

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

**HƯỚNG DẪN  
ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ  
PHẦN NỘI KHOA  
NĂM 2022**

*(Tái bản lần thứ nhất, có sửa chữa và bổ sung)*

**Chủ biên: TTƯT.BS.CKII. TRỊNH HỮU TÙNG**



**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC**

**2022**

## **Chủ biên**

TTUT.BS.CKII. TRỊNH HỮU TÙNG

## **Hiệu đính**

TTUT.BS.CKII. TRỊNH HỮU TÙNG

BS.CKII. VÕ QUỐC BẢO

ThS.BS. NGUYỄN THÀNH ĐẠT

BS.CKI. TRƯƠNG THỊ NGỌC PHÚ

BS.CKI. HUỲNH THỊ DIỄM KIỀU

BS.CKI. HỒ HUYỀN

BS.CKI. PHẠM CAO BẢO NGÂN

## **Trình bày**

CN. TRẦN THỊ XUÂN UYÊN

CN. ĐẶNG MINH XUÂN

## THAM GIA BIÊN SOẠN

ThS.BS. NGUYỄN THỊ KIM ANH  
BS.CKI. LÊ THANH BÌNH  
BS.CKII. PHẠM LÊ THANH BÌNH  
ThS.BS. ĐẶNG ĐỖ THANH CẦN  
CNVLT. LÊ THỊ ĐÀO  
ThS.BS. PHAN TẤN ĐỨC  
TS.BS. NGUYỄN THỊ THU HẬU  
BS.CKII. ĐẶNG THỊ KIM HUYỀN  
BS.CKII. TRẦN QUỲNH HƯƠNG  
TS.BS. NGUYỄN LÊ TRUNG HIẾU  
BS.CKII. TRƯƠNG ANH MẬU  
BS.CKII. TẶNG LÊ CHÂU NGỌC  
BS.CKII. NGUYỄN HOÀNG PHONG  
BS.CKI NGUYỄN ĐÌNH QUI  
TS.BS. HUỶNH THỊ VĨ QUỲNH  
BS.CKII. HOÀNG NGỌC QUÝ  
BS.CKII. LÊ PHƯỚC TÂN  
BS.CKII. TRỊNH HỮU TÙNG  
BS.CKII. NGUYỄN THANH THIỆT  
TS.BS. TRẦN THANH TRÍ  
BS.CKII. NGUYỄN ĐÌNH VĂN  
BS.CKII. ĐỖ CHÂU VIỆT  
BS.CKII. NGUYỄN MINH TRÍ VIỆT



## LỜI NÓI ĐẦU

Phác đồ điều trị của Bệnh viện là một tài liệu quan trọng không thể thiếu để đánh giá chất lượng điều trị theo Bộ tiêu chí quản lý chất lượng của Bộ Y tế ban hành năm 2016.

Bệnh viện đã nhiều lần phát hành và tái bản “Phác đồ điều trị bệnh viện Nhi đồng 2” trong nhiều năm qua. Ấn bản đầu tiên “Phác đồ ngoại trú Nhi khoa” được phát hành đề cập riêng về phần Ngoại trú vào năm 2016.

Y khoa thế giới luôn thay đổi. Qua 6 năm mô hình bệnh tật đã có nhiều sự thay đổi vì vậy cần phải có phác đồ để cập nhật những thông tin, kiến thức mới giúp cho việc khám, chữa bệnh đạt được kết quả tốt nhất.

Nhằm hạn chế việc quá tải Bệnh viện và Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi đồng 2 đã tiến hành biên soạn và phát hành Hướng dẫn điều trị Ngoại trú phần Nội khoa năm 2022. Trong lần tái bản đầu tiên này “Hướng dẫn điều trị Ngoại trú phần Nội khoa năm 2022” đã bổ sung và cập nhật thêm nhiều bệnh lý cần điều trị ngoại trú như bệnh lý hô hấp, thận-nội tiết, tiêu hóa... Mục đích của phác đồ nhằm giúp các Bác sĩ nâng cao năng lực chẩn đoán, kê toa hợp lý, sàng lọc bệnh chính xác góp phần nâng cao việc khám, chữa bệnh ngoại trú và giảm chi phí điều trị của bệnh nhi.

Đây là công trình tập hợp trí tuệ của đội ngũ Bác sĩ Bệnh viện Nhi đồng 2, dựa trên tình hình thực tiễn tại Khoa Khám Bệnh của Bệnh viện.

Chúng tôi xin trân trọng giới thiệu “Hướng dẫn điều trị Ngoại trú phần Nội khoa năm 2022” đến quý đồng nghiệp

mong rằng đây sẽ là một quyển sách luôn đồng hành cho các Bác sĩ trong quá trình công tác khám, chữa bệnh.

Trong quá trình biên soạn và tái bản lần đầu tiên không tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi rất mong những ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp để ngày càng hoàn thiện hơn nữa ở những ấn bản sau.

Xin trân trọng cảm ơn.

TTUT.BSCKII. TRỊNH HỮU TÙNG

# MỤC LỤC

<b>Chương I. Phân loại bệnh</b> .....	1
Tiếp nhận và phân loại bệnh.....	2
Những vấn đề thường gặp trong khám trẻ sơ sinh.....	5
<b>Chương II. Hô hấp</b> .....	11
Tiếp cận khò khè tại phòng khám.....	12
Ho.....	16
Viêm hô hấp trên (J06).....	20
Viêm thanh khí phế quản cấp.....	28
Viêm phế quản (J20).....	33
Viêm tiểu phế quản (J21).....	37
Viêm phổi (J18).....	43
Hen trẻ em (J45.9).....	50
<b>Chương III. Tiêu hóa</b> .....	65
Đau bụng cấp tính (R10.4).....	66
Đau bụng mạn.....	73
Vàng da ứ mật (K71.0).....	83
Tiếp cận chẩn đoán ói (R11).....	95
Tiếp cận trẻ táo bón (K59.0).....	103
Tiêu chảy cấp (A09).....	115
Viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em (K29).....	126
Tiêu chảy kéo dài.....	136
Bệnh viêm ruột mạn (K50.8).....	144

Xơ gan (K 74.0) .....	166
Tăng áp cửa (K76.6).....	175
<b>Chương IV. Nhiễm</b> .....	181
Sốt (R50).....	182
Bệnh tay chân miệng (B08.4) .....	187
Sốt xuất huyết dengue (A97) .....	193
Bệnh sởi (B05.9) .....	198
Bệnh thủy đậu (B01) .....	203
Quai bị (B26) .....	207
<b>Chương V. Thần kinh</b> .....	211
Cơ giật do sốt (R56.6) .....	212
Động kinh trẻ em (G40) .....	218
Rối loạn TICS (F95).....	225
Đau đầu trẻ em (R51).....	229
<b>Chương VI. Tim mạch – xương khớp</b> .....	237
Đau ngực (R07.4).....	238
Ngất ở trẻ em (R55).....	242
Đau khớp (M25.5).....	248
Đau chi (M79.6).....	251
<b>Chương VII. Thận – nội tiết</b> .....	257
Hội chứng thận hư (N04).....	258
Lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em (M32).....	267
Bệnh thận mạn (N18) .....	282
Dậy thì sớm (E30.1) .....	289



Chậm tăng trưởng chiều cao do thiếu hormon tăng trưởng (E23.0).....	298
Tiểu đường ở trẻ em (TYPE 1:E10, TYPE 2: E1).....	304
Cường insulin bẩm sinh (E16.1).....	311
Suy giáp (E03.9).....	315
Đái tháo nhạt (E23.2).....	325
<b>Chương VIII. Huyết học</b> .....	<b>335</b>
Lách to (R16.1).....	336
Hạch to (R59).....	340
Tiếp cận thiếu máu trẻ em (D50-D59).....	342
Thiếu máu thiếu sắt (D50.9).....	348
Thalassemia (D56).....	352
<b>Chương IX. Da liễu</b> .....	<b>357</b>
Hồng ban.....	358
Viêm da cơ địa (L20).....	363
Viêm mô tế bào.....	369
Viêm da tiết bã (L21).....	373
Tiếp cận sang thương miệng.....	375
Ghẻ (B86).....	381
Mày đay cấp tính (L50).....	386
Mày đay mạn tính (L50.8).....	392
<b>Chương X. Dinh dưỡng – tiêu hóa</b> .....	<b>399</b>
Biếng ăn ở trẻ em (R63.0).....	400

Phục hồi dinh dưỡng trẻ chậm phát triển thể chất, suy dinh dưỡng (Z13.2).....	407
Tiêm chủng.....	418
Dị ứng thức ăn (T78.1).....	425
Dinh dưỡng bệnh lý cho bệnh nhân ngoại trú (Z13.2)....	433
Bệnh còi xương do thiếu vitamin D (E83.3).....	459
Dư cân, béo phì trẻ em (E66).....	465
<b>Chương XI. Mắt – tai mũi họng – răng hàm mặt.....</b>	<b>471</b>
Tiếp cận tắc lệ đạo bẩm sinh.....	472
Tiếp cận chớp – lẹo.....	474
Tiếp cận viêm kết mạc.....	475
Tiếp cận đau tai (H92.0).....	477
Tiếp cận u máu vùng hàm mặt.....	480
Tài liệu tham khảo.....	485

# **CHƯƠNG I. PHÂN LOẠI BỆNH**

# **TIẾP NHẬN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH TẠI PHÒNG KHÁM**

## **1. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

### **2.1. Những dấu hiệu cấp cứu**

- Dấu hiệu cấp cứu hô hấp:
  - + Ngưng thở hoặc cơn ngưng thở.
  - + Tím tái.
  - + Rút lõm ngực nặng.
  - + Thở rít thì hít vào khi nằm yên.
- Dấu hiệu sốc: tay chân lạnh, thời gian đầy mao mạch  $\geq 3$  giây, mạch nhanh, yếu, khó bắt.
  - Hôn mê.
  - Co giật.
  - Các dấu hiệu mất nước nặng ở trẻ bị tiêu chảy (khi có hai trong các dấu hiệu sau: li bì hoặc khó đánh thức, mắt trũng, nếp véo da mất rất chậm  $> 02$  giây).

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

## **2.2. Những dấu hiệu cần ưu tiên**

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

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

## **2.3. Các bước phân loại tất cả các trẻ bệnh**

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

- *Bước 1:* nếu có bất kỳ vấn đề bất thường nào về đường thở và thở thì phải chuyển ngay vào khoa Cấp Cứu và điều trị khẩn cấp để phục hồi chức năng hô hấp, nếu cần phải thông khí hỗ trợ.

- *Bước 2*: nhanh chóng xác định xem trẻ có bị sốc, mất ý thức, co giật hay tiêu chảy mất nước nặng không. Nếu thấy trẻ có dấu hiệu cấp cứu phải chuyển ngay vào khoa Cấp Cứu:

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

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

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

# NHỮNG VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP TRONG KHÁM TRẺ SƠ SINH

## 1. VÀNG DA

- Vàng da nặng cần nhập viện ngay, không chờ làm xét nghiệm tại phòng khám:

- + Vàng da xuất hiện  $\leq 24$  giờ sau sinh.
- + Vàng da và có triệu chứng thần kinh: khóc thét, ù, bỏ bú, tăng hay giảm trương lực cơ, co gồng tay chân, co giật...
- + Vàng da và có triệu chứng nhiễm trùng.
- + Vàng da tới lòng bàn tay chân (đủ tháng  $\leq 14$  ngày tuổi, non tháng  $\leq 21$  ngày tuổi).

- Trẻ có vàng da ngoài các dấu hiệu kể trên cần làm xét nghiệm bilirubin TP/TT để quyết định chiếu đèn theo phác đồ.

- Vàng da kéo dài:

- + Định nghĩa: vàng da kéo dài  $\geq 14$  ngày tuổi (trẻ đủ tháng),  $\geq 21$  ngày tuổi (trẻ non tháng).

+ Nhập viện khi:

- Vàng da tăng bilirubin trực tiếp  $\geq 1$  mg/l nếu bilirubin toàn phần  $< 5$  mg/l hay  $\geq 20\%$  bilirubin toàn phần nếu bilirubin toàn phần  $> 5$  mg/l.
- Vàng da kèm dấu hiệu nhiễm trùng, tán huyết, thiếu máu hoặc biểu hiện thần kinh.
- Mức bilirubin TP quá cao tới ngưỡng thay máu.

+ Xét nghiệm cần làm ở vàng da kéo dài:

- TPTTBM, CRP.

- Bilirubin TP/TT, AST, ALT, GGT, PAL.
- G6PD, TSH, FT4 (hỏi thân nhân bé đã tầm soát sau sanh tại bệnh viện sản hay chưa).
- TPTNT.
- Siêu âm bụng, não.

- Nếu bệnh nhân vàng da kéo dài không có chỉ định nhập viện, cho tái khám mỗi 1-2 tuần cho đến khi hết vàng da, luôn dặn theo dõi dấu hiệu phân bạc màu.

## 2. NIỄM TRÙNG SƠ SINH

- Trẻ sơ sinh khi nghi ngờ có dấu hiệu nhiễm trùng cao cần nhập viện theo dõi.

- Nhập viện ngay khi có dấu hiệu bệnh nặng:
  - + Lừ đừ.
  - + Bỏ bú/bú kém.
  - + Co giật, thóp phồng.
  - + Suy hô hấp.
  - + Sốt  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  hoặc hạ thân nhiệt  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ .
  - + Ớc dịch xanh/vàng.
  - + Bụng chướng.
  - + Tiêu máu.
  - + Da xanh tái, có chấm xuất huyết, vàng da sớm < 24 giờ.
  - + Nhiễm trùng rốn nặng.
  - + Nhiễm trùng da nặng.

## 3. HÔ HẤP

- Nhập viện khi:



- + Thở nhanh > 60 lần/phút.
- + Thở co lõm ngực vừa và nặng.
- + Thở rên.
- + Cánh mũi phập phồng.
- + Tím.
- + Bú kém, bỏ bú.
- + Nhà xa khó tái khám và theo dõi bé.
- Điều trị ngoại trú:
  - + Không suy hô hấp.
  - + Bú được.
  - + Lưu ý: hướng dẫn gia đình làm thông thoáng mũi họng, theo dõi dấu hiệu suy hô hấp.

#### 4. TIÊU HÓA

- Nhập viện khi:
  - + Ói dịch xanh, vàng, có máu.
  - + Bụng chướng.
  - + Phân xấu: tiêu máu, phân nhầy xanh hôi.
  - + Số lần tiêu lỏng quá nhiều.
  - + Có dấu mất nước, sụt cân.
- Trẻ ọc sữa nhiều lần + chậm lên cân/dấu mất nước: cần loại trừ hẹp môn vị phì đại, tăng sinh thượng thận bẩm sinh.
- Trẻ ọc sữa nhiều lần + bú tốt, lên cân: do trào ngược dạ dày thực quản.

**Chú ý:** trào ngược dạ dày thực quản ở sơ sinh thường là sinh lý:

- + Dạ dày trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: góc thực quản-tâm vị tù (dạ dày nằm ngang), kích thước nhỏ, chu kỳ tiêu hóa sữa khoảng 3-4 giờ.
- + Phản xạ nguyên phát tìm vú còn (mất sau 4 tháng) trẻ hay chóp chép miệng, lằm tằm là đói nên cho bú nhiều, bú liên tục dù trẻ chưa đói.
- + Sữa công thức lâu tiêu hơn sữa mẹ.
- Chủ yếu trấn an gia đình, hướng dẫn cho bú và chăm sóc trẻ:
  - + Thời gian bú: linh hoạt theo nhu cầu bé.
  - + Lượng sữa bú: lượng vừa 10-15 ml/kg/lần, 8-10 lần/ngày, trẻ tự động nhả vú/bình khi no, tăng hoặc giảm lượng sữa theo nhu cầu trẻ, không cho trẻ bú quá no.
  - + Làm ợ hơi sau bú, bế hay nằm đầu cao sau bú.
  - + Tránh các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng: quần tã quá chật, mặc quần áo quá chật, bón, băng rốn...
- Điều trị:
  - + Không có điều trị đặc hiệu.
  - + Thuốc: Simethicon 6 giọt/lần x 4 lần sau các cữ bú, Trimebutin 4,8 mg/kg/ngày chia 3 lần.
  - + Tự giới hạn khi trẻ khoảng 3-4 tháng tuổi.
  - + Nếu trào ngược kéo dài, kèm quấy khóc, chậm lên cân nghi bệnh trào ngược dạ dày thực quản, dị ứng đạm sữa bò cần chuyển khám chuyên khoa tiêu hóa.

## 5. CÁC VẤN ĐỀ VỀ DA, RỒN, MẮT

### 5.1. Nhiễm trùng da

- Nhập viện: khi mụn mủ > 1/2 diện tích cơ thể, hay kèm dấu hiệu nhiễm trùng huyết.

- Điều trị ngoại trú: khi mụn mủ < 1/2 diện tích cơ thể, tổng trạng khỏe.

+ Kháng sinh uống:

▪ Erythromycin 50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần.

▪ Cephalexin 50 mg/kg/ngày chia 4 lần.

▪ Oxacillin 50 mg/kg/ngày chia 4 lần.

+ Tắm mỗi ngày.

+ Thoa xanh Methylen.

+ Loại bỏ những yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng: nằm than, tắm lá, kiêng tắm...

### 5.2. Nhiễm trùng rốn

- Nhập viện khi nhiễm trùng rốn nặng: rốn đỏ, vùng da quanh rốn đỏ và sưng nề  $\geq 1$  cm.

- Điều trị ngoại trú: khi nhiễm trùng rốn khu trú: rốn đỏ, vùng da quanh rốn đỏ và sưng nề < 1 cm.

+ Chăm sóc tại chỗ: vệ sinh rốn (cồn 70°, nước muối sinh lý, milian, eosin 1%).

+ Kháng sinh uống: như nhiễm trùng da.

+ Chú ý cho siêu âm tìm tồn tại ống niệu rốn hay nang ở rốn.

### **5.3. Chồi rốn**

- Còn gọi là u hạt rốn, là chồi nhỏ ở giữa rốn, gây tiết dịch rốn. Cần cho siêu âm để tìm tồn tại ống niệu rốn. Chuyển khám ngoại چشم nitrat bạc.

### **5.4. Viêm kết mạc**

- Trẻ sơ sinh sau sanh thường tiết ghèn ít do phản ứng thuốc nhỏ mắt sau sanh, nếu tiết ghèn lượng ít kéo dài hơn 2 tuần là do tắc lệ đạo bẩm sinh.

- Hướng dẫn người nhà nhỏ nước muối sinh lý, dặn khám chuyên khoa mắt nếu tắc lệ đạo kéo dài > 3 tháng.

- Trẻ sơ sinh dễ viêm kết mạc do các tác nhân lây từ đường âm đạo của mẹ như: lậu, tụ cầu, Chlamydia... Dấu hiệu viêm kết mạc: ghèn như mũ lượng nhiều, ở một hay hai mắt, mắt sưng đỏ hay có dấu xuất huyết. Cần làm soi nhuộm gram mũ mắt tìm tác nhân. Chuyển khám chuyên khoa mắt.

## **CHƯƠNG II. HÔ HẤP**

# TIẾP CẬN KHÒ KHÈ TẠI PHÒNG KHÁM

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Khò khè là âm thanh phát ra do dòng khí xoáy qua chỗ hẹp của đường thở trong lồng ngực.

- Khò khè do hẹp phế quản nhỏ thường tăng khi thở ra, đa âm sắc, lan tỏa.

- Khò khè do hẹp khí quản hay 2 phế quản gốc thường 2 thì, đơn âm.

- Khò khè cần được phân biệt với những tiếng thở bất thường khác như tiếng rít, ngáy, tiếng rên, khụt khịt...từ đường hô hấp trên.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

### 2.1. Khò khè cấp

- Dị vật đường thở.
- Cơn hen cấp.
- Viêm tiểu phế quản cấp.
- Viêm phổi siêu vi, Mycoplasma, Chlamydia.

### 2.2. Khò khè tái phát, kéo dài

- Dị vật đường thở bỏ quên.
- Hen phế quản.
- Viêm phổi hít: trào ngược dạ dày thực quản, bệnh thần kinh, cơ...
- Bệnh phổi mạn: loạn sản phế quản phổi, viêm tiểu phế quản tắc nghẽn...

- Bất thường cấu trúc: mềm sụn khí-phế quản, hẹp bẩm sinh hay sẹo hẹp, vòng mạch, rò khí-phế quản với đường tiêu hóa...

- Chèn ép đường thở: hạch lao, u trung thất, tim to, giãn động mạch phổi...

### **3. CÁCH TIẾP CẬN**

#### **3.1. Hỏi bệnh sử**

##### ***3.1.1. Khò khè cấp***

- < 02 tuổi, sau viêm mũi họng: viêm tiểu phế quản.

- 02-04 tuổi, hội chứng xâm nhập, suy hô hấp nhanh: dị vật.

- Trẻ lớn, ho, tăng về đêm, khởi phát sau gắng sức, tiếp xúc dị nguyên, đổi thời tiết: cơn hen phế quản.

##### ***3.1.2. Khò khè tái phát, kéo dài***

- Cơn ho khó thở tăng về đêm, giảm sau khí dung, khởi phát sau viêm mũi họng hay yếu tố khởi phát khác, tiền căn bản thân và gia đình hen, viêm mũi dị ứng, chàm: hen phế quản.

- Sinh non, hay ọc ói, khò khè khi bú, gầy mòn, khàn tiếng tái phát: bệnh lý hít.

- Khò khè đột ngột kéo dài sau hội chứng xâm nhập: dị vật đường thở bỏ quên.

- Viêm phổi tái phát: bệnh phổi mạn.

- Khởi phát từ nhỏ, liên tục, dị tật khác đi kèm: dị tật bẩm sinh đường thở.

- Tiền căn thở máy: loạn sản phổi sơ sinh, hẹp hạ thanh môn do nội khí quản.

- Tiếp xúc lao: hạch lao trung thất.
- Bệnh thần kinh-cơ: bệnh lý hít.

### **3.2. Khám lâm sàng**

- Đánh giá ngay tình trạng suy hô hấp, nguy cơ tắc nghẽn nặng đường thở: tím tái? Thở nhanh? Co lõm ngực? Nói hay khóc ngắt quãng?

- Khò khè thở ra hay 02 thì? Đơn âm, khu trú hay đa âm, lan tỏa?

- Phé âm giảm, lồng ngực căng giảm thông khí?

- Sốt? Ran nổ ẩm?

- Đánh giá đáp ứng với khí dung Salbutamol +/- Budesonide.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Chỉ định nhập cấp cứu**

- Suy hô hấp nặng: bút rút hoặc đờ, tím tái, thở nhanh, co lõm ngực nặng.

### **4.2. Chỉ định nhập viện**

- Khò khè có suy hô hấp trung bình nhẹ không đáp ứng khí dung.

- Viêm tiểu phế quản, viêm phổi chậm đáp ứng điều trị ngoại trú.

- Kèm các bất thường phổi hợp: khó bú, sốt cao...

### **4.3. Khám chuyên khoa Hô hấp**

- Nghi dị vật đường thở.



- Khò khè tái phát, kéo dài: hen phế quản chưa được theo dõi chuyên khoa, bệnh phổi mạn, khò khè chưa rõ nguyên nhân...

- Khò khè không đáp ứng khí dung.

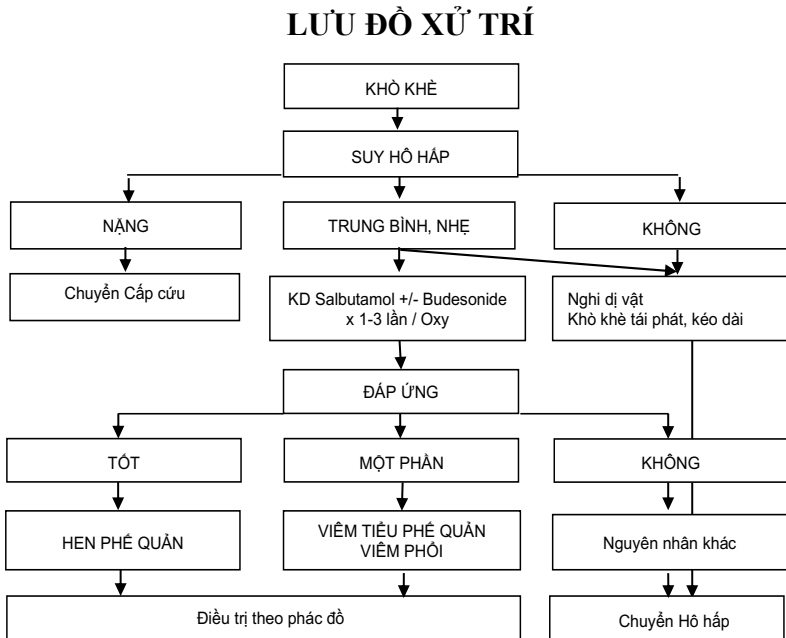
#### 4.4. Điều trị ngoại trú và theo dõi

- Khí dung Salbutamol +/- Budesonide: chẩn đoán và điều trị.

- Điều trị bệnh lý theo phác đồ: viêm tiểu phế quản, viêm phổi, hen phế quản cơn nhẹ, trung bình đã được theo dõi chuyên khoa hô hấp.

- Theo dõi dấu hiệu nặng.

- Tái khám.



# HO

## 1. TỔNG QUAN

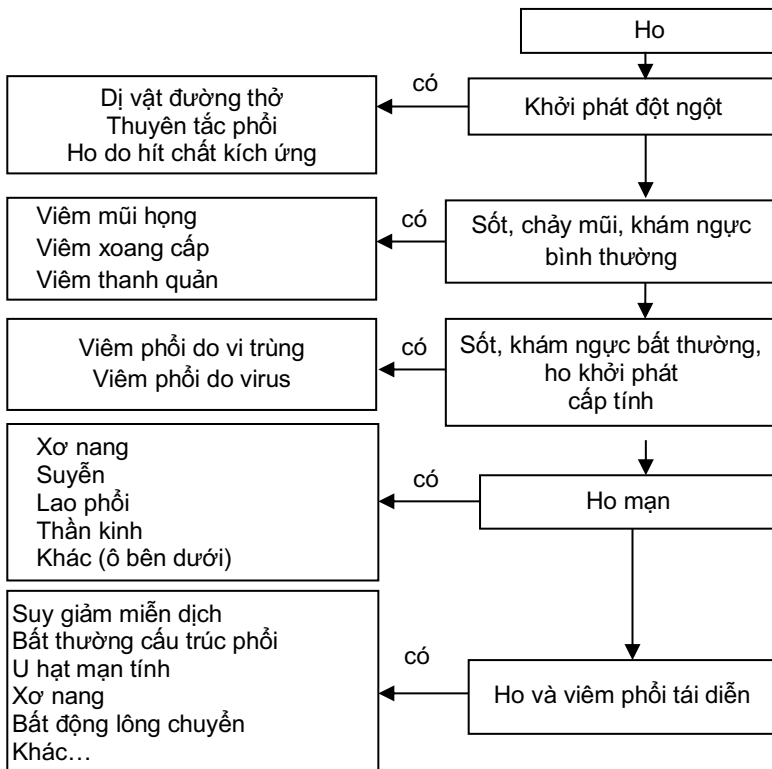
- Ho là một phản xạ bảo vệ đường thở quan trọng, giúp tổng xuất các chất tiết và dị vật ra khỏi đường thở. Ho cũng là triệu chứng hô hấp thường gặp nhất, đa phần có thể tự hết, tuy nhiên cũng có thể là biểu hiện của một bệnh lý nghiêm trọng.

- Cơ chế ho: có 6 giai đoạn.
  - + Kích thích thụ thể ho.
  - + Thì hít vào tăng gấp 1,5-02 lần thể tích khí lưu thông.
  - + Đóng nắp thanh môn.
  - + Giai đoạn tăng áp lực trong lồng ngực gây ra bởi các cơ hô hấp.
  - + Giai đoạn tổng xuất.
  - + Giai đoạn thư giãn các cơ và áp lực đường thở trở về bình thường.
- Phân loại ho:
  - + Theo thời gian: ho cấp tính: ho dưới 02 tuần. Ho bán cấp: 02-04 tuần. Ho mạn: ho mỗi ngày và kéo dài trên 04 tuần.
  - + Theo tính chất: ho đàm, ho khan.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân	Bệnh
Nhiễm trùng	Vi trùng: viêm phổi, lao, ho gà, nhiễm vi khuẩn không điển hình Virus: viêm mũi họng, viêm tiểu phế quản, viêm thanh quản cấp Nấm: nhiễm Aspergillosis, Histoplasmosis, Coccidioidomycosis
Dị ứng/viêm	Suyễn, viêm mũi dị ứng, bệnh phổi mô kẽ, viêm phổi tăng eosinophil, Sarcoidosis
Bệnh tai mũi họng	Hội chứng chảy mũi sau, viêm mũi xoang, viêm tai giữa, liệt dây thanh, rối loạn nuốt gây hít sặc
Bất thường cấu trúc phổi bẩm sinh-mắc phải	Nang phế quản, CPAM, phổi biệt trí, ú khí thùy phổi bẩm sinh Cung động mạch chủ đôi, vòng mạch, bứu máu đường thở Rò khí thực quản Mềm sụn thanh khí phế quản, loạn sản phổi, giãn phế quản
Dị vật đường thở	Dị vật ở tai, mũi, khí phế quản, dị vật thực quản
Môi trường	Khói thuốc lá, khí thải công nghiệp, bụi, nước hoa
Tiêu hóa	Trào ngược dạ dày thực quản
Bệnh do gen	Xơ nang, bất động lông chuyển
Tim mạch	Suy tim sung huyết, phù phổi, thuyên tắc phổi
U	Lymphoma, u quái, bạch cầu cấp, u di căn phổi, u gần cơ hoành
Thần kinh	Rối loạn TIC, ho do tâm lý

### 3. TIẾP CẬN



### 4. CẬN LÂM SÀNG

- Ho cấp tính do nhiễm trùng hô hấp trên đơn thuần: không xét nghiệm.
- Ho do nhiễm trùng: huyết đồ, CRP.
- X quang ngực khi ho kéo dài, ho ra máu, dị vật đường thở.
- Đo chức năng hô hấp nếu nghi ngờ suyễn.

- Nội soi mũi họng nếu nghi ngờ ho do hội chứng chảy mũi sau.
- Các xét nghiệm khác tùy nguyên nhân gợi ý.

## **5. ĐIỀU TRỊ**

- Điều trị bệnh lý gây ho là quan trọng nhất.
- Điều trị triệu chứng ho:
  - + Loãng nhầy và long đàm: Acetylcysteine, Carbocysteine, Guaifenesin, Bromhexine. Dùng cho trẻ em trên 02 tuổi, có phản xạ ho tốt.
  - + Kháng Histamin: dùng điều trị ho do dị ứng. Các thuốc kháng Histamin thế hệ 1 có thể làm giảm tiết dịch hô hấp do có tác dụng anticholinergic.
  - + Thuốc ho có nguồn gốc thảo dược có thể làm giảm mức độ và tần suất ho trong cảm lạnh.
  - +Ức chế ho:
    - Ức chế ho ngoại biên: thuốc giảm đau, gây tê niêm mạc.
    - Ức chế ho trung ương: gồm nhóm á phiện như Codeine, nhóm không á phiện như Dextromethorphan chưa có dữ liệu an toàn cho trẻ em.

## **6. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN**

- Suy hô hấp.
- Không thể ăn uống được.
- Dị vật đường thở.
- Có chỉ định nhập viện của bệnh gây ho.

# VIÊM HÔ HẤP TRÊN (J06)

## 1. TỔNG QUAN

Vùng hô hấp trên được định nghĩa là đường thở tính từ thanh quản trở lên, bao gồm các bộ phận: mũi, xoang, hầu, họng và thanh quản. Hai bệnh lý đường hô hấp trên thường gặp là cảm thường và viêm họng cấp.

## 2. CẢM THƯỜNG

### 2.1. Định nghĩa

- Cảm thường là tình trạng viêm cấp tính và tự giới hạn của đường hô hấp trên do virus, đặc trưng bởi: sốt, ho, đau họng, hắt hơi, chảy mũi, nghẹt mũi, đau đầu và mệt mỏi.

- Trẻ nhỏ hơn 06 tuổi có thể bị 06-08 đợt bệnh/năm, mỗi đợt kéo dài trung bình 14 ngày. Trẻ lớn hơn có thể bị 02-04 đợt/năm, mỗi đợt trung bình 05-07 ngày.

### 2.2. Nguyên nhân

Virus	Chiếm tỷ lệ	Mùa	Gây thêm bệnh khác
Rhinovirus (hơn 100 serotypes)	30-50%	Quanh năm, đỉnh điểm tháng 9 và tháng 3-4	
RSV	5%	Tháng 9- tháng 3	Viêm tiểu phế quản
Influenza virus	5-15%	Mùa đông, đỉnh điểm tháng 2	Cúm, viêm thanh quản, viêm phổi

Parainfluenza virus	5%	Tháng 9- tháng 1	Viêm thanh quản
Adenovirus	< 5%	Tháng 9- tháng 5	Sốt viêm họng-viêm kết mạch-hạch to
Enterovirus (Echovirus, Coxsackievirus)	< 5%	Quan h năm, đỉnh đ điểm mùa hè	Viêm màng não không nhiễm khuẩn, viêm loét miệng
Coronavirus	10-15%	Tháng 11- tháng 2	Viêm phổi, viêm thanh quản
Human metapneumovirus	Không rõ	Cuối đ ông, đầu xuân	Viêm phổi, viêm phế quản

### 2.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán dựa trên lâm sàng là chủ yếu. Triệu chứng thường đỉnh điểm ở ngày thứ 3, sau đó giảm dần.

- Triệu chứng gồm:

- + Sốt chủ yếu ở trẻ nhỏ, ít gặp ở trẻ lớn.
- + Nghẹt mũi.
- + Chảy mũi.
- + Đau họng.
- + Ho có thể kéo dài đến 02-03 tuần sau khi các triệu chứng trên đã giảm.

- Chẩn đoán phân biệt: viêm mũi dị ứng, viêm mũi vụn mạch, dị vật ở mũi, ho gà, bất thường cấu trúc mũi, cúm, viêm họng và amygdalitis do vi trùng.

## **2.4. Biểu chứng**

Nghĩ đến khi sốt không giảm sau 03 ngày, chảy mủ tai, chảy mũi đục mủ, triệu chứng trầm trọng hơn hoặc kéo dài tới ngày 10 không giảm, xuất hiện ran ở phổi.

- Viêm tai giữa.
- Viêm xoang.
- Viêm phổi.
- Khởi phát cơn suyễn.

## **2.5. Điều trị**

Bệnh thường nhẹ và tự giới hạn, điều trị triệu chứng và hỗ trợ là chủ yếu.

### **2.5.1. Điều trị hỗ trợ**

- Uống đủ nước để loãng nhày.
- Giữ không khí đủ độ ẩm, ăn uống đồ ẩm giúp cảm thấy dễ chịu.
- Vệ sinh mũi với nước muối sinh lý.
- Có thể bổ sung thêm Vitamin C tối thiểu 200 mg/ngày.

### **2.5.2. Điều trị triệu chứng**

- Hạ sốt, giảm đau với Paracetamol hoặc Ibuprofen.
- Nghẹt mũi và chảy mũi:
  - + Ưu tiên phương pháp hỗ trợ hơn là dùng thuốc.
  - + Nhỏ mũi hoặc xịt mũi bằng nước muối sinh lý NaCl 9%.
  - + Nếu triệu chứng chảy mũi làm trẻ khó chịu có thể dùng thuốc kháng Histamin thế hệ 1: Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, promethazin,



hoặc thuốc kháng histamin thế hệ II: Loratadin, Cetirizine, Desloratadine, Fexofenadine.

- Ho:
  - + Uống đủ nước, tránh để khô niêm mạc.
  - + Thuốc ho có nguồn gốc thảo dược có thể làm giảm mức độ và tần suất ho.
  - + Không sử dụng thuốc ức chế ho trung ương vì nguy cơ nhiều hơn lợi ích.

## **2.6. Chỉ định nhập viện**

Chỉ định nhập viện khi có biến chứng nặng: viêm phổi nặng, viêm tai giữa nặng, viêm tai xương chũm.

## **2.7. Phòng ngừa**

- Bệnh lây truyền qua đường tiếp xúc và giọt bắn.
- Rửa tay thường xuyên và tránh đưa tay lên mũi miệng.
- Che miệng khi ho bằng khuỷu tay hoặc ho vào khăn.
- Thường xuyên vệ sinh bề mặt, vật dụng hay tiếp xúc.
- Chích ngừa cúm hằng năm.

# **3. VIÊM HỌNG CẤP**

## **3.1. Định nghĩa**

Viêm họng là tình trạng viêm của niêm mạc họng, biểu hiện bằng phù nề, đỏ, xuất tiết, có thể có loét hoặc bông nước.

Viêm họng có thể do nhiều nguyên nhân như nhiễm trùng, ô nhiễm, khói thuốc, hóa chất, dị ứng và cũng có thể là biểu hiện của một bệnh lý toàn thân như Kawasaki, Lupus,

hội chứng Stevens-Johnson... Ở đây chỉ bàn về viêm họng do nguyên nhân nhiễm trùng.

### 3.2. Nguyên nhân

Virus	Vi trùng
<i>Adenovirus</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>
Coronavirus	(Group A streptococcus)
<i>Cytomegalovirus</i>	<i>Arcanobacterium</i>
<i>Epstein-Barr virus</i>	<i>haemolyticum</i>
Enterovirus	<i>Fusobacterium necrophorum</i>
<i>Herpes simplex virus</i>	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>
<i>Human immunodeficiency virus</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<i>Human metapneumovirus</i>	Group C streptococci
<i>Influenza virus</i>	Group G streptococci
<i>Measles virus</i>	<i>Francisella tularensis</i>
<i>Parainfluenza virus</i>	<i>Chlamydophila pneumoniae</i>
<i>Respiratory syncytial virus</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>Rhinoviruses</i>	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>

Trong đó 2 nguyên nhân quan trọng nhất là virus chiếm 80% và *Streptococcus* nhóm A.

### 3.3. Chẩn đoán

#### 3.3.1. Triệu chứng

- Sốt.
- Đau/rát họng.
- Mệt mỏi.
- Đau cơ.

#### 3.3.2. Khám

- Niêm mạc họng đỏ, phù nề, xuất tiết, có thể có loét.
- Amygdale sưng to.

- Hạch cổ to, đau.

Triệu chứng của viêm họng do virus và *Streptococcus* nhóm A thường trùng lặp, khó phân biệt trên lâm sàng. Điểm McIsaac là một công cụ tiên đoán khả năng viêm họng do *Streptococcus* nhóm A.

Triệu chứng	Điểm
Nhiệt độ > 38°C	1
Không ho	1
Hạch trước cổ sưng căng	1
Amydale to hoặc xuất tiết	1
3-14 tuổi	1

Điểm McIsaac	Khả năng viêm họng liên cầu nhóm A
0	17%
1	23%
2	34%
3	50%
≥ 4	68%

### 3.3.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- Phản ứng CPR.
- Test nhanh tìm kháng nguyên *Streptococcus* nhóm A.

### 3.4. Biến chứng

- Viêm họng cấp do siêu vi có thể tạo yếu tố thuận lợi cho:

- + Viêm tai giữa do vi trùng.
- + Viêm xoang do vi trùng.
- Viêm họng cấp do *Streptococcus* nhóm A có thể gây:
  - + Áp-xe thành sau họng, quanh họng.
  - + Thấp khớp cấp.
  - + Viêm cầu thận cấp.

### 3.5. Điều trị

Nguyên tắc: điều trị triệu chứng hoặc điều trị với kháng sinh nếu có bằng chứng nhiễm trùng.

#### 3.5.1. Điều trị triệu chứng

Giảm đau, hạ sốt với:

- Paracetamol 10-15 mg/kg uống mỗi 06-08 giờ.
- Ibuprofen 5-10 mg/kg uống mỗi 06-08 giờ.
- Có thể dùng viên ngậm chứa Menthol, Benzocaine giúp giảm đau.

#### 3.5.2. Kháng sinh

- Viêm họng do *Streptococcus* nhóm A có thể tự cải thiện sau 05 ngày mà không cần điều trị. Điều trị kháng sinh giúp cải thiện sớm triệu chứng và ngăn biến chứng thấp tim, thấp khớp, tuy nhiên không ngừa được viêm cầu thận cấp.

- Kháng sinh điều trị viêm họng do *Streptococcus* nhóm A:

Thuốc	Liều	Thời gian
Amoxicillin	50 mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày	10 ngày
Penicillin V	250 mg x 2 lần/ngày cho trẻ < 27 kg 500 mg x 2 lần/ngày cho trẻ ≥ 27 kg	10 ngày
<b>Bệnh nhân dị ứng Penicillin</b>		
Cephalosporins	Dùng khi dị ứng Penicillin nhẹ, không sốc phản vệ	10 ngày
Erythromycin	40 mg/kg/ngày	10 ngày
Clarithromycin	15 mg/kg/ngày chia 2 lần	10 ngày
Azithromycin	Ngày 1 liều 10 mg/mg Ngày 2-5 liều 5 mg/kg	5 ngày
Clindamycin	20 mg/kg/ngày chia 3 lần	10 ngày

- Nếu không đáp ứng Amoxicillin hoặc Penicillin V có thể dùng Amoxicillin-Clavulanate hoặc nhóm Cephalosporin.

### **3.6. Chỉ định nhập viện**

- Sốt cao không hạ được.
- Biến chứng áp-xe thành sau họng, quanh họng.
- Khi có biến chứng: nhập viện theo chỉ định của bệnh biến chứng.

### **3.7. Phòng ngừa**

- Thường xuyên rửa tay sạch sẽ.
- Ăn uống vệ sinh.
- Điều trị dự phòng nhiễm *Streptococcus* nhóm A cho người có tiền căn thấp khớp cấp để tránh thấp khớp thứ phát. Xem thêm bài thấp khớp cấp.

# VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh khí phế quản cấp hay Croup là bệnh lý gây tắc nghẽn đường hô hấp trên (đề cập đến vùng thanh môn và hạ thanh môn).

Thường gặp trẻ trong độ tuổi mẫu giáo, đỉnh cao là 18-24 tháng, ít gặp ở trẻ > 06 tuổi.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Phần lớn do siêu vi. Trong đó, Parainfluenza virus chiếm đến 75%. Ngoài ra còn có các virus khác như: RSV, Rhinovirus, Adenovirus, Coronavirus, Bocavirus ở người và Enterovirus, sởi.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Chẩn đoán

#### 3.1.1. Bệnh sử

- Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, sổ mũi. Sau 1-3 ngày đột ngột xuất hiện triệu chứng tắc nghẽn hô hấp rõ rệt.
- Thường nặng lên về đêm.

#### 3.1.2. Tiền căn

- Hội chứng xâm nhập để loại trừ dị vật đường thở.
- Tiền căn thở rít, khó thở thanh quản.
- Trẻ còn ăn uống được, nuốt khó hay không để phân biệt viêm nắp thanh môn.

### 3.2. Khám

- Triệu chứng viêm thanh quản điển hình: ho “ông ổng”, khàn tiếng, thở rít.
- Đánh giá mức độ khó thở của bệnh nhân.
- Đánh giá tình trạng mất nước (do trẻ không uống được, sốt và thở nhanh).
- **Đánh giá độ nặng** viêm thanh khí phế quản: thang điểm Westley.

Đặc điểm	Mức độ	Điểm
Tri giác	Bình thường	0
	Rối loạn tri giác	5
Tím	Không	0
	Khi quấy	4
	Lúc nghỉ	5
Thở rít	Không	0
	Khi quấy	1
	Lúc nghỉ	2
Thông khí	Bình thường	0
	Giảm	1
	Giảm nặng	2
Co kéo	Không	0
	Nhẹ	1
	Trung bình	2
	Nặng	3
≤ 02 điểm: nhẹ 03-07 điểm: trung bình 08-11 điểm: nặng ≥ 12 điểm: suy hô hấp tiến triển		

- Cận lâm sàng:
  - + Công thức máu: bạch cầu thường không tăng.

- + X quang cổ thẳng, nghiêng: hình ảnh tháp chuông nhà thờ hoặc hẹp vùng thanh môn.
- + Nội soi thanh quản: không chỉ định thường quy, chỉ định khi:
  - Cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở hay thở rít do nguyên nhân khác.
  - Khó thở thanh quản tái phát.
  - Thất bại với điều trị nội khoa.

### 3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thanh thiệt cấp/Viêm nắp thanh môn:
  - + Tác nhân: vi khuẩn *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*...
  - + Sốt cao, đau họng, khó nuốt, chảy nước bọt, diễn tiến nhanh trong vòng 06-24 giờ.
  - + Tư thế ngồi nghiêng người ra trước.
- Abscess thành sau họng: sốt cao, không nuốt được, ± cổ gượng.
  - Abscess quanh amidan.
  - Viêm khí quản do vi khuẩn: sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng, ho đàm nhiều.
  - Bất thường đường thở: mềm sụn thanh quản, mềm sụn khí quản, bứu máu đường thở.
    - Bạch hầu.
    - Dị vật đường thở: khởi phát đột ngột, có hội chứng xâm nhập.
    - Chấn thương.
    - Bỏng do chất ăn mòn.



- Viêm thanh quản co thắt: tuổi mắc bệnh thường lớn hơn.
- Phù mạch.
- Hạ calci.
- Bất thường đường thở.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Chỉ định nhập cấp cứu**

- Suy hô hấp: tím tái, kích thích, giảm oxy máu.
- Sốt cao hoặc trẻ có biểu hiện nhiễm độc.

### **4.2. Chỉ định nhập viện**

- Viêm thanh khí phế quản cấp nặng.
- Viêm thanh khí phế quản cấp trung bình không đáp ứng khi dùng Adrenaline và Corticoid.
- Không uống được.
- Mất nước nặng.
- Người nhà không biết hoặc không thể theo dõi.
- Một số cân nhắc khác: tuổi nhỏ < 06 tháng, tái phát trong 24 giờ, nhà xa...

### **4.3. Điều trị ngoại trú**

- Kháng viêm: hiệu quả rõ rệt trong viêm thanh khí quản do siêu vi.
  - + Dexamethasone: 0,15-0,6 mg/kg liều (tối đa 16 mg/ngày), 1 liều duy nhất uống.
  - + Thay thế: Prednisolone: 2 mg/kg/ngày x 3 ngày (hiệu quả tương đương Dexamethasone 0,6 mg/kg liều duy nhất).

- + Chống chỉ định: thủy đậu, lao tiến triển.
- + Budesonide: 1-2 mg/lần khi có chống chỉ định corticoids toàn thân.
  - Khí dung Adrenalin 1% 0,4-0,5 mg/kg (tối đa 5 ml/lần) viêm thanh quản trung bình-nặng, có thể lặp lại sau 30 phút-1 giờ nếu còn khó thở, tối đa 3 liều. Thận trọng: rối loạn nhịp nhanh, tứ chứng Fallot, bệnh tim có hẹp đường thoát thất.
  - Kháng sinh: không có chỉ định.
  - Điều trị triệu chứng và hỗ trợ: hạ sốt, giảm ho, tránh kích thích.
  - Hướng dẫn dấu hiệu nặng cần đi khám ngay: thở co lõm ngực, thở rít khi nằm yên, thở rít tiến triển, tím, thay đổi tri giác.
  - Tái khám mỗi ngày.

# VIÊM PHẾ QUẢN (J20)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phế quản là hội chứng lâm sàng gây ra do tình trạng viêm cấp của khí quản và phế quản lớn.

Thường là do nhiễm virus, hiếm khi do nhiễm trùng.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

### 2.1. Virus: nguyên nhân chủ yếu

- Thường gặp: Adenovirus, Influenza, Parainfluenza.
- Ngoài ra: RSV, Rhinovirus, Coxsackievirus, Herpes simplex virus.

### 2.2. Vi trùng: rất hiếm

- Thường gặp: *S.pneumonia*, *H.influenza*, *M.catarrhalis*, *Clamidia pneumonia*, *Mycoplasma pneumonia*.

### 2.3. Các nguyên nhân khác

- Dị ứng.
- Trào ngược dạ dày-thực quản.
- Nấm.

## 3. CÁCH TIẾP CẬN

### 3.1. Bệnh sử

- Tuổi khởi phát, thời gian khởi phát.
- Triệu chứng liên quan lúc ăn/bú.
- Triệu chứng kèm (sốt, khô khè).

- Đặc trưng của ho: thời gian, các yếu tố làm giảm ho hay kích thích khởi phát ho.

- Tiền căn:

- + Bệnh đường hô hấp, ho khò khè tái phát, ngạt, viêm tai giữa, chậm lớn.

- + Tiền sử gia đình: suyễn, viêm phế quản, viêm xoang, xơ hóa nang.

- + Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, ozon.

### **3.2. Khám lâm sàng**

- Tăng trưởng và phát triển.

- Triệu chứng về hô hấp:

- + Ran phổi, khò khè, ngón tay dùi trống.

- + Đau căng xoang, sưng nề, chảy mũi sau, viêm mũi, viêm mũi dị ứng, polype mũi.

- + Lâm sàng cải thiện khi dùng thuốc giãn phế quản.

### **3.3. Cận lâm sàng: không chỉ định thường quy**

- X quang phổi: khi nghi ngờ bội nhiễm hay cần chẩn đoán phân biệt.

- Cây đờm: khi bội nhiễm hay nghi ngờ vi trùng (không thường gặp).

- Phân lập siêu vi thường khó, chỉ giúp ích cho mục đích dịch tễ học.

### **3.4. Chẩn đoán**

- Chẩn đoán viêm phế quản cấp do siêu vi thường dựa trên lâm sàng:

- + Hội chứng nhiễm siêu vi (sốt, ho, sổ mũi).
- + Không thở nhanh và không thở co lõm, phổi bình thường hoặc có thể có ran ngáy ẩm to hạt.
- X quang phổi: hội chứng phế quản.

### **3.5. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm tiểu phế quản.
- Viêm phổi.
- Suyễn.
- Dị vật phế quản.

## **4. XỬ TRÍ**

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** suy hô hấp độ 2 trở lên.

**4.2. Chỉ định nhập viện:** điều trị ngoại trú không cải thiện hoặc có dấu hiệu bệnh nặng.

**4.3. Điều trị ngoại trú: chủ yếu là điều trị triệu chứng**

### **4.3.1. Điều trị triệu chứng**

- Uống nhiều nước giúp thanh thải đàm nhớt dễ dàng.
- Hạ sốt: Paracetamol.
- Thuốc ho: khi bệnh nhân ho nhiều gây nôn ói, không ăn uống được, không ngủ được. Có thể dùng các thuốc ho thảo dược.

### **4.3.2. Điều trị đặc hiệu**

- Kháng sinh: chỉ khi có bằng chứng nhiễm trùng.
- Thuốc dẫn phế quản: khi có khò khè hay nghi ngờ suyễn (phun khí dung Salbutamol liều 0,15 mg/kg lần, tối thiểu 2,5 mg/lần, tối đa 5 mg/lần).

#### **4.3.3. Theo dõi ngoại trú**

- Tái khám sau 03-05 ngày nếu còn ho.

#### **4.3.4. Dấu hiệu tái khám ngay**

- Thờ nhanh.
- Sốt cao khó hạ.
- Không ăn uống được, nôn ói nhiều.
- Có các dấu hiệu bệnh nặng khác.

#### **4.3.5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà**

- Cho trẻ nghỉ ngơi.
- Làm sạch mũi.
- Uống nhiều nước.
- Không cho trẻ tiếp xúc khói thuốc lá.
- Giữ môi trường sạch sẽ, thoáng mát.

# VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN (J21)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tiêu phế quản là bệnh lý viêm cấp tính của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, gặp ở trẻ < 02 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh và co lõm ngực.

VTPQ là hội chứng lâm sàng xảy ra ở trẻ dưới 02 tuổi, đặc trưng bởi triệu chứng hô hấp trên (vd: chảy mũi), sau đó là viêm đường hô hấp dưới (đường thở nhỏ/phế quản) dẫn đến khò khè và/hoặc ran phổi.

VTPQ chủ yếu do nhiễm virus lần đầu hoặc tái phát, đôi khi do vi khuẩn (vd: *Mycoplasma pneumonia*).

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Respiratory syncytial virus (RSV): chiếm đa số hơn 50%, tiếp theo là Rhinovirus.

- Virus khác ít gặp hơn: Parainfluenza virus, Human metapneumovirus, Influenza virus, Adenovirus, Coronavirus, và Human bocavirus. [2]

- Ngoài ra có thể gặp *Mycoplasma pneumonia* và *Bordetella pertussis*.

## 3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định viêm tiêu phế quản dựa vào dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ dưới 02 tuổi.

### **3.1. Dịch tễ**

- Lứa tuổi: dưới 24 tháng, thường gặp dưới 12 tháng, đỉnh cao nhất 02-06 tháng.

- Mùa: xảy ra quanh năm tại các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới.

- lây truyền: lây do tiếp xúc trực tiếp với người bệnh qua giọt bắn khi ho, hắt hơi; hoặc gián tiếp qua tay người chăm sóc, đồ chơi.

### **3.2. Lâm sàng**

- Khởi đầu với các triệu chứng nhiễm siêu vi: sốt, ho, sổ mũi.

- Một hai ngày sau trẻ khò khè, thở nhanh, co lõm ngực, quấy khóc, bú kém.

- Khám:

- + Phổi nghe ran rít hoặc ran ẩm nhỏ hạt.

- + Trẻ có thể bị mất nước do sốt, thở nhanh và bú kém.

- Cần chú ý các dấu hiệu nặng để theo dõi sát và xử trí kịp thời:

#### **3.2.1. Liên quan cơ địa**

- Tuổi < 03 tháng.

- Tiền sử sinh non  $\leq 36$  tuần, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh.

- Bệnh tim bẩm sinh thay đổi huyết động quan trọng: tim bẩm sinh tím, cao áp phổi trung bình-nặng.

- Bệnh phổi mạn kèm theo: loạn sản phế quản phổi, thiếu sản phổi.

- Tật bẩm sinh hoặc bất thường giải phẫu đường hô hấp.



- Bệnh lý thần kinh cơ.
- Suy dinh dưỡng nặng.
- Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải.

### **3.2.2. Liên quan hô hấp**

### **3.3. Cận lâm sàng**

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng, chủ yếu lympho.
- X quang ngực: không đặc hiệu.
  - + Dày thành phế quản 50-80%.
  - + Viêm phổi kẽ 50-80%.
  - + Ú khí phế nang: ú khí đơn thuần 2%, ú khí kèm các tổn thương khác 50%.
  - + Thâm nhiễm phổi 30%.
  - + Xẹp phổi (thường ở thùy trên phổi phải) 25%.
  - + Cũng có thể bình thường 10%.

### **3.4. Chẩn đoán phân biệt**

- Suyễn nhũ nhi: khò khè  $\geq 03$  lần có đáp ứng với thuốc dẫn phế quản, gia đình có tiền căn suyễn hoặc dị ứng.
  - Viêm phổi.
  - Ho gà: trẻ  $< 03$  tháng chưa được chủng ngừa.
  - Dị vật đường thở.
  - Suy tim sung huyết, viêm cơ tim siêu vi.
  - Trào ngược dạ dày thực quản.
  - Bất thường giải phẫu đường hô hấp.

## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** khi có dấu hiệu suy hô hấp nặng hoặc dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.

### 4.2. Chỉ định nhập viện

- Trẻ  $\geq$  03 tháng tuổi: một trong những biểu hiện sau:
  - + Nhịp thở  $\geq$  70 lần/phút.
  - + Mạch  $\geq$  150 lần/phút.
  - + Tím tái.
  - + Thay đổi tri giác.
  - + Xẹp phổi trên X quang.
- Trẻ < 03 tháng: có thở nhanh hoặc mạch > 140 lần/phút.
- Nguy kịch hô hấp trung bình-nặng: phập phồng cánh mũi, co lõm ngực, thở rên, nhịp thở > 70 lần/phút, khó thở, tím tái.
  - Giảm oxy máu < 90%.
  - Ngưng thở.
  - Vết nhiễm độc.
  - Bú kém.
  - Lơ mơ.

### 4.3. Điều trị ngoại trú

- Các trường hợp nhẹ có thể điều trị ngoại trú, hay điều trị ở tuyến cơ sở.
  - Chỉ cần điều trị triệu chứng:
    - + Tiếp tục cho trẻ ăn/bú bình thường.
    - + Thông thoáng đường thở bằng NaCl 0,9%.
    - + Cho trẻ uống nhiều nước.
    - + Hạ sốt.

- Không dùng kháng sinh, thuốc dẫn phế quản, corticoid, nước muối ưu trương.
- Theo dõi sát diễn tiến bệnh.
- Hướng dẫn các dấu hiệu cần tái khám ngay.
- Tái khám sau 02 ngày.

#### 4.4. Điều trị khác

- Kháng sinh:
  - + Không dùng kháng sinh thường quy trong điều trị viêm tiểu phế quản (1B). Chỉ định khi có bằng chứng bội nhiễm vi trùng hoặc lâm sàng có dấu hiệu nặng chưa loại trừ nhiễm trùng:
    - Sốt cao đột ngột hoặc kéo dài.
    - Diễn tiến lâm sàng xấu nhanh trong vòng 24-48 giờ.
    - Bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế.
    - CRP > 20 mg/l.
    - X quang có thâm nhiễm đông đặc phổi.
  - + Có thể sử dụng kháng sinh như trong điều trị viêm phổi.
- Thuốc dẫn phế quản:
  - + Không khí dung dẫn phế quản thường quy cho trẻ viêm tiểu phế quản lần đầu (2B).
  - + Có thể sử dụng khi chưa loại trừ suyễn.
  - + Khí dung Salbutamol: 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu 2,5 mg; tối đa 05 mg/lần)/Adrenalin cho viêm tiểu phế quản nặng hoặc suy hô hấp, đánh giá trước và sau phun 1 giờ, nếu đáp ứng duy trì mỗi 04-06 giờ, ngưng khi không cải thiện.

- + Không khuyến cáo dùng dẫn phế quản đường uống.
- Corticoid: Corticoid.
  - + Không khuyến cáo dùng thường quy ở trẻ khỏe mạnh và trẻ nhỏ viêm tiểu phế quản lần đầu (1A).
  - + Có thể có hiệu quả ở những bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính (loạn sản phế quản phổi) và bệnh nhân khò khè nhiều lần trước đó.
  - + Khí dung corticoid không hiệu quả trong dự phòng khò khè tái phát.
- Vật lý trị liệu hô hấp: không chỉ định thường quy, chỉ định trong những trường hợp có xẹp phổi.

# VIÊM PHỔI (J18)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là tình trạng tổn thương nhu mô phổi.

Viêm phổi bao gồm: viêm phế quản phổi, viêm phổi thùy và áp-xe phổi.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

### 2.1. Do vi sinh

Các tác nhân thường gặp theo tuổi				
Sơ sinh	1-6 tháng	6-12 tháng	1-5 tuổi	Hơn 5 tuổi
Nhóm B	Virus	Virus	Virus	Virus
<i>Streptococcus</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>M.pneumoniae</i>	<i>M.pneumoniae</i>
Enteric gram âm	<i>Haemophilus influenza</i>	<i>Haemophilus influenza</i>	<i>S.pneumoniae</i>	<i>S.pneumoniae</i>
RSV	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>C.pneumoniae</i>	<i>C.pneumoniae</i>
	<i>Moraxella catarrhalis</i>	<i>Moraxella catarrhalis</i>		
	<i>Chlamydia trachomatis</i>			
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>			
	Ho gà			

### 2.2. Không do vi sinh

- Hít sặc thức ăn, dịch dạ dày, chất béo, chất bay hơi, dị vật...
- Miễn dịch.
- Thuốc, chất phóng xạ.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Lâm sàng**

##### **3.1.1. Giai đoạn khởi phát**

- Nhiễm siêu vi hô hấp trên: ho, sổ mũi, sốt nhẹ, hoặc
- Triệu chứng nhiễm khuẩn: sốt cao, lạnh run, nhức đầu, quấy khóc ở trẻ nhỏ.
- Triệu chứng tiêu hóa: ói, biếng ăn, chướng bụng, tiêu chảy.

##### **3.1.2. Giai đoạn toàn phát**

- Triệu chứng không đặc hiệu như trên.
- Triệu chứng tại phổi:
  - + Ho: lúc đầu ho khan, sau đó ho đàm, trẻ nhỏ có thể không ho.
  - + Khò khè: thường gặp viêm phổi do siêu vi hay tác nhân không điển hình.
  - + Đau ngực: thường trong viêm phổi có biến chứng.
  - + Suy hô hấp:
    - Thở nhanh: dấu hiệu nhạy nhất.
    - Khó thở, thở rên, thở co kéo cơ hô hấp phụ, phập phồng cánh mũi, tím tái.

#### **3.2. Khám**

- Tìm dấu hiệu nặng: tím tái, không uống được, li bì khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.
- Thở nhanh:
  - + Trẻ < 02 tháng: nhịp thở  $\geq 60$  lần/phút.
  - + Trẻ 02 tháng đến < 12 tháng: nhịp thở  $\geq 50$  lần/phút.

- + Trẻ 12 tháng đến < 05 tuổi: nhịp thở  $\geq 40$  lần/phút.
- + Trẻ  $\geq 05$  tuổi: nhịp thở  $\geq 30$  lần/phút.
- Tăng công hô hấp: co lõm ngực, phập phồng cánh mũi, thở rên, đầu gật gù.
- Nghe phổi: ran nổ, ran ẩm, rì rào phế nang giảm, âm thổi ống, rung thanh tăng...
- Chú ý những triệu chứng ngoài phổi gợi ý tác nhân: nhọt da, viêm cơ, viêm xoang, viêm tai giữa...

### 3.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, CRP: gợi ý tác nhân gây viêm phổi do vi trùng hay virus.
- X quang ngực thẳng: không làm thường quy. Chỉ định khi:
  - + Viêm phổi nặng.
  - + Viêm phổi cần nhập viện.
  - + Tiền căn viêm phổi tái phát.
  - + Loại trừ viêm phổi (trẻ từ 03-36 tháng) có sốt  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  kèm bạch cầu tăng ( $> 20.000/\text{mm}^3$ ), trẻ lớn (< 10 tuổi) có sốt  $> 38^{\circ}\text{C}$  và bạch cầu  $> 15.000/\text{mm}^3$ .
  - + Loại trừ nguyên nhân khác gây suy hô hấp: dị vật, suy tim, hít...

### 3.4. Chẩn đoán xác định

- Khi có triệu chứng nhiễm trùng hô hấp: sốt, ho, thở nhanh, co lõm ngực, thở rên, phập phồng cánh mũi và dấu hiệu thiếu oxy máu.

- Khám phổi bất thường kèm tổn thương trên X quang phổi.

- WHO sử dụng nhịp thở nhanh là tiêu chuẩn duy nhất để chẩn đoán viêm phổi ở trẻ bị ho hoặc khó thở ở các nước đang phát triển có tỷ lệ viêm phổi cao.

### 3.5. Phân độ nặng

Viêm phổi nhẹ	Viêm phổi nặng
Nhiệt độ < 38,5°C	Nhiệt độ ≥ 38,5°C
Khó thở nhẹ hoặc không khó thở	Khó thở trung bình-nặng
Tăng nhịp thở nhưng ít hơn ngưỡng khó thở trung bình-nặng	Nhịp thở > 70 lần/phút ở nữ nhi, > 50 lần/phút ở trẻ lớn
Co lõm ngực nhẹ hoặc không co lõm	Co lõm ngực trung bình-nặng
Không thở rên	Thở rên
Không phập phồng cánh mũi	Phập phồng cánh mũi
Không ngưng thở	Ngưng thở
Thở nông nhẹ	Thở nông nhiều
Màu da bình thường	Tím tái
Tri giác bình thường	Tri giác thay đổi
Ăn bình thường, không ói	Không ăn hoặc mất nước
Nhịp tim bình thường	Nhịp tim tăng
Thời gian phục hồi da < 2 giây	Thời gian phục hồi da ≥ 2 giây
SpO <sub>2</sub> ≥ 92%	SpO <sub>2</sub> < 92%

**Chẩn đoán phân biệt:** suyễn, dị vật đường thở, bệnh phổi bẩm sinh, suy tim, tim bẩm sinh, bệnh cơ tim, bệnh chuyển hóa...



## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Chỉ định nhập cấp cứu**

Suy hô hấp độ 2 trở lên.

### **4.2. Chỉ định nhập viện**

- Trẻ nhỏ hơn 02 tháng.
- Vết mặt nhiễm trùng nhiễm độc.
- Viêm phổi nặng.
- Viêm phổi có biến chứng.
- Có bệnh kèm theo: tim bẩm sinh, suy giảm miễn dịch, rối loạn nhận thức, đột biến gen.
- Nghi ngờ hoặc xác định viêm phổi do vi khuẩn có độc lực mạnh như: *S.aureus* hoặc *Streptococcus* nhóm A.
- Điều trị ngoại trú thất bại: tình trạng không cải thiện hoặc nặng hơn sau 48-72 giờ.
- Nhà xa hoặc không có điều kiện theo dõi.

### **4.3. Điều trị ngoại trú**

#### **4.3.1. Nguyên tắc điều trị**

- Đánh giá đúng mức độ nặng nhẹ của bệnh.
- Dùng kháng sinh phù hợp (dựa vào lâm sàng, lứa tuổi).
- Đánh giá tình trạng lâm sàng sau 48 đến 96 giờ điều trị.

### 4.3.2. Lựa chọn kháng sinh

Lứa tuổi	Kháng sinh
<b>2 tháng-5 tuổi</b>	Ưu tiên: - Amoxicillin 90 mg/kg chia 3 lần (tối đa 4 g), 07-10 ngày Nếu bệnh nhân dị ứng Penicillin hoặc Beta lactam. - Azithromycin Ngày 1: 10 mg/kg/ngày Ngày 2 đến ngày 5: 5 mg/kg/ngày - Clarithromycin 15 mg/kg/ngày chia 2 lần (tối đa 1 g/ngày), 7-10 ngày - Cefuroxime 30 mg/kg/ngày chia 2 lần, 7-10 ngày
<b>5 tuổi-16 tuổi</b>	- Azithromycin Ngày 1: 10 mg/kg/ngày (tối đa 500 mg/ngày) Ngày 2 đến ngày 5: 5 mg/kg/ngày (tối đa 250 mg/ngày)

### 4.4. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt.
- Thuốc giảm ho: siro nguồn gốc thảo dược, tránh dùng thuốc ho có chứa codein cho trẻ dưới 6 tuổi.

## 5. TÁI KHÁM

- Theo hẹn: sau 02 ngày.
- Dấu hiệu tái khám ngay: khi bé có một trong những dấu hiệu sau: tím tái, li bì, bỏ bú hoặc không uống được, khó đánh thức, thở mệt hơn, bệnh nặng hơn.

## 6. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI TẠI NHÀ

- Uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Cho trẻ uống nhiều nước.

- Tiếp tục cho bé bú ăn như bình thường.
- Theo dõi các dấu hiệu cần tái khám ngay.

## **7. PHÒNG NGỪA**

- Tiêm chủng theo lịch.
- Rửa tay thường xuyên.
- Tránh khói thuốc lá.

# HEN TRẺ EM (J45.9)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Hen là một bệnh lý viêm mạn đường thở kết hợp với tăng phản ứng của đường dẫn khí, giới hạn luồng khí thở ra dao động, biểu hiện bởi các đợt ho, khò khè, khó thở, nặng ngực.

## 2. CÁCH TIẾP CẬN

### 2.1. Bệnh sử

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

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

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

### 2.3. Cận lâm sàng

- Thăm dò chức năng hô hấp: để theo dõi, quản lý hen:
  - + Hô hấp ký (> 5 tuổi): FEV1 < 80%, FEV1/FVC < 70%, PEF.

- + Hội chứng tắc nghẽn có đáp ứng với dẫn phế quản: FEV1 tăng trên 12%.
- + Dao động xung ký (IOS-impulse osillometry): trẻ 02-05 tuổi.
- Xét nghiệm khác:
  - + Công thức máu (bạch cầu ái toan/máu).
  - + Test da với các dị nguyên.
  - + IgE trong máu.
  - + FeNO: đo khí NO trong khí thở ra.
  - + X quang phổi: chẩn đoán phân biệt, phát hiện biến chứng.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Chẩn đoán hen: 5 tiêu chuẩn.

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

#### 3.2. Chẩn đoán mức độ nặng cơn hen

##### ❖ Trẻ ≤ 5 tuổi

	Nhẹ	Nặng
Thay đổi tri giác	Không	Kích thích, lơ mơ, lú lẫn
SpO <sub>2</sub>	≥ 92%	< 92%
Nói từng câu/từng từ	Từng câu	Từng từ

Mạch	< 100 lần/phút	> 180 lần/phút (0-3 tuổi) > 150 lần/phút (4-5 tuổi)
Tần số thở	≤ 40 lần/phút	> 40 lần/phút
Tím trung ương	Không	Tím trung ương
Mức độ khò khè	Thay đổi	Có thể lồng ngực im lặng

**Lưu ý:** Chỉ cần hiện diện vài thông số, không cần thiết tất cả các thông số để phân độ nặng cơn hen.

**❖ Trẻ > 5 tuổi**

	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Đạ ngưng thở
Tri giác	Tỉnh	Ít kích thích	Kích thích	U ám, lú lẫn
Khả năng nói chuyện	Nói câu dài	Nói câu ngắn	Từng từ	Không nói được
Tư thế	Có thể nằm được	Thường ngồi	Ngồi gập người ra trước	
Nhịp thở	Tăng	Tăng	Thường > 30 lần/phút	
Khò khè	Trung bình	Nặng	Nặng	Mất
Cơ kéo cơ hô hấp phụ và hõm trên xương ức	Không	Thường có	Cơ kéo cơ hô hấp phụ	Di chuyển ngực bụng nghịch thường
SpO <sub>2</sub> (khí trời)	> 95%	90-95%	< 90%	
Mạch	< 100 lần/phút	100-120 lần/phút	> 120 lần/phút	Nhịp chậm

Khó thở	Khi đi lại	Khi nói Trẻ nhỏ: khóc yếu hơn, ngắn hơn, khó ăn	Khi nghỉ ngơi Trẻ nhỏ: bỏ ăn	
PEF	> 50% giá trị dự đoán hoặc tốt hơn	> 50% giá trị dự đoán hoặc tốt hơn	≤ 50% giá trị dự đoán hoặc tốt hơn	

### 3.3. Chẩn đoán mức độ kiểm soát hen

#### ❖ Trẻ ≤ 5 tuổi

Kiểm soát triệu chứng		Mức kiểm soát triệu chứng hen		
Trong 04 tuần qua, trẻ đã:		Kiểm soát tốt	Kiểm soát một phần	Không kiểm soát
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có các triệu chứng hen ban ngày trong hơn vài phút, hơn một lần trong tuần</li> <li>- Có bất kỳ hạn chế hoạt động do hen nào không? (Chạy/chơi ít hơn trẻ em khác, dễ mệt trong lúc đi bộ/chơi?)</li> <li>- Cần thuốc cắt cơn hơn một lần một tuần?</li> <li>- Có lần nào thức giấc ban đêm hoặc ho ban đêm do hen không?</li> </ul>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>  Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>  Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>  Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	} Không điều nào	1-2 điều	3-4 điều

### Nguy cơ tương lai đối với kết cục hen xấu

Các yếu tố nguy cơ đối với đợt kịch phát hen trong vòng vài tháng tới

- Các triệu chứng hen không kiểm soát
- Một hoặc nhiều hơn đợt kịch phát nặng trong năm vừa qua
- Bắt đầu mùa trẻ thường lên cơn hen.
- Tiếp xúc: khói thuốc lá, ô nhiễm không khí trong nhà hoặc ngoài trời (mạt nhà, gián, thú nuôi, nấm mốc), nhất là khi kết hợp với nhiễm siêu vi
- Trẻ hoặc gia đình có các vấn đề về tâm lý hay kinh tế-xã hội
- Kém tuân thủ điều trị, hoặc kỹ thuật hít thuốc không đúng

Yếu tố nguy cơ đối với giới hạn luồng khí cố định

- Hen nặng với vài lần nhập viện
- Bệnh sử viêm tiểu phế quản

Yếu tố nguy cơ đối với tác dụng phụ của thuốc

- Toàn thân: các đợt OCS thường xuyên, ICS liều cao
- Tại chỗ: ICS liều trung bình/cao, kỹ thuật hít không đúng, không bảo vệ da hoặc mắt khi sử dụng ICS PKD hoặc bùong đệm

### ❖ Trẻ > 5 tuổi

<b>A. Kiểm soát triệu chứng</b>		<b>Mức kiểm soát triệu chứng hen</b>		
Trong 04 tuần vừa qua, trẻ đã: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Có triệu chứng hen ban ngày &gt; 02 lần/tuần?</li> <li>• Có thức giấc về đêm do hen?</li> <li>• Có cần thuốc cắt cơn hơn 02 lần/tuần?</li> </ul> Có hạn chế hoạt động do hen?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Kiểm soát tốt  Không điều nào	Kiểm soát một phần  1-2 điều	Không kiểm soát  3-4 điều
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			
	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>			



<b>B. Nguy cơ tương lai đối với kết cục hen xấu</b>	
<p>Đánh giá yếu tố nguy cơ lúc chẩn đoán và định kỳ, đặc biệt đối với bệnh nhân từng bị đợt kịch phát.</p> <p>Đo FEV1 lúc bắt đầu điều trị, sau khi điều trị với thuốc kiểm soát 03-06 tháng để ghi nhận chức năng phổi tốt nhất của bệnh nhân, sau đó định kỳ để đánh giá nguy cơ đang diễn tiến.</p>	
<p>Yếu tố nguy cơ độc lập thay đổi được đối với đợt kịch phát</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triệu chứng hen không kiểm soát</li> <li>• Sử dụng thuốc cắt cơn quá nhiều (&gt; 1 bình xịt/tháng)</li> <li>• Dùng ICS không đủ: không kê toa ICS; kém tuân thủ điều trị; kỹ thuật hít thuốc không đúng</li> <li>• FEV1 thấp, nhất là nếu &lt; 60% dự đoán</li> <li>• Có vấn đề về tâm lý hoặc kinh tế-xã hội</li> <li>• Tiếp xúc: khói thuốc lá; dị nguyên nếu nhạy cảm</li> <li>• Bệnh lý đi kèm: béo phì; viêm mũi xoang mạn; dị ứng thức ăn đã xác định</li> <li>• Tăng FeNO</li> <li>• Bạch cầu ái toan trong đàm hoặc trong máu tăng</li> </ul> <p>Các yếu tố nguy cơ độc lập lớn khác đối với đợt kịch phát</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Từng đặt nội khí quản hoặc nhập ICU vì hen</li> <li>• ≥ 1 đợt kịch phát nặng trong 12 tháng vừa qua.</li> <li>• Dị ứng thức ăn được xác định</li> </ul>	<p>Có ≥ 1 các yếu tố nguy cơ này làm tăng nguy cơ bị đợt kịch phát cho dù các triệu chứng được kiểm soát tốt</p>
<p>Yếu tố nguy cơ giới hạn luồng khí cố định</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinh non, cân nặng lúc sinh thấp, tăng cân nhanh trong thời kỳ nhũ nhi</li> <li>• Thiếu điều trị ICS</li> <li>• Tiếp xúc: khói thuốc lá; hóa chất độc</li> <li>• FEV1 ban đầu thấp; tăng tiết chất nhày mạn tính; bạch cầu ái toan trong đàm hoặc trong máu tăng</li> </ul>	
<p>Yếu tố nguy cơ tác dụng phụ của thuốc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toàn thân: dùng OCS thường xuyên; ICS dài hạn, liều cao và/hoặc mạnh; cũng như sử dụng thuốc ức chế P450</li> <li>• Tại chỗ: ICS liều cao hoặc mạnh; kỹ thuật hít thuốc kém</li> </ul>	

### **3.4. Chẩn đoán phân biệt hen trẻ dưới 5 tuổi**

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

## **4. ĐIỀU TRỊ**

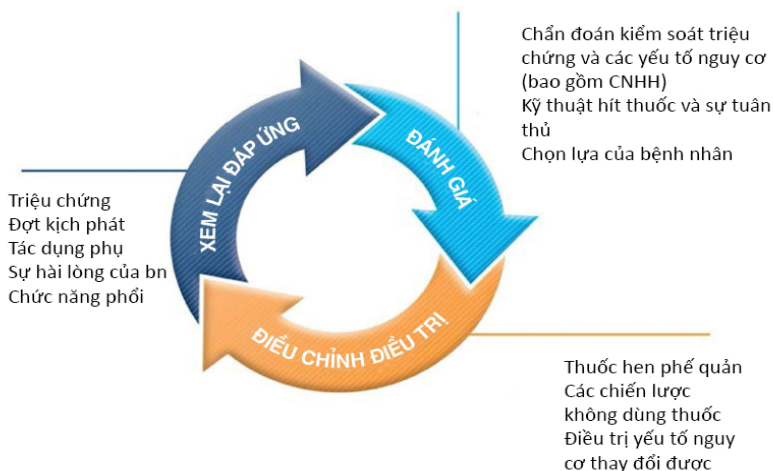
### **4.1. Nguyên tắc điều trị**

- Xử trí cắt cơn hen cấp.
- Nhận biết và giảm yếu tố nguy cơ.
- Điều trị phòng ngừa.

### **4.2. Chỉ định nhập viện**

- Nhập cấp cứu: khi có dấu hiệu suy hô hấp, tuần hoàn, hen cơn nặng-dọa ngưng thở.
- Nhập khoa hô hấp: hen cơn trung bình không đáp ứng sau 03 lần khí dung liên tiếp.
- Khám chuyên khoa:
  - + Khó xác định chẩn đoán.
  - + Hen không kiểm soát hoặc đợt kịch phát thường xuyên.
  - + Nguy cơ tác dụng phụ đáng kể do điều trị.

### 4.3. Điều trị ngoại trú: hen cơn nhẹ-trung bình, quản lý hen định kỳ



#### 4.3.1. Điều trị cắt cơn

##### 4.3.1.1. Đồng vận $\beta_2$ tác dụng nhanh (SABA)

Salbutamol khí dung hoặc xịt định liều (MDI): 03 lần cách 20 phút. Cần đánh giá lại sau mỗi lần khí dung.

- Liều khí dung:
  - + Salbutamol 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu 2,5 mg/lần; tối đa 5 mg/lần).
  - + Cách pha: lượng Salbutamol + NaCl 9% = 3 ml.
- Xịt định liều: Ventolin 100 mcg/nhát.
  - + Trẻ trên 06 tuổi và hợp tác: xịt trực tiếp 02 xịt/lần.
  - + Trẻ dưới 06 tuổi phải sử dụng buồng đệm (spacer) có mặt nạ hoặc ống ngậm:
    - 05-10 kg: 4 nhát/lần.
    - 10-20 kg: 6 nhát/lần.

- Trên 20 kg: 8 nhát/lần.

Nếu đáp ứng tốt: giãn cỡ mỗi 4 giờ trong ngày đầu.

Nếu không đáp ứng: nhập khoa Hô hấp.

**Bảng 2.** Cách lựa chọn dụng cụ khí dung ở trẻ em

<b>Tuổi</b>	<b>Ưu tiên chọn</b>	<b>Thay thế</b>
0-02 tuổi	Bình xịt định liều (BXĐL) + buồng đệm và mặt nạ	Máy phun khí dung (PKD)
03-06 tuổi	BXĐL + buồng đệm + ống ngậm	Máy PKD
06-12 tuổi (dùng thuốc giãn phế quản)	- BXĐL + buồng đệm; hoặc - BXĐL khởi động bằng hơi thở; hoặc - Bình hít bột khô (BHBK)	
6-12 tuổi (dùng corticoid)	BXĐL + buồng đệm	BHBK
> 12 tuổi (dùng thuốc giãn phế quản)	BHBK hoặc BXĐL khởi động bằng hơi thở	
> 12 tuổi (dùng corticoid)	BXĐL + buồng đệm	- BHBK hoặc - BXĐL khởi động bằng hơi thở
Cơ hen cấp (mọi lứa tuổi)	BXĐL + buồng đệm	Máy PKD

#### 4.3.1.2. Corticoid toàn thân

- Sử dụng cho con hen trung bình, con nhẹ không đáp ứng với điều trị đồng vận  $\beta_2$  ban đầu, có một trong các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến con hen cấp trong tương lai.

- Liều:

+ Prednisone uống: 1-2 mg/kg/ngày x 3-5 ngày.

< 02 tuổi: max 20 mg.

02-05 tuổi: max 30 mg.

+ Dexamethasone: 0,6 mg/kg x 2 ngày.

#### 4.3.1.3. Corticoid dạng hít (ICS-inhaled corticoid)

- Budesonide (> 03 tháng tuổi), Fluticasone (04-16 tuổi).

- Sử dụng cho con hen trung bình, con nhẹ không đáp ứng với điều trị đồng vận  $\beta_2$  ban đầu, có một trong các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến con hen cấp trong tương lai.

- Liều Budesonide 1 mg/lần. Lặp lại liều 1 mg lần 2 sau 30-60 phút nếu triệu chứng lâm sàng không cải thiện.

- Trẻ trên 06 tuổi có con hen nhẹ không thường xuyên: sử dụng sớm ICS liều thấp phối hợp SABA khi cần.

- Điều trị sau cơn cấp: Corticoid khí dung 1 mg (Budesonide) x 2 lần/ngày trong 05 ngày.

- Sử dụng ICS liều cao khi có chống chỉ định Corticoid đường toàn thân (lao, sỏi, thủy đậu, tay chân miệng, nhiễm trùng nặng, xuất huyết tiêu hóa, cao huyết áp, tiểu đường).

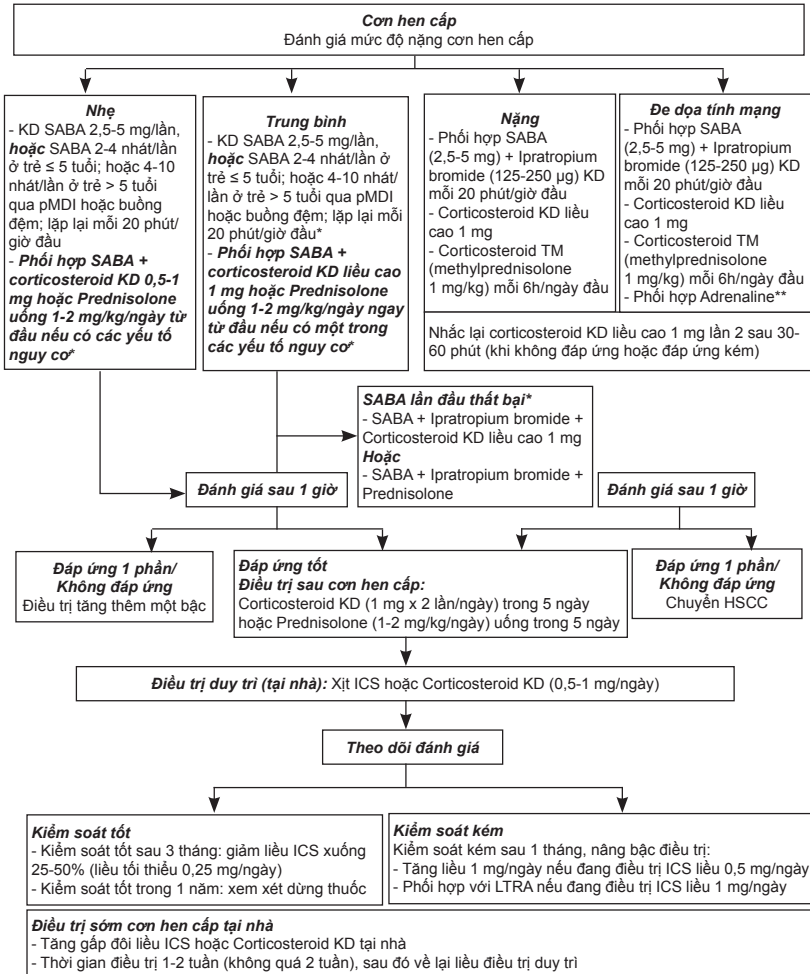
#### 4.3.1.4. Các điều trị không khuyến cáo

- Kháng sinh: ngoại trừ trường hợp bội nhiễm (B).

- Vật lý trị liệu hô hấp (D).

- Thuốc long đàm (C).

- Thuốc an thần (D).



\* Khi có 1 trong các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến cơn hen nặng trong tương lai

\*\* Adrenaline 1% 0,01 mL/kg, tối đa 0,3 mL/lần tiêm bắp mỗi 20 phút, cho đến khi cắt cơn, tối đa 3 lần, dùng ngay từ đầu khi cơn hen cấp đi kèm sốc phản vệ hay phù mạch.

**Lưu đồ xử trí cơn hen cấp**

### 4.3.2. Điều trị phòng ngừa

#### Nguyên tắc:

- Khởi đầu điều trị: theo độ nặng hen.
- Điều chỉnh điều trị: theo mức độ kiểm soát.
- Lập kế hoạch hành động hen cho từng bệnh nhân.

#### 4.3.2.1. Chỉ định thuốc phòng ngừa

- Hen dai dẳng (từ bậc 2 trở lên).
- Hen cơn nặng, nguy kịch.
- Hen không kiểm soát hoặc kiểm soát 1 phần.
- Có 03 cơn hen trở lên trong 01 năm.

#### 4.3.2.2. Thuốc phòng ngừa: lựa chọn theo độ nặng và mức độ kiểm soát

#### Corticoid hít:

	Dưới 05 tuổi	Dưới 06 tuổi-11 tuổi			Trên 12 tuổi		
	Liều thấp (mcg)	Liều thấp (mcg)	Liều trung bình (mcg)	Liều cao (mcg)	Liều thấp (mcg)	Liều trung bình (mcg)	Liều cao (mcg)
Budesonide MDI + buồng đệm		100-200	> 200-400	> 400	200-400	> 400-800	> 800
Budesonide khí dung	500	250-500	> 500-1.000	> 1.000	250-500	> 500-1.000	> 1.000
Fluticasone propionate	50	50-100	> 100-200	> 200	100-250	> 250-500	> 500

- Chỉ định ICS liều thấp khi:
  - + Triệu chứng hen  $\geq 2$  lần/tháng.
  - + Thức giấc do hen  $\geq 1$  lần/tháng.
  - + Triệu chứng hen bất kỳ + nguy cơ đợt kịch phát.
- Cân nhắc bắt đầu ở bước cao hơn khi:
  - + Triệu chứng hen gây khó chịu hầu hết các ngày.
  - + Thức giấc do hen  $\geq 1$  lần/tuần, đặc biệt có nguy cơ đợt kịch phát.

### **Montelukast:**

- Chỉ định:
  - + Hen kèm viêm mũi dị ứng.
  - + Hen do virus.
  - + Hen do vận động.
  - + Ho dạng hen.
- Liều:
  - + Trẻ 06 tháng-5 tuổi: 4 mg.
  - + Trẻ 05-15 tuổi: 5 mg.
  - + Trẻ  $\geq 15$  tuổi: 10 mg.

### **Thuốc đồng vận beta tác dụng kéo dài (LABA) phối hợp với corticoid hít**

- Chỉ định:
  - + Trẻ trên 6 tuổi: cắt con bằng ICS liều thấp phối hợp formoterol liều 1 xịt/ngày hoặc liều thấp ICS phối hợp SABA khi cần, không khuyến cáo dùng SABA đơn thuần. (GINA 2021).
  - + Dự phòng lâu dài cho trẻ trên 6 tuổi có hen dai dẳng, không kiểm soát (bước 3).



