**BỆNH VIỆN ĐA KHOA CỘNG HÒA-XÃ HỘI-CHỦ NGHĨA-VIỆT NAM  
 KHU VỰC TÂN CHÂU Độc lập-Tự do-Hạnh phúc  
 KHOA NHI**

**Tân Châu,ngày 20 tháng 04 năm 2017**

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỔ SUNG**

**KHOA NHI-NĂM 2017**

**PHÊ DUYỆT BIÊN SOẠN  
 GIÁM ĐỐC TRƯỞNG KHOA**

**BSCKII.HÀ VĂN TÂM BSCKI.VÕ THỊ QUỚI**

**BAN BIÊN SOẠN**

**Chủ biên:**

**BSCK I.VÕ THỊ QUỚI**

**Đồng chủ biên:**

**BSCKI.Trác Ngọc tuyết**

**Tham gia biên soạn:**

**BSCKI. Trương thị tố Uyên**

**BS.Phan phú Cường**

**Thư ký:**

**ĐDT: MAI HỒNG NGA**

**LỜI NÓI ĐẦU**

Để không ngừng nâng cao trình độ chuyên môn và có sự thống nhất trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh của tất cả các bác sĩ trong khoa nhằm nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân, khoa đã xây dựng nên một phác đồ điều trị thống nhất được sự phê duyệt của hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện và hằng năm phác đồ này sẽ được bổ sung để kịp thời cập nhật những kiến thức mới trong công tác chẩn đoán và điều trị.

Phác đồ điều trị bổ sung năm 2017 của khoa được soạn ra từ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em của Bộ Y TẾ xuất bản năm 2016 , phác đồ điều trị của bệnh viện nhi đồng I năm 2013, phác đồ điều trị của bệnh viện nhi đồng II năm 2016, theo tình hình thực tế của một bệnh viện thị xã và đã được thông qua hội đồng khoa học kỹ thuật của bệnh viện phê duyệt và cho phép thực hiện.

Trong quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh, tập thể các bác sĩ sẽ tuân thủ những điều được ghi trong phác đồ, trong quá trình điều trị nếu có điều gì phát sinh cần thay đổi thì khoa sẽ ghi nhận và trình lên hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện để có hướng giải quyết và tiếp tục bổ sung vào phác đồ.

Hy vọng tập sách nhỏ này sẽ là người bạn đồng hành, hỗ trợ cho các Bác sĩ trong công tác khám bệnh hằng ngày  
 Trong biên soạn chắc chắn còn thiếu soát.Rất mong mong sự đóng góp của Quí đồng nghiệp, để tậpthể Bác sĩ khoa nhi thực hiện biên soạn một cách hoàn thiện hơn.

**MỤC LỤC**

**` Số thứ tự Trang**

**CHƯƠNG I. CẤP CỨU  
 1.** Nhận biết và xử trí các dấu hiệu đe dọa chức năng sống ở trẻ em.........5 **CHƯƠNG II.NGỘ ĐÔC.** 2. Ngộ độc thuốc kháng Histamin................................................................153. Ngộ độc thuốc metoclopramid................................................................174. Ngộ độc dầu lữa .....................................................................................18   
 5. Dị ứng thức ăn ở trẻ em ..........................................................................20 **CHƯƠNG III. SƠ SINH** 6. Nhiễm trùng huyết sơ sinh........................................................................24 **CHƯƠNG IV.HÔ HẤP** 7. Viêm phổi…………………………………………….....................................30 8. Viêm tiểu phế quản ..................................................................................359. viêm thanh khí phế quản.............................................................. ............4010.viêm phổi do.hít Hydrocarbon.................................................................4511. Viêm phế quản........................................................................................4812. Viêm hô hấp trên.....................................................................................50 13. Viêm Amydal............................................................................................53 **CHƯƠNG V.TIÊU HÓA** 14. Tiêu chảy cấp ..........................................................................................5515. Tiêu chảy nhiễm trùng (nhiễm trùng tiêu hóa)..........................................61 16.Hội chứng lỵ ……………………………………………………….................64  
 17.Tiếp cận bệnh nhân ói...............................................................................6818.Rối loạn tiêu hóa chức năng……………………………………...................71. **CHƯƠNG VI:BỆNH VỀ DA** 19.Nhiễm trùng da …………………………………………………… ...............72  
 20.Viêm da dị ứng.........................................................................................74 **21.** Viêm mô tế bào…………………………………………………...................76

**CHƯƠNG I: CẤP CỨU**

**NHẬN BIẾT VÀ XỬ TRÍ CÁC DẤU HIỆU ĐE DỌA**

**CHỨC NĂNG SỐNG Ở TRẺ EM**

Tử vong ở bệnh viện thường xảy ra trong vòng 24 giờ đầu nhập viện. Phần lớn các trường hợp tử vong này đều có thể ngăn ngừa được nếu trẻ bị bệnh nặng được phát hiện sớm và xử trí ngay sau khi đến bệnh viện .

Việc nhận biết các dấu hiệu đe dọa chức năng sống là một quy trình sàng lọc nhanh trẻ bệnh, có thể xếp trẻ vào các nhóm sau:

* Trẻ có **dấu hiệu cấp cứu** cần điều trị cấp cứu ngay lập tức.
* Trẻ có **dấu hiệu cần ưu tiên** cần được khám ưu tiên trong lúc đợi, phải được đánh giá và được điều trị không chậm trễ.
* Trẻ **không cấp cứu** là những trẻ không nặng, có các dấu hiệu không nằm trong 2 nhóm trên.

**1.CÁC DẤU HIỆU ĐE DỌA TÍNH MẠNG:** bao gồm:

\* Tắc nghẽn đường thở \* Suy hô hấp nặng

\* Tím tái trung tâm \* Các dấu hiệu sốc

\* Hôn mê \* Co giật

Trẻ có dấu hiệu cấp cứu cần điều trị **ngay lập tức** để ngăn ngừa tử vong.

Trẻ có dấu hiệu cần ưu tiên là những trẻ có nguy cơ tử vong cao. Những trẻ này cần được **đánh giá ngay, không chậm trễ.**

**2.NHẬN BIẾT DẤU HIỆU ĐE DỌA TÍNH MẠNG**

Việc nhận biết các dấu hiệu này phải được thực hiện ở nơi tiếp nhận bệnh nhân trong bệnh viện, trước khi làm bất kỳ thủ tục hành chính nào như thủ tục đăng ký khám HOẶC ngay khi bệnh nhân nhập khoa cấp cứu. Do đó phải tổ chức một trình tự để bệnh nhân khi đến viện tuân theo. Trẻ phải được phân loại trước khi bà mẹ ngồi vào phòng đợi. Cần có một y tá đánh giá nhanh tình trạng từng trẻ trước khi cân và trước khi làm thủ tục đăng ký khám

**2.1. Đánh giá ban đầu đường thở và thở**

Nhận biết dấu hiệu suy hô hấp

***Thở gắng sức***

Khi mức độ thở gắng sức tăng lên là biểu hiện nặng của các bệnh hô hấp. Cần đánh giá các chỉ số sau đây:

***Tần số thở***

Cần sử dụng nhịp thở như là công cụ để nhận định sự thay đổi lâm sàng tốt lên hay xấu đi.

Khi có biểu hiện rối loạn nhịp thở, thở nhanh để tăng thông khí do bệnh của phổi hoặc có cản trở đường thở, hoặc toan máu. Nhịp thở chậm thể hiện suy yếu sau gắng sức, tăng áp lực nội sọ hoặc giai đoạn gần cuối.

Bảng 1.Nhịp thở bình thường của bệnh nhân theo tuổi

|  |  |
| --- | --- |
| Tuổi | Nhịp thở (lần/phút) |
|  |  |
| <1 | 30 – 40 |
| 1 – 2 | 25 – 35 |
| 2 – 5 | 25 – 30 |
| 5 – 12 | 20 – 25 |
| >12 | 15 – 20 |
|  |  |

***Rút lõm lồng ngực***

Co rút cơ liên sườn, hạ sườn và các hõm ức đều thể hiện thở gắng sức. Mức độ rút lõm thể hiện mức độ khó thở. Khi trẻ đã thở gắng sức lâu và suy yếu

đi, thì dấu hiệu rút lõm lồng ngực cũng mất đi.

***Tiếng ồn thì hít vào, thở ra***

Tiếng thở rít thì hít vào (stridor) là dấu hiệu của tắc nghẽn ở tại vùng hầu và thanh quản. Khò khè gặp ở những trẻ có tắc nghẽn đường hô hấp dưới và thường nghe thấy ở thì thở ra.Thì thở ra kéo dài cũng thể hiện có tắc hẹp đường

thở dưới. Mức độ to nhỏ của tiếng ồn không tương ứng với độ nặng của bệnh.

***Thở rên***

Đây là dấu hiệu rất nặng của đường thở và đặc trưng ở trẻ nhỏ bị viêm phổi hoặc phù phổi cấp. Cũng có thể gặp dấu hiệu này ở những trẻ có tăng áp lực nội sọ, chướng bụng hoặc viêm phúc mạc.

*Sử dụng cơ hô hấp phụ*

Cũng như người lớn, khi cần thở gắng sức nhiều hơn có thể cần sử dụng đến cơ ức – đòn – chũm.

***Phập phồng cánh mũi***

Dấu hiệu phập phồng cánh mũi hay gặp ở trẻ nhỏ có suy thở

*Thở hắt ra*

Đây là dấu hiệu khi thiếu oxy nặng và có thể là dấu hiệu của giai

đoạn cuối

**Hậu quả của suy thở lên các cơ quan khác**

***Nhịp tim***

Thiếu oxy dẫn đến nhịp tim nhanh ở trẻ lớn và trẻ nhỏ. Trẻ quấy khóc và sốt cũng làm tăng nhịp tim, làm cho dấu hiệu này không đặc hiệu. Thiếu oxy máu nặng hoặc kéo dài sẽ làm nhịp tim chậm và là giai đoạn cuối.

***Màu sắc da***

Thiếu oxy máu (do giải phóng catecholamine) gây co mạch và da nhợt. Tím tái là dấu hiệu nặng biểu hiện giai đoạn cuối của thiếu ôxy máu. Cần phân biệt với tím do bệnh tim.

***Tri giác***

Trẻ có thiếu oxy hoặc tăng CO2 máu sẽ kích thích vật vã hoặc li bì. Khi bệnh nặng lên trạng thái li bì sẽ rõ rệt hơn và đến mức hôn mê. Những dấu hiệu này đặc biệt có giá trị nhưng thường khó thấy ở trẻ nhỏ.

**Đánh giá lại**

Chỉ theo dõi nhịp thở, mức độ rút lõm, vv... là đã có những thông tin quan trọng, nhưng chưa đủ. Cần thường xuyên đánh giá lại để phát hiện xu hướng diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân.

**2.2.Bước đầu đánh giá tuần hoàn (Circulation)**

**Nhận biết nguy cơ suy tuần hoàn**

**Tình trạng tim mạch**

***Nhịp tim***

Nhịp tim có thể tăng lên ở giai đoạn đầu của sốc do sự giải phóng catecholamin và để bù lại mất dịch. Nhịp tim, đặc biệt là ở trẻ nhỏ, có

thể rất cao(đến 220 nhịp/phút).

Bảng 2. Nhịp tim và huyết áp tâm thu theo tuổi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuổi (năm) | Nhịp tim (lần/phút) | HA tâm thu (mmHg) |
|  |  |  |
| <1 | 110 – 160 | 70 – 90 |
| 1 - 2 | 100 - 150 | 80 - 95 |
| 2 – 5 | 95 – 140 | 80 – 100 |
| 5 – 12 | 80 – 120 | 90 – 110 |
| >12 | 60 - 100 | 100 – 120 |

Mạch chậm bất thường, nhịp tim chậm, là khi nhịp tim ít hơn 60 lần/phút hoặc giảm nhịp tim nhanh chóng cùng với biểu hiện suy giảm cấp máu. Đây là dấu hiệu nặng ở giai đoạn cuối.

***Độ nảy của mạch***

Có thể trong sốc nặng, huyết áp vẫn duy trì được, dấu hiệu chỉ điểm là cần so sánh độ nảy của mạch ngoại biên và trung tâm. Khi không bắt được mạch ngoại biên và mạch trung tâm bắt yếu là dấu hiệu của sốc, và đã có tụt huyết áp. Mạch nảy mạnh có thể gặp trong cả khi tăng thể tích tuần hoàn (ví dụ, trong nhiễm khuẩn huyết), cầu nối động – tĩnh mạch trung tâm (ví dụ, còn ống động mạch) hoặc khi có tăng CO2 máu.

***Dấu hiệu đầy mao mạch trở lại (refill****)*

Khi thời gian đầy mao mạch trở lại kéo dài hơn thể hiện giảm cấp máu ngoại biên. Không nên sử dụng riêng lẻ các dấu hiệu này để đánh giá sốc hoặc đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị

*Huyết áp động mạch*

Bảng 3. Huyết áp tâm thu theo tuổi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuổi (năm) | Huyết áp tâm thu (mmHg) | |
| **<**1 | 70 | – 90 |
| 1-2 | 80 | – 95 |
| 2-5 | 80 - 100 | |
| 5-12 | 90 – 110 | |
| >12 | 100 | – 120 |

Hạ huyết áp là dấu hiệu muộn của giai đoạn cuối của suy tuần hoàn. Khi

đã có hạ huyết áp là sắp có nguy cơ ngừng tim. Tăng huyết áp có thể là nguyên nhân hoặc là hậu quả của hôn mê và tăng áp lực nội sọ.

**Ảnh hưởng của suy tuần hoàn lên các cơ quan khác**

**Cơ quan hô hấp:**

Nhịp thở nhanh, sâu nhưng không có co kéo lồng ngực, là hậu quả của toan máu do suy tuần hoàn gây ra.

***Da***

Da ẩm, lạnh, nhợt nhạt ở vùng ngoại biên là biểu hiện của giảm cấp máu. Khu vực da lạnh có thể gần ở vùng trung tâm hơn nếu suy tuần hoàn tiếp tục nặng lên.

***Tri giác***

Trẻ có thể kích thích vật vã hoặc lơ mơ, li bì đến hôn mê nếu có suy tuần hoàn. Đây là hậu quả của giảm cấp máu não.

*Nước tiểu*

Lượng nước tiểu ít hơn 1 ml/kg/giờ ở trẻ và ít hơn 2 ml/kg/giờ ở trẻ nhũ nhi là dấu hiệu giảm cấp máu thận trong sốc. Cần khai thác nếu có thiểu niệu hoặc vô niệu trong bệnh sử.

**Suy tim**

Những dấu hiệu sau sẽ gợi ý suy thở do nguyên nhân tim mạch:

Tím, không đáp ứng với oxy

Nhịp tim nhanh không tương ứng với mức độ khó thở

Gan to, tĩnh mạch cổ nổi

Tiếng thổi tâm thu/ nhịp ngựa phi, không bắt được mạch đùi

**2.3. Đánh giá ban đầu chức năng thần kinh**

**Nhận biết nguy cơ tổn thương thần kinh trung ương**

Thiếu oxy tổ chức hoặc sốc đều có thể gây rối loạn ý thức. Vì vậy, bất cứ rối loạn nào xẩy ra khi đánh giá theo ABC cũng phải được xem xét trước khi kết luận rối loạn ý thức là do nguyên nhân thần kinh.

**Chức năng thần kinh**

***Mức độ tri giác***

Có thể đánh giá nhanh ý thức của bệnh nhân ở một trong 4 mức sau đây:

**A:** Tỉnh táo (ALERT)  
 **V:** Đáp ứng với lời nói (VOICE)

**P:** Đáp ứng với đau (PAIN)

**U:** Không đáp ứng (UNRESPONSIVE

)

***Tư thế***

Có nhiều trẻ mắc những bệnh nặng ở các cơ quan có biểu hiện giảm trương lực cơ. Những tư thế co cứng như bóc vỏ (tay co, chân duỗi) hoặc mất não (tay duỗi, chân duỗi) là biểu hiện tổn thương não ở trẻ em. Dấu hiệu cổ cứng và thóp phồng ở trẻ nhỏ gợi ý về bệnh viêm màng não.

***Đồng tử***

Nhiều loại thuốc và tổn thương não có thể làm thay đổi kích thước và phản xạ của đồng tử. Những dấu hiệu đồng tử quan trọng cần tìm là: giãn đồng tử, đồng tử không phản xạ, hoặc đồng tử 2 bên không cân xứng là những dấu hiệu tổn thương não nặng.

***Ảnh hưởng đến hệ hô hấp do tổn thương thần kinh trung ương***

Có những kiểu thở bất thường do tăng áp lực nội sọ. Những kiểu thở này có thể thay đổi từ mức tăng thông khí cho đến kiểu thở Cheyne – Stokes hoặc ngừng thở. Những kiểu thở bất thường này ở bệnh nhân hôn mê chứng tỏ có tổn thương ở não giữa và não sau.

***Ảnh hưởng đến hệ tuần hoàn do tổn thương thần kinh trung ương***

Khi có dấu hiệu chèn ép hành não do tụt kẹt thường kèm theo tăng huyết áp và nhịp tim chậm (đáp ứng kiểu Cushing). Đây là dấu hiệu của giai đoạn cuối.

**2.4. Khám toàn thân:**

***Nhiệt độ***

Khi trẻ có sốt thường gợi ý đến nguyên nhân bệnh là do nhiễm trùng, nhưng cũng có thể sốt là do co giật hoặc rét run kéo dài.

***Phát ban:***

Khám toàn thân trẻ có thể thấy các dạng phát ban, từ dạng mẩn gặp trong phản ứng dị ứng; hoặc ban xuất huyết, tụ máu trong nhiễm khuẩn huyết hoặc trẻ bị xâm hại, hoặc mề đay lớn có phỏng nước gặp trong phản ứng dị ứng và một số dạng nhiễm trùng.

**3. CÁCH TIẾP CẬN MỘT TRẺ BỊ BỆNH NẶNG**

Xử trí cấp cứu một trẻ cần phải đánh giá nhanh và can thiệp kịp thời. Các bước tiếp cận một trẻ bị bệnh nặng gồm:

1. Đánh giá bước đầu
2. Hồi sức
3. Đánh giá bước hai và tìm những vấn đề mấu chốt
4. Xử trí cấp cứu
5. Ổn định và vận chuyển bệnh nhân đến đơn vị điều trị
6. **Đánh giá bước đầu và hồi sức**

**Đường thở (Airway)**

Đánh giá ban đầu: đánh giá sự thông thoáng đường thở theo trình

tự:

Nhìn: di động lồng ngực và bụng

Nghe thông khí phổi

Cảm nhận luồng khí thở chỉ có hiệu quả khi bệnh nhân thở tự nhiên.

Nếu trẻ nói được hoặc khóc được chứng tỏ đường thở thông thoáng,

hô hấp đảm bảo.

Nếu trẻ tự thở, chú ý đến các dấu hiệu khác có thể gợi ý tắc đường

hô hấp trên như:

Tiếng thở rít

Các dấu hiệu co kéo

Nếu không có bằng chứng chắc chắn về sự lưu thông của đường thở thì làm kỹ thuật ấn hàm và nâng cằm, sau đó đánh giá lại. Nếu đường thở vẫn chưa lưu thông thì có thể tiến hành mở miệng bệnh nhân và thổi ngạt.

**Hồi sức**

Bằng các kỹ thuật: nhìn, nghe và cảm nhận mà thấy đường thở không thông thoáng thì có thể mở thông đường thở bằng:

Kỹ thuật nâng cằm và ấn hàm

Điều chỉnh tư thế bệnh nhân để đảm bảo sự thông thoáng

Có thể đặt nội khí quản (NKQ) nếu thấy cần thiết.

**Hô hấp (Breathing)**

Đánh giá ban đầu

Đường thở thông thoáng chưa chắc thông khí đã đầy đủ. Thông khí

chỉ đạt được hiệu quả khi có sự phối hợp của trung tâm hô hấp, phổi, cơ hoành và các cơ lồng ngực.

Hồi sức

Sử dụng oxy lưu lượng cao (15lít/phút) cho những bệnh nhân có rối loạn hô hấp hoặc thiếu oxy tổ chức*.* Những bệnh nhân có suy hô hấp cần được thông khí với oxy qua mặt nạ có van và túi hoặc đặt ống NKQ và cho thở áp lực dương ngắt quãng.

**Tuần hoàn (Circulation)**

Đánh giá ban đầu

Các bước đánh giá tuần hoàn đã được mô tả.

Hồi sức

Tất cả các trường hợp suy tuần hoàn (sốc) nên được cho thở oxy qua mặt nạ, hoặc qua ống NKQ (nếu cần phải đặt ống để kiểm soát đường thở).

Sử dụng đường truyền tĩnh mạch hoặc đường truyền trong xương để truyền ngay dung dịch điện giải hoặc dung dịch keo với lượng dịch là 20ml/kg và lấy các mẫu máu xét nghiệm ngay thời điểm này.

**Đánh giá chức năng thần kinh**

*Đánh giá ban đầu*

Thiếu oxy tổ chức hoặc sốc đều có thể gây rối loạn ý thức. Vì vậy cần đánh giá theo ABC trước khi xem xét các rối loạn ý thức là do nguyên nhân thần kinh. Thêm nữa, cần làm test đường máu trước bất cứ trẻ nào có suy giảm tri giác hoặc co giật.

*Hồi sức*

Nếu bệnh nhân có rối loạn ý thức ở mức độ P hoặc U (chỉ đáp ứng

với đau hoặc không đáp ứng), phải cân nhắc đặt ống NKQ để kiểm soát đường thở.

Điều trị hạ đường huyết bằng dung dịch glucoza 10% 2ml/kg. Trước khi truyền đường, lấy máu xét nghiệm đường và các xét nghiệm.

**3.2. Đánh giá bước hai và điều trị cấp cứu:**

Chỉ được thực hiện sau khi đã tiến hành đánh giá ban đầu và điều trị các dấu hiệu đe doạ tính mạng. Đánh giá bước hai gồm hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm đặc hiệu. Do thời gian có hạn nên việc tiếp cận phải tập trung vào những vấn đề thiết yếu. Khi đánh giá bước hai xong, bác sỹ phải hiểu hơn về bệnh của trẻ và có chẩn đoán phân biệt. Việc điều trị cấp cứu ở giai đoạn này là phù hợp, cả điều trị tình trạng chuyên biệt (như hen phế quản) lẫn điều trị hội chứng (tăng áp lực nội sọ).

**Hô hấp**

*Đánh giá bước hai*

Các triệu chứng hô hấp thường gặp:

|  |  |
| --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Dấu hiệu** |
| Khó thở | Nhịp thở nhanh |
| Sổ mũi | Co rút lồng ngực |
| Ho | Thở rên |
| Thở ồn ào (thở rên, thở rít, khò khè...) | Cánh mũi phập phồng |
| Khàn tiếng | Thở rít |
| Không uống được | Khò khè |
| Đau bụng | Lép bép thành ngực |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tím tái | Khí quản bị đẩy lệch |
| Co rút lồng ngực | Tiếng gõ bất thường |
| Đau ngực | Nghe tiếng ran nổ |
| Ngừng thở |  |
| Không ăn được |  |
| Nhịp thở nhiễm toan |  |
|  |  |
| Xét nghiệm |  |
| Đo lưu lượng đỉnh nếu nghi ngờ | hen, chụp XQ phổi, khí máu động mạch, độ |
| bão hoà oxy. |  |
|  |  |

*Điều trị cấp cứu*

Nếu nghe thấy tiếng lọc sọc do đường thở có nhiều dịch thì phải hút

đờm dãi.

