612.8
H-107

BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG
Chủ biên:
GS.TS. Nguyễn Công Khanh
PGS.TS. Lê Thanh Hải

ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ
THƯ VIỆN

HƯỚNG DẪN
CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TRẺ EM

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

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2015

LỜI NÓI ĐẦU

Chất lượng chăm sóc bệnh nhân phụ thuộc rất nhiều vào chất lượng chẩn đoán, điều trị. Đối với mỗi bệnh viện, có được một phương pháp kỹ thuật tiến bộ, cập nhật thống nhất là hết sức quan trọng và là truyền thống. Bệnh viện Nhi Trung ương là một tuyến khám, chữa bệnh cao cho trẻ em, do đó việc áp dụng tiến bộ khoa học kỹ thuật trong tiếp cận bệnh nhân lại quan trọng hơn.

Để góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương biên soạn cuốn sách ***Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em***. Nội dung cuốn sách bao gồm những bệnh thường gặp và cấp cứu ở trẻ em, được sắp xếp theo chuyên khoa. Các bài do tập thể các giáo sư, tiến sĩ, thạc sĩ, bác sĩ chuyên khoa viết. Kỹ thuật chẩn đoán, điều trị ngày càng tiến bộ, các bài viết cố gắng cập nhật các tiến bộ khoa học kỹ thuật, song cũng vận dụng cho thích hợp thực tiễn hiện nay.

Sau lần xuất bản đầu tiên năm 2003, và lần thứ hai năm 2006 được nhiều độc giả hoan nghênh và yêu cầu tái bản. Tái bản lần này chúng tôi có sửa chữa và bổ sung để cập nhật hơn. Mong tiếp tục nhận được sự góp ý của độc giả, cán bộ trong ngành.

Xin cảm ơn sự cộng tác của các tác giả và Nhà xuất bản Y học.

TM. Ban biên soạn

GS.TS. NGUYỄN CÔNG KHANH

BAN BIÊN SOẠN

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TRẺ EM

CHỦ BIÊN

GS.TS. Nguyễn Công Khanh

PGS.TS. Lê Thanh Hải

BAN BIÊN SOẠN

GS.TS. Nguyễn Công Khanh

GS.TS. Nguyễn Thanh Liêm

PGS.TS. Lê Thanh Hải

BS. Nguyễn Văn Lộc

GS.TS. Nguyễn Thu Nhạn

GS.TSKH. Lê Nam Trà

THƯ KÝ BIÊN SOẠN

BS. Vũ Văn Hậu

DANH SÁCH CÁC CỘNG TÁC VIÊN THAM GIA BIÊN SOẠN
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TRẺ EM

1. PGS.TS. Phạm Nhật An
2. BSCK II. Trần Liên Anh
3. BSCK I. Nguyễn Thành Công
4. PGS.TS. Khu Khánh Dung
5. BSCK I. Lê Anh Dũng
6. BS. Trịnh Quang Dũng
7. TS. Vũ Chí Dũng
8. ThS. Lê Ngọc Duy
9. PGS.TS. Nguyễn Phú Đạt
10. BS. Nguyễn Thị Hương Giang
11. BS. Đỗ Bích Hằng
12. BSCK II. Đỗ Mai Hương
13. ThS. Nguyễn Thị Mai Hương
14. PGS.TS. Hồ Sĩ Hà
15. TS. Trần Thị Thu Hà
16. ThS. Trần Thu Hà
17. PGS.TS. Lê Thanh Hải
18. TS. Nguyễn Thanh Hải
19. ThS. Lê Hồng Hanh
20. BS. Lê Thị Hay
21. TS. Bùi Đức Hậu
22. TS. Trần Đức Hậu
23. BS. Vũ Văn Hậu
24. TS. Phan Thị Hiền
25. PGS.TS. Nguyễn Ngọc Hưng
26. TS. Nguyễn Phạm Ánh Hoa
27. PGS.TS. Phạm Hữu Hoà

28. BSCK II. Tạ Thu Hoà
29. PGS.TS. Nguyễn Thị Hoàn
30. TS. Bùi Vũ Huy
31. TS. Trương Mai Hồng
32. GS.TS. Nguyễn Gia Khánh
33. GS.TS. Nguyễn Công Khanh
34. TS. Bùi Ngọc Lan
35. TS. Lê Ngọc Lan
36. TS. Phùng Tuyết Lan
37. BSCK I. Nguyễn Văn Lộc
38. GS.TS. Nguyễn Thanh Liêm
39. GS.TS. Trần Đình Long
40. TS. Nguyễn Thị Thanh Mai
41. BSCK II. Quách Thúy Minh
42. ThS. Nguyễn Hoàng Nam
43. BSCK II. Nguyễn Kim Nga
44. BSCK II. Nguyễn Thu Nguyệt
45. BSCK II. Lê Tố Như
46. GS.TS. Nguyễn Thu Nhạn
47. BS. Nguyễn Quang Ứng
48. PGS.TS. Ninh Thị Ứng
49. PGS.TS. Nguyễn Thị Phượng
50. BSCK I. Nguyễn Thị Phúc
51. BSCK II. Trần Văn Quang
52. ThS. Lương Thị San
53. BSCK II. Phạm Thị Sửu
54. BSCK I. Nguyễn Danh Tình
55. TS. Bùi Phương Thảo
56. ThS. Lê Nam Thắng
57. PGS.TS. Phạm Văn Thắng

58. ThS. Nguyễn Thị Hồng Thúy
59. TS. Lưu Mỹ Thục
60. BS. Nguyễn Thu Thủy
61. BS. Đặng Hanh Tiệp
62. TS. Hoàng Cẩm Tú
63. ThS. Nguyễn Văn Tú
64. GS.TSKH. Lê Nam Trà
65. TS. Trần Kinh Trang
66. BS. Nguyễn Văn Trường
67. PGS.TS. Đào Minh Tuấn
68. BS. Dương Quang Tuấn
69. BS. Hồ Bích Vân
70. TS. Tạ Khánh Vân
71. TS. Đặng Thị Hải Vân
72. PGS.TS. Bùi Văn Viên
73. BSCK II. Lê Tiến Vinh
74. ThS. Trương Thúy Vinh
75. ThS. Vũ Công Vinh
76. ThS. Ngô Anh Vinh
77. PGS. Cao Quốc Việt
78. BSCK I. Nguyễn Quốc Việt
79. BSCK I. Trịnh Văn Việt
80. ThS. Nguyễn Thị Yến (A)
81. PGS.TS. Nguyễn Thị Yến (B)

Chương 1

BỆNH LÝ SƠ SINH

SƠ SINH NON THÁNG

Sơ sinh non tháng là những trẻ sinh ra < 37 tuần thai.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Hỏi kỳ kinh cuối của mẹ

1.2. Khám lâm sàng

Đánh giá tuổi thai theo thang điểm.

Đánh giá cân nặng - tuổi thai xem có suy dinh dưỡng (SDD) thai.

Đánh giá biểu hiện các yếu tố nguy cơ:

- Hạ đường máu.
- Hạ thân nhiệt.
- Nhiễm trùng.
- Suy hô hấp.

1.3. Xét nghiệm

CTM, hematocrit.

Đường máu và calci máu.

ĐGĐ khi có nuôi dưỡng tĩnh mạch Xquang phổi.

CRP khi nghi ngờ nhiễm trùng.

Siêu âm não.

1.4. Chẩn đoán

- Tuổi thai.
- Suy dinh dưỡng thai.
- Bệnh kèm theo: vàng da, nhiễm trùng, dị tật bẩm sinh.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Ổn định các yếu tố nguy cơ

– Kiểm soát thân nhiệt ít nhất ngày 2 lần. Nếu bệnh nhân hạ nhiệt độ phải ủ ấm tích cực bằng mọi cách đến khi nhiệt độ trở lại bình thường.

– Hạn chế nhiễm trùng:

– Rửa tay trước và sau khi khám, chăm sóc bệnh nhân. Chú ý tác nhân gây bệnh trong môi trường bệnh viện: tụ cầu, Pseudomonas, Klebsiella.

– Dinh dưỡng: đảm bảo 120-140kcal/kg/ngày giúp tăng cân đạt 15g/kg/ngày.

+ Nuôi tĩnh mạch:

Cho trẻ quá non < 1000g

Trẻ suy thở nặng

Dị tật tiêu hoá

Nuôi đường miệng là phương pháp sinh lý nhất, nếu phải nuôi tĩnh mạch cần sớm chuyển qua đường miệng khi có thể.

Sữa mẹ giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử ở trẻ đẻ non. Khi không có sữa mẹ nên dùng sữa dành cho trẻ đẻ non.

Cách cho sữa dựa theo cân nặng và tuổi thai

Tuổi thai (tuần)		< 32	32 - 35	> 36
Cân nặng (gam)		<1500	1500 - 2000	2000 - 2500
Số bữa/ngày		12	10	8
Cách cho ăn	Nhỏ giọt dạ dày	+	+	
	Bú mẹ		BM + đổ thìa	+

+ Ăn qua sonde:

Cho trẻ sau giai đoạn từ nuôi đường tĩnh mạch sang đường miệng.

Suy hô hấp.

Trẻ li bì, phản xạ quá yếu.

Lưu ý: Hút dịch dạ dày trước mỗi bữa ăn, nếu ứ đọng > 2% gợi ý kém hấp thu, liệt ruột, nhiễm trùng.

Chú ý hiện tượng trào ngược dạ dày.

+ Cung cấp vitamin và chất khoáng

Vitamin K1: 2 - 5mg tiêm bắp

Vitamin E: 20 đơn vị/ngày đến hết tuổi sơ sinh

Vitamin B1: 0,01g/ngày

Vitamin C: 50 - 100mg/ngày

Cuối tuần thứ nhất:

Vitamin A 1000 đơn vị/ngày

Vitamin D 1000 - 2000 đơn vị/ngày.

Từ tháng thứ 2 trở đi cho protoxalat sắt 2mg/kg/ngày dùng 5 - 6 tháng liền.

2.2. Điều trị bệnh lý

- *Suy hô hấp*

Bệnh màng trong hay gặp ở trẻ:

Đẻ non < 28 tuần (60- 80%).

32 - 36 tuần (15 - 30%).

Biểu hiện suy hô hấp vài giờ hoặc vài ngày sau đẻ. Trẻ thở nhanh, co kéo lồng ngực, thở rên thì thở ra, tím tái.

X quang: Thể tích phổi giảm

Mờ lan toả dạng lưới, hạt.

Điều trị:

Thở CPAP khi Silvermann > 3 điểm, CPAP với áp lực 5-8cm H_2O.

Nếu thất bại với CPAP ($PaCO_2$ > 55mmHg hoặc PO_2 < 50mmHg với FiO_2 > 60%) có chỉ định thở máy.

Các trường hợp thất bại với CPAP thường cũng không hiệu quả với thở máy nếu không có surfactant.

Thuốc kích thích hô hấp:

Cafein citrat: liều tấn công 20mg/kg/ngày

Sau 24 - 48 giờ sau cho liều duy trì 5mg/kg/ngày

- *Vàng da*

Chiếu đèn sớm hơn trẻ đủ tháng

Phòng ngừa sớm hiện tượng vàng da ở trẻ <1000g.

2.3. Theo dõi sau xuất viện

– Hậu quả của thở máy và oxy liệu pháp: loạn sản phổi, bệnh lý võng mạc.

– Sự phát triển thể chất, tâm thần, vận động cho đến 2 tuổi.

VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO

Gọi là vàng da tăng bilirubin tự do bệnh lý khi bilirubin tự do máu trên 13mg/dL hay ≥ 220mmol/L. Tỷ lệ vàng da tăng bilirubin tự do khá cao, 5 - 25% sơ sinh vào viện. Mức độ vàng da tuỳ thuộc vào lượng bilirubin máu.

Phân vùng vàng da của Kramer (1969)

Vùng	Vàng da		Bilirubin GT (mmol/l)
1	Mặt - Cổ		100
2	1/2 thân trên rốn	+ Vùng 1	150
3	1/2 thân dưới rốn	+ Vùng 1, 2	200
4	Cánh tay, chân (trên mắt cá)	+ Vùng 1, 2, 3	250
5	Bàn tay, bàn chân	Các vùng trên	> 250

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Vàng da bệnh lý do tăng bilirubin tự do chưa rõ nguyên nhân

- *Lâm sàng*

– Trẻ có tiền sử sản khoa bất thường (ngạt, mẹ dùng thuốc kích thích sinh) hay có bệnh lý khác kèm theo.

– Vàng da sáng, đã lan quá vùng 3.

– Có thể phân có nước.

– Có thể có triệu chứng tổn thương não sớm (li bì, bú kém) hay các triệu chứng của vàng nhân não (li bì, có cơn co cứng).

- *Xét nghiệm*

– Bilirubin máu tăng trên mức sinh lý (>13mg/dl).

– Không có bất đồng nhóm máu, mẹ-con, hệ ABO hoặc Rh.

1.2. Vàng da tăng bilirubin tự do do bất đồng nhóm máu mẹ - con hệ ABO

- *Lâm sàng*

– Có tính chất gia đình.

– Vàng da có thể xuất hiện sớm sau đẻ (trong 24 giờ - 48 giờ đầu).

– Vàng da quá vùng 3, tăng nhanh, tăng đậm.

– Có thể có dấu hiệu của tổn thương não (nếu bilirubin máu tăng quá cao).

– Có thể có dấu hiệu thiếu máu (niêm mạc nhợt, gan lách to - nếu có huyết tán).

- *Xét nghiệm*

– Bilirubin máu tăng cao.

– Hồng cầu lưới > 6%; Hb giảm

– Nhóm máu mẹ "O" Rh (+); con "A" hay "B" Rh (+)

– Test Coombs TT (+) (nếu test được thực hiện sớm sau đẻ).

– Tìm thấy kháng thể miễn dịch kháng "A" hay "B" trong máu con.

1.3. Vàng da tăng bilirubin tự do máu do bất đồng nhóm máu mẹ - con hệ Rh

Tiền sử: có tính chất gia đình

- *Lâm sàng*

– Vàng da xuất hiện rất sớm, tăng nhanh sau sinh (24 giờ đầu).

– Dấu hiệu thiếu máu rõ (niêm mạc nhợt, gan lách to).

– Thường có biểu hiện của tổn thương não (vàng nhân não).

- *Xét nghiệm*

– Bilirubin máu tăng cao.

– Bất đồng Rh: mẹ Rh (-); con Rh (+).

- Hb giảm, hồng cầu lưới tăng cao.
- Test Coombs TT (++++)

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị đặc hiệu

Chỉ định chiếu đèn và thay máu.

2.1.1. Trẻ đủ tháng, khoẻ (tuổi thai > 37 tuần; P > 2500g)

Tuổi (giờ)	Bilirubin toàn phần mg/dl, mmol/l			
	Theo dõi sát để chiếu đèn	Chiếu đèn	Thay máu nếu chiếu đèn thất bại *	Thay máu + chiếu đèn tích cực
≤ 24				
25 - 48	≥ 12 (204)	≥ 15 (260)	≥ 20 (340)	≥ 25 (430)
49 - 72	≥ 15 (260)	≥ 18 (310)	≥ 25 (430)	≥ 30 (510)
> 72	≥ 17 (290)	≥ 20 (340)	≥ 25 (430)	≥ (510)

Chú ý: Trẻ có bất đồng ABO, nhưng đẻ thường, khoẻ mạnh, không có dấu hiệu huyết tán: Vàng da sớm 24 giờ sau đẻ; Hb ≤ 13g/dl; hồng cầu lưới > 6%; Coombs TT (+) → có thể áp dụng phác đồ trên, nhưng cần theo dõi sát mức độ tăng vàng da.

(*): *- Thử chiếu đèn nếu trẻ nhập viện đã có nồng độ bilirubin máu ở ngưỡng thay máu nhưng chưa được chiếu đèn. Kiểm tra lại bilirubin sau 6 giờ chiếu đèn, nếu bilirubin máu vẫn cao trên mức khi nhập viện thì đăng ký thay máu.*

- Đăng ký thay máu ngay nếu trẻ đã có triệu chứng li bì, bú kém hay bỏ bú, tăng trương lực cơ, thở không đều hay cơn ngừng thở ngắn.

2.1.2. Trẻ đẻ non

Cân nặng (g)	Bilirubin toàn phần (mg/dl, mmol/l)	
	Chiếu đèn	Thay máu
< 1500	5 - 8 (85 - 140)	13 - 16 (220 - 275)
1500 - 1999	8 - 12 (140 - 200)	16 - 18 (275 - 300)
2000 - 2400	11 -18 (190 - 240)	18 - 20 (300 - 340)

Hay: Chỉ định thay máu dựa vào nồng độ bilirubin và tỷ lệ bilirubin/albumin.

Cân nặng (g)		< 1200	1250-1499	1500-1999	2000-2499	>2500
Trẻ khoẻ	Bilirubin (mg/dl)	13	15	17	18	25-29
	Bilirubin/albumin	5,2	6,0	6,8	7,2	8,0
Trẻ bệnh	Bilirubin (mg/dl)	10	13	15	17	18
	Bilirubin/albumin	4,0	5,2	6,0	6,8	7,2

2.1.3. Bất đồng ABO có huyết tán

Can thiệp	Bilirubin TP (mg/dl, mmol/l)
Chiếu đèn	≥ 15 - 17 (255 - 289)
Thay máu	20 (340)

2.1.4. Vàng da huyết tán do bất đồng Rh

a. Thay máu ngay sau đẻ

(1) Bilirubin máu cuống rốn ≥ 5mg/dl (85mmol/l)

(2) Hb máu cuống rốn ≤ 10g/dl

(3) Tăng hiệu giá KT, Coombs GT máu mẹ (+); Coombs TT máu con (+).

b. Thay máu sau sinh

(1) Tuổi (giờ)	Bilirubin toàn phần mg/dl (mmol/l)
≤ 24	≥ 10 (170)
25 - 48	≥ 15 (255)
> 48	≥ 20 (340)

(2) Có chỉ định thay máu ngay nếu tốc độ tăng bilirubin máu ≥ 0,5mg/dl/giờ.

c. Chỉ định chiếu đèn tích cực khi bilirubin dưới ngưỡng thay máu là 5mg/dl.

2.2. Điều trị kết hợp

2.2.1. Truyền dịch trong chiếu đèn: tăng 10 - 20% so với nhu cầu dịch/ngày.

Cân nặng (kg)	Loại dịch Dext/100ml	ml/kg/ngày		
		< 24 giờ	24 - 48 giờ	> 48 giờ
< 1,0	5 - 10g	100 - 150	120 - 150	140 - 190
1,0 - 1,5	10g	80 - 100	100 - 120	120 - 160
> 1,5	10g	60 - 80	80 - 120	120 - 150

Chú ý:

– Ngưng chiếu đèn khi bilirubin máu:

13 ± 0,7mg/dl đẻ thường.

10,7 ± 1,2mg/dl đẻ non.

– Nếu sau ngưng chiếu đèn bilirubin máu không tăng > 1mg/dl thì không cần chiếu đèn lại.

2.2.2. Human albumin

Khuyến cáo truyền Human albumin trước thay máu 1 - 6 giờ; liều 1g/kg, trong các trường hợp vàng da đến muộn.

3. THUỐC KHÁC

– Immunoglobulin: 500-1000mg/kg truyền TM trong 2 giờ, cho trẻ vàng da huyết tán vì bất đồng Rh, ABO có test Coombs (+).

– Protoporphyrin (SnMP): liều duy nhất 6μmol/kg cho trẻ đủ tháng đẻ thường và đẻ thường không huyết tán.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRONG QUÁ TRÌNH CHIẾU ĐÈN

1. Chỉ định dựa vào nồng độ bilirubin máu, cân nặng, tuổi nhập viện.

2. Tiêu chuẩn ánh sáng:

– Loại đèn.

– Liều 5 - 9μw/1cm^2/nm với ánh sáng có λ425-475nm (đo tại da trẻ).

3. Có kính bảo hiểm hoặc băng che mắt màu tối. Để hở tối đa phần da cơ thể, (đã che kín phần sinh dục).

4. Đặt trẻ trong lồng ấp, khoảng cách dưới đèn là 30 - 60cm.

5. Dinh dưỡng: tiếp tục cho bú mẹ.

6. Truyền dịch thêm trong quá trình chiếu đèn (như trên).

7. Thuốc điều trị phối hợp trong quá trình chiếu đèn.

8. Kiểm tra lại bilirubin máu 12 - 24 giờ/1 lần.

9. Ngưng chiếu đèn:

– Đủ tháng: bilirubin <18mg/dl (310mmol/l)

hay bilirubin ≤ 14mg/dl (240mmol/l), trẻ 49 - 72 giờ.

bilirubin ≤ 15mg/dl (260mmol/l), trẻ > 72 giờ.

– Đẻ non: 10,7 ± 1,2mg/dl (190 ± 20,5mmol/l)

THAY MÁU Ở TRẺ SƠ SINH VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO

1. Nguyên tắc

– Chỉ định thay máu dựa vào nồng độ bilirubin toàn phần máu, sau khi đã được thử chiếu đèn, trừ các trường hợp có tốc độ tăng bilirubin máu nhanh > 1mg/kg/giờ hay trẻ đã có các triệu chứng thần kinh nghi có tổn thương não.

– Tất cả bệnh nhân đều được chiếu đèn, truyền dịch hoặc Human albumin (nếu có chỉ định) trong khi chờ thay máu.

– Chỉ định thay máu nhắc lại cũng dựa vào nồng độ bilirubin như thay máu lần đầu.

2. Tiêu chuẩn máu

– Máu lưu trữ < 7 ngày.

– Hematocrit: 40 - 50%

– pH ≤ 7,25

– K^+ < 7mEq/l

– Lượng đường trong máu ≈ 300mg/dl

– Chống đông bằng CPD (Citrat Phosphate Dextrose)

3. Loại máu

– Chỉ thay cùng nhóm "O" Rh (+) cho trẻ nếu cả mẹ con cùng nhóm "O", Rh (+).

– Các trường hợp khác, kể cả bất đồng ABO sẽ thay bằng HC rửa "O" + huyết tương nhóm "AB". Nếu không có huyết tương AB thay bằng HC rửa "O" và huyết tương cùng nhóm của con.

– Bất đồng Rh: dùng máu có Rh (-), cùng nhóm với con hay nhóm "O" kết hợp với huyết tương nhóm "AB".

4. Khối lượng máu cần đăng ký

– Đẻ thường: 160ml/kg

– Đẻ non: 190ml/kg

CO GIẬT Ở TRẺ SƠ SINH

Co giật ở trẻ sơ sinh thường kín đáo, có thể chỉ là cử động bất thường nhẹ ở các cơ mặt, run giật nhẹ ở chi. Đây là triệu chứng của nhiều bệnh, ngoài việc chống co giật còn phải điều trị nguyên nhân.

1. CHẨN ĐOÁN: Chú ý phát hiện các dấu hiệu sau:

1.1. Cơn giật

Có một hoặc nhiều biểu hiện như:

– Giật nhẹ cơ mặt, má, môi ...

– Run giật các ngón chân, tay.

– Cơn giật xảy ra tự nhiên hoặc khi có kích thích.

– Trương lực cơ tăng hoặc giảm, trường hợp tăng mạnh sẽ có cơn co cứng, dấu hiệu cứng hàm ...

– Thời gian kéo dài của mỗi cơn giật là bao nhiêu giây.

– Tần số xuất hiện cơn giật: thưa hay liên tục.

1.2. Các triệu chứng kèm theo

Các dấu hiệu sau nếu có sẽ có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân và tiên lượng.

– Dấu hiệu suy hô hấp: khó thở, tím tái, ngừng thở ...

– Thóp phồng.

– Dấu hiệu thiếu máu.

– Dấu hiệu tổn thương thần kinh khu trú: liệt dây thần kinh sọ não, chi ...

– Vòng đầu to, nhỏ bất thường.

– Sốt, biểu hiện nhiễm trùng.

1.3. Khai thác tiền sử

– Đẻ ngạt, can thiệp.

– Gia đình có người bị co giật.

1.4. Các xét nghiệm cần làm

– CTM, tiểu cầu.

– MC, MĐ nếu nghi có chảy máu.

– ĐGĐ, calci, đường máu.

– Chọc dò nước não tuỷ nếu có dấu hiệu nghi viêm màng não hoặc xuất huyết màng não.

– Siêu âm qua thóp nếu nghi có xuất huyết não, màng não hoặc viêm màng não.

– Điện não đồ: khi đã loại trừ các nguyên nhân khác và nghĩ tới động kinh.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chống giật

– Phenobarbital: 20mg/kg tiêm bắp (TM).

Sau 30 phút nếu còn giật cho tiếp 10mg/cân nặng tiêm tĩnh mạch.

– Sau 2 liều trên nếu vẫn giật:

Seduxen 0,2mg/kg tiêm bắp trong 5 phút.

– Duy trì hàng ngày:

Gardenal 10mg/kg/24 giờ cho đến khi hết giật hoàn toàn.

2.2. Điều trị phối hợp

- Chống suy hô hấp: xem bài "suy hô hấp ở trẻ sơ sinh".
- Hạ sốt: nếu trẻ sốt trên 38,5°C, cho paracetamol 10mg/kg/6 giờ.
- Nuôi dưỡng: đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ.

2.3. Điều trị nguyên nhân

- Xuất huyết màng não:

+ Truyền máu (hoặc plasma nếu Hb > 13g%, hematocrit > 35%).

+ Vitamin K.

- Viêm màng não mủ: xem bài "Viêm màng não mủ sơ sinh".
- Hạ đường máu, rối loạn điện giải: xem các phác đồ tương ứng.
- Động kinh:

+ Chống co giật: như mục 2.1.

+ Thuốc chống động kinh: hội chẩn với chuyên khoa thần kinh để có điều trị cụ thể (Depakin, phenobarbital...).

VIÊM RUỘT HOẠI TỬ SƠ SINH

Viêm ruột hoại tử sơ sinh thường gặp ở trẻ đẻ non, cân nặng thấp. Bệnh có liên quan nhiều đến vấn đề:

Nuôi dưỡng bằng đường ruột.

Trẻ suy hô hấp kéo dài.

Giảm lưu lượng máu ở hệ thống tạng (ngạt, đa hồng cầu).

Trong bệnh nhiễm trùng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Giai đoạn sớm

Trẻ li bì, ngủ lịm, nhiệt độ thường không ổn định.

Dịch dạ dày chậm tiêu, ứ dịch khoảng 20%.

Có những cơn ngừng thở ngắn, nhịp tim có thể chậm, hạ đường máu.

1.1.2. Giai đoạn tiếp theo

Nôn dịch vàng.

Tưới máu da kém.

Ỉa chảy, có khi ỉa ra máu toàn phần hoặc vi thể.

Bụng chướng, thăm trực tràng đôi khi có máu.

1.1.3. Giai đoạn muộn

Dịch dạ dày nâu đen.

Có sốc.

Bụng chướng, nề, thành bụng có ban đỏ.

Có cảm ứng phúc mạc, viêm phúc mạc.

1.2. Xét nghiệm

Máu ngoại biên: BC tăng hoặc giảm, TC giảm.

Khí máu: toan chuyển hoá.

Điện giải đồ: Na giảm, K tăng.

Có thể có rối loạn đông máu.

Cấy phân, tìm máu trong phân.

Chọc dịch màng bụng: Có máu hoặc mủ

Soi cấy dịch tìm vi khuẩn Gram (-)

Xquang sớm: liệt ruột nhẹ

Có bóng hơi trong thành ruột, trong tĩnh mạch cửa và nhánh vào gan.

Tràn dịch và khí trong ổ bụng (viêm phúc mạc hoặc thủng ruột).

Chụp bụng 6 - 8 giờ/lần trong 48 giờ đầu. Sau đó chụp 8 - 12 giờ/lần cho đến khi bệnh ổn định để phát hiện dấu hiệu bụng ngoại khoa.

Vi khuẩn: nuôi cấy máu, phân và dịch màng bụng (thường do E.coli, Klebsiella, Proteus, Staphylococcus ...).

2. ĐIỀU TRỊ

Dựa vào kháng sinh đồ để dùng kháng sinh cho hợp lý.

Có thể phối hợp cephalosporin thế hệ 3 với nhóm aminosid + metronidazol. Dùng nhóm aminosid hạn chế được thủng ruột trong điều trị viêm ruột hoại tử.

Nuôi dưỡng tĩnh mạch 7 ÷ 10 ngày (theo dõi diễn biến lâm sàng để quyết định ăn trở lại tử tử).

Can thiệp ngoại khoa:

Mời ngoại hội chẩn khi có: viêm phúc mạc hoặc tràn khí trong khoang màng bụng, thủng ruột.

- *Một số điểm chú ý khi nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng*

Thận trọng khi dùng một số thuốc:

Nhóm xanthin (theophylin, aminosid).

Vitamin E dùng rộng rãi kéo dài.

Indometacin, cocain, cytokin.

Cần thận trọng khi nuôi dưỡng trẻ đẻ non bằng đường ruột, cho trẻ ăn số lượng lớn và tăng nhanh số lượng với thời gian không hợp lý sẽ là nguy cơ gây viêm ruột hoại tử.

Cho trẻ ăn từ từ từng lượng nhỏ điều chỉnh tốt thời gian và số lượng cho bữa ăn có thể phòng được bệnh. Tăng dần không quá 20ml/kg/ngày. Theo dõi và đánh giá tình trạng dung nạp sữa.

Sữa mẹ có nhiều yếu tố bảo vệ (IgA, IgG, IgM...) là sữa duy nhất làm giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử ở trẻ đẻ non.

Giảm tối đa nguy cơ liên quan sản khoa: đẻ non, đẻ ngạt, suy hô hấp kéo dài, đa hồng cầu ở trẻ đẻ non.

VIÊM MÀNG NÃO MỦ SƠ SINH

Viêm màng não mủ sơ sinh là bệnh nhiễm trùng ở màng não do vi khuẩn sinh mủ gây ra.

1. CHẨN ĐOÁN DỰA VÀO CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM DỊCH NÃO TUỶ

1.1. Lâm sàng

- Có biểu hiện nhiễm trùng.
- Có các triệu chứng thần kinh:

+ Li bì hoặc kích thích.

+ Co giật

+ Trương lực cơ căng hoặc giảm.

+ Liệt.

+ Thóp phồng hoặc căng.

+ Cổ cứng

1.2. Xét nghiệm

– Nước não tuỷ

+ Màu sắc: đục ở nhiều mức độ.

+ Protein: ≥ 170mg/100.

+ Đường: < 1/2 đường máu thử cùng lúc.

+ Tế bào: ≥ 40BC/mm^3

+ Cấy dịch não tuỷ tìm vi khuẩn.

– Xét nghiệm khác cần làm.

+ Máu ngoại biên: CTM.

+ Cấy máu.

+ Đường máu.

+ Siêu âm não qua thóp để phân biệt với xuất huyết nội sọ, biến chứng ứ nước não thất.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Kháng sinh

– Phối hợp hai kháng sinh:

+ Ampicillin 100mg/kg/24giờ.

+ Gentamicin: 5mg/kg/24giờ.

– 48 giờ sau chọc dò tuỷ sống lần 2:

+ Dịch não tuỷ tốt hơn, lâm sàng tốt hơn: tiếp tục kháng sinh đã dùng.

+ Dịch não tuỷ tiến triển xấu, các triệu chứng lâm sàng không cải thiện.

Thay đổi kháng sinh:

Rocephin (80mg/kg/24 giờ) với amikaxin (15mg/kg/24 giờ) hoặc acepim (80mg/kg/giờ) với amikaxin (15mg/kg/24 giờ).

- Có kết quả kháng sinh đồ: điều trị theo kháng sinh đồ.
- Thời gian điều trị kháng sinh: 21 ngày.
- Số lần kiểm tra nước não tuỷ nên hạn chế đến mức thấp nhất.

2.2. Điều trị hỗ trợ

- Hỗ trợ hô hấp.
- Nuôi dưỡng đầy đủ.
- Chống co giật.

2.3. Theo dõi và khám lại

- Theo dõi vòng đầu, vòng ngực hàng ngày.
- Khám lại 3 tháng 1 lần để phát hiện di chứng thần kinh.

NHIỄM TRÙNG MÁU SƠ SINH

Là nhiễm trùng gây tổn thương nhiều cơ quan, có vi khuẩn trong máu.

Nguyên nhân có thể:

- Thứ phát: E. colin, liên cầu, Listeria.
- Thứ phát: thường là Klebsiella, tụ cầu, Pseudomonas.

1. CHẨN ĐOÁN: dựa vào lâm sàng và cấy máu.

1.1. Lâm sàng

- Tiền sử

+ Trẻ có đẻ non hoặc đẻ thấp cân không.
+ Mẹ có sốt trước khi đẻ không, có nhiễm trùng trước đẻ không.
+ Thời gian vỡ ối trên 12 giờ trước đẻ.
+ Nước ối đục, bẩn, hôi.
+ Có hồi sức lúc đẻ.

- Triệu chứng thực thể nghèo nàn không đặc hiệu.

+ Rối loạn thân nhiệt: sốt hoặc hạ thân nhiệt.

+ Tiêu hoá: bỏ bú, nôn, chướng bụng, ỉa chảy, gan lách to, xuất huyết tiêu hoá.

+ Hô hấp: khó thở, tím tái, có thể ngừng thở.

+ Tuần hoàn: mạch nhanh, có thể sốc nhiễm trùng.

+ Thần kinh: li bì hoặc kích thích, co giật, liệt. Thóp phồng nếu có viêm màng não mủ.

+ Da: viêm tấy lan toả hoặc viêm loét mủ nhiều.

+ Phù cứng bì nếu nhiễm trùng nặng.

1.2. Các xét nghiệm cần làm

– CTM, tiểu cầu

– Cấy máu.

– Cấy dịch các ổ nhiễm trùng: da, rốn, phân, nước tiểu...

– Chọc tuỷ sống nếu nghi ngờ VMN, xét nghiệm tế bào, protein, đường, muối trong nước não tuỷ.

1.3. Chẩn đoán

– Chẩn đoán xác định: cấy máu (+)

– Nghi ngờ nhiễm trùng huyết:

+ Khi có một số triệu chứng lâm sàng nêu trên và các xét nghiệm gợi ý nhiễm trùng huyết như:

+ CTM: BC giảm ($\leq 5000/mm^3$ hoặc $\geq 25.000/mm^3$).

Tỷ lệ BC hạt non/BC hạt trưởng thành $\geq 0,2$.

Tiểu cầu $< 100000/mm^3$.

+ CRP > 10mg/l

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Kháng sinh

Dùng kháng sinh ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết. Thường dùng kháng sinh có phổ rộng, phối hợp 2 loại hoặc dựa vào vi khuẩn trẻ bị nhiễm để sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

– Nếu bệnh nhân chưa được điều trị kháng sinh; phối hợp:

+ Ampicillin: 100mg/kg/24 giờ.

+ Gentamicin: 5mg/kg/24 giờ.

– Nếu trẻ đã được điều trị ở tuyến trước với thuốc trên nhưng không đỡ, phối hợp:

+ Tacefoxym: 100mg/kg/24 giờ.

+ Amikaxin: 15mg/kg/24 giờ.

– Có kết quả kháng sinh đồ: điều trị theo kháng sinh đồ.

– Thời gian điều trị kháng sinh: 10 - 15 ngày và đến khi kết quả cấy máu (-), hết các dấu hiệu lâm sàng.

2.2. Điều trị hỗ trợ

– Chống suy hô hấp: xem bài Hội chứng suy hô hấp.

– Nuôi dưỡng đầy đủ.

– Bồi phụ điện giải, nước, thăng bằng toan kiềm nếu có rối loạn.

– Chống sốc nếu có: xem bài sốc.

ĐA HỒNG CẦU SƠ SINH

Xác định là đa hồng cầu khi:

– Hematocrit máu tĩnh mạch ngoại vi ≥ 65% (trong tuần đầu sau sinh).

– Hematocrit máu tĩnh mạch ngoại vi 2 giờ sau đẻ > 64%.

– Hematocrit tĩnh mạch rốn hay hematocrit máu động mạch > 63%.

– Đủ tháng:

Ht máu tĩnh mạch rốn lúc sinh > 53%.

Ht máu tĩnh mạch rốn 2 giờ sau sinh > 60%.

Ht máu tĩnh mạch rốn 6 giờ sau sinh > 57%.

1. NGUYÊN NHÂN

1.1. Nguyên nhân liên quan tới truyền máu từ cuống rốn, nhau thai sang con

– Do máu từ nhau thai truyền sang con.

– Cắt rốn chậm (chậm 1 phút khối lượng máu tăng thêm cho trẻ là 84ml/kg, cắt rốn chậm 2 phút khối lượng máu trẻ tặng thêm là 93ml/kg).

– Ép cuống rốn (Cord stripping)

– Đặt trẻ nằm thấp hơn mẹ lúc cắt rốn.

– Máu mẹ truyền sang con (tăng co bóp tử cung do mẹ dùng thuốc kích sinh, trước khi cắt rốn).

– Truyền máu con sang con (sinh đôi).

1.2. Kém nuôi dưỡng nhau thai (tăng tạo HC do thiếu oxy mạn tính trong tử cung)

– Suy dinh dưỡng thai.

– Mẹ bị cao HA (nhiễm độc thai nghén, bệnh thận mạn tính).

– Thai già tháng.

– Mẹ có bệnh tim phổi mạn tính.

– Mẹ hút thuốc.

1.3. Các tình trạng bệnh lý khác

– Con của mẹ đái tháo đường.

– Thai to.

– Trẻ bị cường thận bẩm sinh; hội chứng Beck with - Wiedemann; Trisomy 18, 13, 21; Thyrotoxicosis; suy giáp bẩm sinh.

– Mẹ dùng propranolol.

– Trẻ mất nước.

2. CHẨN ĐOÁN

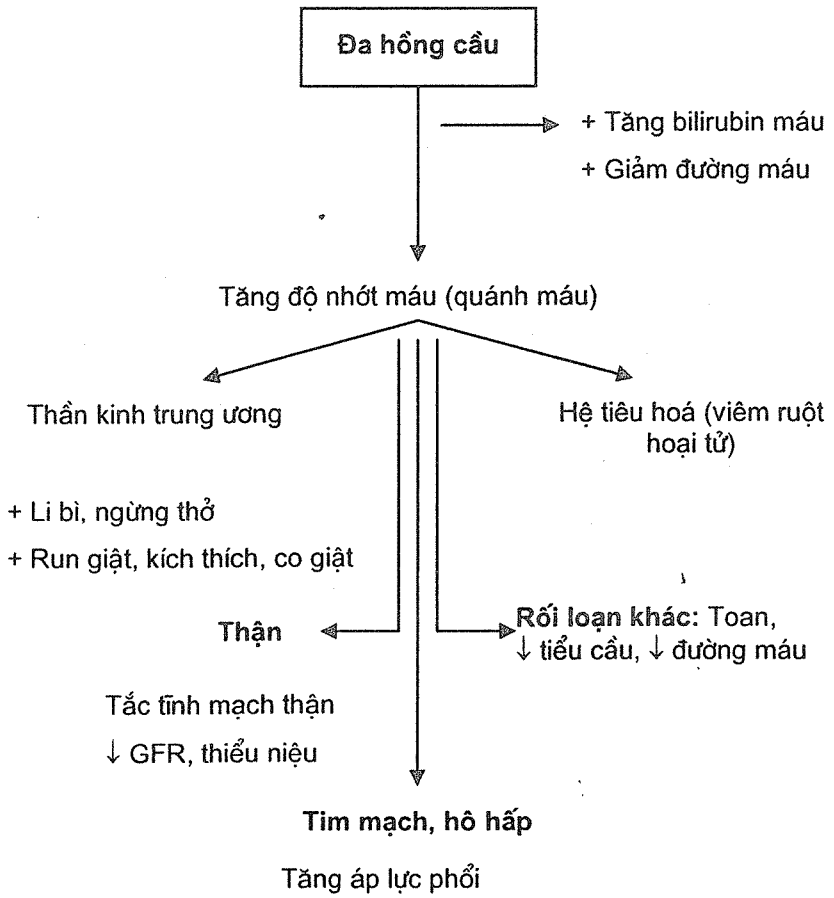
2.1. Lâm sàng: da đỏ quá mức, kèm theo có các biểu hiện sau:

– Thần kinh: bú kém, li bì, giảm trương lực cơ, cơn ngừng thở ngắn, co giật, nghẽn mạch máu não.