- Liều dùng:
  - + Liều rất thấp Budesonide-formoterol: 100/6 mcg.
  - + Liều thấp Budesonide-formoterol: 200/6 mcg.

#### 4.3.2.3. Chỉ định phòng ngừa: trẻ dưới 5 tuổi

#### 4.3.2.4. Quản lý bệnh nhân

- Giáo dục bệnh nhân: lập kế hoạch hành động hen cho từng bệnh nhân: tránh yếu tố khởi phát, cách xử trí cơn hen tại nhà, biết dấu hiệu nặng cần nhập viện.

- Tái khám: đánh giá mức độ kiểm soát, yếu tố nguy cơ, tuân thủ sử dụng thuốc, tác dụng phụ của thuốc. Thời gian tái khám:

- + Sau cơn cấp: tái khám trong vòng 1 tuần.
- + Chưa kiểm soát, mới bắt đầu phòng ngừa: mỗi 2 tuần.
- + Kiểm soát 1 phần: mỗi tháng.
- + Kiểm soát tốt: mỗi 03 tháng.
- Tăng bậc điều trị: khi không đạt kiểm soát hen sau 01-03 tháng. Trước khi tăng bậc cần kiểm tra tuân thủ điều trị, kỹ thuật sử dụng thuốc, kiểm soát yếu tố khởi phát và bệnh đồng mắc.
  - Giảm bậc điều trị: khi đạt kiểm soát tốt ít nhất 3 tháng.
    - + Giảm bậc: 25-50% liều ICS đang dùng.
    - + Chọn thời điểm phù hợp: tránh giảm liều khi trẻ đang bệnh, đi du lịch, mùa bệnh hô hấp, mùa nhiều phấn hoa...
    - + Nếu có nguy cơ cơn kịch phát hoặc hạn chế luồng khí cố định: không giảm liều

- Ngưng điều trị: kiểm soát tốt duy trì ít nhất 01 năm với liều điều trị thấp nhất.
- Theo dõi chức năng hô hấp hoặc IOS: định kỳ mỗi 06 tháng.

## **CHƯƠNG III. TIÊU HÓA**

# ĐAU BỤNG CẤP TÍNH (R10.4)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

## 2. NGUYÊN NHÂN

	<b>Sơ sinh</b>	<b>02 tháng-02 tuổi</b>	<b>02-05 tuổi</b>	<b>&gt; 05 tuổi</b>
Thường gặp	Colic Trào ngược dạ dày-thực quản	Viêm dạ dày ruột Nhiễm siêu vi	Viêm dạ dày ruột Táo bón Viêm họng Viêm tai giữa Nhiễm siêu vi	Viêm dạ dày ruột Táo bón Viêm họng Nhiễm siêu vi
Ngoại khoa	Xoắn ruột Tắc ruột, dính ruột Thủng tạng rỗng Xoắn tinh hoàn Viêm ruột hoại tử	Lồng ruột Hẹp môn vị phì đại Xoay ruột bất toàn Xoắn tinh hoàn Thoát vị nghẹt Chấn thương bụng Dị vật tiêu hóa	Viêm ruột thừa Chấn thương bụng Lồng ruột Dị vật tiêu hóa Tắc ruột Xoắn buồng trứng/tinh hoàn	Viêm ruột thừa Chấn thương bụng Thủng ổ loét DDTT Tắc ruột Xoắn buồng trứng/tinh hoàn Nang buồng trứng vỡ Thai ngoài tử cung

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

### 3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Bệnh sử

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

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

- + Tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, tiểu khó trong nhiễm trùng tiểu hay tiểu nhiều, khát nước trong nhiễm toan ceton tiểu đường.
- + Tiểu máu: trong sỏi hệ niệu, Henoch Schonlein purpura, hội chứng tán huyết urê huyết cao.
- + Đau khớp: Henoch Schonlein purpura.

### **3.2. Tiền căn**

- Phẫu thuật ổ bụng: gợi ý tắc ruột do dính, Hirschsprung.
- Chấn thương bụng.
- Bệnh nội khoa: tiểu đường, hội chứng thận hư.
- Phụ khoa: kinh nguyệt, huyết trắng.
- Thuốc đã dùng.
- Đau tương tự trước đây.

### **3.3. Khám lâm sàng**

- Tổng trạng:
  - + Dấu hiệu giảm thể tích, mất nước: chấn thương bụng, xoắn ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc.
  - + Vàng da: bệnh lý gan, tán huyết.
- Sinh hiệu:
  - + Sốt gợi ý bệnh nhiễm trùng: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm họng, nhiễm trùng tiểu...
  - + Thở nhanh: viêm phổi, toan chuyển hóa (trong nhiễm toan ceton, viêm dạ dày ruột kèm mất nước, viêm phúc mạc, tắc ruột...).
  - + Huyết áp thấp: xuất huyết do chấn thương bụng, xoắn ruột, tắc ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc ruột thừa.

- Khám bụng (cần loại trừ bụng ngoại khoa):
  - + Bụng chướng.
  - + Nhu động ruột.
  - + Vị trí đau.
  - + Dấu hiệu viêm phúc mạc.
  - + Thăm trực tràng.
- Khám tổng quát:
  - + Tai mũi họng → viêm họng.
  - + Hô hấp: ran phổi → viêm phổi.
  - + Tim mạch: nhịp tim nhanh, tiếng cọ màng tim, gallop, âm thổi... → viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim.
  - + Niệu dục: phù nề, sưng nóng → thoát vị nghẹt, xoắn tinh hoàn.
  - + Da niêm: rash, purpura, petechie, vết bầm, vàng da.

### 3.4. Cận lâm sàng: tùy theo định hướng nguyên nhân.

- Huyết đồ:
  - + Bạch cầu: tăng gợi ý bệnh lý viêm hay nhiễm trùng, tăng  $> 20.000/\text{mm}^3$  → viêm ruột thừa, viêm phổi, áp-xe.
  - + Hematocrit: thấp gợi ý xuất huyết, kèm giảm tiểu cầu trong hội chứng tán huyết urê huyết cao.
- Sinh hóa:
  - + Tăng men gan, lipase, amylase: gợi ý viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy.
  - + Toan chuyển hóa: mất nước, nhiễm toan ceton, tắc ruột, viêm phúc mạc.



- + Đường huyết tăng: gợi ý nhiễm toan ceton.
- + Ion đồ, chức năng thận.
- Nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu.
  - + Tiểu máu: sỏi niệu, Henoch Schonlein purpura, nhiễm trùng tiểu, hội chứng tán huyết urê huyết cao.
  - + Tiểu mủ: nhiễm trùng tiểu.
  - + Tiểu đạm: hội chứng thận hư.
  - + Tiểu đường, ceton: nhiễm toan ceton tiểu đường.
- X quang:
  - + X quang bụng: dấu tắc ruột (mực nước hơi, quai ruột dẫn), thủng tạng rỗng (hơi tự do), dị vật (sỏi cản quang thận, túi mật...).
  - + X quang ngực: viêm phổi.
- Siêu âm bụng:
  - + Chẩn đoán lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột do xoay ruột bất toàn, viêm tụy, bệnh lý hệ niệu dục (sỏi niệu, xoắn tinh hoàn, buồng trứng, u nang buồng trứng vỡ, thai ngoài tử cung).
  - + Siêu âm bụng bình thường không loại trừ lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột.
- CT scan bụng:
  - + Giúp chẩn đoán viêm tụy, khối u ở bụng, abscess ổ bụng, viêm ruột thừa khó, túi thừa Meckel.

### 3.5. Chẩn đoán

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

## **4. XỬ TRÍ**

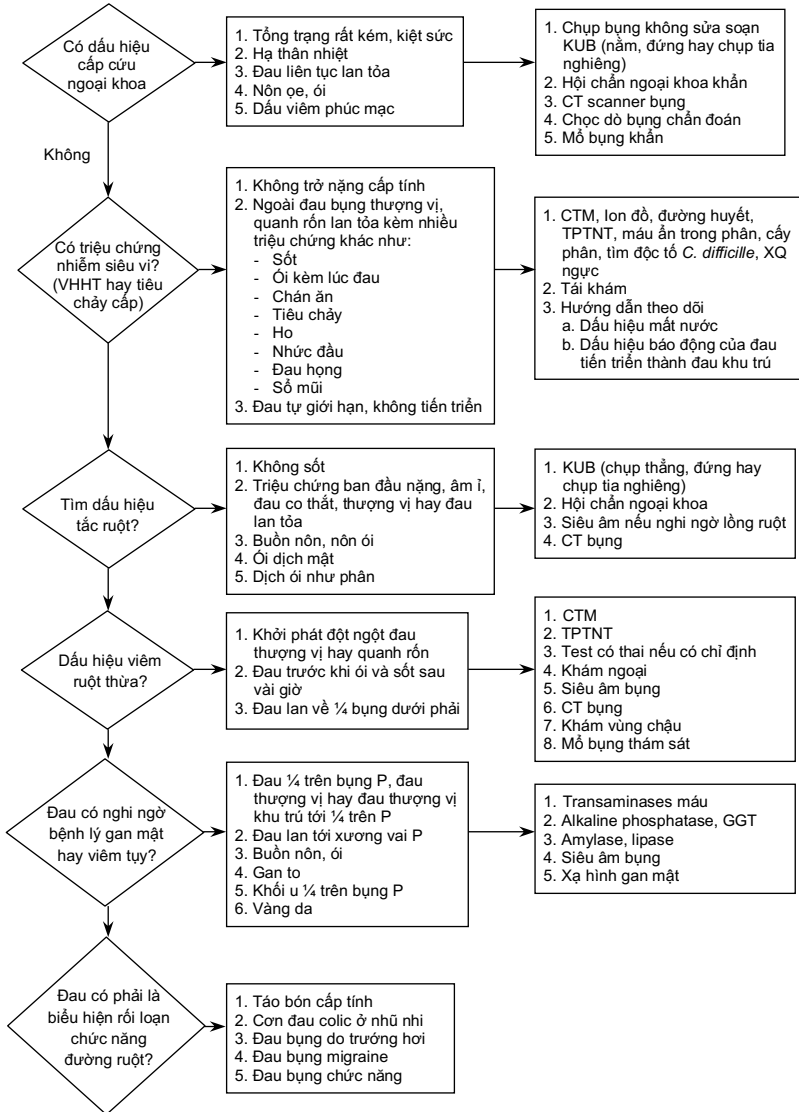
**4.1. Nhập cấp cứu:** khi có dấu hiệu, sốc, thiếu máu nặng...

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

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

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

# LƯU ĐỒ LƯỢNG GIÁ LÂM SÀNG



# ĐAU BỤNG MẠN

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Theo Apley, đau bụng mạn là những cơn đau lặp lại, lớn hơn hoặc bằng ba cơn đau, trong ít nhất 3 tháng, ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường và chất lượng cuộc sống của trẻ.

Về phương diện lâm sàng, đau kéo dài từ 01 đến 02 tháng có thể được xem như là đau bụng mạn.

## 2. NGUYÊN NHÂN

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

## 3. TIẾP CẬN KHÁM LÂM SÀNG

- Mục tiêu hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và làm một số xét nghiệm thường quy trên bệnh nhi đau bụng mạn là nhằm phát hiện dấu hiệu “báo động đỏ” về một nguyên nhân thực thể.

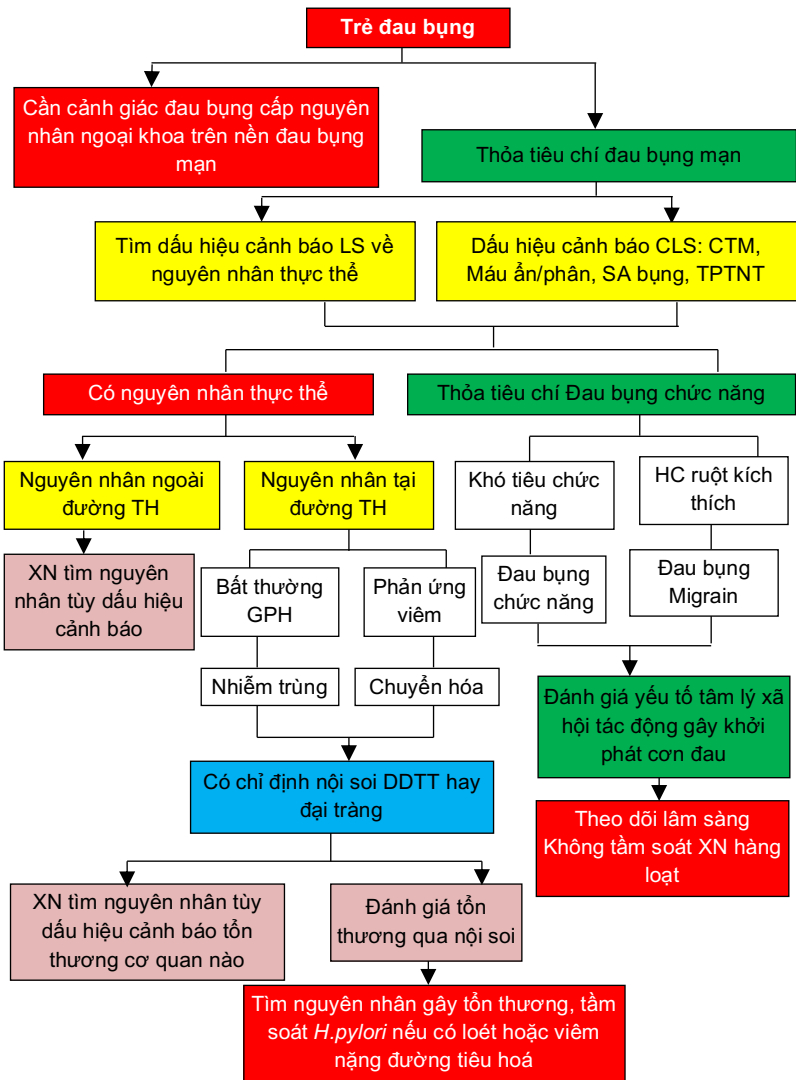
- Đây là bước tiếp cận rất quan trọng để khu trú nguyên nhân cũng như định vị cơ quan đích bị tổn thương, tránh chỉ định xét nghiệm tràn lan.

- Đặc biệt chú ý tìm nguyên nhân gây đau bụng, tránh sa đà vào việc tầm soát *H.pylori* không xâm lấn (thử máu, thử phân tìm *H.pylori*), không có giá trị.

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

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

- Tuổi < 05 tuổi.
- Đau ngoài điềm quanh rốn.
- Cơn đau thức giấc buổi tối.
- Ói mửa nặng.
- Sụt cân không rõ nguyên nhân.
- Đường tăng trưởng đi xuống.
- Ói máu, tiêu máu.
- Tiêu chảy kéo dài nặng.
- Tiểu gắt, tiểu khó, tiểu máu.
- Khó nuốt.
- Đau khớp.
- Sốt không giải thích được.
- Tiền sử gia đình có người bệnh viêm ruột mạn, ung thư dạ dày.



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

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

## **4. CẬN LÂM SÀNG**

### **4.1. Xét nghiệm thường quy**

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

### **4.2. Các xét nghiệm khác**

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

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

Tiêu chuẩn Rome III có năm thể đau bụng chức năng (trẻ 04-18 tuổi).

### **5.1. Khó tiêu chức năng: phải có tất cả những điều sau**

Trong 02 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hằng tuần:

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

### **5.2. Hội chứng ruột kích thích: phải có tất cả những điều sau**

Trong 02 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hằng tuần:

Cảm giác khó chịu vùng bụng kèm với hai trong ba triệu chứng sau:

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

### **5.3. Đau bụng chức năng: phải có tất cả những điều sau:**

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

- Đau bụng từng đợt hoặc đau liên tục và
- Không có tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn tiêu hóa chức năng khác và



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

#### **5.4. Hội chứng đau bụng chức năng ở trẻ nhỏ**

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

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

#### **5.5. Đau bụng migraine: phải bao gồm tất cả những điều sau**

Trong vòng 12 tháng,  $\geq 02$  đợt:

- Con đau quanh rốn dữ dội, xảy ra đột ngột, cấp tính kéo dài hơn  $\geq 01$  giờ, và

- Xen kẽ các đợt trẻ vẫn khỏe mạnh, kéo dài vài tuần tới vài tháng, và

- Con đau ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày và

- Con đau đi kèm  $\geq 02$  triệu chứng sau:

- + Biếng ăn và/hoặc
- + Buồn nôn và/hoặc
- + Nhức đầu và/hoặc
- + Sợ ánh sáng và/hoặc
- + Xanh xao.

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

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

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

### **6.2. Nhập viện**

- Trẻ suy kiệt nặng do ăn uống kém, nôn ói nhiều, co giật.

- Trẻ có dấu hiệu cảnh báo một nguyên nhân thực thể, cần đánh giá thêm bằng các xét nghiệm chuyên sâu mà không thể thực hiện ngay tại phòng khám.

- Trẻ đau bụng mạn ảnh hưởng nặng đến sinh hoạt của trẻ.

### **6.3. Khám chuyên khoa**

- Thể đau bụng kịch phát cần cảnh giác loại trừ bụng ngoại khoa mới xuất hiện trên nền đau bụng mạn, nhất là trẻ có sốt hoặc bí trung đại tiện, nôn vọt, tiêu máu... cần hội chẩn Ngoại khoa.

- Khám chuyên khoa tương ứng khi nghi ngờ đau bụng do những nguyên nhân ngoài đường tiêu hóa.

### **6.4. Điều trị ngoại trú**

- Các trường hợp trẻ đau bụng mạn kèm:
  - + Không có dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân thực thể.
  - + Khám lâm sàng hoàn toàn bình thường, bụng mềm không đề kháng.
  - + Các xét nghiệm thường quy bình thường.

- Cần tư vấn cho thân nhân yên tâm rằng hiện không có một nguy cơ đe dọa nghiêm trọng sức khỏe đứa trẻ (tránh dùng thuật ngữ “Đau bụng tâm lý” dễ gây hiểu nhầm và khó chấp nhận cho thân nhân) và bệnh nhi có thể điều trị ngoại trú.

- Đa phần đau bụng mạn ở trẻ em là đau bụng chức năng. Điều chỉnh hành vi, lối sống và kiểm soát yếu tố khởi phát đau là nguyên tắc hàng đầu trong điều trị đau bụng mạn chức năng.

- Hướng dẫn thân nhân cách phát hiện và kiểm soát các yếu tố tâm lý-xã hội gây khởi phát cơn đau, cải thiện lối sống, giảm áp lực học tập...

- Cho thuốc điều trị triệu chứng tùy theo thể lâm sàng:

+ Khó tiêu chức năng:

▪ Ranitidine 05-10 mg/kg/ngày chia làm 3 lần uống trước ăn 30 phút.

▪ Antacid (Aluminum/Magnesium hydroxide):

trẻ < 01 tuổi: 2,5-5 ml/lần, ngày 3-4 lần.

trẻ > 01 tuổi: 5-20 ml/lần, ngày 3-4 lần sau ăn 30 phút.

▪ Simethicone:

< 02 tuổi: 20 mg × 4 lần/ngày.

02-12 tuổi: 40 mg × 4 lần/ngày.

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

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

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

▪ Cốm Xitrina: < 1 tuổi: 1/4-1/2 mcp × 2-3 lần;  
≥ 1 tuổi: 1-2 mcp × 2-3 lần.

▪ Bổ sung chất xơ.

▪ Chế độ ăn Lactose free.

- + Hội chứng ruột kích thích:
  - Sorbitol nếu táo bón: 1/2-1 gói uống buổi sáng lúc đói.
  - Prokinetic: Metoclopramide 0,1 mg/kg/liều × 3-4 lần/ngày, domperidon 0,25-0,5 mg/kg/ngày chia 3-4 lần...
  - Thuốc giảm co thắt: Hyoscine butylbromide: 0,3-0,6 mg/kg/lần × 2-3 lần/ngày, Alverine citrate: trẻ > 12 tuổi: 1-3 viên/ngày.
  - Dầu bạc hà có thể mang lại một số lợi ích cho trẻ bị hội chứng ruột kích thích.

+ Đau bụng Migraine: cần khám chuyên khoa.

- **Hướng dẫn thân nhân cách chăm sóc tại nhà:**

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

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

# VÀNG DA Ứ MẬT (K71.0)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

### 1.1. Định nghĩa

- Vàng da ứ mật là tình trạng tăng bilirubine trực tiếp trong máu > 1,0 mg/dL nếu bilirubin toàn phần < 5,0 mg/dL hay bilirubin trực tiếp trong máu > 20% bilirubin toàn phần nếu bilirubin toàn phần > 5 mg/dL.

- Guidelines NASPGHAN 2017: tăng Bilirubine liên hợp (hoặc trực tiếp) > 1,0 mg/dL cần được xem như là bệnh lý và khuyến cáo đánh giá chẩn đoán.

### 1.2. Nguyên nhân

#### **Tắc nghẽn đường mật**

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

#### **Nhiễm trùng**

- Virus (HIV, Cytomegalovirus, Herpes, Rubella, Echovirus, Adenovirus...).
- Toxoplasma.
- Vi khuẩn (nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng huyết, giang mai).

### **Bất thường bẩm sinh**

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

### **Rối loạn chuyển hóa**

- Galactosemia, Fructosemia, Glycogenesis.
- Rối loạn chuyển hóa amino acid.
- Tyrosinemia.
- Rối loạn chuyển hóa lipid.
- Rối loạn chuyển hóa tổng hợp acid mật.
- Hội chứng Zellweger.
- Thiếu  $\alpha$ 1-Antitrypsin.

### **Khác**

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

## **2. LÂM SÀNG**

### **2.1. Bệnh sử**

- Trước sinh: nhiễm trùng bào thai, kết quả siêu âm tiền sản (nang ống mật chủ hay các bất thường ở ruột).
- Nhiễm trùng sơ sinh, đặc biệt nhiễm trùng tiêu.
- Chế độ ăn: sữa mẹ hay sữa công thức có galactose.

- Tăng cân: viêm gan sơ sinh và các bệnh chuyển hóa có thể gây chậm lớn.
- Nôn ói: có thể gặp trong bệnh chuyển hóa, tắc ruột và hẹp môn vị.
- Đi tiêu: chậm đi tiêu có thể gặp trong bệnh xơ nang, suy giáp; tiêu chảy có thể gặp trong bệnh lý nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa, ứ mật trong gan tiến triển có tính gia đình.
- Màu phân: phân bạc màu kéo dài.
- Màu nước tiểu: tiểu sậm màu gợi ý vàng da tăng bilirubin trực tiếp.
- Chảy máu bất thường: gợi ý rối loạn đông máu, thiếu vitamin K.
- Tri giác: trẻ kích thích trong bệnh lý chuyển hóa hoặc nhiễm trùng huyết; li bì khó đánh thức có thể gặp trong bệnh lý chuyển hóa, nhiễm trùng huyết, suy giáp, suy tuyến yên.
- Thuốc đã dùng.
- Tiền căn gia đình (cha mẹ, anh chị em mắc bệnh tương tự), gợi ý các bệnh lý di truyền (xơ nang, thiếu  $\alpha$ 1-antitrypsin, ứ mật trong gan tiến triển có tính gia đình, hội chứng Alagille).

## **2.2. Khám lâm sàng**

- Dấu hiệu sinh tồn và các chỉ số đánh giá tăng trưởng (cân nặng, chiều cao, vòng đầu).
- Tổng trạng: trẻ mệt mỏi gợi ý bệnh nhiễm trùng hoặc chuyển hóa, trong khi trẻ teo đờm mật có tổng trạng tốt.
- Đặc điểm chung: trẻ hội chứng Alagille có khuôn mặt đặc trưng với mắt cách xa nhau, khuôn mặt hình tam giác, mắt lõm sâu).

- Soi đáy mắt: nhiễm trùng bào thai, bệnh tích tụ.
- Âm thổi ở tim: có thể gặp trong teo đường mật hoặc hội chứng Alagille.
- Khám bụng: báng bụng; tuần hoàn bàng hệ; kích thước, vị trí, mật độ của gan; kích thước và mật độ của lách; khối u ở bụng; thoát vị rốn.
- Quan sát trực tiếp nước tiểu và phân để đánh giá màu sắc: nước tiểu sậm màu gợi ý tăng bilirubin trực tiếp; phân bạc màu gợi ý ứ mật.
- Da: bầm máu hoặc xuất huyết điểm (rối loạn đông máu).

### **3. CẬN LÂM SÀNG**

#### **3.1. Đánh giá tổn thương tế bào gan và các rối loạn mật**

- Bilirubin toàn phần và trực tiếp.
- ALT và AST, Alkaline phosphatase và Gamma-glutamyl transpeptidase trong huyết thanh.

#### **3.2. Đánh giá chức năng gan**

- Prothrombin time và Partial thromboplastin times (PT, PTT).
- Các yếu tố đông máu.
- Albumin/huyết thanh, NH<sub>3</sub>/máu, cholesterol/máu, glucose/máu.

#### **3.3. Tìm nguyên nhân nhiễm trùng**

- Công thức máu với tiểu cầu đếm.
- Cây máu, nước tiểu, vị trí khác nếu nghi ngờ.
- Tìm siêu vi: HBsAg, TORCH, VDRL, EBV.



### **3.4. Chọc dò dịch ổ bụng: nếu có**

### **3.5. Tìm nguyên nhân chuyển hóa**

- Tìm các chất khử trong nước tiểu (Reducing substances).
- Định lượng  $\alpha$ 1-Antitrypsin và phenotype.
- Test mồ hôi (sweat chloride analysis).
- Tâm soát các chất chuyển hóa (amino acid nước tiểu và huyết thanh, các acid vô cơ trong nước tiểu).
- Thyroxine, TSH, sắt, ferritine, acid mật trong nước tiểu và máu.
- Đo hoạt tính galactose-1-uridyl transferase trong hồng cầu.

### **3.6. Xét nghiệm hình ảnh**

- Siêu âm bụng gan mật: được dùng như một xét nghiệm ban đầu giúp chẩn đoán vì không xâm lấn, dễ thực hiện, có thể phát hiện các bất thường cấu trúc của hệ gan mật. Hữu ích trong chẩn đoán nang ống mật chủ và giúp gợi ý chẩn đoán teo đường mật.
- Xạ hình gan mật.
- X quang các xương dài và xương sọ trong trường hợp nhiễm trùng bào thai, X quang ngực thẳng tìm bệnh phổi và tim.
- Chụp hình đường mật qua da hoặc qua nội soi: ít được chỉ định.

## 4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

### 4.1. Các mốc quan trọng cần lưu ý

- Trẻ sau 02 tuần tuổi vẫn còn vàng da phải được đánh giá khả năng vàng da bệnh lý, trừ trường hợp trẻ bú mẹ hoàn toàn, tiêu phân vàng, tổng trạng tốt, gan lách không to, có thể chờ theo dõi thêm đến 03 tuần tuổi.

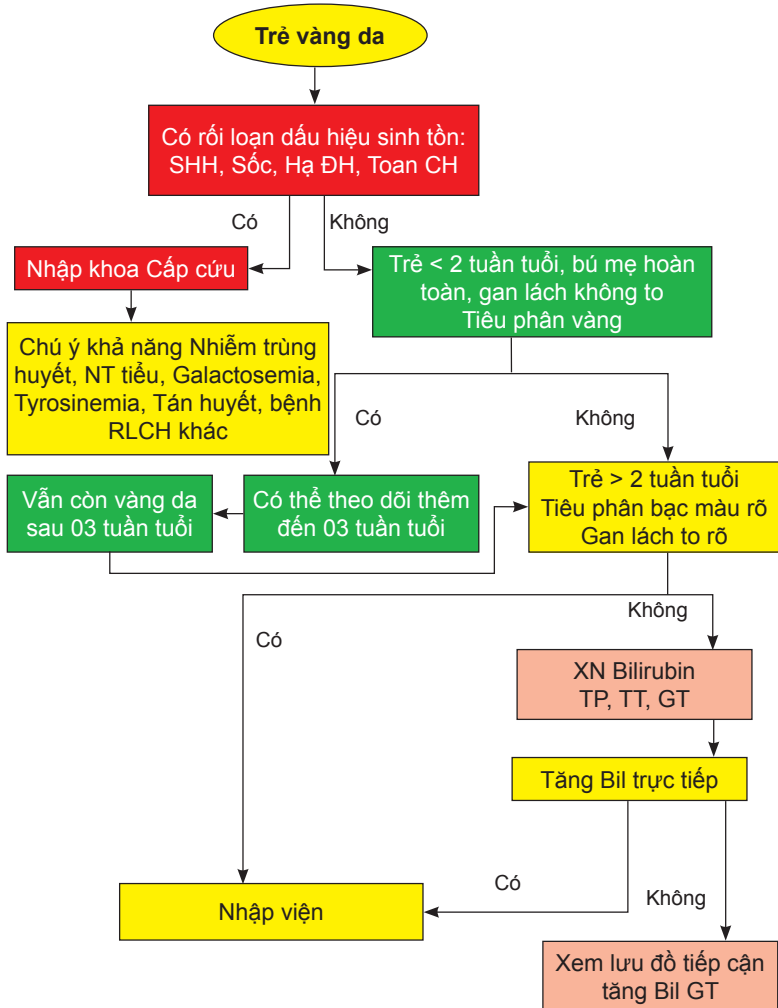
- Vàng da ứ mật ở trẻ nhỏ có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau, tuy nhiên điều quan trọng là cần phân biệt vàng da do ứ mật tại gan hay tắc nghẽn đường mật ngoài gan, trong đó hay gặp nhất là teo đường mật bẩm sinh.

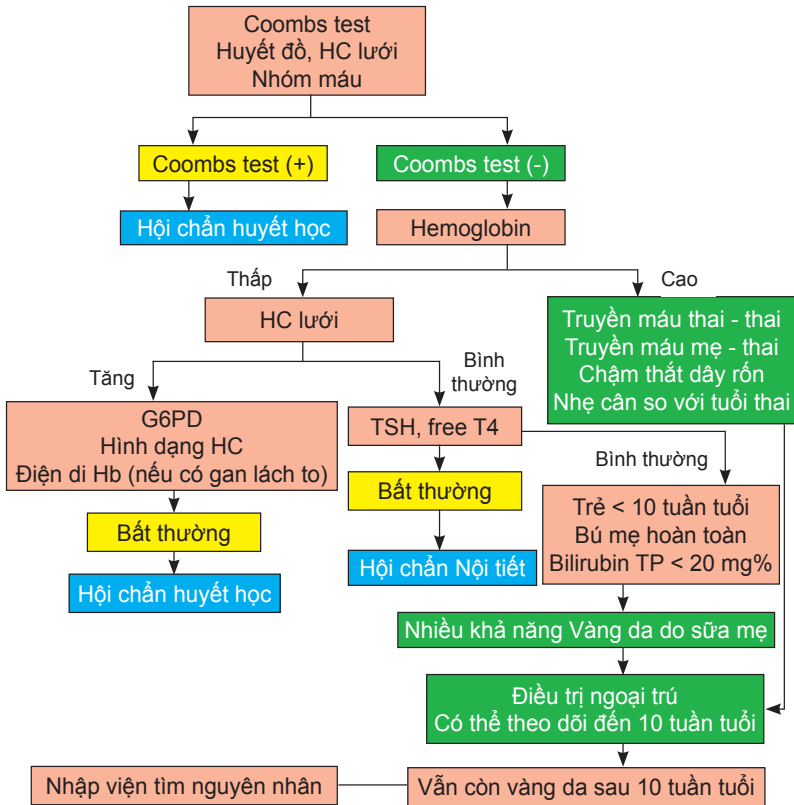
- Tiếp cận điều trị hai nhóm bệnh lý này hoàn toàn khác nhau. Nhóm tắc nghẽn đường mật ngoài gan cần phải can thiệp phẫu thuật và tiên lượng phụ thuộc thời điểm trẻ được làm phẫu thuật Kasai. Do đó, cần hoàn tất quá trình đánh giá bệnh nhân trước 08 tuần tuổi.

- Trong trường hợp bệnh nhân xin về thu xếp nhập viện cần cho làm ngay bilan đánh giá ban đầu tại phòng khám, bao gồm:

- + Các xét nghiệm xác định ứ mật: Bil TP/TT, GGT, PAL.
- + Đánh giá tổn thương cơ quan: CTM, SGOT, SGPT, đạm máu, albumin máu, TG, cholesterol, ion đồ, ure, creatinin.
- + Giúp rút ngắn thời gian chờ xét nghiệm, tiết kiệm “thời gian vàng” cho bệnh nhi teo đường mật.

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





## 5. ĐIỀU TRỊ

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

### 5.2. Nhập viện

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

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

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

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

#### **5.4. Điều trị ngoại trú**

- Trẻ vàng da có thể theo dõi ngoại trú khi:
  - + Tăng bilirubin gián tiếp  $< 20 \text{ mg\%}$ .
  - + Và: 02 tuần  $<$  trẻ  $<$  10 tuần tuổi.
  - + Và: bú mẹ hoàn toàn.
- Hướng dẫn cho trẻ tiếp tục bú mẹ và theo dõi dấu hiệu vàng da nhân, không dùng thuốc.
- Hướng dẫn thân nhân cách chăm sóc tại nhà:
  - + Trẻ vàng da nghi do sữa mẹ vẫn tiếp tục bú mẹ, mẹ ăn uống bình thường.
  - + Chẩn đoán nên ghi: “Vàng da tăng Bilirubine gián tiếp”, tránh thuật ngữ “Vàng da do sữa mẹ” gây hiểu nhầm cho thân nhân, làm bà mẹ hoặc gia đình không muốn cho trẻ bú mẹ nữa.
- Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu cần tái khám ngay:
  - + Trẻ có dấu hiệu vàng da nhân: lừ đừ, bú kém hoặc bỏ bú, ọc sữa nhiều, co gồng.
  - + Trẻ đi tiêu phân trắng hoặc phân bạc màu.

## 5.5. Điều trị trẻ vàng da ứ mật

### 5.5.1. Nguyên tắc chung

- Điều trị các nguyên nhân có thể điều trị được.
- Điều trị các bệnh lý ngoại khoa: u nang đường mật, teo đường mật.
- Điều trị biến chứng của ứ mật mạn tính.

### 5.5.2. Điều trị biến chứng của ứ mật mạn tính

#### **Kém hấp thu-suy dinh dưỡng**

- Cung cấp năng lượng tối ưu (125-150% nhu cầu bình thường).
- Dùng MCT (medium chain triglycerides), giảm tỷ lệ LCT (long chain triglycerides).
- Bảo đảm cung cấp đủ lượng acid béo cần thiết và đậm.
- Bổ sung amino acids chuỗi nhánh.
- Trẻ biếng ăn có thể đặt sonde dạ dày.

#### **Vitamin và các yếu tố vi lượng**

- Theo dõi định kỳ nồng độ các vitamin trong huyết thanh.
- Cung cấp các vitamin tan trong mỡ (A, D, E và K).
- Cung cấp các vitamin tan trong nước gấp 2 lần nhu cầu bình thường.
- Điều chỉnh và phòng ngừa thiếu các chất khoáng và yếu tố vi lượng.

#### **Ngứa và xanthomata**

- Ursodeoxycholic acid 15-30 mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Rifampicin 7-10 mg/kg/ngày chia 2 lần.
- Cholestyramine 4 g/gói (chia 1-4 lần/ngày).
- Phenobarbital 15-45 mg/ngày chia 02 lần.

- Ondansetron 2-8 mg/kg/ngày chia 02 lần.

### **5.5.3. Trường hợp bệnh gan tiến triển**

#### **Cổ chướng**

- Kiêng muối Na 1-2 mEq/kg/ngày.
- Spironolactone: 1-7 mg/kg/ngày chia 2-3 lần/ngày (tối đa 400 mg/ngày), có thể kết hợp với furosemid 1-2 mg/kg/ngày nếu kém đáp ứng, tối đa 6 mg/kg/ngày. Tác dụng phụ thường gặp là tăng kali máu và dị ứng da, nữ hóa tuyến vú ở nam giới sử dụng thuốc kéo dài.

- Furosemide và spironolactone có tác dụng hiệp đồng tối ưu khi được sử dụng chung với tỷ lệ spironolactone: furosemide = 2,5:1. Tác dụng phụ: ngộ độc tai, canxi hóa thận, hạ natri, kali máu (tác dụng phụ phổ biến nhất). Không nên dùng furosemide đơn thuần.

- Lợi tiểu thiazide: sử dụng duy trì, sau khi khởi đầu thành công với Spironolactone, có hoặc không thêm lợi tiểu quai. Liều dùng: khởi đầu 2-3 mg/kg/ngày. Tác dụng phụ: hạ kali máu, hạ đường huyết, viêm tụy.

- Báng bụng kháng trị: xem xét nhập viện truyền albumin.

#### **Tăng áp tĩnh mạch cửa và xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản**

- Phòng ngừa: Propranolol 1-3 mg/kg/ngày, chia 2 lần/ngày. Liều tối đa 80 mg/ngày.

- Nội soi (chích xơ, thắt tĩnh mạch).
- Phẫu thuật tạo Shunt.
- Ghép gan nếu có chỉ định.

## 6. BIẾN CHỨNG - TIỀN LƯỢNG

Ngoại trừ các nguyên nhân có thể điều trị được và một số trường hợp viêm gan sơ sinh vô căn, hầu như các nguyên nhân còn lại đều đưa đến bệnh gan mạn tính.

## 7. PHÒNG BỆNH

Tất cả trẻ sơ sinh vàng da kéo dài hơn 02 tuần sau sinh, cần được đánh giá loại trừ vàng da ứ mật.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Nên thử bilirubin trực tiếp trong máu nếu trẻ sơ sinh còn vàng da sau 02 tuần (nếu bú bình), hoặc 03 tuần (nếu bú mẹ)	1A
Đo bilirubin huyết thanh phải luôn luôn chú ý cả 2 thành phần (tăng bilirubin trực tiếp hay gián tiếp)	1A
Tăng bilirubin trực tiếp ( $> 1,0$ mg/dL, 17 mmol/L) được xem là bệnh lý và cần được đánh giá nguyên nhân	1A
Việc thăm khám kỹ lưỡng là rất quan trọng trong đánh giá trẻ sơ sinh bị vàng da. Chú ý gan to, lách to, và vẽ mặt dị hình của trẻ	1A
Quan sát màu sắc phân là một yếu tố quan trọng trong thăm khám và theo dõi trẻ sơ sinh bị vàng da	1A
Siêu âm bụng có giá trị chẩn đoán 1 số nguyên nhân tắc mật ngoài gan (nang đường mật, sỏi mật), nhưng không có giá trị chẩn đoán teo đường mật (chỉ giúp khảo sát túi mật teo hay không có túi mật)	IA
Chụp hình đường mật lúc mổ kết hợp với sinh thiết gan được xem là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán teo đường mật	IA



# TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN ÓI (R11)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Ói là sự tổng xuất hoàn toàn hay một phần chất chứa trong dạ dày ra ngoài qua đường miệng, có kết hợp sự co thắt cơ bụng và cơ hoành.

Nôn trở là sự quay trở lại của thức ăn ở dạ dày lên miệng mà không có sự co thắt cơ bụng và cơ hoành.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Ói có thể là triệu chứng của nhiều bệnh lý ở nhiều cơ quan khác nhau.

Cần lưu ý một số nguyên nhân cần can thiệp khẩn cấp như: lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm não, viêm màng não.

Ói cũng gây ra những biến chứng nguy hiểm như: sốc, rối loạn điện giải, toan kiềm.

## 3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm xuất hiện: ói mới đây hay đã lâu, ói ngay sau sanh hay sau sanh một khoảng thời gian vài tuần.
- Số lần nôn: lưu ý nếu bệnh nhân nôn tất cả mọi thứ.
- Cách nôn: nôn thụ động hay ói vọt.
- Có liên quan đến bữa ăn, tư thế, sau ho.

- Tính chất dịch ói:
  - + Ói muộn sau bữa ăn, chứa thức ăn chưa tiêu hóa: gợi ý nguyên nhân tắc đường thoát của dạ dày như hẹp phì đại môn vị, biến dạng môn vị do sẹo loét hành tá tràng.
  - + Dịch ói có màu vàng hoặc xanh, kèm đau bụng con: gợi ý nguyên nhân tắc nghẽn sau tá tràng (màng chắn tá tràng, lồng ruột, tắc ruột, HC động mạch mạc treo tràng trên, tắc ruột do dính, thoát vị nghẹt).
  - + Ói dịch nâu, ói máu: các bệnh lý có tổn thương niêm mạc (viêm thực quản trào ngược, viêm loét dạ dày tá tràng, HC Mallory Weiss, dị ứng sữa).
- Triệu chứng đi kèm:
  - + Triệu chứng tiêu hóa: đau bụng con, tiêu chảy, tiêu máu.
  - + Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa: sốt, đau đầu, ho, khò khè kéo dài.
- Chế độ dinh dưỡng: sữa công thức, hay sữa mẹ.
- Các thuốc đã dùng (Corticoid, Antihistamin, Morphine).

- Tiền căn bản thân và gia đình: tiền căn dị ứng, hen suyễn, mề đay, đau đầu migraine, động kinh, chấn thương đầu, tiền căn sản khoa.

### 3.2. Lâm sàng

- Dấu hiệu toàn thân:
  - + Tình trạng mất nước: da khô, sụt cân, tiểu ít, mắt trũng, dấu véo da mất chậm.
  - + Dấu hiệu toan chuyển hóa: thở nhanh sâu.

- Khám bụng:
  - + Tìm dấu chướng bụng, dấu rắn bò, giảm hoặc mất nhu động ruột (gặp trong tắc ruột).
  - + Phản ứng thành bụng (viêm phúc mạc), sờ thấy u lồi, khối u.
  - + Thăm trực tràng phân có máu (lồng ruột, viêm ruột), đau túi cùng (viêm ruột thừa, viêm phúc mạc: chỉ có ý nghĩa với trẻ lớn, hẹp tắc).
  - + Gan lách to.
  - + Khô thoát vị, vết mổ cũ.
- Các triệu chứng ngoài đường tiêu hóa:
  - + Triệu chứng thần kinh: thóp phồng, cổ gượng, dấu hiệu thần kinh định vị, dấu tăng áp lực nội sọ (mạch chậm, huyết áp tăng), tật đầu to, tật đầu nhỏ, tăng hoặc giảm trương lực cơ, đồng tử giãn hay đồng tử không đều hai bên.
  - + Bất thường cơ quan sinh dục (không rõ ràng giới tính), da sạm màu: tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh.

### **3.3. Cận lâm sàng**

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

### 3.4. Chẩn đoán nguyên nhân

Nguyên nhân	Tính chất ói	Đặc điểm đi kèm
<b>Tắc đường thoát dạ dày</b> Hẹp phì đại môn vị  Màng chắn tá tràng, tụy, nhĩn  Hẹp, teo tá tràng	Ói vọt, nôn muộn sau bú  Ói dịch dạ dày  Cường độ ói phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn, dịch ói là dịch dạ dày	Trẻ 4-12 tuần tuổi, sụt cân, mất nước, kiềm chuyển hóa, có thể sờ thấy khối u hình quả trám ở thượng vị. Siêu âm bụng chẩn đoán Thường gặp ở trẻ sơ sinh, nữ nhi, nhưng cũng có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi. XN: X quang bụng, TOGD Thường trong giai đoạn sơ sinh, phổ biến hơn ở trẻ HC Down. X quang bụng không sửa soạn có hình ảnh hai mức khí dịch.
<b>Tắc ruột non</b>  <b>Ruột xoay bất toàn</b>  <b>Xoắn ruột</b>  <b>Lồng ruột</b>	Ói dịch mật  Ói dịch mật  Ói dịch mật  Ói rất nhiều lần	Thường xuất hiện 48 giờ đầu sau sanh, 3 tháng đầu. Tuy nhiên, cũng có thể phát hiện muộn hơn.  Chướng bụng, có thể có mất nước và rối loạn điện giải. X quang bụng có hình ảnh mực nước hơi  Có thể có xoắn ruột kèm  Đau bụng, tiêu máu.

<p><b>Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên</b></p>	<p>Ói dịch mật, có thể ói từng đợt</p>	<p>Xuất hiện đột ngột ở trẻ khỏe mạnh, kèm đau bụng cơn, có thể có tiêu máu ở giai đoạn muộn. Thường xảy ra ở trẻ 1-6 tuổi. Đau bụng, có tư thế giảm đau, có thể có sụt cân. X quang cho thấy tắc nghẽn ngang tá tràng→TOGD, CT bụng</p>
<p><b>Tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa</b> Viêm dạ dày, viêm thực quản  Trào ngược dạ dày thực quản  Dị ứng sữa</p>	<p>Có thể ói máu hay ói dịch nâu  Ói dịch dạ dày, đôi khi có máu (viêm thực quản), thường xuất hiện sau bữa ăn Ói dịch dạ dày</p>	<p>Đau bụng (hay khó chịu ở trẻ nhỏ), sụt cân, biếng ăn. Chẩn đoán bằng nội soi dạ dày thực quản Hay gặp ở trẻ nhũ nhi  Có thể kèm tiêu chảy kéo dài, tiêu máu. Đổi sữa đậu nành hay sữa thủy phân trong 2-4 tuần</p>
<p><b>Rối loạn vận động ruột</b> Hạ Kali Tăng Calci, tăng Magne Hội chứng giả tắc ruột</p>	<p>Ói, bụng chướng Ói, táo bón  Bụng chướng, ói dịch mật</p>	<p>Bệnh cảnh toàn thân  Không rõ nguyên nhân, có thể khởi phát từ lúc mới sinh hoặc muộn hơn</p>

Thuốc: Aspirin, cò, Theophylline Erythromycin, thuốc phiện	Ói dịch dạ dày, đôi khi có máu	Tiền sử dùng thuốc
<b>Nhiễm trùng</b> Tiêu hóa Nhiễm trùng hệ tiết niệu Tai mũi họng Hô hấp	Ói dịch dạ dày	Thường kèm tiêu chảy Có bệnh cảnh kèm theo
<b>Tổn thương hệ thần kinh Trung ương:</b> Viêm màng não, viêm não, u não, bất thường mạch máu não	Ói dịch dạ dày, tăng lên khi thay đổi tư thế	Dấu màng não, dấu TK định vị, dấu tăng áp lực nội sọ. XN dịch não tủy, CT não
<b>Bệnh chuyển hóa:</b> Galactosemia, Fructosemia, tăng NH <sub>3</sub> /máu Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh	Ói dịch dạ dày, đôi khi ói dịch mật	Thường có kèm toan máu, bất thường chức năng gan, hạ đường huyết

## 4. XỬ TRÍ

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

## 4.2. Nhập viện khi

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

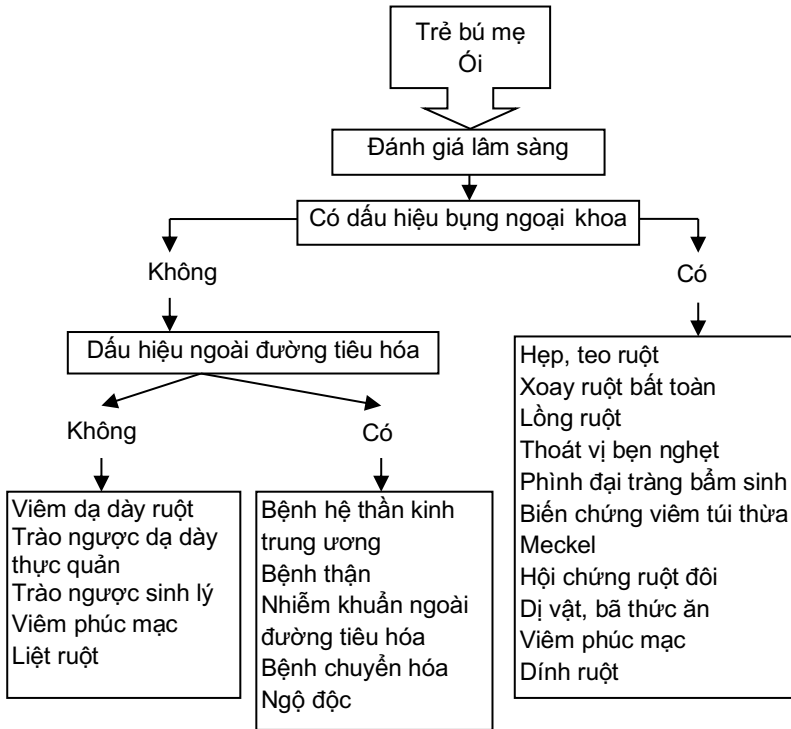
**4.3. Khám chuyên khoa:** nghi ngờ bệnh lý tắc nghẽn ngoại khoa.

## 4.4. Điều trị ngoại trú

- Điều trị nguyên nhân: tùy theo nguyên nhân, lưu ý bù nước, điện giải và hạ đường huyết.
- Thuốc chống ói: domperidone 0,25-0,5 mg/kg/ngày chia 3-4 lần/ngày. Lưu ý các chỉ định và chống chỉ định.
- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng:
  - + Chia nhỏ bữa ăn, ăn từng ít một.
  - + Duy trì chế độ ăn theo lứa tuổi của bé.
- Xử trí ngay khi bé ói:
  - + Đặt trẻ nằm đầu thấp, nghiêng một bên, làm sạch mũi miệng.
  - + Nếu bé không khóc, tím, giảm trương lực cơ thì tiếp tục hút mũi, đặt bé nằm sấp vỗ lưng bé.

### **Các dấu hiệu phải đưa bé đi khám ngay**

- + Ói tất cả mọi thứ.
- + Dịch ói có màu vàng, xanh, ói có máu.
- + Bé uống háo hức hoặc không uống được.
- + Tiêu phân có máu.
- + Li bì hoặc kích thích.





# TIẾP CẬN TRẺ TÁO BÓN (K59.0)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Táo bón chức năng: chiếm  $> 90\%$  trường hợp táo bón.
- Táo bón thực thể: chiếm  $< 5\%$  tổng số trẻ táo bón.

❖ **Các chẩn đoán phân biệt với táo bón chức năng ở trẻ em**

- Bệnh Celiac.
- Suy giáp, tăng calci máu, hạ kali máu.
- Đái tháo đường.
- Dị ứng đạm trong thức ăn.
- Thuốc độc chất: opiates, anticholinergics, thuốc chống trầm cảm, thuốc hóa trị, nhiễm kim loại nặng (chì).
- Ngộ độc vitamin D.
- Botulism.
- Bệnh xơ nang.
- Bệnh hirschsprung.
- Co thắt hậu môn.
- Đờ đai tràng (colonic inertia).
- Bất thường giải phẫu: không hậu môn, hẹp hậu môn.
- Khối vùng chậu.
- Cột sống bất thường.
- Bất thường vùng cơ bụng.

- Giã tắc ruột.
- Đa bướu nội tiết.
- Suy giáp.

### **3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Lâm sàng**

- Bệnh sử thời gian bệnh, các triệu chứng kèm theo, tiền căn bản thân và gia đình (chú ý tiền căn tiêu phân su của bé).

- Tìm triệu chứng bất thường tùy sống: giảm cảm giác và vận động, lỗ hậu môn rộng, tiêu không tự chủ, mất phản xạ cơ bìu, tăng sắc tố da, búi tóc vùng cụt.

- Tìm bất thường giải phẫu học vùng hậu môn trực tràng: màng chắn hậu môn vị trí cao, hậu môn lạc chỗ phía trước, hậu môn cắm lạc chỗ vào âm đạo hoặc vào vị trí giữa bìu và lỗ đổ hậu môn bình thường.

- Thăm trực tràng:

+ Táo bón cơ năng: lòng trực tràng chứa đầy phân.

+ Dấu hiệu gợi ý bệnh Hirschprung: ống hậu môn hẹp, lòng trực tràng trống, chướng bụng và chậm lớn ở trẻ nhỏ.

- Triệu chứng viêm ruột: tổng trạng xấu, tiêu máu, bụng chướng.

#### **3.2. Cận lâm sàng**

- Trong táo bón chức năng, cận lâm sàng hầu như không có chỉ định nếu đã hỏi kỹ bệnh sử và khám lâm sàng.

- Nếu không có triệu chứng báo động, không khuyến cáo test tìm dị ứng đạm sữa bò, tầm soát suy giáp, tăng calci máu một cách thường quy.

- Một số trường hợp sử dụng cận lâm sàng:
  - + X quang bụng không sửa soạn tìm triệu chứng ứ phân nhưng không thể thăm khám.
  - + Siêu âm bụng khi nghi ngờ bụng ngoại khoa.
  - + X quang đại tràng có thuốc cản quang khi nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể.
  - + Tìm máu ẩn/phân ở trẻ nhỏ nghi bất dung nạp sữa.

### **3.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón chức năng theo ROME IV**

- Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: có ít nhất hai trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 01 tháng.

- + Đi tiêu  $\leq 02$  lần/tuần.
- + Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng.
- + Tiền sử ứ đọng phân quá mức.
- + Tiền sử đi tiêu phân đường kính lớn.
- + Hiện diện khối phân to trong trực tràng.
- +  $\geq 1$  lần đi tiêu không tự chủ ở trẻ đã tập đi toilet.
- + Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet.

- Trẻ lớn: ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 1 tháng.

- + Đi tiêu  $\leq 2$  lần/tuần.
- + Tiền sử ứ đọng phân quá mức.
- + Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng.
- + Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet.

- + Hiện diện khối phân to trong trực tràng.
- +  $\geq 1$  lần đi tiêu không tự chủ/tuần.
- Và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng ruột kích thích.

### **3.4. Triệu chứng báo động**

- Bệnh sử:
  - + Chậm tiêu phân su.
  - + Táo bón khởi phát sớm (< 1 tháng tuổi).
  - + Tiền căn gia đình bị bệnh Hirschsprung, bệnh Celiac hoặc suy giáp.
  - + Phân có máu.
  - + Phân dạng ruy băng.
  - + Sốt.
  - + Ói dịch mật.
- Khám:
  - + Chậm tăng trưởng.
  - + Bụng chướng căng.
  - + Phản xạ da bium và hậu môn bất thường.
  - + Vị trí hậu môn và rãnh gian môn bất thường.
  - + Sợ hãi không khiếp khi khám hậu môn.
  - + Sẹo hậu môn.
  - + Rò quanh hậu môn hoặc bướt máu.
  - + Khám thần kinh bất thường.
  - + Có nhúm lông cột sống.
  - + Có lúm trên cột sống.
  - + Bất thường tuyến giáp.
  - + Chàm da.

## **4. XỬ TRÍ**

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

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

### **4.3. Khám chuyên khoa**

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

### **4.4. Điều trị ngoại trú**

- Mục tiêu: khôi phục thói quen đi tiêu đúng (ít nhất 3 lần/tuần, phân mềm, không cảm giác khó chịu khi đi tiêu, và phân không có máu), và ngăn ngừa tái phát.

- Các bước điều trị:
  - + Giáo dục bệnh nhân.
  - + Tháo xổ phân.
  - + Điều trị duy trì.
  - + Chế độ theo dõi.

#### **4.4.1. Tư vấn và giáo dục bệnh nhi và phụ huynh**

- Thái độ quan tâm đến bệnh.
- Cần sự phối hợp giữa: bệnh nhi, cha mẹ và thầy thuốc, nhà trường.
- Giải thích cho phụ huynh sự cần thiết tính an toàn của việc dùng thuốc kéo dài, để người nhà tuân thủ điều trị.

- Hướng dẫn người nhà theo dõi bệnh bằng bảng ghi chú.
- Quá trình điều trị lâu dài từ 06 tháng-01 năm.

#### **4.4.2. Tháo xổ phân và điều trị duy trì**

- 2 bước: tháo xổ phân nếu có ứ phân, và điều trị duy trì phòng ngừa ứ phân trở lại.

- Trẻ < 1 tuổi: thuốc nhuận trường thẩm thấu thường dùng là Lactulose, Sorbitol, PEG 3350. Thụt tháo và thuốc nhuận trường kích thích không khuyến cáo sử dụng.

- Trẻ > 1 tuổi:

+ Tháo/xổ phân:

- Lựa chọn hàng đầu uống PEG (Polyethylene Glycol có hoặc không có điện giải), liều 1,5 g/kg/ngày 3-6 ngày, tối đa 100 g/ngày.
- Nếu không có PEG, đặt hậu môn mỗi ngày 3-6 ngày với:
  - ✓ Bisacodyl: 2-10 tuổi 5 mg 1 lần/ngày; > 10 tuổi 5-10 mg 1 lần/ngày.
  - ✓ Sodium docusate: < 6 tuổi 60 ml; > 6 tuổi 120 ml.
  - ✓ Sodium phosphate: 1-18 tuổi 2,5 ml/kg, tối đa 133 ml/lần.
  - ✓ Mineral oil: 2-11 tuổi 30-60 ml 1 lần/ngày; > 11 tuổi 60-150 ml 1 lần/ngày.
- Phối hợp thuốc uống và thụt tháo:
  - ✓ Polyethylene glycol không điện giải phối hợp với thụt tháo bằng phosphate sodium.

- ✓ Phối hợp khác: N1: thụt tháo bằng phosphate sodium, N2: bicosadyl đặt hậu môn, N3: bicosadyl uống.
- ✓ Lặp lại liệu trình 3 ngày 1-2 lần nữa nếu cần
- + Điều trị duy trì: (thuốc nhuận trường uống).
  - Lựa chọn đầu tay PEG 3350, có hoặc không có điện giải, liều khởi đầu 0,4 g/kg/ngày, điều chỉnh cho tới khi đạt hiệu quả.
  - Nếu không có PEG có thể dùng lactulose 1-2 g/kg, 1-2 lần/ngày (hoặc 1,5-3 ml/kg/ngày), tối đa 60 ml/ngày.
  - Lựa chọn thứ 2 hoặc điều trị bổ sung: là sữa Magie, Mineral oil và thuốc nhuận trường kích thích:
    - ✓ Sữa Magie: 2-5 tuổi 0,4-1,2 g/ngày, 1-2 lần/ngày; 6-11 tuổi 1,2-2,4 g/ngày, 1-2 lần/ngày; > 12 tuổi 2,4-4,8 g/ngày, 1-2 lần/ngày.
    - ✓ Mineral oil: > 1 tuổi 1-3 ml/kg/ngày, 1-2 lần/ngày, tối đa 90 ml/ngày; 6-11 tuổi 1,2-2,4 g/ngày, 1-2 lần/ngày; > 12 tuổi 2,4-4,8 g/ngày, 1-2 lần/ngày.
    - ✓ Bisacodyl: 3-10 tuổi 5 mg/ngày; > 10 tuổi 5-10 mg/ngày.
    - ✓ Senna: 2-6 tuổi 4,4-6,6 mg (tối), tối đa 6,6 mg×2 lần/ngày; 6-12 tuổi 8,8-13,2 mg (tối), tối đa 13,2 mg× 2 lần/ngày; > 12 tuổi 17,6-26,4 mg (tối), tối đa 26,4 mg×2 lần/ngày.

### 4.4.3. Điều trị khác

- Tập thói quen đi tiêu:
  - + Hướng dẫn gia đình nhận ra hành vi nín nhịn giữ phân của bé, huấn luyện đi tiêu cho trẻ > 4 tuổi, sử dụng nhật ký để theo dõi đi tiêu và khen thưởng nếu trẻ đi tiêu tốt.
  - + Đi toilet trong vòng 30 phút sau bữa ăn. Nên đi đều đặn vào giờ nhất định mỗi ngày (kể cả khi đi du lịch, nghỉ cuối tuần, nghỉ hè...). Có ghé kê chân nếu chân trẻ không chạm sàn toilet.
  - + Thỏa mãn nhu cầu của trẻ trong thời gian trẻ đi toilet:
    - Trẻ chưa đi học: hình dán, đọc sách, kể chuyện, đồ chơi.
    - Trẻ đã đi học: cho trẻ đọc sách, chơi game...
- Thay đổi chế độ ăn:
  - + Chế độ ăn đủ chất xơ (tăng cường ăn trái cây, rau sống, gạo nguyên cám, ngũ cốc) và đủ nước (960-1.920 ml/ngày).
  - + Chất xơ: tăng lượng trong khẩu phần tỏ ra có hiệu quả trong giai đoạn ngừng thuốc nhuận trường (chú ý bổ sung nhiều nước khi dùng nhiều chất xơ).
  - + Hoạt động thể lực bình thường.
  - + Không khuyến cáo sử dụng prebiotics hay probiotics để điều trị táo bón.



#### **4.4.4. Theo dõi**

- Trẻ cần thực tháo giai đoạn đầu nên tái khám sớm và lên kế hoạch điều trị chi tiết để duy trì.

- Trường hợp trẻ không cần làm trống trực tràng giai đoạn đầu:

+ Tái khám mỗi tháng.

+ Nội dung tái khám: kiểm tra tuân thủ điều trị, thăm khám bụng trực tràng, hướng dẫn chế độ ăn, đánh giá và tiên lượng.

- Giảm dần và ngưng thuốc nhuận trường (thời gian điều trị ít nhất 06 tháng).

+ Giảm dần nếu đạt mục tiêu điều trị.

+ Ngưng khi trẻ có thói quen đi tiêu đều đặn trong 06 tháng.

- Nếu trẻ không đi tiêu trong 3 ngày hoặc phân cứng, đau bụng tái phát.

+ Thông báo kế hoạch điều trị lại.

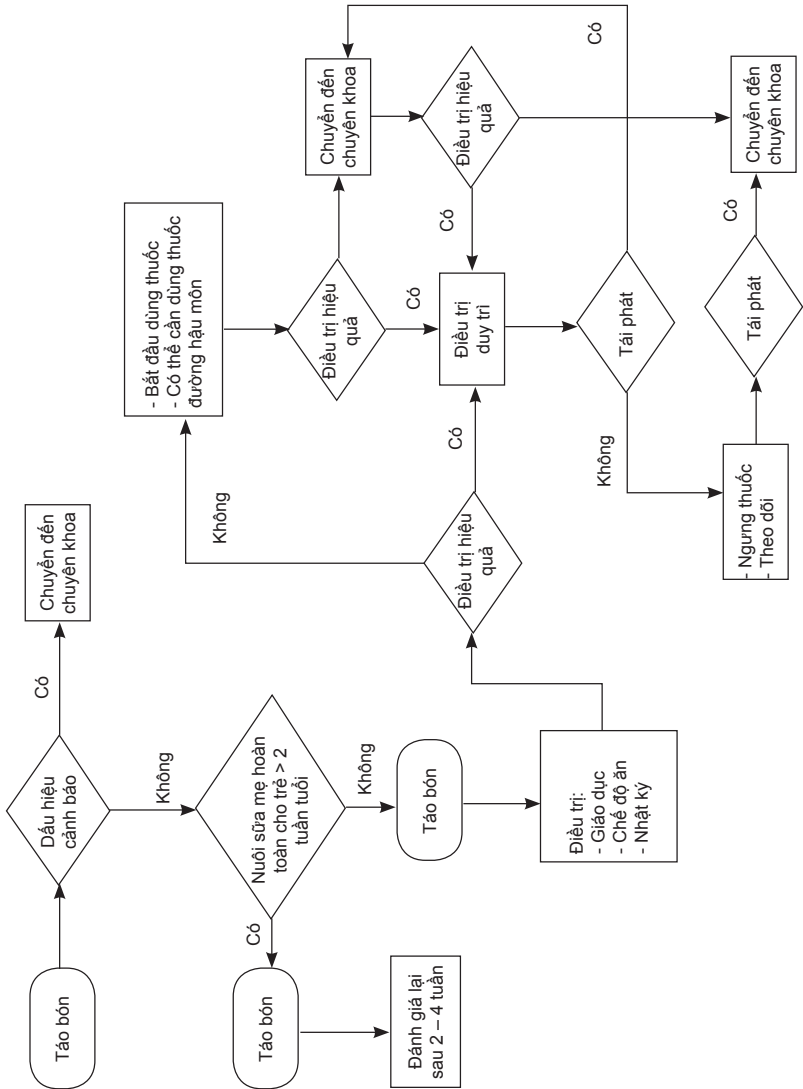
+ Cần giúp trẻ (bơm, thực tháo, dùng thuốc).

- Nếu thất bại điều trị cần tầm soát thêm nguyên nhân thực thể khác.

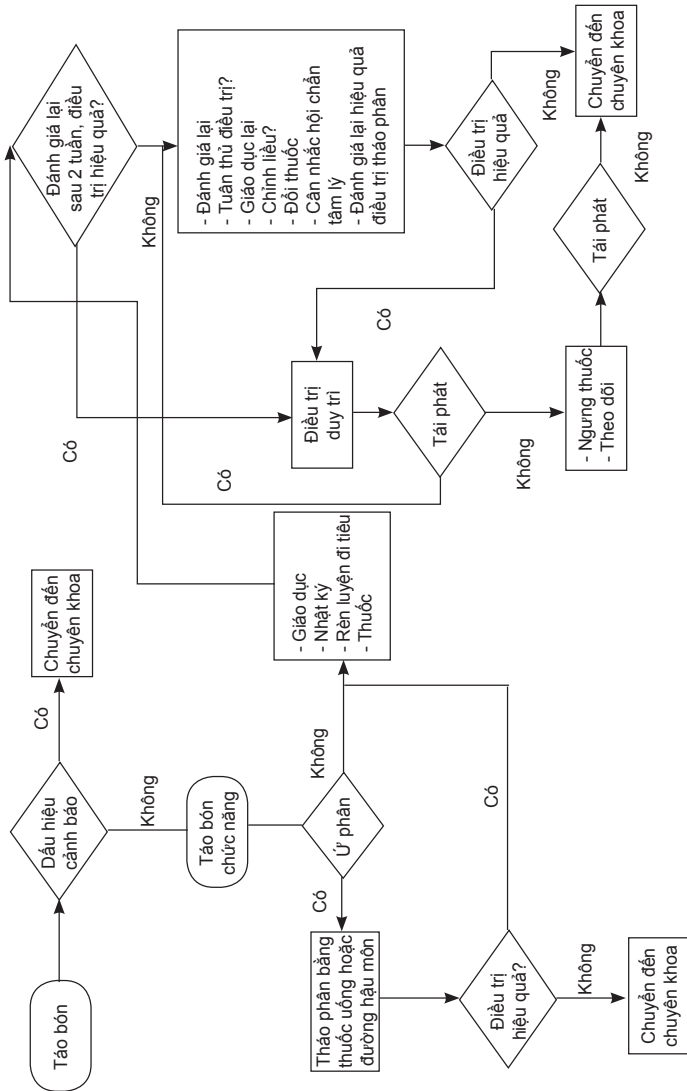
- Một số thuốc và liều dùng trong điều trị táo bón.

<b>Thuốc nhuận trường thẩm thấu</b>	
Thuốc	Liều dùng
Lactulose	1-2 g/kg, 1-2 lần/ngày
PEG 3350	0,2-0,8 g/kg/ngày
PEG 4000	Tháo xổ phân: 1-1,5 g/kg/ngày (tối đa 6 ngày liên tục)
Sữa magie (magnesium hydroxide)	2-5 tuổi: 0,4-1,2 g/ngày, 1-2 lần 6-11 tuổi: 1,2-2,4 g/ngày, 1-2 lần ≥ 12 tuổi: 2,4-4,8 g/ngày, 1-2 lần
Mineral oil	1-18 tuổi: 1-3 ml/kg/ngày, 1-2 lần, (tối đa 90 mL/ngày)
<b>Thuốc nhuận trường kích thích</b>	
Bisacodyl	3-10 tuổi: 5 mg/ngày > 10 tuổi: 5-10 mg/ngày
Senna	2-6 tuổi: 2,5-5 mg 1-2 lần/ngày 6-12 tuổi: 7,5-10 mg/ngày
Sodium picosulfate	1 tháng-4 tuổi: 2,5-10 mg 1 lần/ngày 4-18 tuổi: 2,5-20 mg 1 lần/ngày
<b>Thuốc thụt tháo</b>	
Bisacodyl	2-10 tuổi: 5 mg 1 lần/ngày > 10 tuổi: 5-10 mg 1 lần/ngày
Sodium docusate	< 6 tuổi: 60 ml > 6 tuổi: 120 ml
Sodium phosphate	1-18 tuổi 2,5 ml/kg, tối đa 133 ml/liều
NaCl	Sơ sinh < 1 kg: 5 mL, > 1 kg: 10 mL > 1 tuổi: 6 mL/kg, 1-2 lần/ngày
Mineral oil	2-11 tuổi: 30-60 mL 1 lần/ngày > 11 tuổi: 60-150 mL 1 lần/ngày

## Lưu đồ đánh giá và điều trị táo bón cho trẻ < 6 tháng tuổi



## Lưu đồ đánh giá và điều trị táo bón cho trẻ > 6 tháng tuổi



# TIÊU CHẢY CẤP (A09)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

Tiêu chảy cấp khi thời gian tiêu chảy  $< 14$  ngày.

## 2. NGUYÊN NHÂN

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

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

+ Virus: *Rotavirus*, *Noroviruses*, *Astroviruses*, *Enteric Adenoviruses* (type 41/42), *Parvoviruses*, *Caliciviruses*...

+ Vi trùng: *Salmonella spp*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella spp*, *E. coli* (EAEC, EPEC, ETEC), *Clostridium difficile*, *Listeria monocytogenes*, *Vibrio cholerae*, *Yersinia enterocolytica*...

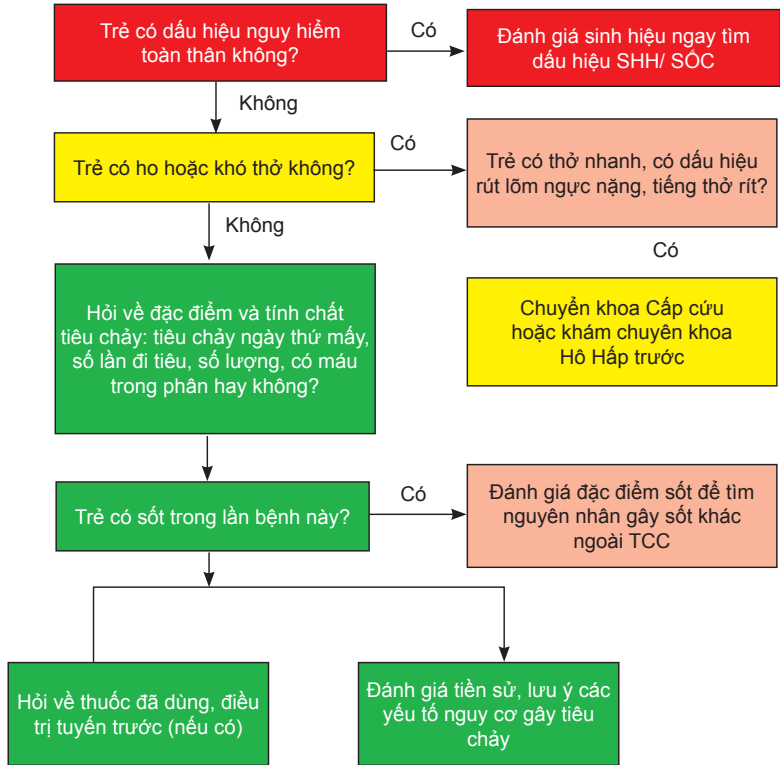
+ Ký sinh trùng, nấm: *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Toxoplasma gondii*...

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

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

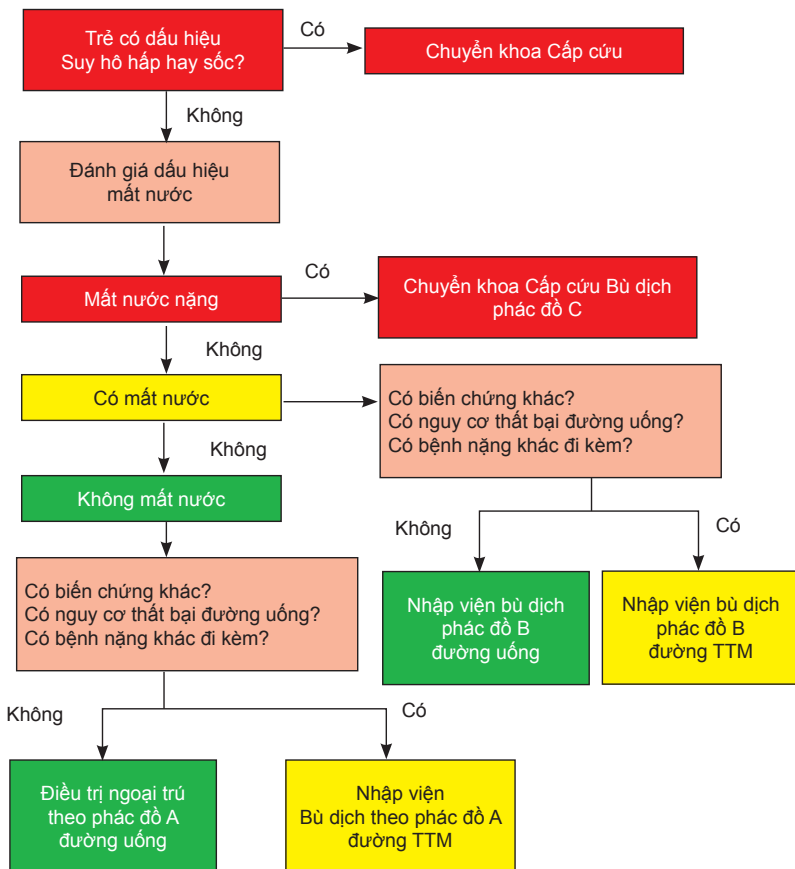
### 3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Bệnh sử



Cần đánh giá toàn diện, chú ý khai thác triệu chứng bệnh tại đường tiêu hóa cũng như ngoài đường tiêu hóa và bệnh lý đi kèm.

## 3.2. Lâm sàng



**Lưu đồ tiếp cận khi khám lâm sàng**

## 4. XỬ TRÍ

### 4.1. Nhập cấp cứu ngay

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

## 4.2. Nhập viện

- Trẻ mất nước > 5%.
- Trẻ không mất nước nhưng có nguy cơ thất bại đường uống, có các biến chứng nặng khác của tiêu chảy hoặc có bệnh lý nặng khác đi kèm.
  - Tiêu chảy nặng hơn và/hoặc vẫn mất nước dù đã điều trị bằng đường uống.
  - Các chỉ định khác: bệnh đi kèm chưa rõ, nghi ngờ bệnh ngoại khoa, trẻ có nguy cơ cao diễn tiến nặng (suy dinh dưỡng, trẻ có bệnh đi kèm như viêm phổi, tim bẩm sinh, hậu môn tạm hồi tràng, bệnh mạn tính, béo phì khó đánh giá tình trạng mất nước...).

## 4.3. Khám chuyên khoa

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

## 4.4. Điều trị ngoại trú

### 4.4.1. Nguyên tắc

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



- + Không có bệnh lý nặng khác đi kèm.

#### 4.4.2. *Bù dịch đường uống và chế độ dinh dưỡng*

##### ❖ **Bù dịch đường uống theo phác đồ A của WHO**

- Cho trẻ uống thêm dịch (càng nhiều càng tốt nếu trẻ muốn):

- + ORS áp lực thẩm thấu thấp: < 02 tuổi: 50-100 ml sau mỗi lần đi tiêu; ≥ 02 tuổi: 100-200 ml sau mỗi lần đi tiêu (Mức độ chứng cứ IA).
- + Các dung dịch khác: nước sạch, cháo, súp, nước dừa, nước hoa quả không đường.
- + Các dung dịch nên tránh: nước uống ngọt có đường gây tiêu chảy thẩm thấu, các chất kích thích gây lợi tiểu... (Mức độ chứng cứ IIIC).

##### ❖ **Dinh dưỡng**

- Bú mẹ tăng cường trong quá trình bù dịch bằng đường uống.

- Tiếp tục cho trẻ ăn sớm để phòng suy dinh dưỡng, ăn chế độ ăn thường ngày không giới hạn thành phần nào, sữa không có lactose **không** được khuyến cáo dùng cho trẻ tiêu chảy cấp điều trị ngoại trú (Mức độ chứng cứ IA).

- Hướng dẫn bà mẹ-khi nào cần tái khám và các dấu hiệu tái khám ngay.

#### 4.4.3. *Các loại thuốc*

##### ❖ **Kháng sinh**

- Kháng sinh **không** là chỉ định thường quy trong tiêu chảy cấp do tác nhân vi trùng, trừ một số tác nhân vi trùng đặc biệt hoặc cơ địa bệnh nhân đặc biệt (Mức độ chứng cứ VD).

❖ **Chỉ định kháng sinh trong tiêu chảy cấp:**

- Tiêu chảy phân có nhầy máu kèm sốt cao (trên 38°C).
- Tiêu chảy phân có nhầy máu ở trẻ < 3 (hoặc 6) tháng tuổi.
- Bệnh cảnh lâm sàng nghi ngờ tả.
- Tiêu chảy phân nhầy máu hoặc tiêu chảy do tác dụng phụ của thuốc kháng sinh ở trẻ suy giảm miễn dịch.
- Nghi ngờ quá phát vi khuẩn đường ruột ở trẻ có bệnh mạn tính.
- Có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân hay có nhiễm trùng ngoài ruột khác.

**Bảng 1.** Lựa chọn kháng sinh trong tiêu chảy cấp

<b>Tình trạng</b>	<b>Lựa chọn đầu tay, liều và thời gian thường dùng</b>	<b>Thuốc thay thế</b>
Ruột non	Trimethoprim/Sulfamethoxazole (TMP/SMX)	
Quá phát vi khuẩn	Metronidazole	
Xâm lán/nhiễm độc	Ceftriaxone	Ampicillin
Do kháng sinh	Metronidazole	
<i>Campylobacte jejuni</i>	Azithromycin (10 mg/kg/ngày trong 3 ngày, hoặc 30 mg/kg/liều duy nhất)	Ciprofloxacin, Vancomycin
<i>Clostridium difficile</i>	Metronidazole (30 mg/kg/ngày trong 10 ngày)	Vancomycin (40 mg/kg/ngày) (uống)
Nontyphoidal	Amoxicillin hoặc Ceftriaxone	TMP/SMX
<i>Salmonella typhi</i>	Ceftriaxone (50-100 mg/kg/ngày)	Chloramphenicol

<i>Salmonella</i> spp (non-typhoidal)	Ceftriaxone (50-100 mg/kg/ngày)	Azithromycin (10 mg/kg/ngày, ciprofloxacin (20-30 mg/kg/ngày), TMP/SMX (8 mg/kg/ngày của TMP)
<i>Shigella</i>	Azithromycin (12 mg/kg/ngày trong ngày 1, sau đó 6 mg/kg/ngày trong 4 ngày kế), Ceftriaxone (50 mg/kg/ngày trong 2-5 ngày)	Cefixime (8 mg/kg/ngày), ciprofloxacin (20-30 mg/kg/ngày), TMP/SMX (8 mg/kg/ngày của TMP)
<i>Yersinia</i>	TMP/SMX	Ceftriaxone
<i>Vibrio cholera</i>	Azithromycin (10 mg/kg/ngày trong 3 ngày, hoặc 20 mg/kg/liều duy nhất)	Doxycycline (8 tuổi), ciprofloxacin
ETEC	Azithromycin (10 mg/kg/ngày trong 3 ngày)	Cefixime (8 mg/kg/ngày), ciprofloxacin (20-30 mg/kg/ngày), TMP/SMX (8 mg/kg/ngày của TMP)
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazole (30 mg/kg/ngày, chia 2 lần × 7 ngày)	

#### 4.4.4. Các điều trị hỗ trợ khác

- Kẽm: bổ sung kẽm giúp giảm thời gian tiêu chảy và giảm nguy cơ tiêu chảy kéo dài quá 7 ngày cho trẻ em ở những nước đang phát triển (Mức độ chứng cứ IA). Liều dùng của kẽm nguyên tố:

+ Trẻ < 6 tháng: 10 mg/kg/ngày x 10-14 ngày.

+ Trẻ ≥ 6 tháng: 20 mg/kg/ngày x 10-14 ngày.

- Thuốc chống nôn:

+ Ondansetron là thuốc duy nhất có hiệu quả chống nôn trên trẻ tiêu chảy cấp giúp làm giảm tỷ lệ nhập cấp cứu và giảm tỷ lệ truyền dịch. Liều dùng: 0,15 mg/kg/liều duy nhất (uống hoặc tiêm tĩnh mạch), tối đa 4 mg/lần. (Mức độ chứng cứ IIB).

+ Không có bằng chứng khuyến cáo sử dụng các thuốc chống nôn khác trong tiêu chảy cấp (Mức độ chứng cứ IIB).

- Probiotic: phối hợp với ORS có thể rút ngắn thời gian tiêu chảy với điều kiện chọn đúng chủng đã được nghiên cứu có hiệu quả là *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 và *Lactobacillus rhamnosus* GG, đủ liều và đủ thời gian (Mức độ chứng cứ IA).

+ *Lactobacillus rhamnosus* GG > 10<sup>10</sup> CFU/ngày.

+ *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745: 300-500 mg/ngày.

+ Dùng ngay từ ngày đầu của bệnh để đạt mục tiêu rút ngắn thời gian tiêu chảy, và uống đủ thời gian liên tiếp 5-7 ngày.

- Thuốc kháng tiết: Racecadotril có thể được xem xét dùng trong tiêu chảy cấp giúp làm giảm lượng phân thải ra (Mức độ chứng cứ IIB). Liều dùng: 1,5 mg/kg/lần x 3 lần/ngày (dùng cho trẻ  $\geq$  3 tháng, liều tối đa 6 mg/kg/ngày, không quá 7 ngày).

- Các thuốc chỉ cho trong tiêu chảy cấp do virus:
  - + Smectite hay diosmectite: có thể có hiệu quả làm giảm thời gian tiêu chảy (Mức độ chứng cứ IIB). Hiện nay Cơ quan quản lý dược phẩm Pháp (ANSM) khuyến cáo không dùng thuốc này cho trẻ < 2 tuổi vì nguy cơ ngộ độc chì có trong thành phần đất sét của thuốc.
- Các thuốc không được khuyến cáo sử dụng:
  - + Thuốc làm giảm nhu động ruột như loperamide: vì có thể tác dụng phụ nghiêm trọng như viêm ruột nặng (Mức độ chứng cứ IIB).
  - + Than hoạt, kaolin: không bằng chứng hiệu quả (Mức độ chứng cứ IIIC).
  - + Bismuth subsalicylate: nguy cơ gây hội chứng Reye (Mức độ chứng cứ IIIC).

#### **4.4.5. Dấu hiệu cần tái khám ngay**

- Đi tiêu rất nhiều lần phân lỏng.
- Ói tất cả mọi thứ sau ăn.
- Trở nên khát nước nhiều hơn.
- Ăn uống kém hoặc bỏ bú.
- Trẻ không tốt lên sau 02 ngày điều trị.
- Sốt cao hơn.
- Có máu trong phân.

- Co giật.

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

- Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ uống thêm dịch, cách pha ORS.

- Hướng dẫn cho trẻ ăn khi tiêu chảy và sau khi hết tiêu chảy.

- Nhắc bà mẹ cho trẻ uống bổ sung kẽm đủ liều.

- Hướng dẫn bà mẹ khi nào trở lại tái khám hoặc khám ngay.

- Hướng dẫn cho thân nhân các biện pháp phòng tiêu chảy:

- + Nuôi con bằng sữa mẹ.

- + Chế độ dinh dưỡng.

- + Rửa tay thường quy.

<b>Vấn đề</b>	<b>Mức độ chứng cứ</b>
Bù nước với ORS áp lực thẩm thấu thấp (50/60 mmol/L Na) là lựa chọn đầu tiên trong điều trị tiêu chảy cấp	IA
Sữa không có lactose không được khuyến cáo dùng cho trẻ tiêu chảy cấp điều trị ngoại trú	IA
Nên bổ sung kẽm cho trẻ tiêu chảy cấp ở các nước đang phát triển	IA
Ondansetron là thuốc duy nhất có hiệu quả chống nôn trên trẻ tiêu chảy cấp giúp làm giảm tỷ lệ nhập cấp cứu và giảm tỷ lệ truyền dịch	IIB
Không có bằng chứng khuyến cáo sử dụng các thuốc chống nôn khác trong tiêu chảy cấp	IIB

Probiotic phối hợp với ORS có thể rút ngắn thời gian tiêu chảy với điều kiện chọn đúng chủng đã được nghiên cứu có hiệu quả là <i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I -745 và <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG, đủ liều và đủ thời gian	IA
Racecadotril có thể được xem xét dùng trong tiêu chảy cấp giúp làm giảm lượng phân thải ra	IIB
Smectite hay diosmectite có thể có hiệu quả làm giảm thời gian tiêu chảy	IIB
Thuốc làm giảm nhu động ruột như loperamide không được khuyến cáo sử dụng vì có thể có tác dụng phụ nghiêm trọng như viêm ruột nặng	IIB
Than hoạt, kaolin không có bằng chứng hiệu quả	IIIC
Bismuth subsalicylate: nguy cơ gây hội chứng Reye	IIIC

- + Thực phẩm an toàn.
- + Sử dụng hố xí và xử lý phân an toàn.
- + Phòng bệnh bằng vaccin Rota ở trẻ < 8 tháng.

# VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM (K29)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm dạ dày: là những tổn thương vi thể trên mô học của niêm mạc dạ dày thể hiện sự đáp ứng của niêm mạc dạ dày với các yếu tố tấn công.

- Loét dạ dày và tá tràng: là tình trạng tổn thương sâu phá vỡ lớp cơ niêm, làm mất tổ chức niêm mạc một cách có giới hạn ở phần ống tiêu hóa có bài tiết acid và pepsin.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

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

- Nhiễm khuẩn: *Helicobacter pylori*, lao, *Herpes simplex virus*, *Varicella zoster virus*, nấm *Candida albicans*...

- Stress.

- Thuốc kháng viêm non-steroid hoặc Corticoids.

- Bệnh lý tự miễn: Crohn, viêm dạ dày tăng eosinophil hoặc viêm dạ dày dị ứng.

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

## 3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

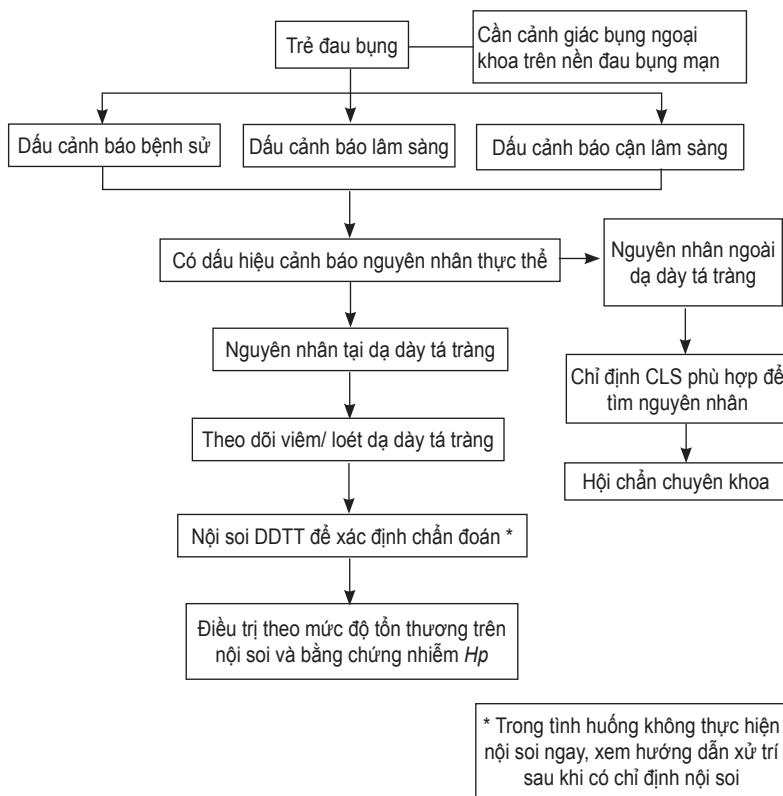
Thường bệnh nhi tới khám vì:

- Xuất huyết tiêu hóa (ói máu hoặc tiêu phân đen).