Khi có thở rít kết hợp với ho ông ổng và khó thở nặng thì nghĩ đến viêm tắc thanh quản nặng, điều trị bằng khí dung adrenalin 1‰ 5ml và oxy.

Nếu có tiếng rít nhẹ và trẻ mệt thì xem có viêm nắp thanh môn không, tuy nhiên bệnh này hiếm gặp. Có thể liên hệ bác sỹ gây mê để trợ giúp. Không nên có các can thiệp thô bạo vào đường thở.

Nếu bệnh của trẻ khởi phát đột ngột và có tiền sử sặc rõ thì nghĩ đến dị vật thanh quản. Làm các biện pháp tống dị vật ra ngoài không thành công thì phải soi thanh quản gắp dị vật. Không được can thiệp thô bạo vào đường thở. Khi cần, liên hệ với bác sĩ gây mê để mở khí quản gấp.

Tiếng thở rít xảy ra sau khi bệnh nhân tiêm hoặc ăn phải dị nguyên thì nghĩ đến phản vệ. Cho adrenalin 1‰ 10μg/kg, tiêm bắp.

Những trẻ có tiền sử hen phế quản, thở khò khè, suy hô hấp nặng, lưu lượng đỉnh giảm hoặc thiếu oxy tổ chức thì phải được điều trị bằng khí dung các thuốc chủ vận β2 và ipratropium với O2.

Đối với trẻ bị nhiễm toan, cần lấy máu làm khí máu và đường máu. Điều trị nhiễm toan do đái đường bằng huyết thanh mặn 9 ‰ và insulin

**Tuần hoàn (Circulation):** *Đánh giá bước hai*

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

**Triệu chứng** **Dấu hiệu**

Khó thở Nhịp tim nhanh

Sốt Nhịp tim chậm

Nhịp tim nhanh Rối loạn nhịp và biên độ mạch

Ăn uống khó Màu sắc và tưới máu da bất thường

Tím tái Giảm HA

Xanh xao Tăng HA

Giảm trương lực cơ Rối loạn nhịp thở và biên độ thở

Tình trạng ngủ gà Gan to

Mất dịch Phổi có ran

Thiểu niệu Các tiếng thổi ở tim

Phù ngoại biên

Tĩnh mạch cổ nổi

**Các xét nghiệm**

Urê, điện giải đồ, khí máu, XQ phổi, điện tâm đồ, công thức máu, cấy máu.

*Điều trị cấp cứu*

Bolus dịch nếu bệnh nhân sốc, không đáp ứng với lần bơm dịch thứ nhất. Cân nhắc dùng thuốc vận mạch và đặt NKQ nếu phải bolus dịch lần 3.

Cân nhắc việc sử dụng kháng sinh TM trong trường hợp trẻ sốc nếu không có dấu hiệu mất nước vì có thể là nhiễm khuẩn máu.

Nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp tim thì dùng phác đồ loạn nhịp thích

hợp.

Nếu sốc phản vệ thì dùng adrenalin TB liều 10mcg/kg và theo phác đồ sốc phản vệ.

**Thần kinh (disability)**

*Đánh giá bước hai:* Các triệu chứng thường gặp



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Dấu hiệu** |  |
| Đau đầu | Rối loạn ý thức |  |
| Co giật | Co giật |  |
| Thay đổi hành vi | Kích thước đồng tử và phản xạ ánh sáng |  |
| Rối loạn ý thức | thay đổi |  |
|  |  |
| Giảm vận động | Tư thế bất thường |  |
|  |  |
| Rối loạn thị giác | Phản xạ mắt – não bất thường |  |
|  |  |
| Sốt | Các dấu hiệu màng não |  |
|  |  |
|  | Phù gai thị và xuất huyết võng mạc |  |
|  | Phản xạ gân xương thay đổi |  |
|  | Tăng huyết áp |  |
|  | Mạch chậm |  |

**Xét nghiệm**

Urê, ĐGĐ, đường máu, cấy máu (có chọn lọc)

*Điều trị cấp cứu*

Nếu co giật kéo dài, dùng phác đồ xử trí trạng thái động kinh

Nếu có bằng chứng của tăng áp lực nội sọ như mất ý thức cấp tính, tư thế bất thường hoặc phản xạ vận động nhãn cầu bất thường, trẻ cần được đặt ống NKQ và thông khí nhân tạo. Cân nhắc dùng manitol 0,5g/kg tĩnh mạch.

Nếu tri giác giảm hoặc co giật, cần nghĩ đến viêm màng não hoặc viêm não và cho cefotaxim/acyclovir.

Nếu trẻ lơ mơ và thở yếu, cần kiểm tra đường máu, khí máu, định lượng salicylate trong máu. Điều trị nhiễm toan do đái đường bằng huyết thanh mặn 9‰ và insulin.

Nếu trẻ hôn mê, đồng tử co nhỏ thì nghĩ đến ngộ độc opiate, có thể dùng thử naloxone.

**Khám toàn thân (exposure)**

*Đánh giá bước hai*

Các triệu chứng thường gặp

|  |  |
| --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Dấu hiệu** |
| Ban dị ứng | Ban hoại tử |
| Sưng môi, lưỡi | Mày đay |
| Sốt | Phù mạch |
|  |  |
| *Điều trị cấp cứu* |  |

Nếu trẻ có triệu chứng rối loạn tuần hoàn và thần kinh, có ban xuất huyết thì gợi ý có nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm màng não mủ, điều trị bằng cefotaxim và cấy máu.

Nếu trẻ có triệu chứng hô hấp, tuần hoàn, có ban mề đay hoặc phù mạch thì gợi ý có sốc phản vệ, điều trị bằng epinephrin 10 mcg/kg tiêm bắp.

**Tiêu hoá**

Cấp cứu tiêu hoá thường gặp là sốc do mất dịch. Điều này dễ nhận thấy khi đánh giá ban đầu về tuần hoàn hoặc đánh giá bước hai về tim mạch.Và cũng cần tìm để loại trừ các dấu hiệu ngoại khoa.

**Bệnh sử bổ sung**

*Môi trường sống và sự phát triển của trẻ*

Đặc biệt là đối với trẻ nhỏ và trẻ nhũ nhi, hiểu biết về quá trình phát triển, tiêm chủng và hoàn cảnh gia đình của trẻ rất hữu ích. Người nhà có thể nhớ các bệnh đã mắc của trẻ.

*Thuốc và dị ứng*

Nếu nghi ngờ trẻ bị ngộ độc thì phải quan tâm đến tiền sử dùng thuốc ở nhà hoặc điều trị trước đó.

**TÓM TẮT**

Các bước nhận biết các dấu hiệu đe dọa chức năng sống cho phép thầy thuốc chẩn đoán và điều trị bệnh của trẻ trong những giờ đầu một cách thích hợp. Đánh giá ban đầu và hồi sức nhằm duy trì chức năng sống cơ bản, đánh giá bước hai và điều trị cấp cứu cho phép điều trị đặc hiệu hơn. Giai đoạn điều trị xác định đòi hỏi người thầy thuốc phải làm từng bước, có hệ thống để tránh bỏ sót những dấu hiệu thay đổi trên lâm sàng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em của Bộ y Tế năm 2016

**CHƯƠNG II.NGỘ ĐÔC.**

**NGỘ ĐỘC THUỐC KHÁNG HISTAMIN**

**I.ĐẠI CƯƠNG** Thường do uống lầm các thuốc nhóm kháng Histamin hoặc thuốc cảm có chứa Histamin.  Các thuốc kháng Histamin: ● Thế hệ I (thuốc kháng Histamin gây ngủ):- Thuốc có thể đi qua hàng rào máu não dễ dàng, có tác dụng trên receptor H1 cả trung ương và ngoại vi, có tác dụng an thần mạnh, chống nôn và có tác dụng kháng cholinergic giống atropin. - Thuốc: Promethazin, Chlorpheniramin, brompheniramin hydroxyzin, and diphenhydramin.● Thế hệ II (thuốc kháng Histamin không gây ngủ):- Thuốc rất ít đi qua hàng rào máu não, có thời gian bán hủy kéo dài 12- 24 giờ,không qua hang rào máu não, chỉ có tác dụng trên receptor H1 ngoại vi, không có tác dụng kháng cholinergic, không an thần.  
 - Thuốc: Terfenadin and astemizol cetirizin, loratidin, fexofenadin và desloratidin  
 **II. CHẨN ĐOÁN**   
 **1. Chẩn đoán:**  
 a. Bệnh sử: uống lầm thuốc kháng Histamin.  
 b. Lâm sàng: thường các triệu chứng lâm sàng xuất hiện sau 30 phút đến 2 giờ sau uống.  
 ● Ngủ gà, thất điều, hoặc ảo giác.   
 ● Nói sảng.  
 ● Triệu chứng đối giao cảm (anticholinergic):  
 - Sốt.   
 - Đỏ mặt, đỏ da, khô miệng.  
 - Tim nhanh.   
 - Đồng tử dãn.  
 ● Triệu chứng ngoại tháp: gồng ưỡn người, trợn mắt.  
 ● Nặng:   
 - Co giật, hôn mê.   
 - Rối loạn nhịp tim do thuốc kháng Histamin, ức chế kênh sodium hoặc potassium của cơ tim (thường gặp ở nhóm thuốc kháng Histamin thế hệ   
 - Sốc:  
 **2 . Xét ngiệm.**  
 + Công thức bạch cầu.   
 + Ion đồ, đường huyết.   
 + Điện tâm đồ có thể nhịp tim nhanh hoặc rối loạn nhịp: nhịp nhanh thất, xoắn đỉnh (kháng Histamin không gây ngủ thế hệ mới).   
 **3. Chẩn đoán xác định:**  
 - Bệnh sử: Uống lầm thuốc kháng Histamin.   
 - Lâm sàng:   
 + Ngủ gà, nói sảng.   
 + Triệu chứng đối giao cảm: Sốt, đỏ da, đồng tử dãn.   
 **4. Chẩn đoán phân biệt:**

- Ngộ độc Atropin.  
 - Ngộ độc thuốc trầm cảm 3 vòng.  
 **III. ĐIỀU TRỊ**   
 ● Nguyên tắc điều trị:   
 - Điều trị tình huống cấp cứu.  
 - Nhanh chóng loại bỏ độc chất.  
 - Chất đối kháng đặc hiệu.   
 - Điều trị biến chứng.   
 ● Điều trị:  
 - Điều trị tình huống cấp cứu.  
 - Hồi sức hô hấp.  
 - Co giật: Diazepam 0,25 - 0,3 mg/kg TM. Lặp lại mỗi 10 - 20 phút nếu cần.  
 - Hồi sức sốc với bù dịch và thuốc vận mạch Dopamin theo hướng dẫn CVP.   
 - Tránh dùng Adrenalin vì có thể gây tụt huyết áp nặng hơn.  
 - Rửa dạ dày với than hoạt tính không chỉ định nếu uống lượng ít (tổng liều ≤ 3 lần liều thường dùng và lâm sàng mức độ nhẹ).   
 - Kích thích vật vã nhiều: physostigmin nếu có.  
 - Điều trị biến chứng.   
 ● Sốt cao:   
 - Thuốc hạ nhiệt Paracetamol, uống hoặc nhét hậu môn.  
 - Lau mát hạ sốt.   
 ● Rối loạn nhịp tim:   
 - Nhịp tim nhanh thường là do sốt cao hoặc bệnh nhân kích thích vì thế sẽ đáp ứng với hạ sốt và diazepam.  
 - Nhịp nhanh thất xoắn đỉnh: Thường gặp trong kháng Histamin thế hệ mới thuốc chống loạn nhịp nhanh nhóm Ia và III.  
 **IV. THEO DÕI**   
 ● Dấu hiệu sinh tồn.  
 ● Tri giác, đỏ da.   
 ● Kích thước đồng tử.   
 ● Điện tâm đồ (đặc biệt trong ngộ độc thuốc kháng Histamin thế hệ mới

**T ÀI LI ỆU THAM KH ẢO:**

Phát đồ điều trị Nhi khoa bệnh viện nhi đồng I năm 2013

**NGỘ ĐỘC THUỐC METOCLOPRAMID**

**I. ĐẠI CƯƠNG**  Metoclopramid là thuốc chống nôn dùng trong trào ngược dạ dày thực quản và hóa trị liệu ung thư.Cơ chế tác dụng Metoclopramid là vừa trung ương ức chế thụ thể Dopamin và tại chỗ tăng co bóp cơ dạ dày. Tác dụng phụ xuất hiện dấu hiệu ngoại tháp với liều điều trị tỷ lệ vào khoảng 0,5 - 1% nên hiện nay Metoclopramid khuyến cáo hạn chế dùng ở trẻ nhũ nhi dưới 1 tuổi do tăng nguy cơ xuất hiện dấu hiệu ngoại tháp. Thường gặp ở trẻ < 1 tuổi do uống quá liều do dùng dạng viên (Metoclopramid 10 mg/viên). Liều thường dùng 0,1 mg/kg/liều, liều ngộ độc ≥ 0,5 mg/kg. **II. CHẨN ĐOÁN  
 1. Chẩn đoán** ● Bệnh sử: uống quá liều Metoclopramid.● Lâm sàng:- Tỉnh táo. - Triệu chứng ngoại tháp: + Trợn mắt, đảo mắt. + Ưỡn cổ. + Gồng cứng toàn thân từng cơn, khoảng cách mỗi cơn thường mỗi 5 – 10 phút. - Tăng phản xạ gân xương. - Nặng: co giật, hôn mê. ● Xét nghiệm: - Ion đồ bình thường. - Đường huyết bình thường. **2. Chẩn đoán xác định** ● Bệnh sử: uống quá liều Metoclopramid. ● Lâm sàng  
 - Tỉnh táo. - Triệu chứng ngoại tháp: trợn mắt, ưỡn cổ, gồng cứng toàn thân. ● Xét nghiệm: Ion đồ, đường huyết bình thường. **3. Chẩn đoán phân biệt** ● Hạ calci máu.● Uốn ván.● Viêm não màng não. **III. ĐIỀU TRỊ  
 1. Nguyên tắc điều trị** ● Điều trị tình huống cấp cứu.● Nhanh chóng loại bỏ độc chất. ● Điều trị triệu chứng. **2. Điều trị Ngộ độc thường nhẹ**: chỉ cần điều trị triệu chứng và theo dõi. Thường các dấu hiệu ngộ độc tự khỏi trong vòng 12 – 24 giờ: ● Điều trị tình huống cấp cứu: Co giật hoặc gồng cứng: Diazepam tĩnh mạch. ● Rửa dạ dày và uống than hoạt tính nếu do ngộ độc lượng nhiều. ● Truyền dung dịch Natri clorua 0,45% trong Dextrose 5% trong những giờ đầu. ● Điều trị triệu chứng. **IV. THEO DÕI** ● Dấu hiệu sinh tồn. ● Tri giác. **T ÀI LI ỆU THAM KH ẢO:**Phát đồ điều trị Nhi khoa bệnh viện nhi đồng năm 2013

**NGỘ ĐỘC DẦU LỬA**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Ngộ độc hydrocarbon bao gồm: xăng, dầu lửa, dầu bóng, paraffin. Ngộ độc có thể do hít, nhưng thường là do uống lầm xăng, dầu đựng trong các chai nước. Thường gặp trẻ từ 1-3 tuổi. Xăng dầu hấp thu kém qua hệ tiêu hoá, triệu chứng chủ yếu là do hít trực tiếp xăng dầu hoặc do hít chất nôn ói gây viêm phổi hít. Ngộ độc nặng khi uống xăng dầu >10 gam.  
  **II. CHẨN Đ** **ÓAN**  
 **1. Chẩn đoán:**   
 - Bệnh sử: uống xăng, dầu.   
 - Lâm sàng:   
 + Ho sặc sụa ngay sau khi uống.   
 + Hơi thở có mùi dầu.   
 + Khó thở, tái tím.   
 + Ran phổi.   
 + Nôn ói, tiêu chảy.  
 + Lơ mơ, kích thích.   
 + Hôn mê, co giật trong trường hợp nặng.   
 + Tim nhanh.  
 + Sốt thường xuất hiện sau vài giờ hoặc khi có biến chứng viêm phổi.  
 - Xét nghiệm:  
 + X-quang phổi: thâm nhiễm đáy phổi hoặc rốn phổi hoặc cả 2 phế trường, hình ảnh ứ khí xuất hiện ngay sau ngộ độc hoặc khởi phát sau 1 – 2 ngày hoặc viêm phổi bội nhiễm.   
 + Khí máu trong trường hợp có suy hô hấp.   
 + Công thức bạch cầu: bạch cầu tăng.   
 + Ion đồ, đường huyết.   
 + Chức năng gan thận trong ca nặng.   
 **2. Phân độ:**  
 - Nhẹ: không triệu chứng, X-quang phổi bình thường.   
 - Trung bình: thở nhanh, rút lõm ngực, X-quang phổi thâm nhiễm nhẹ ở đáy phổi hoặc rốn phổi.  
 - Nặng: suy hô hấp nặng, tái tím, hôn mê, X-quang phổi thâm nhiễm cả 2 phế trường hoặc tràn khí màng phổi.  
 **3. Chẩn đoán xác định:**   
 - Bệnh sử: uống xăng, dầu.  
 - Lâm sàng:   
 + Hơi thở có mùi dầu.  
 + Khó thở.  
 - Xét nghiệm:   
 X-quang phổi: thâm nhiễm đáy phổi hoặc rốn phổi.  
 **4. Chẩn đoán phân biệt**: Viêm phổi.   
 **III. ĐIỀU TRỊ**

**1. Nguyên tắc điều trị:** - Điều trị tình huống cấp cứu.- Điều trị hỗ trợ. - Điều trị biến chứng. ● Điều trị: Điều trị tình huống cấp cứu. ● Thở oxy để SaO2 ≥ 95%. ● Thở NCPAP.Khi thất bại với thở oxy● Đặt nội khí quản giúp thở:- Không rửa dạ dày.● Rửa dạ dày tăng nguy cơ viêm phổi hít và xăng dầu thường ngộ độc lượng ít, hấp thu kém qua ống tiêu hoá. ● Trong trường hợp ngộ độc lượng nhiều: - Có thể đặt sonde dạ dày hút dịch dạ dày hoặc dẫn lưu để lấy bớt xăng dầu trong dịch dạ dày, giảm hấp thu và tránh hít chất nôn ói. - Rửa dạ dày khi có đặt nội khí quản có bóng chèn.- Không than hoạt tính: than hoạt tính không tác dụng và tăng nguy cơ hít sặc do nôn ói.   
 - Kháng sinh: + Chỉ định: ▪ Suy hô hấp cần hỗ trợ hô hấp. ▪ Hoặc X-quang có hình ảnh viêm phổi.▪ Sốt kèm bạch cầu cao. + Kháng sinh cephasporin thế hệ 3 kèm aminoglycosid. - Corticoid không sử dụng vì không hiệu quả, tăng bội nhiễm. - Điều trị biến chứng:+ Tràn khí màng phổi.+ Viêm phổi.+ ARDS. **IV.THEO DÕI** Các trường hợp nhẹ không biến chứng nên nhập viện theo dõi sát ít nhất 6 giờ, xuất viện nếu sau 6 giờ bệnh nhân vẫn không sốt, nhịp thở bình thường và kết quả X-quang phổi ở giờ thứ 6 bình thường. Theo dõi: ● Dấu hiệu sinh tồn, tri giác.● SpO2.● Ran phổi.● X-quang phổi. ● Khí máu khi có suy hô hấp

**T ÀI LI ỆU THAM KH ẢO:** Phát đồ điều trị Nhi khoa bệnh viện nhi đồng I năm 2013

**DỊ ỨNG THỨC ĂN Ở TRẺ EM**

1. **MỘT SỐ KHÁI NIỆM**

Phản ứng bất lợi với thức ăn là danh từ chung để chỉ các phản ứng bất thường với thức ăn, bao gồm dị ứng thức ăn và không dung nạp thức ăn. Ngoài ra phản ứng với thức ăn có thể do các yếu tố chứa trong thức ăn như: độc tố, vi khuẩn, hóa chất…

Phản ứng với thức ăn do bất thường của cơ thể bao gồm:

- Phản ứng với độc tố trong thức ăn: ví dụ histamin trong cá thu, tyramin trong phomat quá hạn, độc tố vi khuẩn salmonella, shigella…

* + Bất dung nạp do đặc tính dược lý của thức ăn: rượu, caffein trong cà phê, kim loại nặng, thuốc trừ sâu nhiễm trong thức ăn.
  + Bất dung nạp thức ăn do nhiễm khuẩn.
  + Bất dung nạp thức ăn liên quan đến bệnh lý của trẻ: các bệnh rối loạn chuyển hóa, bất dung nạp lactose do thiếu men lactase nguyên phát hoặc mắc phải, galactosemie…
  + Dị ứng thức ăn: dị ứng thức ăn thường xảy ra ở cơ địa mẫn cảm mang tính di truyền. Cơ thể phản ứng với một lượng thức ăn nhỏ theo cơ chế miễn dịch qua trung gian IgE và không qua trung gian IgE.

1. **TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**
   * 1. **Khai thác tiền sử, bệnh sử**

Hỏi chế độ ăn, ghi cụ thể loại thức ăn mới, thời gian xuất hiện triệu chứng sau ăn, các biểu hiện cụ thể sau khi ăn…

* + 1. **Lâm sàng**

Triệu chứng dị ứng thức ăn qua trung gian IgE thường xuất hiện sau ăn khoảng vài phút đến dưới 1h.

Triệu chứng ở da là phổ biến nhất như: mày đay, ban đỏ, phù mạch.

Triệu chứng tiêu hóa: nôn, đau bụng, tiêu chảy, trào ngược dạ dày- thực quản.

Các biểu hiện hô hấp ít gặp hơn: ho, khò khè, khó thở, viêm mũi dị ứng, cơn hen cấp.

Shock phản vệ có thể xảy ra nhưng hiếm gặp ở trẻ nhỏ.

Các triệu chứng dị ứng trên tái diễn sau mỗi lần ăn thức ăn gây dị ứng.

Mày đay cấp và phù mạch: thường gặp ở trẻ nhũ nhi hoặc trẻ lớn có tiền sử gia đình dị ứng. Sau khi tiếp xúc thực phẩm trong vòng vài phút trẻ xuất hiện mày đay, mày đay lan rộng và phù mạch. Có thể kèm nôn mửa.

Viêm da dị ứng: biểu hiện là phát ban, mẩn ngứa mạn tính, nổi ban toàn thân, thuyên giảm nếu ngừng tiếp xúc các thực phẩm dị ứng.

Biểu hiện đường tiêu hóa: hội chứng dị ứng ở miệng, trào ngược dạ dày- thực quản, viêm thực quản và viêm ruột non- ruột già tăng bạch cầu ái toan.