– Tim mạch - hô hấp: tím tái thở nhanh, suy tim, tim to, tăng sức cản đường hô hấp, tăng đậm rốn phổi trên Xquang.

– Thận: tắc mạch máu thận, đái máu, protein niệu.

– Các bộ phận khác: tắc mạch khác, giảm tiểu cầu, vàng da tăng, hạ đường máu dai dẳng, nhồi máu tinh hoàn, viêm ruột hoại tử, đông máu trong mạch rải rác.



2.2. Xét nghiệm

Hematocrit máu tăng.

Tăng độ quánh máu.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Chỉ định thay máu

– Trẻ có triệu chứng thần kinh, hô hấp của tăng độ nhớt máu, đa hồng cầu (nêu trên) → Thay máu một phần khi Ht máu ngoại vi ≥ 65%.

– Trẻ chưa có triệu chứng của cô đặc máu và Ht = 60 -70% → tăng cường cung cấp dịch truyền, làm lại Ht 4-6 giờ sau.

– Thay máu 1 phần cho tất cả các trường hợp Ht máu tĩnh mạch ngoại vi ≥70%.

3.2. Các loại dịch truyền, thay máu cho trẻ cô đặc máu

Muối sinh lý 9‰, Human albumin 5%, plasma.

3.3. Công thức tính khối lượng dịch để thay máu một phần

$$(ml) = \frac{[Ht\ (bn) - 50\ ] \times P(kg) \times 80}{Ht\ (bn)}$$

3.4. Phương pháp thay máu một phần

– Đường lấy máu ra từ tĩnh mạch rốn, động mạch.

– Đường bơm dịch vào qua tĩnh mạch ngoại vi.

– Tốc độ lấy máu ra và bơm máu vào phải như nhau. Các cuộc thay máu kéo dài 20-30 phút.

GIẢM NATRI MÁU SƠ SINH

Gọi là giảm natri máu khi Na^+ máu < 125mmol/l

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Giảm Na^+ máu kết hợp với giảm khối lượng tuần hoàn

– Lâm sàng:

Giảm cân nặng, có dấu hiệu mất nước, Casper (+), tăng nhịp tim; nếu do chức năng thận chưa hoàn chỉnh → giảm bài niệu, tăng tỷ trọng nước tiểu.

– Xét nghiệm:

+ Na^+ máu < 135mmol/l

+ Toan chuyển hoá.

1.2. Giảm Na^+ máu nhưng khối lượng tuần hoàn bình thường

– Tăng cân không có phù.

– Tăng bài niệu, tỷ trọng nước tiểu giảm (nếu truyền quá nhiều dịch).

– Nếu có SIADH → giảm bài niệu, tăng tỷ trọng nước tiểu, bài niệu natri qua nước tiểu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Cấp tính

Bù Na^+ (khi Na^+ máu < 120mmol/l) bằng NaCl 3% - 12ml/kg. Tính tổng số mEq thiếu theo công thức:

$$X\ (mEq) = 135 - Na\ (bn) \times P\ (kg) \times 0,6$$

Chú ý: Chỉ bù 1/2 số mEq thiếu trong 12 - 24 giờ đầu. Bắt đầu bằng bơm tĩnh mạch chậm NaCl 3% (1/3 số mEq thiếu) trong 30 phút, số còn lại duy trì trong dịch truyền.

2.2. Nếu do thừa nước

Cần giới hạn dịch truyền tới 20ml/kg, làm lại điện giải đồ sau 6 - 8 giờ.

2.3. Nếu do không đủ nhu cầu natri

Cần cung cấp thêm cho trẻ đẻ thường: 2 - 4mEq/kg/ngày. Trẻ đẻ non cần cao hơn.

2.4. Giảm Na^+ máu do mất muối (ỉa chảy)

– Tìm nguyên nhân.

– Cung cấp Na^+ theo điện giải đồ (công thức tính như trên). Khi Na từ 120-125mEq/l, dùng NaCl 9‰ để bù và chỉ bù 1/2 lượng mEq thiếu rồi cho thử lại điện giải đồ.

2.5. Mất Na^+ do dùng thuốc

– Do lasix: bù bằng đường uống 1mEq x 3 lần (15mEq/ngày)

– Do indomethacin: giới hạn dịch truyền.

2.6. Hội chứng SIADH

Giới hạn dịch truyền 40 - 60ml/kg

Theo dõi số lượng nước tiểu

Furocemid.

GIẢM CALCI MÁU SƠ SINH

Gọi là giảm calci máu khi:

- Calci toàn phần ≤ 7,5mg% (1,8mmol/l).
- Calci ≤ 3mg% (0,75mmol/l)

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng: Triệu chứng thường không điển hình:

- Cơn ngừng thở.
- Co giật, run giật.
- Tăng trương lực cơ, co cứng.
- Co thắt thanh quản.
- Dấu hiệu bàn tay sản khoa (ít gặp).

Chú ý: Dấu hiệu lâm sàng của hạ calci sớm thường ít gặp, nhẹ. Hạ calci muộn thường có co giật.

1.2. Xét nghiệm

- Hạ calci máu: đối tượng cần được theo dõi calci máu sớm sau đẻ bao gồm:

+ Đẻ non: định lượng calci lúc 24 giờ, 48 giờ sau sinh.

+ Trẻ có nguy cơ cao: con của bà mẹ đái tháo đường, nhiễm trùng máu... định lượng lúc 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ.

- Điện tâm đồ: QT kéo dài > 0,4 phút; loạn nhịp.
- Các xét nghiệm khác:

+ Phosphat huyết thanh tăng (Alkaline phosphatase > 225 UI/l → suy thận, suy giáp).

+ Magiê máu ≤ 0,8mg% → giảm magiê máu tiên phát.

2. ĐIỀU TRỊ

Chú ý: Tiêm calci TM nhanh có thể gây loạn nhịp, chậm nhịp tim.

– Nếu tiêm qua TM rốn dễ gây hoại tử tế bào gan (nếu ống sonde rơi vào tĩnh mạch gan).

– Nếu tiêm vào động mạch (ĐM) rốn dễ gây co thắt ĐM rốn, hoại tử ruột.

– Nếu dùng calciclorua dễ gây tăng clo máu.

– Nếu tiêm calci vào tổ chức dễ gây hoại tử hay calci hoá.

Các dạng calci:

+ Calcium gluconat 10% có 9mg Ca/1ml: tiêm.

+ Calci sandoz (0,68g Ca/5ml): tiêm.

+ Calcium chlorid 10% có 27,2mg Ca/1ml: tiêm.

+ Calcium glubionat syrup có 23,6mgCa/1ml: uống.

2.1. Điều trị hạ calci máu sớm

– Trẻ đẻ non hạ calci máu không có triệu chứng, cho uống hoặc không cần điều trị.

– Nếu trẻ ít cân, calci máu < 1,8mmol/l: duy trì calci TM, liều ban đầu 45mg/kg, có thể tăng dần cho tới khi calci máu đạt > 2mmol/l. Không cần cho vitamin D.

– Liều duy trì chung: 300mg/kg/ngày.

2.2. Điều trị hạ calci máu có triệu chứng (khi Ca toàn phần < 1,2mmol/l)

– Calci gluconat 10% 100 - 200mg/kg (1-2ml/kg), tiêm TM chậm 20 phút.

– Calci sandoz 1ml/kg.

Chú ý: Theo dõi tần số tim, nhắc lại liều sau 10 phút nếu không thấy đáp ứng, sau liều ban đầu để duy trì calci máu có thể truyền TM hay cho uống.

2.3. Hạ calci máu có triệu chứng, không đáp ứng điều trị có thể do hạ magiê máu

Nếu Mg < 1,2mg% → cho 0,1-0,2ml/kg magiê sulphat 50% TM, TB.

Chú ý: Có thể nhắc lại liều sau 6-12 giờ.

Sau liều ban đầu có thể duy trì bằng uống magiê sulphat 50% 0,2ml/kg/ngày.

TĂNG NATRI MÁU SƠ SINH

Tăng natri máu khi Na^+ máu > 150mmol/l.

1. TĂNG NATRI MÁU NHƯNG KHỐI LƯỢNG TUẦN HOÀN BÌNH THƯỜNG HAY GIẢM

1.1. Nguyên nhân

– Trẻ thấp cân, mất nước qua thận, qua da, nôn, ỉa chảy, tắc ruột, viêm ruột hoại tử.

– Tăng đường máu.

– Dùng quá nhiều bicarbonat.

– Cường thượng thận bẩm sinh.

– Rối loạn ADH thứ phát sau xuất huyết não-màng não.

1.2. Lâm sàng

– Sụt cân.

– Tăng tần số tim.

– Giảm huyết áp.

– Toan chuyển hoá.

– Giảm bài niệu.

– Nếu trong 24 giờ đầu thường do trẻ thiếu nước.

1.3. Xử trí

Cung cấp dịch, nếu Na^+ máu > 160mmol/l → truyền dextrose theo công thức

Dịch không có muối:

$$\text{X lít (5\%)} = \frac{\{Na^+ \text{ (bn)} - 140\}}{140} \times 0{,}6 \times P$$

P: Cân nặng bệnh nhân tính ra kg.

Bù một nửa số lượng trên tốc độ 30ml/giờ,

Xét nghiệm lại điện giải đồ để quyết định bù tiếp phần còn lại.

Chú ý: Nếu có triệu chứng của quá tải dịch, cần khống chế lượng natri đưa vào.

2. TĂNG NATRI MÁU VỚI TĂNG KHỐI LƯỢNG TUẦN HOÀN

2.1. Nguyên nhân

– Truyền quá nhiều dịch đẳng trương hay ưu trương.

– Có thể tăng natri máu và phù tăng lên khi trẻ đang được duy trì muối vì bị giảm cung lượng tim.

2.2. Lâm sàng

– Tăng cân, phù.

– Có thể tần số tim, HA và bài niệu bình thường nhưng tăng natri bài tiết.

2.3. Xử trí

– Giảm lượng natri đưa vào.

– Giảm tốc độ truyền cũng như nồng độ natri trong dịch truyền.

– Nếu Na máu > 160mmol/l → truyền glucose 10% theo công thức như trên.

TĂNG KALI MÁU SƠ SINH

Tăng kali máu khi K^+ máu > 6,5mmol/l.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Giảm hay tăng tần số tim.

– Rối loạn chức năng tim mạch.

1.2. Xét nghiệm

- Tăng K^+ máu.
- Điện tâm đồ (T nhọn, TS tăng, P dẹt, PR kéo dài, QRS rộng)

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc chung

- Kiểm tra K^+ trong dịch truyền.
- Dừng các loại thuốc chứa K^+.
- Nếu có triệu chứng suy thận cần giới hạn dịch truyền.
- Nếu có triệu chứng suy thận cần điều trị.
- Kiểm tra điện tâm đồ.

2.2. Xử trí tăng K^+ máu không có biến đổi điện tâm đồ

- Dùng truyền K^+ và các loại thuốc chứa K^+.
- Kiểm tra lại K^+ máu 4 - 6 giờ/lần.
- Lợi tiểu: furocemid 1mg/kg TM, nếu chức năng thận chưa rối loạn.
- Sodium polystyren sulfonat (Potasium exchange resin: 1g resin → trao đổi được 1mEq K^+).
- Truyền dung dịch đường (1g/kg) + Insulin 0,1U/kg.

2.3. Xử trí tăng K^+ máu có biến đổi điện tâm đồ

- Dừng truyền K^+, hô hấp hỗ trợ để loại trừ toan hô hấp.
- Truyền bicarbonat natri: 1mEq/kg (TM).
- Truyền calcigluconat, liều 50mg/kg.
- Truyền đường (1g/kg) + insulin (0,1U/kg).
- Sodium polystyren.
- Salbutamol (4 µg/kg - truyền TM trong 20 phút).

Chú ý: Cho Ca^{++} khi K^{+} máu > 7,5mmol/l cho Insulin khi K^{+} máu > 8mmol/l.

2.4. Nếu các biện pháp trên không có kết quả thì cần

- Thay máu.
- Lọc máu.
- Thận nhân tạo.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

Hạ đường huyết khi đường trong máu dưới 300mg/L.

Nguy cơ hạ đường huyết ở sơ sinh:

- Mẹ đái tháo đường.
- Cân nặng khi sinh to.
- Cân nặng thấp so với tuổi thai.
- Đẻ non.
- Trẻ bị bệnh nặng hoặc stress.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch không đầy đủ.
- Đa hồng cầu.

1. CHẨN ĐOÁN

Tất cả những trẻ hạ đường huyết cần phải định lượng glucose máu chính xác, không chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng.

1.1. Triệu chứng lâm sàng của hạ đường huyết sơ sinh

- Vẻ mặt hốt hoảng.
- Run rẩy.
- Co giật.

– Li bì.

– Ngừng thở, tím tái.

– Suy hô hấp.

– Hoặc không có triệu chứng lâm sàng.

1.2. Xét nghiệm glucose máu dưới 300mg/L

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Trẻ có nguy cơ

– Trẻ đẻ non 35 - 36 tuần hoặc đẻ đủ tháng: cho bú sớm ngay sau đẻ nếu trẻ không ăn được bằng miệng truyền đường 10%: 6 - 8mg/kg/phút.

– Trẻ đẻ non hoặc bệnh nặng bắt đầu bằng đường 10%.

2.2. Trẻ có biểu hiện hạ đường huyết

– Điều trị ngay: tiêm tĩnh mạch 2 - 3ml/kg glucose 10% trong vòng 1 - 2 phút. Nếu cần có thể nhắc lại. Không nên dùng liều > 5 - 7mg/kg đối với trẻ sơ sinh của bà mẹ bị đái tháo đường vì có thể gây biến chứng do thay đổi đột ngột insulin.

– Điều trị duy trì: tiếp tục duy trì glucose 10% 6 - 8mg/kg/phút cho đến khi đường huyết trở về bình thường và ổn định. Có thể phải tăng nồng độ glucose hoặc điều lượng để đảm bảo đường máu bình thường.

– 8mg/kg/phút = 120ml/kg/24 giờ glucose 10%.

– Thời gian truyền trong vòng 24 - 28 giờ.

– Khi trẻ ăn bằng đường miệng hấp thu tốt lượng dịch truyền sẽ giảm dần tuy nhiên phải đảm bảo đường máu trong giới hạn bình thường.

– Công thức truyền glucose (mg/kg/phút).

$$\frac{\%\ \text{glucose x (ml/giờ)}}{6 \times \text{cân nặng}} = \text{mg/kg/phút} \frac{\%\ \text{glucose x ml/kg/24giờ x 7}}{1000}$$

2.3. Hạ đường huyết kéo dài

Khi đường huyết vẫn giảm sau khi đã điều trị glucose với điều lượng 15mg/kg/phút.

– Cần điều trị phối hợp hydrocotison 5m/kg, 12 giờ/lần bằng đường uống, tiêm bắp hoặc đường TM.

– Cần tìm các nguyên nhân do bệnh rối loạn nội tiết. Cần định lượng cortisol, insulin, C - peptid và theo dõi mức độ hormon trước và sau khi dùng steroid.

– Nếu xác định được nguyên nhân do rối loạn bài tiết insulin hoặc glucagon có thể dùng diazoxid (diazoxid giảm bài tiết insulin và tăng giải phóng catecholamin), hoặc somatostatin (thuốc giải phóng ức chế của glucagon, insulin, GH, thiotropin).

– Diazoxid 5 - 20mg/kg/24 giờ uống 8 - 12 giờ/lần.

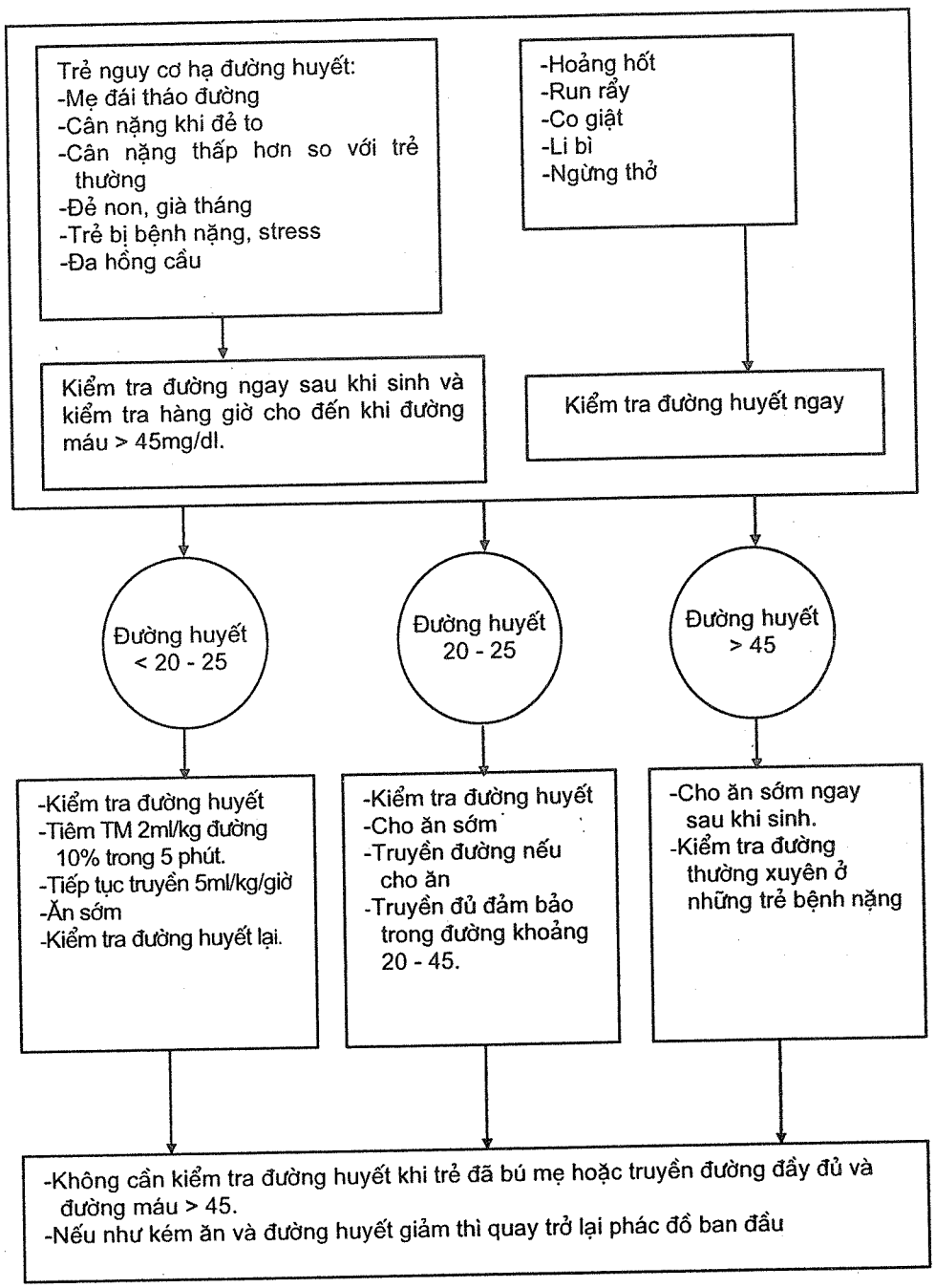
– Khi hạ đường huyết phải nhanh chóng nâng đường máu trở về bình thường không được dùng nồng độ đường quá cao (G 50%).

– Không ngừng truyền đột ngột trong quá trình điều trị hạ đường huyết.

– Truyền quá nhanh đường nồng độ cao gây tổn thương não ở trẻ sơ sinh.

– Truyền đường nồng độ cao gây tăng áp lực thẩm thấu máu.

Sơ đồ phòng, phát hiện và xử trí hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh



Chương 2

CẤP CỨU - NGỘ ĐỘC - TAI NẠN

NHẬN BIẾT VÀ XỬ TRÍ CÁC DẤU HIỆU ĐE DỌA CHỨC NĂNG SỐNG Ở TRẺ EM

Phần lớn các trường hợp tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện đều có thể ngăn ngừa được nếu được phát hiện sớm và xử trí ngay sau khi đến bệnh viện.

Phân loại và nhận biết các dấu hiệu đe dọa chức năng sống là một quy trình sàng lọc nhanh trẻ bệnh khi trẻ được đưa đến bệnh viện và xếp trẻ vào một trong các nhóm sau:

- Trẻ có **dấu hiệu cấp cứu** cần điều trị ngay lập tức.

- Trẻ có **dấu hiệu cần ưu tiên** là những trẻ có nguy cơ tử vong cao, cần được khám ưu tiên trong lúc đợi, để được đánh giá và được điều trị không chậm trễ.

- Trẻ **không cấp cứu** là những trẻ không nặng, có các dấu hiệu không nằm trong 2 nhóm trên.

1. NHẬN BIẾT CÁC DẤU HIỆU ĐE DỌA TÍNH MẠNG

Các dấu hiệu đe dọa tính mạng bao gồm:

- Tắc nghẽn đường thở.
- Suy hô hấp nặng.
- Tím tái trung tâm.
- Các dấu hiệu sốc.
- Hôn mê.
- Co giật.

Việc nhận biết các dấu hiệu này phải được thực hiện ở nơi tiếp nhận bệnh nhân trong bệnh viện, trước khi làm bất kỳ thủ tục hành chính nào như thủ tục đăng ký khám HOẶC ngay khi bệnh nhân nhập khoa

cấp cứu. Do đó phải tổ chức một trình tự để bệnh nhân khi đến viện tuân theo. Trẻ phải được phân loại trước khi bà mẹ ngồi vào phòng đợi. Cần có một y tá đánh giá nhanh tình trạng từng trẻ trước khi cân và trước khi làm thủ tục đăng ký khám.

1.1. Đánh giá ban đầu đường thở và thở

Nhận biết dấu hiệu suy hô hấp:

Thở gắng sức

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

- *Tần số thở*

Trẻ nhỏ có thể thở từ 30 - 90 lần /phút tùy thuộc vào trạng thái và hoạt động của trẻ. Cần sử dụng nhịp thở như là công cụ để nhận định sự thay đổi lâm sàng tốt lên hay xấu đi.

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

Bảng 2.1. Nhịp thở bình thường của bệnh nhân theo tuổi

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

- *Rút lõm lồng ngực*

Co rút cơ liên sườn, hạ sườn và các hõm ức đều thể hiện thở gắng sức. Có thể dễ gặp những dấu hiệu này ở trẻ nhỏ hơn vì thành ngực của chúng mềm hơn. Nếu những dấu hiệu này có ở trẻ lớn (6 - 7 tuổi trở lên) thì chứng tỏ có suy thở nghiêm trọng. Mức độ rút lõm thể hiện mức độ khó thở. Khi trẻ đã thở gắng sức lâu và suy yếu đi, thì dấu hiệu rút lõm lồng ngực cũng mất đi.

- *Tiếng ồn thì hít vào, thở ra*

Tiếng thở thô ráp thì hít vào (stridor - thở rít) là dấu hiệu của tắc

nghẽn ở tại vùng hầu và thanh quản. Khi tắc nghẽn nhiều có thể có tiếng thở ồn ở cả thì thở ra, nhưng thường gặp tiếng thở rít nhiều hơn. Khò khè gặp ở những trẻ có tắc nghẽn đường hô hấp dưới và thường nghe thấy ở thì thở ra. Thì thở ra kéo dài cũng thể hiện có tắc hẹp đường thở dưới. Mức độ to nhỏ của tiếng ồn không tương ứng với độ nặng của bệnh.

- *Thở rên*

Thở rên là biểu hiện để cân bằng áp lực dương cuối kỳ thở ra và chống xẹp phổi ở cuối kỳ thở ra ở những trẻ có "phổi cứng". Đây là dấu hiệu rất nặng của đường thở và đặc trưng ở trẻ nhỏ bị viêm phổi hoặc phù phổi cấp. Cũng có thể gặp dấu hiệu này ở những trẻ có tăng áp lực nội sọ, chướng bụng hoặc viêm phúc mạc.

- *Sử dụng cơ hô hấp phụ*

Cũng như người lớn, khi cần thở gắng sức nhiều hơn có thể cần sử dụng đến cơ ức đòn chũm. Ở trẻ nhỏ, cơ ức đòn chũm co rút làm cho đầu gật gù theo nhịp thở, làm cho động tác này trở nên kém hiệu quả hơn.

- *Phập phồng cánh mũi*

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

- *Thở hắt ra*

Đây là dấu hiệu khi thiếu oxy nặng và có thể là dấu hiệu của giai đoạn cuối. Quan sát di động lồng ngực (hoặc, ở trẻ nhỏ, di động phần bụng) bạn sẽ ước lượng được lượng khí hít vào và thở ra. Có thể nghe rì rào phế nang, hoặc tiếng thở kiểu khí quản. Phổi câm là dấu hiệu đặc biệt nguy hiểm.

Hậu quả của suy thở lên các cơ quan khác

- *Nhịp tim*

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

- *Màu sắc da*

Thiếu oxy máu (do giải phóng catecholamin) gây co mạch và da nhợt. Tím là dấu hiệu muộn và dấu hiệu nặng giai đoạn cuối của thiếu oxy máu. Ở những trường hợp suy hô hấp cấp khi thấy được dấu hiệu tím trung tâm là lúc bệnh nhân sắp ngừng thở. Ở những trẻ có thiếu

máu, mặc dù có thiếu oxy máu nhưng trẻ không tím. Một số trẻ bị tím do bệnh tim. Những trẻ này gần như không đỡ tím kể cả khi được cung cấp oxy.

- *Tri giác*

Trẻ có thiếu oxy máu hoặc tăng CO_2 máu sẽ kích thích vật vã hoặc li bì. Khi bệnh nặng lên trạng thái li bì sẽ rõ rệt hơn và đến mức hôn mê. Những dấu hiệu này đặc biệt có giá trị nhưng thường khó thấy ở trẻ nhỏ. Bố mẹ trẻ có thể nói "trẻ không bình thường". Bác sĩ phải đánh giá mức độ tri giác của trẻ dựa vào tiếp xúc bằng mắt, đáp ứng với lời nói, và nếu cần, đáp ứng với kích thích đau. Khi có giảm trương lực cơ là bệnh nhân có biểu hiện tổn thương thần kinh trung ương do thiếu oxy.

Đánh giá lại

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

1.2. Đánh giá bước đầu tuần hoàn

* Nhận biết nguy cơ suy tuần hoàn:

Tình trạng tim mạch

- *Nhịp tim*

Nhịp tim có thể tăng lên ở giai đoạn đầu của sốc do sự giải phóng catecholamin và để bù lại mất dịch. Nhịp tim, đặc biệt là ở trẻ nhỏ, có thể rất cao (đến 220 nhịp /phút).

Bảng 2.2. Nhịp tim và huyết áp tâm thu theo tuổi

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

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

- *Độ nảy của mạch*

Có thể trong sốc nặng, huyết áp vẫn duy trì được, dấu hiệu chỉ điểm là cần so sánh độ nảy của mạch ngoại biên và trung tâm. Khi không bắt được mạch ngoại biên và mạch trung tâm bắt yếu là dấu hiệu của sốc, và đã có tụt huyết áp. Mạch nảy mạnh có thể gặp trong cả khi tăng thể tích tuần hoàn (ví dụ trong nhiễm khuẩn huyết), cầu nối động - tĩnh mạch trung tâm (ví dụ còn ống động mạch) hoặc khi có tăng CO_2 máu.

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

Khi ấn da ở vùng trung tâm - vùng ức, trong 5 giây, dấu hiệu đầy mao mạch trở lại sẽ xuất hiện trong 2 - 3 giây. Khi thời gian đầy mao mạch trở lại kéo dài hơn thể hiện giảm cấp máu ngoại biên. Đây là dấu hiệu rất tốt phát hiện sớm sốc nhiễm khuẩn, khi trẻ có thể vẫn tỉnh táo, chi ấm. Không nên sử dụng riêng lẻ các dấu hiệu này để đánh giá sốc hoặc đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị.

- *Huyết áp động mạch*

Có thể ước lượng được huyết áp tâm thu theo tuổi dựa vào công thức sau: huyết áp tâm thu = 80 + (năm tuổi x 2). Cần sử dụng băng đo huyết áp đúng kích cỡ để có được kết quả đo chính xác. Chiều dài của băng đo cần bằng khoảng 80% chiều dài cánh tay, và che phủ được 40% chu vi cánh tay.

Bảng 2.3. Huyết áp tâm thu theo tuổi

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

Hạ huyết áp là dấu hiệu muộn của giai đoạn cuối của suy tuần hoàn. Khi đã có hạ huyết áp là sắp có nguy cơ ngừng tim. Tăng huyết áp có thể là nguyên nhân hoặc là hậu quả của hôn mê và tăng áp lực nội sọ.

Ảnh hưởng của suy tuần hoàn lên các cơ quan khác

- *Cơ quan hô hấp*

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

- *Da*

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

- *Tri giác*

Trẻ có thể kích thích vật vã hoặc lơ mơ, li bì đến hôn mê nếu có suy tuần hoàn. Đây là hậu quả của giảm cấp máu não. Ở trẻ nhỏ, bố mẹ trẻ có thể nói "trẻ không được bình thường".

- *Nước tiểu*

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

Suy tim

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

- Tím, không đáp ứng với oxy.
- Nhịp tim nhanh không tương ứng với mức độ khó thở.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Tiếng thổi tâm thu / nhịp ngựa phi.
- Gan to.
- Không bắt được mạch đùi.

1.3. Đánh giá ban đầu chức năng thần kinh

Nhận biết nguy cơ tổn thương thần kinh trung ương

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

Cả suy hô hấp và suy tuần hoàn đều có thể gây ảnh hưởng đến chức năng thần kinh trung ương. Tất nhiên, những tổn thương trực tiếp thần kinh trung ương (viêm màng não, tăng áp lực nội sọ do chấn thương, hoặc do động kinh) cũng có thể gây suy hô hấp và suy tuần hoàn.

Chức năng thần kinh

- *Mức độ tri giác*

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

A: Tỉnh táo (ALERT)

V: Đáp ứng với lời nói (VOICE)

P: Đáp ứng với đau (PAIN)

U: Không đáp ứng (UNRESPONSIVE)

Nếu bệnh nhân không đáp ứng với lời nói, cần đánh giá đáp ứng với kích thích đau. Kích thích đau vùng trung tâm có thể ấn, cấu véo ở vùng xương ức, hoặc giật tóc mai. Một trẻ không đáp ứng hoặc chỉ đáp ứng với đau nhiều là đã có dấu hiệu của hôn mê, tương đương với điểm 8 Glasgow.

- *Tư thế*

Có nhiều trẻ mắc những bệnh nặng ở các cơ quan có biểu hiện giảm trương lực cơ. Những tư thế co cứng như bóc vỏ (tay co, chân duỗi) hoặc mất não (tay duỗi, chân duỗi) là biểu hiện tổn thương não ở trẻ em. Những tư thế này có thể bị nhận diện nhầm như là pha tăng trương lực cơ trong cơn co giật. Vậy nên, cần kích thích đau để nhận định những tư thế này.

Dấu hiệu cổ cứng và thóp phồng ở trẻ nhỏ gợi ý về bệnh viêm màng não.

- *Đồng tử*

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

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

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

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

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

1.4. Khám toàn thân

Mặc dù trong phần khám và đánh giá ban đầu không bao gồm khám toàn thân, nhưng việc khám tổng thể những trẻ bị bệnh nặng có

thể cho gợi ý về nguyên nhân gây bệnh và giúp cho phần điều trị dễ dàng hơn.

- *Nhiệt độ*

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

- *Phát ban*

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

Tóm tắt: Đánh giá lâm sàng một trẻ nhanh chóng bao gồm:

(A) Đường thở và **(B)** thở

Thở gắng sức

Nhịp thở / tần số thở

Tiếng thở rít / thở khò khè

Nghe thông khí

Màu da

(C) Tuần hoàn

Nhịp tim

Độ nảy của mạch

Dấu hiệu refill

Nhiệt độ

(D) Chức năng thần kinh

Tri giác

Tư thế

Đồng tử

Toàn bộ quá trình khám kéo dài khoảng 1 phút

Khi đã đảm bảo đường thở (A), thở (B) và tuần hoàn (C) ổn định thì xem xét điều trị phù hợp tùy thuộc vào nguyên nhân. Khi cân nhắc điều trị cần thường xuyên đánh giá lại theo ABCD để xem xét diễn tiến của bệnh và xử trí phù hợp.

2. CÁCH TIẾP CẬN MỘT TRẺ BỊ BỆNH NẶNG

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

- Đánh giá bước đầu và hồi sức.
- Đánh giá bước hai và điều trị cấp cứu.
- Ổn định và vận chuyển bệnh nhân đến đơn vị điều trị.

2.1. Đánh giá bước đầu và hồi sức

Khi gặp bệnh nhân nặng cần tiến hành đánh giá nhanh các chức năng sống. Cần hoàn thành đầy đủ đánh giá bước đầu và hồi sức cho bệnh nhân trước khi tìm hiểu kỹ hơn trong phần đánh giá bước hai. Đánh giá ban đầu và hồi sức bao gồm các bước xử trí theo ABC và đánh giá chức năng thần kinh (D).

Đường thở (Airway)

- *Đánh giá ban đầu*

- Đánh giá sự thông thoáng đường thở theo trình tự:

+ Nhìn di động lồng ngực và bụng.

+ Nghe thông khí phổi.

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

- Nếu trẻ nói được hoặc khóc được chứng tỏ đường thở thông thoáng, hô hấp đảm bảo.

- Nếu trẻ tự thở, chú ý đến các dấu hiệu khác có thể gợi ý tắc đường hô hấp trên như:

+ Tiếng thở rít.

+ Các dấu hiệu co kéo.

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

- *Hồi sức*

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

- Kỹ thuật nâng cằm và ấn hàm.

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

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

Hô hấp (Breathing)

- *Đánh giá ban đầu*

Đường thở thông thoáng chưa chắc thông khí đã đầy đủ. Thông khí chỉ đạt được hiệu quả khi có sự phối hợp của trung tâm hô hấp, phổi, cơ hoành và các cơ lồng ngực.

- *Hồi sức*

– Sử dụng oxy lưu lượng cao (15l/phút) cho những bệnh nhân có rối loạn hô hấp hoặc thiếu oxy tổ chức. Sử dụng oxy lưu lượng cao qua mặt nạ không thở lại có túi dự trữ cho bệnh nhân không phải đặt ống NKQ.

– Những bệnh nhân có suy hô hấp cần được thông khí với oxy qua mặt nạ có van và túi hoặc đặt ống NKQ và cho thở áp lực dương ngắt quãng.

Tuần hoàn (Circulation)

- *Đánh giá ban đầu*

Các bước đánh giá tuần hoàn đã được mô tả.

- *Hồi sức*

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

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

Đánh giá chức năng thần kinh

- *Đánh giá ban đầu*

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

◦ *Hồi sức*

– Nếu bệnh nhân có rối loạn ý thức ở mức độ P hoặc U (chỉ đáp ứng với đau hoặc không đáp ứng), phải cân nhắc đặt ống NKQ để kiểm soát đường thở.

– Điều trị hạ đường huyết bằng dung dịch glucose 10% 5ml/kg. Trước khi truyền đường, lấy máu xét nghiệm đường và các xét nghiệm.

2.2. Đánh giá bước hai và điều trị cấp cứu

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

Bệnh sử cung cấp các điểm mấu chốt giúp thầy thuốc chẩn đoán xác định và đưa ra điều trị cấp cứu phù hợp. Lấy bệnh sử của trẻ bằng cách hỏi những người trong gia đình hoặc hỏi chính đứa trẻ, nếu có thể. Không được quên hỏi tình trạng ban đầu và đáp ứng với điều trị.

Một số bệnh nhân có biểu hiện cấp tính của một bệnh mạn tính đã được chẩn đoán như hen hoặc động kinh. Những thông tin như vậy rất hữu ích trong việc tập trung vào chẩn đoán nhưng cũng dễ làm người thầy thuốc bỏ sót những bệnh mới phát sinh. Việc tiếp cận chẩn đoán có trình tự cho phép chúng ta không mắc phải sai lầm này. Ở các bước đánh giá tiếp theo, bệnh sử phải được khai thác có hệ thống và liên quan logic để đưa ra điều trị phù hợp.

Đánh giá bước hai được tiến hành không phải để hoàn thành chẩn đoán xác định mà để phát hiện các vấn đề cần điều trị cấp cứu.

Nếu bệnh nhân có rối loạn ý thức ở mức độ P hoặc U (chỉ đáp ứng với đau hoặc không đáp ứng), phải cân nhắc đặt ống NKQ để kiểm soát đường thở.

Điều trị hạ đường huyết bằng dung dịch glucose 10% 5ml/kg. Trước khi truyền đường, lấy máu xét nghiệm đường và xét nghiệm khác. Kiểm soát co giật (nếu có).

Hô hấp: Đánh giá bước hai

Các triệu chứng hô hấp thường gặp:

Triệu chứng	**Dấu hiệu**
Khó thở	Nhịp thở nhanh
Sổ mũi	Co rút lồng ngực
Ho	Thở rên
Thở ồn ào (thở rên, thở rít, khò khè...)	Cánh mũi phập phồng
Khàn tiếng	Thở rít
Không uống được	Khò khè
Đau bụng	Lép bép thành ngực
Tím tái	Khí quản bị đẩy lệch
Co rút lồng ngực	Tiếng gõ bất thường
Đau ngực	Nghe tiếng ran nổ
Ngừng thở	
Không ăn được	
Nhịp thở nhiễm toan	
Xét nghiệm	
Đo lưu lượng đỉnh nếu nghi ngờ hen, chụp Xquang phổi, khí máu động mạch, độ bão hoà oxy.	

- *Điều trị cấp cứu*

– Nếu nghe thấy tiếng lọc sọc do đường thở có nhiều dịch thì phải hút đờm dãi.

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

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

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

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

– Những trẻ có tiền sử hen phế quản, thở khò khè, suy hô hấp nặng, lưu lượng đỉnh giảm hoặc thiếu oxy tổ chức thì phải được điều trị bằng khí dung các thuốc chủ vận β_2 và ipratropium với oxy.

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

Tuần hoàn (Circulation): Đánh giá bước hai

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

Triệu chứng	**Dấu hiệu**
Khó thở	Nhịp tim nhanh
Sốt	Nhịp tim chậm
Nhịp tim nhanh	Rối loạn nhịp và biên độ mạch
Ăn uống khó	Màu sắc và tưới máu da bất thường
Tím tái	Giảm HA
Xanh xao	Tăng HA
Giảm trương lực cơ	Rối loạn nhịp thở và biên độ thở
Tình trạng ngủ gà	Gan to
Mất dịch	Phổi có ran
Thiểu niệu	Các tiếng thổi ở tim
	Phù ngoại biên
	Tĩnh mạch cổ nổi
Các xét nghiệm	
Urê, điện giải đồ, khí máu, Xquang phổi, điện tâm đồ, công thức máu, cấy máu.	

- *Điều trị cấp cứu*

– Bơm thêm dịch nếu bệnh nhân sốc, không đáp ứng với lần bơm dịch thứ nhất. Cân nhắc việc dùng thuốc vận mạch và đặt ống nội khí quản (NKQ) nếu phải bơm dịch lần 3.

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

– Nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp tim thì sử dụng phác đồ loạn nhịp thích hợp.

– Nếu sốc phản vệ thì dùng adrenalin tiêm bắp (TB) liều 10mcg/kg và bơm dịch.

– Những bệnh nhân sốc mà không đáp ứng với điều trị thì xem có bị tim bẩm sinh (TBS) không.