- Có hội chứng dạ dày tá tràng kinh điển (đau bụng vùng thượng vị, đau liên quan đến ăn uống, kèm đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, có cơn đau gây thức giấc buổi tối...).

- Đau bụng mơ hồ: thường gặp nhất → cần hỏi kỹ bệnh sử, khám lâm sàng và làm một số cận lâm sàng ban đầu ở trẻ đau bụng để tìm “Dấu hiệu cảnh báo” bệnh lý tại dạ dày.



Lưu đồ tiếp cận

### **3.1. Dấu bệnh sử cảnh báo tổn thương dạ dày tá tràng trên trẻ đau bụng mạn**

- Đau bụng kéo dài ở trẻ > 05 tuổi.
- Đau vùng thượng vị, đau liên quan đến ăn uống.
- Con đau thức giấc buổi tối.
- Ói mửa nặng.
- Sụt cân không rõ nguyên nhân.
- Chậm tăng trưởng không rõ nguyên nhân.
- Ói máu, tiêu máu.
- Tiền sử gia đình có cha mẹ bị ung thư dạ dày, anh chị em ruột hoặc người sống chung viêm dạ dày do *Helicobacter pylori*.
- Tiền sử có dùng thuốc khám viêm non-steroid hoặc corticoide.

### **3.2. Dấu hiệu lâm sàng cảnh báo bệnh ở dạ dày tá tràng**

- Ấn đau thượng vị.
- Dấu hiệu thiếu máu: da xanh, niêm nhạt...

### **3.3. Dấu hiệu cận lâm sàng cảnh báo bệnh ở dạ dày tá tràng**

- Máu ẩn/phân dương tính.
- Công thức máu: thiếu máu: Hgb giảm so với lứa tuổi hoặc Hct < 30% ở trẻ lớn.
- Ngoài ra, cần chú ý tìm các dấu hiệu cảnh báo cận lâm sàng khác (đau bụng không do dạ dày): Tổng phân tích nước tiểu, siêu âm bụng, VS, KSTĐR/phân.

## 4. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- **VLDDTT trên nội soi:** khi thấy sang thương viêm nốt hoặc loét, viêm loét, phù nề, sung huyết mức độ trung bình-nặng.

- **VDDTT trên GPB:** khi thấy thâm nhiễm tế bào viêm  $\geq 2-5$  tế bào bạch cầu trong 1 vi trường.

- **VLDDT do *Helicobacter pylori*:** nội soi dạ dày có tổn thương đặc biệt sang thương nốt hang vị hoặc loét tá tràng và đủ tiêu chuẩn nhiễm *Helicobacter pylori*.

- **Chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori*:**

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* lần đầu ở trẻ em:

- Cây dương tính, hoặc
- Mô học và Clo test cùng dương tính, hoặc
- Mô học và PCR cùng dương tính.
- Trường hợp đang xuất huyết tiêu hóa thì chỉ cần 1 trong các xét nghiệm trên dương.

## 5. XỬ TRÍ

### 5.1. Chỉ định nhập cấp cứu

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

- Chỉ định nhập viện:

- + Trẻ xuất huyết tiêu hóa nhưng không có rối loạn huyết động.
- + Trẻ đau bụng nặng, ảnh hưởng ăn uống, sinh hoạt, đã điều trị ngoại trú không đáp ứng, thân nhân lo lắng.

- + Trẻ suy kiệt nặng do đau bụng làm ăn uống kém, ói nhiều.

## **5.2. Khám chuyên khoa: khám Tiêu hóa khi trẻ có chỉ định nội soi dạ dày**

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

Chú ý: cần ngưng kháng sinh ít nhất 4 tuần, PPI ít nhất 2 tuần trước khi nội soi.

### **Tại phòng khám chuyên khoa Tiêu hóa:**

- Xem lại chỉ định nội soi dạ dày + hẹn lịch nội soi dạ dày.

## **5.3. Điều trị**

- Trẻ có dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa hoặc hội chứng dạ dày tá tràng điển hình, nặng:

- + Nhập viện + Cho thuốc PPI.
- + Nội soi bán khẩn.

- Trẻ theo dõi viêm dạ dày tá tràng không có triệu chứng nặng:

- + Điều trị ngoại trú:
  - Hạn chế cho thuốc PPI (trừ khi trẻ có hội chứng dạ dày tá tràng điển hình, phải ngưng PPI ít nhất 02 tuần trước nội soi).

- Sử dụng thuốc trung hòa acid ± thuốc bảo vệ niêm mạc.
- + Hẹn lịch nội soi dạ dày tá tràng chương trình.
- **Chỉ định tiệt trừ *Helicobacter pylori*:**
  - + Loét dạ dày hay loét tá tràng + đủ tiêu chuẩn nhiễm *Helicobacter pylori* (nếu không đủ tiêu chuẩn nhiễm *Helicobacter pylori*, cân nhắc điều trị tiệt trừ Hp tùy trường hợp).
  - + Viêm teo dạ dày kèm chuyển sản ruột + nhiễm *Helicobacter pylori*.
  - + Thiếu máu thiếu sắt dai dẳng kháng trị (sau khi loại trừ bệnh lý thực thể khác) + nhiễm *Helicobacter pylori*.
- **Xem xét điều trị *Helicobacter pylori* khi** (chưa đủ chứng cứ, tùy lâm sàng): VDDTT không kèm loét. Trường hợp này, quyết định tiệt trừ cần cân nhắc dựa vào:
  - + Tuổi bệnh nhi: > 05 tuổi khả năng tái nhiễm cao và tuân thủ điều trị kém.
  - + Độ nặng của triệu chứng lâm sàng.
  - + Tiền sử gia đình có người bị loét dạ dày tá tràng.
  - + Độ nặng của sang thương dạ dày trên nội soi.
  - + Độ nặng của viêm dạ dày trên GPB.
  - + Mức độ nhiễm *Helicobacter pylori* trên giải phẫu bệnh.

### Liều các loại thuốc:

Thuốc	Liều dùng
<b>Antacids</b> - Aluminium/Magnesium hydroxide	0,5 ml/kg/lần mỗi 3-6 giờ, uống sau ăn
<b>Ức chế bơm proton (PPI)</b> Omeprazole	1,5-2,5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần
Esomeprazole	1,5-2,5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần
Rabeprazole	1,5-2,5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần
Pantoprazole	1,5-2,5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần
<b>Thuốc bảo vệ niêm mạc</b> - Sucralfate	40-80 mg/kg/ngày chia 4 lần

### Lựa chọn phác đồ diệt trừ *Helicobacter pylori* đầu tay theo kháng sinh đồ:

Độ nhạy cảm với KS	Phác đồ khuyến cáo
Đã biết Nhạy CLA và MET Kháng MET, nhạy CLA Kháng CLA, nhạy MET Kháng CLA và MET	PPI - AMO - CLA 14 ngày, AMO liều chuẩn. PPI - AMO - CLA 14 ngày, có thể kèm Bismuth PPI - AMO - MET 14 ngày, có thể kèm Bismuth PPI - AMO - MET 14 ngày, với AMO liều cao, có thể kèm Bismuth
Không biết	Liều cao PPI - AMO - MET 14 ngày, có thể kèm Bismuth

PPI: Proton - pump inhibitor, AMO: Amoxicillin,  
 CLA: Clarithromycin, MET: Metronidazole

### Phác đồ cứu vãn cho trẻ thất bại điều trị

Sự nhạy cảm với KS lúc đầu	Phác đồ đã dùng	Phác đồ cứu vãn
Nhạy CLA và MET	Phác đồ bộ 3 với AMO và CLA	Phác đồ bộ 3 với AMO và MET (AMO liều chuẩn)
Nhạy CLA và MET	Phác đồ bộ 3 với AMO và MET	Phác đồ bộ 3 với AMO và CLA (AMO liều chuẩn)
Nhạy CLA và MET	Phác đồ nối tiếp: - 5 ngày đầu: PPI + AMO - 5 ngày sau: PPI + MET + CLA	Nội soi lần 2 và điều trị theo kháng sinh đồ Hoặc PPI - AMO - MET 14 ngày (AMO liều cao), có thể kèm Bismuth
Kháng CLA	Phác đồ bộ 3 có MET	PPI - AMO - MET 14 ngày (AMO liều cao), có thể kèm Bismuth
Kháng MET	Phác đồ bộ 3 có CLA	Nội soi lần 2 và điều trị theo kháng sinh đồ Hoặc PPI - AMO - MET 14 ngày (AMO liều cao), có thể kèm Bismuth
Không rõ kháng sinh đồ ban đầu	Phác đồ bộ 3 hoặc phác đồ nối tiếp	Nội soi lần 2 và điều trị theo kháng sinh đồ Hoặc PPI - AMO - MET 14 ngày (AMO liều cao), có thể kèm Bismuth

PPI: Proton - pump inhibitor, AMO: Amoxicillin, CLA: Clarithromycin, MET: Metronidazole.

## Liều chuẩn thuốc trong phác đồ diệt trừ *Helicobacter pylori*

Loại thuốc	Khoảng cân nặng (kg)	Liều sáng (mg)	Liều tối (mg)
<b>PPI:</b> - Omeprazole - Esomeprazole - Rabeprazole	15-24	20	20
	25-34	30	30
	> 35	40	40
<b>Amoxicillin</b>	15-24	500	500
	25-34	750	750
	> 35	1.000	1.000
<b>Clarithromycin</b>	15-24	250	250
	25-34	500	250
	> 35	500	500
<b>Metronidazole</b>	15-24	250	250
	25-34	500	250
	> 35	500	500

PPIs: có thể chọn một trong các PPI Omeprazole, Esomeprazole, Rabeprazole tùy khả năng trẻ nuốt được nguyên viên hay không, kiểu hình CYP2C19.

- Bismuth subsalicylate:
  - + < 10 tuổi: 262 mg x 4 lần/ngày.
  - + > 10 tuổi: 524 mg x 4 lần/ngày.
- Bismuth subcitrate: 8 mg/kg/ngày chia 4 lần.

### Amoxicillin liều cao:

Khoảng cân nặng (kg)	Liều sáng (mg)	Liều tối (mg)
15-24	750	750
25-34	1.000	1.000
> 35	1.500	1.500



### **Những lưu ý khi dùng thuốc**

- Tất cả các thuốc nên được sử dụng hai lần một ngày.
- PPI uống trước ăn ít nhất 30 phút, thuốc uống nguyên viên để tránh sự phá hủy của acid dạ dày. Nếu phải sử dụng liều nhỏ, cần chọn những chế phẩm có thể chia nhỏ liều (thuốc có công nghệ vi nang kháng acid cho từng phân tử thuốc).
- Kháng sinh uống ngay sau ăn. Trong phác đồ có bismuth, bismuth uống sau ăn 01 giờ.

### **Chiến lược thay thế sau thất bại tiệt trừ:**

- Cần đánh giá kỹ các yếu tố gây thất bại tiệt trừ *Helicobacter pylori* trước khi bắt đầu phác đồ lần 2:
  - + Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhi.
  - + Chất lượng chế phẩm thuốc.
  - + Vai trò PPI.
- Tùy thuộc vào tuổi bệnh nhân, kháng sinh sử dụng trong phác đồ tiệt trừ lần đầu, sự nhạy cảm với các KS còn lại để lựa chọn phác đồ tiệt trừ lần 2.

### **Theo dõi sau tiệt trừ *Helicobacter pylori*:**

- Để chứng minh tiệt trừ thành công, cần làm xét nghiệm hơi thở hoặc kháng nguyên *Helicobacter pylori* phân kiểm tra sau khi ngưng kháng sinh ít nhất 04 tuần, ngưng PPI ít nhất 02 tuần.
- Nếu trẻ có loét dạ dày tá tràng, để chứng minh lành ổ loét cần nội soi kiểm tra.

### **Dấu hiệu cần tái khám ngay:**

- Xuất huyết tiêu hóa trên: ói máu, tiêu phân đen.

# TIÊU CHẢY KÉO DÀI

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Tiêu chảy kéo dài (TCKD) được định nghĩa là phân lỏng hoặc phân nước xảy ra ít nhất 3 lần/ngày hoặc: lượng phân > 10 gram/kg/ngày ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi, lượng phân > 200 gram/ngày ở trẻ lớn và kéo dài hơn 14 ngày.

Sự thay đổi tính chất phân quan trọng hơn số lần đi tiêu.

## 2. NGUYÊN NHÂN

### 2.1. Cơ chế

Ở các nước đang phát triển, đa phần tiêu chảy kéo dài khởi phát sau một đợt nhiễm trùng do nhiều cơ chế khác nhau:

- Tình trạng nhiễm trùng kéo dài: tác nhân gây nhiễm trùng đặc biệt, chậm hồi phục.

- Tình trạng nhiễm trùng dễ tái phát trong điều kiện vệ sinh kém. Trẻ tiếp xúc với tác nhân gây bệnh nhiều đến mức các đợt nhiễm trùng mới với tác nhân gây bệnh khác nhau xảy ra trước khi trẻ có cơ hội để phục hồi và những đợt tiêu chảy cấp liên tiếp hợp nhất thành một đợt tiêu chảy kéo dài.

- Hội chứng ruột kích thích sau nhiễm trùng: tình trạng nhiễm trùng có thể gây ra tổn thương đường ruột, gây giảm hấp thu một số chất, đặc biệt là carbohydrate. Điển hình là tình trạng bất dung nạp lactose thứ phát do sự phá hủy nhung mao nơi có các enzyme lactase.

- Tình trạng rối loạn chức năng ruột mắc phải do sự tác động của nhiều yếu tố phối hợp (nhiễm khuẩn ruột, suy dinh

dưỡng, tổn thương cơ chế bảo vệ của ký chủ): làm giảm diện tích hấp thu của ruột, giảm bài tiết và chức năng acid mật, rối loạn nhu động ruột, quá phát vi khuẩn ruột. Tình trạng quá phát vi khuẩn ruột non (SIBO- Small Intestinal Bacterial Overgrowth) có thể khởi phát bệnh ruột do dị ứng thức ăn (đặc biệt ở trẻ dưới 12 tháng).

Thực tế, tiêu chảy có thể do nhiều cơ chế cùng một lúc, như nhiễm trùng-suy dinh dưỡng-suy giảm miễn dịch phối hợp lẫn nhau.

## 2.2. Yếu tố nguy cơ tiêu chảy kéo dài

- Nhiễm trùng:
  - + Vi trùng: E.coli, Shigella, Cryptosporidium, Yersinia, Campylobacter.
  - + Ký sinh trùng: Cyclospora, Isospora, Microsporidium, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia.
  - + Virus: Adenovirus, Norovirus, Cytomegalovirus, Rotavirus, HIV.
- Suy dinh dưỡng:
  - + Thiếu dinh dưỡng cấp tính và mạn tính làm suy giảm sự phát triển và chức năng của hệ miễn dịch.
  - + Thiếu các chất dinh dưỡng như Vitamin A và kẽm, có liên quan đến tiêu chảy kéo dài.
- Chế độ dinh dưỡng không phù hợp ngưng bú sữa mẹ sớm, cho trẻ ăn dặm sớm, ăn kiêng không phù hợp, thói quen pha loãng sữa. Cho con bú, đặc biệt là bú mẹ hoàn toàn, bảo vệ trẻ chống lại bệnh tiêu chảy bằng cách giảm cơ hội tiếp xúc, và vì sữa mẹ có chứa một loạt các chất có tác dụng bảo

vệ gồm, Lactolysozyme, và Oligosaccharides chống lại các tác nhân gây bệnh, cũng như các kháng thể. Tiêu chảy cấp và tiêu chảy kéo dài cũng ít gặp hơn ở những trẻ bú sữa mẹ.

- Thói quen dùng thuốc không đúng: dùng kháng sinh rộng rãi và kéo dài, dùng thuốc giảm nhu động ruột...

- Nhiễm HIV: là một sự kết hợp giữa nhiễm trùng-suy dinh dưỡng-suy giảm miễn dịch.

### **3. CÁCH TIẾP CẬN**

Nhằm đánh giá tình trạng mất nước, tình trạng dinh dưỡng, phân loại tiêu chảy, xác định tác nhân đặc biệt có thể gây bệnh.

#### **3.1. Lâm sàng**

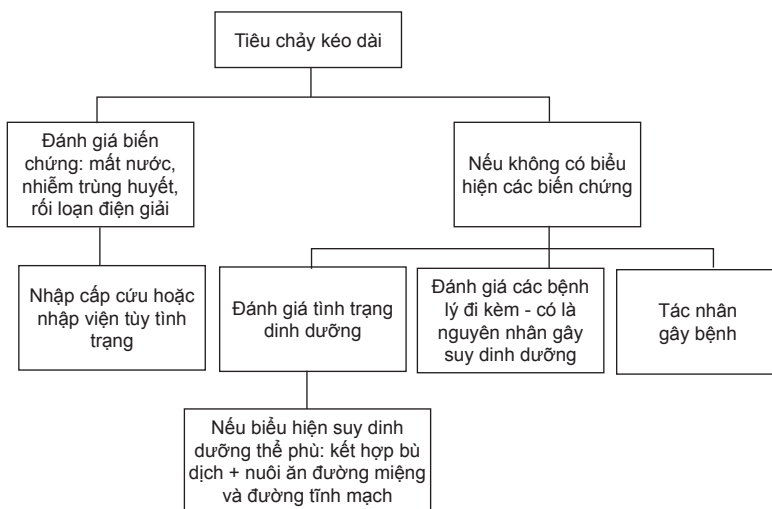
- Đánh giá biến chứng.
- Bước đầu tiên trong đánh giá là đánh giá tình trạng mất nước và nhiễm trùng huyết, vì cả hai cần điều trị khẩn cấp.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng.
- Trẻ em cần được cân, đo và kiểm tra xem có bị phù, để nhận ra trẻ suy dinh dưỡng nặng cần chăm sóc đặc biệt.
- Đánh giá bệnh lý đi kèm.

Tất cả trẻ em nên được đánh giá các bệnh nhiễm trùng ngoài đường tiêu hóa, bao gồm viêm phổi, nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng huyết, và viêm tai giữa. Điều trị các bệnh nhiễm trùng nên thực hiện theo phác đồ.

Nên xem xét các bệnh đi kèm có là nguyên nhân cơ bản gây suy dinh dưỡng, chẳng hạn như bại não, xơ nang, bệnh tim bẩm sinh, bệnh HIV, bệnh lao phổi.

### 3.2. Cận lâm sàng

- Không cần thiết thực hiện xét nghiệm để điều trị.
- Thực hiện xét nghiệm tìm tác nhân gây bệnh tùy từng trường hợp.
  - Cây phân tìm vi trùng (*Shigella spp*, *Campylobacter*) nếu phân có lẫn máu hoặc nhầy máu.
  - Phân nước kéo dài: soi phân tìm thể hoạt động hay bào nang *Entamoeba histolytica*, *Giardia*.



## 4. XỬ TRÍ

### 4.1. Chỉ định nhập cấp cứu

- Mất nước nặng.
- Rối loạn điện giải.
- Tình trạng nhiễm trùng nặng.

## 4.2. Chỉ định nhập viện

- Trẻ mất nước > 5%.
- Trẻ không mất nước nhưng có nguy cơ thất bại đường uống, có các biến chứng nặng khác của tiêu chảy hoặc có bệnh lý nặng khác đi kèm.
  - Tiêu chảy nặng hơn và/hoặc vẫn mất nước dù đã điều trị bằng đường uống.
  - Các chỉ định khác: bệnh đi kèm chưa rõ, nghi ngờ bệnh ngoại khoa, trẻ có nguy cơ cao diễn tiến nặng (suy dinh dưỡng, trẻ có bệnh đi kèm như viêm phổi, tim bẩm sinh, hậu môn tạm hồi tràng, bệnh mạn tính, béo phì khó đánh giá tình trạng mất nước...).
  - Trẻ suy dinh dưỡng vừa và nặng.
  - Trẻ nhỏ hơn 4 tháng tuổi.

## 4.3. Khám chuyên khoa

- Tùy theo bệnh lý đi kèm.
- Khám thêm dinh dưỡng nếu có suy dinh dưỡng.

## 4.4. Điều trị ngoại trú

### 4.4.1. Bù nước: tùy tình trạng mất nước

WHO khuyến cáo sử dụng ORS độ thẩm thấu thấp trong tất cả các giai đoạn tiêu chảy từ bệnh tả (dung dịch chứa 75 mmol/L của glucose, 75 mEq/L natri, 20 mEq/L kali và độ thẩm thấu 245 mOsm/L).

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

- ORS giảm áp lực thẩm thấu: bù bằng đường uống, trẻ < 02 tuổi: 50-100 ml sau mỗi lần đi tiêu; > 02 tuổi: 100-200 ml sau mỗi lần đi tiêu.

- Các dung dịch khác: nước sạch, cháo, súp, nước dừa, nước hoa quả không đường.

- Các dung dịch nên tránh: nước uống ngọt có đường gây tiêu chảy thẩm thấu, các chất kích thích gây lợi tiểu...

Tiếp tục cho trẻ ăn phòng ngừa suy dinh dưỡng.

#### ***4.4.2. Chế độ dinh dưỡng: đổi sữa thủy phân hoàn toàn đối với trẻ dị ứng đạm sữa bò.***

- Dinh dưỡng đóng một vai trò quan trọng trong hầu hết trường hợp tiêu chảy kéo dài tại các nước đang phát triển và là mục tiêu hàng đầu để điều trị. Cần cho ăn uống ngay sau khi trẻ đã bù nước. Sự chậm trễ trong việc cho ăn làm nặng hơn tình trạng suy dinh dưỡng. Cần cung cấp khoảng 150 kCals/kg/ngày và 10% calo từ protein. Bổ sung kali nên được thêm vào chế độ ăn uống.

- Tuy nhiên, nhiều trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ bị tiêu chảy kéo dài có thiếu hụt disaccharidase thứ phát, do tổn thương các tế bào biểu mô ruột. Do đó, một chế độ ăn ít lactose và đôi khi một chế độ ăn uống ít sucrose hoặc carbohydrates là cần thiết.

- Đổi sữa thủy phân hoàn toàn đối với trẻ dị ứng đạm sữa bò.

### 4.4.3. Thuốc

- Bổ sung Vitamin, khoáng chất.
- Bổ sung kẽm cho trẻ tiêu chảy: 10 mg/ngày cho trẻ < 6 tháng tuổi và 20 mg/ngày cho trẻ > 6 tháng tuổi trong vòng 14 ngày.
- Bổ sung Acid folic, Vitamin A, sắt, đồng, Magne cũng được khuyến cáo trong 02 tuần.
- Kháng sinh: chỉ định trong một số trường hợp, đặc biệt ở trẻ tiêu máu (thường do Shigella, Campylobacter, ký sinh trùng) hoặc nhiễm trùng ngoài đường tiêu hóa.

### 4.4.4. Probiotics: các Probiotics được nghiên cứu là *Saccharomyces boulardi* và *Lactobacillus rhamnosus GG*.

Theo dõi ngoại trú trên những bệnh nhân tiêu chảy kéo dài: đa phần các xét nghiệm là không cần thiết trừ soi phân thường quy. Cây phân khi bệnh nhân tiêu đàm máu kéo dài.

### 4.5. Hẹn tái khám

Hẹn tái khám: tái khám sau 5 ngày hoặc sớm hơn nếu tiêu chảy tăng hoặc có dấu mất nước.

- ❖ Tái khám ngay khi có những dấu hiệu:
  - 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 hai ngày điều trị.
  - Sốt cao hơn.
  - Có máu trong phân.
  - Co giật.



❖ Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:

- Hướng dẫn cho bà mẹ cách uống thêm dịch, cách pha ORS.

- Hướng dẫn cho trẻ ăn khi tiêu chảy và khi hết tiêu chảy.

- Hướng dẫn cho bà mẹ bổ sung kẽm đủ liều.

- Hướng dẫn khi nào tái khám ngay.

- Hướng dẫn các biện pháp phòng tiêu chảy: nuôi con bằng sữa mẹ, chế độ dinh dưỡng, rửa tay thường quy, thực phẩm an toàn, sử dụng hố xí và xử lý phân an toàn, phòng bệnh bằng vaccine.

# **BỆNH VIÊM RUỘT MẠN (K50.8)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm ruột mạn bao gồm 03 loại: bệnh Crohn, viêm loét đại tràng và viêm ruột mạn không được phân loại khác (viêm ruột mạn thể trung gian).

Bệnh Crohn được đặc trưng bởi hiện tượng viêm xuyên thành, sự hình thành mô hạt ảnh hưởng đến bất kỳ phần nào của đường tiêu hóa từ miệng đến hậu môn, và thường không liên tục.

Viêm loét đại tràng: tổn thương loét giới hạn ở đại tràng và chỉ bao gồm loét bề mặt của niêm mạc ruột.

Viêm ruột mạn không phân loại khác, mô tả bệnh nhân bị viêm ruột mạn nhưng không có sự phân biệt các đặc điểm của bệnh Crohn hay viêm loét đại tràng.

Viêm loét đại tràng hay gặp ở người lớn, trong khi bệnh Crohn thường khởi phát ở trẻ em.

## **2. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

### **2.1. Lâm sàng**

Bất kỳ bệnh nhi có những triệu chứng đau bụng, tiêu chảy, tiêu máu và sụt cân kéo dài (trên 04 tuần) hoặc tái đi tái lại ( $\geq 02$  đợt trong 06 tháng) nên nghi ngờ bị viêm ruột mạn. Các dấu hiệu khác bao gồm chậm tăng trưởng, mệt mỏi, chán ăn.

Khám lâm sàng tìm các dấu hiệu:

- Sốt kéo dài hoặc sốt cách quãng.

- Chậm phát triển và dậy thì trễ.
- Thiếu máu.
- Khoang miệng: tổn thương phù nướu hoặc loét miệng.
- Khám bụng: đầy hơi chướng bụng có thể gặp trong tắc ruột, liệt ruột, vỡ hoặc giãn đại tràng nhiễm độc. Nhu động ruột giảm hoặc mất trong trường hợp viêm nặng, viêm phúc mạc, hoặc liệt ruột do thuốc hoặc do rối loạn điện giải. Cảm giác đầy ở ¼ bụng dưới phải, với dày ruột ở khu vực đoạn cuối hồi tràng thường thấy nhiều ở bệnh nhân Crohn.
- Khám hậu môn: áp-xe quanh hậu môn với đặc điểm thường thấy là đỏ, cứng, và nhạy cảm đau.
- Khám trực tràng: phân lẫn máu có hoặc không, có thể kèm theo tình trạng xơ cứng hậu môn.
- Mắt: viêm màng bồ đào và viêm thượng củng mạc.
- Khám da và móng: bệnh nhân có thể có ngón dạng dùi trống. Hồng ban dạng nút, viêm da mũ hoại thư.
- Khớp: viêm khớp, có đặc điểm không đối xứng, không có bào mòn khớp, những khớp bị tổn thương bao gồm khớp háng, khớp gối, khớp cổ tay.

## **2.2. Cận lâm sàng**

### **2.2.1. Xét nghiệm**

- Huyết đồ: có thiếu máu (hồng cầu nhỏ, to hoặc bình thường), tăng tiểu cầu, tăng bạch cầu.
- Phản ứng viêm: VS, CRP tăng, giảm albumin máu.
- Có biến chứng ngoài ruột: tăng men gan, ALP, GGT (bệnh lý gan mật đi kèm: primary sclerosing cholangitis-PSC).
- Máu ẩn trong phân, soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu, ký sinh trùng. Cây phân tìm vi trùng.

- Tổng phân tích nước tiểu.
- Chất chỉ điểm trong phân calprotectin: là một xét nghiệm có độ nhạy chẩn đoán bệnh mới vừa khởi phát (cao hơn so với các phản ứng viêm trong máu như VS), do đó được dùng tầm soát viêm ruột mạn. Calprotectin phân > 200 mcg/g khả năng mắc bệnh viêm ruột mạn rất cao, cần thực hiện xét nghiệm xác định. Giá trị tiên đoán âm cao khi nồng độ calprotectin phân < 50 mcg/g. Không dùng xét nghiệm này để điều trị theo dõi bệnh.
  - Tầm soát lao.
  - Xét nghiệm huyết thanh: ASCA (anti-Saccharomyces cerevisiae antibody) trong bệnh Crohn, p-ANCA (Anti-neutrophil cytoplasmic antibody) trong bệnh viêm loét đại tràng. Mặc dù các xét nghiệm này giúp phân biệt bệnh Crohn và viêm loét đại tràng, nhưng không dùng để tầm soát bệnh.
  - Trẻ suy dinh dưỡng: thử sắt huyết thanh, calcium, magnesium, folate, vitamin A, Vitamin E, vitamin B12, Zinc.

### **2.2.2. Hình ảnh học**

- Siêu âm bụng, chụp CT, MRI nếu nghi ngờ, áp-xe trong bụng.
- Nội soi và sinh thiết: thực quản, dạ dày, tá tràng và đại tràng.

### **2.3. Chẩn đoán xác định**

Không có tiêu chuẩn chẩn đoán chuyên biệt cho bệnh lý viêm ruột mạn. Việc chẩn đoán thường dựa vào sự kết hợp giữa lâm sàng với cận lâm sàng.

**Bảng 1. Phân biệt bệnh Crohn và viêm loét đại tràng**

	<b>Viêm loét đại tràng</b>	<b>Crohn</b>
<b>Biểu hiện lâm sàng</b>		
Tiêu máu	Thường xuyên	Có thể có
Phân nhầy hoặc mủ	Thường xuyên	Hiếm
Bệnh ở ruột non	Không	Có
Ảnh hưởng đường tiêu hóa trên	Không	Có
Sờ được khối u ở bụng	Hiếm	¼ bụng dưới phải
Biểu hiện ngoài ruột	Thường xuyên	Thường xuyên
Tắc ruột non	Hiếm	Thường xuyên
Tắc đại tràng	Hiếm	Thường xuyên
Dò hoặc tổn thương quanh hậu môn	Không	Thường xuyên
<b>Đặc điểm sinh hóa</b>		
pANCA	Thường xuyên	Có thể có
ASCA	Hiếm	Thường xuyên
<b>Đặc điểm nội soi</b>		
	Khu trú ở đại tràng	Toàn bộ ống tiêu hóa
	Sang thương liên tục	Sang thương không liên tục
	Có sang thương trực tràng (trẻ em có thể không có)	Hiếm tổn thương trực tràng
	Sang thương dạng hạt/niêm mạc bờ dễ vỡ	Loét aphthous (xen kẽ vùng niêm mạc bình thường)
	Sang thương dạng ăn	Sang thương dạng

	mòn/ổ loét nhỏ	ăn mòn/ổ loét nhỏ
	Mất cấu trúc mạch máu	Sang thương lát đá
	Van hồi mang tràng còn nguyên vẹn, không tổn thương	Van hồi manh tràng hẹp, loét
<b>Đặc điểm bệnh học</b>		
Tổn thương viêm qua lớp niêm mạc ruột	Không	Có
Biến dạng sang thương dạng hầm (crypt)	Có	Có
Viêm hoặc áp-xe crypt	Có	Có
U hạt	Không	(20-40% niêm mạc ruột)
Tổn thương dạng nứt	Hiếm	Thường xuyên
Mất lớp mucin	Có	Có
Thâm nhiễm lympho bào, tương bào lan tỏa ở lamina propria	Có, lan tỏa	Có

## 2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng mà có chẩn đoán phân biệt khác nhau:

- + Tiêu máu: nhiễm trùng ruột (cây phân), Henoch Schonlein, Behcet, hội chứng tán huyết urê huyết hay viêm mạch máu.

- + Đau hố chậu phải: nhiễm Yersinia, lao ruột, viêm ruột thừa, lymphoma.
- + Áp-xe trong ổ bụng: ruột thừa viêm thủng, viêm mạch máu thủng, chấn thương.

## 2.5. Đánh giá độ hoạt động bệnh

*Độ hoạt động bệnh nhẹ:* bệnh nhân có vài đợt đau bụng và đi tiêu (có thể kèm máu), thiếu máu nhẹ, không có sụt cân và chậm phát triển, khám bụng không nhạy cảm đau. Nội soi và hình ảnh học cho thấy bệnh giới hạn (viêm đoạn cuối hồi tràng) hoặc bệnh nhẹ (một vài vết loét đại tràng). Sinh thiết cho thấy thâm nhiễm vài mảng ở đại tràng. Thường không có biểu hiện ngoài ruột.

*Độ hoạt động bệnh trung bình:* bệnh nhân thường có nhiều đợt bệnh với đau bụng kèm theo đi tiêu > 5 lần hàng ngày (có thể kèm máu). Cân nặng và chiều cao thấp hơn so với tuổi hoặc so với mức phát triển trước đây của trẻ. Bệnh nhân có thiếu máu trung bình hoặc nhẹ, tăng độ lắng máu, CRP, khám bụng tăng nhạy cảm đau. Hình ảnh học cho thấy tổn thương mức độ nặng và tiến triển (loét toàn khung đại tràng, ảnh hưởng cả đến hồi tràng hoặc đường tiêu hóa trên). Có biểu hiện ngoài đường tiêu hóa (hồng ban nút, viêm móng mắt).

*Hoạt động bệnh nặng:* bệnh nhân thường xuyên đau bụng và đi tiêu phân lỏng bao gồm cả đêm. Tăng nhạy cảm đau với đề kháng ở bụng hay có khối ở thành bụng. Tiền sử với mất cân thường xuyên, chỉ số khối cơ thể thường thấp hơn bách phân vị thứ 10. Bệnh nhân có thiếu máu mức độ trung bình hoặc nặng, giảm albumin máu, suy dinh dưỡng, và

chậm tăng trưởng. Tồn thương loét sâu toàn khung đại tràng và hồi tràng có thể lan đến ruột non.

**Bảng 2.** Chỉ số hoạt động bệnh Crohn ở trẻ em  
(Pediatric Crohn's disease Activity Index-PCDAI)

Đặc điểm	Điểm	Đặc điểm	Điểm
<b>Bệnh sử</b>		<b>Xét nghiệm</b>	
<b>1. Đau bụng</b>		<b>1. Hct (%)</b>	
Không đau	0	> 33	0
Nhẹ-ngấn, không ảnh hưởng hoạt động	5	28 đến 32	2,5
Trung bình, nặng-Hàng ngày, kéo dài hơn, ảnh hưởng đến các hoạt động, về đêm	10	< 28	5
<b>2. Phân (mỗi ngày)</b>		<b>2. VS 1 giờ đầu (mm/h)</b>	
0-1 lần phân lỏng	0	< 20	0
2-5 lần phân lỏng/ít máu	5	20-50	2,5
> 6 lần phân lỏng/máu nhiều	10	> 50	5
<b>3. Sinh hoạt</b>		<b>3. Albumin (g/dL)</b>	
Không giới hạn	0	≥ 3,5	0
Đôi khi khó khăn	5	3,1-3,4	5
Giới hạn thường xuyên	10	≤ 3	10
<b>Khám lâm sàng</b>			
<b>1. Cân nặng</b>		<b>4. Bệnh quanh trực tràng</b>	
Tăng cân	0	Mảnh da thừa	0
Như cũ/mất 1-9%	5	1-2 dò không đau	5
Mất cân 10%	10	Dò hoạt động	10



<b>2. Chiều cao</b>		<b>5. Ngoài đường tiêu hoá</b>	
Tốc độ tăng > -1SD	0	sốt > 38,5°C trong 3 ngày trong tuần qua, viêm khớp, viêm màng bồ đào, nốt ban da đỏ, viêm da mũ hoại thư	
Tốc độ tăng > -2SD, < -1SD	5	0	0
Tốc độ tăng < -2SD	10	1	5
<b>3. Bụng</b>		≥ 2	
Không phản ứng	0		
Phản ứng	5		
Khối u	10		
<b>Tổng số điểm PCDAI (0-100)</b>			

- Bệnh không hoạt động: 0-10 điểm.
- Bệnh hoạt động nhẹ: 11-30 điểm.
- Bệnh trung bình-nặng: > 30 điểm.
- Đáp ứng lâm sàng: PCDAI giảm > 12,5 điểm.

**Bảng 3.** Chỉ số hoạt động bệnh viêm loét đại tràng ở trẻ em (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index-PUCAI)

Triệu chứng	Điểm	Triệu chứng	Điểm
<b>1. Đau bụng</b>		<b>4. Đi tiêu ban đêm (gây đánh thức)</b>	
Không đau	0	Không	0
Đau có thể chịu đựng	5	Có	10
Đau không thể chịu đựng	10		
<b>2. Tiêu máu</b>		<b>5. Số lần đi tiêu mỗi 24 giờ</b>	
Không	0-2	0-2	0
Rất ít, ít hơn 50% phân	3-5	3-5	5
Lượng ít với phân	6-8	6-8	10

Lượng nhiều (> 50% thể tích phân)	> 8	> 8	15
<b>3. Tính chất phân</b>		<b>6. Sinh hoạt</b>	
Có khuôn	0	Không giới hạn sinh hoạt	0
Có khuôn một phần	5	Đôi khi giới hạn	5
Hoàn toàn không có khuôn	10	Giới hạn nặng nề	10
<b>Tổng số điểm PUCAI (0-85)</b>			

- Không hoạt động: 0-9.
- Nhẹ: 10-34.
- Trung bình: 35-64.
- Nặng: 65-85.

### 3. XỬ TRÍ

#### 3.1. Chỉ định nhập cấp cứu

Xuất huyết tiêu hóa nặng hay tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng gây sốc.

#### 3.2. Chỉ định nhập viện

- Khi bệnh hoạt động mức độ vừa hoặc nặng.
- Có biến chứng ngoại khoa: tắc ruột, thủng ruột, rò hay áp-xe trong ổ bụng, quanh hậu môn.
- Bệnh nhân đang điều trị ngoại trú nhưng thất bại và cần chích tĩnh mạch như Corticoid, kháng sinh, nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn.
- Bệnh nhân cần nhập viện truyền thuốc theo hẹn.

### 3.3. Điều trị

#### *Mục tiêu điều trị*

- Duy trì sự lui bệnh và tránh các biến chứng.
- Tối ưu hóa các phương pháp điều trị hiện tại trước khi chuyển đổi.
- Không kiên trì nếu hiệu quả điều trị hiện tại không rõ ràng.
- Tối ưu hóa tăng trưởng và phát triển tuổi dậy thì.
- Bệnh nhi quay trở lại lối sống bình thường.
- Đẩy mạnh chữa lành niêm mạc và ngăn ngừa tổn thương đường ruột.

#### 3.3.1. Crohn

##### ❖ **Thể nhẹ**

- Tấn công bằng Aminosalicylate, có hoặc không kèm kháng sinh (khuyến cáo 2C). Nếu có viêm hồi tràng hoạt động, lựa chọn mesalamine (Pentasa hoặc Asacol).

- Lựa chọn khác: Glucocorticoids (Budesonide tại chỗ, thực tháo hoặc toàn thân, tùy theo vị trí tổn thương) hoặc dinh dưỡng chọn lọc qua đường ruột. Glucocorticoids tại chỗ cũng có thể được sử dụng phối hợp khi có tổn thương trực tràng.

- Sau khi tấn công đạt lui bệnh, chuyển sang điều trị duy trì bằng Aminosalicylates. Aminosalicylates ít hiệu quả nhưng có độc tính thấp hơn so với các thuốc ức chế miễn dịch. Do đó, cố gắng điều trị duy trì bằng Aminosalicylates trước khi xem xét thuốc ức chế miễn dịch cho bệnh nhân thể nhẹ.

- Nếu các triệu chứng tái phát sau khi ngưng điều trị tấn công, có thể thử tấn công lại bằng dinh dưỡng chọn lọc qua

đường ruột hoặc Budesonide. Nếu đáp ứng, chuyển sang duy trì dạng thuốc khác là Methotrexate, Thiopurine (Azathioprine) hoặc thuốc sinh học kháng TNF-Tumor Necrosis Factors (Infliximab hoặc Adalimumab). Bệnh nhân tái phát nhiều lần cần điều trị bằng Corticoid ( $\geq 2$  lần trong 12 tháng) nên sử dụng Thiopurine để giảm Glucocorticoid.

#### ❖ Trung bình-nặng

- Đối với bệnh nhân Crohn trung bình hoặc nặng, các lựa chọn điều trị tấn công bao gồm:

+ Sử dụng sớm kháng TNF (Infliximab hoặc Adalimumab).

+ Glucocorticoids.

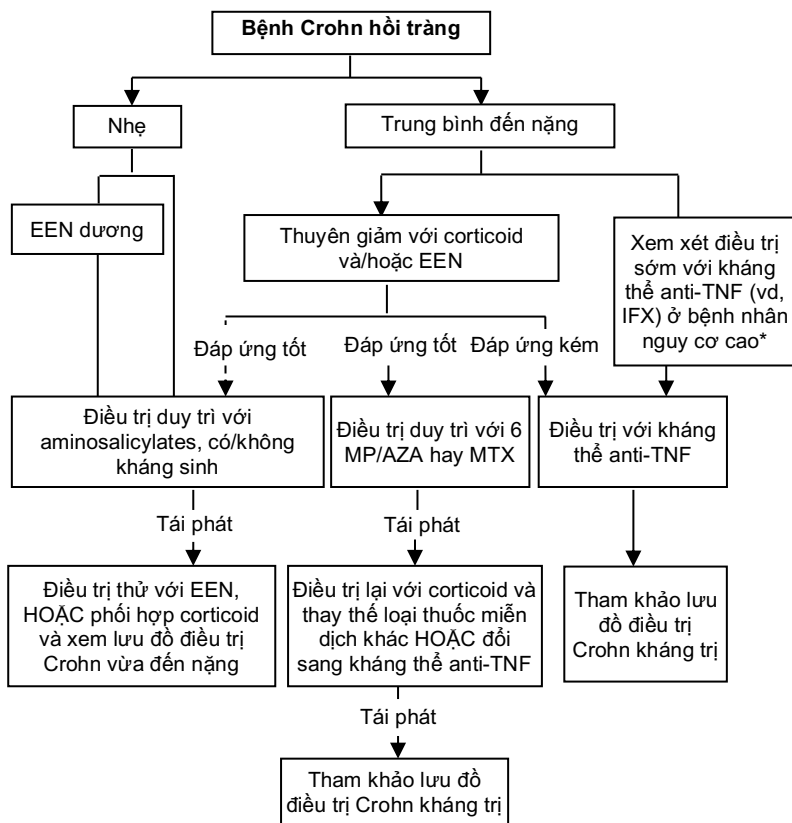
+ Dinh dưỡng chọn lọc qua đường ruột (EEN).

- Bệnh nhân có nguy cơ cao: đối với những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ (sang thương lan rộng ruột non, loét đại tràng nặng, chậm tăng trưởng ở tuổi dậy thì, bệnh quanh hậu môn nặng hoặc không đáp ứng với steroid), nên sử dụng Infliximab hoặc Adalimumab sớm (trong vòng 2 đến 3 tháng đầu tiên) ngay sau khi chẩn đoán hơn là điều trị tấn công bằng Glucocorticoids kèm điều hòa miễn dịch (khuyến cáo 2C).

- Bệnh nhân có nguy cơ trung bình: ở những bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ cao như mô tả ở trên, điều trị tấn công bằng Glucocorticoids. Sử dụng Glucocorticoids đường uống cho hoạt tính bệnh vừa và tiêm tĩnh mạch cho bệnh nặng. Dinh dưỡng chọn lọc qua đường ruột có thể thay thế hoặc phối hợp Glucocorticoids, đặc biệt đối với bệnh nhân bị chậm tăng trưởng (khuyến cáo 2C).

- Sau khi lui bệnh, có thể chuyển sang thiopurine hoặc Methotrexate để điều trị duy trì. Nếu điều trị bằng

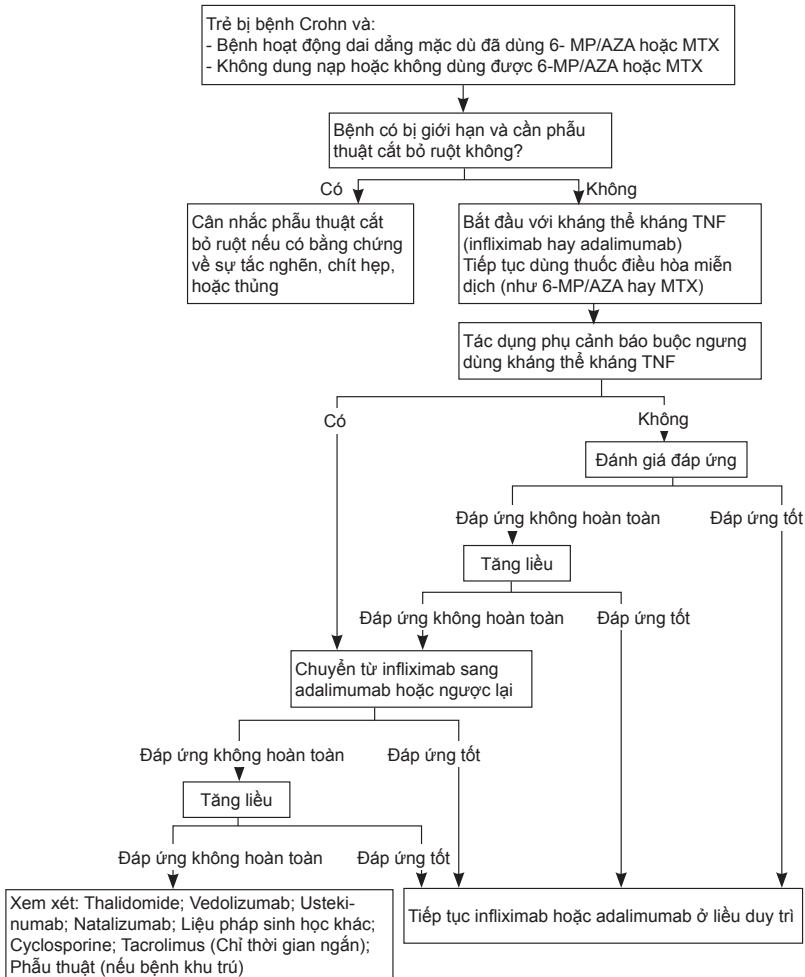
Thiopurine, bệnh nhân nên được đánh giá về kiểu gen thiopurine Methyltransferase (kiểu gen TPMT) hoặc kiểu hình (hoạt động TPMT) để xác định liều khởi đầu an toàn. Hiện nay có xu hướng tránh chọn Thiopurines vì có liên quan rõ ràng với nguy cơ phát triển bệnh ác tính. Các lựa chọn thay thế bao gồm Methotrexate hoặc sử dụng sớm kháng thể đơn dòng ức chế TNF.



Sơ đồ hướng dẫn điều trị bệnh Crohn hồi tràng ở trẻ em

*EEN (Exclusive Enteral Nutrition)*: dinh dưỡng chọn lọc qua đường ruột. Liệu pháp EEN là dinh dưỡng dạng lỏng qua đường ruột với sự kiểm soát chế độ ăn chặt chẽ dựa trên độ dài ngắn của chuỗi polypeptide, acid amin hay protein đầy đủ. Việc lựa chọn loại thực phẩm nào phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng và sự sẵn có của thực phẩm tại địa phương. Nếu EEN không dung nạp được bằng đường uống, ống thông mũi dạ dày có thể được sử dụng. EEN thường được khuyến dùng trong 6-8 tuần, sau đó chế độ ăn bình thường dần được áp dụng lại.

Bệnh nhân có nguy cơ cao: sang thương lan rộng ruột non, loét đại tràng nặng, chậm tăng trưởng ở tuổi dậy thì, bệnh quanh hậu môn nặng hoặc không đáp ứng với corticoid.



Sơ đồ hướng dẫn điều trị bệnh Crohn kháng trị ở trẻ em

### **3.3.2. Viêm loét đại tràng**

#### **❖ Thể nhẹ**

Ở bệnh nhân thể nhẹ sang thương kéo dài qua trực tràng (PUCAI đạt điểm 10 đến 34), đầu tay dùng 5-Aminosalicylate đường uống (Mesalamine hoặc Sulfasalazine). Những thuốc này có hiệu quả vừa và ít tác dụng phụ hơn glucocorticoids toàn thân. Điều trị kết hợp với 5-ASA uống và tại chỗ (trực tràng) nếu bệnh nhân chấp nhận được, vì hiệu quả hơn so với điều trị tại chỗ đơn thuần. Tổn thương nhẹ bên đại tràng trái cũng có thể đáp ứng với điều trị tại chỗ đơn độc (ví dụ, Mesalamine).

#### **❖ Thể trung bình**

Thể trung bình (điểm PUCAI từ 35 đến 64) nên tấn công bằng glucocorticoids toàn thân. Tuy nhiên, cũng có thể dùng 5-ASA ở liều cao thay thế Glucocorticoids.

Bệnh nhân đáp ứng với corticoid thường có dấu hiệu lâm sàng cải thiện trong vòng một tuần sau khi bắt đầu điều trị. Budesonide đường uống có thể thay thế cho prednison vì có ít tác dụng phụ hơn.

Liều đầy đủ của glucocorticoid đường uống thường được tiếp tục trong hai đến ba tuần, sau đó giảm dần trong 8 đến 10 tuần tiếp theo (bảng 4). Glucocorticoid đường uống thường được kết hợp với mesalamine (hoặc 5-ASA khác).

Glucocorticoids tiêm tĩnh mạch đối với những bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp Glucocorticoid đường uống trong vòng một đến hai tuần hoặc uống kém, đau bụng dữ dội, nôn ói, dinh dưỡng kém. Chuyển sang glucocorticoids uống khoảng 24 đến 48 giờ sau khi nhận thấy đáp ứng lâm



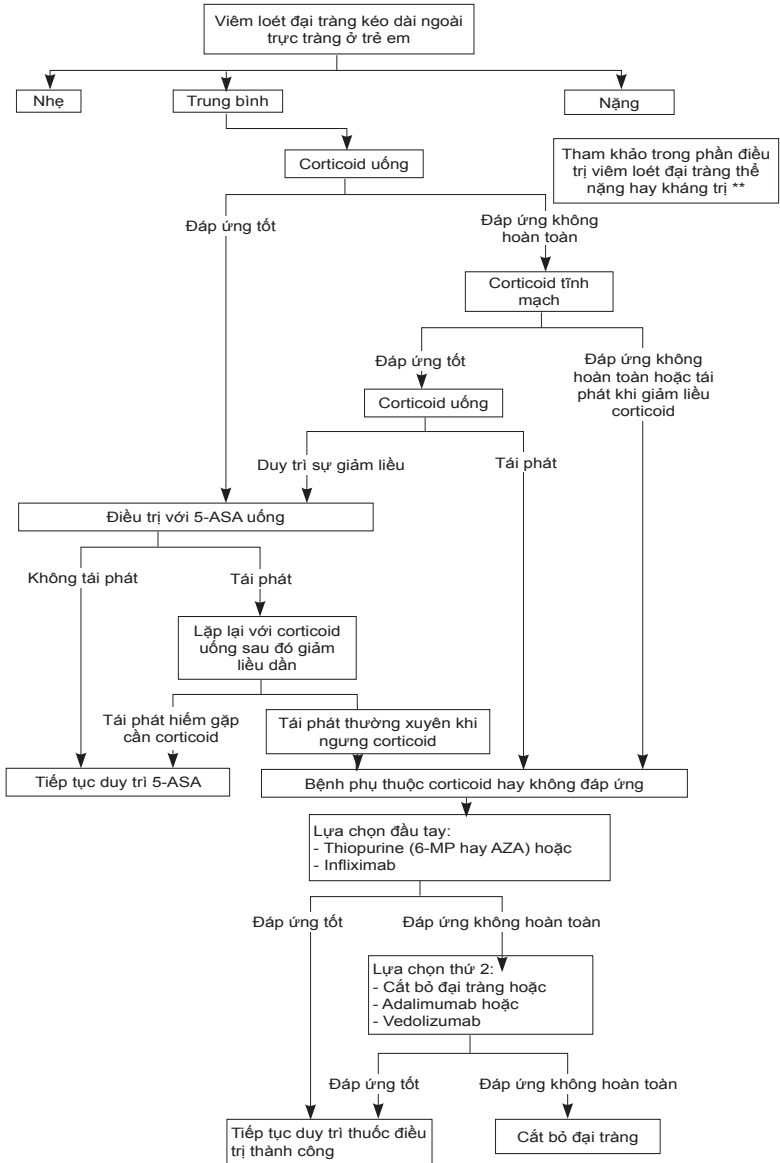
sàng rõ ràng (PUCAI < 35 hoặc PUCAI giảm  $\geq$  20 điểm). Một số chuyên gia khác tiếp tục glucocorticoids tiêm tĩnh mạch (trong tối đa hai tuần) cho đến khi nội soi và mô học cải thiện.

Bắt đầu uống Glucocorticoid với liều 1-2 mg/kg/ngày (tối đa 40-60 mg/ngày) trong 2-4 tuần, sau đó giảm dần trong hai tháng tiếp. Glucocorticoid đường uống thường được kết hợp với Mesalamine (hoặc 5-ASA khác).

Đối với những bệnh nhân không có đáp ứng rõ ràng sau một tuần tiêm tĩnh mạch, kháng corticoid, cấp tính nặng đánh giá các yếu tố tăng nặng khác và thảo luận về điều trị bậc hai, bao gồm phẫu thuật cắt bỏ trực tràng và thuốc khác (Infliximab, ức chế Calcineurin).

Đối với những bệnh nhân có đáp ứng một phần với tiêm tĩnh mạch (lâm sàng cải thiện, nhưng PUCAI vẫn > 35), tiếp tục điều trị tiêm tĩnh mạch thêm hai tuần trước khi xem xét chuyển sang điều trị bậc 2.

Kháng sinh-sử dụng kháng sinh toàn thân.



Sơ đồ hướng dẫn điều trị viêm loét đại tràng ở trẻ em

### ❖ **Thể nặng hay kháng trị**

- Nhập cấp cứu và hội chẩn ngoại.
- Đánh giá khả năng viêm đại tràng nhiễm trùng kèm theo đặc biệt do tác nhân Clostridioides (Clostridium) Difficile toxins A và B. Nội soi đại tràng đánh giá độ nặng và loại trừ nhiễm CMV, đánh giá phình đại tràng nhiễm độc:

- + Tấn công - Infliximab là lựa chọn ưu tiên. Liều chuẩn 5 mg/kg ở tuần 0,2,6, tuy nhiên tăng độ thanh thải của Infliximab do viêm đại tràng cấp nặng, có thể sử dụng liều cao hơn (10 mg/kg) ở tuần 0,1 và 4 hoặc gần hơn. Nếu đáp ứng liều có thể giảm dần xuống liều chuẩn. Việc kết hợp Infliximab với một thuốc điều hòa miễn dịch khác (AZA hoặc methotrexate) còn đang bàn cãi và nên cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ.

- Nhóm ức chế Calcineuron (Cyclosporin hoặc Tacrolimus) có thể thay Infliximab nếu bệnh nhân kháng trị. Đây không phải là thuốc duy trì nên nếu đáp ứng chuyển qua thuốc khác để duy trì (AZA hoặc Vedolizumab) trong khoảng 04-06 tháng sau hoặc xem xét cắt đại tràng.
- Phác đồ nối tiếp: sử dụng nối tiếp các phác đồ cấp cứu (Infliximab sau đó Cyclosporin hoặc tacrolimus và ngược lại) không được khuyến cáo vì khả năng lui bệnh và đáp ứng lâu dài kém và tăng nguy cơ nhiễm trùng nặng. Do đó nếu thất bại với phác đồ cấp cứu đầu tiên nên chuẩn bị cắt đại tràng hơn là tiếp tục phác đồ cấp cứu khác.

- + Duy trì:
  - Nếu bệnh nhân đáp ứng với phác đồ tấn công với Cyclosporin, Tacrolimus hoặc Infliximab, glucocorticoid nên dần chuyển sang uống, sau đó giảm liều.
  - Nếu cyclosporin hoặc Tacrolimus được dùng để tấn công, có thể chuyển duy trì bằng Infliximab, Thiopurine hoặc Vedolizumab. Bên cạnh đó có thể kết hợp thêm 5-ASA để duy trì.

### **3.4. Thuốc**

#### **3.4.1. Kháng sinh**

Kháng sinh được khuyến cáo dùng trong điều trị khi có lỗ dò quanh hậu môn bao gồm Metronidazol hoặc Ciprofloxacin. Liều dùng Metronidazol là 10-20 mg/kg/ngày và Ciprofloxacin là 20 mg/kg/ngày.

#### **3.4.2. Glucocorticoid**

Glucocorticoids vẫn được xem là thuốc khởi trị đối với bệnh nhân ở đợt cấp trung bình đến nặng. Truyền tĩnh mạch methylprednisolone đối với bệnh nhân biểu hiện bệnh nặng cho tác dụng nhanh. Trong khi đường uống thường sử dụng với biểu hiện bệnh nhẹ hoặc trung bình. Liều: Methylprednisolone đối với bệnh nặng thường là 1 mg/kg đường tĩnh mạch/12 giờ, tối đa 30 mg/12 giờ. Sau đó chuyển sang dạng uống khi bệnh nhân đạt đáp ứng điều trị tốt. Bắt đầu uống corticosteroid với liều 1-2 mg/kg/ngày (tối đa 40-60 mg/ngày) và chỉ dùng 1 lần/ngày (buổi sáng sau ăn).

Budesonide: uống liều 0,45 mg/kg/ngày (tối đa 9 mg/ngày). Giảm liều nên được thực hiện nhằm hạn chế tác dụng phụ của glucocorticoid tiến tới ngưng thuốc sau khoảng 4 tháng khi mà tác dụng của các thuốc điều hòa miễn dịch đã có tác dụng.

**Bảng 4.** Giảm liều glucocorticoid ở bệnh nhân viêm ruột mạn (mg/ngày)

Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4	Tuần 5	Tuần 6	Tuần 7	Tuần 8	Tuần 9	Tuần 10	Tuần 11
40	40	30	30	25	25	20	15	10	5	0
35	35	30	30	25	20	15	15	10	5	0
30	30	30	25	20	15	15	10	10	5	0
25	25	25	20	20	15	15	10	5	5	0
20	20	20	15	15	12,5	10	7,5	5	2,5	0
15	15	15	12,5	10	10	7,5	7,5	5	2,5	0

### 3.4.3. Aminosalicylate (*sulfasalazine, mesalamin*)

Mesalamine: liều 60-80 mg/kg/ngày chia 2-3 lần, liều tối đa 4,8 gram/ngày. Tác dụng kháng viêm tại chỗ, thường dùng điều trị thể nhẹ đến trung bình.

Sulfasalazine: liều khởi đầu 25 mg/kg/ngày chia 2-3 lần, tăng dần liều đến liều tối đa 60-80 mg/kg/ngày trong 1-2 tuần, liều tối đa 4 gram/ngày. Nên bổ sung acid folic 1 mg/ngày. Tác dụng phụ: dị ứng da.

### 3.4.4. Nhóm thuốc điều hòa miễn dịch

Nhóm Thiopurine: Azathioprine liều 2-3 mg/kg/ngày. Tác dụng phụ ức chế tủy và tổn thương gan, viêm tụy.

Methotrexate: 25 mg/m<sup>2</sup> da mỗi tuần 01 lần, liều tối đa 25 mg. Nên bổ sung acid folic 1 mg/ngày. Tác dụng phụ ức chế tủy, loét miệng, viêm gan.

Tacrolimus: uống 0,1 mg/kg hai lần mỗi ngày, điều chỉnh theo nồng độ mục tiêu trong máu 10-20 ng/mL.

Cyclosporine: tiêm tĩnh mạch 2-4 mg/kg/ngày, truyền liên tục trong 24 giờ; uống 2,3-3 mg/kg mỗi 12 giờ.

### **3.4.5. Ức chế TNF alpha**

- Infliximab (Remicade): liệu điều trị infliximab được chia thành 3 liều tấn công lần lượt ở tuần 0, 2 và 6, duy trì truyền mỗi 8 tuần/lần khi bệnh nhân đáp ứng. Bệnh nhân không đáp ứng liều 5 mg/kg có thể tăng thành liều 10 mg/kg mỗi 4 tuần, hoặc có thể rút ngắn khoảng cách truyền (giảm 4-6 tuần), đáp ứng nên được đánh giá mỗi 3-6 tuần thông qua các chỉ số như VS, CRP, hay hình ảnh học như MRI ruột hoặc nội soi đại tràng.

- Adalimumab (Humira):

- + Bệnh Crohn mức độ trung bình đến nặng, dùng cho trẻ  $\geq 6$  tuổi và thanh thiếu niên:
  - 17 kg đến < 40 kg: khởi đầu 80 mg chia làm 2 lần tiêm (mỗi lần 40 mg) vào ngày thứ nhất, sau đó 40 mg tiêm 2 tuần sau (ngày 15); và sau đó vào ngày 29, bắt đầu liệu duy trì: 20 mg cách tuần.
  - $\geq 40$  kg: khởi đầu 160 mg chia thành 4 lần tiêm (mỗi lần 40 mg, tiêm trong một ngày hoặc 2 lần tiêm mỗi ngày trong 2 ngày liên tiếp), sau đó 80 mg (chia thành 2 lần tiêm, mỗi lần 40 mg tiêm vào một ngày) vào 2 tuần sau (ngày 15); và sau đó vào ngày 29 bắt đầu liệu duy trì: 40 mg cách tuần.

- + Viêm loét đại tràng mức độ trung bình đến nặng, dữ liệu còn hạn chế: trẻ em và thanh thiếu niên: khởi đầu: 100 mg/m<sup>2</sup> (liều tối đa: 160 mg/liều), sau đó 50 mg/m<sup>2</sup> (liều tối đa: 80 mg/liều) 2 tuần sau; sau đó vào ngày 29, bắt đầu điều trị duy trì: 25 mg/m<sup>2</sup> cách tuần (liều tối đa: 40 mg/liều).

## **4. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

### **4.1. Các chỉ số cần theo dõi**

Theo dõi cân nặng, chiều cao theo mức độ tăng trưởng theo tuổi.

Theo dõi công thức máu, chức năng gan thận, tình trạng nhiễm trùng khi sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch và các thuốc sinh học.

### **4.2. Thời gian tái khám**

Tái khám giảm liều corticoid theo phác đồ.

Tái khám theo lịch sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch và thuốc điều hòa miễn dịch.

# XƠ GAN (K 74.0)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Xơ gan là một thuật ngữ mô tả sự thay đổi về mặt vi thể và/hoặc đại thể của gan với các đặc điểm: hình thành các nốt bất thường, thay đổi mạch máu và phá hủy hoàn toàn cấu trúc bình thường của gan kèm theo tình trạng xơ hóa. Đây là hậu quả cuối cùng của tình trạng xơ hóa không hồi phục của nhu mô gan hoặc đường mật.

Hầu hết các bệnh gan mạn ở trẻ em gây nên xơ gan và/hoặc ứ mật.

Các triệu chứng của xơ gan chủ yếu là do suy chức năng gan và ứ mật.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Các bệnh gây tổn thương mạn tính đến gan đều có thể gây xơ gan.

Trẻ nhũ nhi	Trẻ lớn
<b>Nhiễm siêu vi</b> CMV Rubella <i>Herpes simplex</i> Viêm gan siêu vi B Enterovirus	<b>Nhiễm trùng</b> Viêm gan siêu vi B mạn ± delta Viêm gan siêu vi C mạn
<b>Nhiễm vi khuẩn</b> Giang mai	<b>Bệnh chuyển hóa/di truyền</b> Thiếu $\alpha$ 1-antitrypsin Bệnh xơ nang Bệnh Wilson
<b>Bệnh chuyển hóa/di truyền</b> Thiếu $\alpha$ 1-antitrypsin Galactosemia Fructosemi Tyrosinemia	<b>Bất thường giải phẫu đường mật</b> Nang ống mật chủ Giãn đường mật trong gan



<p>Bệnh tích tụ glycogen type III và IV          Bệnh Niemann-Pick type C          Bệnh Wolman          Ứ mật trong gan có tính chất gia đình (PFIC)</p> <p><b>Vô căn</b></p> <p><b>Bất thường đường mật</b>          Teo đường mật ngoài gan          Thiếu sản đường mật trong gan (Alagille)          Nang ống mật chủ</p> <p><b>Bệnh mạch máu</b>          Suy tim bẩm sinh          Viêm màng ngoài tim co thắt          Bệnh tắc tĩnh mạch          Hội chứng Budd-Chiari</p> <p><b>Độc chất</b></p> <p><b>Nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài</b>          Bất thường đường mật          Teo đường mật ngoài gan          Thiếu sản đường mật trong gan (Alagille)          Nang ống mật chủ</p>	<p>dạng nang (bệnh Caroli)          Gan hóa sỏi bẩm sinh          Viêm đường mật xơ hóa</p> <p><b>Bệnh gan tự miễn</b>  <b>Thuốc/độc chất</b>  <b>Suy dinh dưỡng</b></p>
---	--

### 3. CÁC BIẾN CHỨNG CỦA XƠ GAN

- Chậm phát triển thể chất và suy dinh dưỡng.
- Bệnh não gan.
- Rối loạn đông máu.
- Hội chứng gan phổi.
- Tăng áp cửa và xuất huyết tiêu hóa.
- Báng bụng.

- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.
- Hội chứng gan thận.
- Ngứa.
- Loạn dưỡng xương.
- Bệnh tim mạn do xơ gan.
- Rối loạn chức năng nội tiết.
- Carcinoma tế bào gan.

## **4. CÁCH TIẾP CẬN**

### **4.1. Bệnh sử**

- Có thể không có triệu chứng, không vàng da. Chỉ điểm đầu tiên bệnh gan có thể do phát hiện tình cờ gan lách to, hay lách to đơn thuần.

- Đa phần bệnh nhân có thể bệnh sử có bệnh gan mật.

### **4.2. Biểu hiện lâm sàng**

- Bệnh gan còn bù:
  - + Có thể gan lách to, gan thường nhỏ và không sờ thấy, nhưng có thể lớn, cứng chắc.
  - + Biểu hiện ở da như sao mạch, lòng bàn tay son, tĩnh mạch giãn to lan từ rốn là biểu hiện của tăng áp cửa, dễ bầm da, giãn mạch rõ ở mặt và phần trên lưng và ngón tay dùi trống.
- Bệnh gan mất bù: triệu chứng suy chức năng gan và xuất hiện biến chứng.
  - + Suy dinh dưỡng, báng bụng, phù ngoại vi.
  - + Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch.

- + Bầm da tự nhiên do thiếu các yếu tố đông máu tổng hợp từ gan và giảm tiêu cầu do cường lách.
- + Bệnh não gan khó nhận biết ở trẻ em. Triệu chứng sớm gồm chậm chạp, học hành kém, ngủ gà hoặc rối loạn giấc ngủ. Trí thông minh giảm sút và thay đổi tính cách có thể gặp ở trẻ lớn, tiến triển dần đến lú lẫn và hôn mê. Loạng choạng, run rẩy và mất điều hòa vận động thì khó nhận thấy ở trẻ nhỏ.
- + Vàng da là biểu hiện trễ ngoại trừ xơ gan do ứ mật.
- + Hội chứng gan phổi với biểu hiện chủ yếu là khó thở, có thể khó thở khi ngồi hay thiếu oxy máu tư thế kèm sao mạch ở da, ngón dùi trống.
- + Hội chứng gan thận với suy chức năng thận tiến triển ở bệnh nhân có bệnh gan nặng. Bất thường lượng máu đến thận có thể là bệnh nguyên.
- + Nhiễm trùng:
  - Nhiễm trùng tiểu và hô hấp thì thường gặp.
  - Nhiễm trùng máu thường là hậu quả của các thăm dò xâm lấn.
  - Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát là biến chứng nặng thường gặp của bàng bụng và cần loại trừ ở tất cả trẻ bị nhiễm trùng.
- + Ung thư tế bào gan thường kết hợp với viêm gan siêu vi B, tyrosinemia type I.

### 4.3. Cận lâm sàng

- Tổng quát:
  - + Xét nghiệm máu: bilirubin toàn phần-trực tiếp, SGOT, SGPT, GGT, PAL, albumin, cholesterol,

urea, creatinine, NH<sub>3</sub>, điện giải đồ, đường máu mao mạch huyết đồ, đông máu toàn bộ.

- + X quang ngực.
- + Siêu âm gan mật và thận.

#### **4.4. Chẩn đoán**

##### **Tiêu chuẩn chẩn đoán**

- Bệnh sử có thể biết có bệnh gan mật trước đó hoặc không.
- Khám lâm sàng có các biểu hiện của bệnh gan mật bù với các biến chứng.
- Xét nghiệm tổng quát có biến đổi, đề nghị xét nghiệm đặc biệt để tìm nguyên nhân xơ gan.

#### **5. XỬ TRÍ**

##### **5.1. Nguyên tắc**

- Giảm thiểu hoặc ngăn ngừa tổn thương gan tiến triển bằng cách điều trị nguyên nhân, nếu có thể.
- Tiên đoán, ngăn ngừa hoặc kiểm soát các biến chứng.

**5.2. Chỉ định nhập cấp cứu:** xơ gan mật bù với biểu hiện của biến chứng nặng: sốc, suy hô hấp, rối loạn tri giác...

**5.3. Chỉ định nhập viện:** xơ gan mật bù có các triệu chứng nặng của biến chứng: rối loạn đông máu, rối loạn điện giải, xuất huyết tiêu hóa, báng bụng nhiều...

##### **5.4. Điều trị cụ thể**

- Kém hấp thu, suy dinh dưỡng:
- + Bổ sung vitamin: mỗi ngày.

Chất	Nhu cầu hàng ngày	Đường dùng	Lưu ý/theo dõi
Vitamin A	< 10 kg: 5.000UI > 10 kg: 10.000 tiêm bắp-50.000 UI	Uống	Chỉ tiêm bắp khi kháng trị với đường uống
Vitamin D	10.000-40.000 UI/ngày Tiêm bắp 30.000 UI 1-3 lần/tháng	Uống/tiêm bắp	Cung cấp chế phẩm qua đường uống có chứa calciferol có thể cung cấp đủ. Những ca kháng trị cần dùng 25-OHD tiêm bắp.
Vitamin E	25 UI/kg Tiêm bắp 10 mg/kg (tối đa 200 mg) mỗi 3 tuần	Uống	Vitamin E/Lipid toàn phần $\leq 0,6$ mg/g hoặc vitamin E < 30 g/mL: khám tìm các phân xạ
Vitamin K <sub>1</sub>	2 mg/ngày Mỗi tuần: 5 mg: 5-10 kg 10 mg: > 10 kg Tiêm bắp 5-10 mg mỗi 2 tuần	Uống/tiêm bắp	TQ
Các vitamin tan trong nước	Gấp đôi nhu cầu cơ bản	Uống	Bổ sung khi cần
Khoáng chất Canxi	25-100 mg/kg	Uống	Bổ sung khi cần

- + Dùng MCT (triglycerid chuỗi trung bình) hoặc các  
sữa công thức có chứa MCT.
- + Trẻ biếng ăn có thể đặt sonde dạ dày.

- Ứ mật, ngứa:
  - + Các thuốc thuộc nhóm antihistamines được dùng đầu tay nhưng thường không hiệu quả.
  - + Sau đây là các thuốc có thể dùng:

STT	Thuốc	Liều
1	Cholestyramine	4 g/gói (chia 1-4 lần/ngày)
2	Ursodeoxycholic acid	15-30 mg/kg/ngày chia 2 lần
3	Rifampicin	7-10 mg/kg/ngày chia 2 lần
4	Naltrexone	0,3-0,6 mg/kg/ngày dùng 1 lần
5	Ondansetron	2-8 mg/kg/ngày chia 2 lần
6	Phenobarbital	15-45 mg/ngày chia 2 lần
7	Tia UVA hoặc châm cứu có thể được khuyến dùng cho một số bệnh nhân và có thể đem lại hiệu quả	

- Báng bụng và phù:
  - + Nâng đỡ dinh dưỡng.
  - + Tránh dùng quá nhiều muối (< 1-2 mmol/kg/ngày).
  - + Spironolactone: 01-07 mg/kg/ngày chia 2-3 lần/ngày (tối đa 400 mg/ngày), có thể kết hợp với furosemid 01-02 mg/kg/ngày nếu kém đáp ứng, tối đa 6 mg/kg/ngày. Tác dụng phụ thường gặp là tăng kali máu và dị ứng da, nữ hóa tuyến vú ở nam giới sử dụng thuốc kéo dài.
  - + Furosemide và spironolactone có tác dụng hiệp đồng tối ưu khi được sử dụng chung với tỷ lệ Spironolactone: Furosemide = 2,5:1. Tác dụng phụ:

ngộ độc tai, canxi hóa thận, hạ natri, kali máu (tác dụng phụ phổ biến nhất). Không nên dùng furosemide đơn thuần.

+ Lợi tiểu Thiazide: sử dụng duy trì, sau khi khởi đầu thành công với Spironolactone, có hoặc không thêm lợi tiểu quai. Liều dùng: khởi đầu 2-3 mg/kg/ngày. Tác dụng phụ: hạ kali máu, hạ đường huyết, viêm tụy.

+ Báng bụng kháng trị: xem xét nhập viện truyền Albumin.

- Tăng áp cửa và vỡ giãn tĩnh mạch (xem bài Tăng áp cửa).

- Rối loạn đông máu: nhập viện, xem phác đồ nội trú.

- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: nhập viện dùng kháng sinh tĩnh mạch.

- Hội chứng gan-thận, hội chứng gan-phổi: nhập viện để đánh giá sâu hơn.

- Loạn dưỡng xương do bệnh gan mạn: tránh dùng các thuốc thuộc nhóm Corticoids, lợi tiểu quai, khuyến khích tập thể dục các bài tập giúp chịu sức nặng của cơ thể.

Bổ sung canxi sớm (liều gấp 3-10 lần nhu cầu cơ bản) kết hợp vitamin D.

Nếu có biểu hiện chậm dậy thì: hội chẩn bác sĩ nội tiết nhi về biện pháp sử dụng hormone thay thế.

## 5.5. Tái khám

- Theo dõi và tái khám: gồm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm tùy tình trạng bệnh tại phòng khám tiêu hóa.

- Các xét nghiệm cần làm tại phòng khám: bilirubin toàn phần-trực tiếp, SGOT, SGPT, GGT, PAL, albumin, cholesterol, urea, creatinine,  $\text{NH}_3$ , điện giải đồ, đường máu mao mạch huyết đồ, đông máu toàn bộ.

- Tái khám ngay khi có các dấu hiệu xuất huyết (tiêu máu, ói ra máu, xuất huyết da niêm nhiều...), phù, báng bụng tăng dần, thay đổi tri giác (kích thích, lờ đờ, ngủ gà...).



# TĂNG ÁP CỬA (K76.6)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Tăng áp cửa được định nghĩa là khi áp lực hệ tĩnh mạch cửa tăng trên 10 mmHg. Áp lực hệ tĩnh mạch cửa bình thường nằm trong khoảng từ 05 đến 10 mmHg.

Tăng áp cửa là một trong những nguyên nhân chính gây bệnh và tử vong ở trẻ em mắc bệnh gan.

## 2. NGUYÊN NHÂN

### 2.1. Trước gan

- Huyết khối tĩnh mạch cửa.
- Hẹp bẩm sinh hoặc chèn ép tĩnh mạch cửa.
- Huyết khối tĩnh mạch lách.
- Thông nối động tĩnh mạch.

### 2.2. Tại gan

- Trước xoang:
  - + Gan hóa sợi bẩm sinh.
  - + Viêm gan siêu vi mạn tính (HBV và HCV).
  - + Xơ gan ú mật nguyên phát.
  - + Suy tủy (Bệnh Hogkin, bệnh bạch cầu).
  - + Bệnh u hạt (nhiễm Schistosomiasis, Sarcoidosis, Tuberculosis).
  - + Bệnh gan đa nang.
  - + Bệnh Gaucher.

- + Độc tố và thuốc (nhiễm độc arsenic, vinyl chloride monomer poisoning, methotrexate, 6 mercaptopurine).
- Tại xoang:
  - + Xơ gan.
  - + Bệnh Wilson.
  - + Các bệnh lý dự trữ (gan nhiễm mỡ, Glycogenosis type III, thiếu  $\alpha 1$  antitrypsin).
- Sau xoang:
  - + Bệnh tắc nghẽn tĩnh mạch.
  - + Huyết khối tĩnh mạch gan (hội chứng Budd-Chiari).

### **2.3. Sau gan**

- Tắc nghẽn tĩnh mạch chủ dưới.
- Suy tim phải.
- Viêm màng ngoài tim co thắt.
- Những bệnh lý của van 03 lá.

## **3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

### **3.1. Hôi bệnh**

- Xuất huyết tiêu hóa: là triệu chứng nặng, thường gặp nhất và cũng là triệu chứng đầu tiên của tăng áp cửa không được chẩn đoán trước đó. Biểu hiện ói máu, tiêu phân đen hay tiêu máu đỏ tươi.

- Tiền căn:
  - + Đã được chẩn đoán bệnh gan, biến chứng của bệnh gan mạn tính.
  - + Nhiễm trùng rốn, đặt catheter tĩnh mạch rốn.
  - + Chấn thương bụng, rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, bệnh lý ác tính, sử dụng thuốc.

### **3.2. Khám lâm sàng**

- Lách to.
- Tuần hoàn bàng hệ.
- Báng bụng.
- Trĩ.
- Dấu hiệu của bệnh gan mạn tính: vàng da, sao mạch, lòng bàn tay son, ngón tay dùi trống, suy dinh dưỡng, hội chứng gan phổi, hội chứng gan thận, giảm chất lượng cuộc sống...

### **3.3. Cận lâm sàng**

- Công thức máu: đánh giá cường lách.
- Sinh hóa máu: đánh giá chức năng gan, thận, AST, ALT, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, Alkaline phosphatase, Gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), Albumin, Ure, Creatinin, điện giải đồ.
  - Đông máu toàn bộ.
  - Siêu âm bụng và Doppler: đánh giá nhu mô gan, tĩnh mạch cửa, huyết khối, bất thường giải phẫu hệ mạch máu gan, dịch ổ bụng, bất thường thận.

- CT Scan bụng: đánh giá nhu mô gan, cấu trúc mạch máu, đường mật, chẩn đoán nguyên nhân.
- Sinh thiết gan: chẩn đoán xơ hóa/xơ gan, thâm nhiễm viêm, các bệnh lý gan khác.
- Đo áp lực hệ cửa trực tiếp: đánh giá mức độ tăng áp cửa và chẩn đoán nguyên nhân.
- Nội soi tiêu hóa trên: đánh giá tĩnh mạch giãn và bệnh lý dạ dày cửa.

Phân loại tĩnh mạch giãn trên nội soi:

- + Độ 0: không có giãn tĩnh mạch thực quản.
- + Độ 1: giãn tĩnh mạch thực quản nhỏ và không ngoằn ngoèo, mất khi bơm hơi.
- + Độ 2: giãn tĩnh mạch thực quản ngoằn ngoèo nhưng chiếm ít hơn 1/3 bán kính thực quản đoạn xa.
- + Độ 3: giãn tĩnh mạch thực quản lớn và ngoằn ngoèo hơn 1/3 bán kính thực quản đoạn xa.

Sự xuất hiện của “ dấu đỏ “ (red spots) đe dọa xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản hay vừa mới xuất huyết.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Chỉ định nhập cấp cứu**

- Xuất huyết tiêu hóa nặng ô ạt.
- Kèm bệnh lý não gan.

## 4.2. Chỉ định nhập khoa tiêu hóa

- Xuất huyết tiêu hóa nhẹ.
- Tăng áp cửa chửa xuất huyết được nhập viện ngăn ngày để bắt đầu điều trị phòng ngừa xuất huyết tiên phát, sau đó sẽ tiếp tục điều trị ngoại trú.

## 4.3. Điều trị ngoại trú

- Mục tiêu chính trong điều trị tăng áp cửa là giảm thiểu nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch.

- Các phương pháp điều trị bao gồm: sử dụng thuốc, nội soi, phẫu thuật, ghép gan.

- Điều trị dùng thuốc:
  - Thuốc ức chế beta không chọn lọc Propranolol liều 1-3 mg/kg/ngày chia 2 lần. Mục tiêu giảm 25% nhịp tim, chú ý tác dụng phụ block nhĩ thất và làm nặng thêm tình trạng suyễn.

- Liều tối đa 80 mg/ngày

- Nội soi tiêu hóa:

- + Cả chích xơ và thắt tĩnh mạch đều giảm được khả năng chảy máu lại với tỷ lệ thành công 90%.
- + Nội soi thắt tĩnh mạch được thực hiện phổ biến hơn vì nó dễ dàng và an toàn hơn, nhưng đối với trẻ nhỏ đầu thắt to không qua được lỗ thực quản nên được khuyến cáo chỉ làm với trẻ trên 10 kg.
- + Nội soi chích xơ được báo cáo có khả năng gây loét niêm mạc và tăng nguy cơ nhiễm trùng huyết, hiện tại không dùng tại Việt Nam.

#### **4.4. Theo dõi ngoại trú**

- Gồm khám lâm sàng và cận lâm sàng tùy tình hình bệnh tại phòng khám tiêu hóa.

- Nội soi thắt tĩnh mạch thực quản dẫn nên được thực hiện 2-4 tuần sau đợt xuất huyết tiêu hóa đầu tiên.

- Sau đó nội soi kiểm tra mỗi 06-12 tháng tùy tình trạng xuất huyết tiêu hóa tái phát.

- Đánh giá biến chứng tăng áp phổi bằng siêu âm tim định kỳ mỗi 03 tháng.

## **CHƯƠNG IV. NHIỆM**

# SỐT (R50)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Sốt khi nhiệt độ hậu môn, màng nhĩ  $> 38^{\circ}\text{C}$  hoặc nhiệt độ nách, trán  $> 37,5^{\circ}\text{C}$ .
- Khi nhiệt độ  $> 40^{\circ}\text{C}$  là sốt rất cao,  $> 41^{\circ}\text{C}$  gọi là sốt ác tính hay sốt nguy kịch.
- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân (FUO) khi sốt  $> 14$  ngày ngoại trú hay  $> 07$  ngày nội trú.
- Sốt co giật lạnh tính: thường gặp từ 06 tháng-06 tuổi, cơn co giật toàn thể, ngắn  $< 05$  phút, sau cơn thì tỉnh táo, không có dấu thần kinh khu trú.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

- Sốt có dấu hiệu chỉ điểm, thường gặp là đường hô hấp (viêm hô hấp trên, viêm phổi), sốt xuất huyết (châm xuất huyết), tay chân miệng (hồng ban-loét miệng), nhiễm trùng tiêu hóa. Một số dấu hiệu chỉ điểm khác cũng có thể phát hiện như trong viêm màng não (thóp phồng, cổ gượng), viêm khớp (sưng, nóng, đỏ, đau)...
- Sốt không tìm thấy dấu hiệu chỉ điểm:
  - +  $< 03$  tháng: 40-60% là do siêu vi, 10-15% có nguy cơ nhiễm khuẩn huyết (xem xét nhập viện những trường hợp  $< 2$  tháng).
  - + 03 tháng-36 tháng: phần lớn là nhiễm siêu vi, thường tự hết, 1-2% có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng.
- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân (xem lưu đồ trong phác đồ điều trị nội trú).



- Sốt ác tính hay sốt nguy kịch: thường do tổn thương vùng hạ đồi (xuất huyết não hoặc nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương) hoặc do tăng tạo nhiệt. Những trường hợp này chuyển phòng cấp cứu.

### 3. CÁCH TIẾP CẬN

- Bệnh sử:

+ Đặc điểm sốt:

▪ Xác định sốt: ai đo, nhiệt kế loại nào, vị trí đo, lúc nào.

▪ Tính chất sốt, có thể gặp:

▪ Sốt dao động: gia tăng theo nhịp ngày đêm (Vd: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiêu...).

Sốt liên tục: hằng định, dao động  $< 0,5^{\circ}\text{C}$  trong ngày (Vd: thương hàn...).

Sốt liên tục dao động: hằng định nhưng dao động  $> 0,5^{\circ}\text{C}$  trong ngày (Vd: sốt xuất huyết Dengue).

Sốt cơn: có lúc về bình thường (Vd: sốt rét).

+ Triệu chứng đi kèm:

▪ Các cơ quan: hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, thần kinh, tai mũi họng...

▪ Toàn thân: ớn lạnh, đổ mồ hôi, chán ăn, lừ đừ, bứt rứt, co giật.

- Tiền căn:

+ Sản khoa.

+ Chủng ngừa.

- + Bệnh tật:
  - Nhiễm trùng các cơ quan (lưu ý nhiễm trùng tiêu).
  - Các bệnh có sốt, bệnh mạn.
  - Cơ địa co giật, từng đặt ống trong cơ thể (nội khí quản, sonde tiêu, ngoại khoa).
  - Dùng thuốc hạ sốt, kháng sinh, kháng viêm.
- + Dịch tễ các bệnh ở địa phương cư trú (sốt rét, sốt xuất huyết, tay chân miệng, cúm, não mô cầu, tiêu chảy cấp...).
- + Du lịch.
- Khám thực thể: khám tỉ mỉ toàn thân.
  - + Khám toàn thân: trẻ tỉnh táo hay có vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc.
  - + Dấu hiệu sinh tồn, mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ (tốt nhất nhiệt độ hậu môn).
  - + Thần kinh: mức độ rối loạn tri giác, dấu màng não.
  - + Khám tim, phổi, gan, lách, hạch, tai mũi họng, cơ xương khớp.
  - + Khám tiết niệu sinh dục, khám trực tràng khi cần.
  - + Khám da niêm mạc tìm các sang thương da, niêm mạc.
  - + Dấu hiệu mất nước.
- Xét nghiệm:
  - + Sốt có dấu hiệu chỉ điểm: xét nghiệm tùy theo nguyên nhân.
  - + Sốt không có dấu hiệu chỉ điểm:
    - Công thức máu.

- Sinh hóa máu: CRPhs, chức năng gan thận.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- X quang ngực thẳng.
- Soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Hạ sốt**

- Acetaminophen: 10-15 mg/kg/lần uống hoặc nhét hậu môn/4-6 giờ khi nhiệt độ > 38,5°C hoặc Ibuprofen: 5-10 mg/kg/lần uống/6 giờ khi nhiệt độ > 38,5°C. (Chống chỉ định Ibuprofen trong trường hợp loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, sốt xuất huyết, sốt rét).

- Hai thuốc Paracetamol và Ibuprofen có thể dùng xen kẽ nhau mỗi 4-6 giờ hay cho cả hai thuốc cùng một lúc.

- Nếu trẻ sốt > 39°C, có thể lau mát bằng nước ấm, KHÔNG nên lau mát với nước pha cồn. Kiểm tra thân nhiệt sau 30-60 phút, ngưng lau mát khi < 38,5°C.

### **4.2. Xử trí biến chứng co giật**

- Nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến phòng cấp cứu.  
 - Thông thoáng đường thở, thở oxy canula.  
 - Diazepam hoặc Midazolam bơm hậu môn liều 0,1-0,2 mg/kg (tối đa 5 mg/lần).

- Thiết lập đường truyền, lấy các xét nghiệm cần thiết, chuyển sang chích tĩnh mạch seduxen hoặc midazolam nếu sau 05-10 phút còn co giật.