Dị ứng protein sữa bò: là một loại dị ứng thức ăn thường gặp nhất ở trẻ nhỏ. Tỷ lệ trẻ bị dị ứng protein sữa bò là 2,1%, cao nhất ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi, sau đó tỷ lệ này giảm dần sau 1 tuổi. Casein và β- lactoglobulin là 2 thành phần thường gây dị ứng nhất trong các thành phần của sữa bò.

Triệu chứng dị ứng protein sữa bò biểu hiện ở các cơ quan: tiêu hóa, hô hấp và da. Phát ban là triệu chứng thường gặp nhất, tiếp theo là nôn, hiếm gặp shock phản vệ. Kiểu phản ứng tức thì (qua trung gian IgE) chiếm đa số các trường hợp.

Trong dị ứng protein sữa bò, yếu tố tiền sử dị ứng đóng vai trò quan trọng: trẻ có 2 bố mẹ có tiền sử dị ứng có nguy cơ mắc dị ứng sữa bò cao gấp 11,8 lần trẻ có bố mẹ không có tiền sử dị ứng, nếu có anh chị em ruột bị dị ứng sữa bò thì nguy cơ bị dị ứng sữa bò của trẻ là 33%.

Dị ứng thức ăn không qua trung gian IgE: hầu hết biểu hiện ở dạ dày- ruột nhưng không xảy ra ngay mà phát triển tăng dần qua nhiều ngày. Các hội chứng thường gặp ở trẻ nhỏ là viêm ruột non- ruột già hoặc viêm ruột do sữa. Trẻ lớn có thể gặp viêm dạ dày - ruột hay viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan.

Hội chứng viêm ruột do protein thực phẩm: khởi phát sớm hơn dị ứng thức ăn qua trung gian IgE (thường xuất hiện từ 1 tuần- 4 tháng tuổi), tuy nhiên triệu chứng thường âm thầm. Triệu chứng thường gặp là tiêu chảy phân có nhày máu, trẻ nhũ nhi có thể bị chảy máu trực tràng, khám không có vết nứt hậu môn, không bị nhiễm trùng. Các triệu chứng có thể nặng lên nếu tiêu chảy khối lượng lớn, thiếu máu hoặc giảm albumin máu. Xét nghiệm thường có tăng bạch cầu ái toan.

Tiến triển lâm sàng: các triệu chứng kéo dài khi tiếp tục ăn các thức ăn gây dị ứng. Hết triệu chứng sau 72h ngừng ăn các thức ăn trên và tái diễn khi cho trẻ ăn lại.

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng của dị ứng thức ăn và cơ chế bệnh

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Các cơ quan** | **Qua trung gian IgE** | **Không qua trung gian IgE** | **Qua hoặc không qua trung gian IgE** |
| Khởi phát cấp tính dưới 1 h | Khởi phát chậm vài ngày | Khởi phát chậm |
| Hệ tiêu hóa | Hội chứng dị ứng đường miệng, shock phản vệ | Viêm trực tràng dị ứng  Viêm đại tràng do protein thực phẩm Táo bón mạn tính Đau bụng nhũ nhi | Viêm thực quản bạch cầu ái toan, bệnh lý đường ruột |
| Hệ hô hấp | Viêm mũi xoang dị ứng, viêm thanh khí phế quản, HPQ | Bệnh phổi mạn tính (hội chứng Heiner) | Hen phế quản |
| Da | Nổi mày đay, phù mạch | Liên quan đến viêm da | Viêm da dị ứng |
| Hệ thống (toàn thân) | Shock phản vệ |  |  |

* 1. **Xét nghiệm:**
* Test lẩy da với dị nguyên thức ăn nghi ngờ (dị ứng qua trung gian IgE)
* Test áp với thức ăn nghi ngờ (dị ứng không qua trung gian IgE)
* Định lượng IgE đặc hiệu với thức ăn nghi ngờ
* Test thử thách: ăn thử các thức ăn nghi ngờ dị ứng theo phương pháp mở

hoặc mù đơn, mù đôi. Test này có giá trị chẩn đoán xác định dị ứng thức ăn, nhưng không áp dụng với những trẻ có tiền sử shock phản vệ hoặc phản ứng da nặng như Steven-Johnson do thức ăn.  
 - Loại trừ thức ăn nghi ngờ dị ứng ra khỏi chế độ ăn của trẻ 2-8 tuần:  
 + Thời gian loại trừ thức ăn phụ thuộc vào loại phản ứng dị ứng (ví dụ như mày đay hoặc viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan)

+ Ở trẻ nhũ nhi nghi ngờ dị ứng sữa bò, cho trẻ bú mẹ hoàn toàn hoặc sử dụng sữa công thức giảm dị ứng.

* Ghi nhận các tiến triển lâm sàng sau khi áp dụng chế độ ăn loại trừ.
* Nếu chế độ ăn loại trừ cải thiện triệu chứng rõ, có thể tiến hành test thử

thách thức ăn trong lúc trẻ không hoặc đang sử dụng rất ít thuốc điều trị dị ứng

Trong quá trình làm test thử thách thức ăn:

* Thực hiện test dưới sự giám sát của nhân viên y tế có kinh nghiệm về

dị ứng.

* Bắt đầu với liều thấp (dự tính liều thấp hơn liều có thể gây phản ứng).
* Tăng dần lượng thức ăn cho đến khi tổng lượng thức ăn ít nhất

tương đương với 1 bữa ăn chuẩn của trẻ.

* Luôn luôn chuẩn bị sẵn phương tiện xử trí cấpcứu.
* Test ăn lại: Để đánh giá khả năng dung nạp thức ăn của trẻ. Khoảng

thời gian tiến hành test tùy thuộc vào loại thức ăn, tuổi của trẻ và bệnh sử.

* Trẻ nhỏ: thường tiến hành hàng năm nếu dị ứng đạm sữa bò, trứng,

đậu nành và lúa mì.

* Trẻ lớn: khoảng thời gian test lại thường là 2- 3 năm đối với trẻ dị ứng

lạc, các loại hạt, cá hoặc các loại sò, hến, giáp xác.

* 1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Dựa vào tiền sử bệnh và triệu chứng lâm sàng khi sử dụng thức ăn, hết

triệu chứng sau 72 giờ ngừng loại thức ăn đó, tái phát khi ăn lại, test da hoặc IgE đặc hiệu dương tính. Đặc biệt test thử thách thức ăn mù đôi dương tính.

* 1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

Các bệnh không dung nạp thức ăn, viêm đường tiêu hóa, ngộ độc thức ăn.

|  |  |
| --- | --- |
| **Bệnh lý** | **Triệu chứng** |
| Không dung nạp lactose | Phù, đau bụng, tiêu chảy |
| Không dung nạp fructose | Phù, đau bụng, tiêu chảy |
| Thiếu hụt dịch tụy | Hấp thu kém |
| Bệnh gan/ mật | Hấp thu kém |
| Ngộ độc thực phẩm | Đau bụng, sốt, buồn nôn, nôn, tiêu chảy |
| Caffeine | Rung mình, co thắt, tiêu chảy |
| Thyramin | Đau nửa đầu |
| Viêm mũi vị giác | Chảy nước mũi ồ ạt với thức ăn cay |
| Rối loạn hoảng sợ thức ăn | Choáng/ ngất khi nhìn thấy thức ăn |
| Biếng ăn tâm thần | Sụt cân |
| Dị ứng với các chất gây nhiễm trùng trong thực phẩm | Phát ban, ngứa, phù mạch, ho, nôn |

1. **ĐIỀU TRỊ**

Tránh hoàn toàn thức ăn gây dị ứng. Đối với trẻ dị ứng protein sữa bò có thể thay thế bằng sữa đạm thủy phân hoàn toàn hoặc sữa acid amin.

Có thể sử dụng thuốc kiểm soát các triệu chứng lâm sàng dị ứng thức ăn: thuốc anti- histamin, corticoid…

4.1. Chế độ ăn không có thức ăn gây dị ứng:.

4.2. Điều trị triệu chứng do phản ứng dị ứng với thức ăn: Có nhiều loại thuốc để điều trị triệu chứng do phản ứng dị ứng với thức ăn, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của phản ứng dị ứng, loại phản ứng dị ứng.

- Kháng histamine: là thuốc quan trọng điều trị các triệu chứng lâm sàng như : ngứa, mày đay- phù Quincke, triệu chứng viêm mũi- kết mạc, triệu chứng của dạ dày

+ Kháng histamine H1 thế hệ 1: diphenhydramine, hydroxyzine, loratadine, fexofenadine, desloratadine... (Liều dùng tham khảo bài Các thuốc kháng histamin H1)   
 + Kháng histamine H2: raniditine 1-2mg/kg/ lần liều tối đa 75-150 mg, uống hoặc tiêm tĩnh mạch.   
 - Corticosteroid đường toàn thân: được chỉ định trong những trường hợp phản ứng dị ứng nặng, có thể dùng đường uống hoặc đường tĩnh mạch liều methylprednisolone 0,5-1 mg/kg/ ngày, liều tối đa là 80mg, giảm liều khi triệu chứng cải thiện.   
 - Adrenaline: là thuốc quan trọng nhất trong điều trị sốc phản vệ do thức ăn.   
 + Trẻ em nặng 10-25kg: adrenaline 0,15mg tiêm bắp   
 + Trẻ em nặng > 25kg, adrenaline 0.3mg tiêm bắp   
 + Adrenaline cần nhắc lại sau mỗi 5-15 phút nếu cần   
 - Thuốc giãn phế quản   
 + Salbutamol MDI trẻ em 4-8 nhát xịt,   
 + Hoặc dạng khí dung trẻ em 1.5ml, nhắc lại sau mỗi 20 phút nếu cần   
 - Các thuốc co mạch khác khi điều trị thất bại với Adrenaline: Glucagon có thể được sử dụng với liều 20-30 μg /kg ở trẻ em   
 - Thở oxy khi có suy hô hấp   
 - Truyền dịch   
 Giáo dục bệnh nhân và người nhà biết để tránh những loại thức ăn gây dị ứng. Cân nhắc điều trị giải mẫn cảm (nếu cần).  
 **VI.DỰ PHÒNG**  
 Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn ít nhất 4-6 tháng đầu. Tránh tiếp xúc khói thuốc lá trước và sau sinh. Bắt đầu ăn dặm từ 4-6 tháng tuổi. Đối với trẻ có nguy cơ cao (tiền sử gia đình dị ứng) mà vì lí do nào đó không được bú mẹ khuyến cáo cho trẻ dùng sữa đạm thủy phâ

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**:

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em của Bộ y Tế năm 2016

**CHƯƠNG III. SƠ SINH**

**NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH**

**I. ĐỊNH NGHĨA** Nhiễm trùng huyết sơ sinh là bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan kèm du khuẩn huyết, xảy ra trong tháng đầu sau sinh.   
 Tác nhân gây nhiễm trùng huyết từ cộng đồng thường là: Streptococcus nhóm B, E.coli, Listeria.  
 Vi khuẩn gây nhiễm trùng bệnh viện thay đổi theo từng đơn vị chăm sóc trẻ, thường là: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Klebsiella, E.coli, Pseudomonas, Acinobacter.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Công việc chẩn đoán**   
 **a. Hỏi**   
 Khai thác tiền sử sản khoa   
 ● Sinh non, sinh nhẹ cân.   
 ● Vỡ ối sớm ≥ 18 giờ, nước ối đục, hôi.   
 ● Sinh khó, sinh ngạt (Apgar 1 phút < 5, 5 phút < 7đ).   
 ● Mẹ có sốt hay nhiễm trùng trước, trong và sau sinh.   
 ● Có hồi sức lúc sinh hoặc dùng các thủ thuật xâm lấn.  
 **b. Khám**: tìm các dấu hiệu của nhiễm trùng   
 ● Tổng quát: bú kém, sốt ≥ 38o C hoặc hạ thân nhiệt ≤ 36,5oC.   
 ● Các cơ quan:  
 - Thần kinh: lừ đừ, hôn mê hay tăng kích thích, co giật, giảm phản xạ nguyên phát, giảm hay tăng trương lực cơ, thóp phồng, dấu hiệu thần kinh khu trú.   
 - Tiêu hóa: nôn ói, tiêu chảy, chướng bụng, xuất huyết tiêu hóa, gan lách to.  
 - Hô hấp: tím tái, cơn ngừng thở ≥ 20 giây hoặc ngừng thở ≥ 20 giây kèm nhịp tim chậm, thở nhanh ≥ 60 lần/phút, thở co lõm.  
 - Tim mạch: nhịp tim nhanh hay chậm, hạ huyết áp, da xanh, lạnh, nổi bông.  
 - Da niêm: vàng da, xuất huyết da niêm, rốn mủ, mủ da, cứng bì.  
 ● Tìm dấu hiệu nặng của nhiễm trùng:   
 - Cứng bì.   
 - Sốc: mạch nhẹ, da nổi bông, thời gian phục hồi màu da > 3 giây.   
 ● Tìm ổ nhiễm trùng: nhiễm trùng da, nhiễm trùng rốn, viêm tĩnh mạch nơi tiêm chích, viêm phổi do giúp thở, nhiễm trùng tiểu do đặt sond tiểu.  
 **c. Đề nghị xét nghiệm**   
 ● Phết máu ngoại biên.   
 ● CRP.   
 ● Cấy máu.   
 ● Cấy nước tiểu.   
 ● Cấy dịch cơ thể: phân, mủ da, dịch khớp khi cần.   
 ● Chọc dò tủy sống khi có triệu chứng thần kinh hoặc chưa loại trừ viêm màng não mủ.   
 ● Ion đồ, đường huyết, bilirubin (nếu có vàng da).  
 ● Khí máu động mạch (nhiễm trùng huyết nặng, suy hô hấp).   
 ● Đông máu toàn bộ (nhiễm trùng huyết nặng, có biểu hiện xuất huyết).  
 **2. Chẩn đoán có thể**: khi chưa có kết quả cấy máu   
 ● Lâm sàng: triệu chứng nhiều cơ quan   
 + ổ nhiễm trùng   
 + Cận lâm sàng gợi ý nhiễm trùng huyết:  
 - Công thức máu: phải có ít nhất 1 trong những tiêu chuẩn sau:   
 + Bạch cầu ≤ 5.000/mm3 hoặc ≥ 20.000/mm3.  
 + Tỷ lệ Band Neutrophil/Neutrophil: ≥ 0,2.   
 + Có không bào, hạt độc, thể Dohl.   
 + Tiểu cầu đếm <1 50.000/mm3   
 + CRP > 10 mg/L.  
 **3. Chẩn đoán xác định**: Lâm sàng gợi ý nhiễm trùng và cấy máu (+).  
 **4. Chẩn đoán phân biệt**: Các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu; chẩn đoán phân biệt gồm có các bệnh lí gây suy hô hấp, bệnh lí tim mạch, bệnh hệ tiêu hóa, bệnh về máu, bệnh lí hệ thần kinh trung ương.   
 **III. ĐIỀU TRỊ**  
 **1. Nguyên tắc điều trị**   
 ● Phát hiện và điều trị biến chứng: suy hô hấp, sốc.  
 ● Điều trị kháng sinh.   
 ● Phối hợp với điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng khác.  
 **2. Điều trị kháng sinh**: Dùng kháng sinh ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết. Thường các kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng được phối hợp với nhau hoặc chọn kháng sinh dựa vào loại vi trùng trẻ có thể bị nhiễm, sự nhạy cảm của vi trùng, khả năng đạt được nồng độ diệt khuẩn tại vị trí nhiễm trùng, tác dụng phụ, sự non kém của chức năng gan, thận.  
 **a. Kháng sinh ban đầu** (Bệnh nhi chưa được điều trị kháng sinh)   
 ● Ampicillin + Gentamycin.   
 ● Hoặc Ampicillin + Cefotaxim.  
 ● Hoặc Ampicillin + Cefotaxim + Gentamycin: khi có một trong các dấu hiệu sau:  
 - Nhiễm trùng huyết trước 7 ngày tuổi.  
 - Bệnh có dấu hiệu nặng, nguy kịch ngay từ đầu.  
 - Nhiễm trùng huyết  
 + viêm màng não mủ.   
 ● Nếu nghi tụ cầu (nhiễm trùng da hoặc rốn): Oxacillin + Gentamycin ± Cefotaxim.  
 **b. Kháng sinh tiếp theo**: khi không đáp ứng với kháng sinh ban đầu hoặc nghi nhiễm trùng bệnh viện.   
 ● Nếu có kết quả kháng sinh đồ: đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.   
 ● Nếu chưa có kết quả kháng sinh đồ:  
 - Ciprofloxacin/Pefloxacin/Ticarcillin/Cefepim; Amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết Gr(-). Nếu thất bại với các kháng sinh trên, dùng Imipenem.   
 - Vancomycin; Amikacin nếu nghi nhiễm trùng huyết tụ cầu.  
 - Phối hợp thêm Metronidazol (TM) nếu nghi vi khuẩn kỵ khí (viêm phúc mạc). (Ưu tiên chọn kháng sinh đầu, nếu kháng sinh đầu đã dùng thì chọn kháng sinh kế tiếp. Ví dụ: Ciprofloxacin/Cefepim: chọn Ciprofloxacin, nếu đã dùng chọn Cefepim).  
 **c. Thời gian điều trị kháng sinh**: dựa vào kết quả cấy máu và diễn tiến lâm sàng.  
 ● Trung bình: 10 – 14 ngày.   
 ● Khi có viêm màng não mủ đi kèm: có thể kéo dài hơn (21-28 ngày).  
 ● Thời gian sử dụng Aminoglycosid không quá 7 ngày.  
 **3. Điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng**   
 ● Điều trị suy hô hấp (xem bài suy hô hấp).  
 ● Sốc nhiễm trùng: xem bài sốc sơ sinh.   
 ● Điều chỉnh toan kiềm nếu có.   
 ● Điều chỉnh rối loạn đông máu (xem phác đồ DIC).

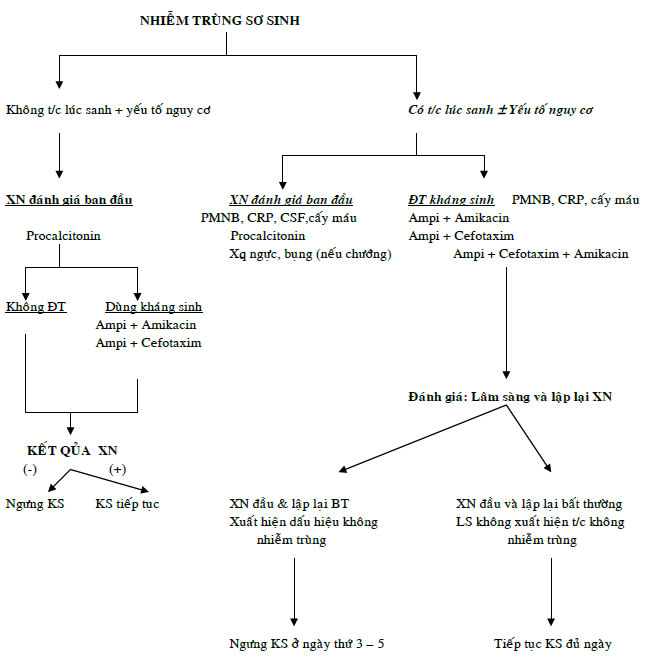
TÀI liệu tham khảo:Phát đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện nhi Đồng I năm 2013

**Bảng 1: vi trùng gây bệnh và kháng sinh thích hợp**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VI TRÙNG | KHÁNG SINH | NT HUYẾT | VIÊM MÀNG NÃO |
| Streptococcus nhóm B | Ampicinin ( hoặc Penicinin) + Aminoglycoside | 10 - 14j | 21j |
| E.coli và vi trùng đường ruột gr (-) khác | Cefotaxim (hoặc Ampicillin) + Aminoglycoside | 14j | 21j |
| Listeria monocytogenes | Ampicinin + Aminoglycoside | 10 - 14i | 21j |
| Staphylococcus coagulase (-) | Vancomycin (hoặc Nafcillin ) | 7j |  |
| Staphylococcus aureus | Vancomycin (hoặc Nafcillin ) | 10 - 14i |  |
| Enterococcus | Ampicilline (hoặc Vancomycin ) + Aminoglycoside | 10j | 21j |
| Pseudomonas | Ceftazidime (hoặc Ticarcillin) + Aminoglycoside | 14j | 21j |
| Enterobacter Klebsiella | Cefotaxim (hoặc ceílpime hoặc meropenem) + Aminoglycoside | 14j | 21j |

Bảng 2: Liều lượng kháng sinh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kháng sinh | Liều đề nghị | |
| Ampicillin | ≤ 7j | 150mg/kg/dose q 12 h |
|  | > 7j và < 1.200g | 50 - 150mg/kg/dose q12h |
|  | > 7j và 1.200 - 2.000g | 25 - 50 mg/kg/dose q8h |
|  | > 7j và > 2.000g | 25 - 50 mg/kg/dose q8h |
| Cefotaxime | ≤ 7j | 50mg/kg/dose q12h |
|  | > 7j | 50mg/kg/dose q8h |
| Ceftazidime | ≤ 7j | 50mg/kg/dose q12h |
|  | > 7j | 50mg/kg/dose q8h |
|  | | |
| Meropenem | Nhiễm trùng huyết | 20mg/kg/dose q12h |
|  | Viêm màng não | 40mg/kg/dose q8h |
| Vancomycin | ≤ 7j và < 1,2kg | 15mg/kg/dose q24h |
|  | ≤ 7j và 1,2kg - 2kg | 10mg/kg/dose q12h |
|  | ≤ 7j và > 2kg | 15mg/kg/dose q12h |
|  | > 7j và < 1,2kg | 15mg/kg/dose q24h |
|  | > 7j và 1,2 - 2kg | 15mg/kg/dose q12h |
|  | > 7j và > 2kg | 10mg/kg/dose q8h |
| Amikacin | ≤ 7j và ≤ 2kg | 7,5mg/kg/dose q12h |
|  | ≤ 7j và >2kg | 10mg/kg/dose q12h |
|  | > 7j | 10mg/kg/dose q8h |