Thần kinh (Disability): Đánh giá bước hai

Các triệu chứng thường gặp:

Triệu chứng	**Dấu hiệu**
Đau đầu	Rối loạn ý thức
Co giật	Co giật
Thay đổi hành vi	Kích thước đồng tử và phản xạ ánh sáng thay đổi
Rối loạn ý thức	Tư thế bất thường
Giảm vận động	Phản xạ mắt não bất thường
Rối loạn thị giác	Các dấu hiệu màng não
Sốt	Phù gai thị và xuất huyết võng mạc
	Phản xạ gân xương thay đổi
	Tăng huyết áp
	Mạch chậm
Xét nghiệm Urê, ĐGĐ, đường máu, cấy máu (có chọn lọc)	

- *Điều trị cấp cứu*

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

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

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

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

– Nếu trẻ hôn mê, đồng tử co nhỏ thì nghĩ đến ngộ độc opiat, có thể dùng thử naloxon.

Khám toàn thân (E: exposure): Đánh giá bước hai

Các triệu chứng thường gặp:

Triệu chứng	**Dấu hiệu**
Ban dị ứng	Ban hoại tử
Sưng môi, lưỡi	Mày đay
Sốt	Phù mạch

- *Điều trị cấp cứu*

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

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

Tiêu hoá

Cấp cứu tiêu hoá thường gặp là sốc do mất dịch. Điều này dễ nhận thấy khi đánh giá ban đầu về tuần hoàn hoặc đánh giá bước hai về tim mạch.

Các triệu chứng và dấu hiệu trong bảng dưới đây có thể giúp nghĩ đến tổn thương liên quan đến ngoại khoa:

Triệu chứng	**Dấu hiệu**
Nôn	Cảm ứng phúc mạc
Huyết áp	
Đau bụng	Khối ở bụng

Bệnh sử bổ sung

- *Môi trường sống và sự phát triển của trẻ*

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

- *Thuốc và dị ứng*

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

TÓM TẮT

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

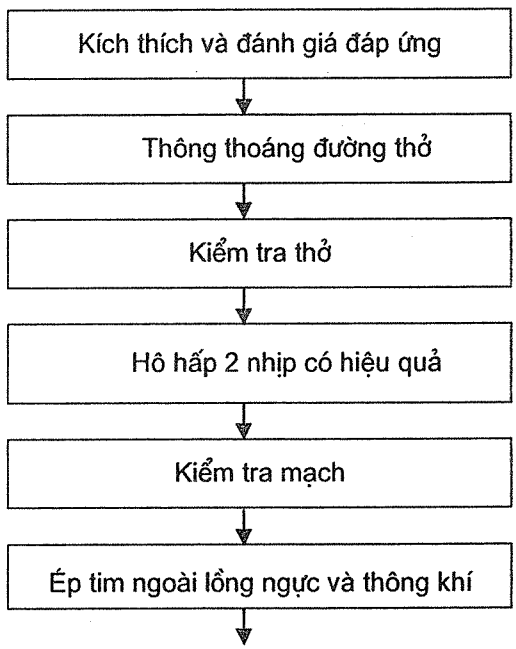
NGỪNG TIM

1. GIỚI THIỆU

Cấp cứu ngừng tim phải tiến hành khi không bắt được mạch trung tâm. Nguyên nhân ngừng tim ở trẻ em thường do thiếu oxy, hạ huyết áp và toan chuyển hoá.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Tiếp cận ban đầu

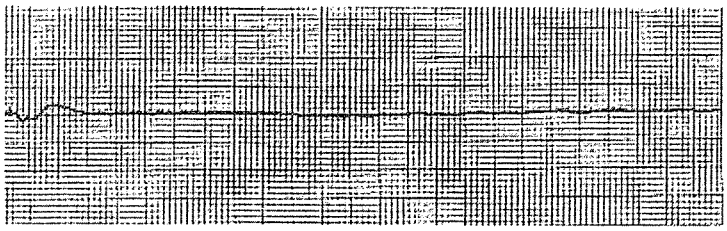


2.2. Cấp cứu đặc hiệu

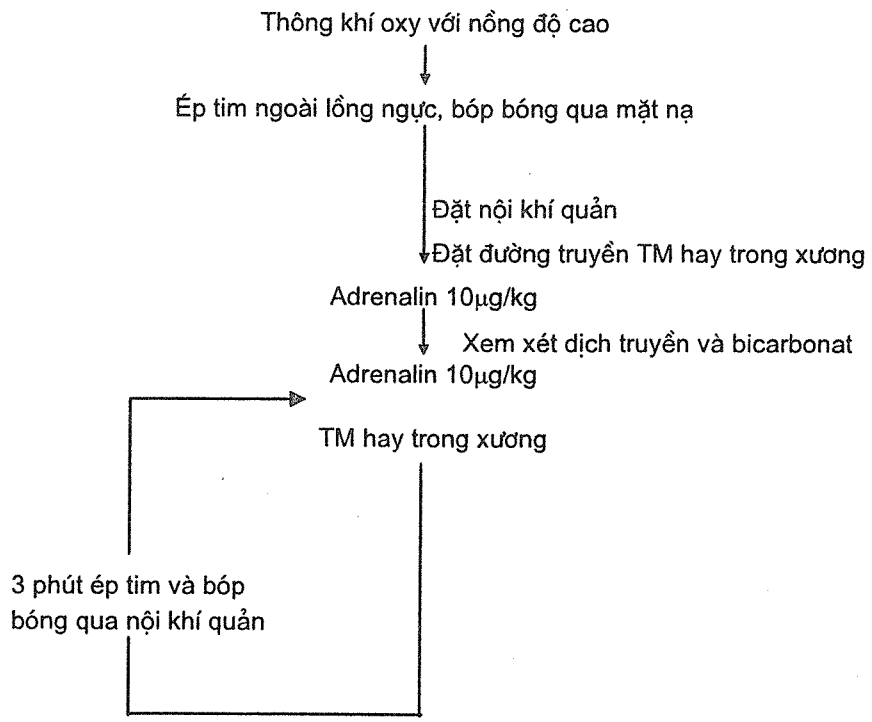
2.2.1. Cấp cứu ngừng tâm thu

Đây là loại phổ biến nhất ở trẻ em.

Nhận biết trên điện tâm đồ: là một đường thẳng, thỉnh thoảng xuất hiện sóng P.



Ngừng tâm thu



- *Kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực*

– Đặt lưng bệnh nhân trên một mặt phẳng cứng.

– Tần số ép tim cho mọi lứa tuổi 100 lần/phút.

– Tỷ lệ tim và bóp bóng 5: 1 cho trẻ nhỏ, 15: 2 cho trẻ lớn.

Vị trí ép tim:

– Trẻ bú mẹ: xương ức, 1 khoát ngón tay dưới đường nối 2 núm vú.

– Trẻ nhỏ: xương ức, 1 khoát ngón tay trên mũi ức.

– Trẻ lớn: xương ức, 2 khoát ngón tay trên mũi ức.

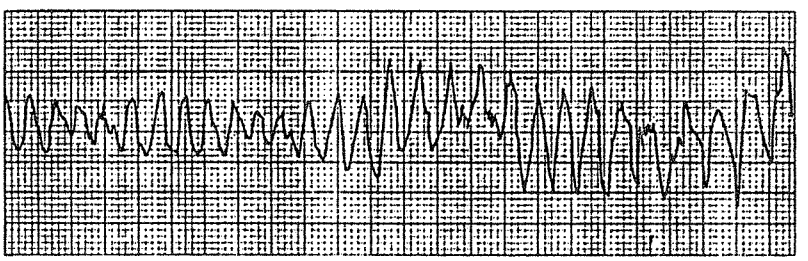
Thời gian cấp cứu: 30 phút.

- *Bù toan:* chỉ dùng bicarbonatnatri khi có bằng chứng có nhiễm toan hoặc sau 2 lần tiêm adrenalin mà tuần hoàn không trở lại. Liều lượng: 1mmol/kg.

- *Truyền dịch:* bơm thẳng tĩnh mạch 20ml/kg dung dịch ringer lactat hoặc natriclorua 9‰ nếu không đáp ứng với liều adrenalin đầu tiên.

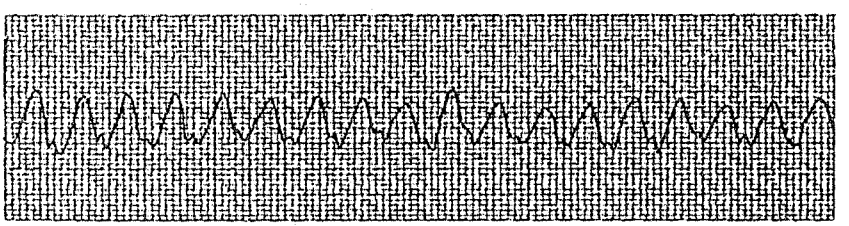
2.2.2. Rung thất và nhịp nhanh thất nhưng không có mạch

Biểu hiện điện tâm đồ của rung thất:

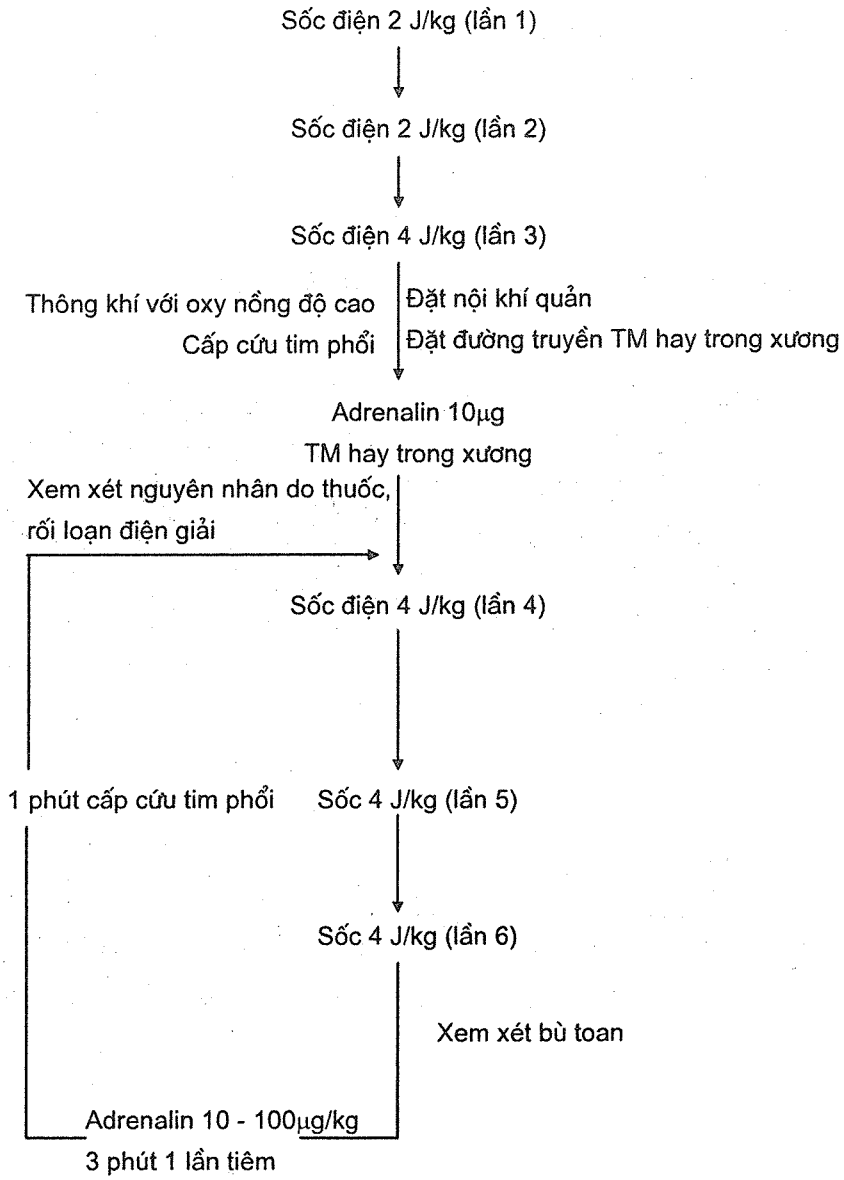


Chống rung ngay tức thì, nếu không có sẵn máy chống rung có thể dùng nắm tay đấm mạnh 1 lần vào vùng trước tim.

Biểu hiện trên điện tâm đồ:



Phác đồ điều trị chống rung thất và nhịp nhanh thất nhưng không có mạch



Sau mỗi lần sốc điện phải quan sát trên điện tâm đồ và bắt mạch.

2.2.3. Các thuốc chống loạn nhịp

– Amidaron 5mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm trong xương.

– Lignocain.

Mục đích: duy trì ổn định nhịp

Điều trị nguyên nhân như: hạ thân nhiệt, rối loạn điện giải, ngộ độc thuốc.

SỐC

Sốc là tình trạng suy tuần hoàn cấp (STHC), làm giảm đột ngột tưới máu tổ chức, gây mất cân bằng giữa cung cấp và nhu cầu oxy, dẫn đến chuyển hoá yếm khí và toan chuyển hoá. Nếu kéo dài gây tổn thương và chết tế bào.

1. CHẨN ĐOÁN SỐC

1.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng dưới đây:

– Tinh thần: giai đoạn sớm trẻ kích thích, vật vã. Giai đoạn muộn trẻ li bì hôn mê.

– Chi lạnh, vân tím (dấu hiệu hồi phục màu sắc da > 2 giây)

– Bài niệu ít (< 1ml/kg/giờ).

– Mạch nhanh nhỏ, nhịp tim nhanh.

– Huyết áp giảm (< -2SD so với tuổi) là sốc nặng mất bù hoặc huyết áp kẹt (giai đoạn sớm).

1.2. Chẩn đoán nguyên nhân

1.2.1. Sốc giảm thể tích tuần hoàn (SGTTTH) khi trẻ bị sốc có mất nước, hoặc mất máu cấp và nặng. Xét nghiệm có cô máu hemoglobin (Hb↑), hematocrit (Hct↑) hoặc giảm áp lực keo nặng (P keo) với protein huyết thanh giảm nặng. Nếu đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (ALTMTT giảm < 5cmH_2O). Sau điều trị bù đủ thể tích tuần hoàn trẻ thoát sốc.

1.2.2. Sốc nhiễm khuẩn (SNK) khi sốc có kèm theo

– Ổ nhiễm khuẩn rõ hoặc nhiễm khuẩn máu.

- Trẻ có sốt nhiệt độ trên 38°C hoặc hạ nhiệt độ dưới 36°C.
- Xét nghiệm: Bạch cầu ↑ > 10000BC/mm^3 hoặc BC ↓ < 4000BC/ mm^3.
- Lactat máu động mạch tăng (Lactat bình thường < 2,5 mg/l).

* Sau khi bù TTTH trẻ không thoát sốc, phải sử dụng thuốc vận mạch, điều trị rất khó khăn.

1.2.3. Sốc tim khi sốc có kèm theo

- Triệu chứng suy tim cấp: nhịp tim nhanh, ngực phi (Galop), tim to, tĩnh mạch cổ nổi, gan to.
- Nếu đo ALTMTT tăng (> 12cm H_20).
- Nếu làm siêu âm: chức năng co bóp tim giảm.

1.3. Chẩn đoán mức độ sốc

- Sốc còn bù: trẻ kích thích, mạch nhanh, HA bình thường hoặc kẹt.
- Sốc nặng mất bù: trẻ li bì, hôn mê, mạch nhỏ hoặc không bắt được, HA giảm/hoặc không đo được, tiểu ít hoặc vô niệu.

2. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN TIẾN HÀNH

2.1. Các xét nghiệm thường quy

- Công thức máu (CTM), tiểu cầu.
- Điện giải đồ (ĐGĐ): calci, đường huyết.
- Protein huyết thanh, urê, creatinin.
- Định lượng urê, creatinin.
- Đo khí máu động mạch...

* Các xét nghiệm theo quy trình trước điều trị, sau bù thể tích tuần hoàn (Hb, Hct, protein) và theo dõi sau điều trị.

2.2. Các xét nghiệm tìm nguyên nhân: theo định hướng lâm sàng.

- Chụp Xquang: phổi, bụng...
- Cấy máu, dịch mủ, phân, nước tiểu, dịch não tuỷ...

2.3. Các xét nghiệm theo dõi biến chứng: theo chỉ dẫn lâm sàng.

- Suy thận cấp: urê, creatinin.

– Đông máu nội quản: máu chảy, máu đông, tiểu cầu, PT, APTT, fibirinogen.

– Chức năng gan, tuỵ...

3. XỬ TRÍ

3.1 Nguyên tắc: Điều trị khẩn trương là hết sức quan trọng.

– Khẩn trương nâng HAĐM trung bình lên trên 60mmHg.

– Điều chỉnh các rối loạn hệ thống cơ quan.

– Phải giám sát chức năng sống thường xuyên.

– Điều trị nguyên nhân.

3.2. Xử trí cụ thể

3.2.1. Xử trí ban đầu

– Chống suy hô hấp:

+ Hút đờm dãi, kê gối bằng vai, đầu thấp.

+ Cho thở oxy 100%.

+ Nếu không cải thiện, tím nhiều, $Sp0_2$ < 85% hoặc sốc nặng: đặt ống nội khí quản hỗ trợ hô hấp.

– Thiết lập đường truyền qua TM ngoại biên hoặc truyền trong xương (đối với trẻ < 6 tuổi, sử dụng kim số 18), bộc lộ TM truyền 20ml/kg, dung dịch ringer lactat hoặc natriclorua 9‰ trong 15 phút khi sốc nặng: mạch = 0, HA = 0, bơm thẳng TM dung dịch điện giải đến khi mạch quay bắt được, HA > 70mmHg.

– Cầm máu tại chỗ.

– Lấy máu làm xét nghiệm cơ bản: CTM, ĐGĐ, đường. Calci, khí máu động mạch.

– Theo dõi: ý thức, mạch, HA, vân tím, nước tiểu, nghe phổi, nhịp tim, gan to.

– Nếu bệnh nhân sốc tái phát, huyết động không ổn định hoặc căn nguyên không giải quyết được chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sau khi đã kiểm soát hô hấp, duy trì truyền dịch và thuốc vận mạch đi kèm.

3.2.2. Xử trí tiếp theo: tại Khoa Cấp cứu/Khoa Hồi sức cấp cứu.

– Duy trì thở O_2 100% qua mặt nạ, hoặc hô hấp hỗ trợ thở máy kiểm soát với PEEP ban đầu 4 - 6cm H_2O. Điều chỉnh tiếp theo kết quả khí máu.

– Nếu huyết động ổn định: duy trì truyền dịch glucose và điện giải.

+ Nếu huyết động không ổn định: đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) đo áp lực TMTT (CVP).

+ Nếu CVP giảm (< 5cm H_2O) truyền dung dịch điện giải kết hợp dung dịch cao phân tử 10 - 20ml/kg/hoặc máu toàn phần khi Hct < 30% truyền plasma/hoặc human albumin khi protein máu < 50g/l.

– Khi CVP bình thường, HA tăng, mạch rõ, truyền dịch duy trì.

– Khi CVP bình thường/hoặc tăng, HA giảm, mạch nhỏ cho vận mạch.

Nếu không đặt được catheter TMTT: truyền tĩnh mạch ngoại biên 20ml/kg/15 phút. Có thể nhắc lại 40ml - 60ml/kg/ giờ đầu. Phải giám sát mạch HA, bài niệu, nghe phổi, nhịp tim, gan, để phát hiện dấu hiệu suy tim phù phổi để ngừng/hoặc giảm tốc độ truyền.

* *Sốc nhiễm khuẩn:* Sau bù dịch CVP bình thường/hoặc tăng, HA giảm/kẹt cho thuốc vận mạch.

+ Dopamin liều 10mcg/kg/phút, nếu không đáp ứng tăng 15 - 20mcg/kg/phút. Sau mỗi 15 phút/1 lần.

+ Dobutamin khi nhịp tim nhanh, tim to: liều 10mcg/kg/phút hoặc phối hợp dopamin + dobutamin liều 5 - 7mcg/kg/phút.

+ Nếu không kết quả: Noradrenalin 0,5 - 2mcg/kg/phút hoặc adrenalin 0,04 - 2mcg/kg/phút có thể kết hợp với dopamin liều 5 - 10mcg/kg/phút.

* *Sốc tim:*

Cho dopamin 5-10mcg/kg/phút hoặc dobutamin 5-10mcg/ kg/phút.

– Cách pha dopamin và dobutamin:

Cân nặng BN (kg) x 6 = số mg thuốc pha trong 100ml dung dịch glucose 5%.

Tốc độ bơm tiêm 1ml/giờ = 1mcg/kg/phút.

– Cách pha Nor-adrenalin, adrenalin:

Cân nặng BN(kg) x 0,6 = số mg thuốc pha trong 100ml dung dịch glucose 5%.

Tốc độ 1ml/giờ = 0,1mcg/kg/phút.

3.2.3. Điều trị triệu chứng và biến chứng

– Chống nhiễm toan: khi sốc nặng tái phát cho natribicarbonat 1 - 2mmol/kg hoặc dựa kết quả khí máu pH < 7,20 bù theo công thức:

Lượng natribicarbonat (mmol) = BE x P x 0,3.

Một nửa cho tiêm thẳng tĩnh mạch, còn lại cho dung dịch truyền.

– Rối loạn đông máu: nếu có đông máu nội quản rải rác (ĐMNQRR) cho heparin cung cấp yếu tố đông máu: truyền máu, huyết tương tươi hoặc huyết tương tươi đông lạnh fibrinogen.

– Hồi phục chức năng thận: bù đủ TTTH, nâng HA.

Nếu bài niệu ít cho dopamin liều 2 - 3mcg/kg/phút hoặc cho lasix (1 - 2mg/kg).

– Điều chỉnh nội môi.

+ Hạ đường huyết cho glucose ưu trương 0,5 - 1g/kg tĩnh mạch.

+ Hạ hoặc tăng natri, kali máu.

+ Hạ calci máu cho calcigluconat 0,5 - 1ml/kg tiêm tĩnh mạch trong 10 phút.

Nếu dịch dạ dày nâu hoặc có máu: rửa dạ dày bằng dung dịch natriclorua 9‰, cho cimetidin và gastrofulgit.

3.2.4. Điều trị nguyên nhân

– Nhiễm khuẩn cho kháng sinh dựa vào lâm sàng, thường cho kháng sinh phổ rộng, kết hợp 2 loại kháng sinh.

– Mất máu: cho truyền máu, cầm máu tại chỗ.

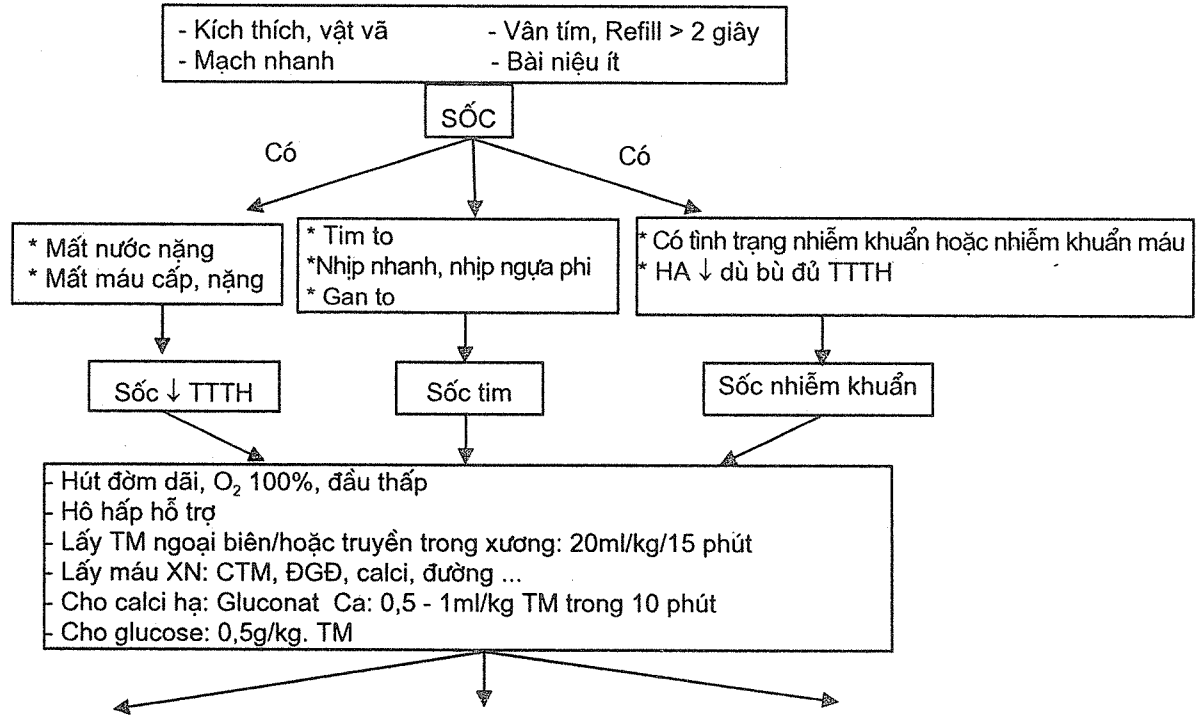
– Phẫu thuật khi có chỉ định.

3.2.5. Theo dõi

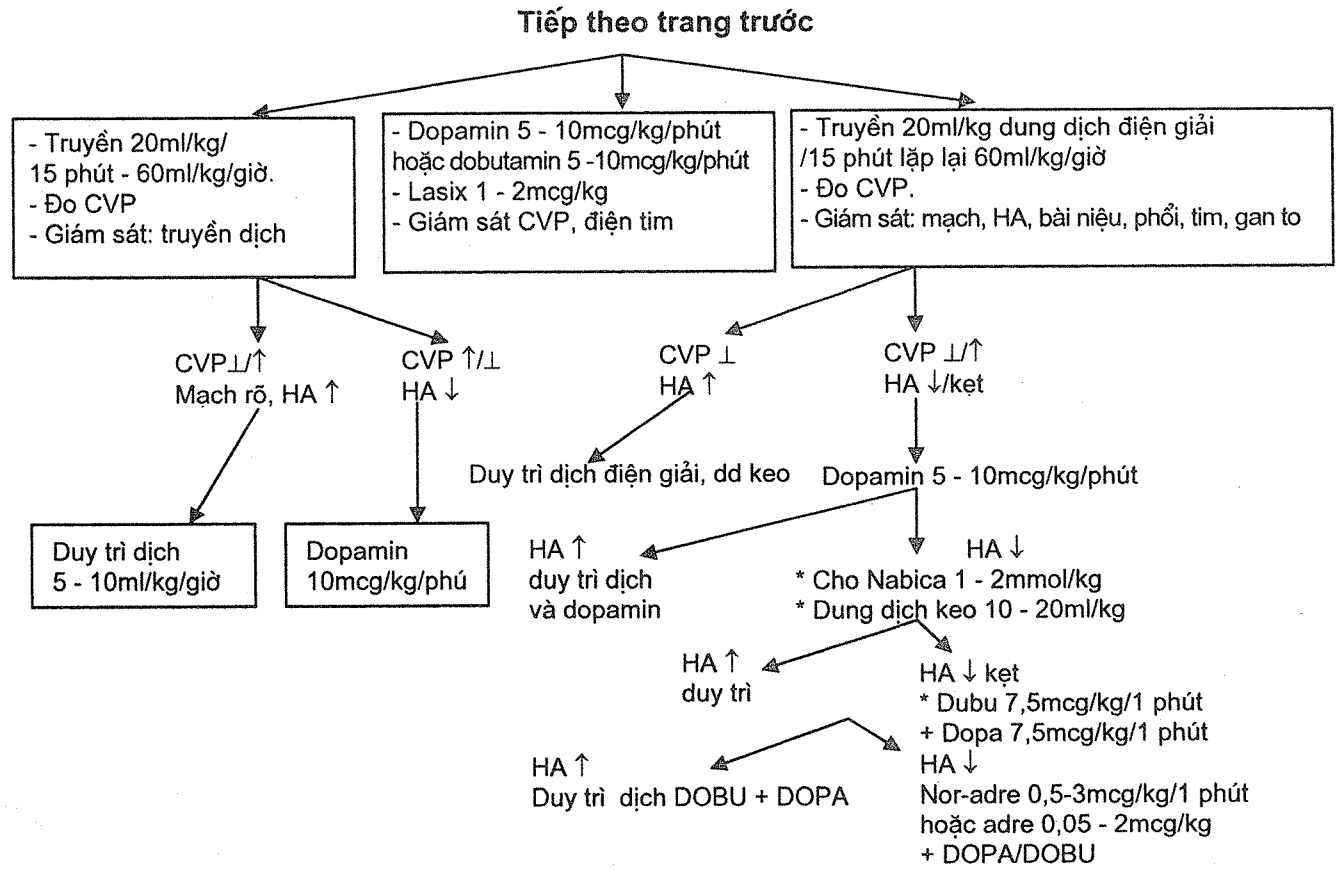
– Giám sát chức năng sống: mạch, HA, ý thức, tím tái, CVP, nước tiểu 30 phút - 1 giờ /lần. Khi huyết động ổn định: 2 - 3 giờ/lần.

– Sốc hồi phục khi trẻ tỉnh, tự thở, hết tím, mạch rõ, HA bình thường, bài niệu > 1ml/kg/giờ. Cần đề phòng sốc tái phát.

SƠ ĐỒ XỬ LÝ SỐC



Xem tiếp theo trang sau


Tiếp theo trang trước
- Truyền 20ml/kg/
15 phút - 60ml/kg/giờ.
- Đo CVP
- Giám sát: truyền dịch
- Dopamin 5 - 10mcg/kg/phút
hoặc dobutamin 5 -10mcg/kg/phút
- Lasix 1 - 2mcg/kg
- Giám sát CVP, điện tim
- Truyền 20ml/kg dung dịch điện giải
/15 phút lặp lại 60ml/kg/giờ
- Đo CVP.
- Giám sát: mạch, HA, bài niệu, phổi, tim, gan to
CVP⊥/↑
Mạch rõ, HA ↑
CVP ↑/⊥
HA ↓
CVP ⊥
HA ↑
CVP ⊥/↑
HA ↓/kẹt
Duy trì dịch điện giải, dd keo
Dopamin 5 - 10mcg/kg/phút
Duy trì dịch
5 - 10ml/kg/giờ
Dopamin
10mcg/kg/phú
HA ↑
duy trì dịch
và dopamin
HA ↓
* Cho Nabica 1 - 2mmol/kg
* Dung dịch keo 10 - 20ml/kg
HA ↑
duy trì
HA ↓ kẹt
* Dubu 7,5mcg/kg/1 phút
+ Dopa 7,5mcg/kg/1 phút
HA ↑
Duy trì dịch DOBU + DOPA
HA ↓
Nor-adre 0,5-3mcg/kg/1 phút
hoặc adre 0,05 - 2mcg/kg
+ DOPA/DOBU

SỐC GIẢM THỂ TÍCH TUẦN HOÀN

Sốc giảm thể tích tuần hoàn (SGTTTH) là loại sốc thường gặp. Sốc xảy ra khi giảm nặng thể tích trong lòng mạch, giảm lưu lượng máu về tim, huyết áp hạ làm giảm tưới máu, suy đa tạng.

1. NGUYÊN NHÂN CỦA SỐC GIẢM THỂ TÍCH TUẦN HOÀN

Phân loại theo nguyên nhân: theo phân loại của Wetzel 1992.

– Mất nước và điện giải: nôn, ỉa chảy, tắc ruột, bỏng, đái tháo đường, sốt, hơi nóng.

– Chảy máu: ngoại khoa, chấn thương, nội khoa: chảy máu dạ dày ruột.

– Mất huyết tương: do bỏng, tắc ruột, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn, hội chứng thận hư

+ Nguyên nhân mất nước - điện giải do ỉa chảy hoặc nôn gây tử vong chủ yếu của trẻ em thế giới (ước tính từ 5 triệu trẻ hàng năm) việc điều trị thường đạt kết quả bằng bù nước - điện giải. Ở trẻ em ỉa chảy thường do viêm dạ dày - ruột do virus như Rotavirus, Entervirus, Adenovirus hoặc do vi khuẩn như E.coli, Shigella, Salmanella, Campylabacter.

Mất nước do các bệnh thận hư, hội chứng sinh dục thượng thận, đái tháo đường, mất nước do hơi nóng, do nhiệt, sốt cao là căn nguyên hiếm gặp.

+ Nguyên nhân chảy máu do chấn thương gây chảy máu trong hoặc ngoài, có thể đưa tới SGTTTH nặng, trong thời gian ngắn và đòi hỏi can thiệp cầm máu ngay. Chảy máu dạ dày - ruột do hậu quả trực tiếp từ tổn thương ban đầu ống tiêu hóa như loét dạ dày - tá tràng, giãn tĩnh mạch thực quản hoặc sau chấn thương do stress xảy ra khi trẻ bị nhiễm khuẩn toàn thân, nhiễm khuẩn dạ dày - ruột, hay trên bệnh nhân có rối loạn cầm máu trong các bệnh về máu.

+ Nguyên nhân mất huyết tương do bỏng, hội chứng thận hư, nhiễm khuẩn, tắc ruột, viêm phúc mạc... albumin thoát qua mao mạch, làm giảm áp lực keo, nước thoát vào gian mạch, gây giảm thể tích tuần hoàn (TTTH).

Nghiên cứu về SGTTTH năm 1996 tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho

thấy nguyên nhân phối hợp (mất huyết tương là chủ yếu) chiếm 50,9%, do mất nước - điện giải là 40,7% và nguyên nhân chảy máu chiếm 8,5% các trường hợp.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

– Lâm sàng: khi trẻ có tình trạng sốc và có tình trạng mất nước, mất máu cấp và nặng.

– Xét nghiệm: có cô máu với Hb và Hct tăng, hoặc giảm áp lực keo nặng với protein và albumin huyết thanh giảm nặng.

– Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) giảm nặng.

– Sau bù đủ thể tích tuần hoàn trẻ thoát sốc.

* Chẩn đoán phân biệt: sốc nhiễm khuẩn có kèm giảm thể tích tuần hoàn và sốc tim (xem bài Sốc trẻ em).

2.2. Chẩn đoán mức độ sốc

– Sốc còn bù: trẻ kích thích, mạch nhanh, huyết áp bình thường hoặc kẹt.

– Sốc nặng mất bù: trẻ li bì, hôn mê, mạch nhỏ hoặc không bắt được. Huyết áp giảm / hoặc không đo được, tiểu ít hoặc vô niệu.

3. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN TIẾN HÀNH

3.1. Các xét nghiệm thường quy

– Công thức máu, tiểu cầu.

– Điện giải đồ: calci, đường huyết, protein máu, khí máu động mạch.

* Các xét nghiệm theo quy trình trước điều trị, sau bù thể tích tuần hoàn, (Hb, Htc, protein) và theo dõi sau điều trị.

3.2. Các xét nghiệm tìm nguyên nhân: theo định hướng lâm sàng.

– Chụp Xquang: phổi, bụng.

– Cấy máu, dịch mủ, phân, nước tiểu, dịch não tủy...

3.3. Các xét nghiệm theo dõi biến chứng: theo chỉ dẫn lâm sàng.

– Suy thận cấp: urê, creatinin.

– Đông máu nội quản: máu chảy, máu đông, tiểu cầu, PT (thời gian thrombin), APTT (thời gian thromboplastin hoạt hóa 1 phần), fibirinogen.

– Chức năng gan, tụy.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc

Duy trì chức năng sống theo ABC (xem bài Sốc ở trẻ em). Khẩn trương bù TTTH, điều chỉnh nội môi và giải quyết nguyên nhân.

4.2. Xử trí cụ thể

4.2.1. Xử trí ban đầu

(Xem phần xử trí ban đầu bài Sốc)

4.2.2. Xử trí tiếp theo: tại Khoa Cấp cứu/Khoa Hồi sức cấp cứu

– Duy trì thở O_2 100% qua mặt nạ, hoặc hô hấp hỗ trợ thở máy kiểm soát với PEEP ban đầu 4 - 6cm H_2O. Điều chỉnh tiếp theo kết quả khí máu.

– Nếu huyết động ổn định: duy trì truyền dịch glucose và điện giải.

– Nếu huyết động không ổn định: đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) đo áp lực TMTT (CVP).

– Nếu CVP giảm (< 5cm H_2O) truyền dung dịch điện giải kết hợp dung dịch cao phân tử 10-20ml/kg/hoặc máu tuần hoàn khi Hct < 30% truyền plasma/ hoặc Human albumin khi protein máu < 50g/l.

– Khi CVP bình thường, HA tăng, mạch rõ, truyền dịch duy trì.

– Khi CVP bình thường hoặc tăng, HA giảm, mạch nhỏ cho vận mạch.

– Nếu không đặt được catheter TMTT: truyền tĩnh mạch ngoại biên 20ml/kg/15 phút. Có thể nhắc lại 40 - 60ml/kg/giờ đầu. Phải giám sát mạch HA, bài niệu, nghe phổi, nhịp tim, gan để phát hiện dấu hiệu suy tim phù phổi để ngừng/hoặc giảm tốc độ truyền.

Sau bù dịch CVP bình thường / hoặc tăng, HA giảm/ kẹt cho thuốc vận mạch.

+ Dopamin liều 10mcg/kg/phút, nếu không đáp ứng tăng 15 - 20mcg/kg/phút. Sau mỗi 15 phút/1 lần.

+ Dobutamin khi nhịp tim nhanh, tim to: liều 10mcg/kg/phút hoặc phối hợp dopamin + dobutamin liều 5-10mcg/kg/phút.

+ Nếu không kết quả: noradrenalin 0,5 - 2mcg/kg/phút hoặc adrenalin 0,04 - 2mcg/kg/phút có thể kết hợp với dopamin liều 5 - 10mcg/kg/phút.

4.3. Điều trị nguyên nhân

Tùy theo nguyên nhân mà cho chỉ định điều trị thích hợp như bù nước điện giải, cầm máu tại chỗ, kháng sinh, phẫu thuật, để ngăn ngừa lượng dịch tiếp tục mất.

SỐC PHẢN VỆ

Hiện tượng phản vệ là phản ứng bệnh lý của cơ thể sau khi tiếp xúc với dị nguyên ở những mức độ khác nhau, từ nhẹ đến vừa và nặng.

Mức độ nặng hoặc rất nặng (tình trạng nguy kịch) được gọi là sốc phản vệ.

1. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào các biểu hiện lâm sàng sau đây:

– Sốc phản vệ thường xảy ra ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc dùng thuốc, cũng có khi muộn hơn, các biểu hiện thường diễn biến rầm rộ xuất hiện liên tiếp nhau và nặng dần.

– Toàn thân: bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi, kích thích, vật vã, rét run, rên, đổi sắc màu da (ban đỏ, tím tái -vân tím, nổi mày đay...).

– Tuần hoàn: mạch nhanh nhỏ khó bắt hoặc không bắt được, huyết áp tụt hoặc không đo được, vô niệu, chân tay lạnh (Rối loạn tuần hoàn ngoại vi, co mạch).

– Hô hấp: suy thở nặng, rối loạn nhịp thở, khó thở kiểu tắc nghẽn do co thắt đường thở, phù thanh môn (giống cơn hen) tăng tiết vùng hầu họng.

– Thần kinh: vật vã, giãy giụa, đờ đẫn, co giật sau đó hôn mê, ỉa đái không tự chủ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Xử trí ngay tại chỗ

– Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang truyền hoặc tiêm, thuốc uống, nhỏ mắt, nhỏ mũi...).

– Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.

2.2. Thuốc ban đầu: Adrenalin là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ.

– Adrenalin dung dịch 1/1000, ống 1ml = 1mg.

– Ở trẻ em không quá 0,3ml tiêm dưới da (< 1/3 ống).

– Có thể lấy 1 ống adrenalin + 9ml nước cất = 10ml, sau đó tiêm dưới da 0,1ml/kg. Hoặc adrenalin 0,01mg/kg, cứ 10 phút tiêm nhắc lại như trên 1 lần cho đến khi mạch, HA và chức năng sống trở về bình thường.

– Ủ ấm, tư thế bệnh nhân đầu thấp nằm nghiêng khi có nôn. Đo huyết áp 10 phút/lần.

Nếu tình trạng sốc quá nặng đe doạ tử vong thì ngoài tiêm dưới da có thể tiêm chậm qua đường tĩnh mạch adrenalin dung dịch 1/10.000 (pha loãng 1/10) liều tiêm TM vẫn tính theo cân nặng như trên, có thể sử dụng dung dịch này bơm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhẫn giáp.