- Hoàn tất hồ sơ nhập viện khi tình trạng co giật ổn.

### **4.3. Điều trị theo nguyên nhân cụ thể (nếu trẻ có thể điều trị ngoại trú)**

#### **4.4. Chỉ định nhập viện**

- Sốt trên 40°C.
- Sốt trên 39°C và kém đáp ứng với thuốc hạ nhiệt.
- Sốt kèm WBC > 20.000/mm<sup>3</sup> hoặc bạch cầu non > 20%.
- Trẻ dưới 60 ngày tuổi.
- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân.
- Chỉ định nhập viện theo nguyên nhân gây sốt.

#### **4.5. Theo dõi ngoại trú**

- Tái khám:
  - + Tùy thuộc chẩn đoán.
  - + Khám lại ngay khi bệnh nặng hơn hoặc khi có bất kỳ triệu chứng mới xuất hiện.
  - + Tình trạng không cải thiện sau 48 giờ hoặc tùy nguyên nhân gây sốt.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:
  - + Tư vấn người nhà hiểu rõ hơn về sốt như sốt là một phản ứng bình thường của cơ thể, cha mẹ nên quan tâm đến sự thoải mái cùng các dấu hiệu khác của trẻ, diễn tiến cơn sốt và dặn dẫu hiệu tái khám ngay để người nhà theo dõi.
  - + Cho trẻ uống nhiều nước, ăn uống bình thường và nằm chỗ thoáng.
  - + Cho trẻ uống thuốc hạ sốt và lau mát theo chỉ định.

# **BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (B08.4)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Bệnh Tay Chân Miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do virus đường ruột gây. Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng bóng ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não, viêm màng não, viêm cơ tim, phù phổi dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

## **2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP**

Có ít nhất 15 loại Enterovirus gây bệnh, phổ biến nhất là Cocksackie virus A16 và Enterovirus 71.

Bệnh tay chân miệng nặng có biến chứng thường do Enterovirus 71 gây ra.

## **3. CHẨN ĐOÁN**

### **3.1. Lâm sàng**

- Giai đoạn ủ bệnh: 03-07 ngày.
- Giai đoạn khởi phát: từ 01-02 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.
- Giai đoạn toàn phát: có thể kéo dài 03-10 ngày với các triệu chứng điển hình:

- + Loét miệng: vết loét đỏ hay bông nước đường kính 02-03 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.
  - + Phát ban dạng bông nước: ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (03-04 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.
  - + Sốt.
  - + Nôn.
  - + Nếu trẻ sốt cao, nôn nhiều, bằng quan với môi trường xung quanh thường liên quan biến chứng.
  - + Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 02 đến ngày 05 của bệnh.
  - + Các biến chứng khác có thể gặp: liệt mềm cấp, viêm màng não vô trùng, viêm tụy cấp.
- Giai đoạn lui bệnh: thường từ 03-05 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

### 3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bạch cầu thường trong giới hạn bình thường.
- Bạch cầu tăng trên  $16.000/\text{mm}^3$ , đặc biệt là tăng bạch cầu hạt, tăng đường huyết thường liên quan đến biến chứng.
- Protein C phản ứng (CRP) trong giới hạn bình thường ( $< 10 \text{ mg/L}$ ).

### 3.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán ca lâm sàng: bệnh TCM có một trong hai tiêu chuẩn sau:

- + Phát ban tay chân miệng.
- + Và/hoặc: loét miệng.
- Chẩn đoán phân biệt:
  - + Các bệnh có biểu hiện loét miệng.
  - + Viêm loét miệng (áp-tơ): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.
  - + Viêm nướu và niêm mạc miệng do HSV tuýp 1.
  - + Các bệnh có phát ban da:
    - Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
    - Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có bóng nước.
    - Viêm da mủ: đỏ, đau, có mủ.
    - Thủy đậu: bóng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
    - Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.
    - Sốt xuất huyết Dengue: chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

### 3.4. Phân độ lâm sàng

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

**Độ 2:**

- Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:
  - + Bệnh sử có giật mình ít (< 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám).
  - + Lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.
  - + Sốt trên 02 ngày hay sốt > 39°C.
  - + Nôn ói nhiều.
- Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2:

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

### **Độ 3. Có 1 trong các tiêu chuẩn sau:**

- Mạch  $> 170$  lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Vã mồ hôi lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tăng theo tuổi:
  - + Dưới 01 tuổi:  $> 100$  mmHg.
  - + Từ 01-02 tuổi:  $> 110$  mmHg.
  - + Trên 02 tuổi:  $> 115$  mmHg.
    - Gồng chi/hôn mê (GCS  $< 10$ ).
    - Thở nhanh theo tuổi, thở bất thường (có một trong các dấu hiệu sau: cơn ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào).



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

- Ngưng thở, thở nấc.
- Tím tái/SpO<sub>2</sub> < 92%.
- Phù phổi cấp.
- Sốc: có một trong các tiêu chuẩn sau đây:
  - + Mạch không bắt được, HA không đo được.
  - + Tụt HA (HA tâm thu):
    - Dưới 12 tháng: < 70 mmHg.
    - Trên 12 tháng: < 80 mmHg.
  - + HA kẹp: hiệu áp  $\leq 25$  mmHg.

### **4. XỬ TRÍ**

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

#### **4.2. Nhập viện**

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

**4.3. Điều trị ngoại trú:** không có điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị triệu chứng và theo dõi dấu hiệu cần tái khám ngay.

- Dinh dưỡng đầy đủ và theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng paracetamol liều 10-15 mg/kg/lần (uống) mỗi 06 giờ.

- Giảm đau miệng bằng paracetamol hoặc ibuprofen.

Dùng thức ăn mềm, lỏng hoặc làm mát.

- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 01-02 ngày đến ngày thứ 8 của bệnh.  
Nếu trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

- Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu nặng cần tái khám ngay:

- + Sốt cao  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ .
- + Thở nhanh, khó thở.
- + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bú rứt khó ngủ, nôn nhiều.
- + Đi loạn choạng.
- + Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
- + Co giật, hôn mê.

# SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE (A97)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Sốt xuất huyết Dengue là một bệnh truyền nhiễm do siêu vi Dengue gây ra, với đặc điểm sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể sốc giảm thể tích, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Chẩn đoán và phân độ

- Sốt xuất huyết Dengue:
  - + Lâm sàng: sống hoặc đi đến vùng có dịch, sốt < 7 ngày và có 02 trong các dấu hiệu sau:
    - Biểu hiện xuất huyết: XHDD, chân răng, mũi, dấu dây thắt dương tính.
    - Nhức đầu, chán ăn.
    - Buồn nôn và nôn.
    - Da sung huyết, phát ban.
    - Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
  - + Cận lâm sàng:
    - Hct còn bình thường.
    - TC: bình thường hoặc giảm nhẹ (> 100.000/mm<sup>3</sup>).
    - BC: giảm nhẹ.
    - NS1Ag (+).
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: sốt xuất huyết Dengue và có một trong các dấu hiệu sau:

- + Lừ đừ, li bì, vật vã, kích thích.
- + Đau bụng hoặc tăng cảm giác đau vùng gan.
- + Gan to > 02 cm dưới bờ sườn.
- + Nôn ói nhiều  $\geq 03$  lần/giờ hoặc  $\geq 04$  lần/6 giờ.
- + Xuất huyết niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu...
- + Tiểu ít.
- + TDMP, TDMB trên siêu âm hoặc X quang.
- + Xét nghiệm máu: Hct tăng, AST, ALT  $\geq 400$  UI/L (nếu có điều kiện thực hiện), tiểu cầu giảm nhanh.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng: có một trong các biểu hiện sau:
  - + Lâm sàng: giảm sốt hoặc còn sốt. Có 03 dạng nặng:
    - Biểu hiện thất thoát huyết tương nặng do tăng tính thấm thành mạch:
      - ✓ TDMP, TDMB nhiều.
      - ✓ Sốc: vật vã, bứt rứt, li bì, chi lạnh ẩm, CRT > 3'', M nhanh nhẹ, HA kẹt, tụt hoặc không đo được, tiểu ít.
    - Xuất huyết:
      - ✓ Xuất huyết dưới da biểu hiện dưới dạng nốt xuất huyết.
      - ✓ Xuất huyết niêm mạc: chảy máu mũi, chảy máu nướu răng, tiểu máu, kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện sớm hơn kỳ hạn, tiểu máu.
      - ✓ Xuất huyết nội tạng: xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết phổi, xuất huyết não.
    - Suy tạng: có thể gặp ở BN không sốc.

- ✓ Suy gan cấp: AST, ALT > 1.000 UI/lít.
  - ✓ Suy thận cấp.
  - ✓ Thở não: rối loạn tri giác.
  - ✓ Viêm cơ tim, suy tim.
  - ✓ Suy chức năng các cơ quan khác.
- + Cận lâm sàng:
- Hct tăng ( $\geq 20\%$  so với giá trị ban đầu hoặc so với giá trị trung bình cùng lứa tuổi).
  - Tiểu cầu < 100.000/mm<sup>3</sup>.
  - AST, ALT thường tăng.
  - Siêu âm bụng, X quang ngực: TDMB, TDMP.
  - Siêu âm tim: đánh giá chức năng tim, tiền tải.

## 2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do siêu vi.
- Sốt rét.
- Sốt mò.
- Nhiễm trùng huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, VK gram âm.
- Các bệnh về máu.
- Bệnh lý ngoại khoa cấp: viêm ruột thừa.

## 3. XỬ TRÍ

**3.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** sốt xuất huyết dengue nặng.

**3.2. Chỉ định nhập viện**

- Sốt xuất huyết dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Có bệnh phối hợp: béo phì, tiểu đường, suy thận, bệnh thận mạn tính.

- Trẻ sơ sinh, nữ nhi.
- Sống xa các cơ sở y tế.

### 3.3. Khám chuyên khoa nhiễm

### 3.4. Điều trị ngoại trú

- Điều trị triệu chứng:
  - + Sốt cao  $\geq 38,5^\circ$ : thuốc hạ nhiệt, nới lỏng quần áo, lau mát.
  - + Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng paracetamol đơn chất, liều 10-15 mg/kg/lần, mỗi 4-6 giờ.
  - + Chú ý:
    - Tổng liều Paracetamol không quá 60 mg/kg/24 giờ.
    - Không dùng các kháng viêm non-steroid như Aspirin (Acetylsalicylic acid), Analgin, Ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
  - + Bù dịch sớm bằng đường uống: uống nhiều nước Oresol, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh), nước cháo loãng với muối.
  - + Không ăn uống những thực phẩm có màu nâu hoặc đỏ như xá xị, sôcôla...
  - + Lượng dịch khuyến cáo: theo nhu cầu cơ bản, khuyến khích uống nhiều.
- Theo dõi ngoại trú: tái khám và làm xét nghiệm hàng ngày (công thức máu, tiểu cầu), cho đến hết 7 ngày của bệnh, hoặc ít nhất 48 giờ sau hết sốt. Nếu xuất hiện dấu hiệu cảnh báo cho nhập viện điều trị.
  - Tái khám ngay khi có một trong các dấu hiệu sau:

- + Người bệnh thấy khó chịu hơn mặc dù sốt giảm hoặc hết sốt.
- + Không ăn, uống được.
- + Nôn ói nhiều.
- + Đau bụng nhiều.
- + Tay chân lạnh, ẩm.
- + Mệt mỏi, bứt rứt.
- + Chảy máu mũi, miệng hoặc xuất huyết âm đạo.
- + Không tiểu trên 6 giờ.
- + Hành vi thay đổi như lú lẫn, tăng kích thích, vật vã hoặc li bì.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:
  - + Uống nhiều nước, khuyến khích thức ăn lỏng dễ tiêu.
  - + Thuốc hạ sốt theo toa bác sĩ.
  - + Dặn dò dấu hiệu cảnh báo để cho trẻ tái khám ngay.

# BỆNH SỞI (B05.9)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

#### 2.1.1. *Thể điển hình*

- Giai đoạn ủ bệnh: trung bình 10 ngày.
- Giai đoạn khởi phát (giai đoạn viêm long): 2-4 ngày, sốt cao, viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc, có thể thấy hạt Koplik.
- Giai đoạn toàn phát: kéo dài 2-5 ngày, bắt đầu phát ban, ban hồng dát sần, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân.
- Giai đoạn hồi phục: ban nhạt màu dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu, để lại vết thâm vằn da hổ và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện. Có thể có ho kéo dài 1-2 tuần sau khi hết ban.

#### 2.1.2. *Thể không điển hình*

- Thường gặp ở bệnh nhân đã chích ngừa vaccine sởi hoặc có kháng thể từ mẹ truyền sang, có sử dụng IVIG trước đó hoặc tiền sử từng bị sởi. Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt. Thể này dễ bị bỏ qua, dẫn đến lây lan bệnh mà không biết.



- Người bệnh cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo.

## **2.2. Cận lâm sàng**

- Công thức máu: giảm bạch cầu (lympho ưu thế) và có thể giảm tiểu cầu.

- X quang phổi có thể thấy viêm phổi kẽ. Tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.

- Xét nghiệm huyết thanh học tìm kháng thể IgM: nếu lâm sàng không rõ.

## **2.3. Chẩn đoán: dựa vào**

- Yếu tố dịch tễ: có tiếp xúc với bệnh nhân sởi, có nhiều người mắc bệnh sởi cùng lúc trong gia đình hoặc trên địa bàn dân cư.

- Lâm sàng: sốt, ho, viêm long (đường hô hấp, kết mạc mắt, tiêu hóa), hạt Koplik và phát ban đặc trưng của bệnh sởi.

- Xét nghiệm phát hiện có kháng thể IgM đối với virus sởi (nếu có).

## **2.4. Chẩn đoán phân biệt**

- Rubella: phát ban không có trình tự, ít khi có viêm long và thường có hạch cổ.

- Nhiễm Enterovirus: phát ban không có trình tự, thường nốt bóng, hay kèm rối loạn tiêu hóa.

- Bệnh Kawasaki: sốt cao khó hạ, môi đỏ, lưỡi dâu, hạch cổ, phát ban không theo thứ tự.

- Phát ban do các virus khác (Adenovirus, Epstein-Barr virus...).

- Phát ban do vi khuẩn: *Mycoplasma pneumoniae* (sốt nhẹ, đau đầu, viêm phổi không điển hình), *Streptococcus* nhóm A.

- Ban dị ứng: kèm theo ngứa, tăng bạch cầu ái toan.

### 3. ĐIỀU TRỊ

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

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

#### 3.3. Điều trị ngoại trú

❖ **Nguyên tắc điều trị:**

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

❖ **Điều trị hỗ trợ:**

- Vệ sinh da, mắt, tai, miệng họng: không sử dụng các chế phẩm có corticoid.

- Tăng cường dinh dưỡng.

Hạ sốt: dùng thuốc hạ sốt Paracetamol, Ibuprofen khi sốt cao.

- Bổ sung nước, điện giải qua đường uống. Chỉ nhập viện truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.

- Bổ sung vitamin A:

- + Trẻ dưới 6 tháng: uống 50.000 UI/ngày × 2 ngày liên tiếp.
- + Trẻ 6-12 tháng: uống 100.000 UI/ngày × 2 ngày liên tiếp.
- + Trẻ trên 12 tháng và người lớn: uống 200.000 UI/ngày × 2 ngày liên tiếp.
- + Trường hợp có biểu hiện thiếu Vitamin A: lặp lại liều trên sau 4-6 tuần.

#### ❖ Điều trị biến chứng:

- Viêm phổi do vi khuẩn mắc trong cộng đồng: kháng sinh Betalactam/ức chế Beta-Lactamase, Cephalosporin thế hệ 3.

- Viêm tai giữa: kháng sinh theo phác đồ Tiếp cận đau tai. Làm khô tai bằng bấc sâu kèn.

- Viêm thanh quản cấp: khí dung Adrenaline khi có biểu hiện co thắt, phù nề thanh khí quản.

- Viêm loét giác mạc: hai liều vitamin A và lặp lại liều thứ 3 sau 2-4 tuần, Tetracyclin pomade tra mắt 3 lần/ngày × 7 ngày, đắp mắt bằng miếng gạc bảo vệ mắt. Nếu tình trạng xấu hơn phải gặp bác sĩ chuyên khoa mắt.

- Tiêu chảy: tiếp tục bú mẹ, nếu bú sữa bò thì nên giảm hoặc thay thế bằng sữa mẹ và các sản phẩm sữa lên men như yaourt hoặc thay thế ½ sữa công thức bằng ½ thức ăn đặc giàu dinh dưỡng.

- Suy dinh dưỡng nặng: hội chẩn thêm dinh dưỡng tìm chế độ ăn phù hợp.

- Các biến chứng nặng khác: viêm phổi do vi khuẩn mắc phải trong bệnh viện, viêm phổi biến chứng suy hô hấp,

viêm não màng não cấp tính, viêm thanh khí quản, tiêu chảy cấp có mất nước... nhập viện để điều trị.

## **4. PHÒNG BỆNH**

### **4.1. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin**

- Thực hiện tiêm chủng 02 mũi vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng theo quy định của Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia (mũi đầu tiên bắt buộc tiêm lúc 09 tháng tuổi).

- Lịch chủng ngừa sởi:

+ Mũi 1: 09 tháng.

+ Mũi 2: 15-18 tháng.

+ Có thể lặp lại mũi 3 lúc 4-6 tuổi.

- Virus sởi cần thời gian để xâm nhập vào các mô cơ thể gây bệnh. Do vậy, vắc xin có thể phòng bệnh nếu tiêm trong vòng 72 giờ kể từ khi tiếp xúc.

### **4.2. Cách ly người bệnh và vệ sinh cá nhân**

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

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

- Hạn chế việc tiếp xúc gần không cần thiết của nhân viên y tế và người thăm bệnh đối với người bệnh.

- Thời gian cách ly từ lúc nghi mắc sởi cho đến ít nhất 04 ngày sau khi bắt đầu phát ban.

# BỆNH THỦY ĐẬU (B01)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh thủy đậu là bệnh truyền nhiễm xảy ra do vi-rút *Herpes alpha* và virút *Varicella zoster* ở người gây ra. Vi-rút *Varicella-zoster* (VZV) là vi-rút chỉ có ở người. Thời gian ủ bệnh là khoảng 14 ngày (khoảng 9 đến 21 ngày). *Varicella* đặc trưng bởi các biểu hiện sốt, khó chịu và ngứa toàn thân, ban mụn nước. Bệnh này thường xuất hiện ở thời thơ ấu và thường tự khỏi. Kết quả bất lợi thường gặp hơn ở trẻ vị thành niên, người lớn, phụ nữ mang thai và người bị suy giảm miễn dịch.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Do Vi-rút *varicella-zoster*.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 14 ngày.
- Thời kỳ khởi phát (24-48 giờ):
  - + Sốt nhẹ (sốt cao ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch). Sốt cao thường gợi ý tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng.
  - + Mệt mỏi, chán ăn, nhức đầu.
  - + Phát ban (tiền thân của bóng nước) là những hồng ban nổi trên nền da bình thường, không tằm nhuận,

có kích thước vài mm, tồn tại khoảng 24 giờ trước khi thành bóng nước, có thể có ngứa.

- Thời kỳ toàn phát (thời kỳ mọc bóng nước):
  - + Giảm sốt.
  - + Nổi bóng nước tròn trên nền viên da, màu hồng, đường kính 3-13 mm (thường < 5 mm). Bóng nước xuất hiện ở da đầu, thân người, sau đó lan ra tay chân. Trên một vùng da có thể xuất hiện bóng nước với nhiều lứa tuổi.
  - + Bóng nước có thể mọc trên niêm mạc đường hô hấp, tiết niệu, tiêu hóa, âm đạo.
  - + Bóng nước xuất hiện càng nhiều nguy cơ bệnh càng nặng.
- Thời kỳ hồi phục:
  - + Sau 1 tuần, bóng nước đóng mào, lành không để lại sẹo (trừ khi bội nhiễm).
- Biến chứng:
  - + Nhiễm trùng da (bóng nước bội nhiễm) thường gặp nhất.
  - + Viêm phổi, viêm gan, viêm não màng não, nhiễm trùng huyết, hội chứng Reye...

### **3.2. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng và dịch tễ**

- Các phát hiện lâm sàng thường đủ để chẩn đoán: phát ban mụn nước điển hình kèm theo ngứa, sốt, khó chịu, thường xuyên có tiền sử phơi nhiễm.

### 3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Chốc lở bóng nước: thường gây ra do *Streptococcus* tán huyết nhóm A. Thường xuất hiện trên nền da trước đó bị trầy xước, tổn thương như gẻ hoặc chàm. Bóng nước lúc đầu trong, sau đó hóa đục, vỡ ra rồi đóng mài màu mật ong, kèm dấu hiệu nhiễm trùng.

- Tay chân miệng: bóng nước nhỏ hơn, mọc ở trong lòng bàn tay, bàn chân, miệng, gò, mông. Kèm các triệu chứng giật mình chói với...

## 4. ĐIỀU TRỊ

**4.1. Nhập cấp cứu:** khi có dấu hiệu suy hô hấp, suy tuần hoàn, co giật, rối loạn tri giác.

**4.2. Nhập viện:** khi có biến chứng.

### 4.3. Điều trị ngoại trú

- Acyclovir đường uống:
  - + Chỉ định cho trẻ > 12 tuổi.
  - + Trẻ ≤ 12 tuổi, không suy giảm miễn dịch, tiền căn khỏe mạnh thì không cần điều trị acyclovir, trừ khi có một trong các yếu tố sau:
    - Tái nhiễm lần 2.
    - Tiền căn bệnh về da hoặc tim phổi mạn.
    - Thường xuyên dùng corticoid đường uống hoặc hít.
    - Dùng Salicylate kéo dài (tăng nguy cơ hội chứng Reye).

- + Liều đường uống: 20 mg/kg 1 lần \*4 lần/ngày, tối đa 800 mg/lần trong 5 ngày.
- Điều trị bội nhiễm: kháng sinh.
- Điều trị hỗ trợ:
  - + Giảm ngứa bằng thuốc kháng Histamin.
  - + Giảm đau hạ sốt bằng Acetaminophen.
  - + Vệ sinh da hằng ngày.

## **5. PHÒNG NGỪA**

- Chủ động: Vaccin sống giảm độc lực, chỉ định phòng ngừa cho trẻ em từ 12-18 tháng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Nelson textbook of Pediatrics* 20<sup>th</sup> edition.
2. *Feigin & Cherry's textbook of Pediatric Infectious Diseases* 7<sup>th</sup>.



# QUAI BỊ (B26)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Quai bị là một bệnh nhiễm virus cấp tính tự giới hạn do siêu vi gây ra với đặc điểm sưng tuyến nước bọt một hoặc hai bên.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Quai bị gây ra do chủng Rubulavirus trong gia đình Paramyxoviridae.

- Virus lây lan khi tiếp xúc với các giọt bắn từ dịch tiết đường hô hấp của người nhiễm.

## 3. CÁCH TIẾP CẬN

- Dịch tễ: tuổi thường gặp > 2 tuổi, nam > nữ, tiền căn tiếp xúc với người bị quai bị.

- Triệu chứng:

+ Đau hoặc sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên (đau 2 bên có thể không xuất hiện cùng lúc), da trên tuyến thường không đỏ, không nóng, có thể kèm đau tuyến dưới hàm hoặc dưới lưỡi, đau khi há miệng hoặc nuốt, kéo dài 7-10 ngày.

+ Sốt 3-5 ngày.

+ Triệu chứng nhiễm siêu vi: đau cơ, ăn kém, đau đầu...

+ Lỗ Stenon đỏ và sưng.

- Biểu chứng:
  - + Viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn ở trẻ nam: sưng đau bìu 1 hoặc 2 bên.
  - + Viêm buồng trứng ở trẻ nữ: ít gặp hơn, nghĩ đến nếu đau nhiều hạ vị.
  - + Viêm màng não: cô gượng, sợ ánh sáng, hôn mê.
  - + Tổn thương thần kinh: điếc, giảm thị lực, viêm tủy cắt ngang.
  - + Viêm tụy cấp: đau bụng, nhọn ói, ói nhiều.
  - + Hiếm gặp: viêm phổi, viêm thận, giảm tiểu cầu, viêm khớp, viêm tuyến giáp.
- Cận lâm sàng: không chỉ định thường quy.
  - + Công thức máu: Bạch cầu bình thường hoặc giảm, chủ yếu tăng lympho.
  - + Amylase máu và nước tiểu: tăng trong 90% trường hợp.
  - + Siêu âm tuyến mang tai: giúp phân biệt viêm tuyến mang tai do vi trùng.
- Chẩn đoán phân biệt:
  - + Viêm tuyến mang tai do vi trùng: thường một bên, căng to, có thể đổ da, chảy mủ lỗ Stenon.
  - + Viêm tuyến mang tai do virus khác: Parainfluenza 1 và 3, Influenza A, CMV, EBV, Enterovirus, Lymphocytic choriomeningitis và HIV.
  - + Bệnh hệ thống: Lupus, ung thư...

## **4. XỬ TRÍ**

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** khi có dấu hiệu suy hô hấp, tuần hoàn, co giật.

**4.2. Chỉ định nhập viện:** khi có biến chứng

**4.3. Khám chuyên khoa:** nếu nghi ngờ quai bị.

### **4.4. Điều trị ngoại trú**

#### **4.4.1. Điều trị triệu chứng**

- Giảm đau, hạ sốt với Paracetamol.
- Ngừa mất nước do sốt, ói, chán ăn.
- Không sử dụng kháng sinh nếu không có bội nhiễm hoặc bệnh lý khác đi kèm.
- Không sử dụng corticoid.

#### **4.4.2. Điều trị đặc hiệu**

- Không có điều trị đặc hiệu.

#### **4.4.3. Theo dõi ngoại trú**

- Thời gian tái khám: 3-5 ngày.
- Thời gian đánh giá định kỳ: chỉ kiểm tra xét nghiệm nếu diễn tiến bệnh không tự giới hạn hoặc có bệnh lý kèm theo.

**4.4.4. Dấu hiệu tái khám ngay:** khi có các dấu hiệu nghi ngờ biến chứng

#### **4.4.5. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà**

- Giảm đau/hạ sốt theo chỉ định.
- Uống nhiều nước.

- Dinh dưỡng đầy đủ, nên ăn thức ăn mềm.

## **5. NHỮNG LƯU Ý**

- Chích ngừa theo lịch.
- Cách ly tránh lây lan.
- Tránh tiếp xúc với dịch tiết từ đường hô hấp của bệnh nhân, các vật dụng dính dịch tiết.
- Rửa tay thường xuyên.

## **CHƯƠNG V. THẦN KINH**

# CO GIẬT DO SỐT (R56.6)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Co giật do sốt là tình huống lâm sàng nhi khoa thường gặp, co giật xảy ra lúc trẻ đang sốt (nhiệt độ  $\geq 38,2^{\circ}\text{C}$ ). Con co giật đa phần là cơn co cứng co giật toàn thể, có mất ý thức, tím và chảy nước miếng trong cơn, kéo dài trung bình 1-2 phút, tuy nhiên, có cơn kéo dài trên 5 phút, thậm chí trên 15 phút.

Co giật có thể chỉ là do sốt kích gợi hoạt động phóng điện bất thường của tế bào thần kinh gây co giật, thường lành tính. Tuy nhiên, co giật cũng có thể do bệnh lý của hệ thần kinh trung ương (co giật triệu chứng) nên cần loại trừ nhiễm trùng thần kinh trung ương.

Tỷ lệ: gặp khoảng 2-5% trẻ 6-60 tháng tuổi.

## 2. PHÂN LOẠI

- Co giật do sốt đơn giản: khi thỏa tất cả các yếu tố sau: (1) cơn co giật toàn thể kéo dài dưới 15 phút; và (2) trẻ bình thường khi khám, không có các bất thường về phát triển; và (3) chỉ có một cơn co giật trong vòng 24 giờ (gần đây, một số tác giả đề nghị là chỉ một cơn trong một đợt bệnh có sốt). Trẻ có thể có co giật do sốt đơn giản nhiều lần, xảy ra trong các đợt bệnh có sốt khác nhau. Sốt co giật đơn giản chiếm 70-75% các trường hợp co giật do sốt.

- Co giật do sốt phức tạp: cũng xảy ra ở trẻ bị sốt từ 6 tháng đến 5 tuổi nhưng có thêm một trong các đặc điểm: (1) có cơn co giật cục bộ, hoặc (2) có cơn co giật kéo dài trên 15

phút, hoặc (3) là nhiều cơn xảy ra gần nhau ( $\geq 2$  cơn/24 giờ). Mọi trường hợp sốt co giật phức tạp đều cần tìm nguyên nhân.

### **3. NGUYÊN NHÂN**

- Nguyên nhân sốt: đa phần là nhiễm trùng từ đường hô hấp như viêm mũi, viêm họng và các cấu trúc ở họng, viêm hô hấp trên, viêm phổi; nhiễm trùng đường tiêu hóa. Cần đánh giá kỹ tình trạng nhiễm trùng.

- Nguyên nhân co giật: co giật do sốt được hiểu là co giật xảy ra khi thân nhiệt tăng. Tuy nhiên, cần chú ý co giật có thể là triệu chứng của hạ đường huyết, rối loạn điện giải, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, nhiễm độc.

### **4. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GỢI Ý CO GIẬT TÁI PHÁT**

- Co giật do sốt dù đơn giản hay phức tạp đều có thể tái phát khi trẻ còn sốt hoặc có đợt bệnh khác có sốt hoặc có thể là biểu hiện ban đầu của các hội chứng động kinh ở trẻ em khởi đầu bằng sốt co giật.

- Các yếu tố nguy cơ gợi ý co giật tái phát khi trẻ sốt là: (1) co giật có sốt ở trẻ dưới 1 tuổi, (2) co giật do sốt phức tạp, (3) tiền sử gia đình có người thân bị co giật, (4) trẻ có bất thường về thần kinh. Một số yếu tố khác như thời gian từ lúc sốt đến lúc co giật ngắn ( $< 1$  giờ), số lần co giật do sốt trước đây cũng cần được chú ý.

## 5. CÁC HỘI CHỨNG ĐỘNG KINH LIÊN QUAN SỐT CO GIẬT

- Một số hội chứng động kinh khởi đầu bằng co giật do sốt là hội chứng Dravet, động kinh toàn thể co giật do sốt thêm vào (GEFS plus-Generalized Epilepsy Febrile Seizure plus), hội chứng động kinh liên quan tình trạng nhiễm trùng có sốt (FIRES-Febrile infection related epilepsy syndrome), xơ chai thùy thái dương trong (MTS-Mesial Temporal Sclerosis).

- Hội chứng Dravet được tác giả Dravet (người Pháp) mô tả từ những năm 1970s, do đột biến gen, chủ yếu là gen SCN1A. Trẻ biểu hiện bằng co giật có sốt rất sớm, thường sau chích ngừa lúc 2 hoặc 3 tháng tuổi. Sau đó trẻ co giật rất nhiều lần, co giật có sốt hoặc không sốt, có cơn co giật cục bộ và trạng thái co giật kéo dài. Điện não thường không điển hình. MRI não cũng không ghi nhận thay đổi rõ ràng. Trẻ chậm phát triển và đáp ứng kém với các thuốc dự phòng động kinh. Chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán gồm lâm sàng, điện não đồ và xét nghiệm di truyền ghi nhận đột biến gen SCN1A. Khi trẻ kháng thuốc, nên áp dụng chế độ ăn sinh ceton để kiểm soát co giật.

- GEFS plus cũng là một bệnh động kinh có khởi đầu là co giật toàn thể có sốt, cũng do bất thường gen, có tiền căn gia đình, co giật tiếp tục xảy ra khi trẻ lớn hơn 60 tháng. Tuy nhiên, đây là tình huống lành tính hơn, trẻ phát triển trong giới hạn bình thường, đáp ứng với điều trị bằng thuốc và có khả năng tự thoái lui. Nhận diện sớm những trẻ này bằng các yếu tố nguy cơ và điện não đồ.



## 6. CẬN LÂM SÀNG

- Không có cận lâm sàng đặc hiệu (kể cả điện não, CT scan não hay MRI não).

- Ngoại trú: cần tập trung vào cận lâm sàng tìm chẩn đoán nguyên nhân sốt và nguyên nhân co giật.

- Chỉ định đo điện não đồ khi có: (1) sốt co giật phức tạp, (2) sốt co giật xảy ra nhiều lần, (3) có cơn co giật không rõ sốt, (4) có yếu tố nguy cơ gợi ý động kinh. Tuy nhiên, các chỉ định này thường chỉ thực hiện khi tình trạng sốt đã ổn định, đa phần là nội trú.

## 7. XỬ TRÍ

- Trẻ đã co giật tại nhà, khi đến khám không co giật:
  - + Đánh giá tình trạng trẻ và nguy cơ nặng của nhiễm trùng.
  - + Nhập khoa cấp cứu nếu trẻ có dấu hiệu nặng.
  - + Nhập viện tất cả các trẻ sốt co giật lần đầu và trẻ có yếu tố nguy cơ gợi ý tái phát co giật.
- Trẻ co giật lúc khám:
  - + Báo động xử trí co giật.
  - + Chuyển nhanh đến phòng xử trí co giật gần bàn khám.
  - + Cắt cơn co giật (theo phác đồ cắt cơn co giật nội trú):
    - Thở oxy ẩm.
    - Giữ trẻ an toàn và vệ sinh mũi miệng nếu có tăng tiết đàm nhớt.
    - Hạ sốt bằng Paracetamol đặt hậu môn.

- Chuẩn bị ngay Diazepam bơm hậu môn liều 0,5 mg/kg, bơm hậu môn (tối đa 10 mg) nếu trẻ tiếp tục co giật.
  - Chuyển khẩn đến khoa cấp cứu nếu trẻ tiếp tục co giật trên 5 phút.
- + Nhập viện sau khi ổn định cơn co giật.
- Chỉ định nhập cấp cứu:
  - + Trẻ tiếp tục co giật kéo dài hơn 5 phút.
  - + Trẻ có nguy cơ co giật tái phát.
  - + Trẻ hết cơn co giật trong vòng 5 phút nhưng vẫn còn dấu hiệu nặng về tình trạng nhiễm trùng, tri giác.
- Chỉ định nhập viện:
  - + Tất cả trẻ co giật do sốt lần đầu nên chỉ định nhập viện để theo dõi và tìm nguyên nhân.
  - + Những trẻ đã từng co giật do sốt: nhập viện nếu ghi nhận có tình trạng nặng, hoặc chưa rõ nguyên nhân sốt, hoặc có yếu tố nguy cơ tái phát.
- Điều trị ngoại trú:
  - + Trẻ không nhập viện:
    - Điều trị nguyên nhân sốt.
    - Thuốc hạ sốt tại nhà.
    - Hướng dẫn chăm sóc tại nhà.
  - + Trẻ đã nhập viện, sau xuất viện: không có chỉ định bắt buộc theo dõi ngoại trú.
  - + Không có khuyến cáo dùng thuốc chống động kinh để dự phòng tái phát co giật do sốt lâu dài.

## 8. HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC TẠI NHÀ

- Khi trẻ co giật do sốt tại nhà:
  - + Nên:
    - Đặt trẻ nằm nơi rộng rãi, an toàn, đầu bằng lót gối mỏng, tránh xa vật sắc nhọn.
    - Xoay trẻ nằm nghiêng một bên để tránh hít sặc nếu trẻ ói hoặc tăng tiết đàm nhớt. Vỗ lưng và lau các dịch tiết, nếu có.
    - Nới lỏng quần áo hoặc khăn quàng cổ.
    - Lau mát và nhét thuốc hạ sốt đường hậu môn nếu trẻ sốt.
    - Ghi hình (quay video) cơn và ghi nhận thời gian co giật (nếu được).
    - Đưa trẻ đến cơ sở y tế gần nhất nếu: co giật kéo dài trên 5 phút hoặc nhiều cơn liên tiếp hoặc trẻ không hồi phục sau co giật hoặc chấn thương khi giật.
  - + Không nên:
    - Để trẻ một mình hoặc tụ tập quá đông quanh trẻ.
    - Di chuyển hoặc đặt trẻ vào bồn tắm khi đang co giật.
    - Đè trẻ hoặc cố gắng kèm chế cơn co giật, nạy răng trẻ.
    - Nặn chanh, đổ nước sả, đưa ngón tay hoặc bất cứ vật gì vào miệng trẻ.
    - Cho trẻ ăn uống khi trẻ chưa tỉnh táo hoàn toàn.
- Theo dõi sự phát triển tâm vận của trẻ.
- Lưu giữ các kết quả liên quan bệnh của trẻ, tư vấn với bác sĩ chuyên khoa khi muốn chủng ngừa.

# **ĐỘNG KINH TRẺ EM (G40)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Động kinh (Epilepsy) là tình trạng bất thường chức năng của não bộ, trong đó biểu hiện chính là các cơn động kinh.

Cơn động kinh (epileptic seizure) là biểu hiện lâm sàng của sự phóng điện bất thường, kịch phát, quá mức và đồng thời của một nhóm tế bào thần kinh bệnh lý nằm trong chất xám não bộ, gây ra các thay đổi về vận động, cảm giác, giác quan và tri giác.

Cơn động kinh thường có bốn đặc điểm chính là xảy ra đột ngột không có yếu tố kích gợi, có tính định hình, kéo dài trong khoảng thời gian ngắn và lặp lại. Cơn động kinh ở trẻ em rất đa dạng, có thể là cơn co giật, cơn co cứng, cơn mất trương lực, cơn vắng ý thức, cơn tím ở trẻ nhũ nhi...

## **2. PHÂN LOẠI VÀ NGUYÊN NHÂN**

- Theo liên đoàn chống động kinh quốc tế, 2017.
- Co giật có 3 loại: cục bộ (focal), toàn thể (generalized) và không phân loại được.
- Động kinh có 4 loại: cục bộ (focal), toàn thể (generalized), cục bộ kết hợp toàn thể và không phân loại được.
  - + Động kinh cục bộ: được phân loại dựa thêm các đặc tính: tỉnh/ảnh hưởng ý thức, vận động/không vận động, cục bộ thành co cứng co giật hai bên.
  - + Động kinh toàn thể: vận động/không vận động.

- Nguyên nhân động kinh gồm 6 nhóm:
  - + Cấu trúc: bẩm sinh (dị tật não), mắc phải (u, sau các bệnh lý có tổn thương cấu trúc não).
  - + Gien: là nguyên nhân chiếm đa số ở động kinh trẻ em.
  - + Nhiễm trùng: viêm não, hội chứng động kinh sau nhiễm trùng.
  - + Chuyển hóa: đa số các bất thường này cũng có nguồn gốc gien.
  - + Tự miễn dịch: viêm não Rasmussen, viêm não tự miễn dịch.
  - + Không rõ nguyên nhân.

### 3. TIẾP CẬN

- Cần lưu ý các khai thác kỹ tiền sử và bệnh sử từ trẻ và người thân, tìm các đặc điểm của cơn động kinh và bệnh động kinh được chẩn đoán trước đó, tiền sử động kinh của gia đình.

- Tìm các đặc điểm gợi ý cơn động kinh:
  - + Đột ngột, không có yếu tố kích gợi.
  - + Con ngất, thường < 5 phút.
  - + Con định hình (giống đặc điểm cơn trước đó).
  - + Lặp lại.
- Tìm các đặc điểm cần khai thác để phân loại cơn
  - + Các triệu chứng trước cơn (tiền triệu) và yếu tố kích gợi.
  - + Các đặc điểm trong cơn (cục bộ hay toàn thể, xoay đầu mắt, cơn vận động hay cơn không vận động, có

suy giảm nhận thức hay không), quan sát video con nếu có.

- + Các đặc điểm sau con.
- Tìm các triệu chứng/dấu hiệu gợi ý nguyên nhân:
  - + Dấu hiệu cảnh báo bất thường cấu trúc não: dị tật, đầu nhỏ, bất thường phát triển tâm vận, dấu thần kinh định vị.
  - + Sang thương da (dát giảm sắc tố).
- Nếu bệnh nhân đã được chẩn đoán động kinh: xem lại hồ sơ chẩn đoán, phương thức chẩn đoán và điều trị.

#### **4. CHẨN ĐOÁN ĐỘNG KINH**

- Theo ILAE 2014, chẩn đoán động kinh khi có:
  1. Ít nhất hai cơn động kinh tự phát (hay phản xạ) xảy ra cách nhau > 24 giờ.
  2. Một cơn động kinh tự phát (hay phản xạ) và có khả năng tái phát cơn tiếp theo tương đương nguy cơ tái phát chung (> 60%), trong vòng 10 năm kế tiếp.
  3. Được chẩn đoán hội chứng động kinh.
- Phân loại động kinh sau khi có chẩn đoán, tầm soát nguyên nhân và bệnh kết hợp.

#### **5. CẬN LÂM SÀNG**

- Điện não đồ:
  - + Trẻ nhỏ: điện não đồ thường quy hoặc video lúc ngủ, (thuốc thường dùng là Promethazine, Chlopheniramine, Melatonin).

- + Trẻ lớn: tùy theo loại cơn, có thể điện não đồ thường quy lúc thức, ngủ hoặc video điện não qua đêm, 24 giờ.
- Hình ảnh não: CT não hoặc MRI não nếu có dấu hiệu cảnh báo bất thường cấu trúc não.
  - Các xét nghiệm cơ bản trước hoặc trong khi dùng thuốc: số lượng tế bào máu, đặc biệt là tiểu cầu, chức năng gan thận, ion đồ.
  - Các xét nghiệm tìm nguyên nhân: xét nghiệm bệnh chuyển hóa cơ bản (khí máu động mạch,  $\text{NH}_3$ /máu, ceton máu và nước tiểu, tổng phân tích nước tiểu).
  - Khảo sát gen gây động kinh nếu có bằng chứng động kinh do căn nguyên gen.

## 6. XỬ TRÍ

- Trẻ đã co giật tại nhà, khi đến khám không co giật:
  - + Đánh giá tình trạng và nguy cơ tái phát co giật.
  - + Nhập khoa cấp cứu nếu trẻ có dấu hiệu nặng, cơn chùng.
- Trẻ co giật lúc khám:
  - + Báo động xử trí co giật.
  - + Chuyển nhanh đến phòng xử trí co giật gần bàn khám.
  - + Cắt cơn co giật (theo phác đồ cắt cơn co giật nội trú).
    - Thở oxy ẩm.
    - Giữ trẻ an toàn và vệ sinh mũi miệng nếu có tăng tiết đàm nhớt.

- Hạ sốt bằng Paracetamol đặt hậu môn.
  - Chuẩn bị ngay Diazepam bom hậu môn liều 0,5 mg/kg, bom hậu môn (tối đa 10 mg) nếu trẻ tiếp tục co giật.
  - Chuyển khẩn đến khoa cấp cứu nếu trẻ tiếp tục co giật trên 5 phút.
- + Cân nhắc chỉ định nhập viện sau khi ổn định cơn co giật.
- Chỉ định nhập cấp cứu:
    - + Trẻ tiếp tục co giật kéo dài hơn 5 phút.
    - + Trẻ hết cơn co giật trong vòng 5 phút nhưng vẫn còn dấu hiệu nặng về tình trạng nhiễm trùng, tri giác.
  - Chỉ định nhập viện:
    - + Trẻ có dấu hiệu cảnh báo co giật tổn thương não.
    - + Trẻ co giật nhiều cơn liên tiếp, gia đình lo lắng.
    - + Trẻ có cơn có tính chất động kinh chưa xác định nguyên nhân.
  - Khám chuyên khoa:
    - + Khám tâm lý nếu bệnh nhi có vấn đề rối loạn phát triển trí tuệ.
    - + Khám và tập vật lý trị liệu vận động, ngôn ngữ ở trẻ có bất thường.

## **7. QUẢN LÝ ĐỘNG KINH NGOẠI TRÚ**

- Chẩn đoán bệnh động kinh và hội chứng động kinh.
- Lựa chọn thuốc theo bệnh và hội chứng động kinh, khởi đầu 1 thuốc, liều thấp tăng dần.



Thuốc	Thời gian bán hủy (giờ)	Liều khởi đầu (mg/kg/ngày)	Liều duy trì (mg/kg/ngày)	Liều tối đa (mg/kg/ngày)
Valproate	4-14	10-15 chia 2 lần	15-60 chia 2 lần	60-70
Topiramate	18-23	0,5-1 chia 2 lần	5-9 chia 2 lần	15 (HC West: 25)
Carbamazepine	8-25	5-10 chia 2 lần	15-35 chia 2 lần	35
Oxcarbazepine		8-10 chia 2 lần	15-50 chia 2 lần	60
Levetiracetam		10-20 chia 2 lần	25-50 chia 2 lần	60
Clonazepam	20-40	0,01-0,03 tối	0,1-0,2 chia 1-2 lần	0,1-0,2
Lamotrigine		0,15-0,3 chia 2 lần	4,5-7,5 chia 2 lần	7,5
Gabapentin	5-8	10, chia 2 lần	30-40 chia 2 lần	45-60
Phenobarbital	40-70	2-6 vào buổi tối	2-6 chia 1(tối)-2 lần	8
Phenytoin	phụ thuộc nồng độ	4 chia 2 lần	4-8 chia 2 lần	8
Vigabatrin	4-7	25 chia 2 lần	50-100 chia 2 lần	100 (Hội chứng West: 200)

- Tái khám sau 1-4 tuần tùy theo tình trạng của trẻ.

- Phối hợp thêm 1 thuốc khi không đáp ứng thuốc thứ nhất ở liều tối ưu.

- Đánh giá lại toàn bộ quá trình chẩn đoán và điều trị nếu trẻ không đáp ứng với 2 thuốc liều tối ưu.

- 30-40% bệnh nhi sẽ kháng thuốc, nhóm này cần đánh giá lại để có điều trị phối hợp khác như chế độ ăn sinh ceton, phẫu thuật động kinh.

- Khi tái khám, cần:

- + Đánh giá đáp ứng của bệnh nhân.

- + Chỉ định điện não lại theo hội chứng động kinh được chẩn đoán.

- + Chỉ định xét nghiệm theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

- + Lập kế hoạch theo dõi tiếp.

- Trong trường hợp trẻ có vấn đề về phát triển, tùy theo tình trạng lâm sàng có thể cân nhắc điều trị hỗ trợ:

- + Một số thuốc hỗ trợ thần kinh như Magne B6, Gamalate B6, Citicoline, tùy theo từng cá thể và từng gia đình.

- + Thuốc chống loạn động: Levodopa + Benserazid, Trihexylphenidylhydroclorid.

- + Thuốc dẫn cơ trung ương: Baclofen, Tizanidine.

## **8. HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC TẠI NHÀ**

- Khi trẻ co giật tại nhà (tương tự bài co giật do sốt).

- Theo dõi sự phát triển tâm vận của trẻ.

- Lưu giữ các kết quả liên quan bệnh của trẻ, tư vấn với bác sĩ chuyên khoa khi muốn chủng ngừa.

# RỐI LOẠN TICS (F95)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn Tics là các cử động bất thường không đều nhịp, lặp lại, đột ngột, ngắt quãng, rập khuôn, thường vùng đầu và chi trên. Rối loạn này thường gặp ở trẻ thiếu niên.

Trong rối loạn vận động ở trẻ em, rối loạn Tics chiếm khoảng 50%.

## 2. PHÂN LOẠI

- Dựa vào đặc điểm lâm sàng có 3 loại:
  - + Rối loạn Tics vận động: cử động kiểu giật cơ, không đều nhịp, lặp lại như nháy mắt, giật vùng mặt, đầu, cổ, vai...
  - + Rối loạn Tics âm thanh: các âm thanh ngắt quãng, rập khuôn như tăng háng, khạc, khụt khịt, các âm thanh lạ phát ra từ họng.
  - + Rối loạn Tics phức tạp cả vận động và âm thanh.
- Dựa vào thời gian và đặc điểm lâm sàng, có 3 loại:
  - + Rối loạn Tics thoáng qua: các cử động bất thường xuất hiện một khoảng thời gian, hết, bị lại. Hết hẳn sau 1 năm. Gồm Tics vận động hoặc Tics âm thanh.
  - + Rối loạn Tics vận động hoặc âm thanh mạn tính: kéo dài trên 1 năm, những đợt không bị Tics ngắn dưới 3 tháng. Gồm Tics vận động hoặc Tics âm thanh hoặc cả hai.
  - + Hội chứng Tourette: rối loạn Tics vận động và âm thanh mạn tính. Thường có kèm rối loạn lo lắng, chú

ý, học tập, hành vi chống đối... Đây được xem là tình huống nặng của rối loạn Tics nhưng không phải trẻ bị rối loạn Tics nào cũng trải qua.

### **3. NGUYÊN NHÂN**

- Nguyên nhân của rối loạn Tics chưa được biết rõ, được cho là đa yếu tố:
  - + Gen: có dữ liệu cho thấy có thể di truyền trội, nhiều nghiên cứu về gen trong hội chứng Tourette, có ghi nhận một số gen như alpha-1 (COL27A1), CNTNAP2 và IMMP2L, HDC nhưng vẫn chưa có kết luận cụ thể.
  - + Yếu tố môi trường.
  - + Yếu tố gia đình.

### **4. CÁC CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Múa giật.
- Giật cơ.
- Các động tác rập khuôn.
- Âm ảnh.
- Giả Tics (tâm lý).
- Thử phát sau nhiễm trùng (PANDS: Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder associated with Streptococcal infection).

### **5. CÁC RỐI LOẠN KẾT HỢP**

- OCD (Obsessive-compulsive disorder): 30-50%.

- ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder): 40-50%, 2-3 năm.

- Rối loạn giấc ngủ.
- Vấn đề học tập, hành vi.
- Rối loạn nhân cách.

## 6. CẬN LÂM SÀNG

- Không có cận lâm sàng đặc hiệu (kể cả điện não, CT scan não hay MRI não).

- Chỉ định đo điện não đồ khi có tiền sử co giật:
  - + Sốt co giật phức tạp.
  - + Rối loạn ngôn ngữ.
  - + Có biểu hiện nghi ngờ động kinh.

## 7. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán bằng quan sát trực tiếp hoặc các đoạn ghi hình (video) do gia đình ghi lại.

- Phân loại và đánh giá dựa trên thang điểm: YGTSS- Yale Global Tic Severity Scale from Yale Child Study Center.

## 8. XỬ TRÍ

- Khuyến cáo mạnh:
  - + Giải thích chính xác.
  - + Theo dõi diễn tiến.
  - + Xóa bỏ sự tương tượng.
  - + Điều trị các vấn đề đi kèm.
  - + Liệu pháp hành vi.

- Một số thuốc có thể cân nhắc sử dụng đối với rối loạn Tics mạn tính hoặc hội chứng Tourette.

+ Haloperidol: 0,5-10 mg/ngày.

+ Risperidol: 0,5-16 mg/ngày.

+ Olanzapine: 2,5-20 mg/ngày.

+ Topiramate: 25-150 mg/ngày.

+ Baclofen: 10-60 mg/ngày.

- Tics không có chỉ định nhập viện (ngoại trừ một vài trường hợp hội chứng Tourette và gia đình quá lo lắng).

## **9. HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC TẠI NHÀ**

- Nên:

+ Để trẻ thoải mái.

+ Ghi hình (quay video).

+ Ghi nhật ký tình trạng của trẻ.

+ Tạo môi trường sinh hoạt, học tập, vận động, giải trí phù hợp.

+ Tránh căng thẳng.

- Không nên:

+ La mắng và yêu cầu trẻ ngừng.

+ Đánh hoặc hù dọa trẻ.

- Theo dõi sự phát triển tâm vận của trẻ, các biểu hiện kết hợp.

- Lưu giữ video các biểu hiện của trẻ, hồ sơ và nhật ký bệnh của trẻ.

# ĐAU ĐẦU TRẺ EM (R51)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Đau đầu là một tình huống lâm sàng thường gặp ở trẻ em nhưng khá khó khăn trong việc chẩn đoán nguyên nhân.

Đau đầu có thể là một triệu chứng của một bệnh nào đó ảnh hưởng lên các thụ thể đau vùng đầu mặt như khối choán chỗ, tăng áp lực nội sọ, nhưng cũng có thể là một bệnh, chẳng hạn, đau đầu nguyên phát.

## 2. TIẾP CẬN

- Cần lưu ý các khai thác kỹ tiền sử và bệnh sử từ trẻ và người thân, tìm các dấu hiệu cảnh báo.

- Các dấu hiệu cảnh báo gồm có:

- + Đau đầu khi nằm ngửa hoặc với nghiệm pháp “Valsalva”.
- + Đau đầu khi gắng sức, ho.
- + Đau đầu “sét đánh”.
- + Đau đầu lần đầu kết hợp dấu hiệu toàn thân khác.
- + Đau đầu kèm triệu chứng thị giác không phải tiền triệu.
- + Đau đầu nặng hơn khi ngồi dậy.
- + Đau đầu kèm các dấu hiệu về vận nhãn và thị lực, thị trường.
- + Đau đầu cố định hoặc khu trú một bên kèm các triệu chứng về nội tiết.
- + Đau đầu có dấu thần kinh khu trú.
- + Đau đầu ở trẻ có suy giảm miễn dịch.

- Một cách dễ nhớ hơn, có thể sử dụng các công cụ SNOOP, trong đó:

- + S: Systemic symptoms/signs/disease: các triệu chứng/dấu hiệu/bệnh lý toàn thân như sốt, huyết áp tăng, đang nhiễm trùng, dùng thuốc...
- + N: Neurologic symptoms/signs: có triệu chứng/dấu hiệu thần kinh.
- + O: Onset sudden: khởi phát đột ngột.
- + O: Old: tuổi khởi phát < 3 tuổi, một số tác giả cân nhắc xem trẻ dưới 6 tuổi là dấu hiệu cảnh báo.
- + P: Pattern change: thay đổi kiểu đau, kiểu đau khác so với quá khứ.

- Khi có bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào, cần nghĩ tới đau đầu thứ phát và tìm nguyên nhân đau đầu.

### **3. PHÂN LOẠI VÀ NGUYÊN NHÂN**

- Hiệp hội đau đầu quốc tế (International Headache Society) đã giới thiệu bảng phân loại đau đầu dùng cho người lớn (chưa có bảng phân loại đau đầu dành riêng cho trẻ em, nên ở trẻ em vẫn dùng chung bảng phân loại này), ấn bản lưu hành hiện tại là IHS-3, trong đó có 3 nhóm chính là:

- + Đau đầu nguyên phát gồm migraine, đau đầu dạng căng thẳng và các dạng đau đầu nguyên phát khác như đau đầu cụm, đau thần kinh sinh ba (ít gặp ở trẻ em).
- + Đau đầu thứ phát, có nhiều nguyên nhân gây đau đầu thứ phát, trong đó quan trọng nhất là tăng áp lực nội sọ và các bệnh lý liên quan màng não.



- + Các dạng đau vùng đầu mặt khác.
- Luôn luôn phải loại trừ đau đầu thứ phát trước khi chẩn đoán đau đầu nguyên phát.

#### 4. MIGRAINE TRẺ EM

- Migraine trẻ em cũng thường gặp, tuổi khởi phát trung bình khoảng 6 tuổi, chiếm khoảng 5-10% trẻ ở tuổi đi học. Tiền căn gia đình có thể có người thân bị đau đầu.

- Migraine ở bé trai thường khởi phát sớm hơn bé gái. Tuy nhiên, khi đến tuổi dậy thì, bé gái nhiều hơn bé trai.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán Migraine trẻ em không tiền triệu theo IHS-3 (**quy tắc 5-4-3-2-1-0**):

A. Có ít nhất **5** đợt kịch phát thỏa đủ các tiêu chuẩn từ B-D.

B. Đợt đau đầu kéo dài từ **2** đến **4** giờ, có thể đến **3** ngày, (khi không điều trị hoặc điều trị không hiệu quả).

C. Đau đầu có ít nhất **2** trong 4 đặc tính sau đây:

- Một bên.
- Mạch đập.
- Cường độ đau trung bình hoặc nặng.
- Tăng khi hoạt động, đứng, leo.

D. Trong thời gian đau có ít nhất **1** trong 2 đặc tính sau đây:

- Nôn/Buồn nôn.
- Sợ âm thanh và sợ ánh sáng.

E. Không (0) thỏa tiêu chuẩn cho chẩn đoán khác.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán Migraine trẻ em có tiền triệu theo IHS-3 (quy tắc 2-1-3-0):

A. Có ít nhất 2 đợt kịch phát thỏa đủ các tiêu chuẩn từ B-D.

B. Có 1 hay nhiều tiền triệu quan sát được đầy đủ sau đây: thị giác, cảm giác, nói/ngôn ngữ, vận động, thân não, kết mạc.

C. Ít nhất 3 trong 6 đặc tính sau đây:

- Ít nhất 1 tiền triệu kéo dài trên 5 phút.
- 2 hoặc nhiều triệu chứng tiền triệu xảy ra liên tiếp nhau.
- Mỗi loại tiền triệu kéo dài 5-60 phút.
- Ít nhất 1 tiền triệu xảy ra 1 bên.
- Ít nhất 1 tiền triệu.
- Đau đầu trong vòng 60 phút sau tiền triệu.

D. Không (0) thỏa tiêu chuẩn cho chẩn đoán khác.

- Sinh bệnh học của migraine trẻ em cũng chưa được nghiên cứu nhiều nhưng đa số các nghiên cứu cũng ghi nhận tương tự sinh bệnh học migraine ở người lớn. Nồng độ CGRP (calcitonin gene-related peptide) được ghi nhận có tăng rõ rệt trong giai đoạn đau cấp tính.

- Các biến thể Migraine ở trẻ em: chóng mặt kịch phát lành tính ở trẻ em, Migraine bụng, ói mửa chu kỳ ở trẻ em và migrain lú lẫn cấp, migraine thân nền, migraine liệt nửa người, migraine liệt vận nhãn cũng có thể xảy ra ở trẻ em.

## 5. CẬN LÂM SÀNG

- Hình ảnh não (CT, MRI não) chỉ định khi có dấu hiệu cảnh báo. Nếu có bất thường trên hình ảnh học, cũng cần xem xét bất thường đó có phải là nguyên nhân gây đau đầu hay không.

- Điện não đồ: được chỉ định khi nghi ngờ đau đầu là biểu hiện của động kinh.

- Định lượng CGRP để chẩn đoán và theo dõi migraine chưa được tiến hành thường quy.

- Cận lâm sàng khác: X quang xoang cạnh mũi, nếu cần.

## 6. CHẨN ĐOÁN

- Tiếp cận tiền sử và bệnh sử, tuân thủ theo nguyên tắc tiếp cận đau đầu chung, tìm dấu hiệu cảnh báo.

- Khám thần kinh kỹ lưỡng. Phần khám này luôn trong giới hạn bình thường ngoại trừ những khiếm khuyết bẩm sinh hay đã có từ trước khi đau đầu.

- Chẩn đoán đau đầu nguyên phát dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán.

## 7. XỬ TRÍ

- Đánh giá tình trạng trẻ và dấu hiệu cảnh báo.

- Xem xét tiêu chuẩn chẩn đoán đau đầu nguyên phát, trong đó có migraine.

- Chỉ định nhập cấp cứu:

- + Trẻ đang đau đầu nặng.

- + Trẻ có dấu hiệu cảnh báo tăng áp lực nội sọ (nôn ói, nhìn mờ, mạch chậm, huyết áp tăng).

- Chỉ định nhập viện:
  - + Tất cả trẻ đau đầu cấp tính, nặng, tiến triển.
  - + Trẻ có dấu thần kinh khu trú.
  - + Trẻ đang có cơn đau đầu cấp, nặng do Migraine.
- Khám và điều trị theo chuyên khoa:
  - + Trẻ có các triệu chứng/dấu hiệu/bệnh lý toàn thân như sốt, huyết áp tăng, đang nhiễm trùng.
  - + Trẻ có triệu chứng/dấu hiệu thần kinh.
  - + Trẻ có kết quả cận lâm sàng gợi ý bệnh chuyên khoa.
- Giảm đau: Acetaminophen: liều < 12 tuổi: 10-15 mg/kg/liều. Trẻ > 12 tuổi cách dùng như người lớn.
- Không có khuyến cáo dùng thuốc để dự phòng tái phát lâu dài nếu chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán các loại đau đầu nguyên phát.

## **8. ĐIỀU TRỊ MIGRAINE TRẺ EM**

- Nguyên tắc chung:
  - + Giáo dục cha mẹ bệnh nhi và bệnh nhi về các yếu tố liên quan khởi phát cơn, về sinh bệnh học, giúp thân nhân và trẻ thoải mái về tâm lý.
  - + Lập kế hoạch để điều trị các cơn cấp.
  - + Lập kế hoạch phòng ngừa ở những bệnh nhân với nhiều cơn Migraine.
  - + Đưa ra các khuyến cáo có lợi như ngủ đúng giờ, ăn uống thích hợp, uống nhiều nước và tránh thời khóa biểu quá tải. Ghi nhật ký đau đầu để ghi nhận các yếu tố thúc đẩy và các đặc điểm của cơn, liệt kê các yếu tố thúc đẩy xảy ra 12 giờ trước cơn. Khi có cơn,

khuyến cáo trẻ nằm trong phòng mát, tối, yên tĩnh và cố gắng ngủ.

- Các thuốc được dùng trong cơn migraine:
  - + Acetaminophen: liều < 12 tuổi: 10-15 mg/kg/liều uống mỗi 4-6 giờ, không quá 60 mg/kg/ngày. Trẻ > 12 tuổi cách dùng tương tự người lớn.
  - + Thuốc kháng viêm không corticoid: Ibuprofen với liều dùng là 7,5-15 mg/kg uống mỗi 6-8 giờ; Naproxen 2,5-5 mg/kg uống mỗi 12 giờ.
  - + Triptans được xem xét chỉ định cho trẻ lớn (> 12 tuổi): Sumatriptan, Rizatriptan, Zolmitriptan, Almotriptan. Tại Việt Nam việc sử dụng còn hạn chế. Thực tế cũng ít trẻ cần sử dụng đến triptans.
  - + Thuốc chống nôn: Metoclopramide 0,1-0,2 mg/kg uống, không quá 10 mg; Promethazine < 2 tuổi: không dùng, > 2 tuổi: 0,25-1 mg/kg uống, IV, IM, đường trực tràng 4-6 lần/ngày, cách ngày, không quá 25 mg.
- Phòng ngừa tái phát:
  - + Việc phòng ngừa cần cân nhắc khi có chẩn đoán và tần số cơn đáng kể (1-2 cơn/tuần trở lên).
  - + Thuốc có thể được dùng là:
    - Amitriptyline < 12 tuổi: 5-10 mg uống khi ngủ, >12 tuổi: 10-25 mg uống khi ngủ-tăng liều chậm.
    - Propranolol với liều 1-3 mg/kg/ngày, bắt đầu bằng liều thấp và tăng dần, mất vài tuần để đạt hiệu quả, cần lưu ý tác dụng phụ lên tim mạch.
    - Valproic acid với liều 10-30 mg/kg/ngày uống.

- Topiramate liều 1-5 mg/kg/ngày uống.
- Cyproheptadine với liều ở trẻ 02-06 tuổi: 2 mg uống 2-3 lần/ngày, không quá 12 mg/ngày, từ 7-14 tuổi: 4 mg uống 2-3 lần/ngày không quá 16 mg/ngày.
- Flunarizine cũng được xem xét dùng cho trẻ thiếu niên, liều 5-10 mg/ngày.
- Riboflavin (vitamin B<sub>2</sub>): có cơ chế không rõ nhưng giảm độ nặng Migraine trong 68% bệnh nhân, liều 100-400 mg/ngày.

- Điều trị hỗ trợ: một số trường hợp trẻ chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán thể đau đầu cụ thể, dãn dò thân nhân theo dõi và cân nhắc sử dụng một số thuốc hỗ trợ thần kinh như Magne B6, Gamalate B6, Citicoline, tùy theo từng cá thể và từng gia đình.

## **9. HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC TẠI NHÀ**

- Theo dõi sự phát triển tâm vận của trẻ.
- Ghi nhật ký đau đầu.
- Lưu giữ các kết quả liên quan bệnh của trẻ, tư vấn với bác sĩ chuyên khoa.

**CHƯƠNG VI.**  
**TIM MẠCH – XƯƠNG KHỚP**

# ĐAU NGỰC (R07.4)

## 1. TỔNG QUÁT

Đau ngực là một triệu chứng thường gặp ở trẻ em, hầu hết có nguyên nhân lành tính. Tuy nhiên, cũng cần phải tầm soát các nguyên nhân nặng có khả năng đe dọa tính mạng, để được điều trị kịp thời.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

### 2.1. Bệnh lý cơ xương

- Cơ: chấn thương (bong gân, giập cơ, rách cơ), bị đánh vùng trước ngực, đau chu kỳ do bệnh lý hồng cầu hình liềm.

- Xương/sụn: chấn thương (đập, gãy xương sườn), viêm sụn sườn, đau chu kỳ do bệnh lý hồng cầu hình liềm, hội chứng trượt xương sườn, hội chứng Tietze, viêm tủy xương, ung thư xương.

### 2.2. Bệnh lý khí phế quản

- Viêm nhiễm: viêm phổi, viêm khí-phế quản, bệnh xơ nang.

- Suyễn.

- Dị vật đường hô hấp.

### 2.3. Bệnh lý màng phổi:

viêm phổi màng phổi, tràn mủ màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn khí màng phổi, viêm phổi trung thất, hội chứng sau mở màng ngoài tim, thuyên tắc phổi, ung thư phổi màng phổi.



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

**2.5. Bệnh lý cơ hoành:** áp-xe dưới hoành, áp-xe gan, hội chứng Fitz-Hugh-Curtis.

### **2.6. Bệnh lý ống tiêu hóa**

- Thực quản: trào ngược dạ dày-thực quản, uống nhầm chất ăn mòn, dị vật đường tiêu hóa, thoát vị hoành, co thắt thực quản, rách thực quản.

- Cơ quan khác: viêm dạ dày, loét dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy.

### **2.7. Bệnh lý thần kinh**

- Thần kinh liên sườn: chấn thương, viêm thần kinh ngoại biên do Herpes.

- Rễ thần kinh cột sống lưng: chấn thương, viêm rễ thần kinh.

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

### **2.9. Đau ngực vô căn**

## **3. CÁCH TIẾP CẬN**

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

- Cấp tính hay mạn tính? (Cấp tính cần xem xét các nguyên nhân như thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi, viêm màng ngoài tim, gãy xương; mạn tính cần xem xét các

nguyên nhân như viêm thực quản, thoát vị hoành, bệnh lý thành ngực).

- Liên tục hay từng lúc?

- Tăng khi hít thở không? (Nếu có thì cần xem xét do viêm màng phổi, viêm sụn sườn, gãy xương sườn, tràn khí màng phổi đau tăng lên khi thở).

- Các triệu chứng đi kèm: ho ra máu (thuyên tắc phổi, lao phổi...); sốt và khạc mủ (viêm phổi...); khó thở (tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi, viêm phổi...).

- Giảm đau nếu dùng thuốc kháng acid không? (Viêm thực quản, viêm loét dạ dày tá tràng...).

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

- Dấu hiệu sinh tồn: xem có sốt, thở nhanh không? (Nhịp thở dựa theo lứa tuổi).

- Tìm các dấu hiệu, triệu chứng:

- + Toàn thân: môi tái, lo âu, hồi hộp, vã mồ hôi, phù, dị cảm.

- + Hô hấp: thở co lõm, khò khè, co kéo lồng ngực, lồng ngực có căng phồng, nghe phổi có ran không, có tiếng cọ màng phổi, hay phế âm có giảm.

- + Tim mạch: nhịp tim có nhanh, có đều hay không, có gallop T4, có âm thổi, có ngoại tâm thu không?

- + Cơ, xương: có dấu chấn thương thành ngực, nhạy đau thành ngực khi hít sâu, hay ép khung ngực không? Có sưng khớp ức đòn bên phải (gặp trong hội chứng Tietze).

- + Tiêu hóa: đau kiểu rất bồng sau xương ức, khó nuốt, cảm giác bóp nghẹt, có đau thượng vị hay ói máu không?

### 3.3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm máu: huyết đồ, VS, khí máu động mạch (đo SaO<sub>2</sub>).
- X quang phổi: để xem khung xương, nhu mô phổi, bóng tim.
- ECG, hay Holter ECG: để tìm các nguyên nhân tim mạch (rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng tim, nhồi máu cơ tim) hoặc thuyên tắc phổi.
- Siêu âm tim: tìm các nguyên nhân bệnh tim mạch.
- Nội soi tiêu hóa: để tìm các nguyên nhân bệnh tiêu hóa.
- Các xét nghiệm cao cấp khác: đo pH thực quản, CT scan, MRI, xạ hình ngực.

## 4. ĐIỀU TRỊ: tùy theo nguyên nhân bệnh.

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

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

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

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

# NGẤT Ở TRẺ EM (R55)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Ngất là cơn mất ý thức thoáng qua do giảm tuần hoàn não, có thể tự hồi phục nhanh.

## 2. TẦN SUẤT

- Ngất ở trẻ em chiếm 1% các trường hợp trẻ nhập cấp cứu.

- Ngất ở trẻ em hầu hết là lành tính, tuy nhiên có thể do các nguyên nhân nghiêm trọng đe dọa tính mạng.

- Ngất không phải hiếm gặp ở trẻ em, khoảng 20% trẻ có ít nhất 1 cơn ngất trước khi hết tuổi vị thành niên.

- Ngất thường gặp nhất ở nhóm trẻ vị thành niên, kể đến là 6-18 tháng do những cơn ngưng thở.

## 3. NGUYÊN NHÂN: 3 nhóm nguyên nhân chính.

- Ngất do phản xạ thần kinh (Vasovagal syncope, neutrally mediated syncope): 64-73%.

- Ngất do nguyên nhân tim mạch: 2,1-4,6%, do rối loạn nhịp hoặc bệnh tim cấu trúc.

- Ngất do nguyên nhân khác: migraine, co giật, đột quỵ, chóng mặt, tăng thông khí, ngưng thở, có thể gặp ở trẻ nữ nhi với khóc gây ngưng thở, tím và ngất... ngất vô căn: 8-18%.

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.1. Tiền sử và bệnh sử

- Triệu chứng: tiền triệu là triệu chứng quan trọng nhất. Tiền triệu với buồn nôn, chóng mặt, thay đổi thị giác gợi ý nhiều đến ngất do phản xạ thần kinh. Các triệu chứng khác có thể là kích thích, thay đổi thính giác, đau bụng, khó thở. Ngất không có tiền triệu gợi ý nguyên nhân tim mạch.

+ 85% ngất do phản xạ thần kinh có tiền triệu, 40% ngất do nguyên nhân tim mạch có tiền triệu.

+ Đau ngực và hồi hộp gợi ý nguyên nhân tim mạch.

- Hoàn cảnh xuất hiện ngất: ngất khi đang gắng sức gợi ý nguyên nhân tim mạch. Ngất sau khi gắng sức thường lành tính. Ngất do thay đổi tư thế, thiếu nước, do đau, sợ, sang chấn tâm lý, tụ tập đông gợi ý ngất do phản xạ.

- Tiền căn bệnh lý, tiền căn sử dụng thuốc, tiền căn gia đình:

+ Thuốc gây dẫn mạch như ức chế beta, ức chế canxi, lợi tiểu cũng góp phần gây ngất.

+ Tiền căn bệnh lý: tim mạch, thần kinh, tâm lý.

+ Tiền căn gia đình: QT dài, bệnh cơ tim, đột tử...

### 4.2. Khám lâm sàng

- Khám toàn diện tim mạch, thần kinh.

- Đo huyết áp ở tư thế nằm và tư thế đứng.

### 4.3. Cận lâm sàng

- ECG là cận lâm sàng đầu tiên nên thực hiện. Bộ ba bệnh sử, khám lâm sàng, và ECG có độ nhạy 96% trong chẩn

đoán ngắt do nguyên nhân tim mạch. ECG bất thường → holter ECG.

- Các CLS khác:
  - + Siêu âm tim để loại trừ bệnh lý tim mạch.
  - + Tilt test (test bàn nghiêng) giúp chẩn đoán ngắt do phản xạ thần kinh nhưng không cần thiết và còn tranh cãi ở trẻ em (độ nhạy 50%, độ chuyên 80-100%).
  - + Test gắng sức: trong trường hợp ngắt do gắng sức (bệnh lý mạch vành, rối loạn nhịp liên quan catecholamine).

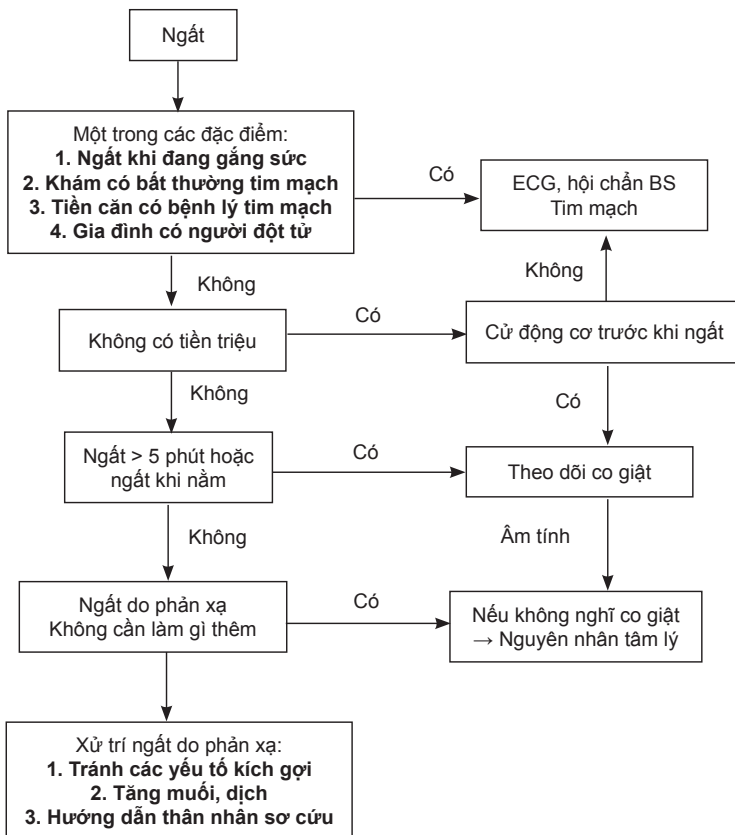
## 5. XỬ TRÍ

- Điều trị theo nguyên nhân.
- Ngắt do phản xạ: hầu như không cần thuốc, chủ yếu giải thích, trấn an bệnh nhân, hướng dẫn tránh những yếu tố khởi kích (tránh thay đổi tư thế đột ngột, đứng lâu, thiếu nước, tụ tập đông...). Rất hiếm khi cần xài thuốc (Midodrine) hoặc đặt máy tạo nhịp.
- Ngắt do nguyên nhân tim mạch: xử trí đặc hiệu tùy bệnh lý.

## 6. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Ngắt thường gặp ở trẻ em, chủ yếu ngắt do phản xạ.
- Có thể phân biệt ngắt lành tính với nguyên nhân nguy hiểm bằng hỏi kỹ bệnh sử-tiền sử, khám lâm sàng và ECG.

- Nếu trẻ ngất có bệnh sử gợi ý ngất phản xạ, ECG bình thường, không có tiền căn tim-mạch gia đình không nên thực hiện thêm các cận lâm sàng tim mạch khác.
- Nếu trẻ ngất có bệnh sử gợi ý ngất phản xạ, không có tiền sử gia đình động kinh, khám lâm sàng bình thường thì không cần thực hiện EEG hoặc các hình ảnh học khác.
- Ngất do phản xạ xử trí chủ yếu là giáo dục và trấn an.



❖ **Yếu tố nguy cơ gợi ý nguyên nhân tim mạch**

- Có ít hoặc không có tiền triệu.
- Ngất kéo dài trên 5 phút.
- Ngất do gắng sức.
- Đau ngực hoặc hồi hộp.
- Tiền căn bệnh tim mạch.
- Tiền căn gia đình có hội chứng QT dài, bệnh cơ tim,

đột tử.

❖ **Khi nào cần đo ECG/ngất**

- Bệnh sử không gợi ý ngất do phản xạ thần kinh.
- Không có tiền triệu.
- Khi đang gắng sức (bơi).
- Yếu tố kích phát là tiếng ồn lớn hoặc giật mình.
- Tiền căn gia đình đột tử hoặc có bệnh lý tim ở trẻ.
- Khám lâm sàng có bất thường tim.
- Có dùng thuốc có tác dụng phụ lên tim mạch.

❖ **Bảng điểm Calgary cải tiến** (Dưới -3 điểm: gợi ý ngất do nguyên nhân tim mạch).

Câu hỏi	Điểm
1. Có tiền căn block 2 nhánh, vô tâm thu, nhịp nhanh trên thất	-5
	-4
2. Xanh tái trong suốt cơn ngất	-3
3. Từng ngất dưới 5 tuổi	-2
4. Có nhớ bất kỳ gì khi về vấn đề ngất	-1
5. Ngất khi ngồi lâu hoặc đứng lâu	1
6. Vã mồ hôi trước khi ngất	2
7. Ngất khi đau	3



## ❖ Đặc điểm ECG

- Nguy cơ cao:
  - + QT dài ( $> 470$  ms) hoặc ngắn ( $< 330$  ms).
  - + Brugada.
  - + Sóng delta (WPW).
  - + Dấu hiệu nhồi máu cơ tim.
  - + Ngoại tâm thu đa dạng.
  - + BAV độ III.
- Nguy cơ vừa:
  - + Phì đại thất trái.
  - + Ngoại tâm thu đơn dạng.
  - + BAV độ II.
  - + Nhịp tim  $< 40$  lần/phút.
- Nguy cơ thấp:
  - + Rối loạn nhịp xoang.
  - + Nhịp nhĩ lang thang, nhịp bộ nối.
  - + BAV độ I.
  - + Tâm ở chuyển đạo ngực phải.
  - + Tái cực sớm.
  - + Block nhánh phải không hoàn toàn.

➔ Nguy cơ cao: khả năng rối loạn nhịp ác tính.

Nguy cơ vừa: cần đánh giá tim mạch của BS tim mạch.

Nguy cơ thấp: biến thể bình thường, không cần đánh giá thêm.

# ĐAU KHỚP (M25.5)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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

## 2. NGUYÊN NHÂN

### 2.1. Nhiễm trùng

- Vi trùng: *Staphylococcus*, *Hemophilus influenzae*, *Streptococcus* nhóm B, *Escherichia coli*, *Neisseria meningococcus*.

- Nguyên nhân khác: siêu vi trùng, *Mycobacteria*, vi nấm.

### 2.2. Sau nhiễm trùng

- Sau nhiễm các siêu vi trùng: viêm gan B, *Parvovirus*, *Epstein-Barr virus*, *Cytomegalovirus*, thủy đậu, *Herpes*, *Enterovirus*, *Adenovirus*.

- Sau nhiễm các vi trùng: thấp khớp cấp, *Lyme*, *Chlamydia* (HC Reiter), *Mycoplasma*, *Shigella*, *Campylobacter*.

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

b. **Bệnh tự miễn:** bệnh Still, bệnh lý huyết thanh, Kawasaki, bệnh Lupus đỏ hệ thống, Henoch Schonlein.

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

### **3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Lưu đồ**

#### **3.2. Tiếp cận chẩn đoán**

- Hỏi thời gian khởi phát, yếu tố trước đó: chấn thương, thuốc, chích ngừa, côn trùng cắn, thời gian xuất hiện triệu chứng, tiến triển.

- Triệu chứng tại khớp: đau một hay nhiều khớp, có sưng, nóng, đỏ, đau, có hạn chế vận động không?

- Tìm triệu chứng đi kèm: sốt, thiếu máu, mệt mỏi và tìm triệu chứng ở cơ quan khác: tim, phổi, da, mắt, thận...

#### **3.3. Xét nghiệm giúp chẩn đoán**

- Thường quy: huyết đồ, VS, CRP, tổng phân tích nước tiểu.

- Miễn dịch học: ANA, định lượng bổ thể, kháng thể anti DNA.

- Xét nghiệm dịch khớp: cấy, sinh hóa, tế bào.

- Cấy máu.

- Huyết thanh chẩn đoán các siêu vi trùng.

- Chẩn đoán hình ảnh: X quang khớp, CT Scan khớp, siêu âm tim, siêu âm khớp.



# **ĐAU CHI (M79.6)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

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

Đau chân bao gồm: đau khớp hông, khớp gối, mắt cá, các khớp bàn ngón.

Đau tay bao gồm: đau khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay, các khớp bàn ngón.

## **2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP**

### **2.1. Đau tay: thường ít gặp**

- Bong gân do vận động cơ quá mức như gắng sức ném vật gì đó hay bơi lội.

- Chuột rút: thường đau trong thời gian ngắn, dưới 15 phút. Thường xảy ra ở bàn tay sau thời gian dài viết hay đánh chữ.

- Đau cấp tính kéo dài: từ vài giờ đến 7 ngày, thường gây ra do những động tác vận động quá mạnh hay những chấn thương cơ bị lãng quên xảy ra trong những ngày trước đó. Thường xảy ra nhất ở khớp vai.

- Nhiễm siêu vi: đau cơ nhẹ cũng hay gặp trong một số trường hợp nhiễm siêu vi.

- Các nguyên nhân trầm trọng: gãy xương, viêm khớp (nhiễm trùng khớp), viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh).

## **2.2. Đau chân**

- Các nguyên nhân chính: chuột rút hay bong gân do vận động cơ quá mức như chạy hay nhảy cao/xa. Hơn 50% trường hợp chấn thương gặp ở nhi khoa do vận động cơ quá mức trong tập thể dục thể thao.

- Chuột rút: thường cơn đau ngắn, < 15 phút do co thắt cơ. Thường xảy ra ở bàn chân hay cẳng chân trong quá trình vận động hay sau khi trẻ ngủ dậy.

- Bong gân: những cơn đau cấp tính kéo dài từ vài giờ đến 7 ngày, thường gây ra do những động tác vận động quá mạnh hay những chấn thương cơ bị lãng quên xảy ra trong những ngày trước đó.

- Đau do tăng trưởng: khoảng 10% trẻ khỏe mạnh có những cơn đau liên tục, vô hại thường được xem là đau do tăng trưởng (mặc dù nó không giúp gì cho sự tăng trưởng). Thường gặp ở trẻ mầm non, xảy ra về đêm, ban ngày không đau, không ảnh hưởng đến hoạt động bình thường. Thường đau hai bên, ở bắp chân và đùi, đau trội hơn ở cơ. Cơn đau thường kéo dài 10-30 phút.

- Nhiễm siêu vi: đau cả hai chân, đặc biệt do cúm.

- Viêm bao hoạt dịch thoáng qua: lành tính và thường xảy ra ở trẻ trai từ 2-8 tuổi. Khởi phát đi khập khiễng đột ngột, không có triệu chứng toàn thân, thường xảy ra sau nhiễm trùng hô hấp trên.

- Các nguyên nhân trầm trọng: gãy xương, huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh) và viêm khớp (nhiễm trùng khớp).

- Viêm khớp nhiễm trùng: là cấp cứu nội khoa, xảy ra ở trẻ nhũ nhi và thiếu niên. Trẻ thường sốt, có vẻ nhiễm trùng, khớp sưng, nóng, đỏ, đau, giới hạn cử động.

- Viêm xương tủy: trẻ sốt, khớp sưng, nóng, đỏ, đau giới hạn cử động chi.

- Bệnh Legg-Perthes: tình trạng viêm sụn xương dẫn đến hoại tử vô trùng đầu xương đùi. Thường xảy ra ở trẻ 4-7 tuổi. Có thể xảy ra sau viêm bao hoạt dịch thoáng qua, ban đầu không đau, khi có gãy xương thì mới đau và đi khập khiễng.

- U xương: có thể lành hoặc ác tính. Sờ thấy một khối u và nhạy đau.

### **3. CÁCH TIẾP CẬN**

#### **3.1. Hỏi bệnh sử**

- Đau kéo dài bao lâu, xảy ra ban ngày hay ban đêm, xảy ra ở một hay hai bên, hay có khu trú ở khớp không, có làm trở ngại việc chơi hay đi học của trẻ. Đau có nguyên nhân thực thể thường kéo dài.

- Trẻ đi khập khiễng hay không thể đi.
- Có các triệu chứng toàn thân như: sụt cân, sốt, vã mồ hôi về đêm, phát ban...

### **3.2. Thăm khám**

- Cho trẻ nằm để thăm khám và cả lúc trẻ đi đứng, khám đầy đủ từ khớp háng đến bàn chân, từ khớp vai đến bàn tay, kể cả khớp gối/khuỷu.

- Khám chi: tìm điểm sưng, nóng, đỏ, đau. Có bị yếu cơ hay teo cơ không? Có bị hạn chế cử động khớp nào không?

- Khám tổng quát: tìm xem trẻ có bị sốt, phát ban, xanh xao, nổi hạch, hay gan, lách to do nhiễm trùng hay bệnh hệ thống.

### **3.3. Xét nghiệm**

- Công thức máu (huyết đồ): bạch cầu tăng cao trong bệnh lý nhiễm trùng, bệnh mạch máu tạo keo, bệnh bạch cầu cấp.

- Phản ứng viêm: CRP hay VS tăng cao trong bệnh lý nhiễm trùng, bệnh mạch máu tạo keo, bệnh viêm ruột và u bướu.

- X quang: giúp phát hiện u bướu, nhiễm trùng xương, chấn thương, hoại tử vô trùng, bệnh bạch cầu cấp.

- CT scan hay MRI: giúp phát hiện viêm xương tủy.



## 4. XỬ TRÍ

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

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

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

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

- Điều trị triệu chứng: giảm đau với:
  - + Paracetamol: 15 mg/kg/lần × 3-4 lần/ngày.
  - + Ibuprofen: 10 mg/kg/lần × 3 lần/ngày.
- Điều trị đặc hiệu:
  - + Chuột rút: kéo căng cơ bị đau về hướng ngược lại; chườm đá lạnh trên cơ bị đau khoảng 20 phút; uống nhiều nước; có thể cung cấp đủ lượng calci.
  - + Bong gân: chườm đá lạnh trên cơ bị đau khoảng 20 phút, vài lần trong ngày trong 2 ngày đầu; nếu cơ bị co cứng kéo dài trên 48 giờ, cho trẻ ngâm và tập nhẹ trong nước nóng hai lần mỗi ngày và mỗi lần trong 20 phút.
  - + Đau do tăng trưởng: thường nhẹ và không kéo dài, không cần điều trị; có thể xoa bóp lên nơi bị đau.

#### **4.5. Dấu hiệu tái khám ngay**

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

# **CHƯƠNG VII.**

## **THẬN – NỘI TIẾT**

# HỘI CHỨNG THẬN HƯ (N04)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

### 1.1. Hội chứng thận hư (HCTH)

- Phù.
- Tiểu đạm:
  - + Đạm niệu/24 giờ  $> 50$  mg/kg/ngày *hoặc*
  - + Đạm/Creatinin nước tiểu  $> 200$  mg/mmol.
- Giảm Albumin/máu  $\leq 25$  g/l.
- Tăng Cholesterol, Triglyceride máu.

### 1.2. Lui bệnh hoàn toàn

- Protein/creatinin  $< 20$  mg mmol.
- *hoặc* đạm niệu trên que thử nước tiểu buổi sáng “vết” hoặc “âm” 3 ngày liên tiếp.

### 1.3. Lui bệnh một phần

- Đạm niệu giảm  $\geq 50\%$ .
- *hoặc* Protein (mg)/Creatinin (g) từ 200-2.000 mg/g.