NTSS: nhiễm trùng sơ sinh

t/c: triệu chứng

ĐT: điều trị

KS: kháng sinh

BT: bình thường

XN: xét nghiệm

PMNB: phết máu ngoại biên

**CHƯƠNG IV: HÔ HÂP**

**VIÊM PHỔI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**   
 ● Viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng, là nhóm tuổi có nguy cơ mắc và tử vong do viêm phổi cao nhất.   
 ● Trên thực tế trong hầu hết các trường hợp viêm phổi không tìm được tác nhân gây bệnh nên việc điều trị viêm phổi là điều trị theo kinh nghiệm. Yếu tố quan trọng nhất để dự đoán tác nhân gây bệnh là dựa trên tuổi của bệnh nhi.   
 ● Nguyên nhân viêm phổi: thay đổi tùy theo lứa tuổi. Đối với những nước đang phát triển:  
 - Ở trẻ dưới 5 tuổi: viêm phổi được xem như viêm phổi do vi khuẩn, thường gặp là: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae (là 2 nguyên nhân hàng đầu), Branhamella catarrhalis, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes…  
 - Riêng ở trẻ dưới 2 tháng ngoài những nguyên nhân kể trên, còn có thể gặp VK Gram âm đường ruột: E.coli, Kliebsiella, Proteus,…..  
 - Ở trẻ từ 5 - 15 tuổi: M. pneumoniae, S. pneumoniae, C. pneumoniae, Non typable H.influenzae, siêu vi (influenza A hay B, Adenovirus, các loại siêu vi hô hấp khác).  
 **II. CHẨN ĐOÁN**  
 **1. Công việc chẩn đoán**  
 **a. Hỏi bệnh sử**   
 ● Hỏi tìm các dấu hiệu: ho, thời gian ho, dấu hiệu khó thở, sốt và các triệu chứng khác đi kèm.  
 ● Xử trí trước nhập viện.  
 **b. Khám lâm sàng**   
 ● Tìm dấu hiệu nguy hiểm: tím tái trung ương, không uống được, li bì – khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.   
 ● Tìm dấu hiệu co lõm lồng ngực cũng như các dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ khác.   
 ● Đếm nhịp thở trong một phút: ngưỡng thở nhanh ở trẻ em thay đổi theo tuổi, gọi là thở nhanh khi:  
 - Nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng tuổi.  
 - Nhịp thở ≥ 50 lần/phút ở trẻ từ 2 tháng → < 12 tháng tuổi.  
 - Nhịp thở ≥ 40 lần/phút ở trẻ ≥ 12 tháng → < 5 tuổi.   
 - Nhịp thở ≥ 30 lần/phút ở trẻ ≥ 5 tuổi.   
 ● Khám phổi: nghe phổi: ran phổi, rì rào phế nang, âm thổi ống gõ, rung thanh.  
 **c. Cận lâm sàng**   
 ● Xét nghiệm chỉ định thường qui khi nhập viện:  
 - X-quang tim phổi thẳng.  
 - Công thức máu. (BC m áu ngoại vi và BC đa nhân trung tính tăng trong vi êm phổi do virus)

● Xét nghiệm khác nếu cần thiết:   
 - CRP, cấy máu: nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết.   
 - VS, IDR, BK đờm/dịch dạ dày: nếu nghi ngờ lao.  
 - Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp.  
 - Xét nghiệm đờm, hút dịch khí quản - các huyết thanh chẩn đoán (Phế cầu, Hemophilus, Mycoplasma, RSV,..): trong viêm phổi kéo dài, cần xác định tác nhân.  
 **2. Chẩn đoán xác định**   
 ● Lâm sàng: sốt, ho, thở nhanh, khó thở.   
 ● X-quang: là tiêu chuẩn chính của chẩn đoán dù mức độ tổn thương trên X-quang có thể không tương xứng với biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên X-quang cũng không thể gíúp phân biệt giữa viêm phổi do siêu vi và do vi trùng.  
 **3. Chẩn đoán có thể**   
 **Lâm sàng:**  
 Bệnh nhân có sốt, ho, thở nhanh, nhưng trên X-quang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ có tổn thương nhu mô.  
 **4. Chẩn đoán phân biệt**   
 ● Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân gây viêm phổi: thường rất khó.   
 ● Chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác:   
 - Suyễn.   
 - Dị vật đường thở bỏ quên.  
 - Các bệnh lý phổi bẩm sinh.  
 - Các nguyên nhân gây suy hô hấp khác: bệnh lý tim mạch (suy tim, tim bẩm sinh, bệnh lý cơ tim,…), chuyển hóa, ngộ độc,…   
 **5. Phân loại viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi**   
 **a. Viêm phổi rất nặng**: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:   
 ● Tím tái trung ương.  
 ● Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được.   
 ● Co giật, li bì – khó đánh thức.   
 ● Suy hô hấp nặng.   
 **b. Viêm phổi nặng**: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:  
 ● Thở co lõm lồng ngực.   
 ● Cánh mũi phập phồng.   
 ● Rên rỉ (ở trẻ < 2 tháng).   
 ● Và không có các dấu hiệu nguy hiểm.   
 ● Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được đánh giá là nặng.  
 **c. Viêm phổi**: khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.  
 **III. ĐIỀU TRỊ**   
 Nguyên tắc điều trị:  
 ● Sử dụng kháng sinh.   
 ● Hỗ trợ hô hấp nếu cần.   
 ● Điều trị biến chứng.  
 ● Hỗ trợ dinh dưỡng.  
 **1. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi**  
 **a. Viêm phổi rất nặng**   
 ● Nhập viện.   
 ● Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).   
 ● Kháng sinh:   
 - Lựa chọn đầu tiên là Cephalosporin thế hệ thứ III.   
 + Cefotaxim: 200 mg/kg/ngày – TMC chia 3-4 lần.  
 + Ceftriaxon 80 mg/kg/ngày – TB/TMC – 1 lần/ngày.  
 - Thuốc thay thế: Chloramphenicol hoặc Ampicillin + Gentamycin.  
 - Sau đó duy trì bằng đường uống, với tổng thời gian điều trị là ít nhất 10 ngày.   
 - Nếu nghi ngờ tụ cầu:   
 + Oxacillin (50 mg/kg IM hay IV mỗi 6-8 giờ) và Gentamycin.   
 + Khi trẻ cải thiện, chuyển sang Oxacillin uống trong tổng thời gian 3 tuần.   
 ● Các điều trị hỗ trợ khác:   
 - Hạ sốt: paracetamol.   
 - Khò khè: dùng thuốc dãn phế quản tác dụng nhanh.   
 - Thông thoáng đường thở.   
 - Cung cấp đủ nhu cầu nước – điện giải, dinh dưỡng theo lứa tuổi nhưng không cho quá nhiều nước.   
 - Khuyến khích trẻ ăn uống bằng đường miệng.   
 - Đặt ống thông dạ dày nuôi ăn khi có chỉ định.   
 - Truyền dịch (xem bài viêm tiểu phế quản). Chú ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp.  
 ● Theo dõi: trẻ cần được theo dõi bởi điều dưỡng ít nhất mỗi 3 giờ, bởi Bác sĩ ít nhất 2 lần/ngày.   
 Nếu không có biến chứng, trẻ phải có dấu hiệu cải thiện trong vòng 48 giờ: thở bớt nhanh, bớt co lõm ngực, bớt sốt, ăn uống khá hơn.   
 **b. Viêm phổi nặng**   
 ● Nhập viện.   
 ● Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).   
 ● Kháng sinh:   
 - Benzyl Penicillin: 50.000 đv/kg IM hay IV mỗi 6 giờ ít nhất 3 ngày hoặc Ampicillin (TM) hoặc Cephalosporin thế hệ thứ III (TM)  
 - Nếu trẻ không cải thiện sau 48 giờ, hoặc khi trẻ có dấu hiệu xấu đi: chuyển sang Cephalosporin thế hệ thứ III (nếu đang dùng Benzyl Penicillin)  
 - Khi trẻ cải thiện, chuyển sang Amoxicillin uống.  
 - Tổng số thời gian điều trị: 7–10 ngày.   
 ● Điều trị nâng đỡ.   
 ● Theo dõi: điều dưỡng theo dõi ít nhất mỗi 6 giờ, Bác sĩ: ít nhất 1 lần/ngày. Nếu không có biến chứng, sẽ có cải thiện trong vòng 48 giờ.   
 **c. Viêm phổi**  
 ● Điều trị ngoại trú.  
 ● Kháng sinh:

- Amoxicillin: 50 mg/kg/ngày chia 2 lần uống. Khi nghi ngờ vi khuẩn kháng thuốc: 80-90 mg/kg/ngày chia 2 lần uống.   
 - Cotrimoxazol (4mg/kg Trimethoprim - 20mg/kg Sulfamethoxazol) x 2 lần/ ngày. Thời gian: ít nhất 5 ngày.  
 - Nếu cải thiện (hết thở nhanh, bớt sốt, ăn uống khá hơn): tiếp tục uống kháng sinh đủ 5 ngày.  
 - Nếu trẻ không cải thiện (còn thở nhanh, sốt, ăn kém): đổi sang cephalosporin thế hệ thứ hai (Cefaclor, Cefuroxim) hoặc Amoxicillin + clavulinic acid.  
 - Macrolid (Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin) là kháng sinh thay thế trong trường hợp dị ứng với beta lactam, kém đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu hay nghi ngờ vi khuẩn không điển hình.   
 ● Theo dõi: khuyên bà mẹ mang trẻ đến khám lại sau 2 ngày hoặc khi trẻ có dấu hiệu nặng hơn.   
 **2. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng**   
 ● Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được xem là nặng và đều cần phải nhập viện.  
 ● Điều trị viêm phổi sơ sinh tương tự như điều trị các nhiễm khuẩn nặng khác ở sơ sinh.   
 ● Kháng sinh ban đầu phải nhằm vào cả vi khuẩn Gram dương (đặc biệt là Streptococcus group B) và cả trực khuẩn Gram âm đường ruột.   
 - Ampicillin (50 mg/kg mỗi 6 – 8 giờ) và Gentamycin (7,5mg/kg – 1lần/ngày).   
 - Điều trị thay thế: Cephalosporin thế hệ thứ III: Cefotaxim: 50 mg/kg mỗi 6-8 giờ.  
 - Nếu nghi ngờ S. aureus: Oxacillin (50 mg/kg mỗi 6 – 8 giờ) + Gentamycin.   
 - Thời gian điều trị tùy thuộc vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh:   
 + Streptococcus group B, trực khuẩn Gram âm đường ruột: 7 – 10 ngày.   
 + S. aureus: 3 – 6 tuần.   
 **3. Viêm phổi ở trẻ từ 5 tuổi trở lên**  
 ● Viêm phổi không điển hình như Mycoplasma và Chlamydia pneumoniae là nguyên nhân quan trọng ở lứa tuổi này. Tuy nhiên S. pneumoniae vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm phổi do vi trùng nhưng H. influenzae ít gặp hơn.   
 ● Vì vậy lựa chọn kháng sinh ban đầu trong trường hợp viêm phổi mức độ từ nhẹ đến vừa phải nhằm vào cả S. pneumoniae và Mycoplasma.   
 ● Trường hợp viêm phổi: có thể dùng Amoxcillin hoặc Macrolid hoặc Cotrimoxazol uống trong 7 - 10 ngày.  
 Nếu có dấu hiệu nghi ngờ vi khuẩn không đặc hiệu, dùng nhóm Macrolid: Erythromycin, Azithromycin, Clarithromycin.  
 - Liều lượng:   
 + Erythromycin: 40mg/kg/ngày chia 4 lần x 7 – 10 ngày.   
 + Clarithromycin: 15mg/kg/ngày chia 2 lần x 7 – 10 ngày.   
 + Azithromycin: 10 mg/kg/ngày (1lần/ngày) x 5 ngày.   
 ● Cần đánh giá đáp ứng sau 48 – 72 giờ điều trị. Nếu không đáp ứng có thể chuyển sang Amoxicillin – Clavulanic acid (uống) hoặc Cephalosporin thế hệ 2 uống (Cefaclor/Cefuroxim).   
 ● Trường hợp viêm phổi nặng: Ampicillin (TM) hoặc Penicillin (TM).   
 - Nếu phải nhập Hồi sức: Cefotaxim/Ceftriaxon ± Gentamycin.   
 - Nếu nghi viêm phổi không điển hình: thêm Macrolid.  
 - Nếu nghi ngờ tụ cầu: thêm Oxacillin.  
**TÀI LIỆU THAM KHẢO**:Phát đồ điều trị nhi khoa năm 2013. Bệnh viện Nhi Đồng I

**VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG   
 1. Định nghĩa lâm sàng** Viêm tiểu phế quản là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính do siêu vi của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, xảy ra ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng bao gồm ho, khò khè, thở nhanh ± co lõm lồng ngực.  **2. Nguyên nhân** ● RSV: hàng đầu (50 -75%), còn có khả năng lây lan rất cao, có thể gây thành dịch lớn hoặc gây VTPQ mắc phải tại bệnh viện.● Adenovirus (10%) (type 3, 7, 21): thường có bệnh cảnh nặng hơn, có khả năng diễn tiến thành VTPQ tắc nghẽn (obliterative bronchiolitis).● Các nguyên nhân khác: parainfluenza, influenza virus, human metapneumovirus, mycoplasma… **II. CHẨN ĐOÁN   
 1. Công việc chẩn đoán   
 a. Hỏi bệnh** ● Bệnh sử: khởi phát từ từ với sốt nhẹ, ho, sổ mũi, khò khè, khó thở (thường N3 - N4). ● Tiền căn: khò khè (nếu có, cần phân biệt với suyễn). ● Yếu tố nguy cơ: - Tuổi < 3 tháng. - Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh (đặc biệt khi phải giúp thở).  
 - Bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt tim bẩm sinh tím, có cao áp phổi.- Bệnh phổi mạn tính sẵn có: loạn sản phế quản-phổi, thiểu sản phổi,…- Suy dinh dưỡng nặng. - Suy giảm miễn dịch: bẩm sinh, mắc phải. **b. Khám lâm sàng** ● Dấu hiệu sinh tồn. ● Dấu hiệu nguy hiểm (xem phác đồ Viêm phổi).● Dấu hiệu hô hấp: nhịp thở, dấu co lõm ngực, khò khè. Ran phổi: ran ngáy, rít (còn có thể có ran ẩm, nổ).  **c. Đề nghị xét nghiệm cận lâm sàng** ● Xét nghiệm thường qui (trong trường hợp nhập viện): - Công thức máu.

- X-quang tim phổi thẳng.   
 ● Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp cần thở NCPAP hay giúp thở, hoặc khi có chỉ định vì lý do khác.   
 ● Xét nghiệm dịch mũi hầu tìm kháng thể RSV bằng test ELISA: không chỉ định đại trà.  
  **2. Chẩn đoán**: chủ yếu vẫn là chẩn đoán lâm sàng.   
 ● Gợi ý bởi:  
 - Tuổi < 24 tháng.   
 - Biểu hiện lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh ± co lõm ngực.   
 - Yếu tố dịch tễ: thành dịch, mùa mưa, mùa lạnh.   
 ● Các xét nghiệm cận lâm sàng (CTM, X-quang phổi, XN siêu vi,…) không đặc hiệu cho chẩn đoán.   
 X-quang phổi: các thay đổi không đặc hiệu. Thường thấy hình ảnh ứ khí phế nang (thường khu trú ở đáy phổi), có thể gặp hình ảnh xẹp phổi (thường ở phân thùy đỉnh/thùy trên P).   
 X-quang cũng có thể bình thường.  
 ● Phân độ viêm tiểu phế quản.  
 **- Viêm tiểu phế quản nhẹ**:   
 + Tỉnh táo, bú tốt.  
 + Nhịp thở < 50 lần/phút.   
 + SpO2 > 95% với khí trời.   
 + Không có các yếu tố nguy cơ.  
 **- Viêm tiểu phế quản trung bình**:   
 + Tỉnh táo, bú kém.  
 + Co lõm ngực.   
 + Nhịp thở 50 - 70 lần/phút.   
 + SpO2 92- 95% với khí trời.   
 **- Viêm tiểu phế quản nặng**:  
 + Bứt rứt, kích thích, li bì, rối loạn tri giác.   
 + Bỏ bú (bú < 50% lượng sữa bình thường).   
 + Thở nhanh > 70 lần/phút.   
 + Thở không đều (có cơn ngừng thở), thường ở trẻ < 3th.   
 + Tím.  
 + Rên rỉ.   
 + Co lõm ngực nặng.   
 + SpO2 < 92% với khí trời.   
 **3. Chẩn đoán phân biệt**   
 ● Suyễn: có tiền căn khò khè và đáp ứng tốt với khí dung Salbutamol. Tuy nhiên ở trẻ trên 18 tháng cần nghĩ đến suyễn dù là cơn đầu.   
 ● Viêm phổi.  
 ● Ho gà: cần lưu ý là trẻ < 3 tháng khi bị VTPQ có thể có biểu hiện ho dạng ho gà.   
 ● Suy tim.  
 ● Dị vật đường thở.   
 ● Các nguyên nhân khò khè hiếm gặp khác (mềm sụn phế quản, vòng nhẫn mạch máu, các bệnh lý bẩm sinh khác):   
 + Chỉ nghĩ đến khi có dấu hiệu gợi ý hoặc diễn tiến không điển hình.   
 **III. ĐIỀU TRỊ**   
 **1. Nguyên tắc cơ bản**: là điều trị triệu chứng, chủ yếu bao gồm cung cấp đầy đủ nước- điện giải- dinh dưỡng, và bảo đảm đủ Oxy.   
 **2. Chỉ định nhập viện**   
 ● Trẻ dưới 3 tháng tuổi.   
 ● Có yếu tố nguy cơ: (xem phần yếu tố nguy cơ).   
 ● Có dấu hiệu nguy hiểm: tím tái, bỏ bú hoặc bú kém (trẻ nhỏ hơn 2 tháng), không uống được (trẻ trên 2 tháng), li bì – khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng  
 ● Thở co lõm ngực, thở nhanh (trên 70 lần/phút).   
 ● Có dấu hiệu mất nước.  
 **3. Viêm tiểu phế quản nhẹ**  
 ● Điều trị ngoại trú:  
 - Không chỉ định kháng sinh, thuốc dãn phế quản, corticoids.  
 - Chỉ cần điều trị triệu chứng:   
 + Thông thoáng đường thở, nhỏ mũi thường xuyên.   
 + Tiếp tục cho trẻ ăn/bú bình thường, chia lượng sữa/thức ăn ra nhiều bữa nhỏ.   
 + Cho trẻ uống nước nhiều  
 + Hạ sốt (nếu có).  
 + Chỉ sử dụng thuốc giảm ho an toàn, không chứa antihistamins cũng như các chất có thể có tác dụng phụ quan trọng khác.   
 - Hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần đến khám lại ngay.  
 - Tái khám sau 2 ngày.  
  **4. Viêm tiểu phế quản trung bình**: Cho nhập viện.   
 **a. Điều trị hỗ trợ hô hấp**   
 ● Thông thoáng đường thở, hút đờm nhớt thường xuyên.   
 ● Nằm đầu cao.   
 ● Thuốc dãn phế quản (β2 agonists):  
 - Thuốc dãn phế quản có hiệu quả không hằng định.  
 - Khi bệnh nhi có khò khè kèm khó thở co lõm ngực, có thể cho Salbutamol khí dung 2 lần cách nhau 20 phút và cần phải đánh giá đáp ứng sau 1 giờ  
 + Nếu có đáp ứng sau 1 giờ: có thể dùng tiếp.   
 + Nếu không có đáp ứng: không cần dùng tiếp.   
 ● Liều lượng: Salbutamol: 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu: 1,5 mg, tối đa: 5 mg/lần).   
 ● Nước muối ưu trương 3%: pha chung với thuốc dãn phế quản (Salbutamol) phun khí dung.

● VLTL hô hấp: trường hợp khò khè kéo dài, có hình ảnh xẹp phổi trên X-quang. Viêm tiểu phế quản   
  **b. Cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng**   
 ● Tiếp tục cho ăn uống, bú, nên chia thành nhiều bữa ăn nhỏ, giảm số lượng mỗi lần bú, tăng số lần bú để vẫn bảo đảm đủ năng lượng cho trẻ

● Chú ý nếu trẻ thở nhanh > 60 lần/phút cần cho bú cẩn thận vì nguy cơ hít sặc cao.  
 **c. Kháng sinh**   
 ● Tuy kháng sinh không rút ngắn diễn tiến bệnh. nhưng theo TCYTTG thì cần điều trị kháng sinh như viêm phổi do vi trùng đối với các nước đang phát triển do: nhiều yếu tố nguy cơ kết hợp nhiễm trùng do VT, không có dấu hiệu đặc hiệu giúp phân biệt tác nhân Siêu vi/Vi trùng (LS, CLS), không có điều kiện cách ly.   
 ● Kháng sinh được lựa chọn ban đầu như trong trường hợp viêm phổi do vi trùng.  
 **d. Corticoids**   
 ● Không chỉ định rộng rãi Corticoids trong mọi trường hợp VTPQ trung bình.   
 ● Chỉ chỉ định trong trường hợp nghi ngờ suyễn hoặc trong trường hợp có suy hô hấp.  
 ● Liều lượng: Prednison: 1–2 mg/kg/ngày (bệnh nhi còn uống được), hoặc Hydrocortison: 5 mg/kg/lần (TMC) mỗi 6 giờ, hoặc Methylprenisolon 2mg/kg/24 giờ, hoặc Dexamethason: 0,15 mg/ kg/lần mỗi 6 – 8 giờ.hoặc   
 ● Các loại Corticoids khí dung chưa được khuyến cáo sử dụng.  
 **5. Viêm tiểu phế quản nặng**  
 Bên cạnh các điều trị như VTPQ trung bình cần cho trẻ nằm phòng cấp cứu hay khoa hồi sức tích cực, cần theo dõi sát mạch, nhịp thở, SpO2 , khí máu động mạch. Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, NCPAP, giúp thở tùy mức độ suy hô hấp (xem phác đồ Suy hô hấp).  
 ● Thở oxy ẩm qua canuyn chỉ định khi:   
 - Tím tái.  
 - Thở nhanh > 70 lần/phút, co lõm ngực nặng.  
 - Rên rỉ.   
 - Bỏ bú hay bú kém.   
 - Thở oxy sao cho SaO2 đạt được > 90%, tốt nhất > 95%.   
 ● Chỉ định thở NCAP:   
 - Vẫn còn tím tái khi thở oxy với FiO2 = 40%.  
 - Thở nhanh >70 lần/phút dù đang thở oxy.   
 - Có hình ảnh xẹp phổi trên X-quang.  
 Sau khi phun khí dung Salbutamol tình trạng lâm sàng không cải thiện có thể xem xét dùng thêm khí dung Adrenalin 1‰ liều lượng 0,4- 0,5 ml/kg/lần tối đa 5ml. Cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng  
 ● Chỉ định nuôi ăn qua sonde dạ dày khi:  
 - Thở nhanh trên 70 – 80 lần/phút.   
 - Nôn ói liên tục nếu ăn uống bằng đường miệng.   
 - Khi trẻ ăn uống/bú mà SpO2 giảm dưới 90% dù có thở Oxy.   
 - Kém phối hợp các động tác nút – nuốt – hô hấp, tăng rõ rệt công hô hấp khi ăn uống/bú.  
 ● Chỉ định truyền dịch - nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch:  
 khi trẻ có mất nước, hoặc khi nuôi ăn bằng đường tiêu hóa chỉ có thể cung cấp được không quá 80 ml/kg/ngày. Cần lưu ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp (thường xảy ra khi có kèm tổn thương nhu mô phổi nặng hoặc khi phải hỗ trợ hô hấp với áp lực dương). Khi có hội chứng này cần giới hạn cung cấp bằng 2/3 nhu cầu căn bản.