2.3. Quy trình tiến hành tiếp

- *Chống suy hô hấp*

– Liệu pháp oxy qua mũi, qua mặt nạ, thổi ngạt, sau khi làm thông đường thở.

– Oxy qua nội khí quản hoặc qua bóp bóng.

– Thông khí nhân tạo bằng máy thở, qua nội khí quản.

– Mở khí quản khi có phù thanh môn.

– Truyền TM chậm aminophylin 1mg/kg/giờ hoặc terbutalin 0,2µg/kg/phút.

– Có thể dùng terbutalin tiêm dưới da 0,2ml/10kg có thể tiêm nhắc lại sau 6-8 giờ nếu không đỡ khó thở.

– Xịt họng terbutalin hoặc salbutamol 4-5lần/ngày, mỗi lần 4-5 nhát đối với trẻ lớn.

- *Thiết lập một đường truyền tĩnh mạch bằng kim luồn.*

Duy trì HA bằng adrenalin bắt đầu bằng tốc độ 0,1µg/kg/phút sau đó điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (máy tiêm truyền).

- *Các thuốc khác*

– Methylprednisolon 1-2mg/kg/4 giờ hoặc hydrocortison hemisuccinat 5mg/kg/1 giờ tiêm tĩnh mạch, có thể dùng liều cao hơn nếu là sốc nặng.

– Diphenylhydramin 1mg/kg (hoặc promethazin 0,5 -1mg/kg) tiêm bắp hoặc tĩnh mạch...

– Natriclorua 0,9%: 20 - 30ml/kg để duy trì tiền gánh.

- *Lưu ý*

– Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24 giờ sau khi HA ổn định.

– Sau khi sơ cứu nên tận dụng đường tĩnh mạch trung tâm.

– Nếu xử lý như trên mà huyết động không tốt có thể phải tính đến việc sử dụng các dung dịch cao phân tử (plasma tươi, Human albumin, dextro hoặc truyền máu...).

– Điều dưỡng viên có thể được phép tiêm adrenalin dưới da theo phác đồ trên khi bác sĩ chưa kịp có mặt.

– Hỏi kỹ tiền sử dị ứng, trang bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ rất cần thiết có tính pháp quy.

– Các xét nghiệm cần làm (xem bài Sốc).

SỐC TIM

Sốc tim là tình trạng suy giảm chức năng co bóp cơ tim dẫn đến hệ thống tuần hoàn không đáp ứng được nhu cầu chuyển hóa của mô và cơ quan trong cơ thể.

Sốc tim đứng hàng thứ ba, sau sốc nhiễm khuẩn (SNK) và sốc giảm thể tích tuần hoàn (SGTTTH), sốc tim ở trẻ em gặp ít hơn so với người lớn. Theo Đ.P Kiệt thống kê tại Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Nhi Trung ương trong 2 năm 1986 - 1988, sốc tim chiếm 8,1%. Thông kê tại Khoa Hồi sức cấp cứu trong 5 năm (2002-2007) thấy tỷ lệ tử vong do sốc tim là 6,3%. Triệu chứng của sốc tim dễ nhầm với các loại sốc khác làm cho việc chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn.

1. NGUYÊN NHÂN SỐC TIM

1.1. Tim bẩm sinh

Là nhóm nguyên nhân chính gây sốc tim, trong đó hay gặp nhất là những tổn thương bẩm sinh gây tắc nghẽn đường ra thất trái và tim bẩm sinh có luồng thông trái -phải lớn.

1.2. Nguyên nhân viêm tim

Viêm cơ tim do nhiều nguyên nhân gây ra như nhiễm trùng, bệnh mô liên kết, ngộ độc hoặc bệnh tự miễn, trong đó viêm cơ tim do virus là phổ biến nhất, hay gặp là Coxsackie B và Adenovirus.

Bệnh cơ tim giãn: có thể có tính di truyền hoặc tiền sử nhiễm virus, có thể là một di chứng của viêm cơ tim trước đó.

Rối loạn chuyển hóa: như suy/cường cận giáp trạng, hạ đường máu. Phản ứng có hại của thuốc như sulfonamid, penicillin, anthracyclines.

Bệnh mô liên kết như lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp thanh thiếu niên, Kawasaki, thấp khớp cấp.

1.3. Rối loạn nhịp tim

Cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, nhịp tim chậm, block tim hoàn toàn, nhịp nhanh thất hoặc rung thất.

1.4. Tắc nghẽn tim

Chèn ép tim cấp do tràn khí màng phổi hai bên, tràn dịch màng ngoài tim cấp. Tắc mạch phổi cấp nặng.

1.5. Những rối loạn khác

Chấn thương, đụng giập tim gây tổn thương cơ tim.

Theo Ng.T.T.Hà (2013) nghiên cứu về sốc tim tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy nguyên nhân hay gặp nhất là bệnh chân tay miệng (42%), viêm cơ tim (22%) và bệnh cơ tim giãn (14%), bệnh tim bẩm sinh (11%), rối loạn nhịp tim (5%) và các nguyên nhân khác (6%).

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SỐC TIM

Biểu hiện lâm sàng của sốc tim là giảm cung lượng tim, giảm tưới máu tổ chức trong khi thể tích tuần hoàn thích hợp.

2.1. Lâm sàng

– Nhịp tim nhanh là phản ứng đầu tiên để tăng cung lượng tim trong sốc, đây là dấu hiệu thường gặp trong sốc tuy nhiên không đặc hiệu.

– Các triệu chứng giảm tưới máu như thiểu niệu (<1ml/kg/giờ), chênh lệch nhiệt độ da và suy giảm ý thức. Giảm tưới máu ngoại biên biểu hiện da và đầu chi tái, vân tím, lạnh và ẩm, thời gian làm đầy mao mạch kéo dài (refill time > 2 giây).

– Các triệu chứng thở nhanh, tim nhịp ngựa phi, nhịp ba, khò khè hoặc ran ẩm, khó thở hoặc ho, tím tái, vã mồ hôi, gan to, tĩnh mạch cổ nổi và phù ngoại vi. Hạ huyết áp là dấu hiệu muộn và rất nặng.

2.2. Cận lâm sàng

– Điện giải đồ, calci, BUN, creatinin, chức năng gan. Lactat và khí máu động mạch. Đo độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch pha trộn hoặc tĩnh mạch chủ trên ($ScvO_2$) ước lượng hiệu quả của sự cung cấp oxy dựa trên nguyên tắc Fick.

– Công thức máu đánh giá tình trạng thiếu máu

– Xét nghiệm enzym tim: B-type natriuretic protein (BNP), theo dõi tiến triển của bệnh trong bệnh cơ tim và sau ghép tim.

– Xquang phổi có thể biểu hiện tim to và sung huyết phổi, chỉ số tim ngực bình thường < 55% ở trẻ nhũ nhi và < 50% ở trẻ lớn.

– Điện tâm đồ (ECG) có thể phát hiện rối loạn nhịp tim, tâm thất phì đại, thiếu máu cục bộ.

– Siêu âm tim để xác định cấu trúc và chức năng tâm thu. Xác định phân suất tống máu (EF), vận động thành, kích thước thất, độ dày thành tim, trào ngược van, (EF bình thường từ 55-65%).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

– Lâm sàng có tình trạng sốc tim và suy tim cấp

– Xquang phổi có diện tim to, ứ huyết phổi.

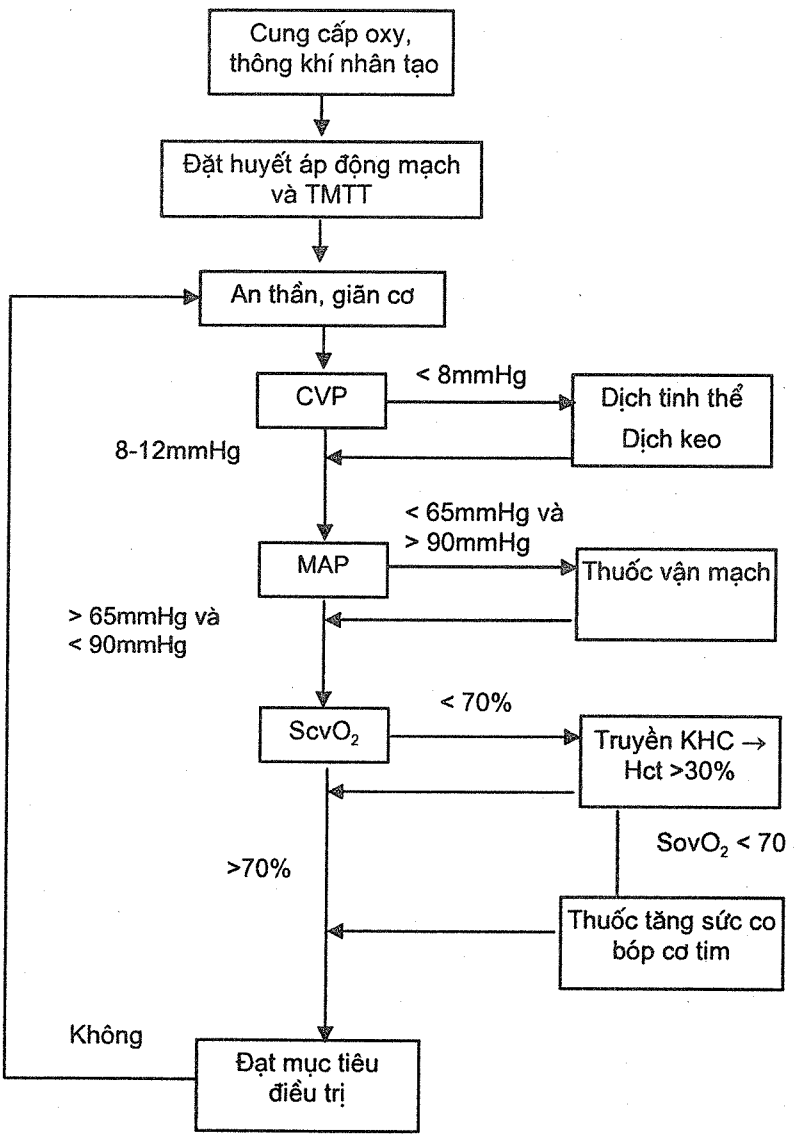
– Siêu âm tim có chức năng co bóp cơ tim (EF giảm)...

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Sốc nhiễm khuẩn, sốc giảm thể tích... hiếm khi biểu hiện áp lực và thể tích nhĩ phải tăng quá mức (xem thêm bài Sốc trẻ em).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Sơ đồ tiếp cận điều trị



Sơ đồ 2.1. Tiếp cận điều trị sốc tim -Theo Kurup R.P (2006)
Hct: hematocrit; KHC: khối hồng cầu; MAP (mean arterial pressure): huyết áp động mạch trung bình, CVP: áp lực tĩnh mạch trung tâm.

4.2. Nguyên tắc điều trị

– Giảm tối thiểu nhu cầu oxy của cơ tim: kiểm soát hô hấp bằng thông khí nhân tạo, thân nhiệt, thuốc an thần /giãn cơ.

– Hỗ trợ tối đa hoạt động của cơ tim: điều chỉnh rối loạn nhịp tim, tối ưu hóa tiền gánh, cải thiện chức năng co bóp cơ tim, giảm hậu gánh.

– Trong trường hợp có tắc nghẽn đường ra thất trái phụ thuộc ống động mạch, cần sử dụng prostaglandin để duy trì ống động mạch ngay lập tức, liều khởi đầu là 0,03mcg/kg/phút.

4.3. Điều trị ban đầu: theo ABC

– Kiểm soát đường thở, cung cấp oxy và thông khí nhân tạo. Chỉ định liệu pháp oxy sớm cho bệnh nhân, duy trì bão hòa oxy máu động mạch 95%.

– Đặt huyết áp động mạch xâm nhập, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, theo dõi liên tục SpO_2, áp lực tĩnh mạch trung tâm và huyết áp động mạch.

– Kiểm soát thể tích tuần hoàn

Nếu CVP thấp cần bồi phụ đủ thể tích tuần hoàn.

+ Loại dịch sử dụng: dịch tinh thể ringer lactat hoặc natriclorua 0,9%, dung dịch keo, huyết tương và máu toàn phần.

+ Bắt đầu bằng dung dịch tinh thể, truyền tĩnh mạch với liều 5-10ml/kg/20 phút, có thể nhắc lại nếu không có dấu hiệu quá tải dịch.

+ Theo dõi sát gan to, khó thở tăng, nhịp tim nhanh, nhịp ngựa phi. Ngừng truyền dịch ngay nếu có dấu hiệu quá tải dịch.

4.4. Thuốc lợi tiểu

Cho lợi tiểu đường tĩnh mạch khi có biểu hiện ứ máu và quá tải dịch, liều lợi tiểu có thể tăng dần tùy theo chức năng thận. Có thể kết hợp với thuốc lợi tiểu thiazid trong những trường hợp kháng thuốc lợi tiểu.

4.5. Điều trị thuốc tăng cường co bóp cơ tim

Lựa chọn thuốc phụ thuộc bệnh nguyên và tình trạng co mạch hệ thống.

* Lựa chọn thuốc vận mạch /thuốc trợ tim: dobutamin với liều khởi đầu 5mcg/kg/phút, tăng dần mỗi 2,5mcg/kg mỗi 15 phút. Dopamin bắt đầu với liều 5mcg/kg/phút, tăng dần mỗi 2,5mcg/kg mỗi 15 phút.

Epinephrin liều khởi đầu 0,05mcg/kg/phút, chỉ định khi có tình trạng kháng dobutamin/dopamin. Milrinon liều khởi đầu 0,375mcg/kg/phút tác dụng tăng co bóp cơ tim và giãn mạch ngoại vi.

* Điều trị khác: tình trạng toan máu, kiểm soát đường huyết, các rối loạn nội môi: điện giải, huyết học, chống nhiễm khuẩn, an thần, giảm đau. Hydrocortisol.

* Điều trị nguyên nhân: gamaglobulin tĩnh mạch cho bệnh nhân viêm cơ tim với liều 2g/kg/48 giờ, điều trị rối loạn nhịp tim bằng thuốc, sốc điện. Lọc máu liên tục (CVVH) cho bệnh nhân sốc tim do viêm cơ tim, bệnh nhân tay-chân-miệng độ IV. Hội chẩn với chuyên khoa tim mạch để phẫu thuật, can thiệp sửa chữa các dị tật tim mạch khi có chỉ định. Điều trị các nguyên nhân khác.

RỐI LOẠN TOAN KIỀM

Cân bằng toan kiềm có vai trò rất quan trọng đối với sự sống còn của cơ thể. Những biến đổi của nồng độ ion H (H^+) dù rất nhỏ cũng đủ gây ra những biến đổi lớn các phản ứng trong tế bào, thậm chí có thể gây tử vong.

Có 4 rối loạn toan kiềm cần quan tâm.

Rối loạn	pH động mạch	Thay đổi nguyên phát	Thay đổi bù trừ
Toan chuyển hoá	↓	$\downarrow HCO_3^-$	$\downarrow PaCO_2$
Toan hô hấp	↓	$\uparrow PaCO_2$	$\uparrow HCO_3^-$
Kiềm chuyển hoá	↑	$\uparrow HCO_3^-$	$\uparrow PaCO_2$
Kiềm hô hấp	↑	$\downarrow PaCO_2$	$\downarrow HCO_3^-$

1. NHIỄM TOAN CHUYỂN HÓA (NTCH)

1.1. Chẩn đoán NTCH

1.1.1. Chẩn đoán xác định

– Lâm sàng:

+ Dấu hiệu thở nhanh sâu, tăng thông khí không rõ nguyên nhân, toan nặng rối loạn nhịp thở, thở Kaussmaul, truỵ mạch, HA hạ.

+ Thần kinh: nhức đầu, buồn nôn, lơ mơ, hôn mê.

– Xét nghiệm: pH↓ (<7,35), HCO_3 ↓ (<18mmol/l), $paCO_2$ ↓ (<35mmHg), BE ↓.

1.1.2. Chẩn đoán nguyên nhân

Để tìm nguyên nhân NTCH có thể dựa vào khoảng trống anion (anion gap) của huyết tương và phân biệt NTCH ngoài thận và NTCH tại thận.

* Toan chuyển hoá với khoảng trống anion (AG).

– Nhiễm toan chuyển hoá với khoảng trống anion tăng (AG↑).

+ Do tăng acid hữu cơ: đái tháo đường, suy hô hấp, sốc.

+ Do giảm tiết H^+: suy thận, nhiễm toan ống thận.

+ Do nhiễm độc: aspirin, rượu.

– Nhiễm toan chuyển hoá với khoảng trống anion bình thường (AG ⊥), tăng clo máu.

+ Do tăng HCl: dùng NH_4Cl, acid amin.

+ Do mất kiềm: ỉa chảy, nhiễm toan ống thận.

+ Do tích acid: nhiễm toan ống thận.

* Toan chuyển hoá ngoài thận và do thận.

– Nhiễm toan chuyển hoá ngoài thận

+ Tăng acid nội sinh: hôn mê đái tháo đường, hôn mê gan, hạ đường huyết, sốc, thiếu oxy, đói, sốc.

+ Tăng acid ngoại sinh: ngộ độc aspirin, barbituric, dùng nhiều NH_4Cl, arginin...

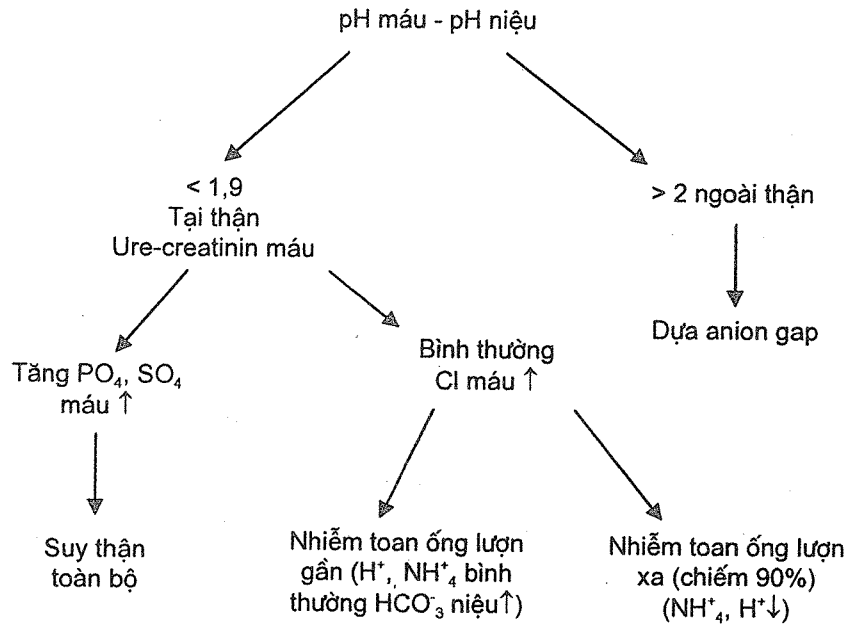
+ Do mất HCO_3^-: ỉa chảy, rò mật, dẫn lưu ruột non.

– Nhiễm toan chuyển hoá do thận.

+ Do bệnh lý ống thận.

+ Do suy thận toàn bộ.

Muốn chẩn đoán nguyên nhân ngoài hay do thận dựa vào pH máu - pH niệu:



Giá trị bình thường pH niệu: 4,8 - 8

1.2. Điều trị NTCH

1.2.1. Điều chỉnh sự thiếu hụt [HCO_3^-]

– Đối với NTCH có khoảng trống anion bình thường và NTCH do thận: bù CO_3^- là cần thiết và có tính chất hệ thống.

– Bù HCO_3^- được tính theo công thức:

$NaHCO_3^-$ (mmol) = BE x P x 0,3

P: Trọng lượng cơ thể (kg)

– Lưu ý:

+ Nếu toan nặng có thể tiêm TM chậm 1mmol/kg

+ Bù 1/2 lượng HCO_3^- tính theo công thức, truyền chậm TM trong 4 - 6 giờ. Truyền duy trì còn lại trong 4 - 6 giờ tiếp.

+ Thử lại khí máu sau bù, điện giải đồ.

+ Không truyền cùng đường truyền với calcium, dopamin, dobutamin.

+ Chỉ bù khi toan hô hấp đã được giải quyết.

Đối với nhiễm toan chuyển hóa có khoảng trống anion tăng.

– Điều chủ yếu là phải điều trị theo nguyên nhân.

– Việc bổ sung HCO_3^- cần được cân nhắc thận trọng bởi vì nếu bù nhanh một số lượng lớn có thể làm biến đổi các thành phần khác của dịch thể: làm nặng thêm tình trạng toan trong tế bào và dịch não tuỷ do sự tạo nên CO_2, có thể vận chuyển tự do qua màng tế bào, hoặc làm giảm kali máu ảnh hưởng đến nhịp tim.

1.2.2. Điều trị nguyên nhân gây nhiễm toan chuyển hóa

– Nhiễm toan do bệnh tiểu đường: insulin, truyền dịch.

– Nhiễm toan do tăng acid lactic do thiếu O_2: thở oxy qua mặt nạ hoặc hô hấp viện trợ, chống sốc trong suy tuần hoàn.

– Nhiễm toan acid salicylique (aspirin): kiềm hoá nước tiểu hoặc lọc máu ngoài thận.

– Suy thận: lọc máu ngoài thận.

2. NHIỄM TOAN HÔ HẤP (NTHH)

– NTHH là do tăng áp suất CO_2, làm giảm pH máu. Nhờ cơ chế bù trừ của thận, nồng độ HCO_3^- sẽ tăng theo. Tuỳ theo tình trạng tăng CO_2 cấp hoặc mạn mà có sự thay đổi HCO_3^-.

– Trong NTHH cấp, cứ tăng thêm 10mmHg CO_2 thì HCO_3^- tăng thêm 1mmol, trong NTHH mạn thì tăng thêm 4mmol HCO_3^-.

2.1. Chẩn đoán xác định NTHH

2.1.1. Lâm sàng

– Dấu hiệu lâm sàng của NTHH là do tình trạng tăng CO_2 trong máu và thường kèm theo giảm O_2 trong máu.

+ Dấu hiệu thần kinh: trẻ nhức đầu, kích thích, vật vã rồi sau đó đi đến lơ mơ hôn mê.

+ Tim mạch: giai đoạn đầu mạch nhanh, HA tăng sau đó mạch yếu và HA giảm.

+ Da: lúc đầu da đỏ do giãn mạch, vã mồ hôi làm che mất dấu hiệu tím tái.

+ Triệu chứng của bệnh lý gây NTHH: như tổn thương thần kinh trung ương, cơ hô hấp, tại phổi...

2.1.2. Cận lâm sàng

– Khí máu: pH<7,35, $PaCO_2$>45mmHg, HCO_3^- >26mmHg.

– Điện giải đồ: Na^+, K^+ tăng, Cl máu giảm.

– Nước tiểu: toan, pH < 5,5.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân gây NTHH

– Tất cả nguyên nhân làm giảm thông khí phổi.

– Do tổn thương thần kinh trung ương: chấn thương sọ não, xuất huyết não, màng não, tình trạng hôn mê sâu, viêm não màng não.

– Do liệt các cơ hô hấp: viêm tuỷ hoặc viêm đa rễ thần kinh và bệnh bại liệt thể hướng thượng.

– Các bệnh cơ và lồng ngực: bệnh nhược cơ, biến dạng lồng ngực nặng trong bệnh còi xương nặng, gù vẹo cột sống...

– Các bệnh lý ở bộ phận hô hấp cấp và mạn tính: viêm phổi, hen phế quản, tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi hai bên, xẹp phổi, dị vật đường thở.

2.3. Điều trị NTHH theo trình tự ABC

– Làm thông thoáng đường thở và cho thở oxy.

– Trường hợp NTHH nặng ($PaCO_2$ > 70mmHg) cấp tính phải sử dụng phương pháp thông khí cơ học.

– Việc sử dụng các dung dịch kiềm như $NaHCO_3$ cần thận trọng vì có thể làm tăng áp suất CO_2. Ngoài ra thường sử dụng dung dịch THAM (0,3N tromethamine).

– Điều trị nguyên nhân.

3. NHIỄM KIỀM CHUYỂN HÓA

Nhiễm kiềm chuyển hoá là tình trạng bệnh lý do tăng HCO_3^- và tăng pH máu. Do sự bù trừ hô hấp sẽ làm giảm thông khí, làm tăng PCO_2 máu.

3.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng

– Không đặc hiệu, tình trạng giảm thông khí phổi thường được nhận biết khi phân tích khí máu.

– Khi bị nhiễm kiềm nặng trẻ có các dấu hiệu thần kinh rối loạn ý thức, lơ mơ, hoặc hôn mê.

– Thường có co giật cơ do giảm Ca ion trong máu.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân

– Do mất Cl nhiều:

+ Nôn nhiều, hút dịch dạ dày liên tục, tiêu chảy mất Cl.

+ Nhiễm toan sau khi tăng CO_2 máu.

+ Điều trị bằng các thuốc lợi niệu.

– Không mất Cl:

Cường aldosteron, hội chứng Cushing, điều trị glucocorticoid.

– Hội chứng Bartter.

– Giảm kali máu.

Dùng nhiều dung dịch kiềm.

3.3. Điều trị nhiễm toan chuyển hóa

– Nguyên tắc:

+ Hồi phục khối lượng tuần hoàn và kali máu.

+ Tìm và điều trị sự thiếu hụt clorua.

– Điều trị nguyên nhân: ngừng thuốc lợi niệu, dùng thuốc kháng aldosteron, diamox.

– Trường hợp cần thiết phải điều chỉnh tình trạng nhiễm kiềm bằng nhỏ giọt tĩnh mạch dung dịch NH_4Cl hoặc dung dịch chlorhydrat arginin.

4. NHIỄM KIỀM HÔ HẤP (NKHH)

NKHH xảy ra khi $PaCO_2$ giảm < 25mmHg và pH tăng trên 7,45. Do bù trừ của thận, HCO_3^- sẽ giảm tuỳ theo tình trạng giảm CO_2 máu cấp hay mạn tính.

Trong trường hợp giảm CO_2 máu cấp thì cứ giảm 10mmHg CO_2 thì HCO_3^- giảm xuống 2mmol/l, còn khi giảm CO_2 máu mạn tính thì cứ giảm 10mmHg CO_2 sẽ giảm được 5mmol HCO_3^-.

4.1. Chẩn đoán xác định

Nhiễm kiềm hô hấp thường gặp trong tình trạng tăng thông khí phổi, được phát hiện qua phân tích khí máu thấy PCO_2 giảm.

– Trường hợp nặng có thể có các dấu hiệu thần kinh cơ do co thắt mạch não: mạch nhanh, loạn nhịp thất, đau ngực.

– Có thể có tetani như NKCH do giảm Ca ion.

4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

– Nguyên nhân trung ương: ở trên cao, ngộ độc aspirin, các bệnh não (viêm não, u não).

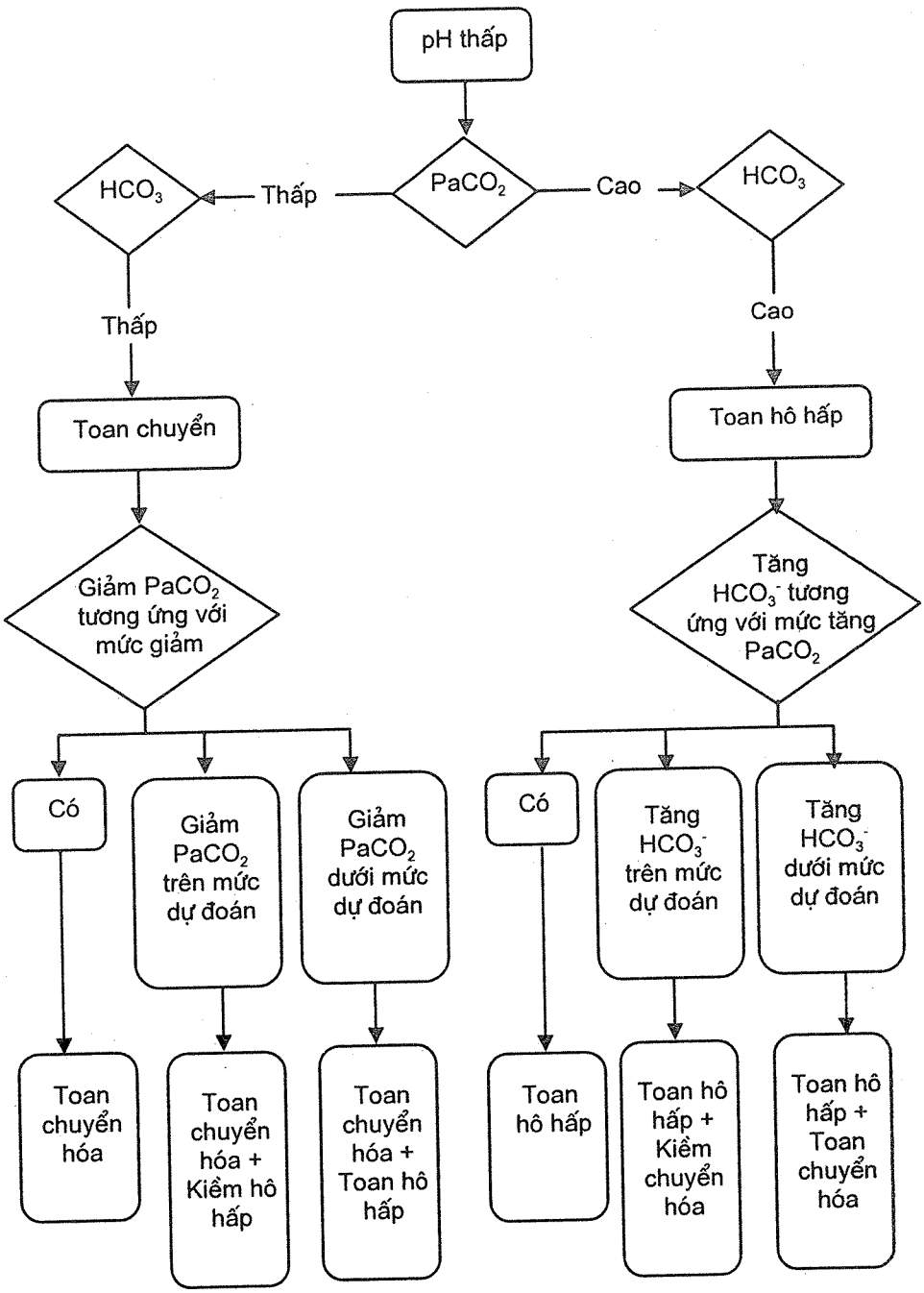
– Do thiếu máu cấp và mạn tính (ở vùng núi cao, có thai, xơ gan).

– Do thông khí cơ học quá mức.

4.3. Điều trị

– Ít phải can thiệp.

– Nếu tăng thông khí quá mức: có thể cho trẻ thở trong túi kín, hoặc dùng thuốc an thần.


pH thấp
$PaCO_2$
Thấp
Cao
HCO_3
HCO_3
Thấp
Cao
Toan chuyển
Toan hô hấp
Giảm $PaCO_2$ tương ứng với mức giảm
Tăng HCO_3^- tương ứng với mức tăng $PaCO_2$
Có
Giảm $PaCO_2$ trên mức dự đoán
Giảm $PaCO_2$ dưới mức dự đoán
Có
Tăng HCO_3^- trên mức dự đoán
Tăng HCO_3^- dưới mức dự đoán
Toan chuyển hóa
Toan chuyển hóa + Kiềm hô hấp
Toan chuyển hóa + Toan hô hấp
Toan hô hấp
Toan hô hấp + Kiềm chuyển hóa
Toan hô hấp + Toan chuyển hóa

NUÔI DƯỠNG HOÀN TOÀN BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch còn gọi là liệu pháp truyền dịch duy trì, nó nhằm mục đích đưa vào cơ thể những chất với một lượng vừa và đủ để duy trì sự sống và phát triển.

1. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định bắt buộc đối với những trường hợp không thể và không được phép dinh dưỡng qua đường miệng như:

- Dị tật bẩm sinh nặng đường tiêu hoá.
- Bệnh viêm mạn tính nặng đường tiêu hoá.
- Hội chứng giảm hấp thu, bệnh đường ruột dị ứng, viêm ruột hoại tử...
- Nôn nặng do nguyên nhân thần kinh hoặc nguyên nhân không rõ.
- Các rối loạn phát triển nặng không rõ nguyên nhân.
- Các trường hợp hậu phẫu đặc biệt nặng.

2. ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN

2.1. Về phía bệnh nhân

Phải ổn định về các yếu tố nội môi và chức năng sống như:

- Không có rối loạn nước và điện giải nặng.
- Không có rối loạn về kiềm toan nặng.
- Không có suy hô hấp và suy tuần hoàn cấp.
- Chức năng gan, thận ở trạng thái bình thường...

2.2. Cơ sở vật chất

- Thường được thực hiện ở các trung tâm hồi sức cấp cứu lớn và một số chuyên khoa sâu vì ở đó có:

- Đội ngũ cán bộ y tế chuyên khoa giỏi.
- Tiện nghi, thuốc men, dịch truyền và thăm dò tốt.
- Môi trường vô trùng tốt có khả năng chống nhiễm trùng bệnh viện.

3. NHU CẦU CÁC CHẤT

3.1. Có 5 nhu cầu thiết yếu cho cơ thể

- Nước
- Năng lượng
- Các muối khoáng
- Vitamin
- Các chất vi lượng

3.2. Nhu cầu về nước và năng lượng/kg cơ thể

Tuổi	Kcalo	Nước (ml)	Acid amin (g)	Đường (g)	Lipid (g)
Bú mẹ	120-90	160-130	4-2	24-12	4-2
Trẻ nhỏ	90-70	90-70	3-2	14-6	4-2
Trẻ lớn	70-50	70-50	2-1,5	10-4	3-1

- Trẻ càng lớn nhu cầu năng lượng và nước càng giảm/kg cân nặng.
- Tỷ lệ đường: đạm: mỡ ≈ 4: 1:1

3.3. Nhu cầu điện giải (tính ra mEq/kg cơ thể)

Tuổi	Na^+	K^+	Ca^{++}	Mg^{++}	Cl^-	P	Fe^{++}
Bú mẹ	4-6	2-3	1-2	0,15-1	4-6	1,5-2	0,002
Trẻ nhỏ	4-6	2-4	1-2	0,15-1	4-6	1,5-2	0,001
Trẻ lớn	4-6	2-4	1-2	0,15-1	4-6	1,5-2	0,001

- Các nhu cầu về nước, năng lượng, muối khoáng, còn phải được cộng thêm ở những tình trạng bệnh lý (sốt 1 độ cộng thêm 10%, mất nước và muối do bệnh lý phải cộng thêm phần đã mất).
- Nhu cầu về điện giải không có khác biệt đáng kể giữa các nhóm tuổi.
- Để chuyển đổi đơn vị mEq sang đơn vị mg được tính ở bảng dưới đây:

Điện giải	mEq	mg	Nồng độ dung dịch	Thể tích V (ml)
Na^+	1	23	5,8%	1
K^+	1	39	7,5%	1
Cl^-	1	35	5,8%	1
Ca^{++}	1	40	10%	4
Mg^{++}	1	24		
P	1	31	13,6%	1
Fe^{++}	1	56		

3.4. NHU CẦU VITAMIN

Nhìn chung không lớn nhưng không thể thiếu.

Vitamin	Trẻ bú mẹ (kg/24 giờ)	Trẻ nhỏ + trẻ lớn (kg/24 giờ)
B1	1mg	2mg
B2	2mg	3mg
B6	1mg	2mg
B12	2µg	4µg
C	60mg	80mg
A	2000UI	3000UI
D	400UI	400UI
E	20mg	30mg
K	0,5mg	1mg

3.5. Nhu cầu các chất vi lượng: là các chất như Cu, Zn Coban...

Truyền máu, plasma tươi có khả năng cung cấp yếu tố vi lượng nếu có thể.

4. NHỮNG ĐIỀU CHÚ Ý KHI DÙNG CÁC DỊCH TRUYỀN

– Các dung dịch đường nồng độ cao rất dễ gây tình trạng đa niệu thẩm thấu vì tăng ALTT máu.

– Glucose 5% có ALTT = 278mosmol/lít.

– Glucose 10% có ALTT = 523mosmol/lít.

– Glucose 20% có ALTT = 1250mosmol/lít.

– Glucose 50% có ALTT = 3800mosmol/lít.

– Khi sử dụng các dung dịch đường phải chú ý tốc độ truyền, tốc độ này căn cứ vào khả năng dung nạp đường của cơ thể:

– Glucose → tốc độ truyền là 0,75g/kg/giờ.

– Fructose → tốc độ truyền là 0,25g/kg/giờ.

– Sorbitol → tốc độ truyền là 0,25g/kg/giờ.

– Xylitol → tốc độ truyền là 0,125g/kg/giờ.

– Natriclorua 9‰ hay được sử dụng và rất an toàn, các muối khoáng khác phải được pha loãng để tránh tai biến (đặc biệt là K^+).

– Cần nhớ rằng plasma tươi và Human albumin không phải dùng để nuôi dưỡng đường tĩnh mạch vì thời gian bán huỷ dài.

– Dung dịch intralipid cho năng lượng rất cao song có nhiều tác dụng phụ.

– Đường truyền tốt nhất là qua tĩnh mạch trung tâm, có thể dùng tĩnh mạch ngoại biên bằng kim luồn nhưng không được lâu.

– Truyền các dịch cùng một lúc qua dây 3 chạc và rải đều trong ngày.

5. CÁC CHỈ SỐ CẦN THĂM DÒ

– Cân bệnh nhân hàng ngày.

– Ion đồ 1 - 3 ngày/1lần.

– Đường máu: 1 lần/ngày.

– Hb = 1 lần/1 tuần.

– Hematocrit 1 lần/1 tuần.

– Bilirubin 1 lần/1 tuần.

– Urê-cretinin 1 lần/ 1 tuần.

– Khí máu: 1 tuần/ 1 lần.

– Các xét nghiệm khác khi có diễn biến đặc biệt.

6. THEO DÕI XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

– Nhiễm trùng da hoặc khu trú (kháng sinh).

– Nhiễm trùng máu (liệu pháp kháng sinh)

– Tắc mạch lớn hoặc hội chứng đông máu nội quản (liệu pháp heparin).

– Toan chuyển hoá (bù kiềm).

– Rối loạn điện giải (bù điện giải).

– Sốc phản vệ (xem bài Sốc phản vệ).

– Suy chức năng gan cần phát hiện sớm xử lý kịp thời.

– Thừa nước (điều chỉnh số lượng dịch, cho lasix).

7. VÍ DỤ CỤ THỂ

– Bệnh nhân: Nguyễn Văn A-10 tuổi, trọng lượng P = 26kg.

– Chẩn đoán xác định: viêm ruột non hoại tử, sau mổ cần nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

• *Tiến hành nuôi dưỡng như sau*

Tính nhu cầu các chất: Bệnh nhân này thuộc nhóm trẻ lớn.

– Nhu cầu về nước (ml):

+ 70ml x 26kg = 1.820ml

+ Cộng thêm = 700ml (mất qua dẫn lưu ruột - đo được).

+ Vậy tổng cộng số dịch cần truyền là: 1.820ml + 700ml = 2.520ml (khoảng 2,5 lít).

– Nhu cầu về năng lượng (kcal):

+ 70kcal x 26kg = 1.820kcal

+ Ở bệnh nhân này trong thời gian điều trị nằm tại giường nhu cầu về năng lượng không nhất thiết phải đủ 1.820kcal mà chỉ cần trên mức nhu cầu chuyển hoá cơ bản.

+ Thực tế cần là: 1.820kcal x 50% = 910kcal

– Nhu cầu về muối khoáng chủ yếu là Na^+ và K^+

+ Na^+ nhu cầu 6mmol x 26kg = 156mmol.

+ Na^+ mất qua 2 đầu ruột 136mmol x 0,7 lít = 95mmol, biết được qua ion đồ dịch ruột dẫn lưu.