### 1.4. Kháng corticoid

- Không đạt được lui bệnh hoàn toàn sau giai đoạn tấn công:
  - + 8 tuần uống Prednisone  $60$  mg/m<sup>2</sup> da/ngày.
  - + *hoặc* 4 tuần uống Prednisone  $60$  mg/m<sup>2</sup> da/ngày và 3 liều Methylprednisolone  $1$  g/1,73 m<sup>2</sup> da cách ngày (tối đa 1 g).

### **1.5. Đợt cấp tái phát**

- Protein/creatinin nước tiểu > 200 mg/mmol.
- *hoặc* > 40 mg/m<sup>2</sup> da/ngày.
- *hoặc* đạm niệu 2+ que thử nước tiểu buổi sáng 3 ngày liên tiếp.

### **1.6. Tái phát không thường xuyên**

- Tái phát < 2 lần trong 6 tháng sau lần lui bệnh hoàn toàn.
- *hoặc* tái phát < 4 lần trong 12 tháng bất kỳ.

### **1.7. Tái phát thường xuyên**

- Tái phát  $\geq 2$  lần trong 6 tháng sau lần lui bệnh hoàn toàn.
- *hoặc* tái phát  $\geq 4$  lần trong 12 tháng bất kỳ.

### **1.8. Thận hư lệ thuộc corticoid**

- Tái phát 2 lần liên tiếp trong thời gian đang sử dụng corticoid.
- *hoặc* sau khi ngưng thuốc dưới 14 ngày.

## **2. NGUYÊN NHÂN**

- HCTH vô căn chiếm 90% các HCTH ở trẻ em.
- Nam/nữ: 2/1.
- HCTH thứ phát: sau nhiễm trùng, bệnh hệ thống, ung thư, các nguyên nhân khác (do thuốc, ngộ độc, viêm gan siêu vi B...).

### 3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Lâm sàng

- Phù.
- Tràn dịch đa màng.
- Tiểu ít.
- Cao huyết áp, tiểu máu: ít gặp.

#### 3.2. Cận lâm sàng

- Hội chứng thận hư lần đầu:
  - + Huyết đồ, đạm máu, Albumin máu, Ure, Creatinine, Cholesterol, Triglyceride, SGOT, SGPT, ion đồ máu.
  - + C3, C4, HBsAg, anti HCV: thường quy ở lần đầu.
  - + Trẻ > 10 tuổi: ANA, Anti DsDNA: thường quy ở lần đầu hoặc khi nghi ngờ bệnh hệ thống tự miễn.
  - + Tổng phân tích nước tiểu, protein niệu 24 giờ hoặc đạm niệu/creatinine niệu nếu trẻ nhỏ không giữ được nước tiểu 24 giờ.
  - + Xét nghiệm tìm đột biến gene: HCTH nữ nhi, có tính gia đình.
- Hội chứng thận hư tái phát:
  - + Tổng phân tích nước tiểu, protein niệu.
  - + Huyết đồ, đạm máu, albumin máu, lipid máu, chức năng gan thận, ion đồ máu.
  - + Sinh thiết thận: khi có chỉ định.
- Chỉ định sinh thiết thận: (bên dưới chuyển thành dấu cộng).
  - + Hội chứng thận hư kháng corticoide.

- + Trẻ dưới 1 tuổi, trên 12 tuổi.
- + Lâm sàng gợi ý hội chứng thận hư thứ phát, bệnh hệ thống có tổn thương thận.
- + Trước khi điều trị cyclosporine, prograf.
- + Suy thận khi đang điều trị cyclosporine, prograf.
- + Tiểu máu đại thể sau khi đã loại trừ thuyên tắc tĩnh mạch thận và các nguyên nhân niệu khoa khác.
- + Cao huyết áp ở mức xác định và kéo dài.
- + Giảm bổ thể.
- + Suy thận tại thận tiến triển nhanh.
- + Có tính gia đình, kèm khiếm thính: mô học dưới kính hiển vi điện tử.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

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

### **4.2. Nhập viện**

- HCTH lần đầu.
- HCTH có biến chứng: sốc giảm thể tích, sốt nhiễm trùng, tắc mạch máu...
- HCTH có chỉ định sinh thiết thận.
- HCTH tái phát phức tạp: có chỉ định phối hợp thuốc ức chế miễn dịch, thay đổi thuốc ức chế miễn dịch...
- Theo dõi ngộ độc thuốc ức chế miễn dịch, cần đo nồng độ thuốc, chỉnh liều thuốc và sinh thiết thận... (tùy từng trường hợp cụ thể).

### 4.3. Khám chuyên khoa Thận nội tiết khi

- HCTH lần đầu.
- HCTH tái phát, có biến chứng...

### 4.4. Điều trị ngoại trú

#### 4.4.1. Thận hư lần đầu nguyên phát

- Prednisone 60 mg/m<sup>2</sup> da/ngày, tối đa 60 mg/ngày, trong 4 tuần.

- *Nếu đạm niệu vẫn (+) sau 4 tuần:*

Methylprednisolone 1.000 mg/1,73 m<sup>2</sup> da/48 giờ, TTM trong 4 giờ x 3 liều.

- Nếu đạm niệu trở về (-): nhạy corticoid.

+ Prednisone: 60 mg/m<sup>2</sup> da/cách ngày x 8 tuần .

+ Sau đó giảm liều Prednisone:

- Tuần 13-14: 1,5 mg/kg/cách ngày.
- Tuần 15-16: 1 mg/kg/cách ngày.
- Tuần 17-18: 0,5 mg/kg/cách ngày.
- Ngưng thuốc.

#### 4.4.2. Thận hư kháng corticoid hay thận hư lệ thuộc corticoid

##### ❖ Cyclophosphamide:

- Chỉ định: HCTH lệ thuộc corticoid.

- Liều: 2 mg/kg/ngày x 8-12 tuần, uống (tổng liều 168 mg/kg).

- (liều < 2,5 mg/kg/ngày và liều độc > 200 mg/kg/ngày).

- Theo dõi:

+ Huyết đồ: sau 1 tuần đầu điều trị, sau đó mỗi 2 tuần kế tiếp.



- + Bạch cầu đa nhân trung tính (PN):
  - Nếu 1.000-1.500/mm<sup>3</sup>: giảm nửa liều.
  - Nếu PN < 1.000/mm<sup>3</sup>: ngưng điều trị.
- + Có thể điều trị tiếp với liều thấp khi PN hồi phục, cho đủ tổng liều 168 mg/kg.
- + Có thể tạm ngưng điều trị nếu sốt nhiễm trùng.

#### ❖ Cyclosporin A (CsA)

- Chỉ định:
  - + Thận hư kháng corticoid.
  - + Thận hư lệ thuộc corticoid.
  - + Thận hư đáp ứng kém Prednisone + Endoxan/Mycophenolate mofetil (MMF).
- Liều: 150 mg/m<sup>2</sup> da/ngày (5 mg/kg/ngày), chia làm 2 lần, tối đa 200 mg/m<sup>2</sup> da/ngày.
- Duy trì nồng độ Cyclosporin A: cần chỉnh liều theo nồng độ CsA máu.
  - + 50-125 ng/ml (với thận hư tái phát thường xuyên).
  - + 100-200 ng/ml (với thận hư kháng corticoid).
- Tác dụng phụ: phì đại nướu răng, rậm lông, tăng HA, tăng K<sup>+</sup> máu, giảm Mg<sup>2+</sup>, tăng creatinine máu và độc thận.
- Tái khám:
  - + Tái khám mỗi 4 tuần (28 ngày): nếu lâm sàng tạm ổn định, đạt nồng độ CsA điều trị, không suy thận, không rối loạn điện giải.
  - + Tái khám mỗi 1-2 tuần: nếu thận hư tái phát, chỉnh liều điều trị, nghi ngờ suy thận, độc thận do thuốc...
  - + Đánh giá đáp ứng điều trị hàng năm.

- Theo dõi:
  - + Tái khám mỗi 1-4 tuần:
    - Máu: ion đồ máu, urê, creatinine máu, nồng độ CsA máu lúc 8 giờ sáng (T<sub>0</sub>).
    - Nước tiểu: đạm niệu.
  - + Sinh thiết thận sau 1-2 năm điều trị CsA, dù không có triệu chứng độc thận.

#### ❖ Tacrolimus:

- Chỉ định:
  - + Thận hư kháng corticoid.
  - + Thận hư kháng CsA (sau 4-6 tháng CsA).
- Liều lượng: 0,1-0,3 mg/kg/ngày, chia 2 lần.
- Nồng độ duy trì: 5-10 mcg/L.
- Khi có tổn thương thận do thuốc, giảm 30-50% liều.
- Tác dụng phụ: giảm bạch cầu, cao huyết áp, run chi, đau đầu, suy thận, tăng K<sup>+</sup>, tăng đường huyết, hạ phosphat máu, ngứa.
- Tái khám:
  - + Mỗi 4 tuần: nếu lâm sàng tạm ổn.
  - + Mỗi 1-2 tuần: nếu thận hư tái phát, chỉnh liều thuốc, suy thận, độc thận...
  - + Đánh giá đáp ứng điều trị hàng năm.
- Xét nghiệm:
  - + Tái khám 1-4 tuần:
    - Máu: huyết đồ, ion đồ máu, glucose máu, phosphat máu, ure, creatinine máu, đạm máu, albumin máu và độ thanh thải creatinine.
    - Nồng độ Tacrolimus máu mỗi 4 tuần.
    - Nước tiểu: TPTNT, đạm niệu.

- + Sinh thiết thận mỗi 1-2 năm đánh giá mô học, độc thận do thuốc.

#### ❖ **Mycophenolate Mofetil (MMF)**

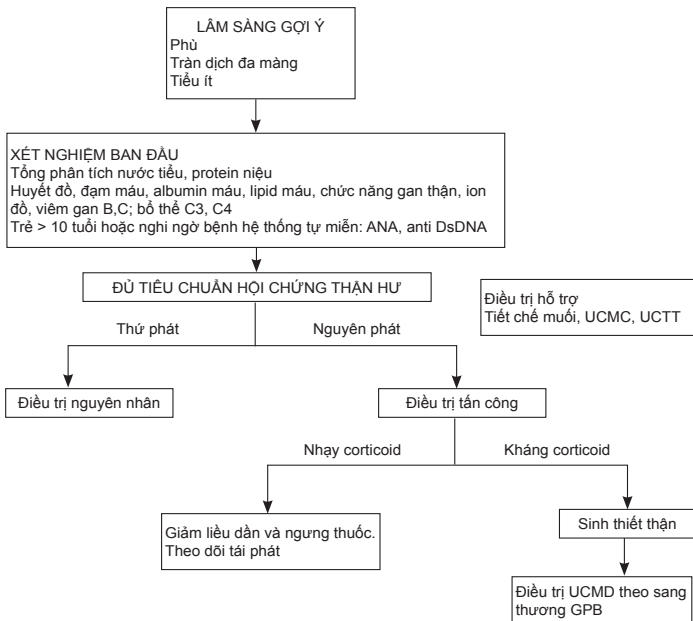
- Chỉ định:
  - + Thận hư lệ thuộc corticoid liều cao.
  - + Thận hư không đáp ứng hay không dung nạp các thuốc ức chế miễn dịch khác: cyclophosphamide, CsA, tacrolimus.
- Liều dùng: 900-1.200 mg/m<sup>2</sup> da/ngày, chia 2-3 lần, không quá 2 g/ngày.
- Tác dụng phụ: buồn nôn, ói, đau dạ dày, đau bụng tiêu chảy, giảm BC hạt, thiếu máu.
- Tái khám:
  - + Mỗi 4 tuần: nếu lâm sàng tạm ổn.
  - + Mỗi 1-2 tuần: nếu thận hư tái phát hoặc nghi ngờ tác dụng phụ của thuốc.
  - + Đánh giá đáp ứng điều trị hàng năm.
- Theo dõi: huyết đồ, ion đồ máu, ure, creatinine máu, đạm máu, albumin, SGOT, SGPT máu.

#### **4.4.3. Thận hư tái phát**

- Tái phát đơn thuần (phù, tiểu đạm): có thể điều trị ngoại trú, tái khám 1-2 tuần.
- Tái phát có kèm triệu chứng, biến chứng: sốt, đau bụng, ói, tiêu chảy, viêm phúc mạc nguyên phát, viêm mô tế bào... hoặc nhà xa → nhập viện.

## 5. THEO DÕI VÀ GIÁO DỤC TẠI NHÀ

- Cân nặng, chiều cao, huyết áp, tác dụng phụ của thuốc/tháng.
- Hướng dẫn kiểm tra đạm niệu bằng que nước tiểu tại nhà mỗi ngày.
- Xét nghiệm khi tái khám (đã trình bày phía trên).
- Tư vấn phụ huynh về khả năng tái phát, biến chứng cấp và duy trì việc đi học và vận động thể lực.
- Dấu hiệu khám ngay: khi có dấu hiệu nghi ngờ tái phát (phù, tiểu ít, que thử đạm niệu dương tính...), hoặc nghi ngờ biến chứng (sốt, thở mệt, báng bụng, viêm mô tế bào, đau bụng, nôn ói nhiều...).



Lưu đồ chẩn đoán và điều trị hội chứng thận hư lần đầu trẻ em

# LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG Ở TRẺ EM (M32)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Lupus là một bệnh mạn tính do tự kháng thể gây tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể. Bệnh kéo dài nhiều năm, thường tái phát và có những đợt bùng phát.

Tổn thương thận trong lupus có thể là biểu hiện đơn độc hoặc đi kèm tổn thương các cơ quan khác; hầu hết xuất hiện trong 6-36 tháng đầu sau khởi bệnh. Tổn thương thận có tần suất khá cao ở trẻ em, hơn 75%.

Hầu hết biểu hiện viêm thận Lupus ở trẻ em khởi phát sau 10 tuổi và có biểu hiện nặng hơn người lớn, với tổn thương đa cơ quan. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp lupus trước 2 tuổi.

## 2. CÁC TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN HIỆN HÀNH

### 2.1. Tiêu chuẩn của hiệp hội thấp Hoa Kỳ 1997

**Bảng 1.** Tiêu chuẩn của hiệp hội thấp Hoa Kỳ 1997

Tiêu chuẩn	Định nghĩa
1. Hồng ban cánh bướm	Hồng ban cố định, phẳng hay nhô lên, phủ bên má, có xu hướng lan rộng nhưng cách nếp mũi má.
2. Hồng ban dạng đĩa	Mảng hồng ban nhô lên với sọc sừng dính và thâm nhiễm nang lông, tạo sọc ở sang thương cũ.
3. Nhảy cảm ánh sáng	Hồng ban ở da là do phản ứng với ánh sáng mặt trời khai thác qua hỏi bệnh sử hay khám lâm sàng.
4. Loét họng	Loét họng hay mũi hầu, không đau, do thầy thuốc khám.
5. Viêm khớp	Viêm không bào mòn khớp ở 2 khớp ngoại vi, với đau, sưng, hay tràn dịch khớp.

6. Viêm màng thanh mạc	Viêm màng phổi: đau kiểu màng phổi hoặc khám có tiếng cọ màng phổi hoặc có tràn dịch màng phổi. Hoặc Viêm màng ngoài tim: phát hiện bằng ECG hoặc có tiếng cọ màng tim hoặc có bằng chứng tràn dịch màng tim.
7. Tổn thương thận	Tiểu đạm kéo dài > 0,5 g/24 giờ hay > 3+ nếu không định lượng được. Hoặc Trụ tế bào: trụ hồng cầu, hemoglobin, hạt, ống thận, hay hỗn hợp
8. Tổn thương thần kinh	Co giật đã loại trừ các nguyên nhân do thuốc, rối loạn chuyển hóa như nhiễm ketone, hội chứng urea huyết cao, rối loạn điện giải. Hoặc Rối loạn tâm thần kinh mà không do rối loạn chuyển hóa, thuốc...
9. Bất thường huyết học	Thiếu máu tán huyết, tăng hồng cầu lưới. Hoặc Giảm bạch cầu nhỏ hơn 4.000/mm <sup>3</sup> sau 2 lần thử. Hoặc Giảm tế bào lympho nhỏ hơn 1.500/mm <sup>3</sup> 2 lần thử. Hoặc Giảm tiểu cầu nhỏ hơn 100.000/mm <sup>3</sup> , không do thuốc
10. Rối loạn miễn dịch	Tế bào LE dương tính hoặc có kháng thể kháng cardiolipin hay kháng thể kháng đông. Hoặc Kháng thể kháng DNA tự nhiên dương tính. Hoặc Kháng thể kháng Sm dương tính. Hoặc Huyết thanh chẩn đoán giang mai dương tính giả ít nhất 6 tháng và xác định bằng các phương pháp hấp thụ huỳnh quang hay cố định <i>Treponema pallidum</i> âm tính.
11. Kháng thể kháng nhân	Kháng thể kháng nhân dương tính với hiệu giá bất thường phát hiện bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang hay phương pháp tương đương (chuyển thành bằng kính)

**Chẩn đoán Lupus:** Khi  $\geq 4/11$  tiêu chuẩn.

- Có thể (possible):  $\geq 3/11$  tiêu chuẩn.
- Có khả năng (probable):  $1/11$  tiêu chuẩn.

## 2.2. Tiêu chuẩn SLICC 2015 (Systemic lupus international collaborating clinics)

Trên lâm sàng thường được áp dụng hơn ARA.

**Bảng 2.** Tiêu chuẩn SLICC

<b>Biểu hiện da</b>	<b>Tối đa 2</b>
Hồng ban cánh bướm	2
Tổn thương da bán cấp lupus	1
Viêm mạch máu dị ứng	1
Nhạy cảm ánh sáng	1
Hồng ban đĩa	1
Rụng tóc	1
Loét mũi, niêm mạc miệng	1
Bệnh lý khớp	1
Viêm màng phổi/màng ngoài tim	1
Tâm thần/co giật/lú lẫn	1
Tổn thương thận	Tối đa 2
Đạm niệu > 3+/trụ niệu/> 500 mg/ngày	1
Sinh thiết thận có bằng chứng lupus	2
Huyết học	Tối đa 3
Bạch cầu < 4.000/mm <sup>3</sup> , Lympho < 1.500	1
Tiểu cầu < 100.000	1
Thiếu máu tán huyết	1
Huyết thanh	Tối đa 3
ANA +	1
FANA +	2
Anti DsDNA +	2
Anti Sm +	2
Antiphospholipid +	1
C3, C4, CH50 giảm	1

- ≥ 4 điểm: chẩn xác định (definite diagnosis).
- 3 điểm: gợi ý nhiều (highly suggestive).

- 2 điểm: có khả năng (probable)
- 1 điểm: có khả năng (possible).

### 2.3. Tiêu chuẩn viêm thận lupus tái phát (Flare)

- Lupus tái phát (Flare) là tình trạng tái xuất hiện hoạt tính của bệnh và đòi hỏi sự điều trị tích cực.

- Có 3 dạng tái phát viêm thận:
  - + Đạm niệu: tăng đạm niệu 0,5-1 g/ngày sau 1 đợt đã âm hóa hoặc đạm niệu trước đây có giảm (đáp ứng 1 phần), giờ tăng lại gấp đôi.
  - + Viêm cầu thận: tái xuất hiện tiểu máu, có kèm hoặc không có trụ tế bào và suy thận.
  - + Chỉ số SLEDAI > 4.
  - + Viêm cầu thận nặng: trụ tế bào, đạm niệu, và suy thận tăng hơn 25% chức năng nền.
    - Khi tái hoạt Lupus, ngoài các phân loại trên, các dấu ấn sinh học lupus cũng trở nên bất ổn: giảm bổ thể trở lại, tăng anti ds DNA...
    - Sinh thiết thận lại được xem như tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán “lupus tái phát”.

**Bảng 3.** Bảng cho điểm SLEDAI

Điểm	Mô tả	Định nghĩa
8	Co giật	Khởi phát gần đây, loại trừ nguyên nhân chuyển hóa, nhiễm trùng, thuốc.
8	Rối loạn tâm thần	Thay đổi khả năng hoạt động bình thường do sự xáo trộn nghiêm trọng trong nhận thức của thực tế. Bao gồm ảo giác, không phối hợp, tư duy không logic, hành vi kỳ quái, loại trừ nguyên nhân ure huyết cao, thuốc.



8	Hội chứng não	Mất định hướng, bộ nhớ, hoặc chức năng trí tuệ khác, mất tập trung: - Rối loạn cảm giác, khó nói, mất ngủ hoặc buồn ngủ ban ngày, hoặc tăng hoặc giảm hoạt động tâm thần vận động. - Loại trừ các nguyên nhân chuyển hóa, nhiễm trùng, thuốc.
8	Rối loạn thị giác	Thay đổi võng mạc trong lupus đỏ: bao gồm cytooids bodies, xuất huyết võng mạc, xuất tiết hoặc xuất huyết màng mạch, viêm dây thần kinh thị giác. Loại trừ nguyên nhân tăng huyết áp, nhiễm trùng, thuốc.
8	Bệnh lý dây thần kinh sọ	Bệnh thần kinh cảm giác hoặc vận động liên quan đến thần kinh sọ mới khởi phát.
8	Đau đầu lupus	Đau đầu dai dẳng, nặng, có thể có tính chất của migraine, nhưng không đáp ứng với thuốc giảm đau, an thần.
8	Tai biến mạch máu não	Tai biến mạch máu não mới xảy ra. Loại trừ nguyên nhân xơ vữa mạch máu.
8	Viêm mạch máu	Loét, hoại thư, nốt đau ở ngón tay, hoại tử, xuất huyết quanh móng hoặc có bằng chứng trên sinh thiết hay trên chụp mạch máu của bệnh viêm mạch máu.
4	Viêm khớp	Ảnh hưởng $\geq 2$ khớp biểu hiện đau, dấu hiệu viêm: sưng, đau, tụ dịch.
4	Viêm cơ	Đau/yếu cơ gốc chi, liên quan với sự tăng creatine phosphokinase hoặc aldolase hoặc thay đổi điện cơ hoặc sinh thiết cho thấy có viêm cơ.
4	Trụ trong nước tiểu	Trụ hạt heme hoặc trụ hồng cầu.

4	Tiểu máu	> 5 hồng cầu/hpf. Loại trừ do sỏi, nhiễm trùng, và các nguyên nhân khác.
4	Tiểu đạm	> 0,5 g/ngày.
4	Tiểu mủ	> 5 bạch cầu/hpf. Loại trừ nguyên nhân nhiễm trùng.
2	Phát ban	Viêm phát ban.
2	Rụng tóc	Rụng tóc bất thường, không đều, lan tỏa.
2	Loét niêm mạc	Loét niêm mạc miệng, mũi.
2	Viêm màng phổi	Đau kiểu màng phổi: cọ xát, tràn dịch hoặc dày màng phổi.
2	Viêm màng ngoài tim	Đau màng ngoài tim với ít nhất 1 trong các đặc điểm: cọ xát, tràn dịch, hoặc được xác định trên điện tâm đồ và siêu âm tim.
2	Giảm bổ thể	Giảm CH50, C3 hoặc C4 dưới giới hạn dưới của giá trị bình thường.
2	Tăng DNA liên kết	Tăng DNA liên kết được phát hiện bằng xét nghiệm Farr.
1	Sốt	> 38°C, ngoại trừ nguyên nhân nhiễm trùng.
1	Giảm tiểu cầu	Tiểu cầu < 100x10 <sup>9</sup> /L, ngoại trừ nguyên nhân do thuốc.
1	Giảm bạch cầu	Bạch cầu < 3x10 <sup>9</sup> /L, ngoại trừ nguyên nhân do thuốc.

### 3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VIÊM THẬN LUPUS

- Đánh giá theo tiêu chuẩn Hiệp hội thấp Hoa Kỳ, các trường hợp nghi ngờ nhưng ACR không đủ, đánh giá tiêu chuẩn SLICC.

- Tìm yếu tố thuận lợi thường là nhiễm trùng, siêu vi, ngưng thuốc... đi kèm.

- Đánh giá đầy đủ tình trạng tổn thương các cơ quan qua khám lâm sàng và xét nghiệm: gan, tim, thần kinh, cơ, thận, hội chứng Antiphospholipid, huyết học (bảng 4).

- Nếu có biểu hiện tổn thương thận (bảng 5): sinh thiết thận làm mô học huỳnh quang, hóa mô miễn dịch.

- Nếu nghi lupus tái hoạt, đánh giá hoạt tính, cho điểm SLEDAI, sinh thiết thận.

**Bảng 4.** Đánh giá tổn thương các cơ quan

Cơ quan	Lâm sàng	Xét nghiệm
Thần kinh	Lú lẫn, ảo giác, đau đầu Rối loạn tâm thần Rối loạn tri giác Co giật Bệnh lý dây thần kinh ngoại biên Viêm tủy cột ngang	Chọc dò tủy sống MRI não MRI tủy
Tim mạch Hô hấp	Suy tim, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, viêm nội tâm mạc. Viêm phổi mô kẽ, xuất huyết phổi, cao áp phổi, tràn dịch màng phổi	X quang phổi Men tim Men cơ Siêu âm tim
Hội chứng Anti_Phospholipid	Hiện tượng Raynaud, livedo reticularis	Anti cardiolipine Lupus anticoagulant D-dimeres
Thận	Phù, cao huyết áp, tiểu ít, tiểu máu	Ure, creatinin, ion đồ, TPTNT, đạm niệu, trụ niệu Siêu âm thận (±) Sinh thiết thận

Tiêu hóa	Gan to, vàng da, viêm ruột, viêm tụy...	SGOT, SGPT...
Huyết học	Tán huyết, giảm các dòng tế bào máu, HC thực bào máu	Huyết đồ Tủy đồ Coomb's test
Khác	Viêm thanh mạc, hạch to, lách to, sốt kéo dài	
Dấu ấn miễn dịch	ANA, anti DsDNA, C3, C4, C1q BỘ 6 kháng thể lupus, anti nucleosome khi anti DsDNA âm, anti R0 trong lupus sơ sinh.	

➤ Lâm sàng gợi ý viêm thận lupus: một trong các biểu hiện sau, chẩn đoán cần được xác định bằng giải phẫu bệnh.

**Bảng 5.** Biểu hiện viêm thận Lupus

Biểu hiện	Tần suất
- Hội chứng thận hư: - Đạm trong nước tiểu $\geq 3$ g/ngày/1,73 m <sup>2</sup> - Protein/creatinine nước tiểu $\geq 0,2$ g/mmol	55%
- Điểm đạm dưới ngưỡng thận hư - Đạm trong nước tiểu $\geq 0,3$ g/ngày/1,73 m <sup>2</sup> - Protein/creatinine nước tiểu $\geq 0,02$ g/mmol	43%
- Tiểu máu đại thể	1,4%
- Trụ hồng cầu hoặc bạch cầu - Soi cặn lắng nước tiểu • > 5 tế bào hồng cầu/quang trường có độ phóng đại cao (hpf) • > 5 tế bào bạch cầu/hpf với điều kiện không có nhiễm trùng tiểu	79%
- Tăng huyết áp	40%
- Giảm độ lọc cầu thận (< 80 ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> )	52%

- Sinh thiết thận: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán đợt cấp, tái phát, tiên lượng.

- Chỉ định:

+ Viêm thận lupus lần đầu.

+ Nghi viêm thận lupus tái hoạt.

+ Sau đợt điều trị tấn công: tùy trường hợp.

#### 4. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp lupus được chẩn đoán lần đầu.

- Tất cả các trường hợp lupus tái phát.

- Các biến chứng nặng trên các cơ quan của lupus.

#### 5. ĐIỀU TRỊ

##### 5.1. Điều trị tổn thương ngoài thận

Cơ quan tổn thương	Điều trị
+ Tổn thương da, niêm	Hydroxychloroquin 4-6 mg/kg/ngày, tối đa 200 mg hay Chloroquine 4 mg/kg/ngày (*). Thời gian 3 tháng/đợt. Khám mắt toàn diện trước khi dùng thuốc và định kỳ mỗi 6 tháng
+ Viêm khớp, viêm cơ nhẹ	Aspirine 70-100 mg/kg/ngày (chia 4 lần) hay Naproxen 20 mg/kg/ngày (chia 2 lần), tấn công 2-4 tuần, sau đó giảm liều nếu đáp ứng (*). Thời gian: 2-3 tháng.
+ Viêm khớp kháng trị + Viêm đa màng thanh mạc + Thiếu máu tán huyết miễn dịch trung bình, nhẹ	Prednisone 1-2 mg/kg/ngày trong 4-6 tuần, sau đó giảm liều dần, duy trì liều thấp nhất có hiệu quả.

<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tổn thương nội tạng nặng: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Thiếu máu tán huyết nặng</li> <li>+ Giảm tiểu cầu nặng &lt;10.000/mm<sup>3</sup></li> <li>+ Xuất huyết phổi</li> <li>+ Tổn thương thần kinh trung ương nặng do viêm mạch máu</li> <li>+ Viêm cơ tim nặng.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Methylprednisolone 30 mg/kg/ngày 3-5 ngày trong 1-6 tháng sau đó chuyển sang Prednisone uống 2 mg/kg/ngày. Giảm liều dần đến 0,5 mg/kg</li> <li>- Kết hợp Cyclophosphamide truyền tĩnh mạch 750-1.000 mg/m<sup>2</sup> mỗi 4 tuần</li> <li>- Thay huyết tương (Plasmapheresis)</li> <li>- IVIG 1 g/kg/ngày * 2 ngày</li> <li>- Rituximab: 375 mg/m<sup>2</sup>/đợt* 4 đợt cách nhau 1 tháng</li> </ul>
--	---

## 5.2. Điều trị hỗ trợ

- Hydroxychloroquine:
  - + Liều: 6,5 mg/kg/ngày (tối đa 300 mg) khởi đầu cho tất cả các trường hợp viêm thận lupus ngay từ giai đoạn toàn phát nhằm giảm biến chứng lâu dài.
  - + Tránh dùng ở bệnh nhân thiếu men G6PD có nguy cơ tán huyết cấp.
  - + Yêu cầu khám nhãn khoa hàng năm để tầm soát bệnh lý võng mạc khi dùng hydroxychloroquine.
- Điều trị tiểu đạm:
  - + Đạm niệu 0,5 g/ngày/1,73 m<sup>2</sup> nên được điều trị với thuốc ức chế men chuyển và/hoặc ức chế thụ thể.
  - + Thuốc ức chế men chuyển: bắt đầu liều enalapril 0,1-1,0 mg/kg ngày (tối đa 40 mg/ngày) hoặc Captopril 1-3 mg/kg/ngày hoặc ramipril 0,05-0,2 mg/kg/ngày 1 lần (tối đa 10 mg).

- + Thuốc ức chế Receptor Angiotension II: thêm Losartan 0,5-2,0 mg/kg/ngày (tối đa 100 mg) nếu protein niệu vẫn còn.
- Kiểm soát cao huyết áp:
  - + Huyết áp < 90<sup>th</sup> percentile theo tuổi, giới, chiều cao nếu đạm niệu < 1 g/1,73 m<sup>2</sup>/24 g.
  - + Huyết áp < 50<sup>th</sup> percentile nếu đạm niệu > 1 g/1,73 m<sup>2</sup>/24 g.
- Kiểm soát tăng lipid máu:
  - + Lovastatin 0,4-0,8 mg/kg/tối. Liều có thể tăng hàng tháng đến tối đa 12 giờ/liều (liều tối đa 40 mg/12 giờ).
  - + Atorvastatin 0,2-1,6 mg/kg/tối. Liều có thể tăng hàng tháng (tối đa 80 mg tối).
  - + Tránh dùng simvastatin do làm tăng nguy cơ tiêu cơ vân, đặc biệt là có sử dụng đồng thời thuốc ức chế calcineurin.

### 5.3. Điều trị đặc hiệu viêm thận do lupus

- Phác đồ được chọn lựa theo phân loại giải phẫu bệnh.
- Gồm 2 giai đoạn với mục tiêu như sau:
  - ❖ *Giai đoạn tấn công: 6 tháng đầu*
    - + Mục tiêu:
      - Dập tắt phản ứng viêm để hạn chế tổn thương và di chứng nội tạng, ức chế dòng thác phản ứng viêm đa mục tiêu.
      - Điều trị yếu tố thuận lợi, điều trị hỗ trợ.
  - + Thuốc chọn lựa: Methylprednisolone TM, CYP, CNI, MMF, thay huyết tương, Rituximab, IVIG.

❖ *Giai đoạn duy trì: 4-5 năm*

+ Mục tiêu:

- Chọn thuốc ở liều thấp nhất có hiệu quả, tránh tái phát.
- Điều trị các bệnh lý đi kèm, tác dụng phụ của thuốc.

+ Thuốc chọn lựa: Prednisone 0,05-0,2 mg/kg/ngày, CNI, MMF.

#### **Nhóm I: điều trị các biểu hiện ngoài thận**

#### **Nhóm II: Theo KDIGO 2012**

- Điều trị biểu hiện ngoài thận khi đạm niệu < 1 g/24 g ở người lớn.
- Điều trị với Cyclosporine và Prednisone khi đạm niệu > 3 g/24 g

#### **Nhóm III/IV có liên**

- Có thể áp dụng 1 trong 2 phác đồ: phác đồ 1 đa mục tiêu hoặc phác đồ 2 truyền Cyclophosphamide.
- Phác đồ 1 được khuyến cáo sử dụng nếu không có các biểu hiện nặng ngoài thận, và tại thận không có suy thận tiến triển nhanh vì đây là phác đồ ít gây biến chứng hơn.

#### **❖ Phác đồ 1: trị liệu đa mục tiêu (multi-target therapy)**

Bao gồm: Mycophenolate-thuốc ức chế calcineurine: cyclosporine A hoặc tacrolimus-steroids.

- Corticoid
  - Methylprednisolone truyền tĩnh mạch liều 10-30 mg/kg/liều (tối đa 1 g) trong 3 ngày x 6 tháng.
  - Tiếp theo với prednisolone uống 0,5-1 mg/kg (tối đa 30 mg) mỗi ngày, và giảm dần liều còn 5 mg/ngày trong mỗi tháng tùy thuộc vào độ hoạt động của bệnh.
- Mycophenolate mofetil (MPA)
  - Liều MPA: 1.500 mg/m<sup>2</sup>/ngày, tối đa 3 g/ngày trong 4-5 năm.
  - Kiểm tra công thức máu mỗi tháng, ngừng điều trị khi giá trị tuyệt đối của bạch cầu đa nhân trung tính < 1,5x10<sup>9</sup>/L



- Thuốc ức chế calcineurin(CNI) Cyclosporine A (CsA) hoặc Tacrolimus (Tac) nếu tiểu đạm mức độ trung bình kéo dài (đạm niệu > 1 g/ngày/1,73 m<sup>2</sup>) sau 3 tháng điều trị, với creatinine huyết thanh hoặc độ lọc cầu thận bình thường. CNI được sử dụng 3-6 tháng, ngưng khi đạt được tình trạng lui bệnh hoàn toàn.
  - + CsA: 3-6 mg/kg/ngày chia 2 lần để đạt nồng độ CsA 150-200 ug/L trong máu
  - + Tac: 0,2 mg/kg/ngày chia 2 lần để đạt nồng độ Tac 8-10 ug/L
- Nếu tăng Creatinine 25%, giảm 20% liều CNI để xác định xem có phải CNI gây độc thận hay không?
- Những tác dụng phụ thường gặp:
  - + Độc thận
  - + Thần kinh: run, đau đầu
  - + Rậm lông và phì đại nướu răng (CsA)
  - + Dung nạp đường và đái tháo đường (Tac)
- Những tương tác thuốc quan trọng:
  - + Kháng sinh macrolide làm tăng nồng độ CNI
  - + Ức chế men HMG CoA reductase (statins)
- ❖ **Phác đồ 2: Cyclophosphamide**
  - Corticoid
    - Methylprednisolone truyền tĩnh mạch liều 10-30 mg/kg/liều (tối đa 1 g) trong 3 ngày x 6 tháng.
    - Tiếp theo với prednisolone uống 0,5-1 mg/kg (tối đa 30 mg) mỗi ngày, và giảm dần liều còn 5 mg/ngày trong mỗi tháng tùy thuộc vào độ hoạt động của bệnh.
  - Cyclophosphamide
    - 750-1.000 mg/m<sup>2</sup> TTM mỗi tháng trong 6 tháng, sau đó sinh thiết thận lại để quyết định điều trị tiếp theo.
    - Nếu hoạt tính còn cao: Cyclophosphamide đường tĩnh mạch mỗi 3 tháng trong 24 tháng.
    - Nếu lui bệnh: Mycophenolate mofetil (MPA) 1.500 mg/m<sup>2</sup>/ngày, tối đa 2 g/ng trong 4-5 năm.
    - Tác dụng phụ của cyclophosphamide: viêm bàng quang xuất

<p>huyết, giảm bạch cầu, nôn, buồn nôn, rụng tóc, nhiễm trùng...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sau 10-14 ngày sau truyền cyclophosphamide nên thử lại huyết đồ nếu bạch cầu <math>&lt; 2.000/mm^3</math> hay bạch cầu hạt <math>&lt; 1.000/mm^3</math> thì liều truyền giảm 125-250 mg/m<sup>2</sup>.</li> </ul>
<p><b>Nhóm III/IV không có liềm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tương tự nhóm III, IV có liềm nhưng số lần truyền Methylprednisolone ở giai đoạn tấn công từ 1-6 lần tùy diễn tiến. Phác đồ 2 thường chỉ áp dụng cho viêm thận lupus có kèm sang thương nặng ngoài thận.</li> </ul>
<p><b>Nhóm V</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhóm V kèm III, IV hoặc nhóm V đơn thuần có tiểu đạm mức thận hư: hướng dẫn điều trị theo nhóm III, IV, có thể sử dụng CNI sớm vì sang thương viêm cầu thận màng thường gây mất đạm nặng.</li> <li>- Nhóm V đơn thuần tiểu đạm dưới mức thận hư: chỉ điều trị giảm đạm niệu. (KDIGO 2012)</li> </ul>
<p><b>Nhóm VI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Không điều trị đặc hiệu, rút lui các thuốc ức chế miễn dịch. Nếu tổn thương ngoài thận còn hoạt tính, vẫn duy trì ức chế miễn dịch.</li> </ul>

## 6. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Khi bệnh nhân hết các biến chứng.

## 7. THEO DÕI

### 7.1. Tiêu chuẩn lui bệnh hoàn toàn

Được định nghĩa khi có sự hiện diện của tất cả các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 1 tháng:

- SLEDAI  $\leq 2$ .
- Nồng độ C3, C4 bình thường.

- Chức năng thận bình thường (GFR  $\geq$  90 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup>).
- Không có tiểu máu ( $\leq$  5 hồng cầu/hpf).
- Đạm niệu  $\leq$  0,3 g/ngày/1,73 m<sup>2</sup>, hoặc  $\mu$ PCR <500 mg/g (< 50 mg/mmol).

## **7.2. Tiêu chuẩn lui bệnh một phần**

- Cải thiện 50% creatinine máu và/hoặc đạm niệu.
- Cải thiện nồng độ bổ thể trong máu.
- Cải thiện SLEDAI.

## **7.3. Theo dõi tái khám**

Tái khám mỗi 28 ngày nếu bệnh nhân đang cải thiện triệu chứng, có thể từ 1-2 tuần nếu diễn tiến không thuận lợi (xuất hiện đạm niệu, bổ thể giảm...).

Cần khám toàn diện không những chỉ đánh giá hoạt tính và diễn tiến của bệnh lupus mà còn phải đánh giá tăng trưởng, tim mạch, các rối loạn chuyển hóa do sử dụng corticoid kéo dài.

- Cân nặng, chiều cao, huyết áp thường quy.
- Khám mắt lần đầu và mỗi 6 tháng.
- Đánh giá dây thừng và loãng xương mỗi năm.
- Lipid máu, HbA1C mỗi 3-6 tháng.
- Bổ thể, anti DsDNA mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó tùy diễn tiến.
- TPTNT, đạm/creatinine niệu mỗi tháng.
- Chức năng thận, công thức máu mỗi tháng trong 6 tháng đầu sau đó tùy diễn tiến.

# BỆNH THẬN MẠN (N18)

## 1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN ĐỘ: theo KDIGO 2012

### 1.1. Định nghĩa

Bệnh thận mạn được định nghĩa khi có những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 3 tháng, ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhi.

Tiêu chuẩn bệnh thận mạn (hiện diện bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây trên 3 tháng).

Dấu hiệu tổn thương thận (ít nhất là một)	Albumin niệu $\geq 30$ mg/24 g, hoặc Albumin/creatinin niệu $\geq 30$ mg/g ( $\geq 3$ mg/mmol) Cặn lắng nước tiểu bất thường Rối loạn điện giải hoặc bất thường khác liên quan bệnh lý ống thận Bất thường phát hiện trên mô học Bất thường cấu trúc hình ảnh học Tiền căn ghép thận
Giảm độ lọc cầu thận	Độ lọc cầu thận $< 60$ ml/ph/1,73 m <sup>2</sup> (phân độ G3a-G5)

### 1.2. Phân độ bệnh thận mạn

Phân độ bệnh thận mạn dựa trên nguyên nhân, độ lọc cầu thận, và mức độ albumin niệu (chứng cứ 1B).

Phân độ theo độ lọc cầu thận:

Phân độ	Độ lọc cầu thận (ml/ph/1,73 m <sup>2</sup> )	Ý nghĩa
G1	≥ 90	Bình thường
G2	60-89	Giảm nhẹ
G3a	45-59	Giảm nhẹ tới trung bình
G3b	30-44	Giảm trung bình tới nặng
G4	15-29	Giảm nặng
G5	< 15	Suy thận giai đoạn cuối

Phân độ theo mức độ tiểu đạm albumin niệu:

Phân độ	Albumin niệu 24 g (mg/24 g)	Albumin/creatinin niệu		Ý nghĩa
		mg/mmol	mg/g	
A1	< 30	< 3	< 30	Bình thường hoặc tăng nhẹ
A2	30-300	3-30	30-300	Tăng trung bình
A3	> 300	> 30	> 300	Tăng nặng

### 1.3. Tiên lượng bệnh thận mạn

Tiên lượng bệnh thận mạn theo GFR và mức độ đạm niệu: KDIGO 2012				Phân độ theo mức độ tiểu albumin		
				A1	A2	A3
				Bình thường hoặc tăng nhẹ	Tăng trung bình	Tăng nặng
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Phân độ theo độ lọc cầu thận (ml/ph/1,73 m <sup>2</sup> )	<b>G1</b>	Bình thường	≥ 90			
	<b>G2</b>	Giảm nhẹ	60-89			
	<b>G3a</b>	Giảm nhẹ tới trung bình	45-59			
	<b>G3b</b>	Giảm trung bình tới nặng	30-44			
	<b>G4</b>	Giảm nặng	15-29			
	<b>G5</b>	Suy thận giai đoạn cuối	< 15			

**Hình 1.** Tiên lượng bệnh thận mạn dựa trên GFR và mức độ tiểu đạm. Hình lấy từ KDIGO 2012.

Màu xanh: nguy cơ thấp. Màu vàng: nguy cơ trung bình.  
Màu cam: nguy cơ cao. Màu đỏ: nguy cơ rất cao.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

Nguyên nhân thường gặp ở trẻ em: dị dạng đường tiết niệu, bệnh cầu thận, nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần...

## 3. CÁCH TIẾP CẬN

Hỏi bệnh, khám lâm sàng và xét nghiệm.

### 3.1. Hỏi bệnh

- Triệu chứng gợi ý bệnh thận mạn: chán ăn, buồn nôn, ói, mệt mỏi, xanh xao, chậm tăng trưởng.

- Có tiền căn dị tật đường tiết niệu (thận đôi, trào ngược bàng quang niệu quản...), bệnh lý cầu thận (hội chứng thận hư, lupus...), nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần...

### 3.2. Khám

Phù, thiếu máu, suy dinh dưỡng, cao huyết áp, suy tim, còi xương.

### 3.3. Xét nghiệm

#### 3.3.1. Tại phòng khám (lần đầu)

- Máu: Huyết đồ, urê, creatinin, đạm, albumin máu, ion đồ, canxi-phospho, PTH, PAL,  $\text{HCO}_3^-$ .

- Nước tiểu: TPTNT.

- Siêu âm bụng: hệ thận niệu, lưu ý đo kích thước 2 thận.

#### 3.3.2. Nhập viện (nội trú): xét nghiệm tìm nguyên nhân:

- Máu: ANA, anti-dsDNA, bộ 8 kháng thể Lupus đỏ, C3, C4...

- Nước tiểu: cặn lắng, tinh thể, trụ, hình dạng hồng cầu niệu, đạm niệu 24 g...
- CT scan thận niệu có dạng hình mạch máu thận.
- Xạ hình thận: DMSA, DTPA + test Lasix.
- Siêu âm mạch máu thận.
- Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng.
- Sinh thiết thận.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Chỉ định nhập cấp cứu**

Khi có biến chứng co giật, khó thở (OAP), đau đầu, ói nhiều (cao huyết áp), triệu chứng thần kinh định vị, tri giác lơ mơ...

### **4.2. Chỉ định nhập viện**

- Khám lần đầu: cần nhập viện để tìm nguyên nhân bệnh thận mạn, xử trí và làm hồ sơ tái khám ngoại trú khi xuất viện.
- Các lần khám sau: nhập viện khi
  - + Lâm sàng hoặc xét nghiệm xấu hơn, không thể điều chỉnh ngoài phòng khám và khi đã ổn định hoặc không có vấn đề cấp cứu.
  - + Chuẩn bị tiến hành điều trị thay thế thận mạn tính: mổ đặt catheter TPPM bằng tay hay bằng máy, mổ FAV để CTNT, đặt catheter TM cảnh hoặc TM đùi để CTNT cấp cứu.



### 4.3. Khám chuyên khoa

Bệnh thận mạn sẽ được nằm theo dõi, điều trị tại khoa Thận Nội tiết. Khám chuyên khoa Ngoại Niệu khi có nguyên nhân đường tiết niệu, hoặc khi có chỉ định thay thế thận. Khi bé trong danh sách chờ ghép thận sẽ được khám thêm chuyên khoa để chuẩn bị cho cuộc ghép: gây mê hồi sức, tâm lý, chích ngừa, tai mũi họng, răng hàm mặt, tiêu hóa.

### 4.4. Điều trị ngoại trú

Bao gồm chế độ dinh dưỡng, điều trị thiếu máu, rối loạn nước và điện giải, toan chuyển hóa, tăng huyết áp (xem thêm phác đồ điều trị nội trú).

- Chế độ ăn suy thận.
- Điều trị tăng kali máu: Kayexalate.
- Điều trị tăng huyết áp:
  - + Hạn chế muối nước.
  - + Lợi tiểu.
  - +Ức chế canxi: Nifedipin, Amlodipine.
  - +Ức chế men chuyển, thụ thể: Captopril, Enalapril, Losartan.
  - + Thuốc beta-blocker: Trandate.
  - + Hydralazine.
- Thuốc điều trị loạn dưỡng xương: canxi, calcitriol.
- Thuốc điều trị thiếu máu: bổ sung sắt nguyên tố (uống hoặc truyền tĩnh mạch), erythropoietine (EPO).
- Hormon tăng trưởng: khi có chỉ định, cân nhắc từng ca.

#### 4.5. Điều trị đặc hiệu

Giải quyết nguyên nhân gây bệnh thận mạn nếu được.

### 5. TÁI KHÁM NGOẠI TRÚ

- Mỗi tháng 1 lần, hoặc khi có dấu hiệu nặng hơn: xét nghiệm máu và nước tiểu giống như xét nghiệm lần đầu (mục 3.3).

- Mỗi 3 tháng: xét nghiệm thường quy + bilan sắt.

- Mỗi 6 tháng: thêm bilan viêm gan B, C, HIV nếu bé chuẩn bị điều trị thay thế thận.

#### ❖ Dấu hiệu tái khám ngay:

Khi trẻ có triệu chứng trở nặng cần cấp cứu như trên.

#### ❖ Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:

Nấu ăn theo chế độ dinh dưỡng; cân nặng, nước tiểu, huyết áp có ghi lại trong sổ theo dõi; uống thuốc theo toa; không tự ý uống thuốc khác có thể làm nặng hơn tình trạng bệnh thận; theo dõi dấu hiệu nặng cần tái khám ngay.

#### ❖ Những lưu ý

- Bệnh thận mạn là bệnh khó, cần được theo dõi, thăm khám bởi một bác sĩ chuyên khoa thận nhi.

- Xem thêm phác đồ nội trú về điều trị bệnh thận mạn.

- Cần sự hợp tác, hỗ trợ lẫn nhau giữa nhân viên y tế, bệnh nhi, thân nhân bệnh nhi và các tổ chức xã hội.

# DẬY THÌ SỚM (E30.1)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

**Bảng 1.** Các giai đoạn phát triển sinh dục theo tuổi  
(MARSHALL & TANNER)

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

## 2. NGUYÊN NHÂN- PHÂN LOẠI

### 2.1. Phân loại

- *Dậy thì sớm trung ương* (dậy thì sớm thật sự): do hoạt động sớm trục hạ đồi-tuyến yên-sinh dục, phụ thuộc hormone hướng sinh dục.

- *Dậy thì sớm ngoại biên* (dậy thì sớm giả): độc lập với sự kích thích của tuyến yên, không phụ thuộc hormone hướng sinh dục.

- *Dậy thì sớm một phần* (dậy thì sớm riêng lẻ, không hoàn toàn): phát triển sớm và riêng lẻ một đặc tính sinh dục thứ phát.

### 2.2. Nguyên nhân

- Vô căn.
- Khối u thần kinh trung ương: hamartoma, microadenoma, u tuyến yên...
- Nhiễm trùng thần kinh trung ương.
- Do gen.
- Phoi nhiễm quá mức hormone sinh dục.

## 3. CÁCH TIẾP CẬN

### 3.1. Hỏi bệnh sử

- Lý do khám bệnh: vú to, có lông mu, lông nách, tiết dịch âm đạo, có kinh...

- Triệu chứng: các triệu chứng xuất hiện, trình tự xuất hiện triệu chứng, tốc độ tăng trưởng chiều cao...

- Tiền căn: bệnh lý thần kinh trung ương (u, chấn thương, viêm nhiễm, xạ trị...), tăng sinh thượng thận bẩm

sinh, suy giáp, u buồng trứng, u thượng thận, u tinh hoàn, tiền căn tiếp xúc với estrogen hoặc androgen ngoại sinh... tiền căn dậy thì của cha, mẹ và các anh chị em trong gia đình.

### 3.2. Khám lâm sàng

- Đo chiều cao, cân nặng, tốc độ phát triển chiều cao (cm/năm), so sánh với biểu đồ tăng trưởng.

- Đánh giá phát triển sinh dục thứ phát: đường kính mô tuyến vú, thể tích tinh hoàn và kích thước dương vật, phát triển lông mu...

- Nguyên nhân: soi đáy mắt phù gai thị (tăng áp lực nội sọ), khám thị trường bị giới hạn (u thần kinh trung ương), da có dát màu cà phê sữa (hội chứng McCune-Albright).

### 3.3. Cận lâm sàng

#### ❖ Xét nghiệm chẩn đoán

- FSH, LH/máu, estradiol/máu (nữ), testosterone/máu (nam).

- X quang xương bàn tay-cổ tay: đánh giá tuổi xương.

- Siêu âm bụng: kích thước tử cung, buồng trứng, tinh hoàn. Tim nang, u buồng trứng, tinh hoàn, thượng thận.

- Dấu hiệu gợi ý dậy thì tiến triển:

+ Tuổi xương > tuổi thật 1 tuổi.

+ Đặc tính sinh dục thứ phát chuyển độ nhanh trong 3-6 tháng.

+ Chiều cao tăng > 6 cm/năm.

+ Tử cung: chiều cao > 34 mm, thể tích > 2 ml, có nội mạc.

- Đối với trẻ trai, có dậy thì sớm, cần tích cực tìm nguyên nhân.

- Test kích thích bằng aGnRH: khi lâm sàng dậy thì sớm tiến triển, cần làm thêm test GnRH để chẩn đoán phân biệt dậy thì sớm trung ương và ngoại biên.

- + Liều GnRH agonist 100 µg/lần, tiêm dưới da.
- + Xét nghiệm FSH, LH vào thời điểm trước khi tiêm 30 phút sau khi tiêm để tìm đỉnh LH, FSH. Nếu làm lại test lần 2, 3, cần lấy máu vào 3 thời điểm (30 phút, 60 phút và 120 phút).
- + Dậy thì sớm ngoại biên: mức LH và FSH ban đầu thấp và không tăng sau khi kích thích bằng GnRH agonist.
- + Dậy thì sớm trung ương tiến triển: FSH, LH ban đầu thường ở ngưỡng dậy thì và sẽ tăng khi kích thích GnRH. Đỉnh LH  $\geq 5,74$  mIU/mL gợi ý dậy thì sớm trung ương.
- + Có thể không cần thực hiện test và điều trị aGnRH tác dụng dài luôn khi trẻ có biểu hiện:
  - Dậy thì sớm tiến triển (lâm sàng và tuổi xương) và LH nền ngẫu nhiên  $\geq 0,84$  mUI/mL.
  - Dậy thì sớm và LH nền  $\geq 2,71$  mUI/ml.

#### ❖ Xét nghiệm tìm nguyên nhân

- Dậy thì sớm trung ương: MRI tuyến yên có cần từ nếu:

- + Bé gái dậy thì sớm trước 6 tuổi.
- + Nghi ngờ có bất thường não ở trẻ > 6 tuổi, nếu trẻ có: dậy thì sớm tiến triển nhanh, suy đa tuyến, tăng áp lực nội sọ, thần kinh định vị...

+ Tất cả trẻ trai được chẩn đoán dậy thì sớm.

- Dậy thì sớm ngoại biên: testosterone, estradiol, cortisol, DHEAS, 17-hydroxyprogesterone, hCG/máu, siêu âm bụng, siêu âm tinh hoàn.

### 3.4. Chẩn đoán

Đặc điểm	Trung ương	Ngoại biên	Một phần
Đặc tính sinh dục thứ phát	+ nhiều đặc tính	+ nhiều đặc tính	+ đơn độc
Tăng tốc độ tăng trưởng	> 6 cm/năm	+	-
Tuổi xương	> 1 tuổi so với tuổi thật	Tăng	Bình thường
Estradiol, Testosterone máu*	Tăng	Tăng	Bình thường
LH/máu (mUI/ml)	> 0,3	< 0,3	< 0,3
Test GnRH	Đỉnh LH > 6 LH/FSH > 0,66	Đỉnh LH thấp LH/FSH < 0,66	Đỉnh LH thấp LH/FSH < 0,66
Siêu âm bụng	Tăng kích thước tử cung, có nội mạc	Tử cung tăng kích thước, có nội mạc	Bình thường
MRI tuyến yên	Bất thường hoặc bình thường	Bình thường	Bình thường
CT bụng (không bắt buộc)	Bình thường/ nang buồng trứng	Nang, u buồng trứng, u thượng thận, tinh hoàn	Bình thường

- Tăng testosterone:  $> 0,5$  ng/ml (bình thường  $< 0,2$  ng/ml).
- Tăng estradiol:  $> 20$  pg/ml (ngưỡng trước dậy thì  $< 20$  pg/ml).

## 4. XỬ TRÍ

### 4.1. Chỉ định nhập viện

- Dậy thì sớm chẩn đoán lần đầu: nhập viện xác định nguyên nhân.
- Một số trường hợp dậy thì sớm đang điều trị ngoại trú kém đáp ứng (sau ít nhất 4 tháng điều trị): đặc tính sinh dục thứ phát và tuổi xương vẫn tiến triển nhanh → Nhập viện + Test kích thích bằng aGnRH đánh giá hiệu quả điều trị.

### 4.2. Khám chuyên khoa

Chuyên khám Thận-Nội tiết khi nghi ngờ trẻ dậy thì sớm.

### 4.3. Điều trị ngoại trú

#### ❖ Điều trị đặc hiệu với đồng vận GnRH

- Chỉ định:
  - + Dậy thì sớm trung ương ở trẻ dưới 6 tuổi.
  - + Dậy thì sớm trung ương tiến triển ở các lứa tuổi lớn hơn có đe dọa chiều cao cuối cùng (chiều cao tiên đoán  $<$  bách phân vị thứ 5).
  - + Dự phòng những rối loạn tâm lý đối với các trẻ nhạy cảm.
- Liều lượng: có thể sử dụng 1 trong 2 dạng.
  - + aGnRH mỗi tháng: Triptoreline (Diphereline<sup>®</sup>) 3,75 mg/ống, tiêm bắp hoặc tiêm dưới da.



- + Liều khởi đầu:
  - Dưới 20 kg: 50 mcg/kg, hay 1,875 mg (1/2 ống), mỗi 4 tuần.
  - Trên 20 kg: 3,75 mg (1 ống) mỗi 4 tuần.
- + Một số trường hợp có thể tiêm mỗi 3 tuần hoặc tăng liều điều trị mỗi tháng nếu nghiệm pháp ức chế gonadotropine không đạt hiệu quả.
- + aGnRH dạng phóng thích chậm mỗi 3 tháng: Triptoreline 11,25 mg tiêm bắp mỗi 3 tháng.
- Khi nào ngưng điều trị:
  - + Tuổi thật 10-11 tuổi ở trẻ gái, 11-12 tuổi ở trẻ trai.
  - + Ngưng điều trị aGnRH cần cân nhắc theo từng cá thể dựa vào tuổi, tuổi xương, chiều cao, chiều cao dự đoán, hoàn cảnh xã hội và tâm lý của trẻ. Khi ngưng điều trị, sự phát triển dậy thì về lâm sàng và sinh học sẽ được lặp lại sau 6 tháng-1 năm.

#### ❖ Điều trị nguyên nhân

- Dậy thì sớm trung ương:
  - + Bướu thân kinh trung ương: phẫu thuật, xạ trị.
  - + Vô căn hoặc dậy thì sớm trung ương thứ phát sau sử dụng corticoid sinh dục: dùng chất đồng vận GnRH.
- Dậy thì sớm ngoại biên: tùy thuộc vào bệnh nguyên
  - + Phẫu thuật: bướu buồng trứng, tinh hoàn, thượng thận.
  - + Tăng sinh thượng thận bẩm sinh: Hydrocortisone.
  - + Một vài trường hợp Tăng sinh thượng thận bẩm sinh có biểu hiện dậy thì sớm trung ương do phối nhiễm quá mức hormone sinh dục. Nếu bệnh nhân có biểu

hiện dậy thì sớm trung ương tiến triển, thì có chỉ định điều trị với aGnRH.

- + Hội chứng McCune - Albright: sử dụng thuốc ức chế sự chuyển Estrogen từ Androgen nhờ ức chế men acromatase (Letrozole, Anastrozole), Ketoconazole (ức chế tổng hợp androgen), Tamoxifen (chất đối vận estrogen) có thể có hiệu quả, tuy nhiên việc sử dụng các thuốc này vẫn trong vòng nghiên cứu và theo dõi.
- Dậy thì sớm một phần: không điều trị, theo dõi định kỳ mỗi 3 tháng.
  - + Theo dõi hàng tháng: theo dõi chiều cao, tốc độ tăng trưởng các đặc tính sinh dục.
  - + Theo dõi sau 6 tháng đánh giá hiệu quả điều trị: dựa vào lâm sàng (các đặc tính sinh dục thứ phát ngưng tiến triển), và các xét nghiệm máu để đánh giá quá trình dậy thì: tuổi xương, LH, FSH, estradiol, testosterone...
    - Nếu lâm sàng có đáp ứng: quá trình dậy thì chậm lại, ngưng tiến triển → tiếp tục điều trị.
    - Nếu lâm sàng biểu hiện dậy thì tiến triển, tuổi xương tiến triển → xem xét làm test kích thích bằng aGnRH lại để đánh giá hiệu quả (xem xét tăng liều thuốc hoặc rút ngắn khoảng cách giữa các liều điều trị).
    - Test kích thích bằng aGnRH sau điều trị aGnRH:
    - Nếu LH > 4 mUI/ml: liều điều trị chưa đủ, cần tăng liều hoặc rút ngắn khoảng cách thời gian giữa 2 liều chích.

- Nếu LH < 2,5 mUI/ml có độ nhạy 100% và đặc hiệu 88% về khả năng ức chế dậy thì.
- + Theo dõi mật độ xương và bổ sung canxi, vitamine D trong lúc điều trị aGnRH.
  - Mật độ xương có thể giảm nhẹ lúc điều trị và hồi phục sau khi ngưng thuốc.

# CHẬM TĂNG TRƯỞNG CHIỀU CAO DO THIẾU HORMON TĂNG TRƯỞNG (E23.0)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Chậm tăng trưởng chiều cao: tốc độ tăng trưởng thấp hơn vận tốc tăng trưởng phù hợp theo tuổi.

Thấp (Short stature): chiều cao dưới bách phân vị thứ 3 theo tuổi hoặc chiều cao  $< -2$  SD theo tuổi.

Lùn (“Dwarfism”: severe short stature): chiều cao  $< -3$  SD theo tuổi.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP CỦA CHẬM TĂNG TRƯỞNG DO THIẾU HORMONE TĂNG TRƯỞNG

### 2.1. Bẩm sinh

- Vô căn (dạng thường gặp nhất).
- Không có tuyến yên bẩm sinh.
- Khiếm khuyết đường giữa (sứt môi, chẻ vòm).
- Đột biến gen POU1F1 chịu trách nhiệm mã hóa cho GH, prolactin, thyrotropin, và thụ thể GHRH, di truyền lặn nhiễm sắc thể thường, gây ra bệnh cảnh thiếu nhiều hormone tuyến yên có thể có hoặc không có giảm sản tuyến yên.
- Đột biến Prop-1 dẫn đến không biểu hiện gen POU1F1/Pit-1 hoạt hóa gây ra giảm sản tuyến yên và/hoặc thiếu nhiều hormone tuyến yên có tính gia đình.

- Đột biến các gen mã hóa các tế bào tuyến yên trước như LHX3, LHX4, TBX19 (TPIT), SOX3, SOX2 và HESX1 gây thiếu nhiều hormone tuyến yên bẩm sinh.
- Khiếm khuyết gen mã hóa cho thụ thể GHRH.
- Mất hoặc đột biến gen GH-1, là một gen mã hóa cho GH, nằm trên NST 17, gây thiếu GH có tính gia đình.
- Hội chứng bất hoạt GH, lâm sàng tương tự thiếu GH, GH tăng nhẹ nhưng nồng độ IGF-1 thấp và tăng sau điều trị bằng GH.
- Các đột biến khác gây hội chứng không nhạy cảm với GH.

## **2.2. Mắc phải**

- Nhiễm trùng, viêm mạn tính.
- Chấn thương sọ não, u não, xạ trị, hóa trị...

## **3. CÁCH TIẾP CẬN**

### **3.1. Bước 1 (phòng khám ngoại trú)**

Trẻ cần phải tầm soát, nếu:

- Chiều cao  $< -2,5$  SD (tương đương  $< 0,5$  percentile) theo tuổi, giới và chủng tộc.
- Hoặc chiều cao từ  $-2,5$  SD đến  $-2$  SD, kết hợp với chậm tăng trưởng (tốc độ tăng trưởng chiều cao  $< -2$  SD theo tuổi).
- Hoặc chiều cao  $> -2$  SD nhưng tốc độ tăng trưởng  $< -2$  SD hơn 1 năm và  $< -1,5$  SD hơn 2 năm.
- Hoặc có bằng chứng rối loạn chức năng hạ đồi-tuyến yên.
- Hoặc có bằng chứng thiếu hormon hạ đồi-tuyến yên.

### **3.2. Bước 2 (ngoại trú)**

- Tiền căn, bệnh sử, lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý các nguyên nhân khác gây chậm tăng trưởng (nếu có) như: bệnh mạn tính, bệnh hệ thống, suy giáp, hội chứng Cushing...

- Xét nghiệm tại phòng khám:
  - + Huyết đồ.
  - + Điện giải đồ, chức năng gan, thận,  $\text{HCO}_3^-$ , Calci, phospho, PTH, PTH máu.
  - + Chức năng tuyến giáp.
  - + Cortisol máu.
  - + IGF-1, hGH, IGFBP-3.
  - + Định lượng vitamin D.
  - + TPTNT.
  - + Siêu âm bụng/bìu.
  - + X quang bàn tay xác định tuổi xương.
  - + Karyotype ở trẻ gái.

### **3.3. Bước 3: Nghiệm pháp kích thích (nhập viện nội trú)**

Bệnh nhân nhịn đói qua đêm, có thể sử dụng các nghiệm pháp sau đây:

- Nghiệm pháp hạ đường huyết do Insulin.
- Nghiệm pháp vận động.

Biện luận kết quả:

- Định GH < 10 mU/l: thiếu GH hoàn toàn.
- Định GH 10-20 mU/l: thiếu một phần GH.
- Định GH > 20 mU/l: bình thường.

### 3.4. Bước 4: chẩn đoán thiếu GH

Chậm tăng trưởng + kết quả 2 nghiệm pháp kích thích không đáp ứng.

- Thiếu GH hoàn toàn: điều trị ngay khi có thể.
- Thiếu GH một phần: theo dõi thêm 6-12 tháng và làm test lại: không thiếu hormone khác, chưa tiền dậy thì.

Các trường hợp khác:

- Trường hợp bệnh nhân có bằng chứng suy tuyến yên: phẫu thuật, xạ trị... và có suy 1 hormone khác của tuyến yên, chỉ cần 1 test để chẩn đoán xác định, không được sử dụng test insulin.

- Trường hợp sơ sinh: không làm test. Chẩn đoán suy yên khi GH < 5  $\mu\text{g/l}$  (< 14 mUI/l) kèm dương vật nhỏ, hạ đường huyết kháng trị và có suy 1 hormone khác của tuyến yên.

- Đối với trẻ tiền dậy thì (nam > 11 tuổi và nữ > 10 tuổi), có thể môi với hormone sinh dục trước khi làm test để tránh trường hợp điều trị thừa cho chậm tăng trưởng cơ địa (constitutional delay). Môi bằng 1-2 mg  $\beta$ -estradiol 2 ngày trước test, hoặc 50-100 mg testosterone tiêm bắp 1 tuần trước test.

### 3.5. Bước 5

MRI tuyến yên để tầm soát bất thường thực thể.

## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** đa số trường hợp không nhập cấp cứu.

**4.2. Chỉ định nhập viện:** các trường hợp lần đầu khám vì khi nghi ngờ chậm tăng trưởng chiều cao do thiếu hormone tăng trưởng hoặc trong quá trình theo dõi cần đánh giá lại (tùy từng trường hợp).

**4.3. Khám chuyên khoa:** có thể phối hợp với chuyên khoa dinh dưỡng, nội và ngoại thần kinh...

**4.4. Điều trị ngoại trú:** sau khi chẩn đoán xác định chậm tăng trưởng do thiếu hormone tăng trưởng, bệnh nhân được hướng dẫn tự chích thuốc tại nhà.

**4.5. Điều trị triệu chứng:** bổ sung vitamin D, calci, dinh dưỡng và nâng cao thể trạng.

**4.6. Điều trị đặc hiệu:** chích hormone tăng trưởng tại nhà theo hướng dẫn của bác sĩ.

**Tái khám ngoại trú:**

- Tái khám mỗi 1-4 tuần: tùy theo lịch hẹn tái khám của bác sĩ điều trị.

- Đánh giá định kỳ:

- + Đo IGF-1 sau 4 tuần điều trị và sau đó mỗi 6-12 tháng. Mục tiêu IGF-1 ở mức +1 SD theo tuổi (tham khảo bảng 1).
- + Chiều cao mỗi 2-3 tháng ở trẻ nữ nhi và ít nhất mỗi 4-6 tháng ở trẻ lớn.
- + Chức năng tuyến giáp mỗi năm.
- + Đường huyết đói hoặc HbA1c mỗi 3-6 tháng.
- + Biên bản hội chẩn khoa hàng năm để đánh giá hiệu quả điều trị và chỉ định điều trị tiếp.



### **Tái khám ngay khi gặp tác dụng phụ:**

- Đau đầu.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Trật khớp háng.

### **Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:**

- Hướng dẫn tự chích thuốc tại nhà.
- Theo dõi tác dụng phụ.
- Theo dõi tăng trưởng chiều cao.

### **Tái khám theo hẹn**

- Thời gian điều trị: cho tới khi sự tăng trưởng gần như hoàn toàn (chiều cao tăng dưới 2-2,5 cm/năm).

- Ở tuổi trưởng thành, cần test lại nhu cầu hormone GH vì các mục tiêu khác ngoài vấn đề phát triển chiều cao, lúc này GH vẫn có chỉ định nhưng ở liều thấp hơn. Có 1/3 người trưởng thành vẫn tiếp tục duy trì GH trị liệu.

## **5. LƯU Ý**

Tạm ngưng thuốc khi có các bệnh lý cấp tính hoặc khi phẫu thuật.

# **TIỂU ĐƯỜNG Ở TRẺ EM (TYPE 1:E10, TYPE 2: E1)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Tiểu đường là tập hợp các rối loạn chuyển hóa đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết mạn tính do bất thường trong cơ chế tiết insulin hoặc hoạt động của insulin hay cả hai. Sự tiết insulin không đầy đủ và/hoặc giảm đáp ứng của tế bào đích với insulin, đưa đến bất thường chuyển hóa carbohydrate, lipid và protein.

## **2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP**

- Đột biến đa gen gặp trong tiểu đường típ 1, típ 2.
- Đột biến đơn gen gặp trong tiểu đường đơn gen ở trẻ em và thanh thiếu niên.

## **3. CÁCH TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

### **3.1. Bệnh sử**

- Triệu chứng chung: ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân, tiểu dầm...
- Triệu chứng nhiễm ceton acid: nôn ói, đau bụng, suy kiệt, mất nước, sụt cân, lơ mơ, hôn mê...
- Triệu chứng của bệnh nhiễm trùng đi kèm.

### 3.2. Lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: biểu hiện sốc gồm mạch (tăng), tụt huyết áp (sốc giảm thể tích, sốc nhiễm trùng), thở nhanh sâu (Kussmaul), nhiệt độ tăng (nhiễm trùng), tri giác (lơ mơ, hôn mê do hạ/tăng đường huyết)...

- Dấu hiệu toàn thân: dấu mất nước, ổ nhiễm trùng...

- Dấu hiệu toan chuyển hóa: thở nhanh sâu, hơi thở mùi acetone, tri giác bứt rứt.

- Dấu hiệu của biến chứng mạn: mờ mắt, tê tay chân, loạn dưỡng mỡ tại vị trí tiêm insulin.

### 3.3. Cận lâm sàng ban đầu tại phòng khám

- Đường huyết tĩnh mạch lúc đói/bất kỳ.

- Tổng phân tích nước tiểu tìm đường niệu và ceton niệu.

- Urê, Creatinine, Ion đồ, Magne, Phosphat, AST, ALT, CRP...

- HbA<sub>1c</sub>.

### 3.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Thỏa một trong bốn tiêu chuẩn sau:
<b>1.</b> Các triệu chứng của bệnh tiểu đường (uống nhiều, tiểu nhiều, tiểu đêm, đái dầm, sụt cân, mờ mắt) hay cơn khủng hoảng tăng đường huyết cộng với nồng độ glucose huyết tương $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l)
<b>2.</b> Đường huyết đói (không ăn thức ăn có calo ít nhất 8 giờ) $\geq 126$ mg/dl (7,0 mmol/l). Trong trường hợp không tăng đường huyết rõ ràng, xét nghiệm này nên được lặp lại vào một ngày khác
<b>3.</b> Đường huyết sau 2 giờ $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l) với xét nghiệm dung nạp đường huyết.

Xét nghiệm thực hiện bằng cách cho uống một lượng đường tương đương với 75 g glucose khan hòa tan trong nước hoặc 1,75 g/kg trọng lượng cơ thể, tối đa là 75 g.
<b>4. HbA1c &gt; 6,5%</b>

### 3.4.1. Phân loại

Đặc điểm lâm sàng của bệnh tiểu đường típ 1, bệnh tiểu đường típ 2 và tiểu đường đơn gen ở trẻ em và thanh thiếu niên			
Đặc điểm	Type 1	Type 2	Đơn gen
Di truyền học	Đa gen	Đa gen	Đơn gen
Tuổi khởi phát bệnh	Thường trước tuổi dậy thì	Thường sau tuổi dậy thì	Thường sau tuổi dậy thì trừ tiểu đường sơ sinh và glucokinase
Uống nhiều và tiểu nhiều	Có từ vài ngày đến vài tuần	Không có; hay có từ vài tuần đến vài tháng	
Cân nặng	Sụt cân	Béo phì	
Gai đen	Không có	Có	Không có
Nhiễm ceton	Thường gặp	Ít gặp	Thường gặp ở tiểu đường sơ sinh, hiếm gặp ở các thể khác
Tự kháng thể	Có	Không	Không
Cha mẹ bị bệnh tiểu đường	2-4%	80%	90%
Tần suất	> 90%	< 10%	1-2%

## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu ngay:** có biểu hiện rối loạn tri giác, sốc, mất nước nặng, nghi ngờ nhiễm toan mức độ nặng.

**4.2. Chỉ định nhập viện:** có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Những ca mới khởi phát: để điều trị và hướng dẫn chăm sóc.
- Tiểu đường đã chẩn đoán có nghi ngờ nhiễm toan mức độ nhẹ và trung bình.
- Tiểu đường kèm với một bệnh lý cấp tính (sốt, tiêu chảy cấp, viêm phổi...).
- Tiểu đường không thể kiểm soát được đường huyết ở ngoại trú.

**4.3. Khám chuyên khoa:** nghi ngờ mắc tiểu đường mới với một trong các tiêu chuẩn sau:

- Xuất hiện triệu chứng 4 nhiều: ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân nhiều.
- Glycemic bất kỳ > 200 mg/dl hay glycemic đói > 126 mg/dl.
- Xuất hiện đường niệu.

**4.4. Điều trị ngoại trú**

❖ **Điều trị đặc hiệu**

• **Tiểu đường típ 1**

Phác đồ chuẩn điều trị insulin ở những bệnh nhân mới được chẩn đoán có thể bao gồm một trong hai phác đồ dưới đây	
<b>Phác đồ ít tăng cường</b>	<b>Phác đồ tăng cường</b>
Tiêm hai lần mỗi ngày hỗn hợp insulin tác dụng ngắn và tác dụng trung bình trước ăn sáng và trước ăn tối	Tiêm nhiều lần mỗi ngày insulin tác dụng kéo dài vào buổi sáng và insulin tác dụng nhanh trước các bữa ăn
<b>Tổng liều insulin hàng ngày</b>	
1. 0,7-1,0 IU/kg/ngày.	

2. < 0,5 IU/kg/ngày ở trẻ nhỏ hay bệnh nhân ở giai đoạn hồi phục một phần.
3. 1,2-2,0 IU/kg/ngày ở trẻ dậy thì.

**Phân loại insulin**

<b>Insulin</b>	<b>Bắt đầu có tác dụng (giờ)</b>	<b>Đỉnh tác dụng (giờ)</b>	<b>Thời gian tác dụng (giờ)</b>
Nhanh (Regular)	0,5-1	2-4	5-8
Trung bình (NPH)	2-4	4-12	12-24
Kéo dài (Glargine)	2-4	không	khoảng 24

**Phân bố liều insulin**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2/3 tổng liều hàng ngày tiêm vào buổi sáng</li> <li>2. 1/3 tổng liều hàng ngày tiêm vào buổi tối</li> <li>3. Trong đó 2/3 là Insulin tác dụng trung bình, 1/3 là Insulin tác dụng ngắn</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 40% tổng liều hàng ngày là insulin tác dụng kéo dài</li> <li>2. 60% tổng liều hàng ngày là insulin tác dụng nhanh, được chia đều cho 3 bữa ăn</li> </ol>
---	--

• **Tiểu đường típ 2**

- Điều trị ban đầu là thay đổi lối sống bằng chế độ ăn khỏe mạnh và tập thể dục.
- Điều trị thuốc khi thất bại với thay đổi lối sống, giảm cân (dư cân, béo phì) hoặc khi bệnh nhân có triệu chứng tăng đường huyết (4 nhiều).
- Tình trạng chuyển hóa ổn định ( $HbA1c < 8,5\%$  và không có triệu chứng): đơn trị liệu với Metformin 500 mg/ngày x 7 ngày. Tăng dần 500 mg mỗi tuần trong 3-4 tuần đến liều tối đa là 2.000 mg/ngày.

- Đường huyết không ổn định ( $HbA1c > 8,5\%$  hay tăng đường huyết  $> 250 \text{ mg/dl}$ ):

- + Insulin NPH hay insulin nền với liều khởi đầu là  $0,25-0,5 \text{ IU/kg}$ .
- + Metformin có thể dùng cùng lúc với insulin trừ khi có tình trạng nhiễm toan.
- + Chuyển dần sang chế độ đơn trị liệu với Metformin, khi tình trạng nhiễm toan đã ổn và đường huyết trở về bình thường/gần bình thường với insulin, đồng thời các yếu tố nguy cơ gây rối loạn đường huyết cũng đã được giải quyết ổn (sốt nhiễm trùng, triệu chứng mất nước...), thường đạt được sau 2-4 tuần.
- + Giảm 30-50% liều insulin mỗi khi tăng liều Metformin.

❖ **Tái khám ngoại trú:**

- Tái khám định kỳ mỗi 4 tuần, cấp thuốc Insulin mới và/hoặc Metformin.
- Đánh giá định kỳ (tái khám, ngoại trú):
  - + Mỗi tháng: Chiều cao, cân nặng, đường huyết tại nhà, dấu hiệu loạn dưỡng mô mỡ.
    - Triệu chứng hạ đường huyết trên lâm sàng.
    - Xét nghiệm: tổng phân tích nước tiểu, đường huyết đói.
  - + Mỗi 3 tháng:  $HbA1c$ .
  - + Mỗi 6 tháng: Bilan lipid, chức năng thận, chức năng gan.
  - + Mỗi năm: microalbumin niệu, khám mắt, chức năng tuyến giáp.

**❖ Tái khám ngay (bệnh viện địa phương hoặc Nhi Đồng 2 tùy điều kiện):**

- Hạ đường huyết sau khi đã xử trí tại chỗ (đã được hướng dẫn lúc nhập viện nội trú): uống sữa có đường, ngâm kẹo, uống nước đường, ăn bánh ngọt...

- Kèm bệnh lý cấp tính: sốt nhiễm trùng, ho, ói, tiêu chảy, bú kém, ăn uống kém...

- Đường huyết tăng cao bất thường.

- Rối loạn tri giác: bứt rứt, kích thích, ngủ li bì, lơ mơ, bú kém, bỏ bú và hôn mê (gặp trong bệnh cảnh nhiễm toan ceton/tăng áp lực thẩm thấu máu do bỏ điều trị insulin).

**❖ Hướng dẫn chăm sóc tại nhà (được hướng dẫn trong thời gian nhập viện nội trú)**

- Phát tài liệu hướng dẫn chăm sóc bệnh tiểu đường cho gia đình bệnh nhi.

- Hướng dẫn cách:

+ Sử dụng insulin: thời gian tác dụng, cách tiêm, cách bảo quản thuốc, cách tăng giảm liều insulin theo đường huyết, chế độ ăn, vận động.

+ Khám dinh dưỡng và thiết lập chế độ ăn tiểu đường tại nhà.

+ Theo dõi đường huyết ít nhất 4 lần/ngày với tiểu đường típ 1 và 2 lần/ngày với tiểu đường típ 2, ít nhất 2 ngày/tuần và thử vào những thời điểm nghi hạ đường huyết hoặc tăng đường huyết (do ăn uống không tuân thủ chế độ ăn), đường niệu và cetone niệu (thử que nước tiểu).

+ Phát hiện và xử trí biến chứng hạ đường huyết hay hôn mê nhiễm toan ceton.



# CƯỜNG INSULIN BẨM SINH (E16.1)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Cường insulin bẩm sinh (CIBS) là nguyên nhân thường gặp nhất gây hạ glucose máu kéo dài ở trẻ sơ sinh và nữ nhi, gây ra do rối loạn điều hòa việc bài tiết insulin của tế bào  $\beta$  tụy do đột biến gen.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Có ít nhất 11 loại đột biến gen gây bệnh đã được ghi nhận, được phân thành 2 nhóm chính: liên quan đến kênh KATP (gen ABCC8 và KCNJ11) và liên quan đến các enzyme chuyển hóa. Đột biến liên quan đến kênh KATP thường gặp nhất. Bên cạnh đó vẫn có tới 50% trường hợp CIBS không xác định được đột biến.

## 3. TIẾP CẬN

### 3.1. Lâm sàng

- Đa dạng: từ không triệu chứng (tình cờ phát hiện qua xét nghiệm thường quy) đến biểu hiện bú kém, li bì, quấy khóc, giảm trương lực cơ, co giật, hôn mê.
- Hầu hết biểu hiện ở giai đoạn sơ sinh. Một số ít hơn biểu hiện ở giai đoạn nữ nhi và trẻ lớn nhưng thường sẽ có tiền lượng tốt hơn.
  - Đa phần có cân nặng lúc sinh lớn.
  - Cần tốc độ truyền glucose cao (hơn 8 mg/kg/phút).

### 3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tầm soát nguyên nhân: Bicarbonate máu, Lactate máu, Cortisol máu, Ceton máu, GH, NH<sub>3</sub> máu, AST, ALT, TSH, FT3, FT4.

- Xét nghiệm tại thời điểm có hạ glucose máu (dưới 3 mmol/l): Insulin máu, C peptide máu, Ceton máu, Ceton niệu, Acid béo tự do.

- Test đáp ứng glucagon.

- Các xét nghiệm khác gợi ý thể đột biến CIBS (NH<sub>3</sub> máu, Hydroxybutyrylcarnitine máu và 3-hydroxyglutarate niệu).

- Xét nghiệm gen, 18F Dopa PET/CT scan để chẩn đoán thể di truyền và mô học.

### 3.3. Chẩn đoán

#### Tiêu chuẩn chẩn đoán cường insulin

- Glycemia dưới 3 mmol/l.

- Tăng insulin máu trên 3  $\mu$ U/ml, hoặc C peptide trên 0,6 ng/ml.

- Đáp ứng test kích thích glucagon.

- Cần tốc độ truyền glucose cao (trên 8 mg/kg/phút).

Cần chú ý tầm soát các nguyên nhân gây hạ đường huyết khác: cường insulin thoáng qua (sinh ngọt, chậm tăng trưởng trong tử cung, sinh non, mẹ sử dụng các thuốc như thuốc hạ đường huyết, ức chế  $\beta$ , ức chế men chuyển...), hội chứng Beckwith Wiedemann, Turner, u tụy nội tiết...

## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Nhập cấp cứu:** ngay khi phát hiện hoặc nghi ngờ hạ đường huyết có triệu chứng.

**4.2. Khám chuyên khoa Thận nội tiết:** khi nghi ngờ có tình trạng hạ đường huyết do nguyên nhân nội tiết, chuyển hóa.

### **4.3. Điều trị đặc hiệu**

- Diazoxide: lựa chọn đầu tay, 5-20 mg/kg/ngày, chia 2-3 lần uống. Tác dụng phụ: rậm lông, giữ nước, tăng acid uric máu, giảm IgG, giảm bạch cầu hạt, tăng tuổi xương, hiếm gặp toan ceton máu, suy tim. Xem xét phối hợp Chlorothiazide 5-10 mg/kg/ngày chia 2 lần nếu phù.

- Đồng vận somatostatin (Octreotide, Sandostatin): lựa chọn thứ 2 khi thất bại với Diazoxide. Có thể sử dụng chung với Diazoxide để duy trì đường huyết ổn định. Liều 5-35 µg/kg/ngày, liều tối đa có thể lên tới 50 µg/kg/ngày, tiêm dưới da, chia 3 lần/ngày. Tác dụng phụ: nôn ói, tiêu chảy (thường tự giới hạn), hiếm gặp hơn có thể gặp sỏi túi mật, viêm ruột hoại tử (thận trọng khi dùng cho trẻ sơ sinh), viêm gan, hội chứng QT dài, ức chế hormone tuyến yên (GH, TSH).

- Ức chế Calci (Nifedipine): 0,5-2,5 mg/kg/ngày, chia 2-3 lần uống. Đây là điều trị thay thế, hiệu quả rất thay đổi, chủ yếu dùng phối hợp với các thuốc điều trị khác cũng như duy trì đường huyết ổn định sau cắt tụy.

- Sirolimus (ức chế mTor): 1 mg/m<sup>2</sup> da/ngày, chia 2 lần uống, duy trì nồng độ thuốc từ 5-10 ng/ml. Hiệu quả chưa rõ ràng, tác dụng phụ có thể gặp: viêm dạ dày, tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn chức năng thận, mệt mỏi.

- Phẫu thuật cắt tụy: chỉ định khi thất bại với điều trị nội khoa trong việc duy trì ổn định đường huyết hoặc tổn thương mô học cục bộ (18F DOPA Pet/CT scan, di truyền

học). Biến chứng: tái phát CIBS, đái tháo đường, suy tụy ngoại tiết, rối loạn hấp thu chất béo.

- Theo dõi ngoại trú.

- Tái khám mỗi 28 ngày nếu đường huyết ổn định và người nhà tuân thủ điều trị.

- Hướng dẫn theo dõi đường huyết mao mạch tại nhà nhằm phát hiện hạ đường huyết còn tiếp diễn.

- Đánh giá định kỳ mỗi 3-6 tháng sự phát triển tâm thần vận động, tầm soát tác dụng phụ của thuốc, đánh giá lại khả năng dung nạp đường huyết lúc đói để thay đổi liều thuốc sử dụng. Có thể cân nhắc ngưng thuốc nếu liều Diazoxide dưới 5 mg/kg/ngày, Octreotide dưới 3 µg/kg/ngày.

- Đối với những bệnh nhân đáp ứng điều trị nội, sau 4-6 năm, cần đánh giá lại toàn diện nhằm phát hiện sự tái phát của CIBS.

- Đối với những bệnh nhân được cắt tụy, cần đánh giá khả năng đái tháo đường, suy tụy ngoại tiết sau phẫu thuật.

# SUY GIÁP (E03.9)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Suy giáp là một rối loạn nội tiết do thiếu hoặc khiếm khuyết tác dụng của hormon giáp trạng bẩm sinh hoặc mắc phải đưa đến tình trạng chậm phát triển thể chất, tâm thần, vận động và phù niêm.

Đây là rối loạn nội tiết thường gặp, có thể điều trị được.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

- Suy giáp bẩm sinh:
  - + Tiên phát: chủ yếu rối loạn hình thành tuyến giáp (80-90%), rối loạn tổng hợp hormone giáp (10-15%), đề kháng TSH.
  - + Trung ương (tuyến yên, hạ đồi): thiếu TRH đơn thuần, thiếu TSH đơn thuần hoặc kết hợp với nhiều hormone của tuyến yên.
  - + Nguyên nhân khác: suy giáp bẩm sinh thoáng qua, khiếm khuyết vận chuyển, chuyển hóa và hoạt động của hormone giáp.
- Suy giáp mắc phải:
  - + Tự miễn: viêm giáp Hashimoto.
  - + Do thuốc: iod, thuốc chống co giật, thuốc kháng giáp.
  - + Bệnh lý toàn thân: bệnh mô bào, bệnh xơ nang.
  - + Bệnh liên quan trực hạ đồi-tuyến yên, có thể kèm thiếu nhiều hormone tuyến yên khác: u (sọ hầu), viêm não-màng não, chấn thương hoặc xạ trị.