**6. Các điều trị khác** ● Thông thoáng mũi thường xuyên. ● Vật lý trị liệu hô hấp: không cần chỉ định một cách thường quyChỉ định chủ yếu khi có biến chứng xẹp phổi. ● Ipratropium bromide: hiện không được khuyến cáo sử dụng thường quy, chỉ sử dụng trong trường hợp nghi ngờ suyễn và phối hợp với Salbutamol khí dung. 7. Các điều trị không được khuyến cáo ● Khí dung Normal saline. ● Phun khí dung liên tục để làm ẩm không khí. ● Antihistamin và các loại thuốc ho, co mạch không an toàn.  **IV.DỰ PHÒNG:  
 -** Chưa có vaccin đặc hiệu cho tất cả các căn nguyên.Tuy nhiên có thể sử dụng một số chế phẩm kháng virus như: Respiram(Gamma Globulin), synagis là kháng thể đơn dòng, tiêm bắp, kháng RSV **-** Các biện pháp phòng ngừa không đặc hiệu;+ Hạn chế tiếp xúc với người bệnh, biện pháp cách ly khi có bệnh+ Cần rửa tay trước và sau khi chăm sóc trẻ và nếu có điều kiện nên cho trẻ nằm phòng riêng nếu RSV (+). Không hút thuốc lá+ Bú mẹ đầy đủ

|  |  |
| --- | --- |
| Vấn đề | Mức độ chứng cứ |
| Thuốc dãn phế quản không cải thiện độ bão hòa oxy, không làm giảm nhập viện, không rút ngắn thời gian nằm viện ở bệnh nhi viêm tiểu phế quản | . I  Cochrane 2010 |
| Những bằng chứng gần đây cho thấy glucocorticoids (toàn thân hoặc dạng hít) không làm giảm thời gian nằm viện trong viêm tiểu phế quản. | I  Cochrane 2010 |
| Không có bằng chứng cho thấy hiệu quả của các thuốc ức chế leukotriene (leukotriene modifier) trong viêm tiểu phế quản | I  Kendig’s Disorders of the Respiratory Tract in Children, 8th Edition, 2012 |

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:  
-** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em năm 2015 của Bộ Y T  
- Phát đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng I năm 2013

**VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP**

**I.ĐẠI CƯƠNG** Viêm thanh khí phế quản cấp hoặc Croup là tình trạng viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn thường do siêu vi Parainfluenza (tỉ lệ khoảng 70%), sau đó là RSV, Adenovirus, vi khuẩn Hemophilus influenza ít gặp. Thường gặp trẻ từ 6 tháng - 5 tuổi.  **II. CHẨN ĐOÁN   
 1. Công việc chẩn đoán   
 a. Hỏi bệnh** ● Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, sổ mũi. Sau 1 - 3 ngày đột ngột xuất hiện dấu hiệu khàn tiếng và khó thở thanh quản. ● Hội chứng xâm nhập để loại trừ dị vật đường thở. ● Trẻ còn ăn uống được, nuốt khó hay không để phân biệt viêm nắp thanh môn. ● Tiền căn thở rít hoặc khó thở thanh quản để chẩn đoán phân biệt với dị dạng mạch máu hoặc mềm sụn thanh quản.  **b. Khám lâm sàng** ● Sốt nhẹ hay không sốt. ● Khàn tiếng, tiếng rít thanh quản. ● Thở nhanh, co lõm ngực. ● Tím tái. ● Khám họng tìm giả mạc để loại trừ bạch hầu. ● Phân độ khó thở thanh quản: - Nhẹ: không hoặc ít dấu hiệu khi nằm yên, ăn uống, chơi bình thường. Chỉ khàn tiếng, thở rít khi gắng sức, khóc. - Trung bình: có dấu hiệu khi nằm yên nhưng chưa có dấu hiệu thiếu ôxy. Thở rít khi nằm yên, khó thở, thở nhanh, rút lõm ngực, tim nhanh. - Nặng: có dấu hiệu thiếu ôxy. Tím tái, cơn ngừng thở, lơ mơ.  **c. Đề nghị cận lâm sàng** ● CTM. ● Phết họng loại trừ bạch hầu. ● Khi suy hô hấp hoặc cần chẩn đoán phân biệt X-quang phổi và cổ thẳng. - Phát hiện tình trạng hẹp hạ thanh môn (dấu hiệu nóc nhà thờ: Steeple sign). - Loại trừ dị vật đường thở. ● CT scanner cổ ngực: khi cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở, dị dạng mạch máu hay dị dạng đường dẫn khí. ● Nội soi thanh khí quản không thực hiện thường quy, chỉ nội soi khi:- Cần chẩn đoán phân biệt dị vật đường thở. - Khó thở thanh quản tái phát. - Thất bại điều trị nội khoa.  **2. Chẩn đoán xác định** ● Triệu chứng khởi phát: viêm hô hấp trên. ● Khàn tiếng. ● Rít thanh quản. ● Nội soi: viêm thanh khí quản.  **3. Chẩn đoán có thể**: Có 3 dấu hiệu lâm sàng nêu trên nhưng không có kết quả nội soi thanh khí quản.  **4. Chẩn đoán phân biệt** Ngoại trừ dị vật đường thở, 90% các trường hợp khó thở thanh quản ở trẻ nhỏ là Croup và viêm nắp thanh môn. ● Dị vật đường thở: khó thở thanh quản đột ngột kèm hội chứng xâm nhập. ● U nhú thanh quản: bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng kéo dài. ● Bất thường mạch máu bẩm sinh chèn ép khí quản (Vascular ring, Pulmonary sling). ● Mềm sụn thanh quản, thanh khí quản mềm. ● Abces thành sau họng: sốt cao, dấu hiệu nhiễm khuẩn, không nuốt được. ● Viêm nắp thanh môn cấp: thường do vi khuẩn Hemophilus influenza, lâm sàng sốt cao đột ngột và nhanh chóng có biểu hiện khó thở thanh quản, bệnh nhân có kiểu ngồi đặc biệt cúi ra trước, đây là tư thế tốt nhất để làm thông đường thở, tuyệt đối không được ép buộc trẻ nằm xuống vì động tác này có thể làm trẻ ngừng thở. Trên X-quang cổ nghiêng có hình ảnh phù nề vùng thượng thanh môn (dấu ngón tay). ● Viêm khí quản do vi khuẩn: thường do Staphyloccocus aereus, Streptoccocus hoặc Hemophilus influenza type B. Trẻ sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng kèm dấu hiệu tắc đường thở trên.’

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | VT khí PQ cấp | Viêm nắp thanh quản | Abcès thành sau họng | Bạch hầu thanh quản | Dị vật đường thở |
| Khởi phát | Từ từ  (1–3 ngày) | Rất đột ngột (vài giờ) | Từ từ | Đột ngột | Đột ngột  HC xâm nhập |
| Tổng trạng | Tốt | Xấu | Xấu | Xấu | Tốt |
| Sốt | Nhẹ | Cao | Cao | Cao | Không |
| Đau họng | Không | Có | Có | Có | ± |
| Giọng | Khàn | Ngạt | Ngạt | Khàn | Khàn |
| Không uống được | (-) | (+)Chảy nước bot | (+) | (+) | (-) |
| Các triệu chứng đặc biệt |  | Tư thế giảm khó thở ngồi chồm ra trước ,cổ hơi ngửa ra sau |  | Giả mạc bạch hầu | HC xâm nhập |

**III. ĐIỀU TRỊ   
 1. Nguyên tắc điều trị** ● Loại trừ dị vật đường thở. ● Hỗ trợ hô hấp. ● Giảm phù nề thanh quản. ● Điều trị triệu chứng.  **2. Điều trị**

● Nhẹ: phần lớn các trường hợp tự hồi phục từ 2 - 4 ngày.   
 - Điều trị ngoại trú.   
 - Dexamethason 0,15 mg/kg uống 1 liều duy nhất hoặc Prednison 1 mg/kg/ ngày mỗi 12 giờ trong 2-3 ngày.  
 - Không chỉ định kháng sinh.   
 - Cho trẻ ăn uống bình thường.   
 - Điều trị triệu chứng: hạ sốt, giảm ho.   
 - Hứớng dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà và các dấu hiệu nặng cần đi tái khám (co lõm ngực, tiếng rít khi nằm yên).   
 - Cần tái khám mỗi ngày.   
 ● Trung bình:   
 - Nhập viện hoặc có thể điều trị ngoại trú, nếu bệnh nhân ở gần và có điều kiện theo dõi sát.  
 - Dexamethason 0,6 mg/kg TB hoặc TM 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần.  
 - Hoặc Dexamethason 0,15 mg/kg/ngày uống 1 lần/ngày hoặc Prednison 1 mg/kg/ngày uống mỗi 8 - 12 giờ trong 2 - 3 ngày, để kháng viêm, giảm phù nề thanh quản.   
 - Hoặc khí dung Budesonid 1 - 2 mg liều duy nhất nếu có chống chỉ định Corticoid toàn thân như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày hoặc trẻ nôn ói nhiều.   
 - Thường triệu chứng sẽ cải thiện sau 2 - 6 giờ dùng Corticoids.   
 - Sau 2 giờ nếu không cải thiện: xem xét phối hợp khí dung Adrenalin.  
 - Kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.   
 - Cần tái khám mỗi ngày nếu điều trị ngoại trú.  
 ● Nặng:   
 - Nhập viện cấp cứu.   
 - Nằm đầu cao.   
 - Cần giữ yên trẻ, cho mẹ bồng, tránh khóc vì làm tăng phù nề thanh quản và khó thở nhiều hơn.  
 - Thở oxy qua canuyn duy trì SaO2 ≥ 95%.   
 - Khí dung Adrenalin để co mạch, giảm phù nề thanh quản Adrenalin khí dung có tác dụng nhanh sau 30 phút và kéo dài khoảng 2 giờ.   
 + Liều Adrenalin 1‰ 2 - 5 ml (trẻ < 4 tuổi: 2 ml) hoặc 0,4 – 0,5 ml/kg (tối đa 5 ml).  
 + Có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút – 1giờ nếu còn khó thở nhiều, và sau đó 1 – 2 giờ nếu cần để đợi tác dụng của Dexamethason. Tối đa 3 liều.   
 + Adrenalin chống chỉ định trong tứ chứng Fallot và bệnh lý cơ tim của tâm thất gây tắt đường ra vì có thể gây đột ngột giảm cung lượng tim.   
 - Dexamethason 0,6 mg/kg TB hoặc TM 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần.   
 - Kháng sinh: Cefotaxim hoặc Ceftriaxon trong 3 - 5 ngày.   
 - Hội chẩn chuyên khoa Tai mũi họng khi không đáp ứng với khí dung Adrenalin hoặc cần chẩn đoán phân biệt.   
 - Chỉ định đặt nội khí quản: sau thất bại với phun khí dung Adrenalin và tiêm Dexamethason:   
 + Tím tái.   
 + Lơ mơ, kiệt sức.   
 + Cơn ngừng thở. Khi đặt nội khí quản, chọn nội khí quản cỡ nhỏ hơn bình thường 0,5 (ví dụ dùng ống ID 3mm hay 3,5 mm ở trẻ 12 – 24 tháng); thời gian hồi phục thường sau 24 – 48 giờ sẽ rút nội khí quản. Nên ưu tiên chọn đặt nội khí quản hơn mở khí quản.   
 **3. Theo dõi**: tri giác, tiếng rít thanh quản, nhịp thở, nhịp tim, SaO2.

|  |  |
| --- | --- |
| Vấn đề | Mưc độ chứng cớ |
| Epinephrin khí dung, Corticoids toàn thân và Corticoids khí dung đều có hiệu quả trong điều trị croup | I Clinical Evidence 1999 L-Epinephrin |
| có hiệu quả ngang với Epinephrin -racemic trong điều trị croup | I Emergency Medicine: concepts and clinical practice 1998 |

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**:Phát đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng I năm 2013

**SƠ ĐỒ TÓM TẮC**

**VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN**

Nhẹ

-khàn tiếng, ho

Thở rít khi khóc

Trung bình

Thở rít khi nằm yên,thở nhanh, rút lõm ngực

- SpO2 ≥ 95%

Nặng

Vật vã, tím tái

Cơn ngừng thở

Cấp cứu

Nhập viện

Điều trị ngoại trú

-Dexamethason/ Prednison uống   
-Không kháng sinh -Hạ sốt, giảm ho   
-Hướng dẫn bà mẹ (chăm sóc trẻ tại nhà. Dấu hiệu nặng cần tái khám ngay)

-Oxy

- Khí dung Adrenalin 1%o: 2 - 5 ml, lặp lại sau 30 - 60 phút nếu cần - Dexamethason 0,6mg/kg TB/TM

-Kháng sinh

- Hội chẩn Tai mũi họng

Cortcoides: Dexamethason 0,6mg/kg TB/ TM hoặc uống Dexamethason 0,15 mg/kg   
- Hoặc Prednisolon 1 mg/kg mỗi 8-12 giờ  
- Hoặc Budesonid KD 1 - 2 mg/ lần   
- Nếu thất bại sau 2 giờ: khí dung  
Adrenalin   
- Kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn

- Hoặc Budesonid KD 1 - 2 mg/ lần

- Nếu thất bại sau 2 giờ: khí dung Adrenalin

- Kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn

**VIÊM PHỔI DO HÍT HYDROCARBON**

**I. ĐỊNH NGHĨA** Viêm phổi hít hydrocarbon là tình trạng viêm phổi hóa học xảy ra sau khi uống nhầm hydrocarbon mà phổ biến nhất là xăng hoặc dầu hôi. Hydrocarbon từ dạ dày đến được phổi nhờ 3 đặc tính: độ nhớt thấp, độ bay hơi cao và sức căng bề mặt thấp. Viêm phổi hít do uống nhầm xăng dầu khá phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là trẻ trai từ 1 - 3 tuổi. Tần suất thay đổi từ 1,8 đến 7,7% tùy quốc gia, hầu hết các trường hợp uống nhầm hơn tự tử. Tỷ lệ tử vong thấp ( 10 năm).  **II. CHẨN ĐOÁN   
 1. Công việc chẩn đoán   
 a. Hỏi bệnh** ● Số lượng chất hydrocarbon (dầu hôi hoặc xăng) trẻ đã uống. ● Các chất có pha lẫn trong hydrocarbon. ● Các triệu chứng xảy ra ngay sau uống. ● Thời gian từ lúc tai nạn đến khi nhập viện. ● Biện pháp sơ cứu trước khi nhập viện.  **b. Khám lâm sàng** ● Dấu hiệu nguy hiểm: hôn mê, tím tái, phù phổi. ● Tri giác.● Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, SpO2 . ● Đếm nhịp thở, dấu hiệu co lõm lồng ngực, khám phổi. ● Dấu hiệu ngộ độc khác (tùy theo chất pha trong hydrocarbon). **c. Xét nghiệm đề nghị** ● Thường qui: CTM, X-quang phổi thẳng. ● Các trường hợp nặng (suy hô hấp, hôn mê, co giật): khí máu động mạch, ion đồ, xét nghiệm chức năng gan - thận và các xét nghiệm khác tùy diễn tiến bệnh. ● ECG, siêu âm tim: nếu có rối loạn nhịp tim.  **2. Chẩn đoán xác định** ● Lâm sàng: trẻ uống hydrocarbon (xăng hoặc dầu hôi) có thở nhanh, khám phổi có ran. ● Cận lâm sàng: tổn thương phổi trên X-quang phổi.  **3. Chẩn đoán có thể** Trẻ có uống hydrocarbon nhưng không có tổn thương trên X-quang phổi, có thể kèm thở nhanh, phổi có ran hoặc không. **4. Đánh giá mức độ nặng** ● Nhẹ: không có triệu chứng lâm sàng, X-quang phổi bình thường. ● Trung bình: thở nhanh, phổi có ran, X-quang phổi: có tổn thương nhưng không nặng (phân thùy, không có biến chứng khác). ● Nặng: có rối loạn tri giác, tím tái, dấu hiệu suy hô hấp nặng, X-quang phổi có tổn thương nặng (tổn thương phế nang lan tỏa, có biến chứng: phù phổi, kén khí, tràn khí – tràn dịch màng phổi).  **III. ĐIỀU TRỊ**

Nếu trẻ không có triệu chứng (nhịp thở bình thường, không thở co lõm lồng ngực, không có dấu hiệu bất thường khi nghe phổi, không có dấu hiệu nặng khác), X-quang phổi bình thường, tình trạng ổn định trong 6-8 giờ theo dõi có thể cho xuất viện và dặn tái khám khi có xuất hiện triệu chứng bất thường.   
 Nếu trẻ có triệu chứng, X-quang phổi có tổn thương, cần được nhập viện và theo dõi tại bệnh viện ít nhất từ 8 đến 12 giờ. Các trường hợp có suy hô hấp, co giật hoặc hôn mê phải nhập khoa cấp cứu để điều trị ngay.   
 **1. Nguyên tắc điều trị**   
 ● Điều trị tình huống cấp cứu.   
 ● Điều trị hỗ trợ.   
 ● Điều trị biến chứng.   
 **2. Điều trị tại khoa cấp cứu**   
 ● Hỗ trợ hô hấp:   
 - Thông đường thở, hút đờm.   
 - Thở oxy qua canula, mask, NCPAP, nội khí quản có bóng chèn, thở máy nếu có ARDS.   
 ● Hôn mê: nằm nghiêng, hay ngửa đầu nâng cằm, hút đờm.   
 ● Chống chỉ định rửa dạ dày, trừ những trường hợp sau:   
 - Số lượng uống nhiều (> 5 ml/kg).   
 - Trong hydrocarbon có pha các chất diệt côn trùng, kim loại nặng, hoặc các chất có khả năng gây độc cho cơ thể.  
 - Nếu cần phải rửa dạ dày, nên đặt nội khí quản có bóng chèn trong khi rửa.   
 ● Điều chỉnh các rối loạn nước - điện giải, thăng bằng kiềm toan.   
 **3. Điều trị tại khoa nội trú**   
 ● Thuốc dãn phế quản: Salbutamol. Chỉ định trong các trường hợp co thắt phế quản, biểu hiện bằng thở nhanh, thở khò khè, co lõm ngực, phổi có ran rít, ran ngáy.   
 ● Nếu có sốt: hạ sốt bằng Paracetamol.   
 ● Dinh dưỡng đầy đủ.   
 ● Điều trị kháng sinh:   
 - Khi có tím tái, suy hô hấp nặng: Cefotaxim (TMC).  
 - Khi có thở co lõm ngực: Ampicillin (TMC).  
 - Khi có thở nhanh và X-quang có tổn thương nhu mô phổi: dùng kháng sinh uống (Amoxicillin, Cotrimoxazol hoặc Cephalosporins thế hệ thứ 2).   
 ● Không có chỉ định dùng Corticoid.   
 ● Cần khám và hỗ trợ tâm lý cho trẻ và gia đình nếu trẻ uống hydrocarbon với ý định tự tử.   
 **4. Theo dõi và phát hiện các biến chứng**  
 **a. Hội chứng ARDS**: thường xảy ra trong vòng 8 giờ đầu sau khi uống hydrocarbon, đặc biệt ở những trẻ có triệu chứng suy hô hấp nặng lúc nhập viện. Tuy nhiên bệnh nhân có thể không có biểu hiện lâm sàng của viêm phổi trong vài giờ, nhưng sau đó lại diễn tiến đến suy hô hấp, phù phổi dễ dàng đưa đến tử vong. Vì vậy, nên theo dõi tất cả bệnh nhân tối thiểu 24 giờ kể từ lúc uống nhầm hydrocarbon.   
 **b. Bội nhiễm phổi**:

Nếu sau khi uống nhầm hydrocarbon 3 - 5 ngày, bệnh nhân có sốt trở lại thì phải nghi ngờ biến chứng này, cần đánh giá lại tình trạng lâm sàng và xét nghiệm lại CTM, X-quang phổi.   
 Nếu bệnh nhân có nhịp thở nhanh, phổi có ran, CTM có tăng bạch cầu đa nhân trung tính, X-quang phổi có tổn thương nhiều hơn, thì cần chẩn đoán xác định bệnh nhân bị viêm phổi do bội nhiễm và cần được cho dùng kháng sinh.   
 **5. Phòng ngừa**: Lưu ý các bậc phụ huynh ý thức bảo vệ trẻ khỏi tai nạn ngộ độc hydrocarbon nói chung và xăng dầu nói riêng bằng cách:   
 ● Tránh để các bình chứa xăng, dầu hay các chất hydrocarbon khác trong tầm tay trẻ.   
 ● Đựng xăng, dầu hay các chất hydrocarbon khác trong bình chứa riêng, không đựng trong các chai giống bình đựng nước uống hàng ngày.  
 ● Sơ cứu đúng khi trẻ uống nhầm hydrocarbon.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**:

Phát đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng I năm 2016

**VIÊM PHẾ QUẢN**

**I.ĐỊNH NGHĨA** VPQ cấp là tình trạng viêm thoáng qua của khí quản và phế quản, biểu hiện đầu tiên là ho. Nguyên nhân thường là do nhiễm siêu vi, tự giới hạn trong vòng 28 ngày (3 tuần) mà không cần điều trị.  **II. LÂM SÀNG  
 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, VPQ, viêm xoang, xơ hóa nang. - Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, ozone.  **2. Thăm khám:** - 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 dãn phế quản. **III. CẬN LÂM SÀNG** Bước đầu cho mọi bệnh nhân: Phim phổi - Cấy đàm: nhuộm gram, nhuộm Wright. - Phân tích tính chất protein máu: điện di đạm,… - XN mồ hôi. Tùy theo bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và kết quả của XN đã làm ở trên - Miễn dịch : IgA, IgG và các thành phần của IgG, IgE, IgM.- Thực quản đồ, pH thực quản, đánh giá về nuốt. - Nội soi thực quản, nội soi PQ; chức năng hô hấp, đáp ứng với thuốc dãn PQ. - Hình ảnh xoang. - XN tìm nấm  **IV. CHẨN ĐOÁN** - Chẩn đoán VPQ 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 phim phổi, khi đó thấy hình ảnh dầy thành phế quản, ứ khí. - Cấy 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 tể học  
 **V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT   
 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, Clamydia pneumoniae, Boredetella pertussis, C. diphtheria, M. tuberculosis.  
 - Tiếp xúc hóa chất: hít dịch dạ dày, khói thuốc, ô nhiễm   
 **2. Mãn tính**   
 - Xơ hóa nang, suyễn, lao, dị vật bỏ quên.  
 - Hội chứng rối loạn lông chuyển  
 - Hít vào do có bất thường giài phẫu (dò khí - thực quản, chẻ thanh quản); rối loạn chức năng nuốt có hoặc không có trào ngược dạ dày thực quản.  
 - Suy giảm MD: IgA, IgG và các thành phần của IgG, suy giảm MD dịch thể, không có khả năng đáp ứng MD với kháng nguyên loại polysaccharides.   
 - Tổn thương do hít: hút thuốc, ô nhiẽm trong nhà: khói thuốc lá, bếp củi, hóa chất (formaldehyte NO2.), ô nhiễm ngoài trời: SO2, ozone, NO2.   
 - Phá hủy đường hô hấp mãn 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 PQ) hay chèn từ ngoài vào (vòng mạch, hạch)   
 **VI. ĐIỀU TRỊ**   
 - Thường chỉ cần nghỉ ngơi, phòng 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. (Theo nguyên nhân do vi trùng thường gặp ở từng lứa tuổi giống viêm phổi)  
 - Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.   
 - Có thể dùng dãn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.   
 - Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn đường hô hấp.   
 **VII. VPQ MẠN HAY VPQ TÁI PHÁT**  
 - Khi triệu chứng kéo dài hơn 3 tuần.   
 - Do quá trình viêm mạn tính và phá hủy đường hô hấp.   
 - Cần loại trừ nguyên nhân ho kéo dài do tâm lý.   
 - Ho kéo dài có thể là biến chứng của VPQ hay là biểu hiện của cơn suyễn.   
 **VIII. DỰ HẬU LÂU DÀI**   
 - VPQ ở trẻ < 5 tuổi: nguy cơ có đợt khò khè hay VPQ lúc sắp dậy thì.  
 - Chú ý ở trẻ hút thuốc thụ động  
**TÀI LIỆU THAM KHẢO**: Phát đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng IInăm 2016

**VIÊM HÔ HẤP TRÊN**

**I.VIÊM MŨI CẤP VÀ BIẾN CHỨNG VIÊM XOANG**

**1.Viêm mũi cấp**

**1.1.Nguyên nhân**

Nguyên nhân thông thường do vius đường hô hâp gây ra trong đó

thường có sáu nhóm hay gặp là: Rhinovirus, Infuenza virus và Adenovirus.

