cao điều trị tích cực, hạ \Rightarrow như độ III
 - Loét miệng
 - Phenobarbital 10-20 mg/kg TM_{xp} 6-12h \rightarrow cơn giật mình
 - \rightarrow IVIG 1g/kg/ngày TMC trong 6-8h (liều I) \rightarrow cơn giật mình sau 24h
 - \rightarrow IVIG liều 2
 - Cheo đỡ tri giác, SpO_2 , HA, M, NT mỗi 1-3h / 6h đầu \rightarrow ổn định mới 4-6h
 - KS đq TM nếu K loại hủ VNMN: Cefotaxim, Ceftriaxon
- CLS: CTM, ĐH.
 - CRP huy cao. VĐ. N567 cơn sốt; da mưng mủ loét \rightarrow có có bội nhiễm từ sang KS
 - CPTS chỉ làm khi có nghi ngờ VNMN (vi viêm thần não nếu có kèm VNM dịch não tủy bệnh của siêu vi \rightarrow 0 K0 đq).

Độ II b nhóm 2

- Năm lỏng cấp cứu
- Điều trị: Năm đầu cao 15-30°
 Theo dõi O_2 cannula 1-3l/ph
 Đặt sốt kích cực, nếu không hạ \rightarrow xử trí như nhóm III.
 Phenobarbital 10-20mg/kg TTM chậm 130p. x 8 lặp lại
 mỗi 6h nếu còn giật mạnh n (tổng liều: 30mg/kg/24h)
 IVIG 1g/kg ngay TMC trong 6-8h \rightarrow 24h cơn sốt hoặc
 còn dấu hiệu dị ứng \rightarrow liều 2.
 Theo dõi như II b nhóm 1.
- CLS: II b nhóm 1.

16 III

- Nằm khoa cấp cứu ở ICU.
- Điều trị đầu cao $15-30^\circ$, thở O_2 $1-3$ l/ph
 - theo dõi $30-60p$, nếu có 1 trong các dấu hiệu sau \rightarrow NKQ
 - + thở bất thường
 - + thở nhanh > 30 l/ph (trừ nằm yên k° sốt)
 - + RLTKTV: SpO_2 dao động, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch > 180 (bê nằm yên k° sốt)
 - + Giởng chỉ, GCS < 10 đ.
- Phenobarbital $10-20$ mg/kg / TM $30p$ x $6-12h$ nếu có giật mình
- IVI G $1g$ / kg / ngày 2 liều cách nhau $24h$ TMC $6-8h$
- Dobutamin nếu HA bt, mạch > 180 (đỡ hiệu chỉnh theo t°)
 - khởi đầu 5 mg/kg / ph TTM \rightarrow tăng dần $1-2.5$ mg/kg / ph mỗi $15p$ cho đến khi cải thiện LS, max 20 mg/kg / ph.
- Mefenone 0.4 mg/kg / ph TTM x $24-32h$ dùng khi HA tâm thu ($< 4h: > 110$; $1-24h: > 115$; $> 24h: > 120$)
 - Xem xét giảm liều và ngưng Mefenone nếu:
 - HATT ổn định $100-110$ mmHg ít nhất $24h$
 - Ngưng ngay nếu HATT < 90 (trừ $< 6m$) hay < 100 ($> 12m$)
- Tha sốt kịch liệt.
- Định hình RL ion, nước, tran kim, hạ ĐH.
- Đ co giật nếu có:
 - Midazolam 0.15 mg/kg / lần / TMC, lặp sau $10p$ nếu cơn co giật
 - Diazepam $0.2-0.3$ mg/kg (max 3 lần)
- Nuôi cữ TM, hạ chế 2/3 nhu cầu dịch + nuôi mắt k° nhận biết.
- KS: k° loại NTH và VMNM.
- CD lọc máu thực: k° đủ tốt trong những giờ đầu + 1 trong:
 - Huyết động k° ổn sau $1-2h$ hồi sức
 - Còn bệnh RLTKTV: bê nằm yên k° sốt: SpO_2 dao động, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch > 180
 - Sốt cao k° đủ với các biện pháp hạ sốt kịch liệt.
- CES: như đ 4.
- Theo dõi:
 - Trẻ chưa NKQ: Mạch > 180 ; yếu liệt chi; Cơn giật mình n sau IVIG liều 2 $\rightarrow 30-60p$ / 6h đầu để phát hiện kịp thời các dấu hiệu cơn NKQ.
 - HADMIXL / Monitor HA k° xâm lấn $1-2h$.
 - KNOM, lactate và định hình.
 - Còn lại: Thử quai, SpO_2 , HA, nhịp hm / mỗi $1-2h$ } theo sát GH đầu.
 - t° hậu môn $1-2h$ đến khi $< 39^\circ C$

ĐS IV.

- Năm thở cấp cứu ICU
- Điều trị ① Năm đầu cao, thở máy

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

- ② Dobutamin 5 µg/kg/ph, tăng dần 2-3 µg/kg/ph mỗi 5-15p cho đến khi có hiệu quả (max 20 µg/kg/ph)
- ③ Nếu có shock và k° OAP, suy htim (gallop, ran phổi, gan to, TMCN)
→ test dịch màng trong khi chờ đo CVP. LRINS 5ml/kg/15p
theo dõi sát dấu hiệu OAP và đáp ứng để chỉnh đ hiệp
- ④ CVP và xử m' theo CVP
- ⑤ Phenobarbital 10-20 mg/kg TTM/30p
- ⑥ Hạ sốt hết cực.
- ⑦ HATB ≥ 50 → IVIG 1g/kg/ngày TTM chm 6-8h x 2N
- ⑧ Nếu k° di' thể' ổn định được huyết động học trong giờ đầu nhưng duy hi' đc HATB ≥ 50 mmHg → xem xét lọc máu choc ngay hơg 1-2h đầu
- ⑨ Đ BL ion, tran kiềm, nước, hạ đq huyết'
- ⑩ KS: cefotaxime hay ceftriaxon nếu chưa loại NKH, VNINM.
- ⑪ OAP, k° shock và CVP > 10: furosemide 1mg/kg/lần TMC

• Theo dõi:

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

- Kết nghiệm đ. s. v. 4.
 CTM, CRP, cấy máu
 Desisotix 15-6h
 KHAM, lactate máu
 Ton đồ, CN gan, CN thận.

Troponin I, CK-MB, CPK
 Điện giải / phết trực tràng, KR + cấy EVH
 Xquang, SÂ hân
 CDTs khi đồ ổn

Tăng huyết áp.

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

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

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

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

Thuốc

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

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

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

Milrinone 10mg/10ml 0,4 μg/kg/ph pha trong 50ml Dextrose 5%
 BTTĐ 2ml/h.

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

(kg) (< 1 μg/kg/ph)

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