### **3. CÁCH TIẾP CẬN**

#### **3.1. Lâm sàng**

Ở trẻ em thường gặp dạng suy giáp bẩm sinh, biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo nguyên nhân, mức độ và thời gian bệnh.

##### **3.1.1. Thời kỳ sơ sinh**

- 95% trẻ sơ sinh không có hoặc có rất ít triệu chứng.
- Các triệu chứng có thể gặp:
  - + Ngủ nhiều, biếng bú.
  - + Ít khóc, giọng khàn, ít cử động, táo bón, giảm trương lực cơ.
  - + Vòng đầu lớn nhẹ, thóp rộng, mặt tròn, lưỡi to.
  - + Thân nhiệt giảm (< 35°C), da lạnh khô.
  - + Phù niêm ở chi và cơ quan sinh dục ngoài.
  - + Nhịp tim chậm, tim to, tràn dịch màng tim không triệu chứng.
  - + Khó thở, tiếng thở ồn ào do tắc nghẽn đường hô hấp.
  - + Bụng to, thoát vị rốn.
  - + Vàng da kéo dài.
- Dị tật bẩm sinh đi kèm (8,4%): ở tim thường gặp nhất, ở thận, tiêu hóa, hệ xương, hệ thần kinh, mắt, điếc cũng có thể gặp.

##### **3.1.2. Từ tháng thứ hai trở đi**

- Triệu chứng lâm sàng tiến triển và biểu hiện đầy đủ thường trước 3-6 tháng tuổi.

- Ba nhóm triệu chứng chính:
  - + Thay đổi da niêm:
    - Vẻ mặt đặc biệt, hai mắt xa nhau, cầu mũi thấp, môi dày, lưỡi to thè ra.
    - Cổ to và ngắn, tụ mỡ trên xương đòn giữa cổ và vai.
    - Phù niêm rõ hơn ở chi và mi mắt, da dày lạnh khô.
    - Đường chân tóc xuống thấp, lông tóc giảm, khô, dễ gãy.
  - + Chậm phát triển thể chất, vận động và tâm thần:
    - Chậm lớn, lùn, chi ngắn.
    - Thóp chậm đóng, răng mọc chậm, giảm trương lực cơ.
    - Chậm biết ngồi, đứng.
    - Ít chú ý, trí khôn kém, khó học nói.
    - Trưởng thành sinh dục chậm, thậm chí có thể không diễn ra.
  - + Khám tuyến giáp:
    - Thường không sờ thấy tại vị trí bình thường (bắt sẵn, lạc chỗ), tuyến giáp phì đại (gland in situ), hoặc khối lớn dần vùng đáy lưỡi, đường giữa cổ (ngang xương móng).
- Nếu suy giáp trung ương, trẻ có thể có thêm các triệu chứng liên quan hormone khác như hạ đường huyết, dương vật nhỏ, tinh hoàn chậm xuống bìu, đái tháo nhạt.

### **3.1.3. Suy giáp muộn**

- Chậm phát triển thể chất nặng dần theo tuổi, lùn không cân đối.

- Suy giáp và dậy thì sớm: Tinh hoàn to ở trẻ nam, có kinh sớm ở trẻ nữ.

- Giảm thân nhiệt nặng, thiếu oxy, hạ huyết áp, rối loạn hô hấp, co giật, ngộ độc nước, hôn mê phù niêm thường xảy ra khi bị nhiễm trùng, lạnh.

- Suy giáp mắc phải thường có biểu hiện kín đáo hơn như thay đổi phân bố mỡ, tăng BMI, chậm chạp, táo bón, ngủ nhiều...

### **3.2. Cận lâm sàng**

- Định lượng TSH, T4, fT4 máu.

- Kháng thể kháng tuyến giáp, thyroglobulin huyết thanh, nồng độ iod trong nước tiểu.

- Siêu âm tuyến giáp, xạ hình.

- Các xét nghiệm khác:

+ Công thức máu: thiếu máu.

+ ECG: nhịp xoang chậm.

+ Cholesterol máu tăng (thường ở trẻ > 2 tuổi).

+ X quang hệ xương: xương sọ thóp rộng, đường nối còn hở, tuổi xương chậm so với tuổi thật.

### **3.3. Chẩn đoán xác định**

- Chẩn đoán suy giáp bẩm sinh tốt nhất dựa vào chương trình tầm soát suy giáp sơ sinh, thực hiện vào thời điểm 2-5 ngày sau sinh, bằng cách lấy máu gót chân nhỏ vào giấy thấm (lưu đồ).



- Trường hợp không được tầm soát, chẩn đoán dựa trên lâm sàng gợi ý và xét nghiệm sinh hóa (TSH, fT4 hoặc T4). Nồng độ các hormone này thay đổi theo tuổi, tình trạng trẻ và phương pháp xét nghiệm (bảng 2, 3).

- + Nếu TSH tăng, fT4 giảm: chẩn đoán suy giáp tiên phát và bắt đầu điều trị.
- + Nếu TSH tăng, fT4 bình thường: suy giáp dưới lâm sàng. Nếu TSH tăng cao ( $> 20$  mUI/mL) cần bắt đầu điều trị. Nếu TSH từ 6-20 mUI/mL, theo dõi sát lâm sàng, kiểm tra xét nghiệm lại sau 1 tuần. Nếu sau 4 tuần, TSH  $> 10$  mUI/mL nên bắt đầu điều trị.
- + Nếu TSH bình thường hoặc thấp, fT4 thấp: suy giáp trung ương, bắt đầu điều trị (trừ trẻ sinh non hoặc do bệnh lý ngoài tuyến giáp khác).

### **3.4. Chẩn đoán phân biệt**

- Còi xương: phát triển tinh thần bình thường, ALP tăng, X quang có hình ảnh còi xương.

- Hội chứng Down: vẻ mặt đặc biệt, nhiễm sắc thể đồ có trisomy 21.

- Lùn do loạn sản sụn xương: phát triển tinh thần bình thường, bàn tay và chân vuông.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Chỉ định nhập viện**

- Khi có biểu hiện hôn mê phù niêm.
- Suy giáp gây thiếu máu nặng, suy tim, rối loạn huyết động học.

## 4.2. Điều trị ngoại trú

- Nguyên tắc: điều trị thay thế hormon giáp càng sớm càng tốt, trước 3 tháng tuổi, tốt nhất là tháng đầu sau sanh.

- Mục tiêu: phát triển thể chất và tâm vận bình thường bằng cách đạt nhanh tình trạng bình giáp (thường sau 2-4 tuần), cụ thể:

+ TSH huyết thanh 0,5-5 mUI/L, tốt nhất là 0,5-2 mUI/L.

+ fT4 hoặc T4 huyết thanh nằm trong 1/2 trên của khoảng tham chiếu (fT4 1,4-2,3 ng/dl, T4 10-16 µg/dl).

- Thuốc: Levothyroxin 12,5 µg, 25 µg, 50 µg, 100 µg.

- Cách dùng: uống 1 lần, thường vào buổi sáng trước ăn với liều 100 µg/m<sup>2</sup>/ngày.

- Liều dùng khởi đầu:

+ Sơ sinh: 10-15 µg/kg/ngày, trường hợp nhẹ có thể dùng liều 8-12 µg/kg/ngày.

+ 1-3 tháng: 8 µg/kg/ngày và giảm dần đến 5-6 µg/kg/ngày đến lúc 1 tuổi.

+ 1-3 tuổi: 4-6 µg/kg/ngày.

+ 3-10 tuổi: 3-5 µg/kg/ngày.

+ Trên 10 tuổi: 2-4 µg/kg/ngày.

## 4.3. Theo dõi

- Lâm sàng:

+ Chiều cao, cân nặng, phát triển tâm vận, dậy thì.

+ Dấu hiệu quá liều: nhịp tim nhanh, hồi hộp, bứt rứt, khó ngủ, tiêu chảy.

- Sinh học: kiểm tra nồng độ TSH, fT4 (hoặc T4).
  - + Lúc 2 tuần sau khởi trị và mỗi 2 tuần đến khi TSH bình thường.
  - + Mỗi 1-2 tháng trong 12 tháng đầu để chỉnh liều thuốc phù hợp với tốc độ phát triển nhanh tuổi nhi.
  - + Mỗi 1-3 tháng từ 1 đến 3 tuổi.
  - + Sau đó, mỗi 6-12 tháng đến khi trẻ kết thúc tăng trưởng.
  - + Mỗi 4-6 tuần khi đổi loại thuốc khác, hoặc thường xuyên hơn nếu kém tuân thủ điều trị hoặc xét nghiệm bất thường.
- Tuổi xương mỗi 6-12 tháng.

## 5. NHỮNG LƯU Ý

**Bảng 1.** Những vấn đề chính trong việc giải thích ý nghĩa của các xét nghiệm tầm soát suy giáp bẩm sinh

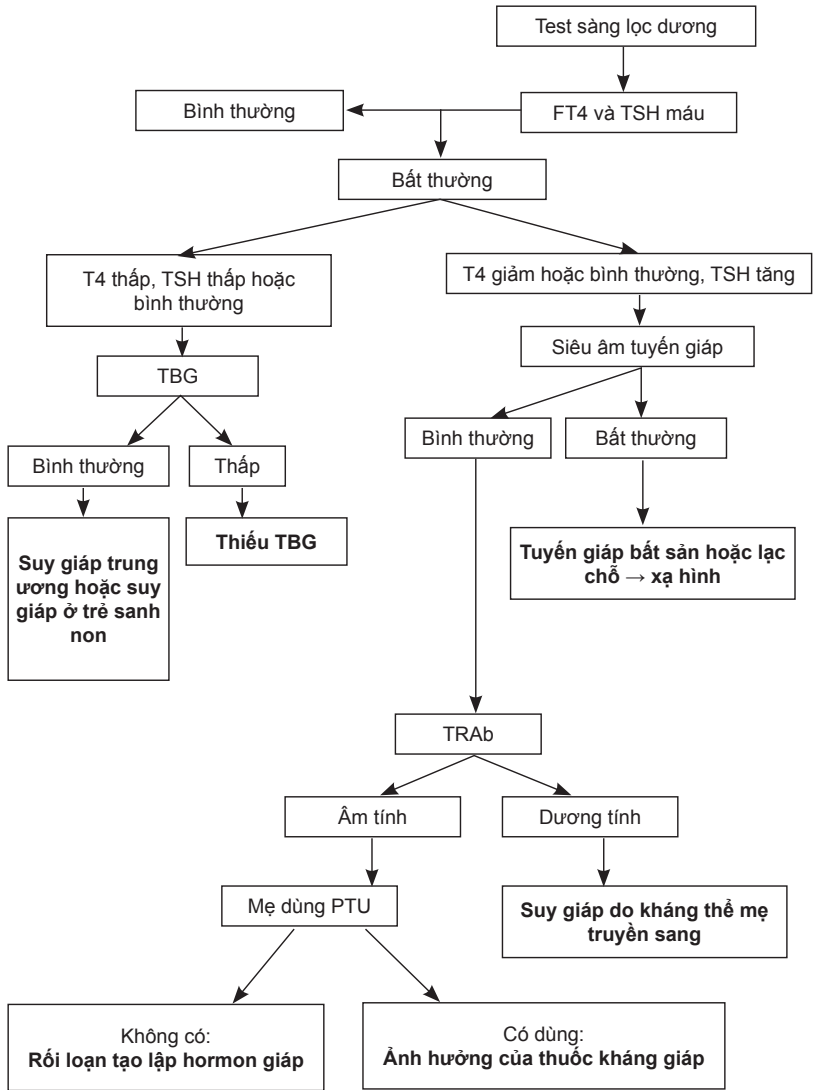
Tình trạng của bệnh nhân	Kết quả xét nghiệm	Xét nghiệm xác định
Thiếu hụt TBG	T4 thấp, TSH bình thường	fT4 bình thường, TBG giảm
Tầm soát sớm (< 24 giờ tuổi)	T4 thấp/bình thường, TSH tăng	T4 và TSH bình thường sau 24 giờ tuổi
Sinh non	T4 thấp, TSH bình thường	T4 trở về bình thường khi trẻ lớn (2-4 tuần tuổi)

**Bảng 2.** T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, TSH bình thường theo tuổi  
(theo THE HARRIET LANE HANDBOOK 21<sup>st</sup> EDITION)

<b>Tuổi</b>	<b>FT<sub>4</sub> (ng/dL)</b>	<b>TSH (mUI/L)</b>	<b>T<sub>4</sub> (mcg/dL)</b>	<b>T<sub>3</sub> (ng/dL)</b>	<b>Reverse T<sub>3</sub> (ng/dL)</b>	<b>TBG (mcg/mL)</b>
Mới sinh	0,94-4,39	2,43-24,3	5,85-18,68	19,53-266,26	19,53-358,70	19,17-44,7
1 tuần	0,96-4,08	0,58-5,58	5,90-18,58	20,83-265,61	19,53-338,52	19,16-44,68
1 tháng	1,00-3,44	0,58-5,57	6,06-18,27	25,39-264,31	19,53-283,84	19,12-44,59
3 tháng	1,0-2,86	0,58-5,57	6,39-17,66	36,46-259,75	19,53-197,90	19,02-44,35
6 tháng	1,07-2,44	0,58-5,56	6,75-17,04	51,43-252,59	19,53-137,36	18,87-44
1 tuổi	1,10-2,19	0,57-5,54	7,10-16,16	74,87-240,87	18,23-85,93	18,56-43,28
2 tuổi	1,11-2,05	0,57-5,51	7,16-14,98	103,51-228,50	16,93-55,99	17,94-41,82
5 tuổi	1,08-1,93	0,56-5,41	6,39-12,94	131,50-212,23	13,02-35,81	16-37,3
8 tuổi	1,04-1,87	0,55-5,31	5,72-11,71	130,85-202,46	11,72-30,60	14,2-33,09
12 tuổi	0,99-1,81	0,53-5,16	5,08-10,58	119,78-192,70	11,07-27,99	12,54-29,24
15 tuổi	1,03-1,77	0,52-5,05	4,84-10,13	110,02-184,88	10,42-27,34	11,96-27,89
18 tuổi	0,93-1,73	0,51-4,93		101,56-179,03	10,42-26,04	

**Bảng 3. T<sub>4</sub>, FT<sub>4</sub>, TSH ở trẻ sinh non hiệu chỉnh theo ngày tuổi**  
(theo THE HARRIET LANE HANDBOOK 21<sup>st</sup> EDITION)

Tuổi ± SD	Ngày 0	Ngày 7	Ngày 14	Ngày 28
<b>T<sub>4</sub> (mcg/dL)</b>				
23-27	5,44 ± 2,02	4,04 ± 1,79	4,74 ± 2,56	6,14 ± 2,33
28-30	6,29 ± 2,02	6,29 ± 2,10	6,60 ± 2,25	7,46 ± 2,33
31-34	7,61 ± 2,25	9,40 ± 3,42	9,09 ± 3,57	8,94 ± 2,95
> 37	9,17 ± 1,94	12,67 ± 2,87	10,72 ± 1,40	9,71 ± 2,18
<b>FT<sub>4</sub> (ng/dL)</b>				
23-27	1,28 ± 0,41	1,47 ± 0,56	1,45 ± 0,51	1,50 ± 0,43
28-30	1,45 ± 0,43	1,82 ± 0,66	1,65 ± 0,44	1,71 ± 0,43
31-34	1,49 ± 0,33	2,14 ± 0,57	1,96 ± 0,43	1,88 ± 0,46
>37	1,41 ± 0,39	2,70 ± 0,57	2,03 ± 0,28	1,65 ± 0,34
<b>TSH (mIU/L)</b>				
23-27	6,80 ± 2,90	3,50 ± 2,60	3,90 ± 2,70	3,80 ± 4,70
28-30	7,00 ± 3,70	3,60 ± 2,50	4,90 ± 11,2	3,60 ± 2,50
31-34	7,90 ± 5,20	3,60 ± 4,80	3,80 ± 9,30	3,50 ± 3,40
> 37	6,70 ± 4,80	2,60 ± 1,80	2,50 ± 2,00	1,80 ± 0,90



Lưu đồ chẩn đoán suy giáp sơ sinh

# ĐÁI THÁO NHẠT (E23.2)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Tiểu nhiều (đa niệu): nước tiểu > 5 ml/kg/giờ hoặc > 2 lít/m<sup>2</sup> da/24 giờ, hoặc 150 ml/kg/24 giờ ở trẻ sơ sinh, hoặc 100-110 ml/kg/24 giờ ở trẻ nhỏ hơn 2 tuổi, hoặc > 50 ml/kg/24 giờ ở trẻ lớn và người lớn.

Đái tháo nhạt (Diabetes insipidus: DI): uống nhiều, tiểu nhiều do sự thiếu hụt tổng hợp và bài tiết ADH ở hạ đồi và thùy sau tuyến (đái tháo nhạt trung ương: Central diabetes insipidus - CDI), hoặc do sự kém nhạy cảm của các thụ thể với ADH tại ống thận (đái tháo nhạt do thận: Nephrogenic diabetes insipidus - NDI), hoặc do tâm lý còn gọi là chứng uống nhiều nguyên phát.

## 2. NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

- Đái tháo nhạt trung ương:
  - + Bẩm sinh:
    - Hội chứng Wernicke (DIDMOAD = Diabetessipidus, Diabetes Mellitus, Optic atropy, Deafness).
    - Thiếu sản tuyến yên.
    - Đột biến gen tổng hợp ADH.
  - + Mắc phải:
    - Chấn thương hay phẫu thuật sọ não, các bệnh lý viêm não, viêm màng não, lao màng não, u não.
    - Histiocytosis X, sarcoidose, u hạt Wegener.

- Giang mai, toxoplasmosis, nhiễm CMV.
- + Vô căn: 10%.
- Đái tháo nhạt do thận:
  - + Bẩm sinh:
    - Đột biến gen AVPR2 mã hóa ADH receptor V2.
    - Đột biến gen tổng hợp AQP2.
  - + Mắc phải:
    - Do thuốc (lợi tiểu quai, Diphenhydantoin, Reserpin, Ciplastin, Rifampin, Ethanol, Lithium, Amphotericin B, Alpha-interferon, Mannitol).
    - Tăng calci máu ( $> 2,75$  mmol/L), hạ kali máu ( $< 3$  mmol/L).
    - Giảm khả năng cô đặc: suy thận mạn, thận đa nang...

Bảng tóm tắt nguyên nhân di truyền của Đái tháo nhạt

Type	Kiểu di truyền	Di truyền	Tuổi khởi phát
Trung ương	Trội, NST thường	Prepro-AVP2 gen	> 1 tuổi
Trung ương	Lặn, NST thường	Mitochondrial deletion 4p16	< 1 tuổi
Do thận	Lặn, NST X	Đột biến gen AVPR2	< 1 tuần tuổi
Do thận	Trội/lặn, NST thường	Đột biến gen AQP2	< 1 tuần tuổi



### **3. CÁCH TIẾP CẬN**

#### **3.1. Xét nghiệm chẩn đoán (ngoại trú phòng khám)**

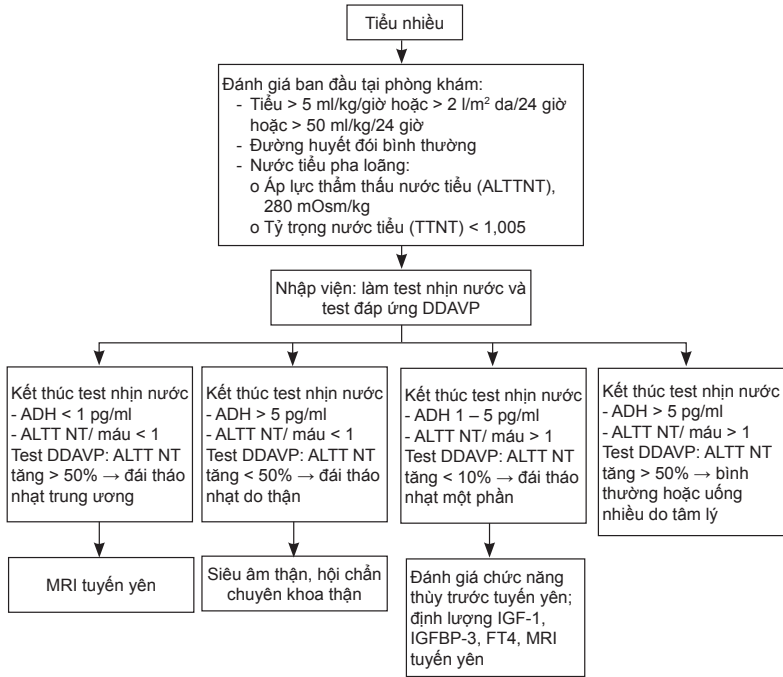
- Tổng phân tích nước tiểu:
  - + Tỷ trọng nước tiểu: thấp 1.001-1.005.
  - + Đường niệu: âm tính.
- Áp lực thẩm thấu nước tiểu thấp: 50-100 mOsm/kg.
- Áp lực thẩm thấu máu: bình thường hoặc tăng nhẹ.
- Sinh hóa máu: ion đồ máu, glycemie, urê, creatinine.

#### **3.2. Xét nghiệm tìm nguyên nhân (nội trú nhập viện)**

- Test nhịn nước.
- Test nhạy cảm với ADH (DDAVP): Minirin.
- Siêu âm não xuyên thóp, bụng.
- MRI tuyến yên.

#### **3.3. Xét nghiệm gen**

- Khi đã loại trừ các nguyên nhân mắc phải.
- Bệnh mang tính chất gia đình.
- Tiên lượng bệnh.
- Tư vấn di truyền.



Lưu đồ chẩn đoán đái tháo nhạt

## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** khi có triệu chứng nguy hiểm toàn thân.

- Sốc giảm thể tích do mất nước.
- Co giật, rối loạn tri giác, hôn mê, rối loạn nhịp tim, ngưng tim do rối loạn điện giải.

## 4.2. Chỉ định nhập viện

- Các trường hợp đa niệu > 5 ml/kg/h chưa có chẩn đoán bệnh nguyên.

- Có triệu chứng mất nước, hoặc sụt cân > 10% trọng lượng cơ thể.

- Sốt, ói, tiêu chảy, ăn uống kém, đờ mệt... ở bệnh nhân đã có chẩn đoán DI.

- Rối loạn nước điện giải nặng.

- Rối loạn tri giác.

- Chuẩn bị phẫu thuật có gây mê...

## 4.3. Khám chuyên khoa

- Bệnh nhân uống nhiều, tiểu nhiều, khát...

- Số lượng nước tiểu nhiều, tỷ trọng nước tiểu thấp (1.001-1.005), mất khả năng cô đặc nước tiểu.

## 4.4. Điều trị ngoại trú

- Điều trị triệu chứng: bù nước và điện giải: bù lượng dịch đã mất theo mức độ mất nước.

- Điều trị đặc hiệu: đái tháo nhạt trung ương (CDI): Desamino-D-arginine vasopressin (DDAVP, Minirin): đồng vận vasopressin tác dụng kéo dài 18-24 giờ và không có tác dụng co mạch, không làm tăng huyết áp. Thời gian điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân gây đái tháo nhạt trung ương. Thường thoáng qua và có thể hồi phục nếu sau phẫu thuật thần kinh, chấn thương và thường kéo dài vĩnh viễn nếu vô căn.

+ Dạng xịt mũi: (bắt đầu tác dụng sau 5-10 phút; 0,1 ml = 10 µg).

- Trẻ nhỏ < 1 tuổi, phải theo chỉ định bác sĩ chuyên khoa.
  - Trẻ 1-2 tuổi liều 0,15-0,5 µg/kg/24 giờ.
  - Trẻ lớn > 2 tuổi liều 5-20 µg/ngày chia 1-2 lần/ngày.
  - Liều tối đa 40 µg.
- + Dạng viên: (tác dụng sau 15-30 phút).
- Liều gấp 10-20 lần xịt mũi: 25-300 µg/ngày chia mỗi 8-12 giờ.
  - Dạng uống nếu dùng chung với bữa ăn có thể làm giảm 40-50% hấp thu.
  - Liều duy trì hàng ngày có thể từ 100-800 µg/ngày.
- + Dạng viên ngậm dưới lưỡi: tác dụng nhanh tương đương dạng xịt.

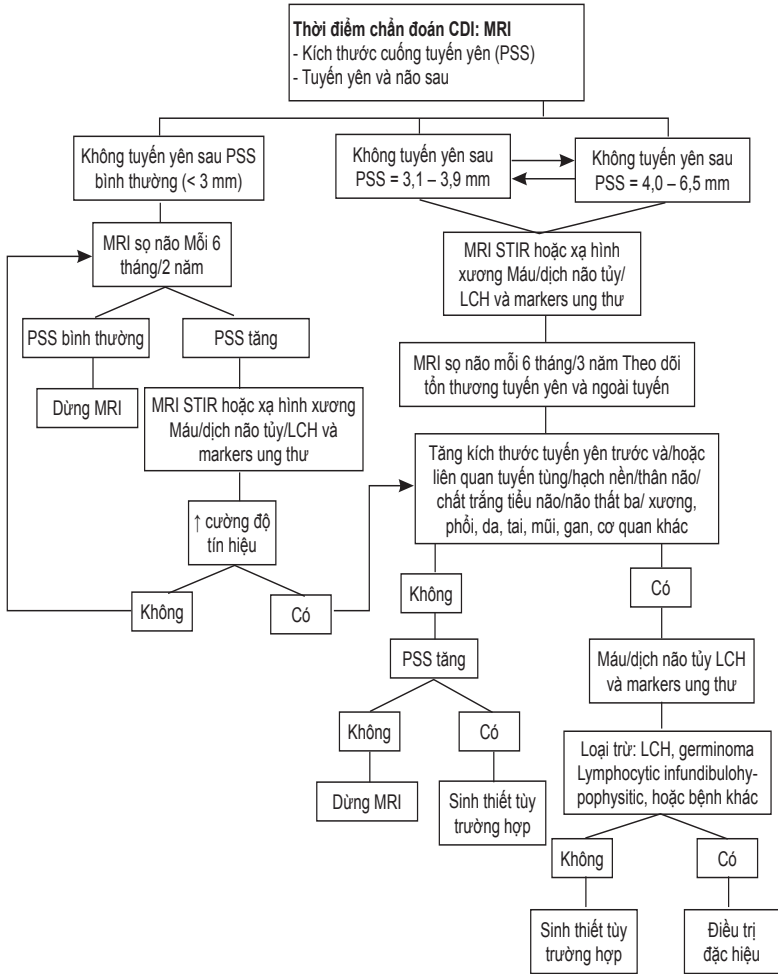
❖ **Lưu ý:**

- Để tránh ngộ độc nước: hạn chế và ngưng truyền dịch ngay khi có thể, theo dõi sát lượng nước xuất nhập khi đã sử dụng Minirin điều trị.
  - Biến chứng của điều trị: hạ Natri máu, tăng Natri máu, quá tải dịch.
  - Tìm và điều trị nguyên nhân ở não.
- + Đái tháo nhạt do thận (NDI):
- Hạn chế cung cấp Na (< 1 mmol/kg/ngày) sẽ làm giảm mất nước qua thận.
  - Nước 300-400 ml/kg/ngày.
  - Đảm bảo cung cấp đủ protide (2 g/kg/ngày).

- Lợi tiểu: Chlorothiazide 25 mg/kg/ngày hoặc Hydrochlorothiazide 2-4 mg/kg/ngày. Theo dõi: hạ kali máu.
- Ức chế Prostaglandine: Indométhacine 2 mg/kg/ngày có thể kết hợp Hydrochlorothiazid.
- Amiloride 20 mg/1,73 m<sup>2</sup>/ngày có thể kết hợp Hydrochlorothiazide để giữ kali, giảm nước tiểu.

#### 4.5. Tái khám ngoại trú

- Thời gian tái khám:
  - + Mỗi 1-4 tuần tùy tình hình lâm sàng.
- Thời gian đánh giá định kỳ khi tái khám:
  - + Cân nặng, chiều cao.
  - + Lượng nước uống và nước tiểu 24 giờ, tiểu đêm, tiểu dầm.
  - + Phát triển thể chất, vận động và tâm thần.
  - + Tác dụng phụ của thuốc.
  - + Tỷ trọng và áp lực thẩm thấu nước tiểu.
  - + Đái tháo nhạt trung ương cần theo dõi và tái khám theo hẹn BS chuyên khoa thần kinh.



Lưu đồ theo dõi CDI: lâm sàng và hình ảnh học

- Dấu hiệu tái khám ngay:
  - + Dấu hiệu mất nước: môi khô, mắt trũng, dấu véo da mất chậm hoặc rất chậm, tri giác tỉnh táo, bứt rứt, hay li bì hôn mê và có thể trụ mạch.
  - + Triệu chứng tăng Natri máu: mệt mỏi, kích thích, lơ mơ, co rút cơ, co giật, buồn nôn, nôn.
  - + Triệu chứng thần kinh: trẻ có dấu hiệu buồn nôn, nôn, đau đầu, rối loạn thị giác như nhìn mờ, nhìn đôi...
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:
  - + Đối với trẻ em, nhất là trẻ nhỏ cần cho uống nước đầy đủ, cho uống nước tự do theo nhu cầu của trẻ: cho trẻ ăn một chế độ ăn ít chất cặn dư thừa.

## 5. NHỮNG LƯU Ý

- Đái tháo nhạt do thiếu hụt vasopressin là hay gặp nhất, một trong những nguyên nhân gây thiếu hụt vasopressin là do u ở vùng hạ khâu não tuyến yên. Chính vì vậy bệnh nhân đái tháo nhạt cần được khám định kỳ để phát hiện sớm u não.

- Đái tháo nhạt tiên phát nếu cung cấp nước đầy đủ và điều trị thay thế bằng vasopressin thì tiên lượng tốt. Những thể thứ phát sau viêm não thì xấu hơn, những trường hợp sau sang chấn có thể tự khỏi, trường hợp u não thì tùy thuộc vào loại u. Nói chung tùy thuộc vào tổn thương và các tổn thương thùy trước tuyến yên kèm theo.





# **CHƯƠNG VIII. HUYẾT HỌC**

# LÁCH TO (R16.1)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Theo 2 tiêu chuẩn:

- Khám lâm sàng: lách to khi sờ thấy bờ lách > 2 cm dưới hạ sườn trái. Lách có thể sờ thấy ở khoảng 30% trẻ sơ sinh khỏe mạnh bình thường, giảm dần còn khoảng 10% ở trẻ lớn và < 3% ở người trưởng thành.

- Chẩn đoán hình ảnh: lách to khi có chiều dài và thể tích lớn hơn giới hạn trên bình thường theo tuổi:

- + 03 tháng: 6 cm.
- + 12 tháng: 7 cm.
- + 06 tuổi: 9,5 cm.
- + 12 tuổi: 11,5 cm.
- + ≥ 15 tuổi: 12 cm ở trẻ gái và 13 cm ở trẻ trai.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Tăng đơn nhân nhiễm khuẩn	EBV, CMV
Bệnh nhiễm trùng toàn thân	Lao, HIV, sốt rét, viêm nội tâm mạc, bệnh mèo cào, bệnh babesia do ve cắn, nấm
Bệnh ung thư	Bạch cầu cấp dòng lympho/dòng tủy, Lymphoma, bệnh mô bào, xơ tủy, loạn sản tủy
Bệnh huyết học lành tính	Thiếu máu tán huyết di truyền do các bất thường màng/men hồng cầu, thalassemia. Thiếu máu tán huyết tự miễn/mắc phải.

	Tạo máu ngoài tủy trong bệnh xương đá, hội chứng thực bào máu
Bệnh gan	Teo đường mật, viêm gan siêu vi, Wilson, thiếu men Alpha 1 antitrypsin, hội chứng Alagille, Galactosemia
Mạch máu	Tắc tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch lách, gan (huyết khối, bất thường mạch máu)
Bệnh tự miễn	Lupus, viêm khớp dạng thấp thiếu niên
Suy giảm miễn dịch tiên phát	CVID, SCID, U hạt mạn tính
Bệnh chuyển hóa	Gaucher, Niemann-Pick, mucopolysaccharidoses, bệnh ty thể
Các tổn thương chiếm chỗ trong lách	Bướu mạch máu, nang, hay khối máu tụ sau chấn thương

### 3. CÁCH TIẾP CẬN

#### 3.1. Bệnh sử

- Sốt gần đây, đau họng, mệt mỏi gợi ý do siêu vi.
- Sốt tái đi tái lại, sụt cân, đổ mồ hôi đêm, mệt mỏi gợi ý các bệnh toàn thân.
- Xuất huyết bất thường, bầm da: gợi ý bệnh máu ác tính.
- Chấn thương.
- Tiền căn gia đình có bệnh lý thiếu máu tán huyết.
- Du lịch và vùng dịch tễ sốt rét, tiếp xúc người bị lao.

#### 3.2. Khám lâm sàng

- Kích thước lách.
- Gan to, hạch to.
- Chi điểm của bệnh gan: vàng da, sao mạch.
- Dấu xuất huyết.

- Phát ban ngoài da.
- Âm thổi ở tim.
- Sung khớp.

### 3.3. Xét nghiệm

Các chỉ định xét nghiệm cần phải được định hướng bởi lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu, phết máu ngoại biên, hồng cầu lưới.

- Chức năng gan, thận.

- Vi sinh: cấy máu, EBV, CMV, HIV, sốt rét, lao.

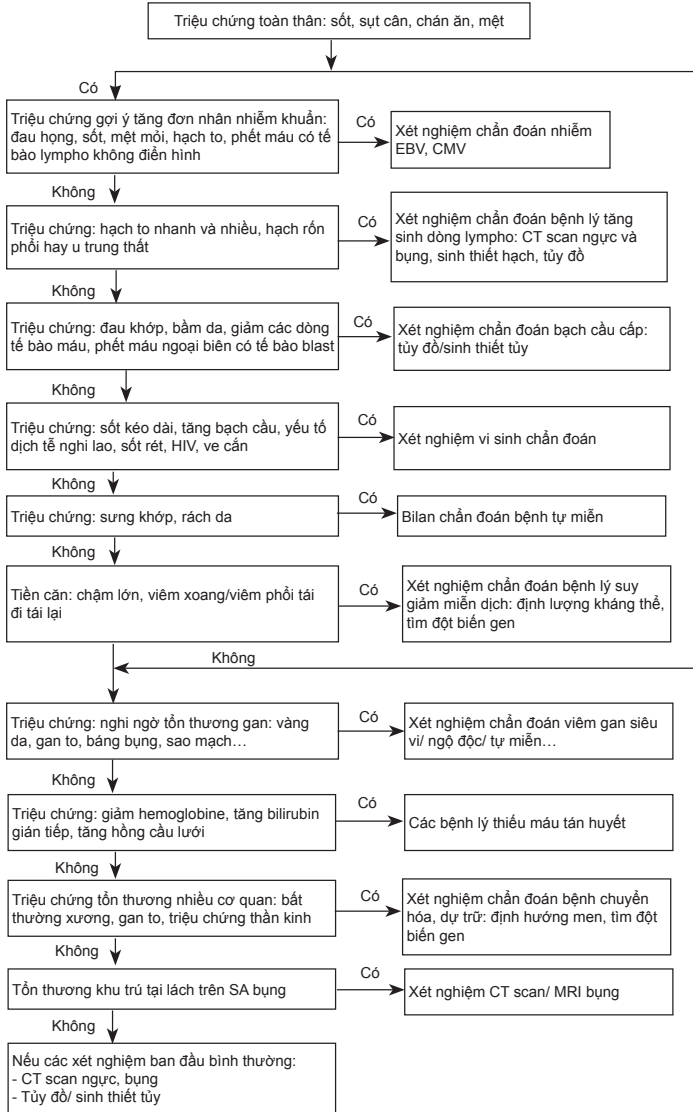
- Bilan bệnh tự miễn: VS, C3, C4, ANA, anti dsDNA, RF.

- Hình ảnh: Siêu âm bụng, siêu âm mạch máu gan lách, X quang ngực, CT scan bụng có cản quang, MRI.

## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Trường hợp bệnh nhân khỏe và lách to nhẹ, các xét nghiệm cơ bản như:** công thức máu, VS, chức năng gan thận, siêu âm bụng bình thường thì không cần làm thêm xét nghiệm mà chỉ cần theo dõi thêm vài tuần đến vài tháng.

**4.2. Nhập viện:** khi có triệu chứng toàn thân.



Lưu đồ tiếp cận lách to

# HẠCH TO (R59)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Hạch có thể không sờ thấy ở trẻ sơ sinh.
- Đa số trẻ em có hạch tròn, nhỏ ở cổ, sau tai, bẹn.
- Ở trẻ nhỏ, hạch to khi hạch cổ, nách lớn hơn 1 cm hoặc hạch bẹn lớn hơn 1,5 cm.

## 2. CÁCH TIẾP CẬN

### 2.1. Bệnh sử

- Thời gian.
- Sốt.
- Sụt cân (giảm trên 10% cân nặng trong 6 tháng).
- Đỏ mề hôi đêm.
- Nhiễm trùng.
- Thuốc (Phenytoin, Isoniazid, Hydralazine, Dapsone, Procaonamide, Allopurinol).
- Nơi cư trú, du lịch, dị ứng, thú nuôi.

### 2.2. Khám lâm sàng

- Sự phân bố hạch:
  - + Hạch toàn thân: trên 2 nhóm hạch không kế tiếp nhau trong bệnh cảnh toàn thân.
  - + Hạch khu trú: thường do nguyên nhân khu trú vùng dẫn lưu hạch.
- Nếu kèm lách to nghĩ trong bệnh cảnh toàn thân (lành hoặc ác tính).
  - Tính chất hạch: kích thước, mật độ, di động, da xung quanh.

- Diễn tiến: hạch to dần, tăng và giảm.
- Khó thở, khô khè, phù mắt → Hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

### 2.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu, phết máu.
- Tăng độ lắng máu kèm bất thường chức năng thận (viêm khớp dạng thấp, Lupus, Sarcoidosis).
- Chức năng gan, thận.
- Tăng acid uric, phosphore, BUN kèm giảm calci (hội chứng ly giải u).
- LDH (thường tăng trong bệnh lý ác tính, bệnh gan, tán huyết).
- X quang ngực thẳng (nếu có triệu chứng khó thở, hạch trung thất).
- Nhiễm trùng (EBV, CMV, thủy đậu, Rubella, quai bị, sởi, Toxoplasmosis, Chlamydia, HIV, lao, nấm).
- Siêu âm, CT, MRI (tùy từng trường hợp để đánh giá, sinh thiết).
- Chọc hút và cấy (nghĩ hạch viêm).
- Sinh thiết hạch (nếu nghi ngờ ác tính: hạch to nhanh trong vòng 2 tuần, không giảm trong 6 tuần).
- Tủy đồ (nếu nghi ngờ ác tính).

### 2.4. Điều trị

- Điều trị nhiễm trùng và theo dõi.
- Sinh thiết hạch, tủy đồ nếu nghi ngờ ác tính và điều trị theo nguyên nhân.
- Điều trị đặc hiệu với bệnh hệ thống.

# TIẾP CẬN THIẾU MÁU TRẺ EM (D50-D59)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Thiếu máu là trường hợp giảm nồng độ hemoglobin hay khối hồng cầu, thấp hơn giới hạn bình thường của người cùng lứa tuổi, giới tính.

- Thiếu máu khi Hb dưới 2SD so với ngưỡng chuẩn.
- Mức Hemoglobin theo tuổi (Harriet Lane):

Tuổi	Hemoglobin (g/dL)	
	Trung bình	-2SD
1 tuần	17,5	13,5
2 tuần	16,5	12,5
1 tháng	14,0	10,0
2 tháng	11,5	9,0
3-6 tháng	11,5	9,5
6 tháng-2 tuổi	12,0	11,0
2-6 tuổi	12,5	11,5
6-12 tuổi	13,5	11,5
12-18 tuổi (nữ)	14,0	12,0
12-18 tuổi (nam)	14,5	13,0

## 2. PHÂN LOẠI NHÓM NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU MÁU

### 2.1. Thiếu máu do kém tạo máu

- Thiếu máu thiếu yếu tố tạo máu.
  - + Thiếu máu thiếu sắt.
  - + Thiếu máu do thiếu acid folic, vitamin B12.
  - + Thiếu máu do thiếu protein.
- Thiếu máu giảm sản và bất sản tủy:



- + Suy tủy xương mắc phải và bẩm sinh, bệnh Fanconi.
- + Giảm sinh nguyên hồng cầu đơn thuần.
- + Bệnh bạch cầu cấp và các di căn khác vào tủy.
- + Một số nguyên nhân khác: suy thận mạn, thiếu năng tuyến giáp, bệnh collagen, nhiễm khuẩn mạn.

## 2.2. Thiếu máu do mất máu

- Chảy máu cấp:
  - + Chấn thương.
  - + Giãn tĩnh mạch thực quản/có bệnh lý nền gan mật mạn tính.
  - + Xuất huyết tiêu hóa.
  - + Xuất huyết từng đợt tái diễn do rối loạn quá trình cầm máu: giảm tiểu cầu, hemophilia...
- Chảy máu mạn tính:
  - + Giun móc, loét dạ dày-tá tràng.
  - + Trĩ, sa trực tràng, polype trực tràng, thoát vị cơ hoành.

## 2.3. Thiếu máu do tán huyết

- Bệnh về Hb: Thalassemia, HbE, HbS, HbC, HbD...
- Bất thường màng hồng cầu: bệnh hồng cầu hình cầu.
- Bệnh về enzyme hồng cầu: thiếu G6PD, thiếu Glutathion reductase, Pyruvate kinase...
- Tán huyết miễn dịch: bất đồng nhóm máu mẹ-con ABO, Rh; tự miễn.
- Nhiễm khuẩn: sốt rét, nhiễm khuẩn máu.

- Nhiễm độc thuốc: Phenylhydrazin, thuốc sốt rét, hóa chất, nọc rắn...
- Cường lách.
- Hội chứng huyết tán tăng urê máu.

### 3. TIẾP CẬN THIẾU MÁU TẠI PHÒNG KHÁM

#### 3.1. Thăm khám lâm sàng, hỏi tiền căn, bệnh sử

- Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu là dấu hiệu thiếu oxy ở các mô và tổ chức. Triệu chứng có thể xuất hiện tùy theo mức độ thiếu máu và đáp ứng của cơ thể, triệu chứng thiếu máu cấp thường biểu hiện khi khám (mệt mỏi, chóng mặt, ngất, mạch nhanh, huyết áp hạ), thiếu máu mạn có khi chỉ rõ ràng trên xét nghiệm.

- Khám lâm sàng cần phải được thực hiện đầy đủ và kỹ càng, cần phát hiện các biểu hiện kèm theo thiếu máu như: biểu hiện sốt, nhiễm khuẩn, vàng da, khám hệ thống gan, lách và hạch ngoại vi.

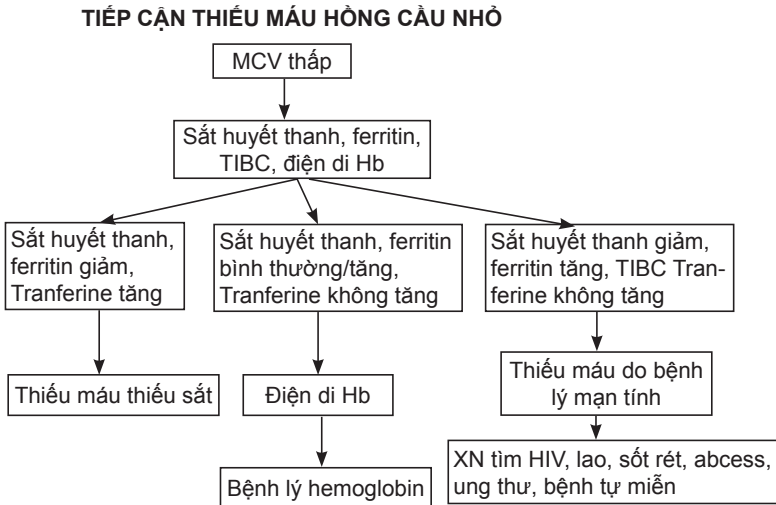
#### 3.2. Các yếu tố giúp định hướng nguyên nhân thiếu máu

Bệnh sử	Bệnh lý nghi ngờ
Sinh non	Thiếu máu do sinh non
Yếu tố nguy cơ trước và sau sinh <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bệnh lý của mẹ (bệnh tự miễn)</li> <li>• Tiền sử dùng thuốc của mẹ</li> <li>• Nhiễm trùng (TORCH)</li> <li>• Quá trình chu sinh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thiếu máu tán huyết</li> <li>• Ức chế tạo máu</li> <li>• Mất máu cấp, Xuất huyết mẹ-thai</li> <li>• Thiếu máu thiếu sắt do mẹ thiếu sắt</li> </ul>
Tiền sử gia đình	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tán huyết di truyền</li> </ul>

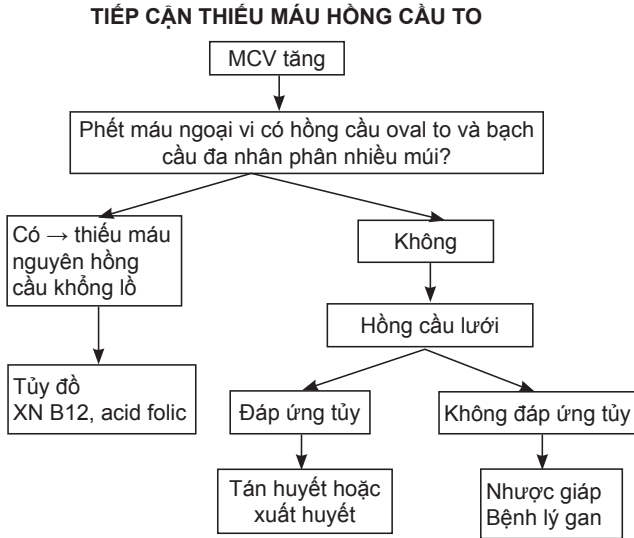
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sởi túi mật</li> <li>• Cắt lách, vàng da sau sanh</li> <li>• Nhóm máu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thiếu máu tán huyết do bất đồng nhóm máu</li> </ul>
Vàng da sớm < 24 g	Tán huyết di truyền, nhiễm trùng
Vàng da kéo dài	Tán huyết di truyền
Chế độ ăn bất thường: phụ thuộc sữa, ăn đất...	Thiếu sắt
Bệnh lý gan	Thiếu máu do bệnh lý gan
Suy thận	Thiếu epo
Các biểu hiện xuất huyết ra ngoài	Thiếu máu là hậu quả nguyên nhân gây xuất huyết
Bệnh lý nhiễm trùng Nhiễm virus Nhiễm trùng huyết parvovirus	Thiếu máu nhẹ thoáng qua Thiếu máu tán huyết Suy tủy thoáng qua dòng hồng cầu

### 3.3. Sơ đồ tiếp cận thiếu máu

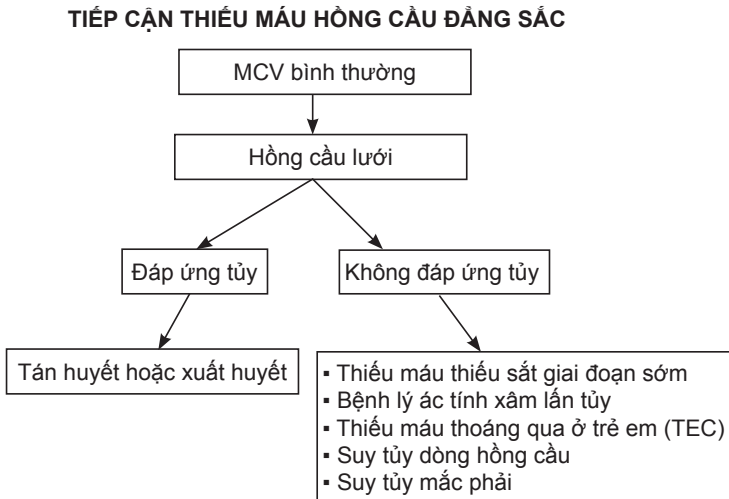
#### 3.3.1. Thiếu máu hồng cầu nhỏ



### 3.3.2. Thiếu máu hồng cầu to



### 3.3.3. Thiếu máu hồng cầu bình thường



### 3.4. Chỉ định nhập viện

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của thiếu máu (mệt mỏi, chóng mặt, ngất) cần chỉ định nhập viện bất kể lượng Hb.

- Bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng của thiếu máu chỉ nhập viện trong trường hợp:

+ Hb < 5 g/dl.

+ Có triệu chứng xuất huyết đang tiến triển (xuất huyết tiêu hóa, chảy máu mũi, rong kinh, tán huyết... hoặc kèm giảm thêm các dòng tế bào khác (giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu hạt).

- Các trường hợp thiếu máu không rõ nguyên nhân cần chuyển khám và làm bilan chẩn đoán tại phòng khám huyết học chứ không cần nhập viện.

# THIẾU MÁU THIẾU SẮT (D50.9)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

- Thiếu máu thiếu sắt là loại thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Nắm được quá trình hấp thu và chuyển hóa chất sắt giúp chẩn đoán được nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt:

- Giảm cung cấp sắt từ chế độ ăn.

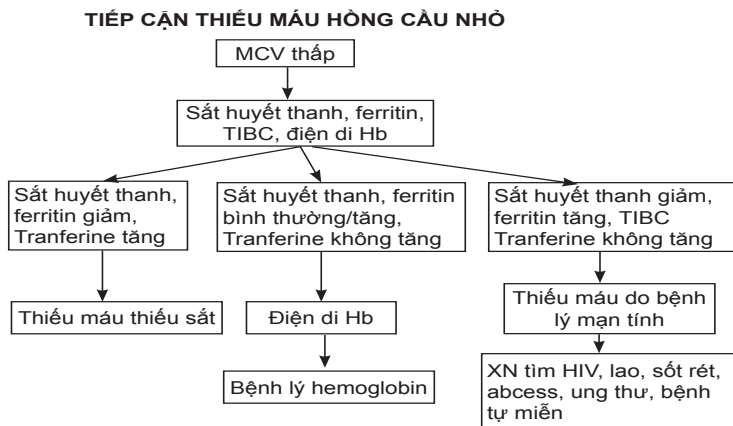
- Tăng nhu cầu sắt: giai đoạn tăng trưởng, tim bẩm sinh tím.

- Giảm hấp thu sắt: do tổn thương tá tràng, viêm ruột, điều trị kháng acid dạ dày.

- Xuất huyết rỉ rả kéo dài: xuất huyết tiêu hóa, giun móc, rong kinh...

- Thiếu transferrin bẩm sinh, sắt không vào được tủy xương.

### 3. CÁCH TIẾP CẬN



### 4. XỬ TRÍ

#### 4.1. Chỉ định nhập cấp cứu

- Bệnh nhân có triệu chứng suy tim, có triệu chứng ngất hoặc huyết áp thấp, có triệu chứng xuất huyết (xuất huyết tiêu hóa, rong kinh nhiều).

#### 4.2. Chỉ định nhập viện

- Khi Hb  $\leq 5$  g/dl.
- Có dấu hiệu suy tim.
- Có triệu chứng xuất huyết rỉ rả (rong kinh, hoặc xuất huyết tiêu hóa).
- Triệu chứng thiếu máu (mệt, chóng mặt, nhức đầu, khó thở, ngất...).

#### 4.3. Khám chuyên khoa huyết học

- Khi các bác sĩ nội khoa không nghĩ thiếu máu thiếu sắt đơn thuần mà kèm theo bệnh lý huyết học khác.

#### 4.4. Điều trị ngoại trú

- Khám chuyên khoa tiêu hóa để lên lịch nội soi nếu nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa.

- Khám dinh dưỡng để tư vấn chế độ ăn.

- Hẹn tái khám sau 01-02 tuần để đánh giá đáp ứng với bù sắt (xét nghiệm huyết đồ).

- Nếu đáp ứng với bù sắt có thể cho uống sắt từ 01-03 tháng.

- Sau khi bù sắt đủ (từ 03-06 tháng) xét nghiệm lại Ferritin trước khi ngưng thuốc.

- Dấu hiệu cần tái khám ngay: có triệu chứng thiếu máu nặng (khó thở, ngất, chóng mặt nhưc đầu), có triệu chứng xuất huyết (rong kinh, xuất huyết tiêu hóa), có tác dụng không mong muốn của thuốc sắt (tiêu chảy, ói, đau bụng nhiều...).

- Chế độ ăn:

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

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

- + Hạn chế thức ăn ức chế hấp thu sắt: trà, sữa, phosphate, phytates.

- Thuốc sắt uống:

- + Thuốc Fe nguyên tố: 3-6 mg/kg/ngày chia 3 lần, uống xa bữa ăn.

- + Vit C: 3 mg/kg/ngày có thể sử dụng kết hợp để tăng hấp thu sắt ở ruột.

- + Đáp ứng điều trị:



- 12-24 giờ: phục hồi enzyme, ăn được, giảm kích thích.
  - 36-48 giờ: đáp ứng tủy, hồng cầu non tăng sinh.
  - 48-72 giờ: Reticulocyte tăng, tối đa ngày 5-7.
  - 4-30 ngày: Hb tăng.
- + Thời gian điều trị: kéo dài thêm 2-3 tháng sau khi hemoglobin trở về bình thường hoặc 1 tháng sau khi ferritin về bình thường để phục hồi dự trữ sắt.
- + Bệnh nhân không đáp ứng điều trị có thể do:
- Không tuân thủ điều trị hoặc dung nạp kém.
  - Không đủ liều.
  - Không đủ thời gian.
  - Chưa giải quyết được nguyên nhân: xuất huyết, chế độ ăn...
  - Chẩn đoán không đúng: Thalassemia, thiếu máu nguyên bào sắt.
  - Có bệnh kết hợp gây cản trở hấp thu hoặc sử dụng sắt: bệnh ác tính, viêm ruột, viêm nhiễm mạn, bệnh gan, thận, thiếu B12, acid folic...
- **Thuốc sắt tĩnh mạch**
- + Sodium ferric gluconate (Ferrlecit) hoặc iron (III) hydroxide sucrose complex (Venofer) dùng đường tiêm mạch hiệu quả tốt, nhất là những trường hợp suy thận và chạy thận nhân tạo.
- + Liều dùng: 1-4 mg/kg/tuần.
- + Test liều nhỏ và quan sát bệnh nhân trong 30 phút để theo dõi phản ứng phản vệ.

# THALASSEMIA (D56)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

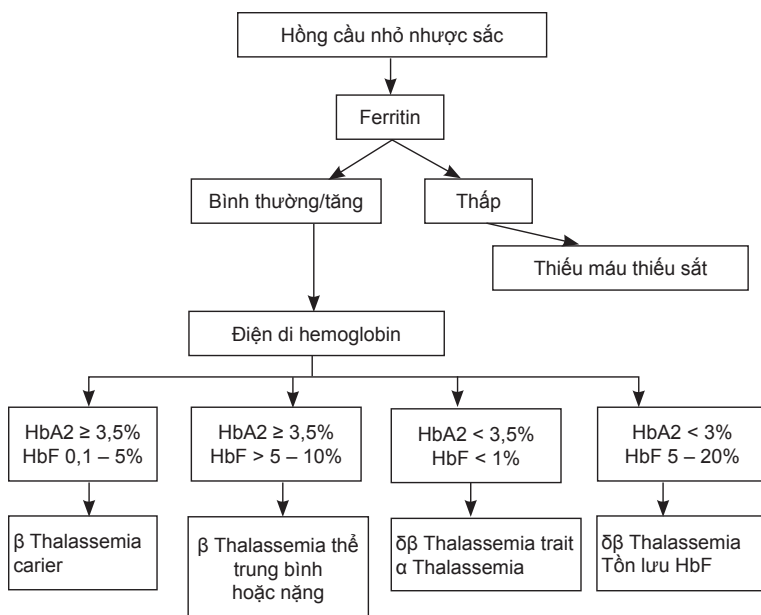
- Khiếm khuyết di truyền trong sự tổng hợp chuỗi globin, gây ra bất thường về hemoglobin, hồng cầu bị vỡ sớm, gây thiếu máu.

- Bệnh được gọi tên theo chuỗi globin bị khiếm khuyết.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

- Bệnh gây ra do rối loạn gen nằm trên nhiễm sắc thể 11 ( $\alpha$  Thalassemia) hoặc nhiễm sắc thể 16 ( $\beta$  Thalassemia).

## 3. CÁCH TIẾP CẬN



### 3.1. Bệnh sử

- Thời gian bắt đầu phát hiện thiếu máu, diễn tiến của thiếu máu.

- Tiền căn:

+ Bản thân: chậm phát triển thể chất, vận động và tâm thần.

+ Gia đình: anh chị bị thiếu máu tương tự.

### 3.2. Biểu hiện lâm sàng

- Thiếu máu mạn: da xanh, niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt.

- Tán huyết mạn: vàng da, gan lách to, da xạm.

- Biểu dạng xương: trán dô, mũi tẹt, u trán, u đỉnh.

- Chậm phát triển thể chất: nhẹ cân, thấp bé, chậm dậy thì.

### 3.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ: hồng cầu nhỏ, nhược sắc.

- Sắt huyết thanh và Ferritin.

- Điện di Hb.

- Giải mã đột biến gene.

### 3.4. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào tiền căn, khám lâm sàng, huyết đồ, điện di Hb và giải mã đột biến gene.

## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** khi có dấu hiệu suy tim, nhiễm toan ceton acid.

## **4.2. Chỉ định nhập viện**

- Thiếu máu nặng (Hb < 5 g/dl).
- Thải sắt: chỉ định khi Ferritin > 1.000 ng/ml hay sau truyền máu 10-12 lần.
  - + Viên uống-Deferiprone (trẻ > 6 tuổi): liều 75 mg/kg/ngày chia 3-4 lần.
  - + Deferasirox (trẻ từ 2-6 tuổi): liều 20-40 mg/kg/ngày, uống 1 lần 1 ngày.
  - + Truyền dưới da-Desferrioxamine: Desferal liều 25-35 mg/kg truyền dưới da 8-12 giờ/đêm × 5-6 đêm/tuần.
- Cắt lách.

## **4.3. Khám chuyên khoa huyết học**

- Khi nghi ngờ thiếu máu do bệnh lý hemoglobin.
- Để tư vấn điều trị và di truyền.

## **4.4. Điều trị ngoại trú**

### **4.4.1. Điều trị đặc hiệu**

- Truyền máu để giữ cho bệnh nhân Hb 7-9 g/dl.
- Thải sắt khi Ferritin > 1.000 ng/ml.

### **4.4.2. Theo dõi ngoại trú**

- Bệnh nhân cần kết hợp khám các chuyên khoa tim mạch, nội tiết và dinh dưỡng khi có dấu hiệu ứ sắt.
- Tái khám mỗi 2-4 tuần đối với bệnh nhân truyền máu:
  - + Tính lượng máu truyền mỗi 12 tháng.
  - + Cân nặng mỗi 3 tháng, đo chiều cao mỗi 12 tháng.

- Định nhóm HLA với bệnh nhân có chỉ định ghép tế bào gốc tạo máu.
- Huyết đồ:
  - + Mỗi tháng nếu bệnh nhân phụ thuộc truyền máu.
  - + Mỗi 6 tháng nếu bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu.
- Viêm gan B, C và HIV: mỗi năm với bệnh nhân phụ thuộc truyền máu.
  - Ferritin, ALT, AST mỗi 3 tháng.
  - aFP và siêu âm gan: mỗi năm với bệnh nhân viêm gan B hoặc C.
    - Cộng hưởng từ đo lượng sắt ở gan (LIC) mỗi năm.
    - Siêu âm tim, ECG và chụp cộng hưởng từ tim T2\* áp dụng cho bệnh nhân  $\geq 12$  tuổi thực hiện mỗi năm.
  - FSH, LH, estradiol, testosterone áp dụng với bệnh nhân  $\geq 12$  tuổi thực hiện mỗi năm.
  - X quang xương chày, xương sọ áp dụng với bệnh nhân  $\geq 12$  tuổi thực hiện mỗi năm.
  - TSH T3, T4, PTH, canxi, đường huyết áp dụng với bệnh nhân  $\geq 5$  tuổi thực hiện mỗi năm.

#### **4.4.3. Dấu hiệu tái khám ngay**

- Ho, khó thở sau khi truyền máu.
- Tiểu đỏ, sậm, đen, vàng da sau truyền máu.
- Xanh xao.
- Ói nhiều, đau bụng.
- Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt kí nhanh.

#### 4.4.4. Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng

- Bệnh nhân nên được bác sĩ dinh dưỡng đánh giá về chế độ ăn hằng ngày chú ý các chất như calci, vitamin D, folate, khoáng chất vi lượng (đồng, kẽm và selenium) và những vitamin chống oxi hóa (E và C).

- Với bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu cung cấp 5 mg folate mỗi ngày, chế độ ăn ít sắt và uống nước trà cùng lúc ăn để hạn chế hấp thu sắt từ thức ăn.

- Với bệnh nhân phụ thuộc truyền máu, khuyến chế độ ăn ít sắt không cần thiết vì lượng sắt trong máu truyền vào nhiều hơn gấp nhiều lần lượng ăn vào và chế độ ăn ít sắt có thể làm giảm chất lượng cuộc sống.

- Bổ sung vitamin D cho bệnh nhân khi có chỉ định.

- Bổ sung calci cần thiết nếu chế độ ăn không đầy đủ.

**4.5. Chủng ngừa:** chủng ngừa viêm gan siêu vi B cho tất cả bệnh nhân.

- Trước cắt lách: *Hemophilus influenza* type B, *Streptococcus pneumonia*, *Neisseria meningitidis* trước cắt lách 2-4 tuần.

- Lặp lại sau mỗi 5 năm (đối với *S.pneumonia* và *N.meningitidis*).

**CHƯƠNG IX.**  
**DA LIỄU**

# HỒNG BAN

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Hồng ban là sang thương da gây đổi màu sắc da do hiện tượng dẫn mạch máu dưới da tạo nên. Đây là một triệu chứng thường gặp của nhiều bệnh khác nhau trong đây chỉ đề cập đến các bệnh sau đây:

- Mày đay (L50).
- Hồng ban đa dạng (L51).
- Hồng ban nút (L52).

## 2. MÀY ĐAY (L50)

### 2.1. Định nghĩa

Là một tình trạng phản ứng quá mẫn type 1 của cơ thể biểu hiện bằng các sẩn, mảng hồng ban có hình dạng đa dạng phân bố ngẫu nhiên kèm ngứa. Gồm 2 thể cấp (< 6 tuần, hiếm khi kéo dài quá 24 giờ) và mạn (kéo dài hoặc tái phát > 6 tuần). Nguyên nhân có thể do nhiễm trùng, thuốc, thức ăn, vắc xin.

### 2.2. Chẩn đoán

- Bệnh sử: tiền căn dị ứng trước đây, tiền căn mề đay, tiếp xúc các dị nguyên như thuốc (NSAID), thức ăn. Lưu ý ở trẻ bị mày đay tái phát thường xuyên có thể do nhiễm trùng tiêu hóa hoặc hô hấp. Các triệu chứng gợi ý dấu hiệu nặng của sốc phản vệ như tức ngực, khó thở, đau bụng, buồn nôn, nôn.

- Sẩn mảng hồng ban gồ cao trên da, hình dạng đa dạng kích thước thay đổi.



- Phân bố ngẫu nhiên.
- Ngứa nhiều, càng gãi càng nổi lên nhiều. Triệu chứng thường nặng hơn về đêm.
- Thường tự khỏi sau 24 giờ không để lại dấu vết.
- Vùng mô liên kết lỏng lẻo như mắt, mi mắt, sinh dục có thể có hiện tượng phù mạch (phù Quincke), nếu phù vùng thanh quản có thể làm trẻ khò khè, khó thở.
- Cận lâm sàng: nếu có shock phản vệ hoặc phản ứng phản vệ xét nghiệm chức năng gan, thận, công thức máu, đông máu...
- Xét nghiệm bạch cầu ái toan, xác định dị nguyên.

### **2.3. Điều trị**

Xem bài mê đay trong phác đồ.

## **3. HỒNG BAN ĐA DẠNG (L51)**

### **3.1. Định nghĩa**

Là một tình trạng phản ứng cấp tính của cơ thể thông qua trung gian hệ miễn dịch biểu hiện là sang thương da được đặc trưng bởi hình bia bắn điển hình. Gồm 2 thể nặng (major) có ảnh hưởng đến niêm mạc, sốt, đau khớp và nhẹ (minor) không có ảnh hưởng đến niêm mạc, không sốt, không đau khớp. Nguyên nhân thường do nhiễm trùng chiếm 90% (HSV, Mycoplasma pneumonia...), thuốc chiếm 10%.

### **3.2. Lâm sàng (chỉnh lại format bullet)**

- Sang thương bia bắn điển hình gồm 3 vòng tròn đồng tâm, mỗi vòng ứng với mỗi giai đoạn phát triển của bệnh:

- + Trung tâm: hoại tử thượng bì, màu đỏ sậm hoặc mụn nước.
  - + Giữa: quầng sần phù nhạt.
  - + Ngoài cùng: vòng hồng ban.
- Vị trí: phân bố đối xứng, đầu tiên xuất hiện ở mặt dưới của các chi sau đó lan lên thân mình. Trong thể nặng có thể có tổn thương niêm mạc miệng (môi, mặt trong má, khẩu cái), mắt, hậu môn, ống tiêu hóa, sinh dục. Thương tổn ban đầu là bóng nước sau đó vỡ để lại vết loét.
- Triệu chứng toàn thân: người bệnh có thể có dấu hiệu báo trước gồm sốt, mệt mỏi, đau khớp. Nếu do nhiễm *M.pneumonia* có thể có triệu chứng của hệ hô hấp.
- Diễn tiến: xuất hiện đầy đủ triệu chứng trong 3 đến 5 ngày đầu và tự khỏi trong vòng 2 tuần. Không để lại sẹo tuy nhiên có thể có tăng sắc tố kéo dài 1 tháng sau khi lành bệnh.

### 3.3. Cận lâm sàng

Không có giá trị trong chẩn đoán trừ thể nặng bội nhiễm có bạch cầu tăng, CRP tăng, men gan tăng nhẹ.

### 3.4. Điều trị

- Điều trị triệu chứng: chống ngứa bằng thuốc kháng histamin, bội nhiễm da dùng các thuốc bôi Milian, loét miệng dùng các chế phẩm gel chứa corticoid và lidocain bôi miệng, có thể cho trẻ ngậm Phosphogel. Trong trường hợp nặng tổn thương niêm mạc rộng làm trẻ biếng ăn có thể cân nhắc prednisone uống.
- Điều trị theo nguyên nhân:
  - + Dị ứng thuốc: ngưng dùng thuốc nghi ngờ.

- + Do HSV: acyclovir.
- + Do *M.Pneumonia*: kháng sinh nhóm macrolide như azithromycin, clarithromycin.
- Hội chẩn bác sĩ nhãn khoa nếu có tổn thương mắt.

## **4. HỒNG BAN NÚT (L52)**

### **4.1. Định nghĩa**

Là tình trạng phản ứng quá mẫn muộn của cơ thể do nhiễm trùng (thường do Streptococcus, lao), tiếp xúc với các dị nguyên như thuốc, sarcoidosis... Tuy nhiên, 50% trường hợp không xác định được nguyên nhân. Cơ chế do viêm vách mô mỡ của lớp hạ bì.

### **4.2. Lâm sàng**

- Sang thương dạng nốt hồng ban, cứng, không di động, đường kính từ 2-5 cm hơi gồ lên trên bề mặt da.
- Vị trí: mặt dưới của các chi.
- Có thể kèm theo sốt, mệt mỏi, đau khớp, triệu chứng hô hấp trên.
- Bệnh thường tự khỏi sau 8 tuần. Dát tăng sắc tố thường mất đi sau 1 tháng.

### **4.3. Điều trị**

- Nghỉ ngơi, nâng cao chân.
- Điều trị nguyên nhân tùy theo từng trường hợp.
- NSAIDs đường uống.

## **5. HỒNG BAN DO THUỐC**

### **5.1. Định nghĩa**

- Hồng ban do sử dụng một số thuốc như macrolide, sulfonamide, acetaminophen, quinolones.

### **5.2. Chẩn đoán**

- Tiền căn gia đình hoặc bản thân từng có dị ứng thuốc.
- Nóng, rất nơi nổi hồng ban sau đó xuất hiện hồng ban hoặc bóng nước. Giai đoạn hồi phục có tăng sắc tố.
- Bệnh thường tự giới hạn.

### **5.3. Điều trị**

- Ngưng sử dụng thuốc nghi ngờ.
- Điều trị triệu chứng: ngứa dùng Antihistamin, hạ sốt.

## **6. HỒNG BAN DO NHIỄM SIÊU VI (BAN ĐỎ TRUYỀN NHIỄM)**

- Là hồng ban do nhiễm Parovirus B19.
- Có thể có triệu chứng báo trước giống cúm như sốt, đau khớp, mệt mỏi, triệu chứng hô hấp trên.
- Đầu tiên hồng ban xuất hiện ở mặt, toàn thân sau đó nhạt màu ở trung tâm tạo thành hồng ban dạng ren lưới.
- Bệnh tự giới hạn.
- Điều trị triệu chứng nếu có:
  - + Sốt: hạ sốt bằng acetaminophen.
  - + Ngứa: Antihistamin (Clorpheniramin, Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Levocetirizin...).

# VIÊM DA CƠ ĐỊA (L20)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm da cơ địa là tình trạng viêm da mạn tính, tái phát từng đợt thường kèm theo tăng IgE huyết thanh.

- Bệnh thường xảy ra chủ yếu ở trẻ em, 60% trẻ khởi phát bệnh trong năm đầu và 85% trẻ trong 5 năm đầu tiên.

- Thường có tiền sử bản thân hoặc gia đình mắc nhóm bệnh dị ứng nói chung gồm viêm mũi dị ứng, chàm, hen suyễn, mày đay, dị ứng thức ăn, thuốc.

- Nguyên nhân:

+ Di truyền: 60% người bị bệnh có con bị bệnh này, nếu cả bố và mẹ đều bị thì xác suất con mắc bệnh là 80%.

+ Môi trường: ô nhiễm môi trường, dị nguyên như lông thú vật, bụi, phấn hoa, thức ăn, sữa.

+ Tăng hoạt tính Lympho Th2.

+ Các yếu tố làm tổn thương hàng rào bảo vệ của da như thời tiết lạnh khô làm khô da.

## 2. LÂM SÀNG

- Biểu hiện lâm sàng thay đổi theo từng lứa tuổi và giai đoạn bệnh.

### 2.1. Sơ sinh đến dưới 2 tuổi

- Sang thương ban đầu là hồng ban, sần, ngứa sau đó xuất hiện mụn nước nông, dễ vỡ, sau khi vỡ đóng mào, tiết dịch.

- Vị trí: thường ở 2 má, mặt, trán, mặt dưới các chi, không bị ở vùng mặc tã.
- Bệnh thường tự khỏi khi trẻ được 2 tuổi (80%).

## 2.2. Trẻ từ 2 tuổi đến 16 tuổi

- Thường do viêm da cơ địa từ lúc trẻ < 2 tuổi chuyển thành.
- Bệnh diễn tiến sang giai đoạn mạn tính: sang thương ít tiết dịch hơn, có biểu hiện dày sừng liken hóa do gãi nhiều. Vị trí thường gặp là vùng cổ (vằn cổ trâu), nếp gấp khuỷu tay, cổ tay, khoeo, mắt cá.
- Tổn thương trên 50% diện tích da có thể gây suy dinh dưỡng.
- 50% trẻ sẽ khỏi sau 10 tuổi.

## 3. CHẨN ĐOÁN

**Bộ tiêu chuẩn Hanifin-Rajka gồm:**

**❖ 4 Tiêu chuẩn chính:**

1. Ngứa (Itching).
2. Viêm da mạn tính và tái phát (Chronic or chronically relapsing dermatitis).
3. Hình thái và vị trí thương tổn điển hình (Typical distribution and morphology of AD rash). Trẻ em: chàm khu trú ở mặt, vùng dưới. Trẻ lớn và người lớn: dày da, Lichen vùng nếp gấp.
4. Tiền sử cá nhân hay gia đình có bệnh cơ địa dị ứng (Personal or family history of atopic diseases) như hen, viêm mũi dị ứng, viêm da cơ địa.

❖ **19 Tiêu chuẩn phụ:**

1. Khô da (Dry skin).
2. Viêm môi (cheilitis).
3. Đục thủy tinh thể (Anterior subcapsular cataract).
4. Viêm kết mạc mắt và kích thích ở mắt tái phát.
5. Mặt: đỏ, tái.
6. Dị ứng thức ăn (Food intolerance).
7. Chàm ở bàn tay (Hand eczema).
8. IgE tăng (Elevated IgE levels).
9. Phản ứng da tức thì tít 1 dương tính (Immediate skin test type 1 reactivity).
10. Dễ bị nhiễm trùng da và hay tái phát.
11. Ngứa khi ra mồ hôi (Itching on sweating).
12. Vảy phấn trắng (Pityriasis alba).
13. Chứng vẽ nổi (Dermographism).
14. Giác mạc hình chóp (Keratoconus).
15. Các thương tổn khác giống dày sừng nang lông (Other like Keratosis Pilaris).
16. Tuổi phát bệnh sớm.
17. Chàm núm vú.
18. Nếp dưới mắt Dennie-Morgan.
19. Quầng thâm quanh mắt.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán: ít nhất 3 tiêu chuẩn chính + 3 tiêu chuẩn phụ.**

Mức độ:

- Nhẹ: khô da khu trú, ngứa không thường xuyên (có thể có hoặc không có đỏ da), ảnh hưởng không đáng kể đến sinh hoạt hằng ngày, giấc ngủ và tâm lý xã hội.

- Trung bình: khô da khu trú, ngứa thường xuyên, đỏ da (có thể có hoặc không có hiện tượng dày sừng), ảnh hưởng một phần đến sinh hoạt hằng ngày, giấc ngủ và phát triển tâm lý xã hội của trẻ.

- Nặng: khô da lan tỏa, ngứa liên tục, đỏ da (có thể có hoặc không có dày da, chảy máu, thay đổi màu sắc da, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hằng ngày, gây mất ngủ cho trẻ.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Chỉ định nhập viện**

Bộ nhiễm da nặng, sốt cao, bạch cầu  $> 15.000/\text{mm}^3$  hoặc không đáp ứng với điều trị ngoại trú.

### **4.2. Điều trị ngoại trú**

- Tại chỗ:
  - + Làm ẩm da:
    - Sữa tắm: Cetaphil, Saforell, Eucerin, Ceredan, Corine De Farme. Tắm ngày 1 đến 2 lần tùy trường hợp.
    - Sản phẩm làm ẩm, dịu da: sang thương khô da, da vảy cá, nứt da nhẹ, có thể dùng các sản phẩm trên làm kem bôi da. Bôi thuốc sau khi tắm, ngày 2 lần.
  - + Chống viêm, chống ngứa:
    - Sang thương tiết dịch: sử dụng thuốc bôi dạng nước (Milan, xanh Methylen, Eosin 2%), ngày 1 đến 2 lần. Corticoid: Hydrocortisone 1% dùng cho các sang thương ở mặt, Clobetasone



butyrate 0,05% cho các sang thương từ cổ đến chân, bôi ngày 1-2 lần/ngày trong thời gian  $\leq 7$  ngày.

- Nếu sang thương có bội nhiễm: có thể dùng loại thuốc bôi phối hợp corticoid và kháng sinh (Fucicort...).
- Thuốc ức chế calcineurine (Tacrolimus 0,03%): khi tình trạng bệnh nặng và không cải thiện với điều trị thông thường và trẻ trên 2 tuổi. Bôi lớp thuốc mỏng lên sang thương ngày 2 lần (sáng, chiều), không bôi lên vùng bán niêm, sử dụng không quá 2 tuần.

- Toàn thân:

- + Chống ngứa: khi ngứa nhiều ảnh hưởng đến giấc ngủ và sinh hoạt.
  - Desloratadin (viên 5 mg, syrup 2,5 mg/5 ml), sử dụng ngày 1 lần: 6 tháng đến 11 tháng tuổi: 2 ml (1 mg); 1 đến 5 tuổi: 2,5 ml (1,25 mg); từ  $\geq 6$  tuổi: 5 ml (2,5 mg).
  - Chlorpheniramin 4 mg liều trẻ từ 2-5 tuổi 1 mg mỗi 4-6 giờ tối đa 8 mg/24 giờ, trẻ từ 6-11 tuổi: 2 mg mỗi 4-6 giờ tối đa 16 mg/24 giờ, trẻ  $> 12$  tuổi 4 mg mỗi 4-6 giờ tối đa 32 mg/24 giờ.
  - Cetirizin: dùng cho trẻ trên 6 tuổi, liều 5 ml x 2 hoặc 10 ml buổi tối.
  - Levocetirizin cho trẻ  $> 6$  tháng 1,25 mg/lần buổi tối.

- Fexofenadin: trẻ 6 tháng-2 tuổi: 15 mg/ngày, trẻ 2 tuổi-11 tuổi: 30 mg/ngày, trẻ > 12 tuổi: 60-120 mg/ngày.
- + Chống viêm: dùng trong viêm da cơ địa cấp Prednisolone 0,5 mg/kg/ngày × 3 ngày, hoặc Deflazacort 0,75 mg/kg/ngày x 3 ngày (0,25-1,5 mg/kg/ngày).
- + Kháng sinh: sang thương có mủ, ưu tiên sử dụng kháng sinh theo hướng chống tụ cầu: Amoxicillin (Amoxicillin + Acid Clavulanic), Cephalosporin thế hệ 1, Erythromycin, Oxacillin, Cefuroxime.
- Tư vấn phòng bệnh, chăm sóc cho trẻ:
  - + Giải thích cho ba mẹ bé biết được các yếu tố có thể khởi phát bệnh, hướng dẫn cách bôi thuốc dưỡng ẩm da, vệ sinh da cho trẻ.
  - + Loại trừ các yếu tố khởi phát bệnh: khí hậu khô, lạnh, các loại thức ăn gây dị ứng như các loại hải sản (tôm, cua, cá hồi, cá ngừ), trứng, các dị nguyên như khói, bụi, lông thú cưng.

# VIÊM MÔ TẾ BÀO

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm mô tế bào là tình trạng nhiễm trùng ở lớp bì sâu và mô dưới da.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Thường gặp: Streptococcus nhóm A tán huyết  $\beta$  và *S.aureus*.

- Viêm mô tế bào ở vùng má do *H.Influenzae* type B hoặc quanh hậu môn do Streptococcus tán huyết  $\beta$  nhóm A thường gặp ở trẻ < 3 tuổi.

- Nhiễm trùng ở cân sâu và co do vi khuẩn kỵ khí kết hợp với các tác nhân gram dương và gram âm, bao gồm cả Clostridia.

- Cơ đại suy giảm miễn dịch: có thể gặp tác nhân hội sinh, nấm và ký sinh trùng.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng lâm sàng: tổn thương da sưng, nóng, đỏ, đau, ranh giới không rõ với vùng da lành. Trường hợp nặng có thể có mụn nước, bóng nước, mụn mủ hoặc hoại tử có thể có hạch ngoại biên. Vị trí thường gặp ở trẻ em là vùng đầu mặt cổ.

- Triệu chứng toàn thân: có thể mệt mỏi, sốt nhẹ, gai rét.

- Cận lâm sàng:
  - + Đối với tổn thương không lớn, đau ít, không dấu hiệu toàn thân, không bệnh nặng kèm (suy giảm miễn dịch, suy nhược có thể...) thì xét nghiệm không thực sự cần thiết.
  - + Trường hợp nặng hoặc triệu chứng không điển hình cần xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân: nhuộm Gram, nuôi cấy vi khuẩn (dương tính > 90% bệnh phẩm từ dịch ổ áp-xe).
  - + Công thức máu: bạch cầu tăng, đặc biệt bạch cầu đơn nhân trung tính tăng, máu lắng tăng.
  - + Cây máu khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết.

### **3.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm quầng: mảng sưng nề, nóng đỏ, ranh giới rõ với da lành.

- Hồng ban đa dạng: tổn thương ban đỏ, sẩn phù, tổn thương hình bia bắn, chủ yếu ở các chi, xuất hiện sau dùng thuốc hoặc nhiễm virus, có hoặc không kèm tổn thương niêm mạc.

- Hội chứng Well: ban đỏ phù nề, hình nhẫn, mảng hoặc dạng nốt, trên tiêu bản sinh thiết có hình ảnh ngọn lửa thân nhiễm bạch cầu ái toan, vô bào và mảnh vỡ bạch cầu ái toan giữ các bó sợi collagen.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Chỉ định nhập cấp cứu**

- Sốc nhiễm trùng.

## **4.2. Tiêu chuẩn nhập viện**

- Sốt cao.
- Nôn mửa.
- Tái phát viêm mô tế bào.
- Điều trị hiện tại không hiệu quả.
- Các triệu chứng ngày càng nghiêm trọng hơn.

## **4.3. Điều trị ngoại khoa**

- Viêm mô tế bào nặng có hoại tử có thể phối hợp phẫu thuật để loại bỏ mô hoại tử.

## **4.4. Điều trị ngoại trú**

### **4.4.1. Điều trị tại chỗ**

- Bất động và nâng cao chi bị bệnh, có thể đắp ướt.

### **4.4.2. Kháng sinh**

- Trường hợp nhẹ: kháng sinh uống, bao phủ cả gram dương, bao gồm Dicloxacillin, Amoxicillin hoặc Cephalexin, uống trong thời gian 10 ngày.

- Nếu dị ứng Penicillin có thể thay bằng Clindamycin (15 mg/kg/ngày chia 3 làm 3 lần) hoặc kháng sinh nhóm Macrolid (Clarithromycin hoặc Azithromycin).

- Trường hợp nặng: bệnh nhân nội trú: kháng sinh chích 7-10 ngày.

- + Oxacillin 150 mg/kg/ngày, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch.
- + Cefotaxim 200 mg/kg/ngày, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch.
- + Ceftriaxon 100 mg/kg/ngày, 1 lần tiêm tĩnh mạch.

- + Cephazonlin 100 mg/kg/ngày, chia 3 lần, tiêm tĩnh mạch.
- Trường hợp kháng trị, nghi nhiễm tụ cầu kháng Methicillin:
  - + Vancomycin tĩnh mạch x 2 lần/ngày.
  - + Linezolid 2 lần/ngày.

#### **4.4.3. Dấu hiệu tái khám ngay**

- Sốt cao hoặc hạ thân nhiệt.
- Nôn mửa.
- Các triệu chứng ngày càng nghiêm trọng hơn.
- Tim nhanh, hạ huyết áp, mê sảng.

#### **4.4.4. Chăm sóc tại nhà**

- Kê cao vùng bị ảnh hưởng để giúp giảm sưng và đau.
- Chườm mát vùng da bị ảnh hưởng thường xuyên giúp dễ chịu hơn.

# VIÊM DA TIẾT BÃ (L21)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm da tiết bã là tình trạng viêm của da đầu thường gặp ở trẻ từ 3 tháng đến 12 tháng tuổi đỉnh điểm là 3 tháng tuổi chiếm 70%. Đây là một bệnh lành tính, thường tự khỏi khi trẻ được 12 tháng tuổi, không để lại di chứng.

- Nguyên nhân gây bệnh vẫn chưa được xác định tuy nhiên có thể kể đến như: di truyền, nấm *Malassezia*, vi khuẩn trên da...

## 2. LÂM SÀNG

- Những mảng, vảy màu vàng, cứng, nhờn, khó bong tróc, lan tỏa.

- Vị trí: những vùng giàu tuyến bã như da đầu, mặt. Một số trường hợp có thể xuất hiện ở vùng nách, vùng quần tã.

- Không ngứa giúp phân biệt với chàm hay viêm da cơ địa.

- Không ảnh hưởng đến tổng trạng của trẻ, trẻ vẫn ngủ, bú tốt.

## 3. CHẨN ĐOÁN

- Chủ yếu dựa độ tuổi, lâm sàng vảy mảng vàng, dính ở vùng đầu, mặt.

- Cận lâm sàng: không cần thiết.

#### **4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Viêm da cơ địa: gây ngứa nhiều thường gây ảnh hưởng đến giấc ngủ, bú của bé, sang thương hồng ban không rõ bờ, có thể xuất hiện ở tay chân.
- Viêm da tã lót: vị trí thường bị vùng quần tã do tình trạng ẩm ướt, vệ sinh kém ứ đọng chất thải, mồ hôi.
- Vùng da bị thường đỏ, gây đau rát cho trẻ.
- Vẩy nến: thường hiếm gặp ở trẻ em. Sang thương vẩy ánh bạc, nhuyển trên nền hồng ban.

#### **5. ĐIỀU TRỊ**

- Dầu gội: Nizoral Shampoo, Lactacyd-Milky.
- Dùng các thuốc bôi làm mềm, bong vảy: acid salicylic, propylen glycol.
- Thuốc chống nấm tại chỗ như thuốc bôi hay dầu gội có chứa Ketoconazol từ 2-4 tuần.
- Corticoid dùng tại chỗ.
- Thuốc ức chế calcineurin dùng tại chỗ: mỡ tacrolimus cho trẻ > 2 tuổi (trường hợp nặng).
- Trường hợp có bội nhiễm (da có mủ): kháng sinh uống hoặc bôi tại chỗ.
- Tiêu chuẩn nhập viện: viêm da tiết bã có bội nhiễm (sốt cao, bạch cầu tăng, sang thương da có mủ...).



# TIẾP CẬN SANG THƯƠNG MIỆNG

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Sang thương miệng là những sang thương khác nhau có thể được phát triển xung quanh hoặc trong miệng là những vết loét nhỏ 1-2 cm đỏ, có mảng trắng hoặc vàng, đôi khi gây đau rất.

## 2. NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

Viêm loét miệng có thể bị gây ra bởi nhiễm trùng do vi khuẩn, vi-rút hoặc nấm hoặc do sang chấn khi nhai. Một số nguyên nhân thường gặp:

### 2.1. Bệnh nấm Candida (B48.8)

- Bệnh nấm Candida (bệnh tưa miệng) do nấm Candida Albican gây ra và thường phát triển khi hệ thống miễn dịch bị suy yếu.

- Một số loại thuốc chằng hạn như thuốc có chứa corticoid hoặc phương pháp điều trị ung thư, có thể làm tăng nguy cơ phát triển loại nhiễm nấm này.

- Thuốc kháng sinh cũng làm tăng nguy cơ phát triển loại nhiễm nấm này vì chúng có thể làm thay đổi sự cân bằng của vi khuẩn trong miệng.

### 2.2. Bệnh lở miệng (Bệnh Aph-tơ) K12.3

- Tuy là một bệnh loét miệng phổ biến nhưng căn nguyên và cơ chế bệnh sinh của loét áp tơ vẫn chưa rõ ràng.

- Các yếu tố có thể góp phần vào cơ chế bệnh sinh của bệnh: chấn thương cơ học, các loại thuốc, thiếu máu.

### **2.3. Bệnh lở môi**

- Bệnh lở môi thường do vi rút *herpes simplex* (HSV) - 1 gây ra và rất dễ lây lan.

- Một số triệu chứng ban đầu có thể đi kèm với cảm lạnh hoặc cảm cúm và dễ gây tổn thương miệng.

### **2.4. Viêm Sialaden (viêm tuyến nước bọt) (K12.2)**

- Viêm Sialaden hay còn gọi là viêm tuyến nước bọt và bệnh này có thể là cấp tính, mạn tính hoặc hay tái phát.

### **2.5. Bệnh tay chân miệng: (B08.4)**

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

### **2.6. Bệnh bạch hầu (A36)**

- Là 1 bệnh nhiễm trùng nguy hiểm do vi khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* gây ra, có khả năng lây lan mạnh và nhanh chóng tạo thành dịch.