**1.2.Lâm sàng**

- Thời gian ủ bệnh từ 2 – 3 ngày.

- Các dấu hiệu chính: chảy mũi, nghẹt mũi, nhảy mũi, đau họng

và ho, trẻ sốt từ 38 – 39oC, nước mũi ban đàu trong sau đó đục.

-Viêm mũi do Rhinovirus, bệnh nhân bị chảy mũi, nghẹt mũi,

nhảy mũi, từ ngày đầu, bệnh ồ ạt trong 2 – 3 ngày đầu, có kèm theo viêm họng và ho. Sổ mũi, nhảy 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, chau\ỷ nước mũi trong hay đục,

niêm mạc mũi có khi bóng nước 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.

**1.3.Chẩn đoán**

- Bệnh xuất hiện theo mùa và nhiều người mắc phải, lây lan

nhanh, tìm thấy siêu vi trong nước mũi.

-Phân lọa viêm mũi vận mạch: triệu chứng trên giống như

không theo mùa, không lây lan, bệnh tái đi tái lại nhiều lần. Viêm mũi dị ứng: chỉ chảy mũi, ngứa mũi có kèm theo nghẹt mũi.

**1.4.Điều trị**

- Nếu chưa có biến chứng bội nhiễm thì điều trị triệu chứng không cần 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 bằng nước muối

- Nếu ho uống thuốc ho thảo dược hoặc dextromethorphan để giảm ho

- Thuốc ho antihistamin không có tác dụng cụ thể.

**2.Biến chứng viêm xoang cấp.**

**2.1.Nguyên nhân**

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

**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 chảy mủ khe giữa, nếu viêm xoang sàng thì bờ dưới hố mắt vùng khóe trong mắt bị phù nề, hở kết mạc, di động mắt bị giới hạn  
 - Đối với trẻ > 12 tuổi xoang trán, xoang bướm mới mở. Viêm xoang trán thì nhứt vùng trán vào buổi sáng, viêm xoang bướm thì nhức âm ỉ trong sâu, thường nhức vào ban đêm, ngoài triệu chứng nhứt, trẻ còn bị ho, hơi thở hôi. Viêm xoang sàn, xoang trán rất dễ gây biến chứng apxe não.  
 - X quang, Ct scan xoang giúp nhiều trong chẩn đoán viêm xoang

**2.3.Điều trị**

- Kháng sinh: 10 đến 15 ngày. Chọn 1 trong các loại sau:

+ Amoxicillin 50 – 80mg/kg/ngày, chia 3 lần.

+ Amoxicillin + clavuanic acid: 50 – 80mg/kg/ngày, chia 3 lần.

+ Trường hợp dị ứng penicillin, erythromycin: 50mg/kg/ngày, chia 10 ngày hoặc:

+ Cefalor 20 – 40mg/kg/ngày, chia 2lần, 10 ngày hoặc:

+ Cefuroxime 20 – 40mg/kg/ngày, chia 2lần, 10 ngày hoặc:

+ Cefixim 10 – 20mg/kg/ngày, chia 1 - 2lần, 10 ngày hoặc:

+ Cefpodoxim 10 – 20mg/kg/ngày, chia 1 - 2lần, 10 ngày hoặc:

+ Cefdinir 15mg/kg/ngày, chia 2lần, 10 ngày.  
 - Giảm đau, hạ sốt: paracetamol 10 – 15mg/kg x 3 – 4 lần/ngày.

**II.VIÊM HỌNG CẤP VÀ BIẾN CHỨNG APXE QUANH AMIĐN, THÀNH HỌNG SAU.  
 1. Viêm họng cấp**

* 1. **Lâm sang  
     - Viêm họng cấp do siêu vi:** nguyên nhân thường do:

Rhinovirus, Coronavirus, Parainfuenza virus và Adenovirus, đau họng, ngứa họng, rát họng, nuốt khó, ở trẻ em thì có kèm theo sốt, bệnh thường kèm thoe viêm mũi và ho.  
 - **Do liên cầu:** trẻ bị sốt cao có khi đến 40oC, đau họng đữ dội

kèm theo khó nuốt. Khám họng đỏ rực, dày và có xuất tiết, bệnh lan cả vùng thành sau họng và vùng amydale. Lưỡi gà phù nề. Bạch cầu máu tăng cao > 12.000/mm3.  
 - **Viêm họng do bạch hầu:** thường xảy ra ở trẻ không chích ngừa, bệnh khởi đầu chậm, trẻ sốt, vướng họng, ho, giả mạc vùng amydale, vùng họng, giả mạc màu trắng, dễ chảy máu, nằm rất sát vào niem mạc, có thể lan ra khỏi amydale, phết họng cấy tìm thấy Corynebacterium.  
 - **Viêm họng do vi khuẩn hiếm khí Spirpchete:** trẻ sốt cao, đau họng, khó nuốt, quệt họng tìm thấy Spirpchete hoặc vi khuẩn hiếm khí, phần lớn có vi khuẩn thông thường kem theo như Staphylococcus aurues, khi có sự tham dự của tụ cầu thường có biến chứng như trẻ < 12 tháng có thể bị apxe thành họng, trẻ lớn hay bị apxe quang amydale, viêm tĩnh mạch.  
 **2.2**. **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, uonsg 10 ngày hoặc:

+ Amoxicilin 50mg/kg/ngày uống 10 ngày hoặc

+ Amoxicillin + clavulanic 50mg/kg/ngày chia 3 lần.

+ Erythromycin 50mg/kg/ngày uống 10 ngày trong trường hợp dị ứng với penicillin hoặc:

+ Azithromycin 10mg/kg/ngày uống trong ngày, trong 5 ngày hoặc:

+ Cefadroxil 30mg/kg/ngày, 1 lần trong ngày, trong 5- 7 ngày hoặc:

+ Cefalor 20 – 40mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 7 ngày

+ Cefuroxime 20 – 40mg/kg/ngày, chia 2 lần, trong 5 - ngày:

+ Cefixim 10mg/kg/ngày, chia 1 – 2 lần, trong 5 – 7 ngày hoặc:  
 **- Viêm họng cấp do bạch cầu**: bệnh phải được nhập viện cách ly ngay .  
 - **Viêm họng cấp do vi khuẩn hiếm khí**: điều trị giống liên cầu.  
 **2. Áp xe quanh amydale**  
 - 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 amydale. Amydale sưng to, đỏ, amydale bị đẩy vào trong lưỡi gà bị đẩy lệch sang bên kia, sau 3 – 4 ngày nung mủ.  
 - Xử lí: nhập viện.  
 **3. Áp xe thành sau họng**  
 - Đây là biến chứng của viêm họng cấp do tụ cầu, thường xảy ra

ở trẻ < 12 tháng.  
 - Xử trí: nhập viện  
 **III**. **Viêm tai giữa cấp và biến chứng viêm màng não, viêm tai xương chũm.**

**1.Viêm tai giữa cấp**

**-** Bệnh thường gặp từ 6 – 24 tháng, trai nhiều hơn gái, trẻ bú mẹ

ít hơn, thường do: phế cầu, Hemophilus influenza hoặc M. cataralis. Ngoài ra, người ta còn tìm tháy siêu vi Influenza, Enterovirus, Rhinovirus trong dịch tai giữa cấp.  
 - Lâm sàng: ban đầu trẻ bị sốt cao 38 – 39oC, 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 nhỉ trẻ phồng lên, di động kém, nếu không điều trị kịp vài ngày sau màng nhỉ trở nên vàng su đó vỡ mủ, sau khi chảy mủ, bé bớt sốt, giảm nhức tai.  
 - Xử trí: khám điều trị chuyên khoa.  
 **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 xử trí theo phát đồ (Viêm màng não)  
 **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, do nóng, đau khi sờ vào, X quang xương chũm bị mờ.  
 - Xử trí: khám v à điêu trị chuyên khoa.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**: phát đồ nhi ngoại trú bệnh viện nhi đồng II năm 2016

**VIÊM AMIĐAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa** - Amiđan là khối mô lympho hình quả hạnh nhân ở hai bên họng, gần đáy lưỡi (còn gọi là amiđan khẩu cái) cùng với Amiđan vòm (VA), Amiđan vòi và Amiđan lưỡi tạo thành vòng Waldeyer với chức năng chính là miễn dịch, tạo kháng thể chống lại mầm bệnh.   
 - Viêm Amiđan là bệnh bệnh lý rất hay gặp, nhất là ở trẻ em từ 3 – 5 tuổi  
 **2.Nguyên nhân:**  
 **+ Siêu vi**: Rhinovirus, Respiratory Syncitial virus (RSV), Corona virus, Parainfluenzea virus, Herpers simplex, Coxsackie virus.  
 **+ Vi trùng**: Liên cầu khuẩn tán huyết beta nhóm A (GABHS : group A Beta Hemolytic Streptococcus), Streptococcus pneumonia, Hemophilus influenzea, Staphylococcus aureus.

**II. LÂM SÀNG**   
 **1. Viêm amiđan cấp**:   
 - Khởi phát đột ngột , trẻ sốt 39- 40 độ c   
 - Đau họng, khó nuốt, nhức đầu, mệt mỏi   
 - Rối loạn tiêu hóa : buồn nôn , nôn, đau bụng   
 - Khám: 2 amiđan sưng to viêm đỏ , đôi khi có mủ trên bề mặt amiđan, hạch cổ sưng đau   
 **2. Viêm amiđan mạn**: hay gặp ở trẻ lớn và người lớn.   
 - Thể viêm amiđan mạn biểu hiện bằng nhiều đợt cấp tái phát (4-5 lần /năm)  
 + Đau họng tái đi tái lại   
 + Sốt nhẹ , mệt mỏi , đau mỏi xương khớp   
 + Hạch cổ to trong những đợt cấp  
 + Hơi thở hôi   
 + Ở bệnh nhân có viêm xoang , viêm tai giữa mạn , bệnh nặng lên khi có viêm amiđan tái phát  
 - Thể viêm Amiđan mạn kéo dài nhiều tuần liên tục ( > = 4 tuần liên tục ) với triệu chứng khó nuốt, nuốt vướng, đau tai, hơi thở hôi nhiều, hạch cổ to, sưng hạch dưới cơ nhị thân.   
 - Khám thực thể:  
 + Ở trẻ em amiđan thường to   
 + Ấn từ trụ trước amiđan thấy chất bả đậu hay dịch mủ chảy ra từ các hốc của amiđan hoặc có thể thấy các nang hạt nhỏ như hạt gạo ở bề mặt amiđan ở vị trí các khe   
 + Niêm mạc trụ trước amiđan dầy lên, sậm màu hơn nơi khác.  
 **3. Viêm amiđan quá phát bít tắc**:   
 - Trong quá trình lớn lên của trẻ Amiđan to lên do hoạt động sinh lý bình thường trong quá trình học tập và đáp ứng miễn dịch .Nhưng khi amiđan to đến một mức độ gây bít tằc đường thở thì sẽ gây bệnh lý.   
 - Amiđan quá phát bít tắc là nguyên nhân thường gây ngừng thở lúc ngủ ở trẻ em (trong 7 giờ ngủ đêm , em bé ngưng thở trên 30 lần , mỗi lần kéo dài trên 10 giây).  
 - Triệu chứng đêm ngủ trẻ thở miệng , ngáy , hay thức giấc ban đêm , giấc ngủ không say , hay đáy dầm, hay nằm mơ, thành tích học tập kém, rối loạn phát âm , nói giọng ngậm hạt thị.  
 - Khám họng với đè lưỡi nhẹ nhàng thấy 2 amiđan to gần bít họng .   
 Phân độ viêm Amiđan quá phát (Theo Brodsky và Stanievich) :   
 + Độ I : hẹp eo họng < 25 %  
 + Độ II : hẹp eo họng 25 % - 50 %   
 + Độ III : hẹp eo họng > 50 – 75 %   
 + Độ IV : hẹp eo họng > 75 %   
 **III. CẬN LÂM SÀNG**   
 - Công thức máu: bạch cầu tăng, neutrophil tăng trong viêm amiđan cấp .   
 - Quẹt Amiđan cấy, làm kháng sinh đồ.   
 **IV. ĐIỀU TRỊ**   
 1. Điều trị nội khoa :  
 - Trẻ sốt : hạ sốt với paracetamol 15 mg/ kg x mỗi 4-6 giờ/lần.  
 - Giảm ho: Alimemazin (siro 0,05%), trẻ > 12 tháng: 0,25 – 0.5 ml/kg /lần, trẻ > 3 tuổi : 0,5 ml – 1 ml/kg /lần, uống 3 lần / ngày.   
 - Kháng sinh :   
 + Penicillin 100.000 UI / kg / ngày, uống chia 4 lần .   
 + Amoxicillin 50 – 100 mg / kg / ngày, uống chia 3 lần .   
 + Cephalexin 100 mg / kg / ngày, uống chia 4 lần .   
 + Cefaclor 20 – 40 mg /kg /ngày, uống chia 2 – 3 lần .   
Thời gian điều trị 10 ngày   
 + Nếu bệnh nặng có thể dùng Cefotaxim 50 – 100 mg / kg, tiêm bắp, chia 3 lần ngày, hoặc Ceftriaxon 30 – 50 mg/kg, tiêm bắp, chia 2 lần/ngày.  
 **2. Điều trị ngoại khoa**: cắt Amiđan Chỉ định cắt Amiđan :   
 - Viêm amiđan mạn, tái phát nhiều đợt cấp trong năm: cụ thể 6 lần trong năm hay 3 đợt cấp trong 1 năm , trong 2 năm liên tiếp .  
 - Viêm amiđan có biến chứng áp xe quanh amiđan.   
 - Viêm amiđan mang mầm bệnh liên cầu khuẩn nhóm A. Mặc dù đã được điều trị tích cực nhưng vẫn còn mầm bệnh cần cắt amiđan để đề phòng biến chứng sốt thấp khớp và viêm cầu thận cấp.   
 - Viêm amiđan quá phát bít tắc hô hấp trên gây ra:   
 + Rối loạn giấc ngủ : ngủ ngáy , ngưng thở lúc ngủ .  
 + Khó nuốt.  
 + Bất thường về giọng nói .   
 + Bệnh lý tim do phổi .   
 + Chậm phát triển   
 + Bất thường về khớp cắn và tăng trưởng sọ mặt   
 + Amiđan một bên to , một bên nhỏ, nghi ngờ u .   
**TÀI LIỆU THAM KHẢO**:Phát đồ điều trị nhi khoa năm 2016 bệnh viện Nhi Đồng II

**CHƯƠNG V:TIÊU HÓA**

**TIÊU CHẢY CẤP**

**I. ĐỊNH NGHĨA** ● Tiêu chảy: tiêu phân lỏng hay tóe nước hay có máu trong phân ≥ 3 lần trong 24 giờ. Phân lỏng là phân có hình của vật chứa.● Tiêu chảy cấp: tiêu chảy < 14 ngày  
 **II. CHẨN ĐOÁN**  
 1**. Công việc chẩn đoán**   
 **a. Hỏi bệnh sử**   
 ● Tiêu chảy:  
 - Thời gian tiêu chảy.   
 - Đặc tính phân: có máu/phân.  
 - số lần tiêu chảy trong ngày   
 ● số lần nôn và chất nôn  
 ●Các triệu chứng khác đi kèm: sốt , ho, viêm phổi, sởi....  
 ● chế độ dinh dưỡng trước khi mắc bệnh và trong khi mắc bệnh   
 ● Thuốc đã dùng: kháng sinh, thuốc cầm tiêu chảy…   
 ● Khóc cơn kèm tím tái ở trẻ nhỏ gợi ý lồng ruột.   
 ● Ở vùng dịch tễ tả.   
 ● Các loại Vaccine đã được tiêm chủng   
 **b. Thăm Khám**   
 ● Dấu hiệu mất nước:  
 - Toàn trạng: tĩnh táo, kích thích quấy khóc, li bì khó đánh thức, mất tri giác, hoặc hôn mê .   
 - Mắt có trũng không.  
 - Khát nước: Không uống được hoặc uống kém, hoặc uống háo hức, khát.  
 - Dấu véo da mất rất chậm (> 2 giây), hoặc mất chậm (< 2 giây).  
 ● Các triệu chứng khác  
 - Chân tay:Da ở phần thấp của chi. Khi mất nước nặng có dấu hiệu sốc thì da lạnh và ẩm, nổi vân tím  
 - Mạch: có mất nước , mạch quay và đùi nhanh, nặng có thể nhỏ và yếu  
 - Nhịp thở: Tầng số tăng khi có mất nước nặng do toan chuyển hóa  
 - Sụt cân  
 - Giảm dưới 5%. Chưa có dấu hiệu mất nước trên lâm sàng  
 - Mất nước 5-10%. Có dấu hiệu mất nước vừa và nhẹ  
 - Mất nước > 10%. Có mất nước nặng   
 ● Dấu hiệu biến chứng:  
 - Rối loạn điện giải: co giật, li bì, hôn mê, bụng chướng, liệt ruột giảm trương lực cơ….   
 - Rối loạn kiềm toan: thở nhanh sâu.   
 - Hạ đường huyết: vã mồ hôi, da nhợt, nhịp tim nhanh, run giật chi, rối loạn tri giác, co giật, hôn mê.  
 - Suy thận cấp: tiểu ít, phù, cao huyết áp, lừ đừ.  
 ● Dấu hiệu góp phần:   
 - Suy dinh dưỡng: đánh gíá dựa vào bảng cân nặng/chiều cao.   
 - Bệnh đi kèm: viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm trùng huyết…  
 **c. Cận lâm sàng**   
 ● Xét nghiệm máu: CTM,CRP : khi có sốt, tiêu phân có máu, có dấu hiệu mất nước.   
 ● Phân:  
 - Soi phân khi nghi ngờ lỵ hoặc phân có đờm, nghi ngờ tả (vùng dịch tễ, phân như nước vo gạo, lượng rất nhiều), hoặc nhiễm trùng nặng.   
 - Cấy phân: khi điều trị thất bại.   
 ● Xét nghiệm khác:  
 - Ion đồ, đường huyết, khí máu khi nghi ngờ.  
 - Chức năng thận khi nghi ngờ có suy thận.  
 - Siêu âm bụng: khi tiêu máu, đau bụng, chướng bụng, ói nhiều…   
 - XQ bụng không chuẩn bị khi bụng chướng.   
 - XQ phổi khi có nghi ngờ viêm phổi.  
 - ECG khi Kali máu ≤ 2,5 mEq/L hoặc ≥ 6,5 mEq/L.  
 **2. Chẩn đoán**   
 **a. Mức độ mất nước**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mất nước nặng Có 02 trong các dấu hiệu sau: | Có mất nước Có 02 trong các dấu hiệu sau: | Không mất nước |
| 1. Li bì hoặc hôn mê | 1. Kích thích, vật vã. | Không có đủ các dấu hiệu đã được phân loại mất nước, mất nước nặng |
| 2. Mắt trũng | 2. Mắt trũng |  |
| 3. Không uống được hoặc uống rất kém | 3. Uống háo hức, khát |  |
| 4. Nếp véo da mất rất chậm | 4. Dấu véo da mất chậm |  |

**b. Chẩn đoán biến chứng** ● Rối loạn nước- điện giải:- Rối loạn Natri: + Hạ Natri: Na < 130 mEq/L: ói, co rút cơ, lơ mơ.  Na < 115 mEq/L: hôn mê, co giật. + Tăng Natri: khi Natri máu > 150 mEq/L.: Bệnh nhân kích thích, rất khát, co giật - Rối loạn kali máu: + Hạ kali máu: Kali < 3,5 mEq/L. ▪ Cơ: nhẽo cơ,yếu cơ, yếu chi, liệt ruột, bụng chướng,giãm phản xa.