+ Thực tế cần bù là: (156 + 95) mmol = 251mmol

+ Tính tương tự như trên đối với K^+:

Kali nhu cầu = (2 x 26) mmol = 78mmol (theo lý thuyết).

Kali mất qua dịch ruột (3mmol x 0,7 lít) = 2,1mmol.

Thực tế cần là (52 + 2) = 54mmol.

- *Thiết kế thực đơn điều trị trong ngày*

– Dung dịch glucose 10% = 1.500ml → 600kcal

– Dung dịch glucose 20% = 150ml → 120kcal

– Natriclorua 10% = 150ml → 255mmol

– Kaliclorua 10% = 40ml → 52mmol

Pha đều các dung dịch trên vào các lọ nhỏ giọt tĩnh mạch qua tĩnh mạch trung tâm hoặc tĩnh mạch ngoại biên bằng kim luồn rải đều trong ngày.

– Tốc độ truyền 1,25ml/phút - 1,5ml/phút → 25 giọt - 30 giọt/phút

– Aminoplasma 5% = 500ml → 100calo nhỏ giọt tĩnh mạch qua nối chạc ba.

– Intralipid 10% x 200ml → 180calo nhỏ giọt TM qua chạc ba (chú ý tác dụng phụ).

Với thiết kế lượng dịch trên đã đảm bảo được lượng nước ≈ 2.500ml, 1.000calo và nhu cầu các chất điện giải cơ bản.

– Trong aminoplasma đã có các điện giải khác, vitamin và yếu tố vi lượng.

– Có thể dùng 1 ống vitamin B complex bơm qua đường tĩnh mạch hoặc cho vào một lọ truyền đường.

– Vitamin C 0,1g x 1 ống (TM)

– Calciumsandoz 0,6875 x 1 ống

– Với tốc độ truyền đường như trên $\frac{180g}{(24 \times 26)}$ = 0,3g/kg/1giờ là an toàn không có khả năng gây tăng đường huyết.

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP

Hội chứng suy hô hấp cấp (SHHC) đặc trưng bởi tăng tính thấm mao mạch phổi và phù phổi. Hậu quả làm giảm oxy máu khó hồi phục, giảm độ đàn hồi phổi và thâm nhiễm phế nang lan toả hai bên.

– Hội chứng SHHC do Ashbaugh và CS mô tả đầu tiên vào năm 1967.

– Hội chứng SHHC chiếm khoảng 0,6 - 7% số bệnh nhân vào Khoa Hồi sức cấp cứu nhi.

– Tử vong trong hội chứng SHHC còn cao, đặc biệt do bệnh nhiễm khuẩn.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng, Xquang phổi và khí máu.

1.1. Lâm sàng: Suy hô hấp cấp với đặc điểm:

– Suy hô hấp xuất hiện đột ngột cấp tính.

– Thở nhanh, tím, nhịp tim nhanh.

– Phổi có thể nghe được ran ẩm, ran phế quản.

– Không đáp ứng với điều trị oxy liều cao (FiO_2 cao) hoặc thở máy thông thường (IPPV). Đáp ứng với thở PEEP.

– Không có triệu chứng suy tim sung huyết: không có tim nhịp ba, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, CVP bình thường, PCWP < 18mmHg.

– Có yếu tố nguy cơ: đuối nước, sốc nhiễm khuẩn, sặc...

1.2. Xquang phổi

– Hình ảnh thâm nhiễm lan toả hai bên (phù mô kẽ), mất đường viền phế quản, mạch máu.

– Hình tim không to.

1.3. Khí máu

– PaO_2 giảm nặng (< 60mmHg), $PaCO_2$ bình thường tăng hoặc giảm.

– Tỷ lệ PaO_2/FiO_2 < 200mmHg.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc

- Điều trị suy hô hấp.
- Hỗ trợ tim mạch.
- Điều trị triệu chứng, chăm sóc, dinh dưỡng.
- Điều trị bệnh chính.

2.2. Cụ thể

2.2.1. Hỗ trợ hô hấp

- Oxy nồng độ cao > 60% (có thể 100% nhưng không nên kéo dài quá 24 giờ).
- Thở CPAP nếu trẻ còn tỉnh, tự thở được.
- Thở máy.

+ Chọn mode thở kiểm soát thể tích (VC).

+ Chọn mức PEEP.

Thường bắt đầu 4 - 6cm H_2O

Tăng dần 2 - 3cm H_2O cách 30 phút.

Thường đặt < 10cm H_2O, mức cao có thể < 15cm H_2O.

+ PEEP tối ưu (optimal PEEP) được chọn phải đạt:

Tăng oxy máu (PaO_2 tăng tối thiểu > 70mmHg).

Giảm PIP < 50cm H_2O (thường trẻ em PIP < 35cm H_2O).

Giảm FiO_2 < 60%.

Giảm tối thiểu tổn thương phổi, chấn thương áp lực (barotrauma).

+ Tác hại của PEEP:

Giảm tuần hoàn về tim, HA giảm.

Chấn thương áp lực, gây rò khí, tràn khí màng phổi.

+ Hút dịch NKQ loại lượng dịch phù sớm trong ARDS, tuy nhiên hút nhiều còn làm mất PEEP tác dụng không tốt.

– Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị.

+ Thở máy kiểm soát áp lực với tỉ lệ I/E đảo ngược 2/1.

+ Hoặc thở máy tần số cao (HFO), Vt thấp cho phép $PaCO_2$ tăng (60 - 70mmHg), SaO_2 > 85% và pH > 7,2.

+ Có thể cho bệnh nhân nằm sấp tránh xẹp phổi. Cải thiện thông khí (V)/tưới máu (Q).

+ Dùng surfactant điều trị thay thế.

+ Thở khí N.O (inhaled nitric oxid)

+ ECMO: oxy hoá với màng ngoài cơ thể.

2.2.2. Hỗ trợ tim mạch

– Bù đủ thể tích tuần hoàn (TTTH) bằng dung dịch điện giải, dung dịch keo, truyền khối hồng cầu duy trì Hct > 35%.

– Lượng dịch cung cấp chiếm 70 - 80% nhu cầu bình thường.

– Nếu CVP < 5cm H_2O, PAWP < 15mmHg là giảm TTTH phải bù dịch.

– CVP > 12cm H_2O, PAWP > 18mmHg là gợi ý suy tim.

– Dùng thuốc vận mạch, tăng co bóp cơ tim: dopamin, dobutamin, adrenalin, noradrenalin (xem liều trong sốc nhiễm khuẩn).

2.2.3. Điều trị thuốc

– Steroid: sử dụng liều thấp ở giai đoạn xơ hoá (ngày 5 - 7) còn thảo luận và nghiên cứu tiếp.

– Ibuprofen, Indomethacin vai trò trong ARDS chưa rõ.

– Thuốc giãn mạch: nitroglycerin, nitroprussid, PGE_1... dùng chống co mạch phổi nhưng có thể gây hạ HA hệ thống.

– Dùng kháng thể đặc hiệu đối với chất trung gian hoá học như TNF, IL...

– Thuốc an thần, giãn cơ: morphin, midazolam, norcuron...

– Kháng sinh, phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

– Dinh dưỡng đầy đủ: ăn sonde, hoặc nuôi dưỡng TM.

2.2.4. Theo dõi

- Chức năng sống: mạch, HA, ý thức.
- Khí máu, SpO_2.
- Xquang phổi hàng ngày.
- Huyết động: CVP, (đo PCWP nếu có điều kiện)
- Nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Chức năng gan, dạ dày, ruột, thận...

ĐIỀU TRỊ SUY THỞ BẰNG MÁY THỞ

Điều trị suy thở bằng máy thở hiện đang được áp dụng rộng rãi trong các trung tâm hồi sức cấp cứu (ICU).

1. CHỈ ĐỊNH CHUNG: Có 4 loại chỉ định chính:

- Cơn ngừng thở kéo dài (≥ 15 giây) và liên tiếp.
- Ngừng thở hoàn toàn với những nguyên nhân khác nhau.
- Trạng thái suy thở nặng được đánh giá trên lâm sàng mà các biện pháp trước thở máy đều tỏ ra vô hiệu (liệu pháp oxy đơn giản, nội khí quản, Ambu, CPAP) mà $PaCO_2 > 50mmHg$, $PaO_2 < 50mmHg$, $SAT \leq 70\%$.
- Thở máy còn được chỉ định trong phẫu thuật gây mê hồi sức, dùng thuốc chống co giật, an thần liều cao, thuốc giãn cơ...

2. PHÂN LOẠI SUY THỞ

Trong hồi sức cấp cứu chỉ cần phân ra làm hai loại chính:

2.1. Suy thở do giảm thông khí phế nang: gồm các tình trạng bệnh lý mà phổi vẫn hoàn toàn bình thường, song khả năng thông khí rất kém (chẳng hạn: trung tâm hô hấp bị ức chế, tắc nghẽn đường thở, dị vật đường hô hấp, tổn thương dị dạng bẩm sinh đường hô hấp trên...).

- Oxy máu giảm.
- CO_2 máu tăng.

– Hai thông số này luôn có tương quan nghịch.

2.2. Hiện tượng giảm oxy máu trơ (suy thở do giảm khuếch tán oxy vào máu)

– Tổn thương phổi nặng, chủ yếu tổn thương màng mao quản phế nang. Vì vậy khả năng khuếch tán oxy vào máu giảm nặng mặc dù thông khí vẫn bình thường.

– PaO_2 giảm rất nặng nhưng $PaCO_2$ có thể bình thường hoặc đôi khi giảm. Điều đáng quan tâm là tình trạng giảm PaO_2 máu trơ bởi vì dù có thông khí tốt oxy 100% song PaO_2 máu vẫn không có khả năng cải thiện.

3. PHƯƠNG PHÁP THÔNG KHÍ NHÂN TẠO BẰNG MÁY THỞ: có hai phương pháp:

3.1. Thở máy kiểm soát (Control Respiration), phương pháp này áp dụng cho những bệnh nhân ngừng thở hoàn toàn hoặc các cơn ngừng thở dài liên tiếp.

3.2. Thở máy hỗ trợ

– Thường được áp dụng cho các loại suy thở mà bệnh nhân vẫn còn những nhịp tự thở. Hiện nay hầu hết các loại máy thở đều được cấu tạo thích hợp với cả hai phương pháp nói trên.

– Việc chuyển đổi từ phương pháp thở kiểm soát sang phương pháp thở hỗ trợ nhờ một bộ phận tự động (gọi là Triger)...

4. CÁC KIỂU THỞ

Trong hai phương pháp thở máy nói trên đều có thể áp dụng các kiểu thở khác nhau. Dưới đây là 3 kiểu thở hay gặp.

4.1. Thở máy với áp lực dương tính ngắt quãng (IPPV)

Phương pháp này hiệu quả đối với tất cả các trường hợp suy thở do giảm thông khí phế nang (áp lực thở vào P1 dương, áp lực thở ra $P_I = 0$).

4.2. Thở máy áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP)

– Phương pháp này áp dụng cho tất cả các trường hợp suy thở nặng mà PaO_2 giảm nghiêm trọng do oxy không khuếch tán được qua màng mao quản phế nang mặc dù thông khí qua phổi tốt (hiện tượng giảm oxy máu trơ).

– Phương pháp PEEP có nghĩa là P_I dương và P_E cũng dương (đơn vị bằng cm H_2O).

– Trị số P_E bằng bao nhiêu thì đó là trị số của PEEP (xem bài thở máy với phương pháp PEEP và PEEP với tần số cao).

4.3. Thở máy áp lực dương tính liên tục với tần số cao HF/PEEP

Được áp dụng ở những trường hợp thở PEEP mà hiệu quả vẫn kém.

Thở máy cưỡng chế ↘
IPPV ⟶ PEEP ⟶ HF/PEEP
Thở máy hỗ trợ ↗

5. NHỮNG THÔNG SỐ TRONG THỞ MÁY: cần phải hiểu thông thạo.

– Thể tích khí lưu thông V_{tol} = lít/phút (theo tuổi, cân nặng hoặc diện tích da).

– Tần số thở/phút F = lần/phút (theo tuổi).

– Áp lực thở vào P_I = cm H_2O (theo tuổi và tình trạng bệnh lý).

– Thời gian thở vào Ti % (của chu chuyển thở, bình thường = 25%).

– Thời gian thở ra T_E % (của chu chuyển thở, bình thường 65%).

– Thời gian nghỉ T_{pause} % (của chu chuyển thở, bình thường = 10%).

– Tỷ số T_I/T_E là: hư số thay đổi theo chỉ định của bác sĩ bình thường = 1/4.

– Nồng độ oxy khí thở F_IO_2%.

+ Theo chỉ định của bác sĩ.

+ Thở máy kéo dài ≈ 45%

– Áp lực làm việc của máy P_{empty} cm H_2O thường được cố định vào khoảng gấp 2 lần P_I.

+ Đối với người lớn đặt 70-80cm H_2O.

+ Trẻ lớn - trẻ nhỏ đặt 60cm H_2O.

+ Sơ sinh đặt 50cm H_2O.

10 thông số nêu trên luôn được điều chỉnh trong quá trình thở máy. Nếu điều chỉnh không tốt dễ có tai biến.

6. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THỞ MÁY

6.1. Lâm sàng

Tình trạng suy thở cải thiện rõ rệt (không tím, môi, đầu chi hồng, lồng ngực di động lên xuống đều đặn, thông khí hai phổi tốt, chỉ số huyết động bình thường, bệnh nhân nằm yên phối hợp tốt với máy).

6.2. Các chỉ số sinh học bình thường

$PaO_2 \geq 95mmHg$, $PaCO_2 \leq 40mmHg$, SAT ≥ 95%, BE = 0 ± 3 pH ≈ 7.40 ± 0.05.

7. NHỮNG BIẾN CỐ HAY GẶP

- Tắc nghẽn đường thở do đờm dãi, dễ gây xẹp phổi cần hút đờm dãi.
- Tuột NKQ (đặt lại) cần phải phát hiện kịp thời.
- Vỡ phế nang gây tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất.
- Thông khí quá mức và thông khí không đủ (điều chỉnh lại các thông số $V_{Tol, F}$, FiO_2, T_i, T_E...).
- Các rối loạn về nước, điện giải (điều chỉnh bằng liệu pháp truyền dịch).
- Hiện tượng chống máy (cho an thần).
- Biến động về tim mạch (do tăng áp lực tiểu tuần hoàn trong thở PEEP, cho trợ tim digitoxin).

8. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN ĐÁNH GIÁ

- Đo khí máu 1 lần/ngày và có thể hơn khi cần.
- Điện giải 1 lần/ngày.
- Đường máu 1 - 3 ngày/lần.
- Cấy máu, cấy dịch NKQ khi cần.
- Chụp Xquang phổi khi cần và nghi có biến cố.

THỞ MÁY VỚI ÁP LỰC DƯƠNG CUỐI THÌ THỞ RA - PEEP VÀ PEEP VỚI TẦN SỐ CAO - HF/PEEP

Thở máy áp lực dương cuối thì thở ra

PEEP: (Positive End - Expiatory Pressure): là phương pháp thở máy với áp lực dương cuối thì thở ra hoặc có thể thở máy với PEEP tần số cao (HF/PEEP).

1. CHỈ ĐỊNH

– Chỉ định tuyệt đối cho tất cả các trường hợp suy thở nặng do tổn thương ở phổi, làm giảm thiểu hoặc mất hẳn khả năng khuếch tán oxy vào máu.

– Bệnh màng trong, ngạt nước ối, tim bẩm sinh, chảy máu phổi ở trẻ sơ sinh...

– Các bệnh nhiễm trùng phổi nặng kéo dài gây xơ phổi.

– Các trạng thái ngộ độc do hít phải khí độc, chất độc.

– Phù phổi cấp do tim, thận.

Đuối nước, bỏng do acid hoặc kiềm đường hô hấp...

2. TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP PEEP + HF/PEEP

– PEEP làm tăng thể tích khí cặn chức năng, tăng thời gian trao đổi khí.

– PEEP chống và ngăn ngừa xẹp phổi.

– PEEP làm giảm lượng nước ứ đọng ở những khoảng kẽ của phổi.

– PEEP làm tăng diện tích trao đổi khí qua màng mao quản phế nang bằng cách huy động mở các phế nang câm ở vùng rìa phổi.

Bốn tác dụng nêu trên làm tăng oxy máu.

– Mặt không lợi: PEEP làm tăng áp lực tiểu tuần hoàn, tăng áp lực động mạch phổi nếu kéo dài sẽ gây suy tim tiềm tàng.

3. XÁC ĐỊNH MỨC PEEP

– Ở trẻ em hiện nay chưa xác định rõ mức PEEP là bao nhiêu phù hợp theo tuổi.

– Ở sơ sinh thường đặt PEEP = 2 (P_E = 2cm H_2O). Cũng có tác giả đề xuất trong thở máy sơ sinh bất luận nguyên do gì đều đặt PEEP = 2.

– Ở trẻ nhỏ và trẻ lớn thường đặt PEEP từ 4 - 6cm.

– PEEP lớn là PEEP ở mức tối đa có thể thực hiện được (ở người lớn khoảng 15cm H_2O).

– PEEP tối ưu (Optimal) là PEEP cho hiệu quả tốt nhất có thể đạt được mà không ảnh hưởng tới tuần hoàn. PEEP optimal chỉ có trong khái niệm và lý thuyết trên thực tế không xác định được.

4. HF/PEEP

– Đây là kiểu thở nâng cấp của thở PEEP.

– Chỉ khác PEEP là đặt tần số cao.

– Ở người lớn tần số > 60 lần/phút gọi là tần số cao.

– Ở trẻ em > 100 lần/phút.

– HF/PEEP ngoài tác dụng làm tăng oxy máu như đã nói ở trên còn có tác dụng làm giảm CO_2 máu.

– Nếu thở tần số cao > 200l/phút thì không đặt PEEP vẫn có tác dụng như PEEP bởi vì chưa thở ra hết đã thở vào.

– HF/PEEP thường được chỉ định ở giai đoạn sau thở PEEP. Tiên lượng đã rất xấu.

5. THEO DÕI, THĂM DÒ, XỬ LÝ BIẾN CỐ (xem bài Thở máy)

Các biện pháp điều trị hỗ trợ khác là rất cần thiết.

PHÙ NÃO Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phù não là một hội chứng không phải là một bệnh. Tình trạng phù não hay gặp trong:

– Nhiễm trùng thần kinh: viêm não, viêm màng não.

– Khối choán chỗ nội sọ: u não, áp xe não, xuất huyết não.

– Chấn thương sọ não.

– Các bệnh nội tiết, thận, tim mạch cũng có thể gây phù não.

Phù não làm tăng áp lực nội sọ, dẫn tới giảm tưới máu não.

2. CHẨN ĐOÁN

- *Phù não có thể gây nên các triệu chứng lâm sàng*

– Đau đầu.

– Buồn nôn - nôn

– Co giật: khu trú hoặc toàn thân.

– Rối loạn hô hấp - ngừng thở.

– Nhịp tim nhanh hoặc nhịp chậm.

- *Xét nghiệm cần làm*

– Bình thường, áp lực tưới máu (CPP) bằng áp lực động mạch trung bình trừ đi áp lực nội sọ.

CPP = MAP - ICP

– Áp lực động mạch trung bình bằng huyết áp tối đa trừ huyết áp tối thiểu cộng một phần ba hiệu áp [ALĐMTB = HATD – HATT + 1/3 (HATD - HATT)].

– Áp lực nội sọ: đo bằng phương pháp đo trực tiếp từ khoang dưới màng cứng trong não thất hoặc trong chất não. Áp lực nội sọ bình thường ở trẻ nhỏ hơn 20mmHg.

– Áp lực tưới máu não bình thường ở trẻ em:

+ Sơ sinh: > 30mmHg.

+ 1 tháng đến 4 tuổi: > 35mmHg

+ 5 đến 8 tuổi: > 40mmHg

+ 9 đến 12 tuổi: > 45mmHg

+ > 12 tuổi: > 50mmHg

– Chụp CT. Scaner sọ não.

– Làm công thức máu - các xét nghiệm đông máu, khí máu, điện giải đồ và các xét nghiệm cần để chẩn đoán phân biệt.

3. ĐIỀU TRỊ

Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao 20° - 30°. Giữ đầu bệnh nhân ở tư thế trung gian khi xoay trở và di chuyển bệnh nhân.

3.1. Hô hấp

– Duy trì $PaCO_2$ từ 35 - 40mmHg, bão hoà oxy máu động mạch (PaO_2) > 80%. Duy trì PEEP từ 3 - 5cm H_2O.

– Đặt nội khí quản và thông khí hỗ trợ đối với các bệnh nhân:

+ Có suy hô hấp, ngừng thở. SpO_2 < 85mmHg.

+ Tình trạng tri giác của bệnh nhân xấu dần. Điểm Glasgow < 8.

+ Bệnh nhân có các triệu chứng bóc vỏ não (Decorticale - Decerebrate).

– Duy trì huyết áp.

+ Giữ CVP từ 5 - 10cm H_2O, albumin máu > 25g/lít. Natri từ 140 - 150mmol/lít.

+ Cân nhắc cho dopamin, noradrenalin nếu cần.

3.2. Chống phù não

– Cho mannitol 20%: 1,25-2,5ml/kg (0,25- 0,5g/kg/liều).

– Khi cho mannitol chú ý áp lực thẩm thấu máu không quá 320mOsm đề phòng suy thận và không cho quá 3 liều mannitol trong 24 giờ để tránh nguy cơ tích luỹ mannitol trong não và phù não.

– Nếu là bệnh nhân chấn thương sọ não, có thể cho thiopenton tiêm tĩnh mạch chậm liều 1 - 5mg/kg (tối đa 1mg/kg/phút để tránh hạ huyết áp) sau đó truyền 1 - 5mg/kg/giờ qua catheter trung tâm.

3.3. Điều chỉnh nước - điện giải

– Nếu bệnh nhân có giảm khối lượng tuần hoàn, tiêm tĩnh mạch natriclorua 0,9% 5 - 10ml/kg hoặc có thể cao hơn nếu cần.

– Truyền dịch để duy trì lượng nước tiểu > 1ml/kg/giờ. Khối lượng dịch truyền theo cân nặng của trẻ.

Wt (kg)	4	6	8	10	12	14	16	20	30	40
ml/giờ	8	12	16	20	23	25	28	33	35	40

– Khối lượng dịch này là tổng của tất cả các loại dịch đưa vào cơ thể trẻ (NaCl 0,9% + Morphin + Glucose + Inotrop...).

– Duy trì đường máu từ 5 - 8mmol/lít, tránh tăng đường máu > 10mmol/lít.

– Duy trì natri từ 140 - 150mmol/lít.

– Nếu Na^+ < 140mmol. Truyền natriclorua 3%: 3ml/kg/1 giờ, sau đó 0,5ml/kg/giờ cho tới khi natri máu đạt mức từ 140 - 150mmol/lít.

3.4. Chống co giật

– Thuốc chống co giật thường dùng là phenytoin.

– Liều tấn công từ 15 - 20mg/kg, tiêm tĩnh mạch trong một giờ.

– Liều duy trì:

+ 1 tuần tuổi: 8mg/kg/liều - tiêm tĩnh mạch 12 giờ/lần.

+ 2 tuần tuổi: 8mg/kg/liều - tiêm tĩnh mạch 8 giờ/ lần.

+ 3 tuần-5 tuổi; 4mg/kg/liều - tiêm tĩnh mạch 6 giờ/lần.

+ 5 - 9 tuổi: 4mg/kg/liều - tiêm tĩnh mạch 8 giờ/1 lần.

+ > 12 tuổi: 2mg/kg/liều: 6-12 giờ/liều (tối đa 100mg).

3.5. Giảm đau, an thần, giãn cơ

– Morphin truyền tĩnh mạch 40 - 80μg/kg/giờ.

– Tiêm tĩnh mạch morphin liều 50μg/kg trước khi làm các thủ thuật gây đau đớn.

– Cho diazepam 0,1mg/kg/tiêm tĩnh mạch 4 giờ/lần.

– Nếu nhịp tim tăng, huyết áp tăng, chảy nước mắt, có các cử động bất thường ở tay, chân, cho thêm diazepam liều 0,05mg/kg tiêm tĩnh mạch.

– Giãn cơ: chỉ định cho các bệnh nhân, tất cả các bệnh nhân nghi ngờ có chấn thương sọ não. Các bệnh nhân được quyết định đặt catheter theo dõi áp lực nội sọ. Dùng pancuronium liều 0,1 - 0,15mg/kg hoặc cao hơn nếu cần.

SUY ĐA TẠNG

Năm 1992, Hội Hồi sức và Hội Thầy thuốc lồng ngực các Trường Đại học Hoa Kỳ đã đưa ra định nghĩa về suy đa tạng và tiêu chuẩn định nghĩa này đã được áp dụng trong y văn cho đến nay: *Suy đa tạng (SĐT) là rối loạn chức năng ít nhất 02 hệ thống cơ quan ở bệnh nhân có bệnh lý cấp tính mà không thể duy trì sự cân bằng nội môi nếu không có can thiệp điều trị. Suy đa tạng còn được gọi là hội chứng rối loạn chức năng nhiều tạng.*

1. NGUYÊN NHÂN

Chủ yếu là do nhiễm trùng, chấn thương (tai nạn, phẫu thuật), giảm tưới máu và tăng chuyển hoá. Nguyên nhân ban đầu có thể là yếu tố khởi phát đáp ứng viêm không kiểm soát.

Ở bệnh nhân phẫu thuật và không phẫu thuật, nhiễm khuẩn là nguyên nhân hay gặp. Từ tình trạng nhiễm trùng có thể dẫn đến sốc nhiễm khuẩn.

Bệnh nhân không có biểu hiện nhiễm trùng, nguyên nhân thường liên quan đến hội chứng đáp ứng viêm hệ thống. Cả hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và nhiễm khuẩn cuối cùng cũng dẫn đến SĐT. Tuy nhiên, một phần ba bệnh nhân không thể tìm được nguyên nhân ban đầu.

2. HẬU QUẢ CỦA SUY ĐA TẠNG

Hệ cơ quan thường bị tổn thương trong suy đa tạng là: hô hấp, tim mạch, thận, huyết học, tiêu hóa - gan mật và hệ thần kinh trung ương.

2.1. Rối loạn chức năng hô hấp

Phổi là vị trí tổn thương thường gặp trong suy đa tạng. Rối loạn chức năng hô hấp có thể biểu hiện dưới dạng tổn thương phổi cấp tính (ALI) hoặc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển.

Tổn thương phổi có thể hoặc nguyên phát: tác nhân ban đầu ảnh hưởng trực tiếp đến phổi (giập phổi), hoặc thứ phát: tác nhân ban đầu ở vị trí khác không phải tại phổi (diễn biến của nhiễm khuẩn trong ổ bụng, viêm tụy cấp nặng). Nguy cơ tổn thương phổi tăng cao ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có tụt huyết áp và giảm số lượng tiểu cầu trong máu ngoại vi.

2.2. Rối loạn chức năng tim mạch

Rối loạn chức năng tim mạch là do giảm cung lượng tim và hoặc rối loạn nhịp tim, rối loạn chức năng ở mạch máu ngoại vi (đại tuần hoàn) và vi tuần hoàn. Tùy theo mức độ rối loạn chức năng ở tim, mạch máu và tình trạng thể tích tuần hoàn của bệnh nhân, biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân có thể là da lạnh, ẩm, giảm tưới máu đầu chi và sốc tăng động. Nhiễm khuẩn huyết kích hoạt và gây rối loạn chức năng các tế bào nội mô dẫn đến rối loạn vi tuần hoàn, suy giảm cung cấp và sử dụng oxy của mô tế bào, giảm chức năng hoạt động của ty thể và dẫn đến suy đa tạng, tử vong.

Sinh lý bệnh của rối loạn chức năng tim mạch trong hội chứng đáp

ứng viêm hệ thống phức tạp và chưa được biết rõ, có lẽ liên quan đến các yếu tố ức chế cơ tim, TNF-α, IL1-1, nitric oxid (N.O) và hoặc yếu tố kích hoạt tiểu cầu (PAF). Tuy nhiên, chức năng tim mạch cũng có thể bị ảnh hưởng bởi rối loạn thăng bằng kiềm - toan, giảm oxy máu, giảm thể tích tuần hoàn và do đau đớn.

2.3. Rối loạn chức năng thận

Nói chung, suy thận cấp với biểu hiện tiểu ít, tăng creatinin máu là bệnh cảnh thường gặp tại khoa hồi sức. Dù đã áp dụng nhiều biện pháp hồi sức tiên tiến, tỷ lệ tử vong của suy thận cấp vẫn còn ở mức cao (có thể đến 70 - 90%) và một phần ba tổng số bệnh nhân được cứu sống phải chạy thận định kỳ.

Xu hướng hiện nay chẩn đoán suy thận cấp dựa theo tiêu chuẩn RIFLE:

	Tiêu chuẩn GFR	Tiêu chuẩn bài niệu UO
Nguy cơ (Risk)	sCreat tăng x 1, 5 hoặc GFR giảm > 25%	UO <0,5ml/kg/giờ Trong 6 giờ
Thư ơng tổn (Injury)	sCreat tăng x 2 hoặc GFR giảm > 50%	UO < 0,5ml/kg/giờ Trong 12 giờ
Suy (Failure)	sCreat tăng x 3 hoặc GFR giảm 75% hoặc sCreat ≥ 4mg/dl tăng cấp ≥ 0,5mg/dl	UO < 0,3ml/kg/giờ =>Thiểu niệu Trong 24 giờ Vô niệu trong 24giờ
Mất (Loss)	STC tồn tại = mất hoàn toàn chức năng thận > 4 tuần	
Bệnh thận giai đoạn cuối (ESKD)	Bệnh thận giai đoạn cuối (>3 tháng)	

2.4. Rối loạn chức năng hệ thống đông máu

Biểu hiện: kéo dài thời gian prothrombin (PT) và aPTT, số lượng tiểu cầu giảm < 50.000 - 80.000/mm^3 hoặc đông máu nội mạch lan tỏa (DIC). Chẩn đoán DIC thường dựa trên tiêu chuẩn: có bệnh lý căn nguyên và giảm tiểu cầu, thời gian PT, aPTT kéo dài, giảm fibrinogen hoặc antithrombin và tăng sản phẩm thoái hóa fibrin hoặc D-dimer trong máu.

Thiếu máu, giảm bạch cầu hoặc tăng bạch cầu không được xem là

triệu chứng đặc hiệu của rối loạn chức năng đông cầm máu, mặc dù những bất thường này có thể gặp trong bệnh lý nặng.

2.5. Rối loạn chức năng hệ thống tiêu hóa

Mất tính toàn vẹn của hàng rào niêm mạc đường tiêu hóa gây ra liệt ruột, không dung nạp thức ăn, loét đường tiêu hóa, ói mửa, tiêu chảy gây mất dịch và điện giải. Điều trị chủ yếu là chú ý dinh dưỡng qua đường tiêu hóa (ưu tiên hơn qua đường tĩnh mạch) để đảm bảo tính toàn vẹn của đường tiêu hóa.

2.6. Rối loạn chức năng gan

Biểu hiện tăng men transaminase (SGOT, SGPT) và tăng bilirubin máu gây vàng da. Rối loạn chức năng gan làm giảm sử dụng acid amin để tạo protid, giảm tân tạo đường gây hạ đường huyết. Rối loạn đông máu do suy gan thường nặng.

2.7. Rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương

Rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương thường gặp ở bệnh nhân suy đa tạng. Biểu hiện lâm sàng của rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương: giảm linh hoạt, lú lẫn, hôn mê. Bệnh sinh của những rối loạn này còn chưa rõ, có thể là: giảm tưới máu não do giảm thể tích tuần hoàn, tụt huyết áp và thuyên tắc mạch, hoặc xuất hiện các chất dẫn truyền thần kinh giả, bệnh não do gan.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán suy đa tạng thường dựa vào các tiêu chuẩn sau đây:

3.1. Các nguyên nhân có thể dẫn đến suy đa tạng: nhiễm khuẩn huyết nặng, sốc giảm tưới máu tổ chức, đa chấn thương, bỏng nặng, viêm tụy cấp.

3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn chức năng cơ quan

* Tiêu chuẩn chẩn đoán suy đa tạng: theo Hội Hồi sức cấp cứu Hoa Kỳ - 2005.

Suy đa tạng khi suy từ 2 tạng trở lên theo tiêu chuẩn sau:

Rối loạn chức năng hô hấp: PaO_2/FiO_2 < 300 mà không có biểu hiện bệnh tim bẩm sinh hoặc tồn tại bệnh phổi mạn tính HOẶC $PaCO_2$ > 65 torr hoặc trên 20mmHg so với $PaCO_2$ chuẩn HOẶC Cần cung cấp FiO_2 > 50% để duy trì SpO_2 trên 92% HOẶC Cần thông khí xâm nhập hoặc không xâm nhập
Rối loạn chức năng tim mạch: Mặc dù bù dung dịch đẳng trương > 40ml/kg trong 1giờ nhưng: - Hạ HA <5 bách phân vị so với tuổi hoặc huyết áp tâm thu < 2SD so với tuổi HOẶC - Cần sử dụng vận mạch để duy trì huyết áp bình thường (dopamin > 5g/kg/phút hoặc dobutamin, epinephin, norepinephin) HOẶC - Hai trong tiêu chuẩn dưới đây: + Nhiễm toan chuyển hóa không giải thích được: thiếu hụt BE > 5mEq/l + Acid lactat >2 lần giá trị bình thường + Thiểu niệu: lượng nước tiểu < 0,5ml/kg/giờ + Refill > 5 giây + Thân nhiệt trung tâm tăng trên 3°C
Rối loạn chức năng thận: Nồng độ creatinin tăng gấp 2 lần so với giới hạn trên bình thường của tuổi HOẶC tăng gấp 2 lần so với creatin chuẩn của bệnh nhân.
Rối loạn chức năng huyết học: - Tiểu cầu < 80.000/ mm^3 hoặc giảm hơn 50% so với tiểu cầu trước đó trong vòng 3 ngày (ở bệnh nhân bệnh máu hoặc bệnh thần kinh) HOẶC - IRN (Tỷ số chuẩn hóa quốc tế) > 2
Rối loạn chức năng gan: - Bilirubin ≥ 4mg/dl (không áp dụng ở trẻ sơ sinh) HOẶC - ALT gấp 2 lần so với giới hạn trên của tuổi
Rối loạn chức năng thần kinh: - Glasgow ≤11 điểm HOẶC - Thay đổi trạng thái thần kinh cấp tính làm giảm điểm Glasgow ≥ 3 điểm so với bất thường trước đó.

4. ĐIỀU TRỊ

Trên cơ sở hiểu biết mới về sinh lý bệnh của suy đa tạng (SĐT), điều trị sẽ nhằm vào các thay đổi trong thể dịch và tế bào hơn là chỉ nhằm vào việc hỗ trợ các chức năng bị suy yếu: điều trị theo cơ chế sinh bệnh hơn là điều trị triệu chứng.

4.1. Điều trị nguyên nhân

Mục đích phòng tránh SĐT xuất hiện và ngăn chặn tiến triển của SĐT. Cần phải điều trị và loại trừ sớm các nguyên nhân dẫn đến SĐT như: sốc xuất huyết phải giải quyết sớm ngay, dùng kháng sinh thích hợp để điều trị một nhiễm khuẩn, có viêm phúc mạc phải mổ ngay...

4.2. Điều trị triệu chứng

* Chống suy tuần hoàn cấp:

Mục đích giữ HA tối đa > 90mmHg hoặc HA trung bình > 65mmHg nhằm đảm bảo lực lượng tưới máu cho các cơ quan.

* Chống suy hô hấp cấp:

Duy trì PaO_2 > 60mmHg, độ bão hòa oxy trên 90%. Tùy mức độ suy hô hấp của bệnh nhân mà sử dụng các biện pháp: thở oxy qua mask hay thông khí nhân tạo xâm nhập hoặc không xâm nhập.

* Chống suy thận cấp:

Trước hết là phải đảm bảo bù dịch cho bệnh nhân (chống suy tuần hoàn). Cần thiết có thể sử dụng thuốc lợi tiểu, thường sử dụng lợi tiểu mạnh như furosemid.

Trong trường hợp không đáp ứng phải áp dụng biện pháp điều trị thay thế thận.

* Điều chỉnh các rối loạn huyết học:

Thiếu máu: truyền hồng cầu khối

Rối loạn đông máu: truyền khối tiểu cầu, huyết tương, các chế phẩm khác hay sử dụng heparin khi có đông máu nội mạch rải rác (DIC).

* Điều trị hỗ trợ rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương: chủ yếu là điều trị nâng đỡ, điều chỉnh tình trạng tụt huyết áp, rối loạn điện giải và tăng hoặc giảm quá mức đường huyết.

4.3. Điều trị đặc hiệu

Nói chung, vẫn còn nhiều tranh luận về vấn đề điều trị đặc hiệu trong nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn, dựa vào các báo cáo hiện có, các phương thức sau có thể được cân nhắc sử dụng.

- Protein C hoạt hóa có thể giảm tỉ lệ tử vong khoảng 20% sau 28 ngày điều trị so với giả dược, nhưng lại tăng nguy cơ chảy máu so với giả dược.

- Chỉ định trong trường hợp có nguy cơ tử vong cao: APCHE II 25 điểm, sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn có suy đa tạng hoặc ARDS. Thận trọng trong trường hợp có chảy máu.

- Điều trị 07 ngày với hydrocortison liều thấp (4mg/kg/ngày) chia làm 4 lần. Chỉ định: truyền dịch và dùng thuốc vận mạch không có đáp ứng, trong sốc nhiễm khuẩn có thể giảm tỉ lệ tử vong.

4.4. Các biện pháp điều trị mới theo sinh bệnh học

Có thể chia ra làm 4 loại biện pháp:

- Phòng ngừa sản xuất nội độc tố
- Ức chế tác dụng của nội độc tố.
- Hạn chế tác dụng của các cytokin.
- Thanh lọc các chất độc.

4.4.1. Phòng ngừa sản xuất ra nội độc tố

Ngăn ngừa vi khuẩn đi qua hàng rào bằng cách sử dụng kháng sinh thích hợp.

4.4.2. Ức chế tác dụng của nội độc tố

Biện pháp này phải giải quyết bằng miễn dịch liệu pháp chống nhiễm khuẩn như dùng immunoglobulin không đặc hiệu hoặc đặc hiệu, dùng kháng thể monoclonal người để gắn vào lipid A của nội độc tố, kết quả chưa khả quan.

4.4.3. Chống các cytokin bằng các thuốc

- Corticoid, Ibuprofen (là một chất kháng viêm không phải steroid).
- Thuốc đối kháng PAF.

- Các chất ức chế các men protease.

- Chất kháng TNF, kháng IL1, IL6.

4.4.4. Chống các gốc oxy tự do

- Cung cấp năng lượng 30-50kcal/kg/ngày với nồng độ đường không quá 5mg/kg/ngày.

- Tăng cung cấp carbohydrat do tăng phân ly mỡ và sản xuất.

4.5. Thanh lọc các chất trung gian độc

Biện pháp được quan tâm và sử dụng nhất hiện nay là lọc máu liên tục hay điều trị thay thế thận liên tục. Biện pháp này có tác dụng nếu làm sớm.

ĐAU NGỰC

Đau ngực là một triệu chứng thường gặp ở các cơ sở khám, chữa bệnh, đặc biệt là các phòng khám chuyên khoa tim mạch.

Khác với người lớn, đau ngực do các bệnh tim thường chiếm một tỉ lệ rất nhỏ trong số các nguyên nhân gây đau ngực ở trẻ em. Người thầy thuốc khám bệnh cần phải nắm được các nguyên nhân gây đau ngực để chẩn đoán và thái độ xử trí thích hợp trước khi gửi trẻ đi khám tại các chuyên khoa sâu.