## **3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

### **3.1. Lâm sàng**

Dựa vào hình ảnh lâm sàng của từng loại sang thương, kết hợp với cận lâm sàng phù hợp.

#### **3.1.1. Bệnh nấm *Candida***

- Tổn thương màu trắng kem trên lưỡi, niêm mạc má, đôi khi trên vòm miệng, nướu răng và amidan.

- Tổn thương nổi lên trong miệng có hình dáng giống miếng pho mát.

### **3.1.2. Bệnh lở miệng (Bệnh Aph-to)**

- Thương tổn là các vết loét hình tròn hoặc hình ovan, kích thước to nhỏ khác nhau, số lượng ít hoặc nhiều, xung quanh có quầng đỏ, đáy vết loét có màu vàng hoặc màu xám.

### **3.1.3. Bệnh lở môi**

- Vết loét có kích thước nhỏ như đầu đinh ghim, tổn thương từng chùm từ 10 đến 100 nốt, bờ không đều, khỏi không để lại sẹo trong vòng một đến hai tuần.

### **3.1.4. Viêm Sialaden (viêm tuyến nước bọt)**

- Mủ có thể chảy qua tuyến nước bọt vào miệng.
- Nhiễm trùng thường xảy ra nhất trong tuyến mang tai.

### **3.1.5. Bệnh tay chân miệng**

- Tổn thương miệng gồm: vết loét đỏ hay bóng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng bóng nước: ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

### **3.1.6. Bệnh bạch hầu**

- Đây là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính có giả mạc ở tuyến hạnh nhân, hầu họng, thanh quản, mũi.

- Màng giả mỏng, màu trắng ngà, lan dần từ amidan đến vòm khẩu cái, dính với niêm mạc bên dưới, nếu bóc tách dễ gây chảy máu.

- Bệnh có thể xuất hiện ở da, các màng niêm mạc khác như kết mạc mắt hoặc bộ phận sinh dục.

### **3.2. Cận lâm sàng**

- Thường quy: huyết đồ khi nghi ngờ bội nhiễm.
- Phết họng khi nghi ngờ bạch hầu họng.
- Tìm EV71 khi nghi ngờ bệnh tay chân miệng 2b.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Tiêu chuẩn nhập viện**

- Khi có kèm bội nhiễm, ảnh hưởng toàn thân: loét lan rộng, sốt cao khó hạ, bạch cầu máu tăng cao.

- Bệnh bạch hầu: khi xác định chẩn đoán cần nhập chuyên khoa nhiễm sớm.

- Bệnh tay chân miệng:

- + Độ I nhưng nhà xa hoặc không có điều kiện chăm sóc tại nhà.

- + Độ II a-4.

### **4.2. Điều trị đặc hiệu: tùy theo nguyên nhân bệnh**

- Nấm miệng do *Candida albicans*: Nystatin hay kem Miconazol (Daktarin), rơ miệng. Dùng 4 lần/ngày sau bữa ăn, ít nhất là 7 ngày và tiếp tục 7 ngày sau khi các mảng trắng biến mất để ngăn ngừa tái phát.

- Bệnh lở môi: tổn thương ở môi, khóe miệng có thể bôi Acyclovir dạng crème.

- Bệnh nhiệt miệng:
  - + Một số thuốc có bản chất là thuốc tê có thể được chỉ định dùng tại vết loét dưới dạng gel, thuốc bôi dạng dầu hoặc dung dịch. Có thể sử dụng một số thuốc điều trị loét áp tơ sau đây:
    - Nitrate bạc: bôi trực tiếp lên tổn thương.
    - Thuốc làm bớt đau ngay sau khi bôi và lành thương tổn trong vòng 3-5 ngày.
    - Kem bôi trong thành phần có Triamcinolone acetonide hoặc Amlexanox (Aphthasol).
    - Gel 2% lidocaine dùng bôi chỗ loét cũng cho tác dụng tốt.
    - Kamistad gel (có chứa lidocain, dịch chiết hoa cúc, Benzalkonium clorid): bôi khoang miệng 3 lần/ngày.
  - + Bên cạnh đó, bệnh nhân cần súc miệng bằng nước muối sinh lý 0,9%, không nên súc miệng với nước muối tự pha quá mặn sẽ tăng kích thích đau nhiều hơn.
  - + Trong trường hợp bệnh nhân bị viêm loét miệng thường xuyên, súc miệng bằng dung dịch Chlohexidine 0,12% cũng là một biện pháp phòng bệnh có hiệu quả, đồng thời giúp ngăn ngừa bội nhiễm trong quá trình lành vết thương.
- Trong một số trường hợp bệnh nặng, bị loét nhiệt miệng liên tục có thể chỉ định dùng kháng sinh phổ rộng đường uống, uống từ 10-15 ngày, chọn một trong các loại sau:
  - + Amoxicillin 50-80 mg/kg/ngày, chia 3 lần.

+ Amoxicillin + clavulanic acid: 50-80 mg/kg/ngày, chia 3 lần.

- Trường hợp dị ứng penicillin, erythromycin: 50 mg/kg/ngày, uống 10 ngày.

**Lưu ý:** khi dùng thuốc bôi viêm loét miệng, nên bôi thuốc vào trước các bữa ăn khoảng 1 giờ để vừa có tác dụng kháng viêm mà vừa có tác dụng giảm đau, bôi trước khi đi ngủ buổi tối 1-2 giờ để thuốc phát huy tác dụng tốt nhất.

## 5. PHÒNG NGỪA

Khi tình trạng nhiệt miệng không quá nghiêm trọng cũng không nhất thiết phải đến gặp bác sĩ mà có một số cách chữa nhiệt miệng tại nhà như:

- Sử dụng nước súc miệng tự làm với công thức: hỗn hợp nước súc miệng từ baking soda, nước ép lô hội và nước ấm. Súc miệng liên tục trong 10 giây, mỗi ngày một lần để nhanh hết nhiệt miệng.

- Chườm lạnh bằng đá có thể giảm đau và sưng. Khi đặt viên đá nhỏ lên vết nhiệt miệng sẽ làm dịu cơn đau và viêm.

- Hạn chế ăn các đồ cay, nóng, các món nướng và rán để tránh làm tình trạng bệnh nghiêm trọng hơn.

# **GHẺ (B86)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Ghẻ là bệnh ở da do nhiễm ký sinh trùng.

## **2. NGUYÊN NHÂN**

Do cái ghẻ *Sarcoptes scabiei hominis*.

## **3. ĐƯỜNG LÂY**

Đường lây truyền: thường lây qua tiếp xúc trực tiếp với da bệnh nhân hoặc qua tiếp xúc với vật mang ký sinh trùng như quần áo, đồ dùng, đồ nội thất.

## **4. CHẨN ĐOÁN**

**4.1. Dịch tễ:** có nhiều người xung quanh cùng bệnh.

### **4.2. Lâm sàng**

- Thời kỳ ủ bệnh:
  - + 2-6 tuần nếu nhiễm lần đầu.
  - + 1-3 ngày nếu tái nhiễm.
- Triệu chứng:
  - + Ngứa: ngứa nhiều về đêm, đặc biệt ngứa nhiều vùng da non. Xung quanh có nhiều người bị ngứa.
  - + Rãnh ghẻ (có giá trị chẩn đoán): màu xám hoặc đen, dài 1-10 mm, hơi nhô cao so với mặt da.
  - + Mụn nước: nằm rải rác màu trắng đục, càng có giá trị khi nằm ở vùng da non.

- + Sản cục: màu nâu-đỏ ở bìu, dương vật, nách đường kính 3-5 mm, ngứa hoặc không.
- + Vị trí sang thương: khắp người, thường gặp ở vùng da non (kê ngón tay, mặt trước cổ tay, quanh rốn, da đùi, mặt trong da đùi, bộ phận sinh dục...). Trẻ em có cả ở mặt.
- + Ghẻ NaUy: không ngứa hoặc ngứa dữ dội thương tổn phủ lớp mày dày lan rộng toàn thân có cả ở mặt và da đầu, tóc rụng nhiều. Da tăng sừng, nứt nẻ nhất là vùng da tì đê, lòng bàn tay, lòng bàn chân. Vùng xung quanh và dưới móng dày lên làm móng bị méo mó.

#### **4.3. Cận lâm sàng:** hiếm khi sử dụng.

- Cạo da tìm trứng hoặc cái ghẻ.
- Dùng kim tách cái ghẻ.
- Sinh thiết thương bì.
- Thử nghiệm mực rãnh ghẻ.

#### **4.4. Chẩn đoán phân biệt**

- Tổ đũa: mụn nước ở mặt bên ngoài các ngón, không có sang thương ở thân mình.
- Chí rận: ngứa ở lưng, sau ót, sang thương cào gãi nhiều hơn.
- Chàm thể tạng: phân biệt với ghẻ chàm hóa mạn tính.



## **5. ĐIỀU TRỊ**

### **5.1. Nguyên tắc điều trị**

- Bệnh nhân và những người tiếp xúc gần bệnh nhân cần được điều trị cùng một lúc, dù triệu chứng có xuất hiện hay không.

- Vệ sinh đồ dùng cá nhân: quần áo, khăn tắm, khăn trải giường (giặt, sấy khô ở nhiệt độ  $\geq 60^{\circ}\text{C}$  hoặc luộc nước sôi, phơi nắng, ủi nóng 2 mặt) hoặc loại bỏ không tiếp xúc với người bệnh (cất vào tủ) ít nhất 4 ngày, để tránh lây lan cho cộng đồng và tránh tái nhiễm.

- Bôi thuốc đúng cách: bôi thuốc 1 lần vào buổi tối, bôi sau khi tắm, bôi toàn thân kể cả mặt và đầu. Chú ý bôi kỹ những vùng nếp gấp, sinh dục, quanh móng, sau tai.

### **5.2. Thuốc điều trị ghẻ**

- Xà bông tắm ghẻ: vuốt xà bông cùng mình, nhấn mạnh ở các nếp rồi rửa sạch với thuốc tím pha loãng 1/4.000 đến 1/10.000 ấm.

- Chống ngứa: Chlopheramin, Loratadine... thường uống vào buổi tối (mày đay cấp tính).

- Gần đây có thuốc uống IVERMECTIN: dùng trong trường hợp nặng hoặc không dùng được thuốc sớm, liều dùng 200  $\mu\text{g}/\text{kg}$  (1 liều duy nhất), đối với ghẻ Na Uy dùng 2 đến 3 liều cách nhau 1 đến 2 tuần. Không sử dụng ở trẻ  $< 15$  kg.

- Ghẻ Na Uy: nâng tổng trạng bệnh nhân, thoa mỡ Salicylee 2 đến 5% để tiêu sùng, sau đó bôi thuốc ghẻ, có thể dùng IVERMECTIN.

- Thuốc thoa da:
  - + Permethrine 5%: thoa từ cổ đến chân, sau 8 đến 12 giờ tắm rửa thay quần áo, lặp lại sau 1 tuần. Sử dụng được cho trẻ  $\geq 2$  tháng.
  - + Spregal (Esdepallethrin, Piperonyl butoxide): dạng phun sương phun từ cổ đến chân 1 lần/1 tuần. Sử dụng được cho phụ nữ có thai và trẻ nhỏ, thận trọng khi dùng ở vùng mặt và hen suyễn.
  - + D.E.P (Diethylphtalate) thoa lên tổn thương mụn nước tối trước khi ngủ.
  - + Nhũ dịch hoặc kem Benzyl benzoate 10%: bôi 24 giờ sau tắm sạch (12 giờ đối với phụ nữ mang thai và trẻ nhỏ nhi), trong 3-5 ngày liên tiếp. Dùng cho trẻ nhỏ dưới 2 tuổi có thể gây MetHb.
  - + Mỡ lưu huỳnh 2-10%: bôi 3 đêm liên tục, tắm sạch sau 24 giờ. An toàn cho trẻ dưới 2 tuổi.

### **5.3. Điều trị biến chứng**

#### **5.3.1. Ghẻ bội nhiễm**

- Khu trú: bôi dung dịch màu (Milian, Eosin 2%) vào thương tổn nhiễm trùng và điều trị ghẻ như ghẻ thông thường.
- Lan tỏa, có dấu hiệu toàn thân: dùng thêm kháng sinh đường uống, khi thương tổn khô mới bôi thuốc trị ghẻ.

#### **5.3.2. Ghẻ chàm hóa**

- Tăng liều kháng Histamin 2-3 lần trong ngày.
- Điều trị chàm trước rồi mới bôi thuốc trị ghẻ sau.
- Điều trị như ghẻ bội nhiễm và ghẻ chàm hóa.

#### **5.4. Theo dõi điều trị**

- Điều trị tốt: 3-5 ngày không nổi thương tổn mới, ngứa có thể tồn tại khoảng 2 tuần, nên bôi giữ ẩm để giảm ngứa.
- Tiêu chuẩn điều trị lại:
  - + Ngứa trên 2 tuần dù không có sang thương mới về mặt lâm sàng.
  - + Nổi sang thương mới.
  - + Điều trị không đúng phương pháp.

#### **5.5. Phòng bệnh**

- Vệ sinh cá nhân hàng ngày với xà phòng nhất là kẽ tay, các nếp.
- Tránh tiếp xúc với người bị ghẻ: không bắt tay, không dùng đồ chung, không giặt và phơi chung đồ.
- Người bị ghẻ đi khám ngay điều trị sớm tránh biến chứng, tránh lây cho cộng đồng.

# MÀY ĐAY CẤP TÍNH (L50)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Mày đay cấp tính được định nghĩa là sự xuất hiện của sẩn phù/mảng phù dưới 6 tuần.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Mày đay cấp tính vô căn chiếm 30-50%. Một số yếu tố khởi phát gồm: nhiễm trùng, thuốc, thức ăn.

- Một số nguyên nhân của mày đay cấp tính:

Tự phát	
Nhiễm trùng	
Vi rút	Adenovirus “Vi rút gây cảm thông thường” Cytomegalovirus Enterovirus Epstein-Barr Viêm gan siêu vi A, B, C Herpes simplex Influenza A Parvovirus B19 Vi rút gây viêm xoang hô hấp Rotavirus Varicella/Zoster
Vi khuẩn	Streptococcus tan huyết B <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i>
Khác	Anisakis simplex Blastocystis hominis Sốt rét Mycoplasma

	Ghê
Thuốc	Ức chế men chuyển Kháng sinh, đặc biệt là Cephalosporins và Penicillin Kháng histamin Ức chế TNF- $\alpha$ Aspirin và kháng viêm Non-steroid Chế phẩm tử màu Candesartan Immunoglobulin truyền tĩnh mạch Isotretinoin Methylprednisolone (uống) Opiates và Tramadol Paracetamol Ức chế bơm proton Vắc xin
Thức ăn	SỮA BÒ Trứng Cá và hải sản Trái cây như: đào, kiwi Đậu Cà chua và các loại rau Ngũ cốc Chế phẩm lên men

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Biểu hiện lâm sàng

- Mày đay cấp bao gồm những sẩn phù, mảng phù thoáng qua màu đỏ và ngứa. Sẩn phù, mảng phù có kích thước và số lượng thay đổi, thường ảnh hưởng trên 50% diện tích cơ thể, thường tồn tại không quá 24 giờ. Có thể kèm theo phù mạch (16-31%), thường ở trẻ dưới 3 tuổi (60%), đôi

tượng này có thể có sẵn phù xuất huyết. Những bệnh nhân có sẵn phù lan tỏa thường dễ kèm theo phù mạch và triệu chứng toàn thân.

- Triệu chứng toàn thân xuất hiện ở 1/4 số bệnh nhân bao gồm: hắt hơi, ho, viêm mũi, hoa mắt, nóng bưng, trào ngược dạ dày thực quản (nôn ói, tiêu chảy, đau bụng), đau đầu, sốt, rối loạn nhiệt, đau khớp hay viêm kết mạc. Những triệu chứng này chỉ điềm cho sốc phản vệ nếu khởi phát nhanh.

### **3.2. Cận lâm sàng**

- Trong đa số trường hợp thường chỉ cần thông qua bệnh sử là đủ. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu có thể hữu ích trong trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng (tăng bạch cầu). CRP và/hay tốc độ máu lắng tăng có thể do nguyên nhân viêm, nhiễm và CRP có thể tăng trong trường hợp mày đay do NSAID.

- Các xét nghiệm cần cân nhắc:
  - + Tổng phân tích tế bào máu.
  - + CRP và/hay tốc độ máu lắng.
  - + Nuôi cấy vi khuẩn.
  - + Test dị ứng nguyên huyết thanh.
  - + Prick test.
  - + Test dị ứng thuốc.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Chỉ định nhập cấp cứu**

- Có dấu hiệu của phản ứng phản vệ.

## 4.2. Điều trị ngoại trú

- Các trường hợp nhẹ có thể không cần điều trị. Nếu nghi ngờ nhiễm trùng nên điều trị thích hợp. Loại bỏ các tác nhân gây dị ứng.

**4.2.1. Điều trị tại chỗ:** thoa Menthol 1-2% giúp giảm ngứa.

### 4.2.2. Điều trị toàn thân

- Kháng H1 thế hệ 2 được sử dụng đầu tay: Loratadine, Desloratadine, Levocetirizin, Cetirizine.

+ Siro Loratadine:

- Trẻ 2 tuổi-12 tuổi: < 30 kg: 5 mg/1 lần/ngày;  
> 30 kg: 10 mg/1 lần/ngày.
- Trẻ trên 12 tuổi: 10 mg/1 lần/ngày.

+ Siro Desloratadine:

- Trẻ 6 tháng-11 tháng: 1 mg/1 lần/ngày.
- Trẻ 12 tháng-5 tuổi: 1,25 mg/1 lần/ngày.
- Trẻ 6 tuổi-11 tuổi: 2,5 mg/1 lần/ngày.
- Trẻ > 12 tuổi: 5 mg/1 lần/ngày.

+ Siro Levocetirizin:

- Trẻ 6 tháng-5 tuổi: 1,25 mg/1 lần/ngày uống vào buổi tối.
- Trẻ 6 tuổi-11 tuổi: 2,5 mg/1 lần/ngày uống vào buổi tối.
- Trẻ  $\geq$  12 tuổi: 5 mg/1 lần/ngày uống vào buổi tối.

+ Siro Cetirizine:

- Trẻ 2 tuổi-5 tuổi: 2,5 mg/1 lần/ngày.
- Trẻ 6 tuổi-11 tuổi: 5 mg/1 lần/ngày.

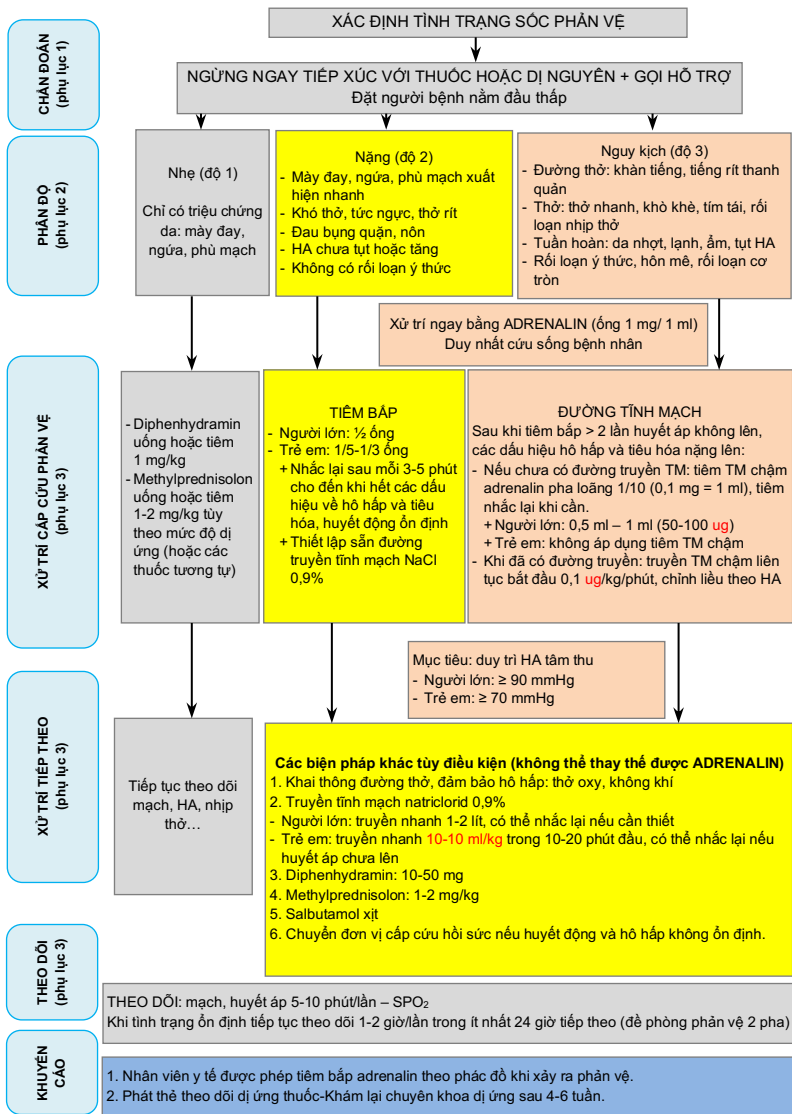
- Trẻ  $\geq 12$  tuổi: 5 mg-10 mg/1 lần/ngày tùy mức độ nặng nhẹ.

+ Fexofenadine:

- Dạng viên: Trẻ 6-11 tuổi: 30 mg/1 lần x 2 lần/ngày: uống (đối với viên nén) hoặc ngậm (đối với viên ngậm). Trẻ  $\geq 12$  tuổi: uống 60 mg/1 lần x 2 lần/ngày hoặc 180 mg uống 1 lần/ngày.
- Dạng siro: Trẻ từ 2 tuổi-11 tuổi: uống 30 mg/1 lần x 2 lần/ngày.

- Trường hợp nặng, đặc biệt nếu có phù mạch hay triệu chứng toàn thân và sau khi loại trừ (hoặc đã điều trị) nguyên nhân nhiễm khuẩn, có thể sử dụng corticoid uống trong 3-5 ngày: prednisolone 1-2 mg/kg/ngày.





## Lưu đồ xử trí phản ứng phản vệ

# MÀY ĐAY MẠN TÍNH (L50.8)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Mày đay mạn tính kéo dài liên tục khoảng 2 cơn mỗi tuần trong ít nhất 6 tuần.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- 70-80% không tìm được nguyên nhân (gọi là mày đay mạn tính tự phát).

- Mày đay có yếu tố khởi phát:

- + Bệnh da vẩy nổi.
- + Mày đay do lạnh.
- + Mày đay do áp lực.
- + Mày đay do ánh nắng.
- + Mày đay do nhiệt.
- + Phù mạch do rung.
- + Mày đay tiếp xúc.
- + Mày đay do nước.

- Tuy nhiên một số bệnh lý tìm ẩn có thể là nguyên nhân: nhiễm *Helicobacter pylori*, nhiễm trùng mạn tính, nhiễm ký sinh trùng, các bệnh tự miễn (viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto, Lupus ban đỏ...).

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Chẩn đoán thông qua bệnh sử, cần đánh giá

- Thời gian khởi phát bệnh.

- Tần suất/khoảng thời gian và các yếu tố làm khởi phát sẩn phù.
- Sự thay đổi hàng ngày.
- Sự xuất hiện liên quan đến cuối tuần, ngày nghỉ và đi vật khi đi du lịch.
- Hình dạng, kích thước và phân bố của sẩn phù.
- Liên quan đến phù mạch.
- Triệu chứng liên quan như ngứa, đau.
- Tiền sử cá nhân, gia đình: mày đay, dị ứng.
- Những nguyên nhân có thể bao gồm: dị ứng, nhiễm trùng, bệnh lý nội khoa hay nguyên nhân khác.
- Bệnh tâm thần.
- Phẫu thuật cấy ghép.
- Vấn đề dạ dày/ruột.
- Tác nhân vật lý hay tập luyện.
- Sử dụng thuốc (ví dụ: NSAIDs, nhiễm trùng niêm mạc, hormone, thuốc nhuận trường, thuốc nhỏ mắt và mũi và các thuốc khác).
- Thức ăn.
- Chu kỳ kinh nguyệt.
- Khói thuốc lá.
- Stress.
- Chất lượng cuộc sống và cảm xúc bị ảnh hưởng bởi mày đay.
- Những điều trị trước đó và đáp ứng.

### **3.2. Biểu hiện lâm sàng: xuất hiện đột ngột sẩn phù (mảng phù), phù mạch hoặc cả hai**

- Sẩn phù: ranh giới rõ, vùng trung tâm phù, bao xung quanh bởi quầng hồng ban, ngứa, tồn tại dưới 24 giờ.

- Phù mạch: sưng nề mi mắt, môi, lưỡi, đầu chi và các vị trí khác do phù nề dưới da, sưng nề thanh quản gây khó thở. Đau, không ngứa, có thể kéo dài đến 72 giờ.

### **3.3. Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm chẩn đoán yếu tố khởi phát gồm: thuốc, thức ăn và test vật lý (khi bệnh sử gợi ý).

- Các xét nghiệm khác: tùy thuộc vào tiền sử và các dạng mày đay:

- + Công thức máu.
- + VS hay CRP.
- + Vi khuẩn *H.pylori*.
- + Tự kháng thể chức năng, hormone tuyến giáp và tự kháng thể.
- + Tryptase (trường hợp bệnh lý hệ thống nghiêm trọng).

## **4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** khó thở, sốc phản vệ.

**4.2. Chỉ định nhập viện:** không đáp ứng kháng Histamin H1.

**4.3. Khám chuyên khoa:** khi nguyên nhân mày đay là các bệnh lý thuộc chuyên khoa như viêm dạ dày do HP(+), lupus ban đỏ...

## **4.4. Điều trị ngoại trú**

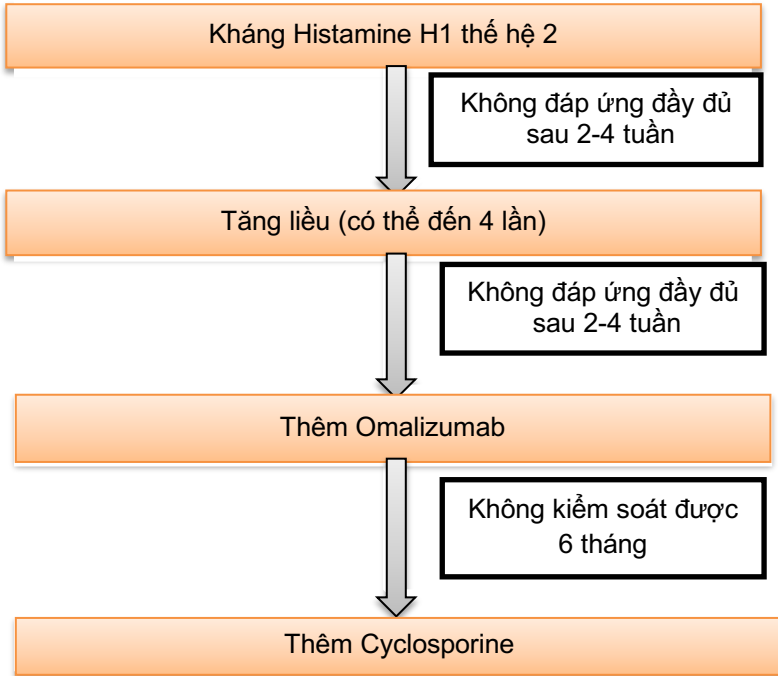
### **4.4.1. Nguyên tắc**

- Tránh các dị nguyên gây mày đay đã được xác định.
- Tránh các kích thích gây mày đay vật lý.
- Điều trị các bệnh nhiễm ký sinh trùng, nhiễm khuẩn.

### **4.4.2. Thuốc**

- Kháng histamin H1: các thuốc được chọn là kháng histamin H1 thế hệ 2 bao gồm: Cetirizine, Loratadin, Desloratadin, Levocetirizine. Liều dùng khởi đầu giống như điều trị mày đay cấp tính (xem bài mày đay cấp tính) và Fexofenadine.

- Fexofenadine:
  - + Dạng viên: liều dùng khởi đầu giống mày đay cấp (xem bài mày đay cấp).
  - + Dạng siro: liều khởi đầu, trẻ 6 tháng-1 tuổi: uống 15 mg/1 lần x 2 lần/ngày, trẻ 2 tuổi-11 tuổi: uống 30 mg/1 lần x 2 lần/ngày.



- Omalizumab:

- + Chỉ định: cho mày đay tự phát mạn tính (trẻ > 12 tuổi).
- + Chống chỉ định:
  - Mẫn cảm với Omalizumab hay bất kỳ thành phần nào của thuốc.
  - Bệnh nhân bị nhiễm giun sán không đáp ứng với điều trị.
  - Thận trọng bệnh nhân bị bệnh tự miễn, các bệnh qua trung gian phức hợp miễn dịch hoặc suy gan, suy thận, phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

- + Khai thác tiền sử bệnh và làm xét nghiệm sàng lọc:
  - Tiền sử bệnh: nhiễm giun sán, bệnh tự miễn, các bệnh qua trung gian phức hợp miễn dịch, suy gan, suy thận, có thai và cho con bú...
  - Các xét nghiệm sàng lọc: công thức máu, ký sinh trùng: khi kết quả xét nghiệm tầm soát trong giới hạn bình thường, bệnh nhân sẽ được kê đơn để tiêm thuốc; khi kết quả xét nghiệm bất thường, cân nhắc giữa mức độ nặng của bệnh và tác dụng phụ do thuốc mang lại.
- + Liều dùng: 300 mg mỗi 4 tuần 1 lần. Có thể kiểm soát triệu chứng bệnh trên một số bệnh nhân với liều 150 mg mỗi 4 tuần 1 lần.
- + Theo dõi bệnh nhân: theo dõi bệnh nhân trong vòng 30 phút sau khi tiêm thuốc, nếu không xảy ra các tác dụng phụ (phát ban, ngứa, mày đay, tăng tiết mồ hôi, khô da, nhức đầu, chóng mặt, mất ngủ, buồn ngủ, buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng, khó tiêu, mệt mỏi, đau ngực, sốt, đau cơ, đau khớp, khó thở, đánh trống ngực, nhịp tim chậm...) thì cho bệnh nhân ra về và kèm theo lời dặn dò, hẹn lịch tiêm thuốc tiếp theo.
- + Theo dõi điều trị: đánh giá hiệu quả dựa trên điểm số về mức độ ngứa (ISS), điểm số hoạt động của mày đay UAS7, triệu chứng lâm sàng: phát ban, phù mạch, tự đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- Thời gian để đánh giá hiệu quả điều trị sau 3 tháng.

- Tầm soát nhiễm ký sinh trùng khi nghi ngờ hoặc mỗi 12 tháng.

- Khi kiểm soát được triệu chứng, cần tiếp tục duy trì phác đồ hiệu quả, sau đó đánh giá mỗi 3-6 tháng để điều chỉnh hoặc giảm liều dần.

- Corticoid dùng tối đa 10 ngày khi có cơn bùng phát.

- Dấu hiệu lâm sàng tái khám ngay: giống mày đay cấp.

- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà: giống mày đay cấp.

- Chỉ định cho mày đay tự phát mạn tính. Liều khuyến cáo 300 mg tiêm dưới da 4 tuần/1 lần. Có thể kiểm soát triệu chứng trên 1 số bệnh nhân với liều 150 mg, 4 tuần/1 lần. Sử dụng cho trẻ > 12 tuổi.

- Khi kiểm soát được triệu chứng, cần tiếp tục duy trì phác đồ hiệu quả, sau đó đánh giá mỗi 3-6 tháng để điều chỉnh hoặc giảm liều dần.

- Corticoid dùng tối đa 10 ngày khi có cơn bùng phát.



**CHƯƠNG X.**  
**DINH DƯỠNG – TIÊM CHỦNG**

# BIẾNG ĂN Ở TRẺ EM (R63.0)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng gặp khó khăn khi cho trẻ ăn, biểu hiện bằng ăn ít, khó ăn, khó nuốt, chỉ ăn một số loại thức ăn, sợ ăn. Tỷ lệ 20-43% ở trẻ nhỏ, 80-90% ở trẻ có bệnh lý nền.

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

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Biếng ăn bẩm sinh: hiếm gặp.
- Do bệnh lý: hay gặp nhất.
  - + Do bệnh lý cấp tính: tất cả các bệnh cấp tính của các cơ quan trong cơ thể đều có thể gây biếng ăn, nhất là bệnh lý vùng hầu họng và tiêu hóa, bệnh nhiễm trùng.
  - + Bệnh mạn tính.
  - + Bất dung nạp hoặc rối loạn chuyển hóa một số chất dinh dưỡng.
  - + Dị ứng thức ăn.
- Rối loạn nuốt: có thể do bệnh lý vùng miệng, hầu họng, thực quản hay bệnh lý thần kinh.
  - Tâm lý: ở trẻ nhỏ do bị ép ăn quá mức, do được quan tâm quá mức, bị bỏ rơi, trẻ ham chơi... Ở trẻ vị thành niên thường do ảnh hưởng của môi trường như quan niệm sống, hình ảnh thân tượng, ý kiến bạn bè...

- Chế độ ăn sai lầm: thức ăn không phù hợp về độ đặc, độ lợn cợn, thành phần các chất dinh dưỡng, cách cho ăn.
- Trẻ bình thường nhưng cha mẹ cho là biếng ăn. Bị ép ăn lâu ngày sẽ trở thành biếng ăn thực sự.

### **3. TIẾP CẬN TRẺ BIẾNG ĂN**

**3.1. Hỏi bệnh sử:** thời gian biếng ăn, kiểu biếng ăn, bệnh lý đi kèm (cấp tính, mạn tính, bệnh nền, bệnh bẩm sinh như bệnh lý gan, tụy, thận, tim, bệnh chuyển hóa, biểu hiện dị ứng các loại thức ăn, có biểu hiện dị ứng của da/hô hấp/tiêu hóa không...), thuốc đang sử dụng.

#### **3.2. Chế độ dinh dưỡng**

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

#### **3.3. Đánh giá mức độ tăng trưởng**

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

- Phát triển của hệ xương, răng, vận động.

**3.4. Cận lâm sàng:** để tìm bệnh nền, tìm bằng chứng thiếu chất dinh dưỡng, kém hấp thu hay rối loạn chuyển hóa các chất, các xét nghiệm tìm tác nhân gây dị ứng: test lấy da, đo IgE đặc hiệu, máu ần/phân, tìm Eosinophil/phân, sinh thiết tiêu hóa, nội soi tiêu hóa.

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

## 4. XỬ TRÍ

### 4.1. Theo nguyên nhân biếng ăn

- Do bệnh lý: điều trị bệnh lý cấp tính, xây dựng chế độ ăn phù hợp bệnh lý mạn tính và bệnh nền để tránh làm nặng thêm các rối loạn dinh dưỡng và chuyển hóa trong cơ thể. Phối hợp điều trị giữa chuyên khoa của bệnh nền và dinh dưỡng.

- Do dị ứng thức ăn, rối loạn chuyển hóa: tránh dị nguyên, tránh các chất không chuyển hóa/có khả năng tích tụ gây độc trong cơ thể, thay thế bằng các sữa/thực phẩm dinh dưỡng y học phù hợp (công thức amino acid, các loại acid amin chuyên biệt, sữa thủy phân hoàn toàn, sữa thủy phân bán phần, sữa đậm đặc nành, sữa đậm gạo, các chế phẩm cho rối loạn chuyển hóa...), bổ sung các chất dinh dưỡng thiếu hụt do chế độ ăn kiêng (các acid amin, peptid, acid béo, carbohydrate, chất xơ, các khoáng chất như canxi/sắt/kẽm/kali/natri/magne, vitamin và vi lượng).

- Do liên quan đến các rối loạn chức năng đường tiêu hóa (khó tiêu chức năng, đau bụng chức năng, Migraine thể

bụng, hội chứng ruột kích thích và ói chu kỳ): có thể sử dụng ciproheptadine 0,1-0,5 mg/kg/ngày, trẻ từ 9 tháng tuổi trở lên, tối đa 12 mg (2-6 tuổi) và 16 mg (7-14 tuổi) và thời gian tối đa 18 tháng.

- Do rối loạn chuyển hóa tại ty thể hay 1 số bệnh lý chuyển hóa acid béo chuỗi dài: bổ sung L carnitin 50-100 mg/kg/ngày.

- Do kém hấp thu tại ruột hoặc suy giảm chức năng tụy ngoại tiết: bổ sung men tụy (lipase, protease, pepsin, amylase, maltase, lactase).

- Do rối loạn nuốt: chế độ ăn phù hợp với khả năng nuốt của trẻ, tránh hít sặc, tập nhai nuốt, chất làm đặc, chất làm sệt. Khám phổi hợp điều trị với vật lý trị liệu.

- Rối loạn tiêu hóa và táo bón chức năng: cung cấp chất xơ, chất làm mềm phân trong bệnh nhân táo bón chức năng hoặc để cung cấp prebiotics cho hệ khuẩn ruột khỏe mạnh: bổ sung HMO, inulin, FOS, GOS, gum bean, macrogol PEG 3350 (mọi lứa tuổi) hoặc macrogol PEG 4000 (trẻ lớn).

- Trẻ có rối loạn khuẩn ruột do dùng kháng sinh hay các bệnh lý tiêu hóa đi kèm: bổ sung probiotics hoặc prebiotic giúp duy trì cân bằng hệ tiêu hóa. Các chủng probiotic được khuyến cáo:

+ Bifido bacterium: *B. coagulans*, *Bifidobacterium lactis*, *Bifidobacterium infantis*, *Bifidobacterium breve*, *Bifidobacterium bifidum*.

+ Lacto bacillus: *Lactobacillus rhamnosus GG*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *L. reuteri*, *L. plantarum*, *B. animalis*, *L. clausii*, *L. casei*, *L. gasseri*, *Bifidobacterium*

*longum, Lactobacillus helveticus, Lactobacillus GG, Lactobacillus crispatus.*

+ *Sacharomyces boulardii, S. cerevisiae.*

- Do tâm lý: tránh ép ăn hoặc quá nuông chiều trẻ. Để trẻ đói khi bắt đầu bữa ăn, không kéo dài bữa ăn, không cho ăn quá dày. Cho trẻ ăn cùng với gia đình hoặc cùng các trẻ khác. Nếu không cải thiện nên cho trẻ thay đổi môi trường nuôi dưỡng, tập kỷ luật ăn uống tốt hơn như cho đi nhà trẻ.

- Do chế độ ăn không phù hợp: tập dần chế độ ăn phù hợp với lứa tuổi và thói quen nhai nuốt, sở thích của trẻ.

- Học cách chế biến bột/cháo cho trẻ dưới 2 tuổi tại PK Dinh dưỡng vào các buổi sáng ngày làm việc trong tuần.

- Trẻ bình thường nhưng cha mẹ cho là biếng ăn: giai đoạn sớm chỉ cần giải thích cho cha mẹ về tốc độ tăng trưởng của trẻ, cho trẻ ăn theo nhu cầu lứa tuổi, tránh ép trẻ ăn quá mức. Giai đoạn muộn, cần phối hợp chuyên khoa dinh dưỡng để điều chỉnh các rối loạn dinh dưỡng và tâm lý trị liệu cho cha mẹ và trẻ.

- Biếng ăn tâm thần (chán ăn tâm thần hay cuồng ăn tâm thần): phối hợp dinh dưỡng và tâm lý. Đặt sonde nuôi ăn hoặc nuôi tĩnh mạch hỗ trợ trong giai đoạn đầu nếu quá suy kiệt.

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

- Bổ sung thức ăn phù hợp lứa tuổi, bổ sung thêm các thực phẩm giúp tăng đậm độ năng lượng (như MCT, LCT, maltose, Branched-Chain Amino Acid (BCAA) hay các loại đạm, công thức phục hồi suy dinh dưỡng tương đương F75, F100 hoặc năng lượng 1,2/1,5/2 kcal/ml) và dễ hấp thu. Pha

đặc sữa hoặc pha loãng sữa khi có chỉ định đặc biệt theo bệnh lý.

- Bổ sung thêm chất dinh dưỡng bị thiếu trong chế độ ăn hoặc do kém hấp thu.

- Thiếu chất bột đường/carbohydrat: bổ sung tinh bột, maltose dextrin, đường sucrose/dextrose tùy chẩn đoán bệnh.

- Thiếu lipid: thêm dầu ăn/dầu LCT, MCT, omega 3, omega 6, omega 9, DHA, AA, EPA, Milk Fat Globule Membrane (MFGM)... tùy nguyên nhân và bệnh lý đi kèm.

- Trẻ thiếu protein: cung cấp thêm đạm, lysin, acid amin thiết yếu khác. Cần cung cấp đủ năng lượng từ carbohydrat và lipid.

- + Bổ sung: chất đạm, acid amin phù hợp nhu cầu bệnh, acid amin chuỗi nhánh BCAA...

- Cung cấp kẽm và các vi lượng khác như đồng, selen, mangan... nếu có chán ăn, giảm đề kháng.

- Cung cấp sắt (sắt 2, sắt 3), acid folic nếu có thiếu máu dinh dưỡng. Sổ giun cho trẻ định kỳ hoặc khi có bằng chứng nhiễm giun.

- Cung cấp đủ vitamin tan trong dầu A, D, E, K1, K2 (menaquinon/MK7) và tan trong nước (vitamin nhóm B, vitamin C) nếu chế độ ăn không cân đối. Có thể dùng đơn chất hay phối hợp.

- Cung cấp canxi, magne, vitamin D (D2 hoặc D3), vitamin K2 (menaquinon/MK7): khi thiếu hụt, hướng dẫn phơi nắng chống còi xương khi có biểu hiện thiếu canxi hoặc còi xương.

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

- Khám dinh dưỡng nếu suy dinh dưỡng kèm bệnh nền, SDD từ mức độ trung bình trở xuống, có rối loạn ăn uống hoặc không cải thiện dinh dưỡng với chế độ ăn phù hợp tuổi.
- Khám tâm lý nếu có biếng ăn tâm thần, biếng ăn do bị ép giai đoạn trẻ.
- Khám vật lý trị liệu nếu có rối loạn nuốt.

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

#### **4.5. Hẹn tái khám**

- Sai lầm nuôi dưỡng nặng ở trẻ < 2 tuổi: tái khám sau 5 ngày.
- Biếng ăn kèm SDD cấp tính: 2-4 tuần tùy theo mức độ SDD cấp tính.
- Biếng ăn kèm SDD mạn di chứng: tái khám mỗi 1-3 tháng.



# **PHỤC HỒI DINH DƯỠNG TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT, SUY DINH DƯỠNG (Z13.2)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Chậm tăng trưởng thể chất, suy dinh dưỡng: là tình trạng cân nặng, chiều cao hoặc tốc độ tăng trưởng của trẻ chậm hơn chuẩn của tuổi và giới. Suy dinh dưỡng có thể là cấp tính, mạn tính (di chứng) hay mạn tiến triển và chia các mức độ nhẹ, trung bình, nặng.

Để bắt kịp tăng trưởng: tốc độ tăng trưởng (growth velocity) cần cao hơn so với tốc độ tăng trưởng bình thường của tuổi hiệu chỉnh.

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

## **2. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY CHẬM TĂNG TRƯỞNG, SUY DINH DƯỠNG**

### **2.1. Sai lầm trong nuôi dưỡng**

- Không cho bú mẹ đầy đủ, cai sữa sớm.
- Nuôi dưỡng không đúng phương pháp khi thiếu/không có sữa mẹ.
- Cho ăn dặm sai: thiếu số lượng hoặc chất lượng các chất dinh dưỡng.
- Cho ăn dặm quá sớm: trước 4 tháng tuổi.

- Kiêng ăn khi trẻ bệnh, chỉ cho ăn cháo muối, cháo đường kéo dài.

## **2.2. Do bệnh lý**

- Bệnh nhiễm trùng: nhiễm khuẩn đường hô hấp, tiêu hóa tái phát, biến chứng hậu sỏi, ly, tiêu chảy kéo dài...

- Bệnh không nhiễm trùng: rối loạn chuyển hóa hoặc

- + Bệnh làm tăng nhu cầu chuyển hóa: cường giáp, bỏng, phẫu thuật, chấn thương, bệnh lý dùng corticoid...

- + Bệnh làm mất chất dinh dưỡng, kém hấp thu:

- Qua đường ruột: bệnh ruột mất đạm, hội chứng ruột ngắn, cắt dạ dày hay ruột non, cắt nối ruột, dò đường tiêu hóa, bệnh lý kém hấp thu, tiêu chảy nặng hoặc kéo dài, suy tụy, dị ứng thức ăn, dị ứng đạm sữa bò...

- Qua thận: hội chứng thận hư, lọc thận...

- Đường khác: vết thương hở, dẫn lưu áp-xe, tràn dịch màng phổi dịch tiết...

- + Các bệnh lý mạn tính: tiểu đường, suy thận mạn, suy tim, bệnh gan mạn, viêm loét dạ dày, viêm khớp mạn, chậm phát triển tâm thần vận động, động kinh, hôn mê kéo dài...

## **2.3. Yếu tố thuận lợi**

- Trẻ sinh non, suy dinh dưỡng bào thai, có bệnh nền.

- Trẻ bị dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa, tim mạch, thần kinh, bệnh lý nhiễm sắc thể, bất thường gen, rối loạn chuyển hóa...

- Trẻ được nuôi dưỡng trong môi trường kém vệ sinh. Trẻ không được chủng ngừa theo lịch, nhất là đối với các bệnh bắt buộc.

### 3. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN CHẬM TĂNG TRƯỞNG, SUY DINH DƯỠNG

**3.1. Cân, đo, đánh giá tốc độ tăng trưởng, phân loại suy dinh dưỡng:** cấp, mạn, mạn tiến triển, mức độ nhẹ (dựa suy dinh dưỡng), trung bình, nặng, chậm lên cân, chậm tăng chiều cao... so với chuẩn theo tuổi và giới, với chiều cao trung bình của cha mẹ khi trưởng thành (đánh giá tiềm năng di truyền).

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

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

**Bảng 1.** Phân độ suy dinh dưỡng theo nhân trắc

Chỉ số	BT > -2SD	Trung bình (độ 1) ≤ -2SD đến - 3SD	Nặng (độ 2) ≤ -3SD đến -4SD	Rất nặng (độ 3) ≤ -4SD
CN/T	> 80%	71-80%	61-70%	≤ 60%
CC/T	> 90%	86-90%	81-85%	
CN/CC	> 80%	71-80%	61-70%	≤ 60%

**Bảng 2.** Phân loại suy dinh dưỡng theo tiến triển

		<b>CN/CC</b>	
		<b>≥ 80%</b>	<b>&lt; 80%</b>
CC/T	≥ 90%	Trẻ bình thường	Suy dinh dưỡng cấp (SDD thể gầy mòn)
	< 90%	SDD mạn di chứng (SDD thể còi cọc)	SDD mạn tiến triển (SDD thể gầy mòn và còi cọc)

**Bảng 3.** Phân loại suy dinh dưỡng theo các thể nặng

		<b>Phù</b>	
		<b>Có</b>	<b>Không</b>
CN/T	60-80%	Kwashiorkor	SDD độ I-II
	< 60%	Maramus-Kwashiorkor	Marasmus

**Bảng 4.** Phân loại suy dinh dưỡng bào thai

<b>SDD</b>	<b>Nhẹ</b>	<b>Vừa</b>	<b>Nặng (1)</b>
Cân nặng	< 2.500 g	↓	↓↓
Chiều dài	BT (48-50 cm)	↓	↓↓
Vòng đầu	BT (34-35 cm)	BT	↓

### 3.2. Xác định nguyên nhân và yếu tố thuận lợi gây chậm tăng trưởng, suy dinh dưỡng

### 3.3. Phân cấp điều trị

#### 3.3.1. Tiêu chuẩn nhập cấp cứu

- Shock.
- Hạ đường huyết: đường huyết < 3 mmol/l.
- Hạ thân nhiệt: nếu nhiệt độ ở nách < 35°C. → ủ ấm, chiếu đèn, kháng sinh thích hợp.

- Thiếu máu rất nặng: truyền máu nếu Hb < 4 g/dl hoặc Hb từ 4-6 g/dl nhưng có suy hô hấp. Truyền chậm hơn bình thường: 10 ml/kg, truyền > 3 giờ, furosemide 1 mg/kg lúc bắt đầu truyền.

- Mất nước nặng: hay bị đánh giá quá mức ở trẻ SDD  
→ chỉ bù đường tĩnh mạch nếu có shock.

- Nhiễm trùng nặng.

### **3.3.2. Tiêu chuẩn nhập viện: SDD vừa hoặc nặng có biến chứng**

- SDD nặng ở trẻ < 6 tháng tuổi.

- SDD nặng ở trẻ trên 6 tháng tuổi nghi ngờ do nguyên nhân thực thể cần tìm thêm.

- SDD rất nặng.

- SDD kèm mù, loét giác mạc.

- SDD kèm thiếu máu nặng.

- SDD nặng điều trị ngoại trú không hiệu quả.

### **3.3.3. Điều trị ngoại trú và hẹn tái khám**

- Tất cả trường hợp SDD vừa và nặng nên được phối hợp điều trị với bác sĩ dinh dưỡng.

+ Thiếu máu dinh dưỡng: điều trị viên sắt + xỏ giun nếu trong vòng 4-6 tháng chưa xỏ.

→ Hướng dẫn chế độ ăn. Tái khám sau 14 ngày.

+ Sau 14 ngày: cho viên sắt, dặn tái khám sau 14 ngày để lấy thêm thuốc.

+ Tiếp tục uống viên sắt, mỗi đợt 14 ngày thêm 2 tháng.

- + Nếu sau 2 tháng, lòng bàn tay vẫn nhợt → khám chuyên khoa huyết học.
- SDD nặng không cần nhập viện: đánh giá các vấn đề nuôi dưỡng.
  - Hướng dẫn chế độ ăn. Tái khám sau 14 ngày.
  - + Tái khám sau 5 ngày nếu có vấn đề về nuôi dưỡng.
  - + Sau 14 ngày: tham vấn các vấn đề nuôi dưỡng đã phát hiện. Khám lại sau 1 tháng nếu CN/CC  $\geq$  -1SD, khám hàng tháng cho đến khi trẻ ăn tốt, tăng cân đều, hoặc hết SDD.
- SDD vừa, nhẹ và chậm tăng trưởng: đánh giá các vấn đề nuôi dưỡng.
  - Hướng dẫn chế độ ăn. Tái khám sau 1 tháng.
  - + Tái khám sau 5 ngày nếu có vấn đề về nuôi dưỡng.

#### **4. ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI DINH DƯỠNG TẠI NGOẠI TRÚ**

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

##### **4.1. Tính năng lượng và protein trong giai đoạn phục hồi**

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

- Cung cấp đầy đủ protein (tối đa gấp đôi), năng lượng (tối đa gấp 1,5 lần) và các khoáng chất, vi chất dinh dưỡng cho nhu cầu phục hồi.

- Dùng các chất bổ sung làm tăng đậm độ năng lượng (maltose dextrin, MCT, LCT, đạm...) và tăng số lượng thức ăn, số bữa ăn trong ngày, pha đặc sữa khi có chỉ định. Bổ sung các acid amin thiết yếu, acid béo thiết yếu, carbohydrate còn thiếu, chất xơ theo nhu cầu, probiotics đủ hàm lượng để tăng cường miễn dịch và cải thiện sức khỏe đường tiêu hóa. Dùng công thức sữa cao năng lượng 0,75-0,82-1-1,2-1,5 kcal/ml.

$$\text{Năng lượng hoặc protein cho phục hồi} = \frac{\text{RDA cho tuổi CN (per 50th)} \times \text{CN lý tưởng cho chiều cao}}{\text{Cân nặng thực tế}}$$

Tăng chậm trong 1-2 tuần đầu, sau đó mới tăng nhanh để tránh rối loạn trong cơ thể (refeeding syndrome).

Ví dụ: bệnh nhân nam 10 tuổi CN 20,5 kg (tương đương 6 tuổi), chiều cao 122 cm (tương đương 7 tuổi), CN lý tưởng của 7 tuổi là 23 kg.

Nhu cầu năng lượng hàng ngày = 1.000 + (50 x 10) + (20 x 0,5) = 1.510 kcal/ngày.

Năng lượng phục hồi dinh dưỡng = 1.510 kcal x 23/20,5 = 1.694,1 kcal/ngày.

## 4.2. Cung cấp vitamin và khoáng chất: theo Bảng Nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng quốc gia Việt Nam.

Tuổi	Năng lượng	Protid g	Chất khoáng		Vitamin				
			Ca mg	Fe mg	A mcg	B1 mg	B2 mg	PP mg	C mg
<b>Trẻ &lt; 1 tuổi</b>									
3-6 th	<b>620</b>	21	300	10	325	0,3	0,3	5	30
6-12 th	<b>820</b>	23	500	11	350	0,4	0,5	5,4	30
<b>Trẻ nhỏ</b>									
1-3 t	<b>1.300</b>	28	500	6	400	0,8	0,8	9	35
4-6 t	<b>1.600</b>	36	500	7	400	1,1	1,1	12,1	45
7-9 t	<b>1.800</b>	40	500	12	400	1,3	1,3	14,5	55
<b>Nam thiếu niên</b>									
10-12t	<b>2.200</b>	50	700	12	500	1	1,6	17,2	65
13-15t	<b>2.500</b>	50	700	18	600	1,2	1,7	19,1	75
16-18t	<b>2.700</b>	65	700	11	600	1,2	1,8	20,3	80
<b>Nữ thiếu niên</b>									
10-12t	<b>2.100</b>	50	700	12	500	0,9	1,4	15,5	70
13-15t	<b>2.200</b>	55	700	20	600	1	1,5	16,4	75
16-18t	<b>2.300</b>	60	600	24	500	0,9	1,4	15,2	80

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

- Hàm lượng canxi trong 1 số thuốc thường dùng và chế phẩm sữa:

- + Calci corbiere/Calci D ống 5 ml: 45 mg canxi nguyên tố/ống.
- + Calci D viên 500 mg (canxi carbonate): 200 mg canxi nguyên tố/viên.
- + Calci D viên 500 mg (canxi gluconate): 50 mg canxi nguyên tố/viên.



- + Sữa công thức 1: 40 mg/100 ml.
- + Sữa công thức 2: 60-70 mg/100 ml.
- + Sữa công thức 3/sữa tươi/yaourt: 100-120 mg/100 ml.
- + Sữa tách béo: 120-170 mg/100 ml.
- + Sữa non tháng: 80-100 mg/100 ml.
- Một số vitamin và khoáng chất khác:
  - + Trong SDD nặng (CN/T < -3SD):
    - Sắt: 3-5 mg/kg/ngày, khi kiểm soát được nhiễm trùng.
    - Kẽm: (0,5-1 mg/kg/ngày, tối đa 10 mg ở trẻ nhỏ và 10-20 mg/ngày ở trẻ vị thành niên, tối đa 20 mg).
    - Đồng: 0,2 mg/kg/ngày.
    - Vitamin A: < 1 tuổi: 100.000 đơn vị,  
> 1 tuổi: 200.000 đơn vị.
    - Sau 4-6 tháng, có thể lặp lại liều trên.
    - Hoặc 5.000 đơn vị/ngày.
    - Acid folic: 1 mg/ngày (riêng ngày đầu cho 5 mg).
    - Vitamin D: 10-15 µg/ngày hoặc theo phác đồ còi xương.
    - Kali: 0,5-1 g/ngày ở trẻ < 1 tuổi, trẻ > 1 tuổi liều gấp đôi, trong 2 tuần.
    - Mg: 0, 25-0,5 g/ngày.
    - Trong SDD vừa (CN/T < -2SD) và chậm tăng trưởng: bổ sung thêm nếu có chán ăn, giảm ăn, giảm bú.

- Bổ sung vitamin và vi lượng: thường sử dụng multivitamin theo RDA hoặc đơn vitamin liều cao trong giai đoạn tấn công (vit A, D, K, B1, PP, folic, B12, C...).
- Bổ sung sắt: khi có thiếu sắt trong chế độ ăn (0,5-1 mg/kg/ngày) hoặc thiếu máu thiếu sắt (3-5 mg/kg/ngày) và kiểm soát được nhiễm trùng nặng.
- Bổ sung kẽm: cho thường quy, đảm bảo RDA giúp tăng cân tốt (0,5-1 mg/kg/ngày, tối đa 10 mg ở trẻ nhỏ và 10-20 mg/ngày ở trẻ vị thành niên, tối đa 20 mg), không bổ sung dư.
- Bổ sung Kali, Magne nếu cung cấp thiếu.

### 4.3. Các hỗ trợ khác

- Sử dụng các thực phẩm bổ sung phù hợp tình trạng dinh dưỡng và bệnh lý: sữa lactose free/maltose trong bất dung nạp lactose, sữa thủy phân hoặc công thức acid amin cho trẻ dị ứng/kém hấp thu/sdd nặng, sữa non tháng hoặc chất làm giàu sữa mẹ (HMF) cho trẻ sinh non, sữa cao năng lượng cho suy dinh dưỡng, sữa tách béo cho trẻ dư cân/béo phì/rối loạn dung nạp chất béo, các công thức đặc biệt cho rối loạn chuyển hóa, tăng cường chất xơ cho trẻ táo bón, Probiotics cho trẻ rối loạn khuẩn ruột/miễn dịch kém/dung nạp kém, sữa chống trào ngược cho trẻ trào ngược dạ dày-thực quản, BCAA cho bệnh gan mạn, acid amin thiết yếu cho bệnh thận...

- Sử dụng men tụy, men tiêu hóa cho các trường hợp thiếu men tụy, kém hấp thu thức ăn, dùng liều thấp và không

dùng kéo dài. Khám tiêu hóa và dinh dưỡng nếu có chỉ định dùng men tụy liều cao hoặc dùng kéo dài.

- Giải quyết nguyên nhân gây chậm tăng trưởng, gửi khám chuyên khoa có liên quan.

- Giải thích và huấn luyện cách chăm sóc trẻ, chế độ ăn phù hợp, cách phát hiện dấu hiệu nặng và tái khám đúng cho người chăm sóc trẻ.

#### **4.4. Hẹn tái khám**

- Trẻ < 2 tuổi có sai lầm nuôi dưỡng: tái khám sau 5 ngày.

- SDD nặng: mỗi 2 tuần/tháng đầu, khi CN/CC  $\geq$  -1 SD: tái khám mỗi tháng.

- SDD vừa: tái khám hàng tháng và có thể sớm hơn tùy theo bệnh trạng. Sau vài tháng trẻ phục hồi tốt, gia đình ở xa, có thể hẹn tái khám sau 2-3 tháng.

- Nếu trẻ đã phục hồi hoàn toàn, gia đình không có điều kiện tái khám, hướng dẫn cho trẻ khám và theo dõi tại địa phương.

# TIÊM CHỦNG

## 1. ĐỊNH NGHĨA

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

## 2. CÁC CHƯƠNG TRÌNH TIÊM CHỦNG

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

### 2.1. Lịch tiêm chủng quốc gia

Tháng tuổi	SS	2 th	3 th	4 th	9 th	12 th	18 th	24 th
Lao	X							
Viêm gan siêu vi B	X	X	X	X				
Bạch hầu-Uốn ván-Ho gà-Bại liệt-Hib		X	X	X				
Sởi					X			
Sởi-Rubella							X	
Bạch hầu-Uốn ván-Ho gà							X	
Viêm não Nhật Bản						X-X		X

## 2.2. Lịch tiêm chủng dịch vụ

<b>NGŨA BỆNH</b>	<b>TUỔI</b>	<b>LỊCH TIÊM</b>
<b>Viêm màng não mủ và các nhiễm trùng do Hib</b>	Từ 2 tháng đến 5 tuổi	Từ 2-6 tháng: tiêm 3 liều liên tiếp cách nhau 1 đến 2 tháng; mũi tiêm nhắc cách mũi tiêm thứ ba 12 tháng. Từ 7-12 tháng: tiêm 2 liều liên tiếp cách nhau 1 đến 2 tháng; mũi tiêm nhắc cách mũi tiêm thứ ba 12 tháng. Trẻ trên 12 tháng đến 5 tuổi: chỉ tiêm 1 liều duy nhất.
<b>Viêm màng não, viêm phổi, viêm tai giữa... do phế cầu</b>	Từ 2 tháng trở lên	Từ 2-6 tháng: tiêm 3 liều liên tiếp cách nhau 1 tháng; mũi tiêm nhắc cách mũi tiêm thứ ba 6 tháng. Từ 7-11 tháng: tiêm 2 liều liên tiếp cách nhau 1 tháng; mũi tiêm nhắc vào năm tuổi thứ hai. Trẻ từ 12 tháng đến 5 tuổi: tiêm 2 liều cách nhau 2 tháng.
<b>Tiêu chảy do Rotavirus</b>	Từ 6 tuần tuổi đến 8 tháng tùy loại thuốc sử dụng	Tùy theo loại thuốc, trẻ sẽ được uống 2 hoặc 3 liều: khoảng cách giữa các liều ít nhất là 4 tuần
<b>Cúm mùa</b>	Từ 6 tháng	Lần 1: bắt đầu lúc trẻ 6 tháng tuổi Lần 2: cách lần thứ nhất 4 tuần (áp dụng cho những trẻ tiêm lần 1 < 9 tuổi) Nhắc: 1 liều mỗi năm
<b>Viêm não Nhật Bản B</b>	bắt đầu từ 9 hoặc 12	Tùy theo loại thuốc tiêm

	tháng tùy theo loại thuốc tiêm	
<b>Thủy đậu (Trái rạ)</b>	Từ 12 tháng	Tùy theo loại thuốc trẻ sẽ được tiêm 1 hoặc 2 liều
<b>Viêm gan siêu vi A</b>	Từ 12 tháng	Tiêm 2 liều cách nhau từ 6 đến 18 tháng
<b>Sởi-Quai bị-Rubella</b>	Từ 12 tháng	Tiêm 2 liều cách nhau từ 3 đến 6 năm
<b>Viêm màng não do não mô cầu</b>	Tùy theo loại thuốc tiêm	Tùy theo loại thuốc tiêm
<b>Thương hàn</b>	Từ 24 tháng	Tiêm 1 liều mỗi 3 năm
<b>Ung thư cổ tử cung</b>	Từ 9 tuổi	Tiêm 3 liều. Lịch tiêm tùy theo loại thuốc tiêm
<b>Dại</b>		Tiêm 3 hoặc 5 liều tùy theo tình trạng vết thương và tình trạng vật cắn (các ngày tiêm theo lịch 0-3-7-14-28)

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ TẠM HOÃN TIÊM NGỪA

#### 3.1. Trẻ $\geq$ 1 tháng tuổi

##### 3.1.1. Các trường hợp chống chỉ định

- Có tiền sử sốc hoặc phản ứng nặng sau tiêm chủng vắc xin lần trước (có cùng thành phần): sốt cao trên 39°C kèm co giật hoặc dấu hiệu não/màng não, tím tái, khó thở.

- Suy giảm miễn dịch (bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh, trẻ nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng IV hoặc có biểu hiện suy giảm miễn dịch nặng) chống chỉ định tiêm chủng các vắc xin sống giảm độc lực.

- Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

### **3.1.2. Các trường hợp tạm hoãn tại bệnh viện**

- Có tình trạng suy chức năng các cơ quan (như suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy tim, suy thận, suy gan, hôn mê...). Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

- Trẻ mắc các bệnh cấp tính, các bệnh nhiễm trùng. Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

- Trẻ sốt  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  hoặc hạ thân nhiệt  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  (đo nhiệt độ tại nách).

- Trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng (trừ kháng huyết thanh viêm gan B): tạm hoãn tiêm chủng vắc xin sống giảm độc lực.

- Trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) liều cao (trung đương prednison  $\geq 2$  mg/kg/ngày), hóa trị, xạ trị trong vòng 14 ngày: tạm hoãn tiêm chủng vắc xin sống giảm độc lực.

- Trẻ mắc các bệnh tim bẩm sinh hoặc mạn tính kèm theo tăng áp lực động mạch phổi ( $\geq 40$  mmHg).

- Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

## **3.2. Trẻ sơ sinh**

### **3.2.1. Các trường hợp chống chỉ định**

- Không tiêm vắc xin BCG cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV mà mẹ không được điều trị dự phòng tốt lây truyền từ mẹ sang con.

- Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

### **3.2.2. Các trường hợp tạm hoãn tại bệnh viện**

- Trẻ có chỉ định cấp cứu. Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

- Trẻ sốt  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  hoặc hạ thân nhiệt  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  (đo nhiệt độ tại nách), tiêm chủng khi thân nhiệt của trẻ ổn định.

- Trẻ có tuổi thai < 28 tuần. Tiêm chủng vắc xin viêm gan B khi trẻ đủ 28 tuần tuổi (tính cả tuổi thai).

- Trẻ có tuổi thai < 34 tuần tạm hoãn tiêm vắc xin BCG. Tiêm chủng khi trẻ đủ 34 tuần tuổi (tính cả tuổi thai).

- Trẻ có cân nặng < 2.000 g mà mẹ có HbsAg (-). Trường hợp mẹ có HbsAg (+) hoặc không xét nghiệm cho mẹ thì cần tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ.

- Trẻ mắc các bệnh tim bẩm sinh có tăng áp lực động mạch phổi ( $\geq 40$  mmHg).

- Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

### **3.3. Một số lưu ý khi khám sàng lọc trước tiêm chủng tại bệnh viện**

#### **3.3.1. Trẻ có tiền sử dị ứng với vắc xin hoặc nghi ngờ dị ứng với vắc xin**

- Nếu trẻ có bằng chứng dị ứng với loại vắc xin tiêm lần trước: không tiêm chủng cho trẻ.

- Trẻ có tiền sử nghi ngờ dị ứng với vắc xin: khám, đánh giá nguyên nhân và mức độ dị ứng.



### **3.3.2. Trẻ có vàng da sơ sinh**

- Không chống chỉ định và không tạm hoãn tiêm chủng đối với trường hợp vàng da sinh lý có nồng độ bilirubin huyết thanh  $\leq 7$  mg/dL. Trong trường hợp không thực hiện xét nghiệm thì dựa vào phân vùng vàng da Krammer.

- Tạm hoãn tiêm chủng với trường hợp vàng da bệnh lý hoặc vàng da sinh lý có nồng độ bilirubin máu  $> 7$  mg/dL.

### **3.3.3. Trẻ đẻ non hoặc nhẹ cân so với tuổi, suy dinh dưỡng, mỡ đẻ**

- Không có chống chỉ định và không tạm hoãn tiêm chủng đối với trẻ có cân nặng  $\geq 2.000$  g hoặc mỡ đẻ. Thực hiện tiêm chủng đúng lịch cho trẻ.

- Không có chống chỉ định và không tạm hoãn tiêm chủng vắc xin viêm gan B đối với trẻ sinh non có tuổi thai 28-36 tuần.

- Không có chống chỉ định và không tạm hoãn tiêm chủng vắc xin BCG đối với trẻ sinh non có tuổi thai 34-36 tuần. Tính tuổi của trẻ để xác định ngày tiêm chủng theo ngày tháng năm sinh của trẻ.

### **3.3.4. Trẻ đang điều trị kháng sinh**

- Khám, đánh giá lý tình trạng bệnh lý, nếu trẻ không có chống chỉ định hoặc tạm hoãn: thực hiện tiêm chủng cho trẻ theo lịch.

### ***3.3.5. Trẻ nhiễm hoặc nghi nhiễm HIV nhưng chưa ở trong giai đoạn AIDS***

- Nếu trẻ không có các chống chỉ định hoặc tạm hoãn, tiêm chủng cho trẻ theo lịch kể cả vắc xin sống giảm độc lực.

### ***3.3.6. Trẻ có bệnh bẩm sinh hoặc bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, gan, thận, máu, ung thư, thần kinh***

- Nếu tình trạng bệnh của trẻ đang ở giai đoạn ổn định, trẻ không ở trong tình trạng cấp tính, không có chỉ định can thiệp điều trị cấp cứu: không chống chỉ định hoặc tạm hoãn tiêm chủng. Thực hiện tiêm chủng cho trẻ theo lịch.

- Nếu trẻ thiếu yếu tố đông máu: truyền yếu tố đông máu bị thiếu trước khi tiêm chủng.

## **4. MỘT SỐ VẤN ĐỀ LƯU Ý**

- Viêm gan siêu vi B: ngoài lịch tiêm ngừa viêm gan siêu vi B trong chương trình tiêm chủng quốc gia vừa nêu trên còn các lịch tiêm ngừa viêm gan siêu vi khác như phác đồ 0-2-4; phác đồ 0-1-6.

- Khoảng cách giữa 2 vaccine sống giảm độc lực là 4 tuần.

- Khoảng cách giữa các lần tiêm nếu dài hơn khoảng cách được khuyến cáo, sẽ làm chậm lại đáp ứng miễn dịch nhưng không làm giảm đáp ứng bảo vệ sau cùng.

# **DỊ ỨNG THỨC ĂN (T78.1)**

## **1. ĐỊNH NGHĨA**

Dị ứng thực phẩm là ảnh hưởng bất lợi cho sức khỏe do đáp ứng miễn dịch đặc hiệu xảy ra sau khi tiếp xúc một loại dị nguyên thực phẩm (hầu hết là protein).

Thực phẩm được định nghĩa là tất cả các chất đã qua chế biến hoặc tươi sống, bao gồm cả các loại thức uống, kẹo cao su, phụ gia thực phẩm, các chất bổ sung vào chế độ ăn (không bao gồm thuốc, thuốc lá, mỹ phẩm).

Có thể qua trung gian IgE (mày đay, phù mạch, khò khè, sốc phản vệ, ói...), không liên quan IgE (viêm dạ dày ruột do dị ứng thức ăn, viêm đại tràng dị ứng, viêm da tiếp xúc, nhiễm hemosidero phổi...) hay dạng hỗn hợp (viêm da cơ địa, viêm dạ dày ruột tăng eosinophil...).

Khác với các phản ứng bất lợi với thực phẩm không do cơ chế miễn dịch (bất dung nạp, kém hấp thu, ngộ độc...).

## **2. NGUYÊN NHÂN**

- Các thực phẩm gây dị ứng phổ biến nhất: sữa bò, đậu phộng, trứng, lúa mì, các loại hạt, sữa đậu nành, sò, cá, tôm... Tỷ lệ chung 4-8% trẻ em, tỷ lệ ngày càng tăng hơn.

- Có dị ứng chéo giữa các thức ăn, tuổi khởi phát và cải thiện dị ứng cũng khác nhau:

**Bảng.** Đặc điểm các loại dị ứng thức ăn và phản ứng chéo giữa các dị nguyên

Thức ăn	Tuổi khởi phát	Phản ứng chéo	Tuổi cải thiện
Lòng trắng trứng gà	6-24 tháng	Các loại lòng trắng trứng khác	7 tuổi (75% cải thiện)
Sữa bò	6-12 tháng	Sữa dê, sữa cừu, sữa trâu	5 tuổi (76% cải thiện)
Đậu phộng	6-24 tháng	Đậu lăng, các loại hạt (hạt điều...)	Dai dẳng (20% hết sau 5 tuổi)
Cá	Trẻ lớn và người lớn	Các loại cá khác	Dai dẳng
Sò	Người lớn	Các loại sò	Dai dẳng
Lúa mì	6-24 tháng	Các loại hạt có chứa gluten	5 tuổi (80% cải thiện)
Đậu nành	6-24 tháng	Các loại legume khác	2 tuổi (60% cải thiện)
Kiwi	Mọi tuổi	Chuối, bơ	Không rõ
Táo, lê, cà rốt	Thanh thiếu niên	Phấn hoa, trái cây khác	Không rõ

### 3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Hỏi bệnh sử

- Các biểu hiện của dị ứng và mức độ nặng.
- Loại thực phẩm nào nghi ngờ khởi phát các triệu chứng dị ứng, số lượng, nấu chín hay ăn sống.
- Thực phẩm nghi ngờ dị ứng có gây ra các triệu chứng dị ứng sau mỗi lần ăn không?

- Thời gian từ lúc ăn đến lúc xuất hiện triệu chứng lâm sàng?
- Các yếu tố thúc đẩy (gắng sức, chơi thể thao, nhiễm virus, các loại thuốc NSAIDs...).
- Các phương pháp điều trị trước đây là gì? Thời gian điều trị trong bao lâu?
- Các biểu hiện dị ứng khác đi kèm: hen, viêm da cơ địa, viêm mũi dị ứng, viêm ruột, trào ngược dạ dày-thực quản...
- Tiền sử dị ứng gia đình (chàm, viêm da cơ địa, hen...).
- Khai thác về chế độ ăn của trẻ, triệu chứng nôn ói sau bú, tính chất phân...
- Tốc độ tăng cân của trẻ.

**3.2. Khám lâm sàng:** biểu hiện rất đa dạng, nhưng cũng có khi kín đáo

<b>Cơ quan đích</b>	<b>Triệu chứng quá mẫn nhanh</b>	<b>Triệu chứng quá mẫn chậm</b>
Da	Ngứa, mề đay, phát ban dạng sởi, phù mạch	Ưng đỏ, ngứa, phù mạch, phát ban dạng sởi, ban dạng chàm
Mắt	Ngứa mắt, phù quanh hốc mắt, chảy nước mắt, đỏ kết mạc	Ngứa, chảy nước mắt, phù quanh hốc mắt
Đường hô hấp trên	Sung huyết mũi, ngứa, chảy nước mũi, hắt hơi, phù thanh quản, khó thở thanh quản, ho	Viêm mũi dị ứng
Đường hô hấp dưới	Ho, khò khè, khó thở, tái phát thường xuyên hoặc dai dẳng	Ho, khò khè, khó thở

Đường tiêu hóa	Phù môi lưỡi, khẩu cái, ngứa miệng, buồn nôn, đau bụng co thắt, trào ngược, tiêu chảy	Buồn nôn, nôn, đau bụng, trào ngược, tiêu phân đàm máu, kích thích, từ chối ăn, chậm tăng trưởng
Tim mạch	Nhịp tim nhanh, tụt HA, ngất	
Triệu chứng khác	Co thắt đường niệu Cảm giác sắp chết	

### 3.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm không đặc hiệu: CTM, soi phân, máu ẩn/phân, Fe huyết thanh, X quang phổi, siêu âm bụng, TOGD, nội soi tiêu hóa khi nghi ngờ viêm thực quản tăng Eosinophil nặng hoặc chẩn đoán phân biệt với IBD hoặc tìm nguyên nhân khác...

- Xét nghiệm đặc hiệu: chọn thực phẩm để xét nghiệm dựa vào tiền sử dị ứng loại thức ăn nào và biểu hiện nhanh/chậm.

- + Định lượng kháng thể IgE đặc hiệu của thức ăn trong huyết thanh: giúp xác định loại thực phẩm gây dị ứng hoặc thức ăn bị miễn cảm, kết quả không bị ảnh hưởng bởi sử dụng thuốc.
- + Test lấy da (skin-prick test): xác định thực phẩm gây đáp ứng miễn dịch qua trung gian IgE. Độ nhạy cao (75-95%), tỷ lệ (+) giả cao, bị ảnh hưởng bởi thuốc kháng dị ứng và kháng viêm nếu có sử dụng.
- + Loại thực phẩm nghi ngờ gây dị ứng trong chế độ ăn (Food elimination diet): loại bỏ 1 hoặc một vài loại thức ăn giúp xác định thức ăn gây dị ứng, đặc biệt là những thức ăn gây dị ứng không qua trung gian IgE.

- + Test thử thực phẩm bằng đường miệng (Food oral challenges): có giá trị để xác định hoặc loại trừ dị ứng thực phẩm, thử nghiệm thức ăn mù đôi có đối chứng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dị ứng thức ăn. Tuy nhiên, có thể khó khăn với dạng quá mẫn chậm.
- + Test áp da (Atopy patch test): có thể + trong dị ứng non-IgE.

## 4. ĐIỀU TRỊ

**4.1. Loại bỏ thức ăn gây dị ứng:** tùy biểu hiện và loại dị ứng, loại bỏ các thức ăn gây dị ứng và có thể gây dị ứng chéo. Tránh ăn kiêng quá mức nếu thức ăn chưa gây dị ứng rõ.

**4.2. Dùng thực phẩm thay thế:** nhất là nhóm thực phẩm quan trọng với trẻ em như sữa, trứng, các loại hạt, hải sản, lúa mì...

- Dị ứng sữa bò:
  - + Bú mẹ hoàn toàn và mẹ kiêng thức ăn có chứa đạm sữa bò.
  - + Không bú mẹ hoàn toàn: sử dụng sữa giảm dị ứng như công thức amino acid (AAF), sữa thủy phân tối đa (EHF), sữa đạm đậu nành, sữa đạm gạo, 1 số trường hợp chỉ dị ứng casein có thể dùng công thức whey thủy phân bán phần (whey PHF).

- Trong viêm thực quản trào ngược tăng Eosinophil: khởi đầu bằng kiêng các thức ăn có nguy cơ dị ứng trong 6 tuần (sữa bò, lúa mì, trứng, đậu nành, các loại hạt họ đậu

phộng, cá và nhuyễn thể, ở người lớn và trẻ lớn có thể có thêm cà chua, cà rốt và hành tây), sau đó thử lại.

\* **Bảng.** Lựa chọn sữa thay thế trong dị ứng sữa bò

	<b>Úc</b>		<b>DRACMA</b>		<b>ESPGHAN</b>	
	Lựa chọn 1	Lựa chọn 2	Lựa chọn 1	Lựa chọn 2	Lựa chọn 1	Lựa chọn 2
Biểu hiện tiêu hóa	eHF Đậu nành (nếu > 6 tháng tuổi)	AAF eHF	eHF	AAF	eHF	AAF
Viêm đại tràng	eHF	AAF	-	-	eHF	AAF
Viêm thực quản tăng Eosinophil	AAF		AAF		AAF	
Biểu hiện nhanh	eHF Đậu nành (nếu > 6 tháng tuổi)	AAF eHF	eHF	AAF Đậu nành	eHF	AAF
FPIES	eHF	AAF	eHF	AAF	eHF	AAF
Chàm cơ địa	eHF Đậu nành	AAF eHF	eHF	AAF	eHF	AAF
Mày đay	-	-	eHF	AAF Đậu nành	eHF	AAF
Táo bón	-	-	eHF	AAF	-	-
Hội chứng Heiner	-	-	AAF	eHF	-	-



### 4.3. Thuốc và thực phẩm bổ sung

- Sốc phản vệ hoặc phản ứng phản vệ: epinephrine, bút định liều epinephrine dự phòng.

- Giảm ngứa và hồng ban, mày đay: antihistamin.

- Corticoid toàn thân (Prednison, Methylprednisolon) hoặc tại chỗ, khí dung (Budesonide): trong viêm thực quản tăng Eosinophil nặng (thường dùng 4 tuần) hoặc có tình trạng dị ứng khác đi kèm như suyễn, chàm...

- PPI: khi có viêm thực quản tăng Eosinophil, dùng 4-8 tuần, liều 1 mg/kg/ngày, chia 2 lần/ngày.

- Thuốc và thực phẩm bổ sung nếu có tình trạng thiếu hụt chất dinh dưỡng do ăn kiêng: canxi, sắt, kẽm, vitamin D và các vitamin khác, đạm, béo (LCT, MCT), Maltose dextrin... cho trẻ em và bà mẹ cho con bú.

- Thuốc và thực phẩm bổ sung điều hòa miễn dịch: Omega 3, DHA, EPA...

\* **Bảng.** Phân biệt Viêm thực quản tăng Eosinophil ở người lớn và trẻ em

	<b>Ở trẻ em</b>	<b>Ở người lớn</b>
Triệu chứng biểu hiện	Chậm tăng trưởng Biếng ăn, sợ thức ăn Trớ, ói, trào ngược Cảm giác bỏng rát ở ngực Khó nuốt, nuốt nghẹn	Cảm giác bỏng rát ở ngực Khó nuốt Nuốt nghẹn thức ăn
Triệu chứng cảnh báo	Giảm cân, nuốt nghẹn	Khó nuốt, nuốt nghẹn
% bị kháng PPI	Thấp	Cao
Biểu hiện nội soi thường gặp	Phù nề, hình ảnh luống cày Chất xuất tiết trắng	Hình nhẫn, chít hẹp Thực quản giảm kích thước
Điều trị	Ăn kiêng, chế độ ăn nguyên tố Topical corticoid (khí dung)	Topical corticoid (khí dung) Nong thực quản

- Phòng ngừa dị ứng sữa bò: tránh dùng sữa bò ít nhất 3 ngày đầu sau sinh, bú mẹ hoàn toàn/sữa whey PHF hoặc EHF nếu nguy cơ cao.

# DINH DƯỠNG BỆNH LÝ CHO BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ (Z13.2)

## 1. TIM BẨM SINH/SUY TIM

### 1.1. Nguyên tắc

- Đủ năng lượng, cân đối.
- Dễ tiêu hóa, tránh gắng sức.
- Hạn chế dịch, Na nếu suy tim mất bù.
- Hạn chế rối loạn mỡ máu.

### 1.2. Nhu cầu dinh dưỡng

- Dịch: bằng nhu cầu sinh lý theo lứa tuổi.
- Nếu có suy tim: 80% nhu cầu (hội chẩn bác sĩ tim mạch).
- Năng lượng, protid: theo lứa tuổi.
- Nếu suy tim  $\geq$  độ 3: 70-80% nhu cầu lứa tuổi.
- Thành phần năng lượng: theo lứa tuổi.
- Thức ăn giàu năng lượng, thành phần cân đối:
  - + Ưu tiên dùng các sản phẩm cao năng lượng (sữa cho trẻ suy dinh dưỡng như F75, F100, sữa tăng béo, sữa TN, bột Enaz, pha thêm bột maltose, pha thêm MCT, pha thêm dầu ăn LCT...).
  - + Dùng thức ăn giàu kali.
  - + AB không no 1 nôi đôi 1/3, đa nôi đôi 1/3, no 1/3.
- Có viêm phổi ứ CO<sub>2</sub>: tăng béo, bổ sung MCT, LCT.
- Phù, suy tim  $\geq$  độ 3, cao huyết áp: hạn chế muối.
- Các trường hợp đặc biệt: hội chẩn/khám chuyên khoa dinh dưỡng.

### **1.3. Đường nuôi**

Tự ăn, nuôi qua sonde dạ dày, mở dạ dày ra da nếu cần hỗ trợ lâu dài.

## **2. BỆNH LÝ HÔ HẤP MẠN/SUY HÔ HẤP**

### **2.1. Nguyên tắc**

- Đủ năng lượng.
- Tránh làm nặng thêm tình trạng ứ CO<sub>2</sub> (giảm tỷ lệ glucid nếu có ứ CO<sub>2</sub>, tăng tỷ lệ béo bằng MCT hoặc LCT).
- Tránh hít sặc.
- Loại trừ các yếu tố gây dị ứng trong dị ứng hô hấp và khô khè kéo dài do dị nguyên thức ăn, viêm phổi hít trong trào ngược dạ dày thực quản do dị ứng thức ăn.

### **2.2. Nhu cầu dinh dưỡng**

- Năng lượng: 120-150% nhu cầu lứa tuổi.
- P: L: G = 15%: 30-40%: 45-55%.
- Sữa mẹ hoàn toàn, sữa thủy phân hoàn toàn, sữa amino acid trong dị ứng sữa bò.
- Phòng ngừa nguy cơ dị ứng ở trẻ có nguy cơ cao: sữa whey thủy phân bán phần.
- Các trường hợp đặc biệt: khám chuyên khoa dinh dưỡng.

### **2.3. Đường nuôi**

Nuôi đường tiêu hóa (tự ăn, qua sonde).

### **3. TIÊU CHẨY MẠN**

#### **3.1. Nguyên tắc**

- Đủ năng lượng.
- Tránh kích thích đường ruột:
  - + Chế độ ăn mềm, ít chất xơ, dễ tiêu hóa, không sinh hơi, không gây dị ứng.
  - + Giảm protid sữa bò: dùng đạm đậu nành hoặc đạm thủy phân.
  - + Giảm các loại đường hấp thu nhanh (đường mía, glucose, sucrose).
  - + Giảm hoặc không có lactose, sữa lactose free.
- Giúp hồi phục niêm mạc ruột:
  - + Đủ AB thiết yếu: chú trọng bổ sung omega 3, DHA trong viêm ruột mạn.
  - + Nhiều kẽm, vitamin A hoặc  $\beta$  caroteen.
  - + Kích thích sự phát triển và bổ sung vi khuẩn có lợi cho đường ruột.
  - + Đủ nhu cầu vitamin tan trong dầu, vitamin tan trong nước, đầy đủ acid folic.

#### **3.2. Nhu cầu dinh dưỡng**

- Năng lượng: 100-120% nhu cầu lứa tuổi.
- Tỷ lệ các chất: nhu cầu lứa tuổi.
- P: L: G = 12-15%: 30%: 55-60%.
- Các trường hợp đặc biệt: khám/hội chẩn với chuyên khoa dinh dưỡng.

### **3.3. Đường nuôi**

- Ưu tiên nuôi đường tiêu hóa: tự ăn, qua sonde.
- Chia nhiều bữa nhỏ, bơm chậm, nhỏ giọt liên tục.

### **3.4. Chế độ ăn hỗ trợ qua đường tiêu hóa hoàn toàn EENT trong đợt cấp của Crohn's (exclusive enteral nutrition therapy)**

- Tiếp tục sau xuất viện.
- Cung cấp đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng để giúp lành niêm mạc ruột bằng dung dịch nuôi ăn ít tính gây viêm, ít gây ứ đọng, giảm tăng sinh vi khuẩn trong ruột non, dạng lỏng.
  - Dùng đạm nguyên, peptid hay thủy phân hoàn toàn nếu có dị ứng thức ăn đi kèm.
  - Ít nhất 6-8 tuần tấn công, có thể phối hợp đường uống và sonde mũi dạ dày.
    - + Cần đảm bảo bệnh nhân được nuôi đủ năng lượng, đạm và các chất dinh dưỡng qua đường tiêu hóa, nên đặt sonde nuôi ăn nếu có nguy cơ tự ăn không đủ.
    - + Sau giai đoạn tấn công, cho bệnh nhân ăn lại thức ăn đặc dần và giảm dần dung dịch nuôi ăn đường tiêu hóa trong vòng 2-3 tuần.
    - + Không dùng cho giai đoạn điều trị duy trì.

## **4. VIÊM LOÉT DẠ DÀY Tá tràng**

### **4.1. Nguyên tắc**

- Đủ năng lượng.

- Tránh kích thích niêm mạc dạ dày:
  - + Mềm, hàm nhừ.
  - + Tránh ăn quá nóng hoặc quá lạnh, quá cứng hoặc quá nhiều nước.
  - + Tránh các gia vị, chất chua cay.
  - + Hạn chế chất xơ.
- Bảo vệ niêm mạc dạ dày:
  - + Dùng thức ăn kèm: sữa, trứng...
  - + Chia nhỏ cỡ ăn, không để quá đói.

#### **4.2. Nhu cầu dinh dưỡng**

- Năng lượng: nhu cầu lứa tuổi.
- Tỷ lệ các chất: nhu cầu lứa tuổi.
- P: L: G = 12-15%: 30%: 55-60%.
- Các trường hợp đặc biệt: hội chẩn với chuyên khoa dinh dưỡng.

#### **4.3. Đường nuôi**

Ưu tiên nuôi đường tiêu hóa (tự ăn, qua sonde).