▪ Tim: chậm tái phân cực của tâm thất: ST xẹp, T giảm biên độ, xuất hiện sóng U. Nếu giảm kali máu quá nặng: PR kéo dài, QT dãn rộng, rối loạn nhịp (giống ngộ độc digitalis).  
 + Tăng kali máu: Kali > 5,5 mEq/L.   
 ▪ Cơ: yếu cơ, loạn nhịp tim.   
 ▪ Tim: T cao nhọn, QT ngắn (K+ = 6.5 mEq/L), block A-V, rung thất (K+ ≥ 9 mEq/L).   
 ● Rối loạn toan kiềm: thường là toan chuyển hóa: pH máu động mạch < 7,2, HCO3- < 15 mEq/L, nhịp thở nhanh sâu, môi đỏ  
 ● Hạ đường huyết: đường huyết ≤ 45 mg%.   
 ● Suy thận cấp: BUN, Creatinin/máu tăng.  
 **III. ĐIỀU TRỊ**  
 **1. Nguyên tắc điều trị**   
 ● Điều trị đặc hiệu: mất nước, kháng sinh   
 ● Xử trí kịp thời các biến chứng.   
 ● Bổ sung kẽm & dinh dưỡng.  
 **2. Xử trí ban đầu: xử trí cấp cứu**.  
 ● Xử trí sốc, co giật, rối loạn điện giải, suy thận…(xem phác đồ tương ứng)   
 ● Xử trí hạ đường huyết:   
 - Cho uống nước đường 50 ml (1 muỗng cà phê đường pha 50ml nước chín).   
 - Hoặc truyền TM Glucose 10% 5ml/kg/15 phút.   
 ● Xử trí toan chuyển hóa:   
 - Khi PH máu động mạch < 7,2 hoặc HCO3– < 15 mEq/L.   
 - Lượng HCO3– cần bù tính theo công thức:   
 + HCO3– (mmol) = Base excess x 0,3 x P (Kg).   
 + 1ml NaHCO3 8,5% = 1 mmol HCO3-.  
 **3. Điều trị đặc hiệu**   
 **a. Điều trị mất nước**   
 ● Điều trị mất nước nặng:   
 - Bắt đầu truyền TM ngay lập tức. Trong khi thiết lập đường truyền cho uống dung dịch Oresol giảm áp lực thẩm thấu (Na+ = 75mEq/L) nếu trẻ uống được.   
 - Dịch truyền được lựa chọn: Dextrose 5% in Lactate ringer hoặc Lactate ringer.  
 Nếu không có 2 loại trên dùng Normal saline.   
 - Cho 100ml/kg dung dịch được lựa chọn chia như sau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bước đầu truyền 30 ml/kg trong | Sau đó truyền 70 ml/kg trong |
| < 12 tháng | 1 giờ \* | 5 giờ |
| ≥ 12 tháng | 30 phút \* | 2 giờ30 phút |

Lặp lại lần nữa nếu mạch quay vẫn yếu hoặc không bắt được rõ.  
 - Đánh giá lại mỗi 15 – 30 phút đến khi mạch quay mạnh. Nếu tình trạng mất nước không cải thiện cho dịch truyền tốc độ nhanh hơn sau đó đánh giá lại ít nhất mỗi giờ cho đến khi tình trạng mất nước cải thiện.  
 - Khi truyền đủ lượng dịch truyền đánh giá lại tình trạng mất nước:

+ Nếu vẫn còn các dấu hiệu mất nước nặng: truyền lần thứ 2 với số lượng trong thời gian như trên.   
 + Nếu cải thiện nhưng còn dấu hiệu có mất nước: ngừng dịch truyền và cho uống Oresol giảm áp lực thẩm thấu trong 4 giờ (phác đồ B).   
 Nếu trẻ bú mẹ khuyến khích cho bú thường xuyên.   
 + Nếu không còn dấu mất nước: điều trị theo phác đồ A và khuyến khích bú mẹ thường xuyên.   
 Theo dõi trẻ ít nhất 6 giờ trước khi cho xuất viện.   
 \* Khi trẻ có thể uống được (thường sau 3-4 giờ đối với trẻ nhỏ, 1-2 giờ đối với trẻ lớn) cho uống Oresol giảm áp lực thẩm thấu (5 ml/kg/giờ).   
 ● Điều trị có mất nước:   
 - Bù dịch bằng Oresol giảm áp lực thẩm thấu 75 ml/kg uống trong 4 – 6 giờ   
 - Trẻ < 6 tháng không bú sữa mẹ, được cho uống thêm 100 – 200 ml nước sạch trong khi bù nước.  
 - Nếu uống Oresol kém < 20 ml/kg/giờ: đặt sonde dạ dày nhỏ giọt.  
 - Nếu có bụng chướng hoặc nôn ói liên tục trên 4 lần trong 2 – 4 giờ hoặc tốc độ thải phân cao (>10 ml/kg/giờ), hoặc > 10 lần, TTM Lactate Ringer 75ml/kg trong 4 giờ.   
 **b. Điều trị duy trì** (phòng ngừa mất nước):   
 ● Cho bệnh nhi uống nhiều nước hơn bình thường: nước chín, nước trái cây (nước dừa), nước cháo muối, dung dịch Oresol giảm áp lực thẩm thấu...   
 ● Tránh không cho bệnh nhi uống nước đường, nước ngọt công nghiệp…   
 ● Nếu cho dung dịch Oresol giảm áp lực thẩm thấu, áp dụng liều lượng theo bảng hướng dẫn dưới đây:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuổi | Lượng Oresol uống sau mỗi lần tiêu chảy | Lượng Oresol tối đa/ngày |
| < 24 tháng | 50-100 ml | 500 ml |
| 2 - 10 tuổi | 100-200 ml | 1000 ml |
| > 10 tuổi | theo nhu cầu | 2000 ml |

**c. Bổ sung kẽm**: 10-14 ngày   
 ● 10mg kẽm nguyên tố/ngày cho trẻ < 6 tháng x 10-14 ngày.   
 ● 20mg kẽm nguyên tố/ngày cho trẻ lớn hơn x 10-14 ngày.   
 **d. Điều trị kháng sinh:**   
 Không có chỉ định dùng kháng sinh cho tất cả các trường hợp tiêu chảy cấp  
 ● Chỉ định dùng kháng sinh khi:   
 - Bệnh nhân tiêu chảy phân có máu (xem phác đồ điều trị lỵ).  
 - Tiêu chảy mất nước nặng nghi ngờ tả  
 - Tiêu chảy do Giardia   
 - Trẻ mắc bệnh tiêu chảy kèm các bệnh khác: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu  
 ● Soi phân có vi trùng dạng tả liên hệ chuyển Trung Tâm Bệnh Nhiệt Đới.

**Kháng sinh sử dụng trong các trường hợp tiêu chảy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Kháng sinh lựa chọn** | **Kháng sinh thay thế** |
| **Tả** | **Ẻythromycin: 12,5mg/kg/ngày x 4 lần/ngày x 3 ngày** | **Tetracy clin:**  **12,5mg/kg/ngày x 4 lần/ngày x 3 ngày hoặc**  **Azithromycin 6-20mg/kg x 1 lần/ngày x1-5 ngày** |
| **Lỵ trực khuẩn** | **Ciprofloxacin: 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày** | **Pivmecillnam 20mg/kg/lần x 4 lần ngày x 5 ngày**  **hoặc Cephalosporins (Cefotaxime :100-150kg/ngày chia 3 lân/ngày**  **Ceftrĩiaxone:**  **50-100mg/kg/ngày x 2- ngày** |
| **Campylorbacter** | **Azithromycin 6-20mg/kg x 1 lần/ngày x1-5 ngày** |  |
| **L ỵ amip** | **Metronidazol: 10mg/kg/lần x 3**  **lần/ngày x 5-10 ngày ( 10 ngày**  **với trường hợp bệnh nặng) dùng**  **đường uống** |  |
| **Giardia** | **Metronidazol: 5mg/kg/lần x 3**  **lần/ngày x 5 ngày**  **dùng đường uống** |  |

**e. Điều trị hỗ trợ** ● Cân nhắc lợi ích kinh tế và hiểu biết của thân nhân khi dùng thuốc sau: - Probiotics nếu là tiêu chảy N1,N2, dùng trong 3 ngày nếu không cải thiện thì ngừng: + Lactobacillus rhamosus GG (bằng chứng IA nhưng chưa có tại Việt Nam).  
 + Saccharomyces boulardii (IIB): 100 mg x 2 l/ngày. Lưu ý gia đình rằng thuốc không thay thế được liệu pháp bù nước. - Diosmectic: nếu là tiêu chảy N1, N2 1 gói x 4 l/ngày, dùng trong 3 ngày nếu không cải thiện thì ngừng (IIB, RR 1,64; 95% CI 1,36–1,98; NNT 4, 95% CI 3–5). Lưu ý gia đình rằng thuốc không thay thế được liệu pháp bù nước. ● Trong 4 giờ đầu tiên bù nước không cho trẻ ăn gì ngoài sữa mẹ. ● Trẻ điều trị phác đồ B nên cho ăn sau 4 giờ điều trị. ● Khuyến khích trẻ ăn ít nhất 6 lần/ngày và tiếp tục như vậy 2 tuần sau khi tiêu chảy đã ngừng.  **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM** Tiêu chảy cấp: tái khám ngay khi có 1 trong các dấu hiệu như: ăn uống kém, sốt cao, nôn ói nhiều, tiêu chảy nhiều, phân có máu, khát nước nhiều, trẻ không khá lên trong 3 ngày.  **V. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN** ● Mất nước nặng ● Có mất nước

● Mất nước nhẹ có biến chứng.

|  |  |
| --- | --- |
| Vấn đề | Mức độ chứng cớ |
| -Sử dụng thường qui sữa không có lactose cho trẻ tiêu chảy cấp là không cần thiết | I  (Nelson 2011) |
| -Một số loại Probiotic dùng trong các ngày đầu của bệnh tiêu chảy cấp có thể hiệu quả vừa phải | IA-IIB  (ESPGHAN/ESPID guidelines 2008) |
| -Diosmectic dùng trong các ngày đầu của bệnh tiêu chảy cấp có thể hiệu quả vừa phải | IIB  (ESPGHAN/ESPID guidelines 2008) |

.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

* Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em của Bộ Tế năm 2016
* phát đồ điều trị nhi khoa năm 2013-BVNĐ I

**TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG**

**I.ĐẠI CƯƠNG:**

* + Tiêu chảy nhiễm trùng là nhiễm trùng đường tiêu hóa trong đó tiêu chảy là triệu chứng nổi bật
  + Hai bệnh cảnh tiêu chảy nhiễm trùng thường hay gặp: **tiêu phân nước** và **tiêu đàm máu**.

1. **TÁC NHÂN GÂY BỆNH:**

Tiêu chảy nhiễm trùng do nhiều tác nhân vi sinh khác nhau gây ra:

* + Do virus : Rotavirrus, Norovirus
  + Do vi trùng : Shigella, Salmonella, Vibrio cholerae, E.coli, Campylobacter, Clostridium difficile, tụ cầu
  + Do ký sinh trùng : Cryptosporidium, E.histolytic

1. **LÂM SÀNG**
   * 1. **Lâm sàng**
   * Nôn và buồn nôn
   * Đau bụng thường gặp trong những trường hợp nhu động ruột tăng cao hoặc trong trường hợp tiêu chảy do tác nhân xâm lấn vào thành ruột
   * Tiêu chảy nhiều lần, phân có nhiều nước, phân có nhầy đôi khi có máu
   * Biểu hiện toàn thân:
     + - Có thể sốt hoặc không sốt
       - Tình trạng nhiễm độc: mệt mỏi, nhức đầu, có thể có hạ huyết áp
       - Tình trạng mất nước
     1. **Lâm sàng một số căn nguyên thường gặp:**

* Tiêu chảy do lỵ trực khuẩn: sốt cao, đau bụng quặn từng cơn, mót rặn, đi ngoài phân lỏng lẫn nhầy máu
* Tiêu chảy do tả: khởi phát rất nhanh trong vòng 24 giờ, tiêu chảy dữ dội và liên tục, phân toàn nước như nước vo gạo, không sốt, không mót rặn, không đau quặn bụng
* Tiêu chảy do độc tố tụ cầu: thời gian ủ bệnh ngắn 1-6 giờ, buồn nôn, nôn, tiêu chảy nhiều nước nhưng không sốt
* Tiêu chảy do E.coli:
  + Tiêu chảy do E.coli sinh độc tố ruột: tiêu phân lỏng không nhầy máu, không sốt, bệnh thường tự khỏi
  + Tiêu chảy do E.coli: sốt, đau quặn bụng, mót rặn, phân lỏng có thể lẫn nhầy máu
* Tiêu chảy do Salmonella: tiêu chảy, sốt cao, nôn và đau bụng

1. **CẬN LÂM SÀNG**

* công thức máu: bạch cầu máu tăng cao trong các bệnh do vi trùng xâm lấn, cũng có thể do cô đặc máu hậu quả của ói + tiêu chảy.
* Điện giải đồ (Ion đồ): có thể thấy hạ K+ máu.  Na+ máu có thể giảm hoặc tăng, hoặc trong giới hạn bình thường.
* Soi phân: trên mẫu phân đã dùng chất định hình để tìm sự hiện diện của hồng cầu, bạch cầu, và ký sinh trùng đường ruột.
* Soi phân tươi: trường hợp nghi ngờ dịch tả Trường hợp nghi lỵ a-mip có thể gửi phân mới lấy trong vòng 5 phút để soi tìm thể tư dưỡng ăn hồng cầu của *E.histolytica*.
* Cấy phân tìm vi trùng gây bệnh

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

* Trẻ em đi tiêu có máu cần phân biệt với lồng ruột :thường gặp ở bé bụ bẫm,  khóc thét từng cơn , ói nhiều mà không tiêu lỏng , tiêu có máu ,siêu âm bụng có khối lồng
* Bệnh nhân bị sốt, ói, đau bụng cần phân biệt với viêm ruột thừa cấp
* Tiêu chảy sau khi dùng kháng sinh nhiều ngày: do loạn khuẩn ruột.
* Tiêu chảy là biểu hiện của bệnh khác như thương hàn, nhiễm trùng huyết...

1. **ĐIỀU TRỊ**

Điều trị tiêu chảy nhiễm trùng nhằm vào 4 mục tiêu: bù nước-điện giải, kháng sinh diệt trùng, ngừa suy dinh dưỡng, và ngăn bệnh lây lan.

**1/ Bù nước và điện giải: xem bài tiêu chảy cấp**

2/ **Kháng sinh**

1. Chỉ định kháng sinh
   * Hai trường hợp chỉ định kháng sinh ngay không chờ kết quả xét nghiệm: trường hợp nghi dịch tả và tiêu đàm máu.
   * Trẻ nhỏ tiêu chảy + co giật (mà không có tiền sử sốt làm kinh) thường do *Shigella* gây ra: có thể dùng kháng sinh ngay.
   * Các trường hợp còn lại quyết định kháng sinh tùy vào xét nghiệm (bạch cầu máu / soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu) và diễn tiến lâm sàng.
2. Lựa chọn kháng sinh

* Tiêu chảy do E.coli, Campylobacter, Salmonella, Vibrio
* Thuốc ưu tiên: nhóm quinolon uống hoặc truyền

Ciprofloxacin: 30mg/kg/ngày, chia 2 lần x 5 ngày  
 Norfloxacin: 10 – 15mg/kg/ngày x 5 ngày

* Thuốc thay thế:

Ceftriaxon: 50 – 100mg/kg/ngày TM x 5 ngày

* Tiêu chảy do Shigella:
* Kháng sinh đường uống:
  + Ciprofloxacin: 30mg/kg/ngày, chia 2 lần x 5 ngày
  + Norfloxacin: 10 – 15mg/kg/ngày x 5 ngày
  + Azithromycin: 12mg/kg trong ngày đầu tiên và sau đó 6mg/kg/ngày x 4 ngày
  + Cephalosporins uống: Cefixim 8mg/kg/ngày x 5 ngày
* Kháng sinh đường TM: Ceftriaxon, Ciprofloxacin
* Tiêu chảy do vi khuẩn tả:
* Ciprofloxacin: 30mg/kg/ngày, chia 2 lần x 5 ngày
* Norfloxacin: 10 – 15mg/kg/ngày x 5 ngày
* Azithromycin: 12mg/kg trong ngày đầu tiên và sau đó 6mg/kg/ngày x 4 ngày
* Tiêu chảy do Entamoeba histolytica:

Metronidazole 30 – 40mg/kg/ngày x 7 – 10 ngày

**3/  Dinh dưỡng**

* Bệnh nhân tiêu chảy không phải kiêng ăn vì chức năng tiêu hóa của ống tiêu hóa vẫn hoạt động bình thường.Trẻ đang bú mẹ: tiếp tục bú mẹ. Trẻ bú bình: tiếp tục bú bình như trước đó. Trẻ ăn dặm: tiếp tục ăn dặm, bớt thức ăn nhiều mỡ và đường.
* Trường hợp trẻ bú bình tiêu phân toàn nước vẫn còn tiêu lỏng sau 5 ngày điều trị: có thể khuyến cáo đổi sang dùng sữa không lactose (vì khi đó bé có thể bị thiếu hụt tạm thời men lactase ở các tế bào niêm mạc ruột non trẻ).

**4/ Ngừa lây lan**:

Bệnh nhân hết triệu chứng lâm sàng > 48 giờ, đã dùng đủ liều kháng sinh theo chỉ định có thể được xuất viện vì không còn khả năng lây lan cho cộng đồng. Riêng trường hợp dịch tả cần cấy phân âm tính trước khi cho ra viện.

1. **PHÒNG NGỪA**

* Tăng cường an toàn vệ sinh thực phẩm
* Ăn chín, uống nước đã đun sôi
* Rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh
* Cải thiện hệ thồng cấp thoát nước
* Điều trị dự phòng khi ở trong vùng có dịch

**Tài liệu tham khảo:**

* + Phác đồ điều trị nhi khoa 2016 – BVNĐ2
  + Hướng dẫn sử dụng kháng sinh 2016 - BYT

**HỘI CHỨNG LỴ**

**I. ĐỊNH NGHĨA** ● Lỵ: là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có máu. Nguyên nhân đa phần là do Shigella (50%) ngoài ra có thể do vi trùng khác hoặc ký sinh trùng. ● Lỵ Shigella thường ở lứa tuổi 6 tháng – 3 tuổi, ít khi ở trẻ dưới 6 tháng. Có thể bệnh nhẹ tự hết cho đến dạng rất nặng với nhiễm độc nặng, co giật, tăng thân nhiệt, phù não và tử vong nhanh chóng mà không có nhiễm trùng huyết hay mất nước đáng kể (H/C Ekiri). ● Shigella gây triệu chứng nhiễm độc toàn thân nặng nhưng ít khi có nhiễm trùng huyết. Biến chứng nhiễm trùng huyết và đông máu nội mạch lan tỏa thường chỉ gặp ở trẻ nhỏ, trẻ suy dinh dưỡng, tỉ lệ tử vong cao. **II. NGUYÊN NHÂN** Nguyên nhân đa phần là do Shigella ( 60% ), ngoài ra còn có thể do vi trùng khác hoặc ký sinh trùng - Shigella là trực trùng gram âm. Có 4 loại Shigella: + S. dysenteriae (serogroup A) + S. flexneri (serogroup B) ( thường gặp nhất). + S. boydii (serogroup C) + S. sonnei (serogroup D) - Vi trùng khác: EHEC, Campylobacter jejuni …. - Kí sinh trùng: Entamoeba histolytica,  **II. CHẨN ĐOÁN   
 1. Công việc chẩn đoán  
 a. Hỏi bệnh** ● Thời gian bệnh. ● Có sốt. ● Đau bụng, mót rặn. ● Tính chất phân: đờm lẫn máu. ● Điều trị trước. ● Co giật. ● Sa trực tràng. ● Sởi trong 6 tuần qua.  **b. Thăm khám** ● Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở. ● Dấu hiệu mất nước: xem thêm phần thăm khám trẻ bị tiêu chảy trong phác đồ điều trị tiêu chảy. ● Cần chú ý phát hiện biến chứng: - Triệu chứng thần kinh: co giật, mê sảng, cứng cổ, hôn mê. - Triệu chứng nhiễm trùng nhiễm độc. - Rối loạn điện giải: li bì, co giật, giảm trương lực cơ, chướng bụng… - Toan chuyển hóa: thở nhanh sâu.- Hạ đường huyết. - Sa trực tràng. - Chướng bụng.

- Suy thận.   
 - Suy dinh dưỡng.   
 **c. Xét nghiệm**   
 ● Công thức máu.   
 ● Soi phân: khi không rõ máu đại thể.   
 ● Cấy máu, cấy phân trong những trường hợp nặng.   
 ● Ion đồ, khi có rối loạn tri giác, triệu chứng thần kinh, chướng bụng, giảm trương lực cơ.   
 ● Đường huyết: khi nghi ngờ hạ đường huyết.   
 ● XQ bụng, siêu âm bụng khi có chướng bụng, khi cần loại trừ lồng ruột.  
 ● Phết máu, đếm tiểu cầu, chức năng thận khi nghi ngờ có Hội chứng tán huyết urê huyết cao.  
 **2. Chẩn đoán**   
 **a. Chẩn đoán xác định lỵ Shigella**: hội chứng lỵ + cấy phân Shigella (+).  
 **b. Chẩn đoán có thể**   
 ● Sốt, tiêu chảy kèm triệu chứng thần kinh: co giật, li bì, hôn mê, h/c màng não.   
 ● Sốt, tiêu chảy soi phân có bạch cầu, hồng cầu.   
 **c. Chẩn đoán phân biệt**   
 ● Lồng ruột: vài giờ đầu có thể vẫn còn đi tiêu phân bình thường, sau đó tiêu máu tươi hoặc đỏ bầm (thường trong 12 giờ). Quấy khóc từng cơn, nôn ói. (xem thêm bài lồng ruột).   
 ● Tiêu máu do polyp trực tràng: tiêu phân đặc lẫn đờm máu, bệnh lâu ngày, không sốt. Xác định bằng nội soi.   
 ● Lỵ amip ít gặp ở trẻ < 5 tuổi. Soi phân có dưỡng bào ăn hồng cầu.   
 ● Tiêu máu do thiếu Vitamin K ở trẻ sơ sinh: kèm xuất huyết ở vị trí khác.  
 **III.BIẾN CHỨNG:**  
 - Sa trực tràng   
 - Phình đại tràng nhiễm độc   
 - Tắc ruột  
 - Thủng ruột   
 - Nhiễm trùng huyết   
 - Rối loạn điện giải   
 - Phản ứng bạch cầu   
 - Triệu chứng thần kinh: co giật   
 - Viêm khớp phản ứng hoặc hội chứng Reiter   
 - Hội chứng tán huyết urê huyết   
 - Suy dinh dưỡng   
 - Urê huyết   
 **IV. ĐIỀU TRỊ**  
 **1. Điều trị nâng đỡ:**  
 - Bù dịch và điện giải: xem bài tiêu chảy cấp  
 - Cho ăn sớm để phòng suy dinh dưỡng.   
 - Bù kẽm (xem bài tiêu chảy cấp)   
 - Vitamin A ( nếu có chỉ định) 200000 đơn vị, một liều duy nhất.