1. NGUYÊN NHÂN GÂY ĐAU NGỰC Ở TRẺ EM

Ba nguyên nhân chính gây đau ngực ở trẻ em là viêm sụn sườn, tình trạng bệnh lý của thành ngực (do chấn thương hoặc tình trạng căng cơ) và các bệnh đường hô hấp (chiếm 45-65%), trong khi đau ngực do các bệnh tim mạch chỉ chiếm khoảng dưới 4%. Đau ngực ở trẻ em thường thấy ở mọi lứa tuổi: trẻ dưới 12 tuổi đau ngực thường do các bệnh phổi (viêm phổi, viêm màng phổi, hen, ho kéo dài) và các bệnh tim (viêm màng ngoài tim, hở van động mạch chủ) đau ngực do căn nguyên tâm lý thường gặp ở trẻ trên 12 tuổi.

Bảng 2.4. Tần suất tương đối các nguyên nhân gây đau ngực ở trẻ em

Nguyên nhân	Tỉ lệ (%)
Các yếu tố tự phát	12 - 45
Viêm sụn sườn	9 - 22
Chấn thương cơ xương	21
Viêm phổi, hen	15 - 21
Các yếu tố tâm lý	5 - 9
Các bệnh tiêu hóa	4 - 9
Các bệnh tim mạch	0 - 4
Cơn kịch phát bệnh tế bào hình liềm	2
Các nguyên nhân khác	9 - 21

2. CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG ĐAU NGỰC Ở TRẺ EM

Khoảng 12-45% trẻ em đau ngực không tìm thấy nguyên nhân, mặc dù đã được khám và thăm dò kỹ lưỡng. Số còn lại, đau ngực thường do các lý do:

2.1. Các nguyên nhân không do tim mạch

Phần lớn đau ngực ở trẻ em khởi nguồn từ các cơ quan khác mà không phải từ tim. Đau ngực không do tim chiếm tới 56%-86% các trường hợp đau ngực được ghi nhận.

2.2. Viêm sụn sườn

Thường đau ngực mức độ nhẹ hoặc vừa, đau chủ yếu bên tổn thương song đôi khi lan sang cả bên kia hoặc lan rộng ra sau lưng hoặc xuống bụng. Đau tăng lên khi vận động hay khi mắc thêm các bệnh đường hô hấp. Triệu chứng đau ngực có thể kéo dài nhiều tuần đến hàng tháng, thăm khám thấy đau nhói khi sờ nắn vào các điểm tiếp nối sụn-sườn hay sụn-ức. Hội chứng Tietze là một thể viêm sụn sườn hiếm gặp gồm có các triệu chứng: sưng dạng hình thoi tại điểm tiếp nối sụn-ức hoặc sụn-sườn của xương sườn thứ 2 hoặc thứ 3 và đau ngực lan rộng.

2.3. Đau ngực do nguyên nhân cơ xương

Thường đau vừa phải và kéo dài do sự căng quá mức của các cơ ngực, lưng, vai sau vận động hoặc chấn thương do đánh nhau, thể thao

hoặc tai nạn. Một bệnh nhân có triệu chứng đau vùng ngực khi thăm khám có tiền sử vận động hay tập luyện quá sức, nâng các vật quá nặng hoặc chấn thương trực tiếp vào vùng ngực phải nghĩ tới nguyên nhân đau ngực do căng cơ hoặc do chấn thương. Các bất thường về cấu trúc lồng ngực, cột sống cũng có thể gây nên các triệu chứng đau ngực kéo dài.

2.4. Đau ngực do nguyên nhân hô hấp

Đây là hậu quả của sự gắng sức kéo dài của các cơ quan hô hấp (cơ thành ngực và cơ hoành) và sự kích thích màng phổi. Ở những bệnh nhân này, khai thác tiền sử thường có các đợt ho nhiều và kéo dài. Thăm khám có thể thấy sốt, thở nhanh, khò khè, rút lõm lồng ngực, ran ẩm ở phổi tràn dịch màng phổi hay gây đau ngực với tính chất đau khi hít sâu. Viêm phổi, hen, tràn khí màng phổi cũng là những bệnh gây đau ngực.

2.5. Đau ngực do nguyên nhân tiêu hóa

Một số bệnh tiêu hóa gây ra đau ngực ở trẻ em. Sự khởi đầu và kết thúc cơn đau liên quan tới bữa ăn hoặc chế độ ăn uống giúp thầy thuốc định hướng chẩn đoán. Nghi viêm thực quản khi thấy trẻ phàn nàn rằng có cảm giác đau rát vùng sau xương ức và đau hơn khi nằm hoặc sau khi ăn, uống một loại thức ăn nào đó. Trẻ em đôi khi nuốt phải các vật lạ hoặc uống phải các hóa chất chúng mắc lại ở phía trên thực quản hoặc gây bỏng toàn bộ thực quản. Những trường hợp như vậy phải khai thác kĩ tiền sử giúp ích rất nhiều cho việc xác định chẩn đoán.

2.6. Đau ngực do nguyên nhân tâm lý

Thường gặp ở tuổi vị thành niên, tỉ lệ nam nữ tương đương nhau. Cơn đau ngực thường đi kèm với các sang chấn tâm lý do nhiều lý do ví dụ: sự chết chóc, ly biệt của các thành viên trong gia đình, tình trạng bệnh tật nghiêm trọng, thi trượt, chuyển chỗ ở... Tuy nhiên để khẳng định đau ngực do các yếu tố tâm lý cần khai thác tiền sử thật kỹ lưỡng, phải thăm khám lâm sàng thật cẩn thận và toàn diện, đôi khi phải theo dõi bệnh nhân trong một thời gian đủ dài để chắc đoán loại trừ các bệnh thực tổn thương gây đau ngực. Việc hội chẩn với các nhà tâm thần, tâm lý học là cần thiết và thầy thuốc cần nghĩ tới yếu tố này.

2.7. Đau ngực do các nguyên nhân khác

– Chứng đau nhói vùng trước tim: còn gọi là đau nhói ngực Texidor hoặc kiểu đau ngực như kim châm, bệnh nhân thường đau một bên ngực, đau chỉ diễn ra trong vòng vài giây đến vài phút, thường đau

trong tư thế khom người hoặc thõng vai. Triệu chứng đau sẽ bớt khi ngồi thẳng, thở nông vài nhịp hoặc hít sâu một cái. Trẻ bị đau ngực loại này thường dễ bị tái phát. Một số bệnh nhân triệu chứng đau kéo dài và chỉ hết đau sau nhiều tháng. Nguyên nhân của hiện tượng này hiện chưa được biết rõ.

- Đau tuyến vú: một số trẻ tuổi vị thành niên đến các cơ sở khám phàn nàn đau ngực song thực chất là đau tuyến vú. Triệu chứng này có thể gặp ở cả hai giới, khám thấy có các cục nhỏ ở núm vú, cần xác định đó là các nang hay chỉ là triệu chứng của một giai đoạn phát triển bình thường của tuổi dậy thì.

- Nhiễm virus Coxackie: bệnh nhân đau ngực và đau bụng đột ngột, dữ dội. Đây là nguyên nhân đau ngực hiếm gặp.

- Herpes zoster: là một nguyên nhân hiếm gặp khác.

- Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất tự phát: những trẻ bị hen, mắc chứng Marfan... dễ có nguy cơ bị biến chứng này.

- Nhồi máu phổi: hiếm gặp ở trẻ nhỏ song có thể gặp ở các trẻ gái sử dụng các thuốc tránh thai, các trẻ trai tuổi vị thành niên mới bị chấn thương ở chi dưới và ở một số trẻ nhỏ bị não úng thủy đã phẫu thuật dẫn lưu. Những bệnh nhân này thường khó thở, đau ngực, sốt và ho ra máu.

2.8. Các nguyên nhân đau ngực do tim

Đau ngực do tim có thể do rối loạn chức năng thất vì thiếu máu cục bộ (các bất thường về cấu trúc tim như hẹp van động mạch chủ (ĐMC), hẹp van động mạch phổi (ĐMP) nặng, bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn, hội chứng Eisenmenger...), sa van hai lá, các bất thường về động mạch vành (ĐMV) bẩm sinh hay mắc phải (bệnh Kawasaki, bệnh tế bào hình liềm), nghiện cocain; phình và bóc tách ĐMC (trong hội chứng Turner, Noonan, Marfan...); tình trạng viêm nhiễm như viêm màng ngoài tim (do virus, vi khuẩn, thấp tim), viêm cơ tim cấp tính hoặc mạn tính, hội chứng sau mổ cắt màng ngoài tim. Cơn đau ngực điển hình là đau vùng trước tim dưới xương ức lan tới cổ và xương hàm. Đau có thể lan ra một hoặc cả hai tay, có khi lan ra sau lưng hoặc bụng. Bệnh nhân thường có cơn đau như bị một vật nặng đè nén, cảm giác như bị ngạt thở. Vận động, lạnh, cảm xúc hoặc một bữa ăn thịnh soạn thường những yếu tố liên quan tới cơn đau; các loạn nhịp tim (cơn nhịp nhanh trên thất, ngoại tâm thu thất dày).

2.9. Rối loạn chức năng cơ tim do thiếu máu cục bộ

– Các bệnh tim bẩm sinh: các tổn thương tắc nghẽn nặng như hẹp van ĐMC, hẹp dưới van ĐMC, hẹp van ĐMP, bệnh tắc nghẽn mạch phổi, phức hợp Eisenmenger... có thể gây đau ngực, do trong các bệnh này nhịp tim hoặc huyết áp tăng làm tăng nhu cầu oxy của cơ tim (các hẹp nhẹ thường không gây đau ngực). Chính vì thế, đau ngực tăng khi vận động và cơn đau ngực rất điển hình là một đặc điểm của các bệnh này. Khám sẽ thấy tiếng thổi tâm thu (TTT) lớn ở phía trên bờ trái hoặc bờ phải xương ức, sờ thường thấy rung miu. Điện tâm đồ (ĐTĐ) có dấu hiệu dày các thất, có hoặc không có dạng tăng gánh tâm thu. Xquang thấy các dấu hiệu bất thường về kích thước tim và tình trạng các mạch máu lớn. Siêu âm 2D và Doppler sẽ xác định chính xác và mức độ nặng của các tổn thương tắc nghẽn. Điện tâm đồ gắng sức, giúp ích trong việc đánh giá chức năng thất và mức độ nặng của bệnh.

– Sa van hai lá: sa van hai lá hay gặp ở bệnh nhân bị hội chứng Marfan. Đau ngực thường mơ hồ, đau không liên quan hằng định với vận động và cảm xúc, cơn đau ngắn và thường đau ở vùng mỏm tim. Triệu chứng đau ngực do tình trạng thiếu máu cục bộ ở các cơ nhú, ở cơ tim và nội mạc thất trái. Đôi khi, các cơn nhịp nhanh thất, trên thất, những dị dạng cột sống và lồng ngực cũng có thể gây ra đau ngực ở những bệnh nhân này. Khám tim thấy tiếng click giữa tâm thu kèm theo một tiếng thổi cuối tâm thu. Điện tâm đồ thấy sóng T đảo ngược ở một số chuyển đoạn. Siêu âm thấy hình ảnh sa van hai lá.

– Bệnh cơ tim: bệnh cơ tim giãn hoặc phì đại có thể gây đau ngực do thiếu máu cục bộ. Đau ngực thường liên quan với vận động hoặc do các rối loạn nhịp tim. Triệu chứng thực thể của bệnh thường nghèo nàn, ít giá trị chẩn đoán. Điện tâm đồ và Xquang thường thấy các dấu hiệu bất thường bắt buộc người thầy thuốc phải làm tiếp các xét nghiệm và thăm dò. Siêu âm rất có giá trị chẩn đoán.

– Bệnh mạch vành: đau ngực do bệnh lí mạch vành thường hiếm gặp ở trẻ em. Các bất thường mạch vành ở trẻ xuất phát bất thường của ĐMV trái từ ĐMP, rò ĐMP, phình hoặc hẹp ĐMV trong bệnh Kawasaki, suy ĐMV thứ phát sau các phẫu thuật tim. Biểu hiện lâm sàng là cơn đau thắt ngực điển hình. Khám có thể thấy tiếng TTT do hở van hai lá, hoặc tiếng thổi liên tục do lỗ rò, song đa số không thấy dấu hiệu gì. Điện tâm đồ thấy hình ảnh ST chênh lên (thiếu máu cục bộ hoặc nhồi máu cơ

tim cũ). Xquang tim phổi có thể thấy các dấu hiệu gợi ý tình trạng bệnh lý này. Điện tâm đồ gắng sức cho thấy hình ảnh thiếu máu cơ tim. Mặc dù siêu âm giúp ích rất nhiều song chụp ĐMV thường được chỉ định để xác định chẩn đoán.

– Nghiện cocain: nghiện cocain có nguy cơ thiếu máu cục bộ hoặc nhồi máu cơ tim. Cocain ngăn cản sự tái hấp thu catecholamin ở hệ thống thần kinh trung ương và thần kinh giao cảm ngoại biên, tăng các sản phẩm giao cảm và mức catecholamin lưu hành, dẫn đến co thắt mạch vành. Cocain cũng làm tăng hoạt hóa tiểu cầu trong một số trường hợp. Tình trạng tăng nhịp tim, tăng huyết áp, tăng tiêu thụ oxy của cơ tim, tăng hoạt hóa tiểu cầu và những bất thường về điện học cơ tim sẽ góp phần gây triệu chứng đau ngực.

– Phình hoặc tách động mạch chủ: những bệnh nhân bị hội chứng Marfan, Turner, Noonan có nguy co bị phình hoặc tách ĐMC, nhưng phình tách ĐMC gây đau ngực.

2.10. Bệnh cơ tim và màng ngoài tim

– Viêm màng ngoài tim: viêm màng tim sẽ kích thích màng ngoài tim gây đau. Viêm màng ngoài tim có thể do vi khuẩn, virus hoặc do thấp tim. ở những bệnh nhân mới tiến hành phẫu thuật tim mở, đau ngực có thể là biểu hiện của hội chứng sau mổ màng ngoài tim. Những trẻ lớn bị viêm màng ngoài tim thường kêu đau nhói như dao đâm ở vùng trước tim, đau tăng khi nằm và giảm khi cúi người ra phía trước. Điện tâm đồ thấy điện thế QRS giảm, thay đổi sóng T và đoạn ST. Xquang cho thấy tim to với các mức độ khác nhau. Siêu âm sẽ cho chẩn đoán chính xác về mức độ tràn dịch và tình trạng có ép tim hay không.

– Viêm cơ tim: viêm cơ tim cấp tính thường ảnh hưởng cả tới màng ngoài tim nên cũng có thể gây đau ngực. Khám bệnh thấy bệnh nhân sốt, suy thở, tiếng tim nghe xa xăm hoặc yếu, có thể có tiếng cọ nhẹ, triệu chứng suy tim (gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù), mạch đảo. Xquang, ĐTĐ, siêu âm đều rất hữu ích để đi tới chẩn đoán.

– Các loạn nhịp tim: nhiều loại loạn nhịp tim có thể gây đau ngực, đặc biệt là các loạn nhịp nhanh, kéo dài. Đau ngực thường do thiếu máu cục bộ cơ tim. Theo dõi ĐTĐ, đặc biệt là Holter 24 giờ là rất cần thiết cho chẩn đoán và xử trí.

3. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử

Cần chú ý khai thác thật tỉ mỉ về tính chất cơn đau, các triệu chứng kết hợp, các yếu tố liên quan tới cơn đau. Điều này bước đầu giúp thầy thuốc định hướng nguyên nhân đau ngực. Một số vấn đề cần chú ý khi thăm khám và hỏi bệnh sử là:

– Đau ngực thường xảy ra trong hoàn cảnh nào? (tập luyện, ăn uống, chấn thương, cảm xúc...).

– Tính chất cơn đau ra sao? (như kim châm, như dao đâm, như bị đè nén).

– Đau ở vị trí nào? Mức độ nặng nhẹ? Hướng lan? Thời gian đau trong bao lâu?

– Đau có liên quan tới nhịp thở, tư thế không?

– Đau lần đầu hay thường xuyên?

– Có bị chấn thương không?

– Có những triệu chứng gì phối hợp (sốt, ho, hồi hộp, chóng mặt, ngất).

– Đã điều trị bằng thuốc gì?

3.2. Tiền sử

Sau khi thu được các thông tin về tính chất cơn đau, cần khai thác một vài chi tiết quan trọng về tiền sử của trẻ và gia đình. Các vấn đề này gồm có bị bệnh tật gì liên quan? (bệnh tim bẩm sinh, tim mắc phải, mổ tim, các nhiễm trùng phổi, hen), gia đình mới có người bị bệnh tim, đau ngực, hoặc mới chết vì bệnh tim, có dùng thuốc gì không (thuốc tránh thai, cocain, thuốc lá).

3.3. Thăm khám

Cần đánh giá tình trạng chung của trẻ trước khi khám chi tiết. Phải khám lâm sàng hết sức cẩn thận và hệ thống để tránh bỏ sót các nguyên nhân không do tim có thể gây đau ngực như chấn thương, bệnh cơ, xương, hô hấp, tiêu hóa... Khi không tìm thấy các nguyên nhân này cần tập trung vào các nguyên nhân do tim, chú ý các triệu chứng như loạn nhịp, các tiếng thổi ở tim, tiếng cọ màng ngoài ở tim, tiếng ngựa phi, tiếng tim mờ... cần chỉ định các xét nghiệm và thăm dò tim mạch cơ bản

như ĐTĐ, Xquang... để định hướng chẩn đoán. Nếu không phát hiện được các bất thường về tim mạch, cần nghĩ tới các nguyên nhân tâm lý hoặc đau ngực tự phát và có thể giải thích cho gia đình bệnh nhân yên tâm. Tuy nhiên, đôi khi phải theo dõi tiếp trong một thời gian đủ dài để xác định nguyên nhân. Có thể làm các test sàng lọc ở một số trẻ thành niên để phát hiện sử dụng cocain.

4. ĐIỀU TRỊ

Đau ngực do nguyên nhân cơ xương hoặc không có tổn thương thực thể chỉ cần nghỉ ngơi giảm đau bằng acetaminophen hoặc các thuốc chống viêm không steroid. Nếu do các bệnh hô hấp cần điều trị bằng thuốc giảm đau kháng sinh, chống viêm hoặc phẫu thuật. Do các bệnh lý tim mạch, tùy từng trường hợp cần chỉ định phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa. Các thuốc hay dùng là chẹn giao cảm beta, chẹn dòng calci (nifedipin, nitrendipin), nitrat và các thuốc chống đông. Việc chỉ định điều trị phải do các bác sĩ chuyên khoa tim mạch đảm nhiệm.

Ba bước tiếp cận chẩn đoán

Bước 1: Chú ý phát hiện ba nguyên nhân đau ngực thường gặp viêm sụn sườn, nguyên nhân cơ xương và các bệnh hô hấp chiếm 45-65% các trường hợp đau ngực trẻ em. Khai thác kỹ tiền sử khám lâm sàng cẩn thận có thể chẩn đoán được các nguyên nhân này.

Bước 2: Tìm các nguyên nhân tim mạch cần phối hợp khám lâm sàng với Xquang, ĐTĐ, siêu âm hoặc các thăm dò chuyên sâu.

Bước 3: Tìm các nguyên nhân đau ngực tâm lý hoặc tự phát.

Một số trường hợp cần phải gửi đến các cơ sở chuyên khoa tim mạch trẻ em

- Có cơn đau thắt ngực điển hình, khám thấy các triệu chứng bất thường ở tim, Xquang và ĐTĐ có các dấu hiệu không bình thường. Loại được các tiếng thổi tâm thu cơ năng sẽ hạn chế được việc chuyển bệnh nhân tới các cơ sở chuyên khoa.
- Gia đình có người bị mắc bệnh cơ tim, hội chứng QT dài, một số bệnh di truyền hay liên quan với tim bẩm sinh.
- Cơn đau ngực mạn tính hay tái phát gia đình và bản thân trẻ quá lo sợ vì đau ngực.

CƠN TÍM
(Cyanotic episodis)

Cơn tím thường xảy ra ở trẻ với bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt Fallot 4 và hẹp động mạch phổi. Cơn thường xảy ra vào buổi sáng sớm, thường phối hợp với stress hoặc tình trạng mất nước... giai đoạn tăng nhu cầu sử dụng oxygen. Hầu hết cơn tự hết, độ nặng phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn đường ra thất phải.

1. ĐÁNH GIÁ

1.1. Lâm sàng

- Trẻ tím nặng/xanh hơn so với bình thường, SpO_2 giảm.
- Thở nhanh sâu hoặc rối loạn nhịp thở.
- Có dấu hiệu mất nước.
- Trẻ kích thích vật vã hoặc li bì ức chế.
- Tiền sử đã biết hoặc bằng chứng gợi ý bệnh tim, có dấu hiệu "ngồi xổm".
- Khám nghe tiếng thổi tim nhẹ hoặc không thấy.

1.2. Cận lâm sàng

- CTM: có đa hồng cầu với số lượng hồng cầu và hematocrit tăng.
- Khí máu: toan chuyển hoá, PaO_2 giảm nặng.
- X quang: phổi sáng, tim hình hia (Fallot 4).
- Siêu âm tim: xác định dị tật tim bẩm sinh.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc

- Tăng oxy máu động mạch.
- Tăng lượng máu lên phổi.

2.2. Ban đầu

- Tư thế đầu gối - ngực.
- Cho oxygen lưu lượng cao qua mặt nạ hoặc lều 6 - 10 l/phút.
- Tránh làm nặng thêm rối loạn hô hấp.

– Cho morphin 0,2mg/kg tiêm bắp hoặc 0,1mg/kg tiêm TM, hoặc an thần seduxen, midazolam.

– Theo dõi liên tục điện tim và SaO_2, đo huyết áp.

– Sửa chữa bất kỳ nguyên nhân chủ yếu nào hoặc vấn đề thứ phát có thể làm nặng thêm cơn... ví dụ như rối loạn nhịp tim, hạ nhiệt độ, hạ đường huyết.

2.3. Nếu cơn kéo dài

– Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa tim mạch.

– Truyền nhanh TM 10ml/kg dung dịch điện giải khi Hct > 60% sau đó truyền dịch duy trì.

– Cho bicarbonat 2 - 3mmol/kg TM (đảm bảo thông khí đầy đủ).

– Xem xét việc nhập viện cho trẻ.

– Thuốc vận mạch, tăng HA (vasopressors): metaraminol 0,1mg/kg hoặc noradrenalin 0,05-0,5µg/kg/phút giảm luồng thông phải - trái bằng tăng sức cản mạch hệ thống (S.V.R).

– β blocker: propranolol (0,05 - 0,1mg/kg/TM) có thể giảm co thắt.

– Với tim bẩm sinh, nên điều trị ngoại khoa giai đoạn trẻ bú mẹ trước khi có tím nặng, thường xuyên.

2.4. Điều trị dự phòng

– Bổ sung chế phẩm sắt, làm tăng nồng độ Hb của hồng cầu.

– Giữ ống động mạch mở bằng prostaglandin E 0,05 - 0,2µg/kg/phút ở giai đoạn sơ sinh cho đến khi phẫu thuật.

ĐUỐI NƯỚC

1. ĐẠI CƯƠNG

Chết đuối (drowning) là những trường hợp tử vong do ngạt nước khi bệnh nhân bị úp mặt hoặc bị chìm trong nước.

Đuối nước (near - drowning) là những trường hợp vẫn còn dấu hiệu sống (dù chỉ là tạm thời) sau khi nạn nhân bị chìm trong nước hoặc úp mặt vào nước được đưa ra khỏi nước.

Khi bị chìm lần đầu tiên trong nước, trẻ bị ngừng thở và nhịp tim đập chậm lại do phản xạ. Tình trạng ngừng thở tiếp tục sẽ dẫn tới thiếu oxy máu gây tăng nhịp tim, huyết áp và toan máu. Nếu cơn ngừng thở kéo dài trong khoảng từ 20 giây đến 2 - 5 phút (tuỳ theo từng nạn nhân) thì đạt đến điểm ngưỡng (breake point) và nhịp thở lại xuất hiện khiến cho nước bị hít vào qua nắp thanh quản gây co thắt thanh quản tức thì. Sự xuất hiện cơn ngừng thở lần hai dọn đường cho các nhịp thở bắt buộc khiến cho nước, các mẩu thức ăn, rau, mảnh vụn... bị hít vào phổi. Hậu quả là nhịp tim chậm lại dẫn đến rối loạn nhịp, ngừng tim và tử vong. Để cứu sống được trẻ bị đuối nước, phải ngăn chặn được các tiến trình trong chuỗi sinh lý bệnh đã nêu trên, gồm các biện pháp điều trị đặc hiệu cho đuối nước cũng như phải đồng thời đánh giá và xử lý các rối loạn kèm theo như hạ thân nhiệt, rối loạn nước - điện giải, chấn thương (đặc biệt chấn thương cột sống).

2. ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VÀ HỒI SỨC

Cũng như đối với tất cả các tình trạng bệnh khác, đánh giá ban đầu và hồi sức bệnh nhân đuối nước cũng phải theo trình tự A, B, C, D, E (Đường thở, thở, tuần hoàn, thần kinh và khám toàn thân).

Trong cấp cứu đuối nước ở trẻ em có một số điểm cần lưu ý sau đây:

– Phải xem trẻ có bị chấn thương cổ không. Cột sống cổ phải được cố định cho đến khi có các bằng chứng loại trừ được chấn thương này. Do vậy, khi hỏi bệnh sử, phải lưu ý đến hoàn cảnh xảy ra tai nạn (ngã xuống sông, lũ cuốn, lao đầu xuống giếng...) để hướng tới đuối nước có thể có kèm theo chấn thương cột sống cổ.

– Trẻ bị đuối nước khi được vớt lên, dạ dày thường bị giãn căng do chứa nhiều nước và có nguy cơ trẻ hít phải chất nôn. Dạ dày căng làm ảnh hưởng đến động tác thở. Vì vậy, cần đặt ống nội khí quản và hút xẹp dạ dày để đảm bảo đường thở và thở cho nạn nhân.

– Đo thân nhiệt của cơ thể (ở hậu môn hoặc thực quản) càng sớm càng tốt. Hạ thân nhiệt thường xảy ra sau khi bị đuối nước, đặc biệt ở trẻ em. Chính hiện tượng giảm thân nhiệt này có tác dụng bảo vệ vì làm giảm áp lực nội sọ và giảm mức tiêu thụ oxy não. Tuy nhiên, khi thân nhiệt hạ xuống quá thấp thì lại nguy hiểm vì làm ảnh hưởng đến hiệu quả cấp cứu (rung thất xảy ra khi nhiệt độ cơ thể < 28^0C, ngừng tim ở nhiệt độ 22^0C). Không được ngừng hồi sức cho đến khi thân nhiệt đạt được ít nhất là 32^0C hoặc khi các biện pháp sưởi ấm chủ động bị thất bại.

* Sưởi ấm cơ thể:

Khi thân nhiệt > 32^{0}C, chỉ cần áp dụng các biện pháp sưởi ấm ngoài cơ thể, khi thân nhiệt < 32^{0}C thì ngoài các biện pháp sưởi ấm ngoài cơ thể, cần phải áp dụng thêm các biện pháp sưởi ấm chủ động bên trong cơ thể. Khi sưởi ấm cơ thể, cần phải tránh biến chứng sốc do sưởi ấm. Đây là hậu quả của sự giãn mạch ngoại vi gây giảm khối lượng tuần hoàn. Các biện pháp sưởi ấm cơ thể được tóm tắt như sau:

– Sưởi ấm ngoài cơ thể:

+ Cởi bỏ quần áo ướt, lạnh.

+ Đắp chăn ấm.

+ Dùng đèn, tấm sưởi để làm ấm.

+ Đắp ấm cơ thể bằng chăn sưởi điện.

– Sưởi ấm cơ thể chủ động (từ bên trong):

+ Truyền dung dịch đã được làm ấm 39^{0}C.

+ Khí thở được làm ấm 42^{0}C (điều chỉnh trên máy thở).

+ Sử dụng nước muối 9‰ làm ấm 42^{0}C để bơm rửa dạ dày, bàng quang.

+ Giám sát chặt chẽ nhịp tim, tần số mạch và huyết áp. Trong trường hợp hạ thân nhiệt nặng cần chuyển bệnh nhân đến các trung tâm cấp cứu cao hơn.

Nói chung, nhiệt độ cơ thể tăng lên được 1^{0}C mỗi giờ sẽ tránh được tình trạng huyết động không ổn định. Dù sao, những bằng chứng gần đây cho thấy rằng những bệnh nhân sau ngừng tim có nhịp tim trở lại ổn định và không có di chứng thần kinh nếu thân nhiệt giảm nhẹ (ở mức 32 - 34^{0}C) trong vòng 12 - 24 giờ sau khi bắt đầu có rung thất. Tuy nhiên, những dữ liệu về điều trị bằng cách hạ thân nhiệt còn chưa đầy đủ ở trẻ em.

3. THĂM KHÁM BƯỚC HAI VÀ TÌM CÁC DẤU HIỆU CHÍNH

Đây là bước tiếp theo thăm khám và hồi sức ban đầu. Trẻ cần được khám kỹ từ đầu đến chân, từ trước ra sau nhằm phát hiện các chấn thương tiếp theo. Vì bất kể một chấn thương nào đều có thể xảy ra khi bị tai nạn đuối nước. Chấn thương cột sống thường gặp và nguy hiểm nhất.

Các thăm dò cận lâm sàng:

- Đường máu
- Khí máu động mạch
- Điện giải đồ
- Xquang lồng ngực
- Cấy máu

4. ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU VÀ ỔN ĐỊNH BỆNH NHÂN

Não là cơ quan rất nhạy cảm với tình trạng ngạt, và tổn thương não xảy ra trước cả rối loạn tim mạch trong đuối nước. Ngoài việc hồi sức tim mạch và duy trì hạ thân nhiệt nhẹ đối với một số trường hợp đặc biệt, ít có biện pháp hữu hiệu nào nhằm giảm tổn thương não trong đuối nước.

Cần theo dõi chặt chẽ các chức năng sống, đặc biệt là trong những giờ đầu. Khi có nghi ngờ suy hô hấp hoặc huyết động không ổn định cần vận chuyển bệnh nhân tới đơn vị hồi sức.

Sốt là dấu hiệu thường gặp trong những giờ đầu. Tuy nhiên, đối với những trường hợp sốt cao xảy ra sau 24 giờ thì phải nghi ngờ có bội nhiễm, cần phải cấy máu và cho tiêm kháng sinh. Kháng sinh được lựa chọn phải có tác dụng với vi khuẩn Gram âm. Ở Trẻ em, kháng sinh được chọn hàng đầu là cefotaxim. Cần phải cấy dịch nội khí quản, cấy máu, thường xuyên giám sát điện giải đồ và số lượng bạch cầu.

Có thể có tăng áp lực nội sọ (ICP), có lẽ là do hậu quả của thiếu oxy máu. Điều trị cưỡng bức tăng áp lực nội sọ cũng không cải thiện được hậu quả của bệnh. Những biện pháp điều trị khác, như sử dụng barbiturat, thuốc chẹn Ca, và từ trường không cho thấy hiệu quả trong lâm sàng. Nhưng quan trọng là cần giữ cho đường máu ở mức bình thường để quá trình phục hồi chấn thương não bộ diễn ra thuận lợi nhất.

5. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

* Thời gian bị chìm trong nước:

Phần lớn trẻ không còn khả năng hồi phục nếu thời gian bị chìm trong nước lâu, quá 3 - 8 phút.

* Thời gian có nhịp thở lại đầu tiên:

Nếu nhịp thở này xuất hiện ngay từ 1 - 3 phút sau khi được cấp cứu cơ bản (sơ cứu) thì có tiên lượng tốt. Nếu sau 40 phút tiến hành cấp cứu cơ bản mà trẻ không có nhịp thở lại thì tiên lượng xấu, thường tử vong (trừ một số trường hợp trung tâm hô hấp bị ức chế như khi hạ thân nhiệt, hoặc người có uống rượu trước khi bị đuối nước).

* Nhiệt độ cơ thể (lấy ở hậu môn):

Nếu nhiệt độ cơ thể lúc đến thấp hơn 33^0C thì khả năng cứu sống trẻ cao hơn bởi vì thân nhiệt hạ có tác dụng bảo vệ các cơ quan nội tạng. Trẻ thường bị hạ thân nhiệt nhanh vì diện tích bề mặt cơ thể lớn so với trọng lượng cơ thể.

* Hôn mê kéo dài:

Đây là hiện tượng xấu

* pH động mạch:

Nếu thấp hơn 7,0 thì tiên lượng xấu, dù có được điều trị.

* $P0_2$ máu động mạch:

Tiên lượng xấu nếu thấp hơn 60mmHg, dù có được điều trị.

* Loại nước nơi trẻ bị đuối nước:

Nước mặn hay nước ngọt không có sự khác nhau trong tiên lượng. Việc quyết định ngừng cấp cứu, thôi điều trị vào lúc nào thường rất khó đối với các trường hợp bị đuối nước. Các yếu tố tiên lượng nêu trên giúp cho việc quyết định này, sau khi cân nhắc kỹ từng yếu tố.

6. KẾT QUẢ

Khoảng 70% trẻ bị đuối nước được cứu sống nếu được cấp cứu cơ bản tốt, ngay tại nơi bị nạn. Nếu không được cấp cứu cơ bản tốt thì chỉ có 40% trẻ bị đuối nước được cứu sống dù có được hồi sức tim-phổi tại bệnh viện tích cực đến đâu.

Trong số những trường hợp được cứu sống nhờ các biện pháp hồi sức tim - phổi tại bệnh viện, chỉ có 70% hồi phục hoàn toàn, 25% có di chứng thần kinh nhẹ, số còn lại bị tàn phế nặng nề hoặc vĩnh viễn sống thực vật.

Biến chứng có thể gặp:

– Thiếu oxy tổ chức: thiếu oxy não, phù não, hôn mê, co giật di chứng não. Rối loạn nhịp mạch hoặc sốc. Suy thận cấp. Đông máu nội quản rải rác...

– Quá tải dịch gây rối loạn điện giải, phù phổi, huyết tán cấp...

– Tổn thương phổi: phù phổi, ARDS, viêm phổi do hít.

– Hạ thân nhiệt.

7. PHÒNG NGỪA

– Luôn có người lớn đi kèm để giám sát trẻ khi tắm (bể bơi, tắm biển...).

– Có rào chắn hồ ao, dụng cụ đậy vật dụng chứa nước trong gia đình.

– Giáo dục trẻ lớn nơi nguy hiểm, dạy bơi cho trẻ.

– Hướng dẫn cấp cứu cơ bản cho cộng đồng.

- Trong những chấn thương do tai nạn giao thông tỷ lệ gặp các chấn thương đốt ống cổ rất cao.
- Các chấn thương có liên quan khác thường hay gặp ở những trẻ bị đuối nước.
- Cần phát hiện và xử trí tình trạng hạ thân nhiệt.
- Quyết định ngừng hồi sức chỉ nên cân nhắc khi đã xem xét tất cả các yếu tố tiên lượng.

BỎNG

Bỏng là tổn thương do tác động trực tiếp của các yếu tố vật lý và hóa học gây ra trên cơ thể. Bao gồm bỏng do nhiệt, dòng điện, hóa chất và bức xạ.

Hiện nay bỏng nhiệt ướt chiếm khoảng 60%, đa số là trẻ em với độ tuổi < 5 tuổi chiếm 35%.

Trường hợp bỏng nặng, nếu không cấp cứu đúng, kịp thời trẻ dễ bị sốc hoặc nhiễm khuẩn nặng. Tỉ lệ tử vong do bỏng còn cao chiếm 9,88%.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng: Cần xác định:

- Thời gian, hoàn cảnh bị bỏng.
- Tác nhân gây bỏng, bỏng có nhiễm bẩn không?
- Bỏng có thể do hít, bỏng phổi và ngộ độc oxytcarbon (CO).
- Đánh giá chức năng sống: đường thở, nhịp thở, mạch, huyết áp, tinh thần...
- Phát hiện tình trạng sốc.
- Xác định thương tổn phối hợp: sọ não, cột sống..

1.2. Chẩn đoán độ sâu của bỏng

Theo Blumer J.L 1992:

Độ I: Bỏng nông, tổn thương bề mặt chỉ ở phần biểu bì: da đỏ, đau rát.

Độ II: Tổn thương lớp biểu bì và chân bì: sưng đỏ, nốt phỏng, đau, phù.

Độ III: Bỏng sâu, da bị tuột, hoại tử. Đôi khi sâu qua lớp cân, cơ, gân, xương khớp, cơ quan nội tạng.

1.3. Chẩn đoán diện tích bỏng

- Vùng bỏng: vẽ sơ đồ tổn thương
- Tính diện tích bỏng: có nhiều phương pháp sau:
- Luật số 9 theo tuổi của CarvaJal H.F (1975) (Bảng 2.5) (áp dụng cho trẻ > 12 tuổi).

Bảng 2.5. Luật số 9 theo tuổi của CarvaJal H.F (1975)

Vị trí	Đầu, mặt, cổ	Ngực bụng	1 chi dưới	1 chi trên	Hậu môn sinh dục
% diện tích bỏng	9%	18%	18%	9%	1%

* Phương pháp bàn tay ướm: 1 bàn tay tương ứng khoảng 1-1,25% diện tích cơ thể (DTCT) bệnh nhân (áp dụng trẻ < 12 tuổi).

1.4. Đánh giá mức độ bỏng

- Bỏng nhẹ: Độ I, độ II < 10% diện tích cơ thể hoặc độ III < 2%.

– Bỏng vừa: Độ I, độ II từ 10-20% hoặc độ III < 10%.

– Bỏng nặng: Độ II > 20% hoặc độ III > 10%.

– Hoặc bỏng bàn tay, bàn chân, tai, mắt, mặt. Tổn thương do hít, bỏng điện hoặc phối hợp tổn thương tạng.

1.5. Đánh giá trạng thái bệnh lý chủ yếu

– Tình trạng sốc bỏng, mức độ sốc.

– Tình trạng nhiễm khuẩn.

– Tình trạng suy thở.

– Các phương pháp phối hợp.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Xử trí ban đầu: tại chỗ

– Loại bỏ nguyên nhân gây bỏng: dập lửa, ngắt điện.

– Đánh giá chức năng sống: mạch, mạch, nhịp thở, ý thức.

– Xác định mức độ, diện tích bỏng.

– Loại bỏ quần áo để lộ vùng bỏng, rửa vết bỏng bằng nước sạch chảy trong 5 phút tránh nhiễm bẩn, không làm tuột da.

– Loại bỏ dị vật, đờm dãi. Cho trẻ uống nước muối đường, nước chè đường. Cố định đốt sống cổ xương gãy nếu nghi ngờ.

* Nếu bỏng mức độ vừa hoặc có rối loạn chức năng sống phải cho vào viện; tiếp tục bù nước đường uống, giám sát thở, mạch.

2.2. Xử trí tiếp theo: tại Khoa Cấp cứu

2.2.1. Chống suy hô hấp

Hút đờm dãi, thở oxy 100%, giám sát $Sp0_2$. Nếu $Sp0_2$ giảm <85% hoặc trẻ sốc nặng, hôn mê (điểm AVPU là P) bỏng đường thở phải đặt nội khí quản cho hô hấp hỗ trợ ngay.

2.2.2. Chống suy tuần hoàn

Truyền dịch ngay bằng dung dịch (DD) điện giả (NaCl 0,9%, ringer lactic). Nếu bỏng rộng, có sốc truyền 20ml/kg/15 phút, có thể nhắc lại lần 2, hoặc lần 3 đạt lượng 60ml/kg giờ đầu.

– Giám sát: mạch, huyết áp, bài niệu, gan, nghe tim phổi.

– Lượng dịch truyền theo công thức Parland.

Công thức Parland:

+ Số lượng dịch truyền (ml) = 4ml x P (kg) x % DT bỏng

P: là trọng lượng cơ thể

+ Tốc độ: 1/2 lượng dịch truyền trong 8 giờ đầu.

1/4 lượng dịch truyền trong 8 giờ tiếp theo.

1/4 lượng dịch truyền trong 8 giờ tiếp theo.