### **5. VIÊM GAN SIÊU VI**

#### **5.1. Nguyên tắc**

- Đủ năng lượng.
- Hạn chế tổn thương tế bào gan.
- Phù hợp tình trạng chuyển hóa của cơ thể.

#### **5.2. Nhu cầu dinh dưỡng**

- Năng lượng: nhu cầu lứa tuổi.
- Giai đoạn cấp (có suy tế bào gan):

- + Năng lượng chủ yếu từ glucid, giàu đường đơn.
- + Hạn chế đạm, dùng đạm giá trị sinh học cao, nhiều aa thiết yếu:
  - Trẻ nhỏ: 0,8-1,9 g/kg/ngày.
  - Trẻ lớn: 0,5-1 g/kg/ngày.
- + Hạn chế lipid, thay 30% LCT bằng MCT.
- + Đủ dịch, cung cấp thêm Na và K.
- Giai đoạn ổn định:
  - + Năng lượng, dịch: theo nhu cầu khuyến nghị của lứa tuổi, bổ sung maltose dextrin khi cung cấp tinh bột từ khẩu phần ăn thiếu.
  - + Protid: theo nhu cầu khuyến nghị của lứa tuổi, dùng đạm có giá trị sinh học cao, giàu aa thiết yếu.
  - + Lipid: tăng dần. Chiếm 15-20% tổng năng lượng, 30-50% là MCT.
- Viêm gan mạn:
  - + Năng lượng, dịch: theo nhu cầu khuyến nghị của lứa tuổi, bổ sung maltose dextrin thay cho lactose, tinh bột thiếu trong khẩu phần.
  - + Protid: theo giới hạn trên nhu cầu khuyến nghị của lứa tuổi.
  - + Lipid: chiếm 15-20% tổng năng lượng. AB không no 1 nối đôi 1/3, đa nối đôi 1/3, no 1/3. Thay 30% LCT bằng MCT để dễ hấp thu vì không cần muối mật.
  - + Vitamin và muối khoáng: đủ theo nhu cầu, nhất là vitamin nhóm B và vitamin tan trong dầu.



### 5.3. Đường nuôi

Ưu tiên nuôi đường tiêu hóa (tự ăn, qua sonde).

## 6. XƠ GAN, BỆNH GAN MẠN

### 6.1. Nguyên tắc

- Đủ năng lượng, hỗ trợ tăng trưởng, bảo tồn khối cơ, kiểm soát các biến chứng liên quan đến bệnh nền.
- Tăng năng lượng từ glucid, protid.
- Giảm 1 phần LCT do có ứ mật (< 10% tổng năng lượng).
- Tăng tỷ lệ AB chưa no, bổ sung MCT (30-50% tổng chất béo).
- Tăng đậm độ năng lượng, cố gắng đạt 1 kcal/ml bằng thêm maltose dextrin hoặc MCT.
- Hạn chế Na và dịch nếu có phù, thiếu niệu hay vô niệu.
- Hạn chế thức ăn rắn, nhiều xơ không hòa tan, sinh hơi.
- Chia nhỏ bữa ăn tránh căng bụng.
- Bệnh gan do chuyển hóa: chế độ đặc biệt cho từng bệnh nhân, hội chẩn bác sĩ tiêu hóa, dinh dưỡng, nội tiết chuyển hóa.

### 6.2. Nhu cầu dinh dưỡng

- Năng lượng: 100-120% nhu cầu lứa tuổi.
- Năng lượng chủ yếu từ glucid, chiếm 60-65%.
- Protid: giới hạn trên hoặc tăng so với nhu cầu lứa tuổi, chiếm 15-20%.

- + Dùng đạm giá trị sinh học cao, nhiều aa thiết yếu.
- + 3-4 g/kg/ngày nếu không có bệnh não do gan.
- + 0,5-1 g/kg/ngày nếu có suy gan hoặc tăng NH<sub>3</sub> máu.
- + Giai đoạn cuối: tăng aa chuỗi nhánh BCAA, giảm aa nhân thơm AAA.
- Hạn chế LCT do thiếu 1 phần muối mật, cung cấp MCT thêm (30-50% tổng lượng lipid).
  - + Tỷ lệ lipid: 40-50% tổng năng lượng nếu trẻ < 12 tháng, 30-40% tổng năng lượng nếu trẻ > 12 tháng.
  - + Thành phần lipid: AB không no 1 nối đôi 1/3, đa nối đôi 1/3, no 1/3.
    - Tỷ lệ linoleic acid ở trẻ nhỏ 2,7-4,5% năng lượng.
    - Linoleic: linolenic = 5:1.
- Hạn chế Na khi có phù: 1-2 mEq/kg/ngày.
- Hạn chế dịch nếu có phù, thiếu niệu hay vô niệu: V= V nước tiểu + V mất bất thường (nôn ói, tiêu chảy...) + V mất không nhận biết (30-45 ml/kg/ngày tùy thời tiết).
- Cung cấp đủ vitamin và muối khoáng, đặc biệt vitamin nhóm B và vitamin tan trong dầu.

**Liều dùng hỗn hợp ADEK dạng uống:**

- ≤ 1 tuổi: 1 ml/ngày, 1-3 tuổi: 2 ml/ngày.
- 4-11 tuổi: 1 viên ngày, ≥ 11 tuổi: 1 viên ngày
- Hàm lượng:
  - + 1 ml ADEK chứa 3.170 UI vitamin A, 400 UI vitamin D, 40 UI vitamin E, 100 µg vitamin K
  - + 1 viên ADEK chứa 9.000 UI vitamin A, 400 UI vitamin D, 150 UI vitamin E, 10 mg vitamin K.

### **Liều dùng ADEK dạng chích:**

- ≤ 1 tuổi (hoặc 10 kg): vitamin A (mỗi 2 tháng) 50.000 UI; vitamin D (mỗi 2 tháng) 30.000 UI; vitamin E (mỗi 2 tuần) 10 mg/kg; vitamin K (mỗi 2 tuần) 1 mg/kg, tối đa 10 mg.

- > 1 tuổi (hoặc 10 kg): vitamin A (mỗi 2 tháng) 100.000 UI; vitamin D (mỗi 2 tháng) 30.000 UI; vitamin E (mỗi 2 tuần) 10 mg/kg; vitamin K (mỗi 2 tuần) 1 mg/kg, tối đa 10 mg.

### **6.3. Đường nuôi**

Ưu tiên nuôi đường tiêu hóa (tự ăn, qua sonde).

## **7. VÀNG DA Ứ MẬT DO THIẾU CITRIN**

- Thiếu hụt Citrin được chia thành hai thể lâm sàng dựa vào độ tuổi khởi phát:

+ Viêm gan ứ mật ở sơ sinh (Neonatal intrahepatic cholestatic hepatitis caused by citrin deficiency - NICCD).

+ Tăng citrullin typ II khởi phát ở tuổi trưởng thành (Adult-onset type II Citrullinemia -CTLN2).

### **Các rối loạn thường gặp:**

- Cân nặng lúc đẻ thường thấp hơn so với tuổi thai.  
- Vàng da ứ mật khi trẻ 1,5-2 tháng tuổi.  
- Khuôn mặt tròn, má phình (dấu hiệu chubbing face).  
- Trẻ tiêu chảy kéo dài, phân có thể bạc màu và có nhiều hạt mỡ.

- Gan lách to mức độ vừa, thường 2-3 cm dưới bờ sườn. Các bệnh nhân đến muộn có thể có gan lách to và chắc,

cổ trướng và các triệu chứng của suy gan. Gan nhiễm mỡ thường thấy ở trẻ trên 9 tháng, có thể có xơ gan.

- Tăng galactose máu kèm theo đục thủy tinh thể do giảm chuyển hóa galactose.

- Con hạ đường huyết khi đói.

- Các bệnh nhi lớn có sở thích ăn uống đặc biệt: thích ăn các loại hạt lạc, đậu đỗ, không ăn đồ ngọt.

- Viêm tụy mạn tính khởi phát từ tuổi thiếu niên.

**Nguyên tắc xây dựng chế độ ăn:** chủ yếu dùng đường tiêu hóa.

- Nhu cầu khuyến nghị theo lứa tuổi.

- Tỷ lệ carbohydrat chỉ chiếm  $35 \pm 5\%$  tổng năng lượng (bình thường  $55 \pm 5\%$ ).

- Tăng cường lipid  $45 \pm 4\%$  (bình thường  $29 \pm 2\%$ ).

- Protid  $20 \pm 3\%$  (bình thường  $14 \pm 2\%$ ).

- Hạn chế thức ăn nhiều carbohydrat, hạn chế đường lactose, nên sử dụng công thức sữa không có lactose (sữa free lactose).

- Thực phẩm giàu arginine như: đậu nành, đỗ, lạc...

- Bổ sung các vitamin tan trong chất béo và triglycerid chuỗi trung bình (MCT).

- Bổ sung arginine: 1-2 g/ngày.

- Liệu pháp thay thế men tụy nếu có suy tụy ngoại tiết (Enzyme replacement therapy PERT): khi có biểu hiện suy tụy ngoại tiết, khi có chậm tăng trưởng thể chất, phân mỡ.

+ Sử dụng men tụy thay thế với hàm lượng đầy đủ:

▪ Trẻ < 4 tuổi: 1.000 IU lipase/kg/bữa ăn chính.

▪ Trẻ < 4 tuổi: 1.000-2.500 IU lipase/kg/bữa ăn chính.

- Trẻ lớn và người lớn: 40.000-50.000 lipase/bữa ăn chính với số lượng thức ăn tương đương của người lớn.
  - Bữa ăn phụ: bổ sung 1/2 liều lượng men tụy của bữa chính.
- + Giảm tiết acid (PPI hoặc anti-H2): cân nhắc sử dụng nếu có kém hấp thu cho dù đã sử dụng PERT.
- Bổ sung đầy đủ các vitamin, vi lượng, khoáng chất theo nhu cầu khuyến nghị, có bù đắp phần thiếu hụt trong chế độ ăn hoặc do kém hấp thu.

## **8. VIÊM TỤY CẤP TÁI PHÁT VÀ VIÊM TỤY MẠN**

### **8.1. Nguyên tắc**

- Giảm kích thích tụy: mức độ kích thích tụy nhiều nhất theo thứ tự lipid → protein → carbohydrate. Điều chỉnh tùy giai đoạn viêm và khả năng dung nạp của tụy.
- Ăn sớm, khi giảm phản ứng viêm toàn thân, có thể trước khi men tụy về bình thường hay trước khi hết đau bụng.
- Đủ theo nhu cầu lứa tuổi.

### **8.2. Nhu cầu dinh dưỡng**

- Năng lượng theo nhu cầu lứa tuổi.
- Bổ sung dinh dưỡng để phục hồi tăng trưởng cho bệnh nhân suy dinh dưỡng cấp và mạn trong giai đoạn hồi phục, chú ý phòng hội chứng Nuôi ăn lại cho bệnh nhân có nguy cơ (SDD, nhịn đói hay thiếu năng lượng > 48 giờ, viêm tụy nặng).

- P/L/G khoảng 15-20%/15-30%/50-70%, thay 1 phần LCT bằng MCT, đạm peptid hay đạm nguyên tùy khả năng dung nạp.

- Có thể sử dụng chất béo bình thường hay giảm 1 phần LCT khi viêm tụy cấp ổn định, giữa các đợt của viêm tụy cấp tái phát.

### 8.3. Đường nuôi

- Ăn đường miệng, sonde mũi dạ dày, sonde hồng tràng nếu không dung nạp đường miệng hay sonde mũi dạ dày. Chỉ định nuôi qua sonde nếu ăn tiên lượng đường miệng không đủ nhu cầu năng lượng sau 72 giờ và có thể sử dụng sau xuất viện có tái khám tại ngoại trú.

- Liệu pháp thay thế men tụy nếu có suy tụy ngoại tiết (Enzyme replacement therapy PERT): dùng trong viêm tụy mạn, viêm tụy cấp tái phát có biểu hiện suy tụy ngoại tiết, khi có chậm tăng trưởng thể chất, phân mỡ.

+ Sử dụng men tụy thay thế với hàm lượng đầy đủ.

+ Liều sử dụng:

- Trẻ < 4 tuổi: 1.000 IU lipase/kg/bữa ăn chính.
- Trẻ < 4 tuổi: 1.000-2.500 IU lipase/kg/bữa ăn chính.
- Trẻ lớn và người lớn: 40.000-50.000 lipase/bữa ăn chính với số lượng thức ăn tương đương của người lớn.
- Bữa ăn phụ: bổ sung 1/2 liều lượng men tụy của bữa chính.

- Giảm tiết acid (PPI hoặc anti-H2): cân nhắc sử dụng nếu có kém hấp thu cho dù đã sử dụng PERT.

- Phòng ngừa xơ hóa đại tràng (fibrosing colonopathy) trong viêm tụy mạn: dùng 10.000 IU lipase/kg/ngày hoặc 6.000 IU lipase/kg/bữa ăn.
- Bổ sung các vitamin, đặc biệt vitamin tan trong dầu.
- Bổ sung đủ canxi, magne, sắt, kẽm, vi lượng theo nhu cầu hàng ngày và bù phần thiếu hụt.
- Bổ sung omega 3 và/hoặc DHA: giảm phản ứng viêm và bù đắp thiếu hụt trong khẩu phần ăn do giảm hấp thu chất béo chuỗi dài.

## **9. HỘI CHỨNG RUỘT NGẮN**

### **9.1. Nguyên tắc**

- Đủ năng lượng, kết hợp với nuôi tĩnh mạch cho phép bệnh nhân phát triển bình thường trong thời gian phần ruột còn lại thích ứng.
- Cho ăn đường miệng sớm để tránh các biến chứng của nuôi ăn tĩnh mạch và kích thích sự thích ứng của ruột còn lại.
- Tăng dần nuôi đường tiêu hóa, giảm dần nuôi tĩnh mạch.
- Cung cấp đủ lượng muối và vitamin theo nhu cầu + bù phần mất qua đường ruột.
- Tránh tăng áp thẩm thấu tại đường ruột làm nặng thêm tình trạng tiêu chảy.

### **9.2. Nhu cầu dinh dưỡng**

- Năng lượng: 100-150% nhu cầu theo lứa tuổi.
- Dịch = V sinh lý + V mất qua đường tiêu hóa.
- Protid: 12-14%.

- + Cung cấp protid nguyên vẹn hoặc thủy phân tùy thuộc tình trạng dị ứng thức ăn.
- Lipid: 20-30%.
  - + Nếu có tiêu phân mỡ: giảm LCT, bổ sung MCT (tỷ lệ 1-3% tùy dung nạp bệnh nhân).
  - + Tăng tỷ lệ chất béo, nếu có cắt hồi tràng: giảm LCT, cung cấp thêm MCT.
- Glucid: 50-60%.
  - + Giảm tỷ lệ đường đơn.
  - + Lượng chất xơ cung cấp tùy thuộc khả năng dung nạp của bệnh nhân, tùy giai đoạn và còn hay mất đại tràng. Nếu không còn đại tràng: giảm hoặc không có chất xơ.
- Na, K, Mg: tăng nhu cầu do bù lượng mất qua đường tiêu hóa.
  - + Không được uống nước có nồng độ Na thấp. Nếu còn đại tràng tương đối nguyên vẹn: uống dung dịch Na khoảng 40-50 mEq/l, nếu không còn đại tràng, dùng dung dịch Na khoảng 100-120 mEq/l (ORS chuẩn của WHO hoặc pha 7 g NaCl và 8 g đường trong 1 lít nước).
- Vitamin tan trong nước: theo nhu cầu lứa tuổi.
  - + Nếu mất đoạn cuối hồi tràng: vitamin B12 500-1.000 µg/6 tháng, tiêm bắp, dùng suốt đời.
- Vitamin tan trong dầu: tăng hơn nhu cầu sinh lý của lứa tuổi nếu có cắt hồi tràng.
  - Bổ sung đủ kẽm và vi lượng.



- Phòng ngừa và điều trị quá phát vi khuẩn ruột: kháng sinh không hấp thu qua đường tiêu hóa, 1/2 liều điều trị x 10 ngày/tháng.

Đánh giá cụ thể nhu cầu và đáp ứng về dinh dưỡng trên từng bệnh nhân.

## **10. SUY THẬN CẤP**

### **10.1. Nguyên tắc**

Đủ năng lượng, tránh dị hóa, bảo tồn khối cơ, hạn chế tăng ure huyết, kiểm soát các biến chứng liên quan đến bệnh nền.

### **10.2. Nhu cầu dinh dưỡng**

- Năng lượng: nhu cầu theo lứa tuổi, tăng đậm độ năng lượng bằng maltose dextrin, MCT, PUFA MUFA.
- Protid: hạn chế ở mức tối thiểu của RDA.
  - + Trẻ 0-2 tuổi: 1-2,1 g/kg cân nặng hiện tại/ngày.
  - + Trẻ > 2 tuổi: 1 g/kg cân nặng hiện tại/ngày.
  - + Tỷ lệ đạm động vật  $\geq 60\%$ .
- Lipid: 30-50% tổng năng lượng (tùy lứa tuổi).
  - + AB không no 1 nối đôi 1/3, đa nối đôi 1/3, no 1/3.
- Đảm bảo cân bằng nước-điện giải:
  - + Ăn nhạt: khi có phù hoặc tăng huyết áp, thiếu niệu vô niệu.
  - + Na = 1 mEq/kg cân nặng lý tưởng/ngày (20-25 mg/kg/ngày).

- + Nước: hạn chế nếu có phù, thiếu niệu hoặc vô niệu.  
 $V = V \text{ nước tiểu} + V \text{ mất bất thường (nôn ói, tiêu chảy, sốt...)} + 20\text{-}30 \text{ ml/kg/ngày}$  (tùy thời tiết).
- + Kali: hạn chế nếu K máu  $> 5 \text{ mmol/l}$ ,  $K = 1 \text{ mEq/kg}$  cân nặng lý tưởng/ngày (40 mg/kg/ngày).
- Phosphat: hạn chế nếu P máu  $> 2 \text{ mg/dl}$ , trẻ nhỏ:  $< 400 \text{ mg/ngày}$ , trẻ  $< 20 \text{ kg}$ : 400-600 mg/ngày, trẻ  $> 20 \text{ kg}$ :  $< 800 \text{ mg/ngày}$ .
- Bổ sung vitamin, chất khoáng.

### 10.3. Đường nuôi

Nuôi đường tiêu hóa (tự ăn, qua sonde nếu không ăn đủ nhu cầu), chia nhiều bữa (4-6 bữa/ngày).

## 11. SUY THẬN MẠN

### 11.1. Nguyên tắc

- Đủ năng lượng, cho phép tăng trưởng, tránh dị hóa, bảo tồn khối cơ, hạn chế tăng ure huyết, phòng ngừa các biến chứng liên quan đến suy thận mạn (cao huyết áp, thiếu máu, xơ vữa động mạch...). Tăng đậm độ năng lượng bằng maltose dextrin, MCT, PUFA MUFA
- Cung cấp protid có giá trị sinh học cao:
  - + Lượng protid cung cấp đủ cho nhu cầu tăng trưởng của trẻ, bằng nhu cầu trẻ khỏe mạnh.
  - + Lượng protid giới hạn để bảo tồn chức năng thận người lớn không thích hợp với trẻ em. Lượng protid phụ thuộc GFR và tuổi chiều cao.

- Giảm các loại đường hấp thu nhanh và AB no để tránh làm bất thường lipid máu.

- Cân bằng lượng giữa lượng mất và ứ các ion (Na, K, P...).

## 11.2. Nhu cầu dinh dưỡng

- Năng lượng: nhu cầu theo tuổi chiều cao.

- Tỷ lệ các chất: Protid 7-8%, Glucid 40-50%, Lipid 40-55%.

- Protid: cung cấp đạm có giá trị sinh học cao.

**Bảng:** Nhu cầu protid khuyến nghị trong suy thận mạn

Tuổi chiều cao	Nhu cầu khuyến nghị hàng ngày	Lượng protein an toàn được khuyến nghị		
		GFR < 10 ml/phút	GFR =10-30 ml/phút	GFR= 31-60 ml/phút
1-6 tháng	1,2-2,2 g/kg hoặc 10 g/ngày	2-2,2 g/kg		
6-12 tháng	1-1,1 g/kg hoặc 10 g/ngày	1,9-2 g/kg		
13 tháng-3 tuổi	12 g	130-160%	170-180%	200%
4-6 tuổi	15-18 g			
7-9 tuổi	20-24 g			
10-12 tuổi	27-32 g	130-140%	150%	170-180%
13-15 tuổi	38-43 g (nữ) 36-47 g (nam)			

- Trong lọc thận nhân tạo: protid cung cấp bằng GFR 10-30 ml/phút.
- Trong thẩm phân phúc mạc: protid cung cấp bằng GFR 10-30 ml/phút + 3-5 g/ngày (bù lượng mất trong dịch lọc).
  - Na: giới hạn tuyệt đối: nếu có phù, thiếu niệu, vô niệu hoặc cao huyết áp nặng.
    - + (0,5 mEq/kg/ngày).
    - + Giới hạn tương đối: 1-2 mEq/kg/ngày.
    - + Dùng nhiều: 3-6 mEq/kg/ngày (giảm hấp thu ở ống thận, thẩm phân phúc mạc).
  - K: giới hạn nếu K máu > 5,5 mmol/l (30-50% nhu cầu khuyến nghị) và giai đoạn cuối.
    - + Giới hạn tuyệt đối: 0,5-1 mEq/kg/ngày nếu có thiếu niệu hay vô niệu.
    - + Giới hạn tương đối: 1-2 mEq/kg/ngày.
    - + Nhu cầu khuyến nghị: nữ nhi và trẻ nhỏ 3-6 mEq/kg/ngày; trẻ lớn và thiếu niên 50-120 mEq/ngày.
  - Phospho: như bình thường.
    - + Nữ nhi và trẻ nhỏ: 600 mg/ngày.
    - + Trẻ lớn và thiếu niên: 1.200 mg/ngày.
  - Canxi: đủ nhu cầu hàng ngày.
    - + 0-6 tháng tuổi: 400 mg/ngày.
    - + 6 tháng-3 năm: 500 mg/ngày.
    - + 4-6 tuổi: 700 mg/ngày.
    - + 7-9 tuổi: 900 mg/ngày.
    - + 9-15 tuổi: 1.200 mg/ngày.

- Phòng loãng xương: khi GFR < 80 ml/phút.
  - + Calci carbonate 50-200 mg/kg/ngày chia 3 lần trong 3 bữa ăn chính.
- Dịch = 20-30 ml/kg/ngày (tùy mùa) + V nước tiểu + mất qua thẩm phân + 5-10 ml/kg/°C trên 38°C + lượng mất bất thường (nôn ói, tiêu chảy).
  - Bù toan: duy trì HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> trong khoảng 20-24 mEq/l.
  - Bù Fe: 5-10 mg/kg/ngày, mục tiêu Hb > 11 g/dl, độ bão hòa Fe huyết thanh 32-36%, ferritin > 100 mcg/l ở giai đoạn sớm và trong khoảng 200-800 mcg/l ở giai đoạn cuối.
  - Phối hợp điều trị erythropoietin trong giai đoạn cuối hoặc thiếu máu do suy thận đáp ứng kém với bù sắt đơn thuần.

### **11.3. Đường nuôi**

Nuôi đường tiêu hóa (tự ăn, qua sonde nếu không ăn đủ nhu cầu), chia nhiều bữa (4-6 bữa/ngày).

## **12. HỘI CHỨNG THẬN HƯ**

### **12.1. Nguyên tắc**

- Đủ năng lượng, cho phép tăng trưởng như trẻ bình thường.
- Cung cấp protid có giá trị sinh học cao:
  - + Lượng protid cung cấp đủ cho nhu cầu tăng trưởng của trẻ, bằng nhu cầu trẻ khỏe mạnh.
  - + Bù lượng mất trong nước tiểu.
  - + Bù lượng protid thoái hóa khi sử dụng corticoid.

- Giảm Cholesterol.
- Giảm Na khi có phù hoặc cao huyết áp.
- Hạn chế dịch khi có phù, thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Đủ vitamin và khoáng chất.
- Nếu có suy thận: theo chế độ suy thận mạn.

## 12.2. Nhu cầu dinh dưỡng

- Năng lượng: nhu cầu theo tuổi chiều cao.
- Protid = nhu cầu khuyến nghị + đạm niệu 24 giờ + 10-15% nhu cầu nếu đang dùng corticoid, > 50% đạm động vật.
- Lipid: 30-50% tổng năng lượng (tùy lứa tuổi).
  - + AB không no 1 nối đôi 1/3, đa nối đôi 1/3, no 1/3. Cholesterol < 200 mg/ngày.
- Đảm bảo cân bằng nước-điện giải:
  - + Ăn nhạt: khi có phù hoặc tăng huyết áp, Na = 1 mEq/kg cân nặng lý tưởng/ngày (20-25 mg/kg/ngày).
  - + Nước: hạn chế nếu có phù, thiếu niệu hoặc vô niệu. V = V nước tiểu + V mất bất thường (nôn ói, tiêu chảy, sốt...) + 20-30 ml/kg/ngày (tùy thời tiết).
- Vitamin và khoáng chất theo nhu cầu.

## 12.3. Đường nuôi

Nuôi đường tiêu hóa: tự ăn, qua sonde nếu không ăn đủ nhu cầu.

## 13. TIỂU ĐƯỜNG

### 13.1. Nguyên tắc

- Đủ năng lượng, cho phép tăng trưởng như trẻ bình thường.
- Tránh tăng đường huyết.
- Phòng ngừa hạ đường huyết.
- Phù hợp với type tiểu đường và liều dùng insulin.
- Giúp hạn chế các biến chứng mạn của tiểu đường: viêm mạch máu, bệnh thận, rối loạn mỡ máu.
- Các trường hợp đặc biệt: hội chẩn với chuyên khoa dinh dưỡng.

### 13.2. Nhu cầu dinh dưỡng

- Năng lượng: nhu cầu theo tuổi. Giảm 5-10% nếu bệnh nhân béo phì.
- Protid: giới hạn cao của nhu cầu.
  - + Tỷ lệ: 12-20% tùy theo lứa tuổi (trung bình 15%).
  - + Hạn chế ở mức thấp của nhu cầu nếu có kèm suy thận (theo phác đồ suy thận mạn).
- Lipid: 40-50% tổng năng lượng với trẻ nhỏ và trẻ < 1 tuổi.
  - + 20-30% tổng năng lượng với trẻ lớn.
  - + AB không no 1 nối đôi 1/3, đa nối đôi 1/3, no 1/3.
- Glucid: 50-60% tổng năng lượng.
  - + Sử dụng các glucid phức hợp, glucid có chỉ số đường huyết thấp.
  - + Hạn chế các loại đường hấp thu nhanh (< 10-20 g/ngày).

- Tăng cường chất xơ giúp hạn chế tăng đường huyết và điều hòa mỡ máu.
- Vitamin và khoáng chất theo nhu cầu.
- Vận động phù hợp.

### **13.3. Đường nuôi**

- Ưu tiên nuôi đường tiêu hóa: tự ăn, qua sonde nếu không ăn đủ nhu cầu.
  - + 3-4 bữa ăn/ngày với tiểu đường type 2, không bỏ ăn sáng.
  - + 6 bữa ăn/ngày với tiểu đường type 1 dùng phác đồ Insulin 2 mũi/ngày.

## **14. CHẾ ĐỘ ĂN SINH CETON (KETOGENIC DIET) TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘT KINH KHÁNG TRỊ**

### **14.1. Nguyên tắc**

- Cơ chế hoạt động của chế độ ăn sinh ceton: bình thường, carbohydrate là nguồn năng lượng chính cho hoạt động của cơ thể. Khi nguồn dự trữ glycogen cạn kiệt, cơ thể sẽ tạo nguồn năng lượng từ quá trình tân tạo đường (gluconeogenesis) và quá trình sinh ceton (ketogenesis). Một khi quá trình tân tạo đường này không thể đảm bảo nhu cầu năng lượng cho cơ thể, quá trình chuyển hóa sinh ceton sẽ bắt đầu. Ceton giúp giảm hoặc ức chế cơn động kinh.

- + Khi cơ thể còn bị thiếu hụt carbohydrate, thì cơ thể còn duy trì tình trạng sinh ceton. Lượng ceton được sản xuất tùy thuộc vào nhiều yếu tố như tốc độ chuyển hóa cơ bản của cơ thể, BMI, tỷ lệ mỡ trong cơ thể. Quá trình sinh ceton này thường diễn ra từ từ,



lượng ceton sinh ra từng ít một do đó hầu như không làm thay đổi pH.

+ Một số cơ quan trong cơ thể có thể dễ dàng sử dụng thể ceton để tạo năng lượng: tim, thận, cơ, não. Hồng cầu và gan không thể dùng thể ceton để tạo năng lượng do bị thiếu hụt men.

- Nguyên tắc chung: hàm lượng béo rất cao (trung bình khoảng 60-90%), đủ đạm (tối đa 30-35%), carbohydrate rất thấp (khoảng 5-10%).

#### 14.2. Các loại chế độ ăn sinh ceton

- Chế độ cổ điển (CKD): lipid # 90-95% năng lượng, cố định, cacbohydrate và protein rất thấp. Có chế độ 4/1, 3/1, 2/1 (Tỷ lệ: 4/3/2 g lipid, 1 g carbohydrate và protein trong 1 phần).

- Chỉ định:

Tuổi	Tỷ lệ lipid/carbohydrate và protein
≤ 18 tháng	3:1
19 th-12 tuổi	4:1
> 12 tuổi	3:1
Béo phì	3:1

## Kilocalories Dietary Unit

Fat: Protein + carbohydrate ratio	Nutrients (kcal)		Value/dietary unit (kcal)
	Fat	Protein + carbohydrate	
2,0:1	2 g x 9 kcal = 18	1 g x 4 kcal/g = 4	22
2,5:1	2 g x 9 kcal = 22,5	1 g x 4 kcal/g = 4	26,5
3,0:1	2 g x 9 kcal = 27	1 g x 4 kcal/g = 4	31
3,5:1	2 g x 9 kcal = 31,5	1 g x 4 kcal/g = 4	35,5
4,0:1	2 g x 9 kcal = 36	1 g x 4 kcal/g = 4	40
4,5:1	2 g x 9 kcal = 40,5	1 g x 4 kcal/g = 4	44,5
5,0:1	2 g x 9 kcal = 45	1 g x 4 kcal/g = 4	49

- Chế độ ăn Atkin cải biên (MAD): chế độ ăn linh hoạt, bệnh nhân dễ chấp nhận hơn chế độ ăn cổ điển. Đầu tiên tỷ lệ về khối lượng của lipid/(carbohydrate + protein) # 1:1 (khoảng 65% béo, 25% protein và 10% carbohydrate), sau đó carbohydrate hạn chế còn 10-20 g/ngày, béo tăng dần.

### 14.3. Cách thực hiện

- Chọn chế độ cổ điển (CKD) hoặc chế độ Atkins điều chỉnh (MAD). Thường tăng dần tỷ lệ Lipid (Protein + Carbohydrate), đạt mục tiêu sau 5 ngày (MAD) và 2 tuần (CKD).

- CKD: đầu tiên tính năng lượng và protein trẻ cần đảm bảo nhu cầu tăng trưởng, quyết định tỷ lệ của lipid/(protein và carbohydrate) đảm bảo tạo thể ceton. Lượng béo sẽ rất cao và lượng carbohydrate sẽ rất thấp. Những thức ăn giàu tinh bột như gạo, bánh mì, khoai tây, mì không được sử dụng nhiều, chỉ dùng theo lượng được chỉ định.

+ Bắt đầu bằng tỷ lệ 1:1, tăng dần cho đến khi đạt mục tiêu 3:1 hoặc 4:1 hoặc khi có thể ketone xuất hiện trong nước tiểu.

- + Khi đã đạt được mục tiêu (tình trạng ceton hóa), giữ nguyên tỷ lệ KD, tăng dần năng lượng cho đến khi đạt đủ năng lượng nhu cầu mục tiêu.
- MAD: đầu tiên hạn chế carbohydrate nghiêm ngặt, sau đó thêm béo vào, không tính toán gấ gạo lượng protein và tỷ lệ giữa lipid/(protein và carbohydrate). Không được sử dụng thức ăn giàu carbohydrate nhưng những thức ăn giàu protein như thịt, trứng, bơ được phép sử dụng.
  - Phân bố cử ăn: thường 3 bữa chính và 2 bữa phụ (theo lứa tuổi).
  - Không hạn chế dịch, thức ăn loại không có carbohydrate.

#### **14.4. Theo dõi và ngưng điều trị**

- Thường quá trình điều trị sẽ kéo dài  $\geq 2$  năm. Cần ít nhất 3 tháng để đánh giá có hiệu quả không. Ngưng nếu sau 3 tháng không giảm tần suất động kinh.
- Livingston: khuyến cáo KD 4:1 trong 2 năm, nếu thành công, chuyển sang 3:1 trong 6 tháng, 2:1 trong 6 tháng tiếp theo. Sau đó ăn lại bình thường.
  - + Theo dõi các biến chứng: mất nước, hạ đường huyết, acidosis, tăng mỡ máu, nôn ói, tiêu chảy, táo bón và chán ăn.
  - + Tái khám định kỳ sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và mỗi 3 tháng để đánh giá và điều chỉnh dinh dưỡng, đảm bảo tăng trưởng.
  - + Gia đình tự thử ceton niệu vài lần/tuần tại nhà.

## **14.5. Các chế phẩm và thuốc cần bổ sung**

- Chọn chế phẩm có ít carbohydrate, nên sử dụng dạng viên hoặc giọt.
- Bổ sung multivitamine, calcium, vit D, sắt, magne.
- Bổ sung đủ nhu cầu hàng ngày và bù phần thiếu hụt do chế độ ăn sinh ceton không cân đối và thiếu hụt nhiều dưỡng chất cần thiết.
- Bổ sung chất xơ, thuốc nhuận tràng.
- Thay thế 1 phần LCT bằng MCT để hiệu quả nhanh hơn.
- Bổ sung L carnitin 50-100 mg/kg/ngày.
- Trong 1 số bệnh lý động kinh do rối loạn chuyển hóa: bổ sung theo bệnh lý gốc (vitamin B1, biotin, vitamin B12...).

## **14.6. Đường nuôi**

- Chủ yếu đường tiêu hóa, xem xét mở dạ dày ra da nếu bệnh nhân khó chấp nhận thức ăn.
- Nuôi tĩnh mạch: khi có hạ đường huyết, mất nước hoặc các biến chứng khác, chỉ định nhập viện hoặc nhập khoa Điều trị ban ngày.

# **BỆNH CÒI XƯƠNG**

## **DO THIẾU VITAMIN D (E83.3)**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Còi xương là một hội chứng rối loạn phát triển xương do sự khoáng hóa kém đĩa sụn tăng trưởng.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

- Còi xương có thể do nhiều nhóm nguyên nhân khác nhau: thiếu vitamin D, thiếu canxi, thiếu phospho, bệnh lý thận...

- Nguyên nhân còi xương thường gặp là thiếu vitamin D do dinh dưỡng. Phổ biến ở trẻ dưới 3 tuổi, nhất là trẻ 3-18 tháng.

- Nội dung bên dưới chủ yếu đề cập đến nhóm này.

- Hai nguồn vitamin D chính là D3 (cholecalciferol) được tổng hợp tại da dưới tác động của tia cực tím và D2 (ergocalciferol) từ thực phẩm.

- Yếu tố thuận lợi của còi xương thiếu vitamin D:

- + Trẻ nhỏ, trẻ dư cân/béo phì (thiếu cung cấp, nhu cầu cao).
- + Trẻ sinh non, đa thai.
- + Trẻ da màu.

### **3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Bệnh sử:** biểu hiện hạ canxi máu như khóc đêm, mồ hôi trộm, chậm mọc răng, thóp rộng, chậm đông, rụng tóc, spasmophilie (trẻ nhỏ < 6 tháng).

### 3.2. Triệu chứng lâm sàng

- Tổng quát: khó nuốt, giảm thính lực, bụng ồng, biến dạng xương, gãy xương, giảm trương lực cơ, thiếu máu (các thể nặng), nhiễm trùng hô hấp, giãn phế quản, màng khí quản.

- Đầu: mềm xương sọ, thóp lớn, chậm đóng, chậm mọc răng, dính liền sớm khớp sọ.

- Ngực: ngực gồ, rãnh Harrison, xương ức nhô, chuỗi hạt sườn, vòng cổ tay, chân.

- Lưng: gù, vẹo, uốn cột sống.

- Chi: lớn cổ tay, chân, vẹo ngoài hoặc trong của chi, tật đùi cong vào, đau chân.

- Cơ và dây chằng: lỏng lẻo, cơ bụng nhão/bụng ồng, nhão cơ hô hấp nên dễ suy hô hấp khi nhiễm trùng hô hấp.

- Triệu chứng hạ canxi máu: tetani, co giật, co thắt do mềm sụn thanh quản, nghiêm pháp Spasme du Sanglot.

### 3.3. Thể lâm sàng

- Thể cổ điển: > 6 tháng, triệu chứng hạ canxi, biến dạng xương, thiếu máu, giảm trương lực cơ.

- Còi xương sớm: < 6 tháng, thường gặp 2 tuần sau sinh, triệu chứng spasmophilie (ngủ giật mình, thờ rít mềm sụn thanh quản...), biến dạng xương sọ.

- Còi xương bào thai: thường gặp mẹ đa thai, ít tiếp xúc ánh sáng mặt trời. Triệu chứng: thóp rộng 4-5 cm đường kính, đường liên thóp rộng, đầu Cranio-Tabés, hạ canxi máu.

### 3.4. Cận lâm sàng

- X quang hệ xương có bất thường:

- + Khoét xương, to bè đầu xương dài, thân xương thiếu chất vôi.
- + Chuối hạt sùen.
- + Điềm cốt hóa chậm so với tuổi.
- Sinh hóa máu: tăng phosphatase alkaline, PTH; giảm P, 25-OH D, giảm nhẹ Ca máu.
- Giảm Ca và phosphor trong nước tiểu (cường phó giáp thứ phát).

### **3.5. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

- Tiền sử thiếu cung cấp vitamin D, yếu tố nguy cơ giảm tổng hợp dưới da.
- Biến dạng xương ở trẻ nhỏ, mềm xương ở trẻ lớn.
- X quang hệ xương có bất thường.
- Sinh hóa máu.

### **3.6. Chẩn đoán phân biệt**

- Bệnh thận: bệnh ống thận mạn, loạn dưỡng xương do thiếu năng cầu thận.
- Bệnh tiêu hóa: bệnh gan-ruột (viêm ruột mạn, dò mật), kém hấp thu.
- Dùng thuốc chống động kinh kéo dài (dẫn xuất gordesalin).
- Bệnh xương hiếm gặp: tạo xương bất toàn, loạn dưỡng sụn xương, mềm xương bẩm sinh.

## **4. XỬ TRÍ**

**4.1. Chỉ định cấp cứu:** đang co giật (do hạ canxi máu), hiếm gặp.

## 4.2. Chỉ định nhập viện

- Còi xương bào thai.
- Có kèm tình trạng thiếu canxi nặng (con tetani).
- Biến dạng lồng ngực, giảm trương lực cơ hô hấp gây viêm phổi có suy hô hấp.

**4.3. Khám chuyên khoa:** phối hợp chuyên khoa dinh dưỡng với thận-nội tiết, hô hấp... theo tình trạng bệnh.

## 4.4. Điều trị

- Điều trị triệu chứng: điều trị co giật, suy hô hấp nếu có (theo phác đồ).

- Điều trị đặc hiệu:

- + Vitamin D 300.000-600.000 UI/liều duy nhất. Hoặc liều hằng ngày trước khi qua liều duy trì.
- + Liều vitamin D trong điều trị còi xương:
  - Trẻ 12 tháng-12 tuổi: 3.000-6.000 IU/ngày trong 12 tuần.
  - Trẻ > 12 tuổi: 6.000 IU/ngày trong 12 tuần.
- + Liều vitamin D trong thiếu vitamin D (vitamin D deficiency or insufficiency).
  - Trẻ < 12 tháng: 2.000 UI/ngày trong 6-12 tuần sau đó chuyển sang liều duy trì.
  - Trẻ > 12 tháng: 2.000 IU/ngày trong 6-12 tuần hoặc 50.000 UI/tuần trong 6 tuần sau đó chuyển sang liều duy trì.
- + Liều vitamin D duy trì:
  - Trẻ < 12 tháng 400 IU/ngày.
  - Trẻ 1-18 tuổi: 600 IU/ngày.



- + Vitamin D3 làm gia tăng nồng độ 25(OH)D trong máu hiệu quả hơn vitamin D2. Nếu có bệnh gan, dùng thuốc chống co giật kéo dài: dùng 25(OH)D; suy thận: dùng 1,25(OH)<sub>2</sub>D.
- Theo dõi và tái khám:
  - + Trẻ có giảm canxi: thử lại canxi, phosho máu sau 1-2 ngày, phosphatase alkaline sau 1 tháng.
  - + X quang xương: sau 3-4 tuần có dấu hiệu hồi phục (có đường viền vôi hóa tách biệt). Phục hồi hoàn toàn sau 8 tháng.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:
  - + Cho trẻ phơi nắng: khoảng 10 đến 15 giờ, phơi 10 đến 15 phút tùy mùa, vị trí địa lý. Đối với trẻ dưới 6 tháng nên tránh phơi nắng.
  - + Uống vitamin D với đối tượng nguy cơ từ ngày thứ 7 sau sinh: 400 IU/ngày nếu trẻ < 1 tuổi, đa thai 1.000 IU/ngày, 1-49 tuổi: 600 UI/ngày.
  - + Các trẻ khác cũng có thể uống vitamin D thay vì phơi nắng (giảm phơi nhiễm tia cực tím).
  - + Bú mẹ, ăn dặm đúng cách.
  - + Với bà mẹ mang thai: uống vitamin D 100.000 IU/lần duy nhất ở thai tháng thứ 7 nếu ít tiếp xúc ánh sáng mặt trời.

## 5. LƯU Ý

- Bổ sung canxi: cung cấp đủ nhu cầu canxi từ thực phẩm, thuốc.

- Nhu cầu canxi mỗi ngày theo tuổi.

<b>Tuổi</b>	<b>Canxi nguyên tố (mg)</b>
0-6 tháng	210
7-12 tháng	270
1-3 tuổi	500
4-8 tuổi	800
9-15 tuổi	1.300

# DU CÂN, BÉO PHÌ TRẺ EM (E66)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng dư cân nhưng do tích tụ mỡ thừa trong cơ thể, gây tác hại cho sức khỏe.

## 2. NGUYÊN NHÂN

### 2.1. Béo phì nguyên phát

- Chiếm đa số trường hợp, do ăn vào nhiều năng lượng hơn so với nhu cầu (thường ăn nhiều cơm, mì, bánh kẹo, nước ngọt, thức ăn chiên xào, thức ăn nhanh, mỡ, da, đồ lòng, sữa béo nguyên kem có đường...).

- Chiều cao thường bình thường hoặc dư.

### 2.2. Béo phì thứ phát

- Thường kèm chiều cao thấp  $< -2$  SD.

- Do bất thường gen hoặc nội tiết: suy giáp, bất thường gen (hội chứng Turner, Prader Willi, Alstrom, Carpenter, Duchene...).

- Có thể kèm chậm phát triển tâm thần, vận động nếu có bất thường gene.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Chẩn đoán xác định

- Xác định trực tiếp mỡ cơ thể bằng đo kháng lực dưới nước hay đồng vị phóng xạ: khó thực hiện.

- Thay thế bằng chỉ số nhân trắc: dựa vào chỉ số cân nặng theo chiều cao (CN/CC) hoặc BMI (= CN/CC<sup>2</sup>), 2 chỉ số này thay đổi theo tuổi và giới, cần tra bảng chuẩn.

- Dưới 2 tuổi: BMI > 95<sup>th</sup> percentile hoặc CN/CC > 3 SD (130%): quá cân/dư cân/thừa cân.

- Trẻ 2-5 tuổi:

+ BMI > 85<sup>th</sup> percentile hoặc CN/CC > 2 SD (120%): dư cân/thừa cân.

+ BMI > 95<sup>th</sup> percentile hoặc CN/CC > 3 SD (130%): béo phì.

+ BMI > 99<sup>th</sup> percentile hoặc CN/CC > 4 SD (140%): béo phì nặng.

- Trẻ 6-19 tuổi:

+ BMI > 85<sup>th</sup> percentile hoặc > 1 SD: dư cân/thừa cân.

+ BMI > 95<sup>th</sup> percentile hoặc > 2 SD: béo phì.

+ BMI > 99<sup>th</sup> percentile hoặc > 4 SD: BP nặng.

- Người lớn:

+ BMI > 23: dư cân.

+ BMI > 27: béo phì, > 30: béo phì nặng.

### **3.2. Chẩn đoán nguyên nhân và biến chứng**

- Bệnh sử:

+ Cách ăn uống: loại thức ăn, số lượng, giờ ăn, thói quen ăn uống như ăn nhanh/chậm/bỏ bữa/ăn khuya/ăn vặt/xem TV trong lúc ăn, thích ngọt/béo, số lượng rau/trái cây, sữa...).

+ Cách sinh hoạt, thời gian và hình thức vận động, môi trường sống.

- + Tiền căn sản khoa, bệnh tật và tiền căn gia đình: sinh nhẹ cân so với tuổi thai, suy dinh dưỡng lúc nhỏ, không bú mẹ, mẹ suy dinh dưỡng trong thai kỳ, mẹ tiểu đường thai kỳ, gia đình có người béo phì/cao huyết áp/tiểu đường type 2...
- + Dấu hiệu biến chứng của béo phì: thở mệt khi vận động, cơn ngưng thở về đêm, ngủ ngáy, kém tập trung, giảm trí nhớ, nhức đầu, đau ngực, đau khớp...
- Lâm sàng:
  - + Chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng mông, BMI.
  - + Tìm các dấu hiệu của béo phì thứ phát nếu có gợi ý (chiều cao/tuổi thấp).
- Cận lâm sàng.

**3.3. Chẩn đoán biến chứng:** hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng để xác định.

- Rối loạn chuyển hóa: kháng insulin, tiểu đường type 2, rối loạn mỡ máu, gan nhiễm mỡ, gút...
- Dây thì sớm, có kinh sớm, vùi dương vật.
- Cao huyết áp, nhức đầu, giả u não.
- Ngưng thở khi ngủ, ngủ ngáy, thở mệt khi vận động.
- Nứt đầu xương đùi, thoái hóa khớp.
- Đa nang buồng trứng, sỏi mật.
- Rối loạn tâm lý, kém hòa nhập, kém tập trung, giảm trí nhớ, học kém.

## 4. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ NGUYÊN PHÁT TRẺ EM

“Giảm cân/giữ cân và tăng chiều cao qua cải thiện lối sống, chế độ dinh dưỡng”.

- Tuyệt đối không nhịn ăn, giảm cung cấp năng lượng bằng cách cho ăn độn hoặc dùng thức ăn thay thế. Giảm 125-150 kcal so với nhu cầu ở trẻ ít vận động và 200-500 kcal ở trẻ vận động nhiều.

- Cung cấp đủ canxi, vitamin, khoáng chất cho phát triển bình thường của cơ thể.

- Hạn chế thức ăn giàu năng lượng rỗng:

+ Hạn chế nước ngọt, nước có gas, nước trái cây. Thay bằng nước lọc, nước uống thông thường, sữa tách béo 1 phần (1% béo) hoặc sữa không béo.

+ Giảm tinh bột, béo, ngọt trong phần ăn:

▪ Giảm kích thước dụng cụ đựng thức ăn: thay tô bằng chén, đĩa nhỏ, ly... (có kích thước tương đương lòng bàn tay trẻ).

▪ Giảm thức ăn vặt có nhiều đường, béo (kem, váng sữa, snack, thức ăn chiên rán, fast food, bánh ngọt, kẹo...). Cho ăn vặt thay thế bằng các thức ăn có lợi như trái cây, yaourt ít béo, yaourt ít béo trộn kèm trái cây...

▪ Khuyến khích ăn ngũ cốc nguyên cám, nguyên hạt thay cho tinh bột đã chế biến, nghiền, hầm...

- Thay đổi thói quen ăn uống:

+ Uống nhiều nước, ăn canh, rau trước bữa ăn. Ăn nhiều chất xơ (rau, trái cây ít ngọt...).

+ Ăn nhiều vào buổi sáng, giảm vào buổi tối.

- + Ăn chậm, nhai kỹ.
- Thay đổi thói quen trong sinh hoạt, tập các thói quen lành mạnh:
  - + Vận động thường xuyên, tối thiểu 1 giờ/ngày, giảm hoạt động tĩnh tại, xem tivi/điện thoại còn < 1 giờ/ngày.
  - + Ngủ đủ giấc.
- Cả gia đình cùng tham gia.
- Nguyên tắc tập luyện:
  - + Loại hình: đi bộ nhanh, chạy bộ, thể thao vừa sức (đạp xe, bơi lội, cầu lông, bóng rổ...), thể dục nhịp điệu (cường độ trung bình).
  - + Cường độ, năng lượng tiêu hao: > 300 kcal/ngày (vận động cường độ nhẹ 90 phút, cường độ trung bình 60 phút).
  - + Tần suất: mỗi ngày hoặc > 3-4 lần/tuần.
  - + Thời gian: > 15-30 phút/lần, > 60 phút/ngày.

## 5. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

- Thừa cân, không biến chứng: duy trì cân nặng, tăng chiều cao.
- Thừa cân, có biến chứng và béo phì không biến chứng: điều trị biến chứng và
  - + < 2 tuổi: duy trì cân nặng, tăng chiều cao, không giảm nhu cầu chất béo theo tuổi.
  - + 2-7 tuổi: duy trì cân nặng, tăng chiều cao, giảm nhu cầu chất béo no, tăng tiêu hao.

+ > 7 tuổi: giảm cân.

<b>Tuổi</b> <b>BMI</b>	Percentile 85 <sup>th</sup> -95 <sup>th</sup>	> Percentile 95 <sup>th</sup>	Không biến chứng	Có biến chứng
2-7 tuổi	+	-	Duy trì cân nặng	Duy trì cân nặng
2-7 tuổi	-	+	Duy trì cân nặng	Giảm < 500 g/tháng
> 7 tuổi	+	-	Duy trì cân nặng	Giảm < 500 g/tháng
> 7 tuổi	-	+	Giảm < 500 g/tháng	Giảm < 500 g/tháng

- Béo phì có biến chứng: giảm cân, điều trị biến chứng  
Tốc độ giảm cân:

- + 2-11 tuổi: < 500 g/tháng.
- + Tiền dậy thì, dậy thì, người lớn: tối đa 200-250 g/tuần.
- Dùng thuốc hỗ trợ và phẫu thuật:
  - + Orlistat: 60-120 mg/ngày, chủ yếu cho trẻ > 12 tuổi, mục tiêu giảm hấp thu chất béo.
  - + Thuốc ức chế men lipase: còn đang tranh cãi.
  - + Metformin: 1 g/ngày, dùng cho trẻ > 7 tuổi.
  - + Phẫu thuật bariatric, thắt dạ dày: chỉ định hạn chế, khi BMI > 40-50, Tanner 4-5, có biến chứng nặng đe dọa tính mạng, thất bại điều trị bảo tồn.



**CHƯƠNG XI.  
MẮT – TAI MŨI HỌNG  
– RĂNG HÀM MẶT**

# TIỆP CẬN TẮC LỆ ĐẠO BẨM SINH

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Tắc lệ đạo bẩm sinh (tắc ống lệ mũi bẩm sinh) là tình trạng tắc nghẽn đường thoát nước mắt.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Tắc van Hasner.
- Tắc lệ quản ngang, lệ quản chung.
- Hẹp/không có điểm lệ.

## 3. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Chảy nước mắt: xuất hiện sớm sau sinh, liên tục.
  - + Ghèn, nhầy: tái phát nhiều lần.
- Triệu chứng thực thể:
  - + Quan sát, đánh giá vị trí, kích thước điểm lệ.
  - + Ấn vùng túi lệ thấy nước mắt lẫn dịch nhầy hoặc ghèn trào ra.
- Cận lâm sàng: nghiệm pháp Flourescein (+).

## 4. XỬ TRÍ

- Giữ vệ sinh, làm sạch mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9%.
- Hướng dẫn day ấn vùng túi lệ.
- Kháng sinh tại chỗ: nhóm Aminoglycosid, Flouroquinolon...

- Thông lệ đạo đối với trẻ trên 6 tháng tuổi.
- Phẫu thuật: đặt ống, tiếp khâu túi lệ... đối với các trường hợp thông lệ đạo thất bại.

# TIẾP CẬN CHẤP – LỌ

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Lẹo mi là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của tuyến Zeis và tuyến Moll.
- Chấp mi là tình trạng viêm dạng u hạt mạn tính của tuyến Meibomius, có thể gặp ở cả mi trên lẫn mi dưới.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm khuẩn tụ cầu, cấp tính.
- Viêm mạn tính các tuyến tiết bã nhờn vùng mi.

## 3. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Sung, đỏ, đau vùng mi mắt.
  - + Cộm xốn, ngứa mắt.
  - + Khi lẹo vỡ: chảy máu, dịch mủ.
- Triệu chứng thực thể:
  - + Ấn đau vùng mi mắt sung.
  - + Nốt tròn mật độ chắc, di động vùng mi mắt.
  - + U hạt kết mạc có cuống.

## 4. XỬ TRÍ

- Kháng sinh tại chỗ: nhóm Aminoglycosid, Flouroquinolon...
- Kháng sinh, kháng viêm toàn thân.
- Chích rạch chấp lẹo, cắt u hạt kết mạc.
- Chườm ấm mi mắt, vệ sinh mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

# TIẾP CẬN VIÊM KẾT MẠC

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm kết mạc (đau mắt đỏ, nhặm mắt...) là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc.

## 2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm kết mạc do vi khuẩn: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*...

- Viêm kết mạc do siêu vi: *adeno virus*, *Herpes simplex*, HIV...

- Viêm kết mạc dị ứng: hóa chất, thực phẩm, thuốc...

## 3. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng cơ năng:

- + Đỏ mắt.
- + Cộm xốn, ngứa mắt.
- + Ghèn.

- Triệu chứng thực thể:

- + Sung huyết, cương tụ kết mạc nhãn cầu, kết mạc mi nông.
- + Xuất huyết dưới kết mạc nhãn cầu.
- + Giả mạc kết mạc.

#### **4. XỬ TRÍ: điều trị theo nguyên nhân gây viêm kết mạc**

- Kháng sinh tại chỗ: nhóm Aminoglycosid, Flouroquinolon...

- Kháng sinh, kháng viêm toàn thân.

- Kháng dị ứng.

- Bóc giả mạc kết mạc (nếu có).

- Vệ sinh mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

- Hạn chế lây lan.

# TIẾP CẬN ĐAU TAI (H92.0)

## 1. ĐỊNH NGHĨA

Đau tai là một trong những triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ em, có thể xuất phát từ tai hoặc thứ phát từ nơi khác lan đến tai.

## 2. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

### 2.1. Tai ngoài

- Viêm tai ngoài.
- Áp-xe tai ngoài.
- Viêm tai ngoài hoại tử.
- Chấn thương tai ngoài.
- Dị vật tai.
- Nút ráy tai.
- *Herpes zoster*.
- U hạt.
- Viêm khớp sụn xương ống tai ngoài.
- Ung thư.

### 2.2. Tai giữa

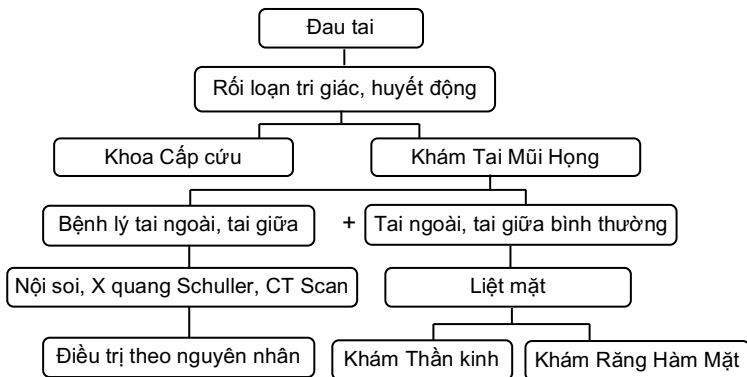
- Viêm tai giữa cấp, mạn.
- Viêm tai xương chũm.
- Viêm tiền đình, ốc tai.
- Viêm màng não.
- Áp-xe não.
- Chấn thương áp lực.
- Thủng màng nhĩ.

### 2.3. Đau quy chiếu (nguyên nhân thứ phát)

Do các cơ quan khác sử dụng chung đường thần kinh cảm giác với tai ngoài hoặc tai giữa:

- Viêm khớp thái dương hàm.
- Viêm, áp-xe nướu răng.
- Đau dây thần kinh tam thoa, thần kinh mặt.
- Viêm amidan.
- Đau sau cắt amidan.
- Viêm thanh quản cấp.
- Viêm xoang cấp.
- Viêm tuyến mang tai.
- Ung thư vùng hầu họng.
- GERD.
- Chấn thương, viêm cột sống cổ C2-C3.
- Viêm động mạch thái dương.
- Tâm lý.

### 3. CÁCH TIẾP CẬN (LƯU ĐỒ)





## 4. XỬ TRÍ

**4.1. Chỉ định nhập cấp cứu:** đau tai kèm các triệu chứng ảnh hưởng tri giác, huyết động.

**4.2. Chỉ định nhập viện:** viêm tai xương chũm, viêm tai có biến chứng viêm màng não, áp-xe não, viêm tai ngoài hoại tử.

**4.3. Khám chuyên khoa:** Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt, Thần kinh.

### 4.4. Điều trị ngoại trú

- Điều trị triệu chứng: hạ sốt, giảm đau, lấy dị vật, vệ sinh tai... tùy theo nguyên nhân.

- Điều trị đặc hiệu: kháng sinh, kháng viêm, rạch dẫn lưu áp-xe, phẫu thuật...

- Theo dõi ngoại trú:

+ Thời gian tái khám: sau 2 ngày.

+ Thời gian đánh giá định kỳ: nội soi lần đầu chẩn đoán, sau 5 ngày, sau 10 ngày điều trị, đến khi hết triệu chứng.

- Dấu hiệu tái khám ngay: sốt cao không hạ, ói nhiều, đau đầu, chóng mặt, liệt mặt.

- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà: vệ sinh tai bằng nước muối hoặc oxy già, nhỏ thuốc nhỏ tai đúng cách, vệ sinh mũi họng.

## 5. NHỮNG LƯU Ý

- Không tự ý nhỏ thuốc nhỏ tai khi chưa có chỉ định (đặc biệt những trường hợp thủng nhĩ).

- Khi nghi ngờ dị vật tai nên đến chuyên khoa Tai Mũi Họng, không cố gắng lấy dị vật vì nguy cơ thủng màng nhĩ.

# TIẾP CẬN U MÁU VÙNG HÀM MẶT

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- U máu (u mạch máu) là một dạng u lành tính và thường tự thoái triển của các tế bào nội mô mạch máu, được đặc trưng bởi sự tăng sinh các mạch máu có hình dạng bình thường. Đây là bệnh lý thường gặp ở trẻ em, chiếm tỷ lệ khoảng 10% ở trẻ sơ sinh.

- U máu bao gồm:

+ U máu trẻ em: hay gặp nhất, là khối u với sự tăng sinh tạm thời của các tế bào nội mô mạch máu, thường xuất hiện trong những tuần đầu sau sinh, phát triển nhanh chóng trong những tháng đầu, sau đó dừng phát triển và tự biến mất sau nhiều năm.

+ U máu bẩm sinh.

+ U máu nội mô dạng Kaposi.

+ U hạt mũ.

- Cần phân biệt u máu và dị dạng mạch máu, đây là sự bất thường về cấu trúc hình thể mạch máu (mao mạch, động mạch, tĩnh mạch, bạch huyết), xuất hiện từ lúc sinh, lớn lên tỷ lệ thuận với sự tăng trưởng của trẻ, có thể nặng hơn nhưng không có sự tăng sinh bất thường của tế bào nội mô.

## 2. NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

- U máu là kết quả của sự tăng sinh mạch máu. Nguyên nhân chính xác dẫn đến quá trình tăng sinh các mạch máu hiện vẫn chưa được hiểu rõ.

### 3. CÁCH TIẾP CẬN

- U máu là khối u thường gặp nhất ở trẻ em, gặp ở 4-10% ở trẻ da trắng, tỷ lệ trẻ nữ gấp 3 lần nam.

- U máu vùng đầu cổ chiếm 60% trường hợp, tiếp đến là ngực và chi.

- U máu có hình thái kích thước và kiểu phát triển rất đa dạng. Với những u máu ở nông trên da thường nổi gồ, chắc và có màu đỏ sẫm. Với những u máu nằm sâu dưới lớp da, cơ thường chi gồ nhẹ và có màu xanh nhạt.

- Chu kỳ phát triển của u máu gồm 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn tăng sinh: xảy ra trong năm đầu tiên, u máu là một khối căng phồng với các tế bào nội mô phân chia và biệt hóa rất nhanh.

+ Giai đoạn thoái triển: thường xảy ra từ 1-5 tuổi, việc giảm các yếu tố gây tăng sinh mạch gây nên sự giảm phân chia của các tế bào, tăng sự chết tế bào và bắt đầu có sự thay thế của mô xơ mỡ trong u máu, màu sắc bắt đầu nhạt đi ở vùng trung tâm, kết quả tiếp theo là giảm kích thước khối u và da trên khối u trở nên mềm mại hơn.

+ Giai đoạn sau thoái triển: thường sau 5 tuổi, quá trình thoái triển đã hoàn thành, di tích còn lại là một vài mạch máu nhỏ và các tĩnh mạch dẫn lưu được bao quanh bởi các đảo mô xơ mỡ và các sợi collagen.

- U máu thường bị chẩn đoán nhầm. Những u máu ở sâu, đặc biệt ở vùng cổ có thể nhầm với dị dạng mạch lympho, những u máu dạng vết thường bị nhầm lẫn với dị dạng mao mạch. Để chẩn đoán phân biệt cần có sự hỗ trợ của

chẩn đoán hình ảnh (siêu âm Doppler, CT, MRI...) đôi khi còn phải sinh thiết.

## **4. XỬ TRÍ**

### **4.1. Chỉ định cấp cứu**

U lớn vùng hầu họng, chèn ép đường thở hoặc chảy máu ồ ạt khó cầm do vị trí ở sâu.

### **4.2. Chỉ định nhập viện**

Hầu hết u máu có kích thước nhỏ và vô hại. Sau khi đã trải qua giai đoạn thoái triển, chúng chỉ để lại vùng da bình thường hoặc sẹo nhỏ. Chỉ định điều trị cho các trường hợp sau:

- Phòng ngừa các biến chứng đe dọa chức năng, đe dọa sự sống.
- Phòng ngừa các di chứng biến dạng để lại sau khi u mạch máu thoái triển.
- U gây ảnh hưởng tâm lý nặng cho trẻ và gia đình.
- U máu bị loét, gây nhiễm trùng, đau và sẹo.

### **4.3. Phương pháp điều trị**

- Nội khoa:
  - + Corticoid tại chỗ: tiêm trực tiếp vào khối u máu làm chậm sự phát triển cũng như sự biến dạng của mô xung quanh. Dùng Triamcinolone (25 mg/ml) tiêm chậm với áp lực thấp, liều 3-5 mg/kg, 6-8 tuần.
  - + Corticoid toàn thân: đối với ác trường hợp u máu có thể gây biến chứng nguy hiểm, sử dụng Prednisolone với liều 2-3 mg/kg/ngày, thường dùng trong 4-6 tuần.

- + Interferon alpha: sử dụng khi không đáp ứng với Corticoid.
- + Propranolol: liều khởi đầu từ 0,5-2 mg/kg/ngày và duy trì với liều khoảng 2 mg/kg/ngày.
- + Timolol 0,5%: nhỏ Timolol 0,5% trực tiếp lên vùng u máu. U máu kích thước nhỏ (< 2 cm<sup>2</sup>): 1 giọt/lần. U máu có kích thước lớn: 1 giọt cho vùng diện tích 4-5 cm<sup>2</sup>.
- Ngoại khoa:
  - + Laser: sử dụng với các u máu chảy máu hay giúp lành các u máu loét, ngoài ra còn giúp xóa bỏ các di chứng màu sắc sau khi u thoái triển. PDL (Pulsed Dye Laser) bước sóng 595 nm thường được sử dụng.
  - + Phẫu thuật:
    - Giai đoạn tăng sinh: chỉ định với các trường hợp gây bít tắc đường thở và đường ăn (như u máu dưới thanh môn); u máu gây biến dạng, chèn ép các cơ quan bên cạnh (như u máu xung quanh hốc mắt gây loạn thị thứ phát).
    - Giai đoạn thoái triển: những trường hợp u máu lớn gây ảnh hưởng thẩm mỹ.
    - Giai đoạn thoái triển: chỉ định khi da trên khối u biến dạng, co kéo hoặc bị phá hủy.

**4.4. Tái khám:** tùy trường hợp cụ thể có thể hẹn tái khám sau 1-3-6 tháng đến 1 năm.

## 5. NHỮNG LƯU Ý

- Chẩn đoán chính xác trước khi bắt đầu điều trị do dễ nhầm lẫn với các dị dạng mạch máu.

- Đa số u máu thoái triển sau 5 tuổi nên thường theo dõi, không can thiệp. Vấn đề ở đây là thuyết phục gia đình bệnh nhân kiên nhẫn chờ đợi cũng như phẫu thuật viên không can thiệp vào những u lớn vùng mặt, gây sẹo xấu sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Lupus Nephritis” *Kidney International Supplements* (2012) 2, 221–232; doi:10.1038/kisup.2012.25
2. Athos Bousvaros MD. (2019), *Management of mild to moderate ulcerative colitis in children and adolescents.*
3. *Bài giảng nhi khoa*, Đại học Y Dược TP. HCM, 2019
4. Conover K. Earache. *Emerg Med Clin North Am* 2013; 31:413.
5. Mai Trọng Khoa (2009), “*Điều trị bứu máu ở trẻ em: những vấn đề tranh luận hiện nay*”, Trung tâm Y học hạt nhân và ung bứu Bệnh viện Bạch Mai.
6. *Chăm sóc thiết yếu sơ sinh*, Bệnh viện Nhi Đồng 2, năm 2012
7. Earwood JS, Rogers TS, Rathjen NA (January 2018). "Ear Pain: Diagnosing Common and Uncommon Causes". *American Family Physician*. 97 (1): 20–27. PMID 29365233.
8. Lê Văn Sơn (2013), “*Các bệnh mạch máu vùng đầu mặt cổ*”, *Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tập 1, tr226-240.
9. Naamah Zitomersky MD. (2019), *Overview of the management of Crohn disease in children and adolescents.*
10. *2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope.*

11. Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine, 2015
12. Leslie M Higuchi MD. (2019), *Clinical presentation and diagnosis of inflammatory bowel disease in children*.
13. Mulliken JB, Young AE. *Vascular Birthmarks: Hemangiomas and Malformations*. Philadelphia, PA: Saunders; 1988
14. Yoon PJ, Scholes MA, Friedman NR (2016). "Chapter 18: Ear, Nose, & Throat". In Hay WW, Levin MJ, Deterding RR, Abzug MJ (eds.). *CURRENT Diagnosis & Treatment Pediatrics* (23rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education. ISBN 978-0071848541.
15. Robert Wyllie, Jeffrey S. Hyams and Marsha Kay (2016), *Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Children and Adolescents*, Pediatric Gastrointestinal and liver disease, 5<sup>th</sup> edition, Elsevier, Philadelphia.
16. A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD) – WHO 2011
17. Acute Gastroenteritis in Children of the World: What Need to Be Done?, *JPGN* 2020;70:694-701
18. Acute Gastroenteritis in Children of the World: What Needs to Be Done?, *JPGN* 2020;70: 694-701.
19. American Academy of Pediatrics (2006), "Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism", *Pediatrics*, 117(6), pp. 2290-2303.



20. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition*. 4th edition. 2014. Chapter 27: Failure to Thrive. p663-700.
21. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition*. 4th edition. 2014. Chapter 27: Food Allergy. p845-862.
22. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition*. 4th edition. 2014. Chapter 34: Pediatric Obesity. p805-844.
23. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care* 2017; 40:S11.
24. Anna Rybak. Organic and Nonorganic Feeding Disorders. *Ann Nutr Metab* 2015; 66 (suppl 5):16–22.
25. Anne B Chang et al (2020). *Approach to chronic cough in children*, Uptodate, Wolters Kluwer.
26. Anovski JA, Krakoff J, Salaita CG, et al. Effects of metformin on body weight and body composition in obese insulin-resistant children: a randomized clinical trial. *Diabetes*. 2011; 60(2): 477–485
27. Barker JM, Goehrig SH, Barriga K. et al. Clinical characteristics of children diagnosed with type 1 diabetes through intensive screening and follow-up. *Diabetes Care* 2004; 27:1399.
28. Barson WJ (2020). “*Community-acquired pneumonia in children: Clinical features and diagnosis*”, from <https://www.uptodate.com>, Aug 2020

29. Barson WJ (2020). “*Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment*”, from <https://www.uptodate.com>, Aug 2020
30. Beattie, M., Dhawan, A., Puntis J., & Kyrana, E. (2018), Portal hypertension, Oxford Medical Publications Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. (2nd ed., pp. 619-628). New York, United State: *Oxford University Press*.
31. *Bệnh học da liễu* của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
32. *Bệnh học da liễu* của Trường Đại học Y Hà Nội.
33. Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2019), “Tiêu chảy kéo dài”, Hướng dẫn điều trị Nhi Khoa 2019, Nhà xuất bản Y học, tr476-479
34. Bệnh viện Nhi Đồng 2, Hướng dẫn điều trị nhi khoa 2019,
35. BHYT thông tư 30/2018/IT-BYT
36. Bộ Y tế (2009). *Tài liệu hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em*.
37. Bộ Y tế. *Hướng dẫn điều trị suy dinh dưỡng cấp tính trẻ 0-72 tháng tuổi*. 2018.
38. Bria M. Coates, Lauren E. Camarda, and Denise M. Goodman “*Wheezing in Infants: Bronchiolitis*”, in Nelson Textbook of Pediatrics. Elsevier, 21<sup>th</sup> ed, pp.2217.

39. Dupont, JP. Chouraqui, A. Briend. Nutritional management of cow's milk allergy in children: An update. *Archives de Pediatrie* 25 (2018) 236–243.
40. Venter, T. Brown, N. Shah, et al. Diagnosis and management of non-IgE mediated cow's milk allergy in infancy – a UK primary care practical guide, *Clin Transl Allergy* 2013;3:23.
41. *Cẩm nang thực hành Nhân Khoa* (2014), Bệnh viện Mắt TP. HCM.
42. *Cẩm nang thực hành Nhân Khoa* (2014), Bệnh viện Mắt TP. HCM.
43. *Cẩm nang thực hành Nhân Khoa: Tắc lệ đạo bẩm sinh* (2014), Bệnh viện Mắt TP. HCM.
44. Cẩn Thị Bích Ngọc (2018), “Đái tháo nhạt”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung Ương, Nhà xuất bản Y học: Trang 726-730
45. Canadian Cardiovascular Society and Canadian Pediatric Cardiology Association Position Statement on the Approach to Syncope in the Pediatric Patient.
46. Carel J. C, Eugster Erica A, Rogol Alan, et al. (2009), "Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children". *Pediatrics*, 123 (4), pp. 752-762.
47. *Chăm sóc mắt trẻ em: Bệnh hệ thống lệ* (2019), Bộ Y tế.

48. Copeland KC, Silverstein J, Moore KR, et al. Management of newly diagnosed type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in children and adolescents, *Pediatrics* 2013; 131:364.
49. Couper JJ, Haller MJ, Greenbaum CJ, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Stage of type 1 diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* 2018; 19 Suppl 27:20.
50. Đào Thị Ngọc Diễm. Chương 41: Chế độ dinh dưỡng cho trẻ suy dinh dưỡng. *Sách Dinh dưỡng lâm sàng*. 2019. Nhà xuất bản Y học. trang 480-487.
51. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: new edition.
52. Dennis M. Styne, Melvin M. Grumbach (2016), “*Physiology and Disorders of Puberty*”, in Williams Textbook of Endocrinology. pp. 1075-1218.
53. Diane E Pappas (2019). *The common cold in children – Clinical features and diagnosis*, Uptodate, Wolters Kluwer.
54. Đồng thuận quốc gia về liệu pháp khí dung trong điều trị bệnh lý hô hấp thường gặp ở trẻ em - *Tạp chí nhi khoa* 2020
55. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guideline

for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014;59:132-152

56. Fawaz R, Baumann U, Ekong U, et al. (2017), "Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition", *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; pp. 154–158.
57. *Fever in Nelson textbook of Pediatrics* 21 edition 2018;201;5643
58. Fever in World Health Organization/distance learning course module 5
59. Frances Sienkiewicz Sizer, Ellie Whitney. *Nutrition: Concepts & Controversies*. 15edition, Cengage Learning, Inc. 2020.
60. Fuqua John S. (2013),"Treatment and Outcomes of Precocious Puberty: An Update". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98 (6), pp. 2198-2207.
61. Genie E. Roosevelt. "Acute Inflammatory Upper Airway Obstruction (Croup, Epiglottitis, Laryngitis, and Bacterial Tracheitis)", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 21<sup>th</sup> ed, pp.2031.
62. GINA 2020

63. Guandalini, S., Dhawan, A., & Branski, D. (2017), *Portal hypertension in children*, Textbook of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (pp. 791-827). Switzerland: Springer
64. *Hand, foot and mouth disease* – Textbook of Pediatric Infectious Disease 2017.
65. *Hand, foot and mouth disease (HFMD)* – CDC 2020.
66. Hand, foot, and mouth disease and herpangina – uptodate 2020
67. Henry M. Adam and Jane Meschan Foy (2015). Cough. Signs and Symptoms in Pediatric. *American Academy of Pediatrics*, Illinois. 135-144.
68. Hodson EM, Craig JC. Therapies for steroid –resistant nephrotic syndrome. *Pediatr Nephrol* 2008; 23: 1391-1394
69. Hodson EM, Willis, Craig JC. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 4: CD001533
70. Hodson EM, Willis, Craig JC. Non-corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 1: CD002290
71. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu của Bệnh viện Da liễu TP. HCM.
72. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em trên 12 tuổi-Bộ Y tế 24/4/2020.

73. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em 2015 – Bộ Y tế.
74. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng của Bộ Y tế 2012.
75. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue, Bộ Y tế, 22/8/2019.
76. Huỳnh Thị Vũ Quỳnh (2017), “Giá trị của nghiệm pháp kích thích Gonadotropin trong chẩn đoán dậy thì sớm trung ương”, Luận án tiến sĩ y khoa.
77. Huỳnh Thị Vũ Quỳnh (2020), “*Suy giáp bẩm sinh*”, Nhi khoa chương trình Đại học – Tập 1. Nhà xuất bản Đại học quốc gia TP. Hồ Chí Minh, tr. 514 – 525.
78. Huỳnh Thoại Loan, Trần Thị Bích Huyền (2013), “*Dậy thì sớm*”, Trong Phác đồ điều trị Nhi Đồng 1, Nhà xuất bản Y học TP. HCM, tr: 709-715
79. Hye Ran Yang. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean J Pediatr* 2017; 60(12):379-384.
80. Jai KD, Christopher D, Zulfiqar AB (2016), “*Persistent Diarrhea in Children in Developing Countries*”, Textbook of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, pp195-202
81. Jan E Drutz (2020). *Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment*, Uptodate, Wolters Kluwer.

82. Jennifer Harrington, MBBS, PhD, Mark R Palmert, MD, PhD (2019), “Definition, etiology, and evaluation of precocious puberty”  
<https://www.uptodate.com/contents/definition-etiology-and-evaluation-of-precocious-puberty>
83. Jennifer Harrington, MBBS, PhD, Mark R Palmert, MD, PhD (2019), “ Treatment of precocious puberty”  
<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-precocious-puberty>
84. Jeremy Hull et al (2015). Chronic cough. Oxford Pediatric respiratory medicine, second edition, *Oxford University Press, New York*, 23-29.
85. Jonathan E. Markowitz, Steven B. Clayton. Eosinophilic Esophagitis in Children and Adults. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 28 (2018) 59–75.
86. Joseph A. M, Louis J. M, Abhinash S. (2014), “*Disorders of the Posterior Pituitary*”, Pediatric endocrinology – Fourth edition, p 405-443.
87. Joseph J. Zorc et al (2013). *Cough*. Swartz's Clinical handbook of pediatric, seventh edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 251-265.
88. Kathleen M Loomes, MD Jessi Erlichman, MPH (2018), “*Approach to evaluation of cholestasis in neonates and young infants*”, Uptodate. Assessed on Jan 15<sup>th</sup> 2020.



89. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, volume 3, Issue 1, JANUARY 2013, <http://www.kidney-international.org/>
90. Kendall D, Vail A, Amin R, et al. Metformin in obese children and adolescents: the MOCA trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98(1):322–329
91. *Kendig's Disorders Of The Respiratory Tract In Children*, Copyright 2019, Saunders, Elsevier Inc.
92. Kidney Disease: Improving Global Outcome (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. *Kidney Int*, 2012; 2: 231-232
93. Kim HS. (2010), “Clinical application of gonadotropin-releasing hormone analogs in children and adolescents”. *Korean Journal of Pediatrics*, 53 (3), pp. 294-299.
94. Kliegman RM. et al (2020). *Nelson's Textbook of Pediatrics*. Elsevier Saunders, 21<sup>st</sup> ed, pp.1854-1875.
95. Lee A. Denson. *Appetite Regulation in Health and Disease*. 2007. Pediatric Nutrition Support. Jones and Barlett Publishers; p 135-148.
96. Léger J, et al. (2014), “European Society for Paediatric Endocrinology consensus guidelines on screening, diagnosis, and management of congenital hypothyroidism”, *J Clin Endocrinol Metab*, 99(2), pp. 363-384.

97. Loét aph to-Viện da liễu trung ương.
98. Madhusmita Misra MD, *Vitamin D insufficiency and deficiency in children and adolescents*, UpToDate 2017.
99. Mark J. Abzug et al (2016). *Acute Pharyngitis*. Nelson textbook of pediatrics, twentieth edition, Elsevier, Philadelphia, 2017-2020.
100. Mark J. Abzug et al (2016). *The common cold*. Nelson textbook of pediatrics, twentieth edition, Elsevier, Philadelphia, 2011-2013.
101. Matthew SK. “*Community-acquired pneumonia*”, in Nelson Textbook of Pediatrics. Elsevier, 21<sup>th</sup> ed, pp.8956.
102. Measles – For Healthcare Professionals. CDC February 5 2018
103. Medscape.com/answers/922543-179108/what-are-the-indications-for-recombinant-human-growth-hormone-rhgh-therapy-in-children
104. Michael E Pichichero (2020). *Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis*, Uptodate, Wolters Kluwer.
105. Milnes SM, Piazza CC, Carroll T. *Assessment and Treatment of Pediatric Feeding Disorders*. 2013
106. Mitsuyoshi Urashima, Hidetoshi Mezawa, Hiroshi Tachimoto, et al. Primary Prevention of Cow’s Milk Sensitization and Food Allergy by Avoiding Supplementation With Cow’s Milk Formula at Birth.

- JAMA Pediatrics*. 2019.doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3544
107. Mumps – Centers of Disease Control and Prevention
  108. Natascia D. Iorgi, Flavia N, Giovanni M, Mohamad M, (2020) “*Disorders of Water Balance*”, Book’s Clinical Pediatric Endocrinology – 7th edition, p 553-576
  109. Nelson Textbook of pediatrics 2019.
  110. Nelson Textbook of Pediatrics, 21<sup>th</sup>, ElsevierInc.
  111. Nelson’s Textbook of Pediatrics 20<sup>th</sup> edition. Chapter XIX Respiratory System. 391.2 Bronchitis
  112. Nguyễn Anh Tuấn (2020). “*Tiêu chảy cấp*”, Bài giảng Nhi khoa – Tập I. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP HCM, tr.277-293.
  113. Nguyễn Phú Đạt (2016), “*Đái tháo nhạt*”, Sách giáo khoa Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học: Trang 1270 -1276
  114. Nguyễn Phú Đạt (2019), “*Đái tháo nhạt*”, Bệnh nội tiết, chuyển hóa, di truyền trẻ em, Nhà xuất bản Y học: Trang 102 -113
  115. Nguyễn Trọng Hưng, Trần Thị Trà Phương. *Chương 39: Dinh dưỡng điều trị thừa cân béo phì ở trẻ em*. Sách Dinh dưỡng lâm sàng. 2019. Nhà xuất bản Y học. trang 465-470.
  116. Oral lesions – Uptodate 2020

117. Orbit. *Eyelids and Lacrimal System* (2016), American Academy of Ophthalmology: Basic and Clinical Course.
118. Pastor-Villaescusa B, Caniete MD, Caballero-Villarraso J, et al. Metformin for Obesity in Prepubertal and Pubertal Children: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 2017;140(1):e20164285
119. *Pediatric Endocrinology* 4E, 2014
120. Pedro A Piedra, MD Ann R Stark, MD (2020). “Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention”, from <https://www.uptodate.com>, Aug 2020
121. Pedro A Piedra, MD Ann R Stark, MD (2020). “Croup – approach to management”, from <https://www.uptodate.com>, Aug 2020
122. PGS.TS.BS Phạm Thị Minh Hồng. “Viêm tiểu phế quản cấp”, trong sách Nhi khoa tập 1, Đại học Y dược TPHCM, 2020, trang 105
123. PGS.TS.BS. Phạm Hữu Nguyệt Diễm. “Viêm
124. *Phác đồ điều trị ngoại trú* – Bệnh viện Nhi đồng 2, bài Sốt xuất huyết Dengue, 2016.
125. *Phác đồ điều trị ngoại trú* Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2016.
126. *Phác đồ điều trị Nhi Khoa* 2013, Bệnh viện Nhi Đồng 1, “Tiểu đường ở trẻ em”
127. *Phác đồ điều trị nhi khoa* 2016 BV Nhi đồng 2

128. *Phác đồ điều trị nhi khoa* 2017 - Bệnh viện Nhi Đồng 1
129. *Phác đồ điều trị nhi khoa* 2019 Bệnh viện Nhi Đồng 2
130. *Phác đồ điều trị nhi khoa Nhi Đồng 1*, 2013, chương V: Thận niệu, “Suy thận mãn”
131. *Phác đồ điều trị nhi khoa Nhi Đồng 2*, 2019, chương XIV: Thận, “Bài 203: Điều trị bảo tồn suy thận mạn”, tr. 972, Nhà xuất bản Y học.
132. *Phác đồ ngoại trú Nhi Đồng 1* - 2017
133. Principle and Practice of Pediatrics Infectious Disease 4e
134. Quyết định số 4888/QĐ-BYT ngày 12/9/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi”.
135. Robert M. Kliegman et al (2018). *Cough*. Pediatric Symptom-based diagnosis, Elsevier, Philadelphia, 15-38.
136. Robert William Wilmott et al (2019). *Lung Defenses*. Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, ninth edition, Elsevier, Philadelphia, 492-531.
137. Ron Shaoul. H., (2014), *Portal Hypertension, Practical Algorithms in Pediatric Gastroenterology*. (pp. 96-97). Switzerland: Karger.
138. Salehi Abari, Iraj “2015 ACR/SLICC Revised Criteria for Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus”,

- Autoimmune Diseases and Therapeutic* (2015), doi: 10.14437/ADTAOA-2-114
139. Scotta MC. “*Pneumonia in children*”, in *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. Elsevier, 9<sup>th</sup> ed, pp.1567.
  140. Sean R Moore (2019), *Persistent diarrhea in children in resource-limited countries*.
  141. Shanmugam, N., & Dhawan, A. (Ed.). (2019). Common drugs used in liver disease: dosage and calculations. *Pediatric liver intensive care*. (pp.
  142. Staci Nix. *Williams' Basic Nutrition and Diet Therapy*. Part 4: 15th edition. 2016. Elsevier Mosby.
  143. Stephen LF (2020). “*Clinical features and detection of congenital hypothyroidism*”, from <http://www.uptodate.com>, accessed August 20<sup>th</sup>, 2020.
  144. Stephen LF and Stephen AH (2016). “*Hypothyroidism*”, in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20<sup>th</sup> edition, pp. 2665-2675.
  145. Steve Cunningham MBChB, PhD. “*Bronchiolitis*”, in *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. Elsevier, 9<sup>th</sup> ed, pp.1567.
  146. Susan S. Baker. *Pediatric Nutrition Support*. Jones and Barlett Publishers. 2007.
  147. *Syncope in children and adolescents: Evaluation and treatment* (Jean-Marc Côté, MD).

148. Thiếu hormone tăng trưởng-Suy tuyến yên – BHYT 2014.
149. ThS.BS. Cao Phạm Hà Giang. “Viêm hô hấp trên”, sách Nhi khoa tập 1, Đại học Y dược TP. HCM, 2020, trang 83.
150. TODAY Study Group, Zeitler P, Hirst K.et al. A clinical trial to maintain glycemic control in youth with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012; 366:2247.
151. Treating measles in children. World Health Organization Geneva 2004 updated
152. Up to date 2020
153. Viện dinh dưỡng quốc gia. *Dinh dưỡng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học. 2019.
154. Y. Vandenplas. Prevention and Management of Cow’s Milk Allergy in Non-Exclusively Breastfed Infants (2017). *Nutrients*, 9, 731-746.
155. Yap HK, Aragon ET, Resontoc LPR, Yeo WS. *Management of Childhood Nephrotic Syndrome*. Pediatric Nephrology. On-The-Go,2012; 19:122-135. Edited by: Hui Kim Yap, Isaac Desheng Liu, Woo Chiao Tay
156. Yap, Hui-Kim, Liu, Isaac Desheng, Ng, Kar-Hui. *Pediatric nephrology on the go* 3<sup>rd</sup> ed. Singapore: Children's Kidney Centre, 2018

## NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh  
699 Trần Hưng Đạo - Phường 1 - Quận 5  
VPGD: 139A Triệu Quang Phục - Phường 11 - Quận 5  
Điện thoại: 028-39235648  
Email: cnxuatbanyhoc@gmail.com

### HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ PHẦN NỘI KHOA NĂM 2022

*(Tái bản lần thứ nhất, có sửa chữa và bổ sung)*

*Chịu trách nhiệm xuất bản*  
**Tổng Giám đốc: Chu Hùng Cường**  
*Chịu trách nhiệm nội dung*  
**BSCKI. Nguyễn Tiến Dũng**

*Biên tập:* **Trần Thúy Hồng**  
*Sửa bản in:* **Trần Thúy Hồng**  
*Trình bày bìa:* **Mai Xuân Hoà**  
*Kỹ thuật vi tính:* **Phan Danh Thanh**

*Đối tác liên kết xuất bản:* Bệnh viện Nhi Đồng 2

---

In 2.000 cuốn khổ 14,5 x 20,5 cm tại Công ty Cổ phần Thương mại In Nhật Nam, 007 Lô I, KCN Tân Bình, phường Tây Thạnh, quận Tân Phú. Xưởng in: 410 Tân Kỳ Tân Quý, phường Sơn Kỳ, quận Tân Phú, TP. Hồ Chí Minh.

Số xác nhận đăng ký xuất bản: -2022/CXBIPH//YH ngày //2022.  
Quyết định xuất bản số: /QĐ-XBYH ngày //2022. In xong và nộp lưu chiểu năm 2022.

Mã ISBN: 978-604-66--