- Tránh dùng các thuốc chống nhu động ruột như diphenoxylate (Lomotil), những thuốc này có thể kéo dài thời gian sốt, tiêu chảy, bài tiết vi trùng (Grade 1C)   
 **2. Kháng sinh:**   
 - Mục tiêu điều trị kháng sinh là cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa lây nhiễm.   
 - Những kháng sinh không còn hiệu quả trong điều trị lỵ: Amoxicillin, Nitrofuran, Aminoglycosid ,Cephalosporin thế hệ 1 và 2, Nalidixic axit, Chloramphenicol, Tetracycline, Sulfonamides, Streptomycin, Trimethoprim   
 **2.1. Shigella và EIEC:**   
 - Kháng sinh đường uống: lựa chọn tùy thuộc tình trạng kháng thuốc   
 + Lựa chon đầu tiên: Quinolones   
 Ciprofloxacin: 30 mg/kg /ngày, tối đa 1 g /ngày , chia 2 lần x 5 ngày  
 Norfloxacin: 10 - 15 mg/kg /ngày x 5 ngày   
 + Lựa chọn thứ 2:   
 Azithromycin: 12 mg/kg trong ngày đầu tiên (tối đa 500 mg) và sau đó   
6 mg/kg/ngày (tối đa 250 mg) x 4 ngày kế tiếp   
 Cephalosporins uống : Cefixime (8 mg/kg/ngày, 1 liều duy nhất, tối đa 400 mg/ngày) x 5 ngày   
 - Kháng sinh đường tĩnh mạch: chỉ định trong những trường hợp nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng huyết, suy giảm miễn dịch, không uống được  
 + Lựa chọn đầu tiên: Ceftriaxone (50 - 100 mg/kg /ngày[tối đa 1.5 g] x 1lần/ngày x 5 ngày   
 + Điều trị thay thế: Ciprofloxacin (20 - 30 mg/kg [tối đa 500 mg/lần] chia 2 lần x 5 ngày)   
 **2.2. Campylobacter jejuni**: Erythromycin 50 mg/kg/ngày × 5 ngày Azithromycin   
 5–10 mg/kg/ngày × 5 ngày  
 **2.3. Entamoeba histolytica**: Metronidazole 30–40 mg/kg/ngày × 7–10 ngày   
 - Thất bại điều trị: Triệu chứng cải thiện trong 1 – 2 ngày điều trị.   
 - Vi trùng kháng thuốc gợi ý khi sốt kéo dài, tiêu máu đại thể, không giảm số lần đi tiêu trong ngày thứ 3 của điều trị.  
 **3. Điều trị biến chứng**: xem các phác đồ tương ứng.   
 ● Hạ đường huyết: xem phác đồ tương ứng.   
 ● Co giật: xem phác đồ điều trị co giật.   
 ● Sa trực tràng: dùng khăn ướt đẩy vào.   
 ● Rối loạn điện giải thường là hạ Natri, Kali máu (xem phác đồ).   
 ● Mất nước: bù nước theo phác đồ điều trị tiêu chảy.  
 **4.**  **Dinh dưỡng** Trẻ bị lỵ thường chán ăn cần khuyến khích trẻ ăn, cho ăn làm nhiều bữa, ăn các thức ăn mà trẻ thích.  
 **V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**  
 - Lỵ có biến chứng:   
 ● Có rối loạn tri giác.   
 ● Có co giật.   
 ● Chướng bụng.   
 ● Tiểu ít.   
 ● Sa trực tràng  
 - Bệnh nặng hơn sau 2 ngày điều trị ngoại trú

**VI. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN**  Phòng ngừa lây lan bằng cách:- Uống nước sạch - Nguồn nước được khử khuẩn - Rửa tay sạch sẽ - Nấu chín và bảo quản thức ăn  **VII. TÁI KHÁM**  Đưa trẻ đến khám ngay khi có những biểu hiện sau: - 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 **TÀI LIỆU THAM KHẢO:** Phát đồ điều trị nhi khoa năm 2013 Bệnh viện Nhi Đồng IPhát đồ điều trị nhi khoa năm 2016 Bệnh viện Nhi Đồng 2

**TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ÓI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**  
 Oí hay nôn là tình tống xuất thành phần chứa trong dạ dày, ruột qua miệng do sự co bóp dữ dội của các cơ thành bụng, cơ hoành à các cơ trơn của thành dạ dày ruột, thường phối hợp bởi buồn nôn(nausea) và nôn khan(retching)  
 **II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN NÔN TRỚ  
 1. Khai thác tiền sử-bệnh sử** - Thời gian xuất hiện nôn  
 - Tiến triển của nôn  
 - Liên quan đến bữa ăn  
 - Chất nôn: sữa mới bú, sữa vón cục, dịch vàng, máu,..  
 - Các triệu chứng kèm theo:  
 + Phân: táo bón, phân lỏng, phân máu  
 + Đau bụng, bí trung đại tiện  
 + Đau đầu  
 + Sốt  
 + Các triệu chứng khác  
 - Tiền sử sản khoa(nôn trong giai đoạn sơ sinh)  
 **2. Khám lâm sàng  
 a. Triệu chứng tiêu hóa** Các dấu hiệu bụng ngoại khoa: bụng trướng, quai ruột nổi, dấu hiệu rắn bò, khối lồng, u cơ môn vị  
 **b. Các triệu chứng toàn thân**  
 - Toàn trạng của bệnh nhân  
 - Dấu hiệu mất nước  
 - Rối loạn nước và điện giải  
 - Các biểu hiện nhiễm khuẩn  
 - Phát triển thể chất:suy dinh dưỡng  
 - Dấu hiệu não-màng não  
 - Biến đổi bộ phận sinh dục  
 **3. Các xét nghiệm cận lâm sàng**  
 - Xác định xét nghiệm thường quy: công thức máu, điện giải đồ  
 - Xét nghiệm xác định nguyên nhân: theo các nguyên nhân gây nôn  
 + Bệnh ngoại khoa: chụp bụng không và có chuẩn bị, siêu âm bụng  
 + Bệnh tiêu hóa: soi phân, siêu âm, nội soi dạ dầy-thực quản  
 + Bệnh lý thần kinh: chọc dịch não tủy, soi đáy mắt  
 + Rối loạn chuyển hóa, nhiễm độc: ceton niệu, glucose máu, albumin niệu, ure máu, acid lactic  
 **III. CHẨN ĐOÁN NÔN**  
 - Tiếp cận bệnh nhân nôn theo nguyên nhân theo lứa tuổi, tiếp cận một cách hệ thống để chẩn đoán hội chứng này(xem lưu đồ tiếp cận bệnh nhân nôn)  
 - Cần phải trả lời 4 câu hỏi:  
 + Đặc điểm, tính chất nôn và mức độ nặng  
 + Tuổi của trẻ  
 + Có biến chứng tắc ruột không  
 + Các triệu chứng, hội chứng bệnh của các cơ quan ngoài ổ bụng  
 **a. Chẩn đoán mức độ nặng của nôn**  
 Những trường hợp nôn cần xử trí cấp cứu là nôn kèm theo  
 - Sốc  
 - Rối loạn nhận thức: li bì, hôn mê, co giật, tâm thần  
 - Đau bụng dữ dội  
 - Chướng bụng  
 - Suy gan cấp có vàng da hoặc không vàng da  
 - Khó thở, nhịp thở kussmaul  
 - Nôn ra mật, nôn ra máu  
 **b. Chẩn đoán nguyên nhân gây nôn**: các nguyên nhân thường gặp  
 - Nguyên nhân ngoại khoa  
 + Dị tật thực quản bẩm sinh: thực quản hẹp, ngắn, dãn to  
 + Hẹp phì đại môn vị  
 + Thoát vị bẹn nghẹt  
 + Xoắn ruột, bán tắc ruột  
 + Nôn do các cấp cứu ngoại khoa: viêm ruột thừa, viêm phúc mạc, tắc ruột do giun, bã thức ăn  
 + Thoát vị cơ hoành  
 - Nguyên nhân ngoại khoa tại đường tiêu hoa  
 + Sai lầm ăn uống  
 + Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa: Rotavirus, tụ cầu  
 + Luồng trào ngược dạ dày-thực quản  
 + Viêm dạ dày tá tràng  
 + Không dung nạp thức ăn: dị ứng protein sữa bò, trứng, Celiac  
 + Táo bón  
 - Các nguyên nhân nội khoa ngoài đường tiêu hóa  
 + Nôn trong các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính  
 + Nôn trong bệnh lý thần kinh: u não, chấn thương sọ não, xuất huyết não-màng não, viêm màng não  
 + Trong bệnh lý nội chuyển hóa:  
 ✓ Nôn chu kỳ  
 ✓ Tăng aceton, amoniac, canci máu  
 ✓ Suy thận  
 ✓ Rối loạn chuyển hóa acid amin, tyrosin, đường huyết  
 ✓ Hội chứng sinh dục thượng thận.  
 + Nôn do ngộ độc: vitamin A, chì, acid salicylic  
 + Nôn do nguyên nhân tâm thần

**Lưu đồ tiếp cận bệnh nhân nôn:**

Tắc

Lồng ruột

Đau

Sốt

Đau

Không sốt

Táo bón

Viêm ruột thừa cấp  
Viêm phổi  
Viêm màng não  
Viêm hạch mạc treo

Nôn

Viêm dạ dày ruột

Sốt hoặc nhiệt độ bình thường

Tiêu chảy

Viêm mũi họng, viêm tai  
Nhiễm khuẩn tiết niệu

Sốt

Phân bình thường

Không sốt

Mùi aceton(nôn chu kỳ-tăng aceton máu)  
Nhức đầu.hội chứng tăng áp lực nội sọ  
Thoát vị qua cơ hoành  
Suy thận  
Nôn thường xuyên

**IV. ĐIỀU TRỊ**  
 - Nguyên tắc: tùy theo nguyên nhân  
 - Thuốc chống nôn:Metoclopramide  
 **V.CHỈ ĐỊNH NHẬP VIÊN.**  
 + Sốt, gầy sút, mất nước rõ  
 + Da tái xám, thóp trũng hoặc phồng  
 + Rối loạn tri giác, hoặc trương lực cơ  
 + Đau bụng dữ dội  
 + Chướng bụng  
 + Tiêu chảy, phân máu  
 + Bí trung đại tiện  
 + Oí dữ dộ  
 + Oí thường xuyên, liên tục  
 + Oí ra dịch mật, máu, phân  
 + Không dung nạp thức ăn tuyệt đối

**TÀI LIỆU THAM KH ẢO:**

Phát đồ điều trị nhi khoa phần ngoại trú năm 2017 Bệnh viện Nhi Đồng 1

**RỐI LOẠN TIÊU HÓA CHỨC NĂNG**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Rối loạn tiêu hóa chức năng được đặc trưng bởi những triệu chứng trong bụng nhưng không tổn thương cơ quan thực thể. Những triệu chứng này có thể ở bất kỳ nơi nào của ống tiêu hóa như: thực quản, dạ dày tá tràng, ruột

1. **BỆNH SINH**
   * Thay đổi vận động đường tiêu hóa
   * Thay đổi sự thích nghi của dạ dày
   * Tăng nhạy cảm nội tạng
   * Chế độ ăn
   * Nhiễm H. pylori
   * Yếu tố thần kinh
2. **CHẨN ĐOÁN**
   * 1. Hỏi tiền sử: dùng thuốc kháng viêm nonsteroid, phẫu thuật trước đó, stress, yếu tố tâm lý
     2. Triệu chứng khó tiêu: đau bụng, đầy hơi, chướng bụng, buồn nôn, nôn…
     3. Khám lâm sàng: có thể thấy bụng chướng hơi, tìm những tổn thương thực thể
     4. Cận lâm sàng: siêu âm bụng để loại trừ bệnh lý đường mật và tụy
3. **ĐIỀU TRỊ**
   * Giáo dục bệnh nhân: thay đổi lối sống, chế độ ăn
   * Tâm lý trị liệu
   * Thuốc ức chế bơm proton: giúp cải thiện triệu chứng giống trào ngược và đau thượng vị
   * Thuốc cải thiện vận động đường tiêu hóa: metoclopamide, domperidon

**Tài liệu tham khảo**: Phác đồ điều trị nội khoa 2013

**CHƯƠNG VI: BỆNH LÝ VỀ DA**

**NHIỄM TRÙNG DA**

**I. ĐỊNH NGHĨA**.  
 Là nhiễm khuẩn da mủ nguyên phát hoặc thứ phát (sau chấn thương hoặc bệnh da có sẵn) và thường là tụ cầu, liên cầu hay kết hợp những vi khuẩn khác  
 **Phân loại**: tùy mức độ tổn thương nông sâu, nhiễm trùng da được phân loại  
 + **Viêm nang lông**: thường do tụ cầu, sang thương là mụn mủ nhỏ hoặc sẩn và mụn mủ ở nang lông, xung quanh có quần viêm đỏ màu vàng nhạt, dễ vỡ, nối thành từng đợt và lành sau vài ngày.Vị trí thường gặp: da đầu, mặt, nách, mông, vùng mặc tã, mặt duỗi chi  
 **+ Nhọt**: sang thương dạng cục cứng, đau, đỉnh có mủ màu vàng nhạt. Sau đó trở nên mềm, vỡ miệng rỉ ra mủ có ngòi màu vàng.Cuối cùng nhả ngòi ra và thành sẹo. Nhọt thường gặp ở da đầu, cổ , mặt, nách, mông.  
 Nhọt chùm thường ở gáy, lưng, đùi. Nhọt dễ tái phát trong điều kiện vệ sinh kém, béo phì, tăng tiết mồ hôi.  
 Biến chứng của nhọt: áp-xe, viêm mạch bạch huyết, viêm hạch. Nhọt ở mũi, môi có thể gây viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não, nhiễm trùng huyết  
 + Chốc (xem bài chốc)  
**II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**  
 **1. Hỏi bệnh**  
 - Bao lâu  
 - Có tổn thương da trước đó  
 - Tiền căn bị tái đi tái lại nhiều lần  
**2. Khám lâm sàng**  
 - Vị trí, khám da chú ý quan sát da vùng nách, vùng mông mặc tã, da đầu  
 - Phát hiện các đặc điểm:  
 + Nốt đường kính lớn hơn 0,5 cm  
 + Loét, sưng, nóng, đau  
 + Mưng mủ, vở mủ  
 + Nhiều nhọt chùm  
 - Dấu hiệu toàn thân: sốt, đỏ da  
**3. Cận lâm sàng**: không có xét nghiệm thường quy  
**III. CHẨN ĐOÁN**:Chủ yếu dựa vào lâm sàng  
 **Cận lâm sàng**: công thức máu có tăng bạch cầu, đa số đa nhân trung tính, nhất là giai đoạn mưng mủ nhiều,chưa vỡ hoặc viêm mô tế bào xung quanh hoặc du khuẩn huyết.  
 **Chẩn đoán phân biệt**:  
 - Viêm da tiết bã: mảng vảy đóng mài mỡ da đầu, lông mày, giữa mặt và các tuyến bã khác như nách và ngực  
 - Ghẻ ngứa: mụn nước, sẩn vùng da non ,kẽ ngón, quanh rốn, bộ phận sinh dục, nách, đùi, kèm ngứa nhiều về đêm và nhiều người xung quanh cùng mắc  
**IV. ĐIỀU TRỊ**  
 **1. Nguyên tắc**: kháng sinh và chăm sóc tại chỗ   
 - Chăm sóc da tại chỗ   
 + Nhẹ (sang thương ít và nông). Chăm sóc da tại chỗ, thoa Betadine hoặc dung dịch Milian, Eosin  
 + Nếu có điều kiện: thoa Mupirocin 2%, acid fusidic  
- Kháng sinh toàn thân: nếu chăm sóc tại chỗ không hiệu quả, sang thương lan rộng hay có dấu hiệu toàn thân  
 + Kháng sinh ban đầu: cefadroxil, cephalexin, oxacillin, cloxacillin  
 + Kháng sinh bước 2:Amox-clavulanate, cefuroxime  
 + Bệnh nhân dị ứng Penicillin có thể dùng macrolide(eythromycin, clarythromycin và azithromycin) hay clindamycin  
macrolide(eythromycin, clarythromycin và azithromycin) không nên dùng trong các nhiễm trùng nặng do tụ cầu  
 + Liều dùng kháng sinh dạng uống  
 Cefadroxi: 30mg/kg/ngày chia mỗi 12 giờ  
 Cephalexin: 25-50mg/kg/ngày chia mỗi 6-12 giờ  
 Oxacillin: 25-50mg/kg/ngày chia mỗi 6 giờ  
 Cloxacillin: 25-50mg/kg/ngày chia mỗi 6 giờ  
 Amox-clavulanate: : 20-40mg/kg/ngày chia mỗi 8 giờ  
 Cefuroxime: 30mg/kg/ngày chia mỗi 12 giờ  
 Clindamycin:10-30 mg/kg/ngày chia mỗi 6-8 giờ  
 **3.Tiêu chuẩn nhập viện**  
 - Có triệu chứng toàn thân: sốt cao, rét run, đỏ da  
 - Tổn thương da nặng: hoại tử, lan rộng nhiều nơi, có bóng nước, xuất huyết, hoặc da chuyển màu tím tái, kèm hạch sưng to và đau  
 - Nhiễm trùng da có biến chứng áp-xe, viêm mạch bạch huyết, viêm hạch…  
 - Có bệnh mạn tính kèm hoặc không đáp ứng với điều trị sau 2 ngày  
 **4.Hướng dẫn chăm sóc và theo dõi tại nhà**  
 - Ở nơi thoáng mát, quần áo rộng rãi, tránh ứ động mồ hôi  
 - Cắt ngắn móng tay trẻ, tránh gãi ngứa, gây trầy sát da  
 - Tổn thương ở da đầu nên cắt ngắn tóc vùng da bệnh  
 -Tắm trẻ hàng ngày  
 - Không được nặng mủ  
 - Dinh dưỡng đủ chất.  
 **5.PHÒNG NGỪA**  
 - Vệ sinh da hàng ngày sạch sẽ  
 - Phát hiện và chữa trị đúng các tổn thương da và các viêm nhiễm vùng mũi họng, răng miệng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:** - Phác đồ điều trị nhi khoa nội trú 2016 – BVNĐ2  
 - Phác đồ điều trị nhi khoa 2017 – Phần ngoại trú – BVNĐ1

**VIÊM DA DỊ ỨNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG** Viêm da dị ứng là một tình trạng phản ứng viêm của da đối với chất gây di ̣ứng qua trung gian tế bào đặc hiệu. - Có hai nhóm viêm da dị ứng: + Viêm da kích thích trực tiếp + Viêm da tiếp xúc dị ứng **II. VIÊM DA KÍCH THÍCH TRỰC TIẾP   
 1. Nguyên nhân** Là tình trạng viêm cấp tính do tiếp xúc một lần với chất kích thích như: acid, kiềm, phenol, muối halogen, hay một số hóa chất khác,... khởi phát nhanh và các tổn thương xuất hiện một cách chính xác tại vị trí tiếp xúc.  **2. Triệu chứng lâm sàng:**  Sau khi tiếp xúc với dị nguyên thì da sẽ đổi màu sang đỏ, nâu sậm, phù nề nóng, có thể đau rát, ngứa và có thể có những mụn nƣớc li ti. **3. Chẩn đoán** Khai thác bệnh sử là điều quan trọng nhất giúp ích cho chẩn đoán chính xác, quá trình thăm khám thì nhìn trực tiếp vào thương tổn để chẩn đoán bệnh. **4. Điều trị** - Nguyên tắc: loại bỏ dị nguyên ra khỏi cơ thể càng sớm càng tốt. - Điều trị tại chỗ: + Làm sạch thƣơng tổn bằng nước sạch , có thể sử dụng .dung dịch thuốc tím pha loãng (1/10.000 - dung dic̣h có màu hồng cánh sen nhạt) để rửa.+ Nếu tổn thương khô : bôi kem hydrocortisone 0,5-1% lên tổn thương khô, 2 lần/ngày trong 3-5 ngày. + Nếu tổn thương rỉ dic̣h: bôi dung dịch có chứa chất kẽm Dalibour 2 lần/ngày hoặc dung dịch xanh Methylen 3 lần/ngày. - Điều trị toàn thân: + Kháng histamin uống nếu ngứa nhiều: hydroxyzine 2 mg/kg/ngày chia 3-4 lần. + Khánh sinh uống nếu có bội nhiễm nặng: erythromycin hoăc̣ cephalexin.

**5. Tiêu chuẩn nhập viện** - Thương tổn rộng, bội nhiễm nặng - Trẻ sơ sinh kèm sốt **III. VIÊM DA TIẾP XÚC DỊ ỨNG   
 1. Định nghĩa**: Là tình trạng viêm da do tiếp xúc trước đó với dị nguyên dẫn đến nhạy cảm qua trung gian tế bào đặc hiệu.

**2. Nguyên nhân và vị trí thường gặp**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vị trí** | **Nguyên nhân** |
| Mặt | Mỹ phẩm, xà phòng, gọng kính, dược phẩm, dầu xức (dầu khuynh dịp, cù là,…) |
| Da đầu | : Chất nhuộm tóc, dầu gội,… |
| Miệng | Chất liệu trong nha khoa, một số thực phẩm có chất bảo quản và gia vị. |
| Cổ, dái tai | Trang sức có chứa niken. Phấn hút ẩm chống hăm. Nách Phấn hút ẩm chống hăm. Chất kem tẩy mùi, sáp lăn. |
| Bàn tay | Cây cỏ, chất niken, kem bôi, dược phẩm xà phòng, chất tẩy rửa, chất liệu trong dầu nhớt xe, sơn dầu verni, xi măng,… |
| Thân người | Trang sức, quần áo có đính niken, màu nhuộm, đầu dây thắt lưng kim loại bị oxy hóa,… |
| Bàn chân | Vớ, chất liệu trong giầy da,… |

**3. Triệu chứng lâm sàng**   
 - Thường biểu hiện bằng các thương tổn viêm da cấp tính hoặc bán cấp ở những vị trí mà kháng nguyên tiếp xúc trực tiếp hay những vị trí khác nhẹ hơn mà sự tiếp xúc không rõ rang. Sự nhạy cảm có thể mới xảy ra hoặc đã tiếp xúc lâu dài trước đó.  
 - Giai đoạn sớm vùng da bệnh có phản ứng viêm, ngứa, sẫn, mụn nước, có thể có mài. Nếu tiếp xúc thường xuyên với chất dị ứng thì da có thể khô, sần sùi, vảy, hay vết nứt xen kẽ và thương tổn có thể lan rộng ra hơn.   
 **4. Điều trị**   
 - Nguyên tắc: xác định được dị ứng nguyên và loại bỏ càng sớm càng tốt.  
 - Điều trị tại chỗ:   
 + Thuốc tím pha loãng (1/10.000) đắp làm à mềm da   
 + Hồ kẽm chống dịch   
 + Methylen bleu, kháng sinh bôi nếu có hiện tượng bội nhiễm. ẩm   
 + Conticoid nhẹ (Eumovate) nếu có viêm cấp và ngứa.   
 + Tẩy sừng bằng acid salicylic nếu thương tổn lâu năm dày sừng  
 - Điều trị toàn thân:   
 + Kháng sinh nếu có bội nhiễm   
 + Kháng histamin nếu có ngứa   
 + Kháng viêm nếu đợt cấp nặng   
 + Các loại sinh tố: A, E, PP, C   
 + Thời gian điều trị tùy thuộc vào từng bệnh cảnh, rất dễ tái phát do không kiểm soát được dị ứng nguyên   
 **5. Tiêu chuẩn nhập viện**   
 - Thường thì điều trị ngoại trú   
 - Nhập viện khi thương tổn bội nhiễm nặng  
**T ÀI LIỆU THAM KH ẢO**:Phát đồ điều trị nhi khoa năm 2016 bệnh viện Nhi Đồng II

**VIÊM MÔ TẾ BÀO**

**I. 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 **II. 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 **III. 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.  **IV. CHẨN ĐOÁN**  Hút dịch tại nơi viêm, sinh thiết da, cấy máu có thể tìm thấy tác nhân gây bệnh 25% trƣờng hợp viêm mô tế bào. Bệnh **V. BIẾN CHỨNG**  - Viêm khớp- Viêm xương tủy - Viêm màng não - Viêm màng tim  **-** Viêm bao hoạt dịch  **VI. ĐIỀU TRỊ** - Tại chỗ: + Giảm triệu chứng tại chỗ: đắp với gạc ấm 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 ♣ Cephalexin 50 mg/kg/ngày ♣ Amoxicillin - clavulanic acid 50 mg/kg/ngày - Trẻ không sốt, bạch cầu < 15.000: có thể điều trị ngoại trú với kháng sinh uống.

- Trẻ sốt > 39oC và bạch cầu tăng > 15.000, nên nhập viện điều trị kháng sinh chích:  
 + Oxacillin 150 mg/kg/ngày, chia 4 lần   
 + Cephazolin 100 mg/kg/ngày, chia 3 lần   
 + Cefotaxim 200 mg/kg/ngày, chia 4 lần   
 + Ceftriaxon 100 mg/kg/ngày, 1 lần   
 + Thời gian điều trị: 7-10 ngày   
**T ÀI LIỆU THAM KH ẢO**:Phát đồ điều trị nhi khoa năm 2016 bệnh viện Nhi Đồng II