+ Thành phần dịch: giờ đầu cho dung dịch điện giải, natri bicarbonat, giờ sau cho dung dịch glucose, dd keo: dextran, huyết tương hoặc Human. Albumin dựa vào lâm sàng và protein máu giảm (< 50g/l).

2.2.3. Thăm khám lâm sàng chi tiết

Phát hiện các tổn thương phối hợp: phát hiện các tổn thương phối hợp: chấn thương sọ não, chấn thương ngực - bụng, gãy xương....

2.2.4. Các xét nghiệm

– Công thức máu (CTM), hematocrit (Hct), điện giải đồ, đường, protein, ure, creatinin.., CPK (Creatinin phosphokinase), khi máu tăng đông thì cần làm xét nghiệm đông máu toàn bộ.

– Vi khuẩn: cấy máu, cấy mủ vết bỏng.

– Chụp phổi, siêu âm ổ bụng...

– Nước tiểu: albumin, tế bào, hemoglobin niệu.

2.2.5. Điều trị và chăm sóc

– Thuốc giảm đau: morphin 0,1mg/kg TM cách 2 giờ /1 lần, sau truyền duy trì từ 10-60mcg/kg/giờ.

– Đặt ống thông dạ dày tránh nôn vào đường thở và cho thuốc bao niêm mạc dạ dày, giảm acid: losec, gastrofulgit.

– Kháng sinh phổ rộng, kết hợp, dựa vào kết quả lấy mủ vết bỏng và kháng sinh đồ, vi khuẩn thường gặp là Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aerius kháng nhiều loại kháng sinh.

– Huyết thanh chống độc tố uốn ván: 0,5ml (TB).

– Rửa sạch vết bỏng bằng HTM 9% ấm hoặc dung dịch berberin 0,1% loại bỏ da hoại tử, lấy dị vật, dịch mủ, đắp thuốc về mặt maduxin hoặc silver sufadiazin, mỡ betadin.

– Băng kín vết thương, thay băng hàng ngày

– Chăm sóc: giường đệm, thoáng, tránh nhiễm khuẩn bệnh viện.

– Khi trẻ ổn định cho ăn sữa, cháo, súp, giảm truyền dịch.

– Bỏng rộng, sâu dùng băng sinh học, da nhân tạo khi trẻ ổn định chỉ định ghép da sớm.

CÁCH XỬ TRÍ KHI BỊ CÔN TRÙNG ĐỐT

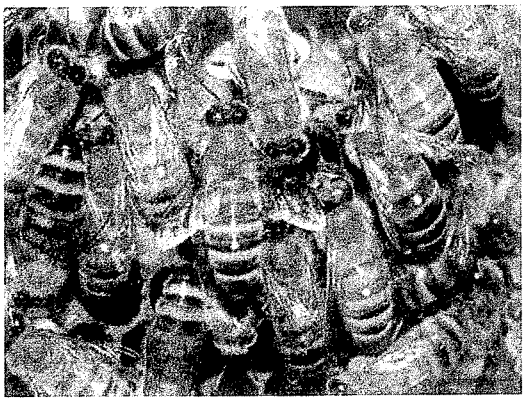
Dị ứng do nọc côn trùng có thể gặp ở nhiều mức độ khác nhau, thủ phạm chính là các loại côn trùng thuộc họ có cánh như các loại ong và kiến lửa, đôi khi có thể là các loại rận rệp. Các loại côn trùng này có khả năng đốt và đưa nọc của mình vào cơ thể người và động vật. Nọc của chúng thường có chứa nhiều loại enzym và protein nên có nguy cơ cao gây ra các phản ứng dị ứng.

1. CÁC TRIỆU CHỨNG DO CÔN TRÙNG ĐỐT

Hầu hết các trường hợp bị côn trùng đốt chỉ xảy ra những phản ứng nhẹ tại chỗ bị đốt như sưng nề đỏ, ngứa và đau, những biểu hiện này thường tự biến mất trong vòng một vài giờ mà không để lại di chứng. Khoảng 10% trường hợp có phản ứng lan tỏa xung quanh vùng bị đốt với một quầng đỏ lan rộng, ngứa nhiều và đau nhức. Quầng đỏ này thường phát triển tối đa sau 2 ngày và tồn tại trong 7-10 ngày. Các phản ứng tại chỗ này không xảy ra theo cơ chế dị ứng mà do sự phóng thích trực tiếp histamin dưới tác dụng của nọc côn trùng. Biểu hiện phù nề này thường không nguy hiểm nhưng nếu xảy ra ở vùng đầu mặt cổ thì có thể gây chèn ép đường thở và nguy hiểm đến tính mạng.

Bên cạnh các phản ứng tại chỗ, trong khoảng 1-3% các trường hợp, vết đốt của côn trùng có thể gây ra các phản ứng dị ứng mang tính chất toàn thể như nổi mày đay, phù nề môi, mắt, hầu họng, thanh quản, khó thở, thở rít, đau quặn bụng, đi ngoài phân lỏng, trường hợp nặng có tụt huyết áp, choáng ngất, da tái lạnh nếu không được cấp cứu kịp thời có thể nguy hiểm đến tính mạng. Các phản ứng dị ứng toàn thể do côn

trùng đốt có thể xảy ra với một vết đốt duy nhất và thường từ lần đốt thứ hai trở đi, khi cơ thể đã có kháng thể đặc hiệu kháng lại nọc côn trùng.



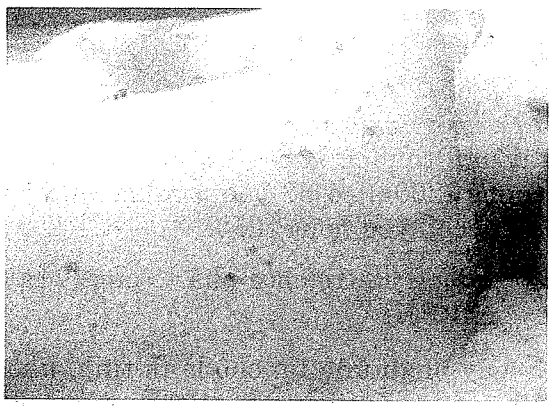
Hình 2.1. Ong vò vẽ

2. XỬ TRÍ

2.1. Biểu hiện tại chỗ

Những phản ứng nhẹ tại chỗ thường tự biến mất sau vài giờ không cần điều trị. Trong trường hợp có phản ứng lan tỏa, vùng bị côn trùng đốt cần được rửa sạch và đảm bảo vệ sinh để tránh nguy cơ bội nhiễm, chườm lạnh để giảm phù nề. Nếu quanh vùng bị đốt có mang vòng hoặc nhẫn, cần tháo bỏ trước khi tình trạng sưng nề xuất hiện để tránh nguy cơ chèn ép. Nếu ngòi của côn trùng còn nằm trong da, cần nhẹ nhàng lấy ra bằng nhíp và tránh làm vỡ túi chứa nọc, điều này tốt nhất nên được tiến hành ngay sau khi bị đốt. Dùng các thuốc kháng histamin bôi tại chỗ (như kem phenergan) có thể giúp giảm nhanh triệu chứng ngứa.

Một số chế phẩm bôi ngoài da có chứa corticosteroid và kháng sinh như cortibion (chứa dexamethason và neomycin) cũng nên được sử dụng sớm do có tác dụng giảm viêm, giảm phù nề và ngăn ngừa bội nhiễm. Các thuốc kháng histamin (loratadin, cetirizin) và corticosteroid (prednisolon, methylprednisolon) đường uống hoặc tiêm có thể được sử dụng để giảm triệu chứng nếu điều trị tại chỗ không hiệu quả. Kháng sinh chỉ sử dụng trong một số ít trường hợp có bội nhiễm. Riêng trường hợp bị kiến lửa đốt, sau một ngày vết đốt thường tạo thành một mụn nhỏ do hoại tử tổ chức, cần lưu ý không làm vỡ mụn mủ này để tránh nguy cơ nhiễm trùng.



Hình 2.2. Dị ứng da do côn trùng đốt

2.2. Phản ứng toàn thể

Những phản ứng này bắt buộc phải được điều trị trong bệnh viện, trong đó adrenalin là thuốc không thể thiếu và nên được dùng sớm ngay khi có thể. Những biểu hiện nhẹ nhất như nổi mày đay, ban đỏ cũng cần được xử trí sớm bằng adrenalin để ngăn ngừa những diễn biến xấu sau đó. Sử dụng sớm các thuốc kháng histamin H1 như diphenhydramin, dimesrol và corticosteroid như methylprednisolon, hydrocortison đường uống hoặc tiêm truyền giúp giảm bớt triệu chứng và rút ngắn thời gian hồi phục. Có thể sử dụng các thuốc kháng histamin H2 như ranitidin, famotidin hoặc cimetidin để phối hợp điều trị. Các biện pháp điều trị hỗ trợ khác như thở oxy, dùng thuốc giãn phế quản, truyền dịch là cần thiết trong các trường hợp sốc phản vệ. Thuốc kháng histamin và corticosteroid đường uống nên được tiếp tục sử dụng 3-5 ngày sau khi bệnh nhân xuất viện để tránh nguy cơ các phản ứng dị ứng tái lại.

3. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA CÔN TRÙNG ĐỐT

Những người có tiền sử dị ứng hoặc đã từng bị dị ứng với nọc côn trùng cần hết sức thận trọng tránh xa các tổ ong, kiến lửa để tránh bị đốt. Khi đi ra ngoài hoặc làm những công việc có nguy cơ tiếp xúc với côn trùng, tốt nhất nên đi giầy, mặc áo dài tay tối màu, tránh mang các vật dụng có màu sắc sặc sỡ, không dùng các mỹ phẩm hoặc bày các đồ ăn, thức uống có mùi thơm quyến rũ côn trùng. Giảm mẫn cảm đặc hiệu là một phương pháp rất có hiệu quả để dự phòng các phản ứng dị ứng với nọc côn trùng, nhưng hiện nay mới chỉ có thể thực hiện được với một số loại nọc ong và kiến lửa.

ONG ĐỐT

Ong đốt là tai nạn thường gặp ở trẻ em tuổi học đường. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2004) có 38 bệnh nhân, tuổi 7-15 chiếm 68,4%, trẻ nam /nữ (3/1), trẻ chủ yếu nông thôn.

Nguyên nhân: thường do trẻ chọc phá tổ ong (74%), thường gặp vào mùa hè. Tỷ lệ tử vong 10%.

Đa số ong đốt gây phản ứng tại chỗ lành tính, khoảng 3% có thể có biến chứng nguy hiểm là sốc phản vệ, có thể gây tử vong. Hoặc gây hội chứng gan thận: suy thận cấp, suy gan, tán huyết.

Xử trí cần phát hiện và điều trị những người có nguy cơ sốc phản vệ bằng việc dùng adrenalin (Epinephrin) ngay sau khi ong đốt.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm ong đốt.

- Loại ong: qua mô tả hình dạng con ong, tổ ong hoặc con ong được mang đến.

Chú ý: Nhận dạng ong vò vẽ với thân dài, bụng thon, mình vàng có vạch đen, thường làm tổ trên cây và mái nhà (hình con ong).

- Tiền sử dị ứng của trẻ.

1.2. Khám lâm sàng

- Phát hiện dấu hiệu nguy hiểm đe dọa chức năng sống để xử trí kịp thời:

+ Suy hô hấp: giọng đoản hơi, thở nhanh nông, tắc nghẽn.

+ Suy tuần hoàn: mạch nhanh, nhỏ, khó bắt, huyết áp tụt.

+ Thần kinh: kích thích, li bì.

- Phản ứng tại chỗ:

+ Phù, mẩn đỏ, ngứa, đau rát bỏng.

+ Đếm số lượng nốt đốt. Nốt đốt ong vò vẽ có dấu hiệu hoại tử.

- Phản ứng dị ứng nặng: khoảng 3% có thể diễn biến nhanh, nặng tới sốc phản vệ:

+ Da: phù môi, mặt.

+ Nôn hoặc tiêu chảy.

+ Đoản giọng, thở nhanh nông, tắc nghẽn, phù thanh quản.

+ Kích thích hoặc li bì.

+ Mạch nhỏ, trụy mạch, hạ huyết áp, sốc.

– Tiểu đỏ, tiểu ít.

1.3. Cận lâm sàng

– Chức năng gan: ALT, AST, PT, APTT.

– Chức năng thận: ure, creatinin.

– Điện giải đồ, khí máu, CPK.

– Nước tiểu: myoglobin, huyết sắc tố, tổng phân tích.

– Xquang tim phổi.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc

– Phát hiện và điều trị sớm sốc phản vệ.

– Điều trị biến chứng: suy hô hấp, suy thận, suy gan.

– Điều trị triệu chứng và phòng nhiễm trùng tại chỗ.

2.2. Cụ thể

2.2.1. Điều trị ban đầu

Điều trị sốc phản vệ (theo phác đồ sốc phản vệ dùng ngay adrenalin):

– Khoảng 3% có sốc phản vệ (SPV), thường xảy ra sớm sau vài phút đến vài giờ. Có thể gặp ở tất cả các loại ong đốt.

– Phải theo dõi sát trong 6 giờ đầu để phát hiện sớm SPV. Sau đó phải hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu nặng, phải tái khám khi khó thở, tiểu ít.

– Nhập viện khi:

+ Có phản ứng dị ứng hoặc sốc phản vệ.

+ Ong vò vẽ đốt trên 10 nốt.

– Tại chỗ:

+ Loại bỏ nọc độc bằng nảy, tránh kẹp rút dễ bơm thêm nọc độc vào cơ thể.

+ Giảm đau, chườm đá lạnh, cho Ibuprofen, nâng cao chi.

+ Có thể băng ga rô nhẹ nhàng vùng chi bị đốt.

+ Kháng histamin: clarityn 10mg cho trẻ > 30kg.

+ Phù nhiều: prednisolon từ 2 - 5 ngày.

2.2.2. Tại bệnh viện

– Suy hô hấp:

+ Suy thở: thông thoáng đường thở, tư thế kê gối vai, thở oxy.

+ Suy hô hấp cấp (ARDS) thường sớm trong 1- 2 ngày đầu

– Sốc phản vệ: thường xảy ra sau vài phút đến vài giờ:

+ Theo phác đồ sốc phản vệ: dùng ngay adrenalin, truyền dịch giám sát áp lực tĩnh mạch trung tâm, thuốc vận mạch và trợ tim.

+ Đầu thấp, nâng cao chi dưới.

+ Suy thận cấp: do độc tố trên thận hoặc hậu quả tiểu myoglobin hoặc hemoglobin.

+ Theo dõi lượng nước tiểu, xét nghiệm chức năng thận, tổng phân tích nước tiểu hàng ngày.

+ Khi có suy thận cấp: điều trị theo phác đồ: hạn chế dịch, điều trị rối loạn điện giải, toan máu chỉ định thẩm phân phúc mạc hoặc lọc máu liên tục. Khi có:

- Quá tải dịch > 20%
- Tăng K^+ > 7mmol/l
- Toan máu nặng
- Hội chứng ure huyết cao
- Trẻ không đáp ứng điều trị hồi sức nội khoa

– Tổn thương đa cơ quan:

+ Suy gan, thận, phổi, tán huyết, hội chứng tiêu cơ vân, đái hemoglobin.

+ Xem xét chỉ định lọc máu liên tục.

+ Giám sát: dấu hiệu sinh tồn 1 - 2 giờ /1 lần.

+ Xét nghiệm: điện giải đồ, khí máu, đông máu toàn bộ, chức năng gan, thận 4 - 6 giờ /1 lần.

– Tiểu hemoglobin và myoglobin: truyền dịch, điều chỉnh điện giải (chú ý kali máu), toan máu.

– Kiềm hóa nước tiểu giữ pH mức > 6,5, tăng thải myoglobin qua thận bằng truyền dextrose 5% + NaCl 0,45%, có thể cho lợi tiểu mannitol 20%.

– Kháng sinh: khi có nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân: cho cephalosprorin thế hệ 1: 50mg/kg/ngày chia 2 lần, nhiễm khuẩn toàn thân tiêm tĩnh mạch: 100mg/kg/ngày.

– Corticoid: hiện còn đang bàn cãi, trừ sốc phản vệ.

HẠ NATRI MÁU

Hạ natri máu là một cấp cứu hay gặp trong hồi sức cấp cứu chiếm 11,8%. Hậu quả của hạ natri máu gây phù tế bào, đặc biệt nguy hiểm là phù tế bào não.

1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG

1.1. Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ thuộc vào mức độ và tốc độ giảm natri máu.

– Nhẹ: buồn nôn, nôn, chán ăn, ngủ gà.

– Nặng: li bì co giật, hôn mê. Có thể có suy tuần hoàn, hạ huyết áp, rối loạn nhịp thở, giảm phản xạ gân xương.

1.2. Cận lâm sàng

1.2.1. Xét nghiệm

– Máu:

+ ĐGĐ: Natri, Cl, Ca, K.

+ Đường, protid.

+ Bun, creatinin.

+ Nồng độ thẩm thấu huyết thanh

- Nước tiểu:

+ Natri niệu.

+ Nồng độ thẩm thấu nước tiểu.

1.2.2. Hình ảnh

- CT Scan sọ não: phát hiện bệnh lý nội sọ như khối u, xuất huyết não...
- MRI
- Siêu âm: ổ bụng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và xét nghiệm natri máu < 130mmol/l.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân

- Hạ natri máu với mất nước:

+ Ngoài thận: do tiêu chảy, tắc ruột.

+ Qua thận: bài niệu nhiều, HC sinh dục thượng thận.

- Hạ natri máu với thừa nước: trong suy tim, phù gan, thận.
- Hạ natri máu với thể tích tuần hoàn (TTTH) bình thường (không phù): bệnh lý thần kinh như viêm màng não, viêm não, xuất huyết...

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc

- Đảm bảo chức năng hô hấp, tuần hoàn.
- Điều chỉnh hạ natri máu.
- Điều trị triệu chứng, biến chứng.
- Điều trị nguyên nhân.

3.2. Cụ thể

3.2.1. Đảm bảo hô hấp, tuần hoàn: theo các bước hồi sức cơ bản A, B, C.

3.2.2. Điều chỉnh hạ natri máu

Tuỳ thuộc mức độ, tốc độ hạ, nguyên nhân và thể hạ natri máu mà có điều trị thích hợp.

– Hạ natri máu nặng, cấp: có triệu chứng thần kinh như co giật hôn mê, natri máu < 120mmol/l.

Dung dịch NaCl 3%: 10 - 12ml/kg truyền trong 4 giờ.

Xét nghiệm lại natri máu điều chỉnh tiếp.

Tránh sử dụng natri ưu trương trong nhiều giờ, cố gắng giới hạn nâng natri máu < 0,5mmol/l/giờ (< 12mmol/l /24 giờ).

– Hạ natri máu không có biểu hiện thần kinh, natri máu > 120mmol/l.

+ Lượng natri cần bù theo công thức:

Natri thiếu = 0,6 x cân nặng (kg) x (135 - Natri hiện tại của bệnh nhân)

+ Cách dùng: 1/2 truyền TM trong 8 giờ, 1/2 truyền trong ngày.

+ Natri cho trong 24 giờ = Natri thiếu + Natri theo nhu cầu (3mmol/100ml dịch).

+ Nguyên tắc nâng natri từ từ với tốc độ ≤ 0,5mmol/l/giờ tổng số ≤ 12mmol natri/l/24 giờ.

+ Nếu nâng quá nhanh sẽ gây phá huỷ myelin ở cầu não.

– Theo thể lâm sàng.

+ Hạ natri có kèm giảm thể tích tuần hoàn.

- Có sốc cho 10 - 20ml NaCl 9‰ cho tới khi huyết động ổn định.
- Bù natri thiếu theo công thức trên.
- Lượng còn lại dựa vào lượng nước, muối mất và duy trì theo nhu cầu/kg/ngày.

+ Hạ natri máu với TTTH tăng: phù tim, gan, thận.

- Hạn chế muối, nước.
- Dùng lợi tiểu lasix.

+ Hạ natri máu với TTTH bình thường.

- Hạn chế nước.
- Điều trị bệnh chính.

3.2.3. Điều trị triệu chứng

Co giật cho an thần seduxen 0,2 - 0,3mg/kg TM...

3.2.4. Điều trị bệnh chính

HẠ KALI MÁU

Hạ kali máu khi kali huyết thanh dưới 3,5mmol/l. Khi kali máu < 2,5mmol/l là giảm nặng.

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Dựa vào lâm sàng, điện tâm đồ và kali huyết thanh < 3,5mmol/l.

1.1. Lâm sàng

- Rối loạn ý thức, ngủ lịm.
- Liệt ruột: trướng bụng.
- Cơ nhẽo, yếu, giảm phản xạ.
- Nặng có liệt cơ hô hấp, rối loạn nhịp tim.

1.2. Điện tâm đồ

- Sóng T thấp, dẹt. ST chênh, xuất hiện sóng U và QT kéo dài.
- Block nhĩ thất, ngoại tâm thu thất.

1.3. Xét nghiệm máu

- ĐGĐ: K^+ huyết thanh < 3,5mmol/l.
- K^+ huyết thanh < 2,5mmol/l là giảm nặng.
- BUN và creatinin huyết thanh
- Glucose, magnesi, calcium.
- Khí máu.

1.4. Nguyên nhân

- Tại đường tiêu hoá: tiêu chảy, nôn, dẫn lưu dạ dày - ruột, rò ruột.
- Ảnh hưởng của thuốc: lợi tiểu kéo dài, steroid, theophylin, albuterol.
- Dịch chuyển qua màng: Tác dụng của insulin, kiềm máu.

  Liệt chu kỳ có kèm hạ kali máu.
- Cung cấp không đủ: thiếu dinh dưỡng, đói.
- Tại thận: toan ống thận, hội chứng Cushing, cường aldosterol tăng sản thượng thận bẩm sinh.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Đảm bảo, duy trì chức năng sống: hô hấp, tuần hoàn và thần kinh theo trình tự A, B, C.

2.2. Điều chỉnh hạ kali máu

– Hạ kali máu nhẹ và trung bình (K^+ từ 2,5 - 3,5mmol/l) không có liệt cơ hô hấp, không có rối loạn nhịp tim.

Bù kali bằng đường uống hoặc truyền TM với nồng độ kali ≤ 40/mmol/l dung dịch truyền.

Tốc độ: ≤ 0,3mmol/kg/giờ.

– Hạ kali máu nặng: $K^+ < 2,5$mmol/l

+ Có liệt cơ hô hấp, có rối loạn nhịp tim.

+ Bù kali truyền TM: nồng độ kali từ 40 - 80mmol/l dung dịch truyền.

Tốc độ: Từ 0,3 - 0,5mmol/kg/giờ.

Bù kali thực hiện trong 3 - 4 giờ.

* Theo dõi: ĐGĐ, điện tâm đồ, monitoring

Làm lại ĐGĐ sau 4 giờ.

2.3. Điều trị nguyên nhân

2.4. Điều trị triệu chứng, biến chứng (nếu có)

TĂNG NATRI MÁU

1. MỞ ĐẦU

Tăng natri máu là cấp cứu thường gặp trong hồi sức cấp cứu, chiếm tỉ lệ 2,7% bệnh nhi vào khoa HSCC. Tăng natri máu làm tăng áp lực thẩm thấu (ALTT) trong lòng mạch, kéo nước từ trong tế bào ra gây mất nước trong tế bào.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ thuộc vào mức độ, tốc độ tăng natri máu và tình trạng thể tích tuần hoàn (TTTH) mà có các biểu hiện: Triệu chứng thần kinh: trẻ khát, kích thích hoặc li bì, rung giật cơ, tăng trương lực cơ, co giật, hôn mê.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm

– ĐGĐ: natri huyết thanh > 150mmol/l khi natri > 160mmol/l là tăng natri máu nặng.

– Bun, creatinin huyết thanh.

– Áp lực thẩm thấu máu tăng (PTT> 330mosmol/l).

– Áp lực thẩm thấu niệu giảm (đái tháo nhạt) hoặc bình thường.

– Natri niệu.

+ Tăng natri máu kèm giảm thể tích máu: natri niệu < 20mmol/l (ngoài thận), > 20mmol/l (tại thận).

+ Tăng natri máu thể tích máu bình thường: natri niệu thay đổi.

+ Tăng natri máu kèm thể tích máu tăng: natri niệu > 20mmol/l.

2.2.2. Hình ảnh

– CT. Scan chẩn đoán các bệnh lý sọ não.

– Siêu âm: phát hiện các bệnh lý thận và ngoài thận.

2.2.3. Xét nghiệm khác: aldosteron, ADH, cortisol, ACTH

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào:

– Có triệu chứng lâm sàng.

– Natri huyết thanh > 150mmol/l.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân

– Tăng natri máu có kèm mất nước: là nguyên nhân thường gặp.

+ Do mất nước đơn thuần.

- Qua thận: đái tháo nhạt trung ương, đái tháo nhạt do thận.
- Ngoài thận: sốt cao, thở nhanh.

+ Do mất nước nhiều hơn mất muối.

- Ngoài thận: tiêu chảy, bỏng, lọc màng bụng.
- Qua thận: dùng thuốc lợi tiểu, hoặc lợi tiểu thẩm thấu.

– Tăng natri máu không mất nước.

+ Do nguyên nhân thần kinh (rối loạn vùng Hypothalamus) mất cảm giác khát, uống ít.

+ Do viêm màng não, viêm não, chấn thương, xuất huyết, khối u.

– Tăng natri máu kèm ứ nước.

Do uống ORS pha sai (ưu trương), ăn qua sonde dịch ưu trương, truyền dung dịch natriclorua ưu trương, truyền nhiều natri bicarbonat.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

– Đảm bảo chức năng hô hấp, tuần hoàn theo trình tự các bước A, B, C.

– Điều chỉnh giảm nồng độ natri máu từ từ.

– Điều trị triệu chứng, biến chứng.

– Điều trị nguyên nhân.

4.2. Cụ thể

4.2.1. Tăng natri máu kèm mất nước

– Nếu có sốc truyền natriclorua 0,9% hoặc ringer lactat 20ml/kg/30 phút cho đến khi huyết động ổn định.

– Bù dịch để đưa natri máu về bình thường theo công thức lượng dịch.

Lượng dịch = NatriBN/Natri MM x 0,6 x P - 0,6 x P

Trong đó: P là cân nặng

NatriBN: Natri hiện tại của bệnh nhân.

Natri MM: Natri mong muốn.

Lượng dịch đơn vị tính là lít.

+ Lượng dịch truyền sử dụng gồm dextrose 5% pha với natriclorua 4,5‰ (tỷ lệ 1/1) có thể dùng dextrose 5% pha trong natriclorua 2‰ cho trường hợp mất nước nhẹ.

+ Tốc độ giảm natri máu không quá 0,5 - 1mmol/l/giờ (10-15mmol/l/24 giờ.

+ Lượng dịch còn phải cộng thêm theo nhu cầu được tính.

- Lượng dịch duy trì: ml/kg/24 giờ (ví dụ trẻ 10kg là 10ml/kg/24 giờ).
- Lượng natri duy trì: 3mmol/kg/24 giờ.

Chú ý: Kiểm tra lại điện giải đồ sau mỗi 4 giờ/1 lần.

Khi natri máu > 200mmol dùng biện pháp lọc máu ngoài thận.

4.2.2. Tăng natri máu có ứ nước: ngộ độc muối.

Dùng lợi tiểu (lasix), lọc máu ngoài thận.

4.2.3. Tăng natri máu không mất nước

Bù nước đường uống hoặc qua sonde dạ dày. Nếu không được truyền TM các loại dịch dextrose 5% và natriclorua 0,45% hoặc 0,2%. Điều trị triệu chứng thần kinh, theo dõi.

4.2.4. Điều trị triệu chứng và biến chứng

Co giật cho an thần, rối loạn toan kiềm, sốt cao.

4.2.5. Điều trị nguyên nhân

TĂNG KALI MÁU

1. MỞ ĐẦU

Tăng kali máu khi kali huyết thanh > 5,5mmol/l là một trong những rối loạn điện giải nặng nhất. Khi kali máu > 7mmol/l là điều trị cấp cứu có thể tử vong.

2. NGUYÊN NHÂN

– Tán huyết

– Do tăng nhập K^+: truyền máu, truyền hoặc uống kali.

– Do chuyển K^+ từ tế bào: toan máu, hoại tử ống thận cấp, bỏng nhiệt điện, tăng sản thượng thận bẩm sinh, ngộ độc digitalis, tiêu cơ vân.

– Do giảm tiết K^+: suy thận cấp, bệnh ống thận.

– Do thuốc: ức chế men chuyển (ACE) chẹn angiotensin II.

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Dựa vào lâm sàng, điện tâm đồ và K^+ huyết thanh > 5,5mmol/l.

3.1. Lâm sàng

Có thể không có triệu chứng, hoặc có các biểu hiện mệt, chán ăn, buồn nôn, nôn, giảm trương lực, bụng trướng, rối loạn nhịp tim hoặc ngừng tim đột ngột.

3.2. Điện tâm đồ

– Biểu hiểu sớm là sóng T cao nhọn (K^+ 5,5 - 6,5mmol/l).

– Khi K^+ 6,5 - 8mmol/l thì PR kéo dài, ST chênh xuống, P có thể bẹt.

+ Khi K^+ > 8mmol/l thì sóng P có thể mất, QRS rộng và lồng vào sóng T.

Nếu không điều trị có thể vô tâm thu hoặc rung thất.

3.3. Xét nghiệm

– ĐGĐ: K^+ huyết thanh > 5,5mmol/l.

– Khí máu thường có nhiễm toan chuyển hoá: $HCO_3\downarrow$, BE↓, pH giảm.

– Xét nghiệm khác tuỳ thuộc vào nguyên nhân: chức năng thận urê, creatinin huyết thanh, tan máu.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc

– Cần đánh giá mức độ nặng nhẹ để xử trí cấp cứu kịp thời, nếu mức độ nặng và rất nặng cần nhập viện để hỗ trợ hô hấp và tuần hoàn.

– Tìm và điều trị nguyên nhân.

4.2. Cụ thể

– Ổn định màng tế bào cơ tim, dự phòng rối loạn nhịp tim.

+ Calci gluconat 10%: 0,5ml/kg TM trong 3 - 5 phút.

+ Calci clorid 10%: 0,2ml/kg TM/hoặc truyền trong 10 phút.

– Vận chuyển K^+ vào tế bào.

+ Natribicarbonat 1 - 2mmol/kg TM trong 10 phút.

+ Truyền glucose 25% x 2ml/kg (0,5 - 1g) với Insulin 0,1đv/kg trong 10 phút.

+ Truyền glucose 5 - 10% trong NaCl 9‰ 20ml/kg trong 1 giờ.

+ Khí dung β-Adrenergic: albuterol khí dung 50 - 150mcg/kg/liều hoặc salbutamol TM 2mcg/kg tấn công, duy trì 0,4mcg/kg/phút.

– Thải K^+ khỏi cơ thể.

+ Dùng kayexalat: 0,5 - 1g/kg uống, hoặc thụt đại tràng.

+ Furosemid: 1 - 2mg/kg TM khi chức năng thận còn ổn định.

+ Thẩm phân phúc mạc/lọc máu nếu tình trạng không cải thiện hoặc tăng kali máu nặng.

– Sau khi ổn định: tìm và điều trị nguyên nhân tăng kali máu.

NGUYÊN TẮC TIẾP CẬN VÀ XỬ LÝ NGỘ ĐỘC CẤP Ở TRẺ EM

Ở trẻ em, ngộ độc xảy ra như là một tai nạn không cố ý, đặc biệt ở trẻ em dưới 12 tuổi, chủ yếu xảy ra qua đường tiêu hoá (do ăn uống phải chất độc).

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Trước một trẻ nghi ngộ độc cấp cần xác định

– Trẻ có bị ngộ độc thật sự hay do một nguyên nhân bệnh lý khác.

– Mức độ nặng của ngộ độc.

– Chất độc đó là gì.

– Thời gian bị ngộ độc, lượng chất độc mà trẻ ăn uống phải.

1.2. Trong thực tế các tình huống có thể xảy ra

– Dễ chẩn đoán: gia đình đứa trẻ đến với lời khai rõ ràng, các tang chứng đưa theo cụ thể (thuốc, chai lọ đựng thuốc, củ, quả...).

– Khó chẩn đoán: phải dựa vào nhiều yếu tố (hỏi bệnh, khám lâm sàng và xét nghiệm độc chất). Có thể nghi ngờ trẻ bị ngộ độc khi:

+ Các triệu chứng bất thường xảy ra đột ngột (hôn mê. co giật, nôn, tiêu chảy, tím tái...) ở trẻ trước đó hoàn toàn khoẻ mạnh hoặc chỉ bị những bệnh nhẹ thông thường (sốt nhẹ, hắt hơi, sổ mũi...).

+ Thường không sốt cao (ngoại trừ một số chất độc nhất định).

+ Hỏi những người xung quanh (đi theo) về các chất độc (thuốc diệt chuột, thuốc trừ sâu...) hoặc thuốc điều trị mà gia đình hiện đang dùng.

1.3. Khám lâm sàng toàn diện

Để xác định tình trạng của trẻ, đặc biệt phải chú ý xác định được: tuổi, cân nặng, các chức năng sống như hô hấp, tuần hoàn, tinh thần kinh, thân nhiệt). Đồng thời phát hiện các dấu hiệu chỉ điểm đặc hiệu, ví dụ:

– Hôn mê, không có dấu hiệu thần kinh khu trú kèm theo: ngộ độc thuốc ngủ (barbituric) hoặc các loại an thần khác.

– Co giật: ngộ độc strychnin, atropin, theophylin, long não...

– Co đồng tử: ngộ độc atropin, imipramin, thuốc mê, rượu...

– Mạch chậm: ngộ độc digitalis, quinin, muscarin...

– Mạch nhanh: ngộ độc atropin, xanthin, theophylin...

– Sốt cao: ngộ độc nhóm xanthin, theophylin...

– Hạ thân nhiệt: ngộ độc barbituric, phenothiazin...

– Tăng thông khí: ngộ độc salicylat (aspirin)...

– Xuất huyết: Ngộ độc chất chống vitamin K...

1.4. Xét nghiệm độc chất

Phải lấy các chất nôn, dịch dạ dày, phân, nước tiểu, máu của bệnh nhân và các vật phẩm nghi ngờ mà gia đình đưa đến để xác định độc chất.

1.5. Tuỳ theo mức độ nặng nhẹ và các rối loạn mà một số xét nghiệm sau đây cần phải làm để giúp cho việc theo dõi và điều trị: công thức máu, urê, creatinin máu, điện giải đồ, đường máu, khí máu, chức năng gan, điện tâm đồ...

2. XỬ TRÍ

2.1. Đảm bảo và duy trì các chức năng sống

– Phải đảm bảo bệnh nhân thở tốt: làm thông đường thở, thở oxy, đặt ống nội khí quản, hô hấp hỗ trợ nếu cần.

– Đảm bảo chức năng tuần hoàn: cấp cứu ngừng tim (nếu có). Nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc phải truyền nhanh dung dịch có điện giải, dung dịch keo hoặc máu (tuỳ theo trường hợp cụ thể), không được dùng ngay thuốc vân mạch nếu chưa được truyền dịch thoả đáng.

– Điều trị và ngăn ngừa co giật hay rối loạn thân nhiệt.

2.2. Loại trừ chất độc

2.2.1. Những chất độc qua da, niêm mạc

– Cởi bỏ quần áo.

– Rửa sạch cơ thể bằng nước hoặc dung môi thích hợp.

2.2.2. Những chất độc qua đường uống: Các biện pháp loại bỏ chất độc là:

Gây nôn, rửa dạ dày, tẩy ruột, bài niệu mạnh, lọc máu ngoài thận (thẩm phân phúc mạc, thận nhân tạo), hô hấp hỗ trợ.

- *Gây nôn, rửa dạ dày*

– Gây nôn: chỉ định khi chất độc ở dạng thức ăn, lá, thuốc viên, thực hiện trong vòng một giờ đầu sau khi trẻ ăn uống phải chất độc mà vẫn còn tỉnh táo.

+ Có thể làm tức khắc bằng cách cho ngón tay vào họng để kích thích nôn.

+ Uống sirô Ipeca 7 - 10 %: trẻ em 6 - 12 tháng uống 1 lần 10ml, 1 - 10 tuổi uống 15ml, trên 10 tuổi uống 30ml. Sau khi uống xong cho trẻ uống nhiều nước, nếu sau 20 phút trẻ không nôn thì uống liều thứ hai.

+ Tiêm apomorphin liều 0,07mg/kg sau 2 -5 phút trẻ sẽ nôn (nếu có dấu hiệu suy thở thì tiêm naloxon (Narcan) liều 0,01mg/kg).

– Rửa dạ dày:

+ Chỉ thực hiện trong 6 giờ đầu sau khi uống phải chất độc và trẻ vẫn còn tỉnh táo hoặc đã được đặt ống nội khí quản nếu trẻ bị hôn mê.

+ Đặt ống thông vào dạ dày, cho bệnh nhân nằm đầu hơi thấp, nghiêng về một bên. Dùng nước ấm thêm natriclorua (1 lít nước thêm 4g natriclorua) hoặc dùng luôn dung dịch huyết thanh mặn đẳng trương 0,9% để rửa và làm sạch dạ dày. Phải chú ý chất dịch chảy ra xem có các mẩu thuốc, thức ăn, máu. Về nguyên tắc là rửa cho đến bao giờ nước lấy ra trong (thực tế là lượng dịch để rửa dạ dày khoảng 100ml/kg cân nặng ở trẻ em). Chất dịch thu được cần gửi đi xét nghiệm độc chất. Sau khi rửa xong nên bơm than hoạt vào dạ dày.

– Chống chỉ định gây nôn và rửa dạ dày:

Không gây nôn và rửa dạ dày khi bệnh nhân đang co giật và hôn mê.

Chất độc là chất ăn mòn (acid, kiềm, thuốc tẩy), chất bay hơi (xăng, dầu hoả, nước hoa), chất dầu không tan (chất bôi trơn, chất làm bóng).

- *Than hoạt*

Lấy khoảng 30 gam than hoạt pha với nước thành một thứ hồ, liều dùng 1g/kg cân nặng cho một lần. Cho bệnh nhân uống trực tiếp hoặc bơm vào dạ dày sau khi rửa dạ dày, có hiệu quả tốt nhất một giờ đầu sau khi bệnh nhân ăn, uống phải chất độc. Than hoạt không có hiệu quả đối với các chất độc là: rượu, acid boric, sắt, alcan, thilium, muối acid, cyanid, các dẫn chất của hydrocarbon.

- *Thuốc tẩy ruột*

Sử dụng magiê sulphat 250mg/kg cân nặng hoặc dầu paraphin 5ml/kg cân nặng. Khi dùng thuốc tẩy phải theo dõi tình trạng mất nước, điện giải. Không dùng thuốc tẩy có magiê cho người có suy thận.

- *Tanin*

Làm biến tính một số alcaloid và có thể kết hợp với muối kim loại nặng, ngăn cản sự hấp thu của chúng. Liều 2-4g/1 lần.

- *Bài niệu mạnh*

Chỉ định khi chất độc được đào thải qua thận.

- *Lọc máu ngoài thận*

Chỉ định trong những trường hợp ngộ độc nặng với lượng lớn các chất độc có khả năng qua được màng lọc.

- *Đào thảo chất độc qua đường hô hấp*

– Chỉ định trong những trường hợp ngộ độc chất bay hơi (Rượu, benzen, ether, ceton, oxydcarbon, xylen...).

– Kỹ thuật: đặt ống nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.

2.3. Giải độc

– Giải độc không đặc hiệu:

+ Hấp phụ: than hoạt, tanin, sữa.

+ Trung hoà hoá học: dùng oxyd magiê để trung hoà acid, dùng dấm pha loãng, chanh để trung hoà chất kiềm....

– Giải độc đặc hiệu:

Chỉ dùng khi biết chắc chắn chất gây độc và chỉ phát huy hết tác dụng khi chất độc còn lưu thông trong hệ tuần hoàn.

Ví dụ: Methemoglobin → Dùng xanh methylen

Opi → Narcan

Phospho hữu cơ → Conthrathiol + Atropin

Paracetamol → N. Acetyl - systein

Heparin → Protamin

Dicoumarin → Vitamin K1, PPSB

NGỘ ĐỘC PARACETAMOL

1. CHUYỂN HÓA VÀ CƠ CHẾ GÂY ĐỘC CỦA PARACETAMOL

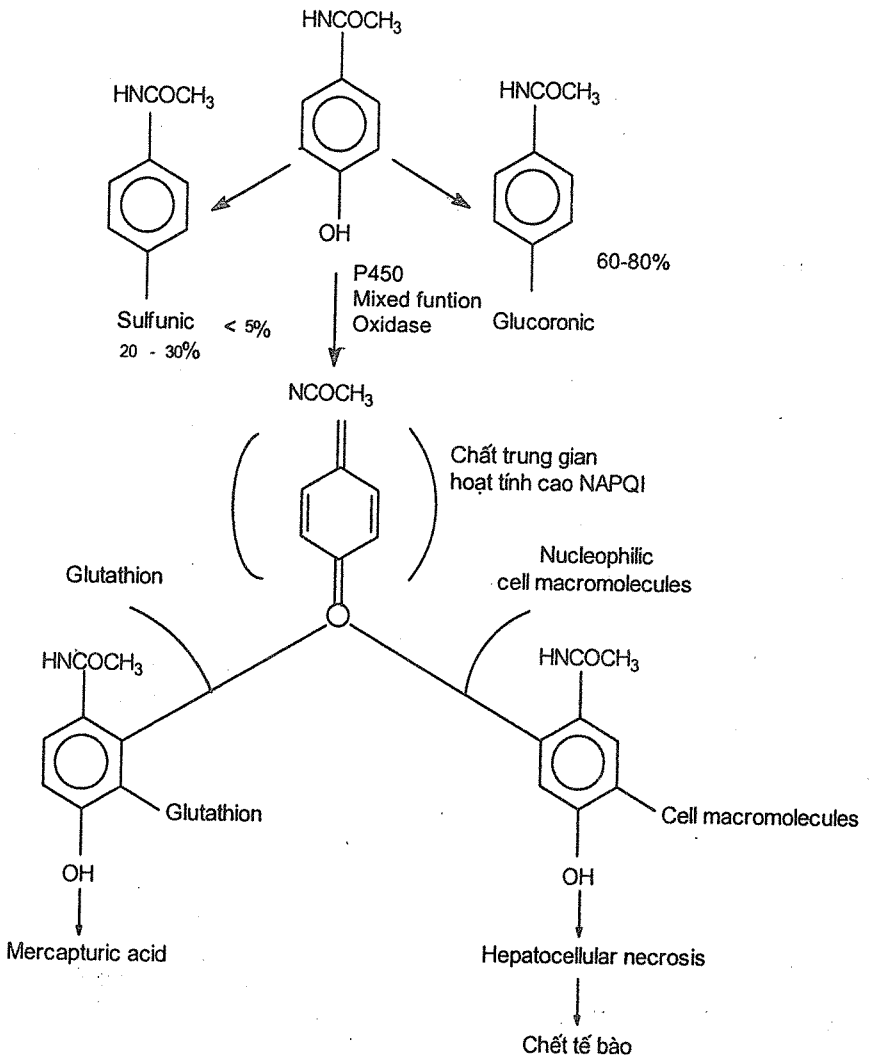
Paracetamol còn tên là Acetaminophen (N-ACETYL-PARA ACETAMINOPHEN - APAP) là thuốc tác dụng hạ sốt, giảm đau. Thuốc được sử dụng rộng rãi cho trẻ em từ thập kỷ 60 với đặc tính an toàn và hiệu quả cao ở trẻ em. Khả năng dung nạp ở trẻ em (liều/kg cân nặng) cao hơn so người lớn. Thuốc có dạng biệt dược chỉ chứa hoạt chất paracetomol nhưng có loại chứa paracetamol kết hợp với codein, cafein, vitamin C... Các dạng bào chế của APAP cũng rất phong phú: viên nén, viên đặt, viên sủi, dạng gói bột, siro... với nhiều hàm lượng khác nhau dễ sử dụng cho trẻ. Tuy nhiên thống kê cho thấy dạng viên nén hàm lượng lớn (500mg) hoặc dạng kết hợp khi dùng thường dễ gây quá liều và ngộ độc cho trẻ.

APAP được sử dụng rộng rãi với tác dụng giảm đau, hạ sốt liều thông thường từ 10 - 15mg/kg/lần, cách mỗi 4 - 6 giờ, liều tối đa 90mg/kg/24giờ. Liều điều trị có thể có vài tác dụng phụ. Theo đa số tác giả liều độc APAP là ≥ 150mg /kg/24 giờ.

APAP được hấp thu nhanh sau khi uống, đạt mức đỉnh trong huyết tương sau 30 - 60 phút. Hấp thu có thể chậm khi quá liều với mức đỉnh sau 4 giờ uống. APAP được chuyển hoá chủ yếu ở gan và một phần nhỏ ở thận bằng cách liên hợp với glucoronic và sulfonic rồi đào thải qua thận. Chỉ có < 5% được chuyển hoá bởi cytochrom P - 450 tạo thành chất chuyển hoá trung gian có hoạt tính độc cao là N - Acetyl - P. Benzoquinoneim (NAPQI), nó bị bất hoạt nhanh do liên hợp với nhóm sulhydryl của glutathion rồi đào thải qua thận hoặc mật. Vì số lượng nhỏ và đủ glutathion cung cấp do vậy liều điều trị APAP có đặc tính an toàn. Khi dùng liều lớn APAP làm cạn kiệt kho dự trữ glutathion của gan, chất trung gian hoạt tính cao NAPQI thừa sẽ gắn bền vững vào tế bào gan và gây hoại tử tế bào gan (xem sơ đồ 2.2).

Gan dễ bị nhiễm độc hơn khi thiếu hụt glutathion ở cơ địa trẻ suy dinh dưỡng (SDD), béo phì, đái tháo đường, nghiện rượu hoặc đang dùng một số thuốc có tác dụng gây cảm ứng enzym chuyển hoá, thuốc làm tăng tạo NAPQI như nhóm thuốc chống co giật: phenobarbital, carbamazepin, phenyltoin... và rifampicin.

Trẻ có tiền sử gia đình nhiễm độc gan với APAP sẽ tăng nguy cơ bị ngộ độc.



Sơ đồ 2.2. Chuyển hóa và cơ chế gây độc gan của APAP

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG NGỘ ĐỘC PARACETAMOL

2.1. Lâm sàng

Diễn biến lâm sàng của ngộ độc cấp APAP điển hình gồm 4 giai đoạn:

* Giai đoạn 1: thường xuất hiện < 24 giờ.

Trẻ mệt mỏi, buồn nôn, nôn, khó chịu vã mồ hôi, đau bụng chán ăn và thường không kèm rối loạn ý thức.

* Giai đoạn 2: từ 24 giờ đến 48 giờ sau uống.

Ngoài triệu chứng giai đoạn 1, các triệu chứng về gan nặng lên, trẻ đau hạ sườn phải, tăng cảm giác đau, gan to, vàng da, có thể bài niệu ít.

Cận lâm sàng (CLS): bilirubin tăng, men gan (AST, ALT) tăng, PT giảm.

* Giai đoạn 3: thường 72 - 96 giờ. Đây là giai đoạn toàn phát với biểu hiện dữ dội nhất của ngộ độc: trẻ mệt, buồn nôn, nôn và khó chịu trở lại. Suy gan với vàng da gan to, giảm glucose máu, rối loạn đông máu và bệnh não do gan. Suy thận và bệnh cơ tim với biểu hiện suy tim, rối loạn nhịp tim.

* Giai đoạn 4: từ 7 đến 8 ngày sau uống.

Trẻ có thể bình phục hoặc tiến triển tử vong do suy gan toàn bộ, tăng amoniac máu, xuất huyết, hạ đường huyết và suy thận.

Ngộ độc APAP có thể biểu hiện triệu chứng ức chế thần kinh trung ương, sốc, hạ nhiệt độ và toan chuyển hoá.

2.2. Cận lâm sàng

– Enzym gan AST và ALT: bắt đầu tăng 24 giờ sau uống liều độc, đỉnh cao nhất là 72 - 96 giờ. AST và ALT tăng > 1000 IU/l là biểu hiện tổn thương gan nặng, AST thường tăng cao hơn ALT.

– Bilirubin tăng ở giai đoạn 2, tăng rõ ở giai đoạn 3.

– Đường máu giảm.

– NH_3 máu tăng liên quan với mức độ suy chức năng gan, NH_3 > 1,5 lần là chỉ dẫn tiên lượng xấu.

– Rối loạn chức năng đông máu: PT giảm bắt đầu ngày 2 và giảm mạnh vào ngày thứ 3.

– Khí máu có thể biểu hiện tình trạng nhiễm toan.

– Chức năng thận có thể bị rối loạn với urê và creatinin máu tăng. Nước tiểu có protein niệu, hồng cầu niệu.

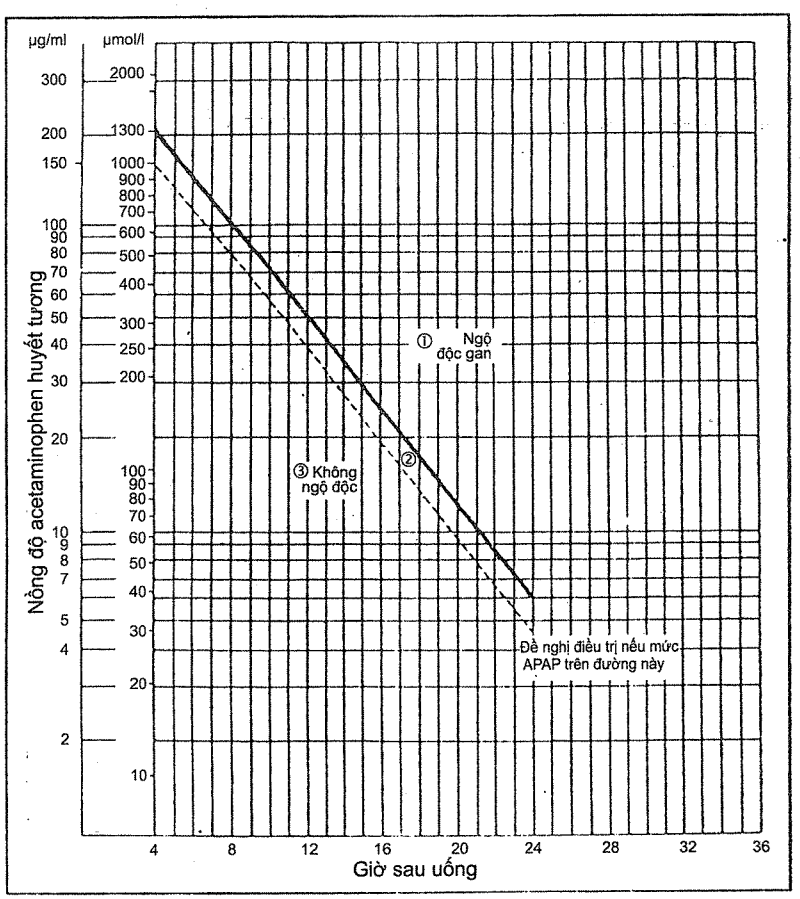
+ Có thể tăng amylase máu và viêm tuỵ cấp ở ngộ độc APAP.

+ CT.Scanner sọ não có thể thấy hình ảnh phù não ở bệnh nhân hôn mê trong hội chứng não do gan.

2.3. Định lượng nồng độ paracetamol trong máu

Nồng độ APAP máu được định lượng trong khoảng thời gian từ 4 - 24 giờ sau uống. Lấy máu trước 4 giờ đầu sau khi uống liều độc thì kết quả không thể diễn giải được vì thuốc tiếp tục hấp thụ và phân bố.

Nồng độ APAP được đối chiếu trên đồ thị Rumack Matthew để dự đoán khả năng ngộ độc gan, khi biết rõ thời điểm sau uống liều độc. Đồ thị được chia là 3 vùng dựa vào nồng độ APAP máu và thời điểm sau uống (xem hình 2.3).



Hình 2.3. Toán đồ ngộ độc APAP. Bắt đầu điều trị NAC nếu mức độ và thời gian đối chiếu trên đường gạch (- - -) vùng 1 và 2 trên toán đồ. Tiếp tục và hoàn chỉnh.liệu trình thậm chí mức APAP rơi xuống dưới vùng độc (3). Toán đồ chỉ giá trị khi uống cấp đơn liều. Mức APAP không diễn giải được nếu xét nghiệm trước 4 giờ.

– Vùng ngộ độc gan ①

– Vùng có thể ngộ độc ② gan (thấp dưới đường ngộ độc gan 25%) sau 4 giờ uống thuốc. Nồng độ APAP máu đạt (150mcg/ml) là có thể bị ngộ độc. Đặc biệt bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ ②.

– Vùng không ngộ độc ③.

Sau 4 giờ từ khi uống, nồng độ APAP máu đạt (200mcg/ml), sau 15 giờ đặt APAP (30mcg/ml) sẽ biểu hiện ngộ độc gan.

Khi nồng độ APAP máu ở vùng 1 và 2 nên chỉ định sử dụng thuốc giải độc đặc hiệu NAC, đặc biệt khi không rõ liều ngộ độc chính xác.

Đồ thị Rumack Matthew không dùng được khi không rõ thời điểm ngộ độc, uống quá 24 giờ tại thời điểm nhập viện (hoặc trẻ uống nhiều lần).

3. CHẨN ĐOÁN

– Dựa vào 3 tiêu chuẩn sau:

– Trẻ uống quá liều APAP, lượng từ ≥ 150mg/kg/ngày.

– Có triệu chứng lâm sàng: rối loạn tiêu hoá, suy chức năng gan, rối loạn đông máu, suy thận...

– Xét nghiệm: Enzym gan AST, ALT tăng.

Bilirubin tăng, đường giảm.

Thời gian thrombin giảm.

– Định lượng nồng độ APAP huyết tương sau 4 giờ đạt > 200mcg/ml, sau 15 giờ APAP huyết tương đạt 30mcg/ml sẽ biểu hiện ngộ độc gan.

* Để chẩn đoán xác định trẻ cần có 2 trong 3 tiêu chuẩn trên. Tuy nhiên việc xác định liều chính xác ở trẻ khó. Vì vậy trẻ uống quá liều APAP mà có triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm là điều trị NAC. Cần chú ý nhóm trẻ có yếu tố nguy cơ cao, cơ địa đặc biệt liều APAP thấp hơn có thể ngộ độc, nồng độ APAP máu đạt ≥ 150mg/l hoặc thấp hơn là có thể bị ngộ độc.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Theo nguyên tắc chung điều trị ngộ độc phải hết sức khẩn trương, phối hợp các biện pháp sau:

– Loại trừ độc chất khỏi cơ thể.

– Giải độc đặc hiệu.

– Điều trị các rối loạn chức năng.

4.2. Điều trị cụ thể

Chúng tôi chỉ nhấn mạnh điểm chú ý trong ngộ độc APAP.

4.2.1. Xử trí ban đầu

– Gây nôn khi bệnh nhân đến sớm < 1 giờ sau uống liều độc. Trong ngộ độc APAP thường không dùng siro Ipeca để gây nôn.

– Sử dụng than hoạt với liều 1g/kg/1 lần uống sau rửa dạ dày có tác dụng làm giảm hấp thụ APAP.

4.2.2. Điều trị tại bệnh viện

(1) Đảm bảo duy trì chức năng sống: hô hấp, tuần hoàn và thần kinh.

(2) Giải độc đặc hiệu.

Giải độc đặc hiệu đóng vai trò rất quan trọng trong ngộ độc APAP.

* Nguyên tắc: Bổ sung dự trữ glutathion cho gan bị cạn kiệt để trung hoà chất chuyển hoá trung gian hoạt tính cao có tác dụng gây độc gan. Trong lâm sàng N - Acetyl cystein (NAC) là tiền chất của glutathion được sử dụng rộng rãi.

* Chỉ định dùng NAC:

– Khi nồng độ APAP trong máu sau uống 4 - 24 giờ trong mức gây độc theo đồ thị Rumack Matthew.

– Khi không rõ thời gian ngộ độc APAP.

– Có thể có ngộ độc APAP sau khi uống quá liều có rối loạn chức năng gan, sau khi đã loại trừ nguyên nhân khác.

Điều trị NAC được dùng sớm < 10 giờ sau liều ngộ độc có thể dự phòng được tổn thương gan.

* Dạng dùng: NAC có 2 dạng là uống và tiêm đều có tác dụng như nhau.

– NAC dạng uống có biệt dược là Mucomyst gói 200mg.

Liều dùng:

+ Tấn công: 140mg/kg duy nhất 1 liều, sau 4 giờ dùng tiếp.

+ Duy trì: 70mg/kg/1 lần, uống đủ 17 liều khoảng cách 4 giờ /1 lần.

Sử dụng đủ 17 liều NAC duy trì ngay cả khi định lượng nồng độ APAP trong máu giảm dưới ngưỡng độc hoặc không còn. Thuốc thông dụng sử dụng an toàn, hiệu quả, ít tác dụng phụ. Thuốc được pha với nước lọc, nước quả hoặc sữa thành dung dịch 5%.

– NAC dạng tiêm tĩnh mạch: có biệt dược Fluimucil, Acetadote.

+ Chỉ định: khi bệnh nhân nôn, dịch dạ dày nâu bẩn, xuất huyết dạ dày...

+ Liều dùng cho trẻ em (< 20kg).

Liều đầu: 150mg/kg pha pha với 3ml/kg dd glucose truyền trong 15 phút.

Liều tiếp: 50mg/kg pha với 7ml/kg dd glucose 5% truyền trong 4 giờ.

Liều tiếp: 100mg/kg pha với 14ml/kg dd glucose 5% truyền trong 16 giờ.

Khi sử dụng NAC tiêm TM có nhiều tác dụng phụ hơn dạng uống như nổi mẩn, đỏ mặt, phù mạch, co thắt thanh quản, tăng huyết áp. Nên dừng truyền, cho kháng histamin TM. Khi bệnh nhân ổn định cho NAC lại với tốc độ chậm 50mg/kg trong 4 giờ.

Sau khi sử dụng NAC, nếu nồng độ APAP huyết tương giảm dưới ngưỡng độc thì ngừng điều trị, nếu bệnh nhân còn triệu chứng hoặc kết quả xét nghiệm bất thường tiếp tục duy trì NAC liều 150mg/kg trong 24 giờ.

Các biện pháp điều trị hỗ trợ khác:

– Truyền máu, plasma tươi... khi có thiếu máu và cung cấp yếu tố đông máu.

– Cho vitamin K tiêm bắp /hoặc dưới da nếu PT giảm < 70%.

– Hạ đường huyết tiêm tĩnh mạch 0,5g/kg dd glucose ưu tương và duy trì truyền dd glucose.

– Điều trị rối loạn điện giải và toan kiềm.

– Chống nhiễm khuẩn

– Đảm bảo chăm sóc, dinh dưỡng cung cấp đầy đủ calo cho trẻ ăn sonde hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch.

NGỘ ĐỘC DIGITALIS

Ngộ độc digitalis thường thấy ở trẻ đang dùng digitalis với triệu chứng lâm sàng là nôn hoặc ỉa chảy, mệt, đau bụng với nhịp tim bất thường.

Tỷ lệ mắc bệnh không rõ - nhưng thường xảy ra ở trẻ nhỏ < 5 tuổi, do ranh giới giữa liều điều trị và ngộ độc rất gần nhau.

Nguyên nhân:

– Do sự tích luỹ thuốc ở bệnh nhân đang dùng digitalis để điều trị bệnh.

– Do sự mất cân bằng chuyển hoá, điện giải ở bệnh nhân ỉa chảy, nôn và dùng lợi tiểu nhiều.

– Do dùng liều cao.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Biểu hiện lâm sàng

1.1.1. Tại tim

Loạn nhịp và rối loạn dẫn truyền.

a. Ở trẻ nhỏ

Thường là những rối loạn nhịp trên thất.

– Block nhĩ thất cấp I, cấp II ở thể nhẹ và trung bình.

– Ngoại tâm thu.

– Nhịp chậm xoang hay gặp ở trẻ đẻ non.

– Ngừng xoang.

– Nhịp bộ nối nhĩ thất.

b. Ở trẻ lớn

– Hay gặp rối loạn nhịp thất.

– Ngoại tâm thu.

– Nhịp nhanh bộ nối.

– Nhịp nhanh nhĩ có block.

– Các mức độ khác nhau của block nhĩ thất.

1.1.2. Biểu hiện ngoài tim

Tại thần kinh trung ương: lơ mơ, mệt mỏi, nhìn mờ, rối loạn phân biệt màu.

Tại tiêu hoá: buồn nôn, nôn, chán ăn, sụt cân, ỉa chảy, đau bụng.

- *Nồng độ thuốc gây ngộ độc*

– Nồng độ thuốc để điều trị 0,8 - 2ng/ml.

– Nồng độ thuốc > 2ng/ml thường gây ngộ độc > 90%.

– Trẻ nhỏ và sơ sinh thường chịu đựng với nồng độ digoxin trong huyết tương cao hơn.

- *Yếu tố nguy cơ*

Những bệnh viêm nhiễm như viêm cơ tim, viêm tim cấp, thiếu oxy, nhiễm toan, trẻ đẻ non.

1.2. Xét nghiệm

– Nồng độ kali huyết thanh.

– Định lượng digoxin trong huyết tương.

– Điện tâm đồ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Dừng thuốc

2.2. Bổ sung kali máu, điều chỉnh cân bằng điện giải đồ và chuyển hoá

2.3. Thuốc

– Lidocain: Dạng tiêm: 0,5%, 1%

Dịch uống: 2%

– Liều lượng:

+ Liều tấn công: 1mg/kg/lần, bơm vào TM, có thể nhắc lại sau 10 phút, tối đa là 3 lần.

+ Liều duy trì: 10 - 50mg/kg/phút/ uống.

Trẻ < 3 tuổi: 2,5mg 6 - 8lần/ngày/ uống.

Trẻ > 3 tuổi: 5ml 6 - 8 lần/ngày/ uống.

– Phenytoin:

Viên kẹo nhai: 50mg

Viên con nhộng: 30mg, 100mg

Dạng tiêm: 50mg/ml

Dạng dung dịch treo: 30mg/5ml, 125mg/5ml

+ Liều tấn công: bơm vào tĩnh mạch 1,25mg/kg mỗi 5 phút, có thể tiêm đến 12 liều.

Tổng liều: 15mg/kg.

+ Liều duy trì: trẻ em uống hoặc tiêm tĩnh mạch 2 - 5mg/kg/ngày chia 2 lần với loạn nhịp trên thất dùng phenytoin, propranolol hoặc kết hợp cả 2 thuốc trên.

Chú ý:

Quinidin, procainamid, verapamin và amiodaron không được dùng vì nó tăng nồng độ digoxin trong huyết tương và chúng tác động vào sự dẫn truyền nhĩ thất.

– Đặt máy tạo nhịp tạm thời với block nhĩ thất cấp III.

– Dùng atropin trong trường hợp rối loạn nút xoang và nút nhĩ thất 0,02mg/kg/lần, không quá 1mg.

– Sốc điện là biện pháp cuối cùng khi dùng thuốc không kết quả.

– Kháng thể đặc hiệu (Fab fragments)

1mg digoxin = 60 Fab fragment

Có tác dụng làm giảm nồng độ digoxin huyết tương và phá vỡ sự liên kết giữa tổ chức tiếp nhận và digoxin.

– Phòng và giảm sự hấp thụ digoxin:

Rửa dạ dày nếu mới dùng digoxin trong 4 giờ.

Dùng than hoạt để hạn chế sự hấp thụ.

Dùng magiê sulphat ($MgSO_4$) để tăng nhu động ruột → làm giảm sự hấp thụ.

Dùng cholestyramin để hạn chế sự hấp thụ 250 - 1500mg/kg/ngày chia 2 lần.

Lọc máu và thẩm phân phúc mạc trong trường hợp rất nặng.

NGỘ ĐỘC CHÌ

1. ĐẠI CƯƠNG

Chì là kim loại nặng có trong không khí, đất, nước bị ô nhiễm. Chì được hấp thụ vào máu và phân tán vào các mô. Chì gây rối loạn nhiều hệ thống enzym của tế bào, rối loạn sinh tổng hợp nhân Heme, ngăn cản vận chuyển sắt vào cơ thể.

Nồng độ chì máu toàn phần bình thường < 10µg/dL, nồng độ lý tưởng là 0µg /dL.

Trẻ tiếp xúc với chì qua nhiều nguồn khác nhau:

- Các thuốc nam: dùng uống, bôi, được gọi là thuốc cam...
- Sơn có chì: loại sơn cũ, đồ chơi dùng sơn chì.
- Môi trường sống: bụi từ sơn chì cũ, đất bị nhiễm sơn chì, ô nhiễm từ hoạt động công nghiệp có chì.
- Thực phẩm: đồ hộp có chất hàn gắn hộp sử dụng chì, đồ nấu ăn bằng chì, các nguồn thực phẩm bị ô nhiễm từ môi trường do không được kiểm soát tốt.
- Các nguồn có chì khác: vật dụng (Ví dụ: đồ gốm, sứ thủ công có chì), mảnh đạn chì trên cơ thể, pin có chì, lưới đánh cá buộc chì.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

- Có tiếp xúc với các nguồn có chì, hoặc có triệu chứng gợi ý.
- Xét nghiệm chì máu > 10µg/dL (tiêu chuẩn bắt buộc).

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Các nguyên nhân gây bệnh lý não, màng não cấp do các bệnh lý, ngộ độc khác.
- Các bệnh lý thần kinh ngoại biên, như Guillain - Barré, Porphyria.
- Thiếu máu do các nguyên nhân khác.
- Các nguyên nhân đau bụng cấp không do chì.

3. CHẨN ĐOÁN NGỘ ĐỘC CHÌ Ở TRẺ EM

3.1. Ngộ độc chì đến sớm

* Mức độ nặng:

– Thần kinh trung ương: hội chứng não cấp (thay đổi hành vi, co giật, hôn mê, phù gai thị, liệt dây thần kinh sọ, tăng áp lực nội sọ), dịch não tuỷ biến đổi.

– Tiêu hoá: nôn kéo dài, táo bón, giảm cân.

– Biểu hiện thiếu máu, có thể kết hợp thiếu sắt.

– Xét nghiệm: nồng độ chì máu: > 70μg /dL.

* Mức độ trung bình:

– Thần kinh trung ương: tăng kích thích, ngủ lịm từng lúc, bỏ chơi, quấy khóc, giảm trí nhớ.

– Tiêu hoá: nôn từng lúc, đau bụng, chán ăn.

– Xét nghiệm: nồng độ chì máu: 45 - 70μg /dL.

* Mức độ nhẹ:

– Kín đáo hoặc không triệu chứng.

– Nồng độ chì máu: < 45g /dL.

3.2. Ngộ độc chì đến muộn

Chậm phát triển tinh thần vận động, co giật, thiếu máu, giảm cân.

4. CÁC XÉT NGHIỆM, THĂM DÒ

4.1. Xét nghiệm, thăm dò thông thường

– Huyết học: công thức máu có thể thiếu máu, huyết đồ có thể thấy hồng cầu có hạt ưa kiềm, protoporphyrin hồng cầu tăng.

– Sinh hoá: urê, đường, creatinin, điện giải, AST, ALT, calci, giảm sắt, ferritin tổng phân tích nước tiểu: đường, protein, đái máu, acid amin.

– Dịch não tuỷ: protein tăng nhưng tế bào < 100 tế bào /ml. Áp lực có thể tăng.

– Chẩn đoán hình ảnh:

+ Chụp Xquang bụng: nếu ngộ độc qua đường tiêu hóa có thể thấy hình cản quang.

+ Chụp Xquang tìm viên /mảnh đạn chì còn trên cơ thể.

+ Chụp khớp: có thể thấy viền tăng cản quang ở sụn liên hợp ở đầu xương dài.

+ Chụp cắt lớp sọ não nếu hôn mê, co giật có thể thấy tăng áp lực nội sọ.

– Điện não: có thể thấy sóng kiểu động kinh.

4.2. Xét nghiệm độc chất

– Nồng độ chì máu toàn phần: trên 10µg/dL là xét nghiệm quan trọng nhất.

– Chì niệu (lấy nước tiểu 24 giờ): giúp theo dõi khi điều trị, tăng khi được dùng thuốc gắp chì. (Xét nghiệm chì máu, chì niệu cần làm trước, trong và ngay sau mỗi đợt dùng thuốc gắp chì).

– Cần làm xét nghiệm các kim loại nặng khác nếu nghi ngờ ngộ độc phối hợp.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện

– Ngộ độc trung bình và nặng.

– Hoặc diễn biến phức tạp cần theo dõi sát và thăm dò kỹ hơn.

5.2. Điều trị triệu chứng, điều trị hỗ trợ

– Xử trí cấp cứu điều trị các triệu chứng: suy hô hấp, co giật, hôn mê, tăng áp lực nội sọ,... theo phác đồ cấp cứu.

– Điều trị co giật nếu có sóng động kinh trên điện não.

– Truyền máu nếu thiếu máu nặng, khẩu phần ăn nhiều calci, phospho, vitamin D.

– Dùng thuốc chống co thắt nếu đau bụng.

5.3. Điều trị để hạn chế hấp thu chì

– Xác định nguồn chì và ngừng phơi nhiễm.

– Rửa dạ dày: nếu mới uống, nuốt chì dạng viên thuốc, bột trong vòng 6 giờ.

– Rửa ruột toàn bộ:

+ Khi Xquang có hình ảnh kim loại (chì) ở vị trí của ruột.

+ Chống chỉ định: suy thở, hôn mê, sốc, thủng ruột.

+ Dùng dung dịch polyethylen glycol và điện giải (như Fortrans):

- Trẻ 9 tháng 12 tuổi: 20ml/kg/giờ.
- Từ 12 tuổi trở lên: 1 lít /giờ
- Uống hoặc nhỏ giọt qua ống thông dạ dày, bệnh nhân ngồi hoặc Fowler 45 độ.
- Dùng tới khi phân nước trong và chụp Xquang bụng lại thấy hết hình ảnh cản quang.

5.4. Nội soi lấy dị vật có chì

Khi:

– Có hình ảnh mảnh chì, viên thuốc có chì ở vị trí dạ dày trên phim chụp Xquang bụng.

– Mảnh chì, viên thuốc có chì vẫn còn ở đại tràng mặc dù đã rửa ruột toàn bộ.

5.5. Sử dụng thuốc giải độc chì (gắp chì)

* Chỉ định thuốc gắp chì dựa trên nồng độ chì máu, tuổi và triệu chứng của bệnh nhân.

– Ngộ độc chì nặng: dùng dimercaprol (British anti-Lewisite, BAL), calcium disodium edetate ($CaNa_2EDTA$).

– Ngộ độc chì trung bình, nhẹ:

+ Ưu tiên dùng succimer (2,3-dimercaptosuccinic acid, DMSA).

+ Khi không có hoặc không dùng được các thuốc trên: dùng D-penicillamin.

* Cách dùng thuốc gắp chì:

– Mục tiêu: chì máu < 20µg/dL và ổn định (hai lần xét nghiệm cuối cùng cách nhau 3 tháng).

– Cách dùng:

+ Dùng theo đợt:

- BAL, EDTA: 3-5 ngày/đợt.
- Succimer: 19 ngày/đợt.

- D-penicillamin: 7 - 30 ngày/đợt, theo dõi nếu không có tác dụng phụ thì dùng tối đa 30 ngày/đợt, tạm ngừng hoặc giảm liều ngay khi có tác dụng phụ.

+ Khoảng thời gian nghỉ:

- Dùng BAL, EDTA: sau đợt 1 nghỉ 2 ngày, sau đợt 2 nghỉ 5-7 ngày, các đợt sau có thể dài hơn tùy theo nồng độ chì máu.
- Succimer: thường nghỉ ít nhất 2 tuần trước khi dùng thuốc đợt tiếp theo.
- D-penicillamin: bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, nghỉ 10-14 ngày trước khi bắt đầu đợt gắp tiếp theo, các đợt nghỉ 14 ngày.

– Chỉ định, liều thuốc điều trị (gắp chì) cụ thể theo bảng 2.6:

Bảng 2.6. Chỉ định và liều điều trị giải độc chì (gắp chì)

Triệu chứng, nồng độ chì máu (µg/dL)	Tên thuốc, liều dùng	Cách dùng 1 đợt
Bệnh não do chì	Dùng kết hợp: BAL: 450mg/m^2/24giờ (24mg/kg/24giờ)	- Chia làm 6 lần, 75mg/m^2/lần (4mg/kg/lần), 4 giờ /lần, tiêm bắp sâu, đổi vị trí tiêm mỗi lần. - Dùng 5 ngày / đợt.
Bệnh não do chì	Và: $CaNa_2EDTA$1500 mg/m^2/24giờ (50-75mg/kg/24giờ)	- Bắt đầu sau khi đã dùng BAL được 4 giờ. - Truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ hoặc chia làm 2-4 lần để truyền ngắt quãng. - Dùng 5 ngày / đợt
Chì máu > 70 hoặc có triệu chứng	Dùng kết hợp: BAL: 300 - 450mg/m^2/24giờ (18-24mg/kg/24giờ)	- Chia làm 6 lần, 50-75mg/m^2/lần (3-4mg/kg/lần), 4 giờ /lần, tiêm bắp sâu, đổi vị trí tiêm mỗi lần. - Dùng 3-5 ngày/đợt - Liều cụ thể, thời gian dùng căn cứ vào chì máu, mức độ nặng của triệu chứng
Chì máu > 70 hoặc có triệu chứng	Và: $CaNa_2EDTA$ 1000 1500mg /m^2/24giờ (25-75mg/kg/24giờ)	- Bắt đầu sau khi đã dùng BAL được 4 giờ. - Truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ hoặc chia làm 2-4 lần để truyền ngắt quãng. - Dùng 5 ngày/đợt - Liều cụ thể, thời gian dùng căn cứ vào chì máu, mức độ nặng của triệu chứng.

Triệu chứng, nồng độ chì máu (µg/dL)	Tên thuốc, liều dùng	Cách dùng 1 đợt
Chì máu 45 - 70	Succimer 700-1050mg/m^2/24giờ (20-30mg/kg/24giờ)	Uống 350mg/m^2/lần (10mg/kg/lần), 3 lần/ngày, trong 5 ngày, sau đó 2 lần /ngày trong 14 ngày.
Chì máu 45 - 70	Hoặc: $CaNa_2$ EDTA, 1000 mg/m^2/24giờ (25-50mg/kg/24giờ)	Truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ, hoặc chia 2-4 để truyền ngắt quãng trong ngày, đợt 5 ngày.
Chì máu 45 - 70	Hoặc (hiếm khi): D-penicillamin: 25-35mg/kg/ngày, bắt đầu liều nhỏ hơn 25% liều này, sau 2 tuần tăng về liều trung bình.	- Liều trong ngày chia thành các liều nhỏ, uống xa bữa ăn. - Nếu không có chỉ định gắp nhanh chóng thì chỉ nên dùng trong 1 tháng, sau đó tạm nghỉ ít nhất 2 tuần trước khi dùng thuốc đợt tiếp theo. Các đợt nghỉ sau có thể 2 tuần hoặc kéo dài hơn. - Vì nhiều tác dụng phụ chỉ nên dùng liều thấp nhất có hiệu quả.
Chì máu 20 - 44	Không chỉ định gắp thường quy. Dùng thuốc gắp nếu: trẻ <2 tuổi, gợi ý có triệu chứng kín đáo, chì máu 35-44µg /dL, chì máu vẫn không giảm sau ngừng phơi nhiễm 2 tháng.	Dùng succimer hoặc D-penicillamin như trên.
Chì máu < 20	Không chỉ định gắp. Ngừng phơi nhiễm Theo dõi sự phát triển của trẻ và nồng độ chì máu mỗi 6 tháng.	

* Theo dõi dùng thuốc: lâm sàng, tác dụng không mong muốn của thuốc, chì máu, chì niệu: trước, trong và sau mỗi đợt, công thức máu, chức năng thận, gan, đường máu, điện giải, calci, sắt, ferritin. Bổ sung nước và các khoáng chất, (lưu ý không bù sắt khi đang dùng BAL).

* Cần phải loại bỏ hết nguồn phơi nhiễm chì trước khi cho trẻ xuất viện về nhà.

6. TIÊN LƯỢNG

– Nồng độ chì máu > 70μg/dL thường gây hội chứng não cấp ở trẻ nhỏ (5 tuổi), có thể tử vong là 65%, 25-30% trẻ sẽ bị di chứng vĩnh viễn bao gồm chậm phát triển tinh thần, vận động, động kinh, mù, liệt.

– Phần lớn các trẻ có chì máu tăng có nguy cơ chậm phát triển trí tuệ và thể chất, cần phải điều trị.

– Có mối liên quan tỷ lệ nghịch giữa chỉ số IQ của trẻ em và nồng độ chì máu, ngay cả khi nồng độ chì máu thấp.

7. PHÒNG BỆNH

– Tăng cường tuyên truyền, giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức của người dân đối với chì, chỉ dùng các thuốc lưu hành hợp pháp.

– Loại bỏ các sản phẩm có nguy cơ gây nhiễm độc chì trong cuộc sống hàng ngày như sơn có chì, đồ chơi có chì.

– Giữ vệ sinh môi trường. Trẻ em ở nơi có ô nhiễm chì bên cạnh việc xử lý môi trường cần chú ý thường xuyên cung cấp đủ các chất khoáng cần thiết như calci, sắt, kẽm, ma giê.

– Kiểm tra sức khỏe (gồm xét nghiệm chì máu) định kỳ ở những vùng phơi nhiễm chì.

NGỘ ĐỘC CẤP THUỐC CHUỘT TRUNG QUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

– Ngộ độc cấp thuốc chuột Trung Quốc là loại ngộ độc thường gặp ở trẻ em.

– Bản chất thuốc diệt chuột Trung Quốc được xác định là Trifluoroaxetamid và một số muối fluor khác, gây độc tế bào do ức chế chu trình Krebs làm giảm chuyển hoá glucose, giảm hô hấp tế bào, cạn kiệt năng lượng. Độc chất gây tổn thương đa cơ quan: não, tim, thận, cơ. Dạng thuốc có thể là nước hay dạng hạt gạo đỏ.

– Nếu trẻ ăn lượng nhiều, xử trí không kịp thời có thể tử vong nhanh.

– Nguyên nhân chủ yếu do vô ý của người lớn không thận trọng trong khi bảo quản và sử dụng thuốc để trẻ ăn phải thức ăn hoặc uống phải thuốc chuột Trung Quốc hoặc do dùng thuốc để tự tử, thường trẻ tuổi vị thành niên.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Sau khi ăn hoặc uống thuốc chuột Trung Quốc, tuỳ theo lượng uống, giai đoạn bệnh, cách xử trí mà có biểu hiện sau:

– Giai đoạn tiềm tàng: 2 giờ - 15 giờ.

– Giai đoạn toàn phát.

+ Nhẹ: nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, sôi bụng, khát nước, giảm nhiệt độ, nhịp tim nhanh.

+ Vừa: trẻ hốt hoảng, tăng tiết dịch, thở nhanh, co rút, huyết áp giảm.

+ Nặng: co giật, co cứng cơ kiểu uốn ván, hôn mê, suy hô hấp, rối loạn nhịp tim, có thể block nhĩ thất, nhịp nhanh thất, rung thất, huyết áp hạ và ngừng tim.

Đái ít, nước tiểu đỏ, suy thận.

2.2. Xét nghiệm

– Độc chất tìm thấy trong dịch dạ dày, máu, nước tiểu.

– Điện giải đồ: thường có hạ calci máu, hạ natri máu.

– Điện tâm đồ: có thể thấy thay đổi sóng T và ST, nghẽn nhĩ thất, nhịp nhanh thất, rung thất.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Loại bỏ độc chất

– Gây nôn: kích thích họng, uống xà phòng loãng hoặc nước muối đặc chất kích thích gây nôn.

– Rửa dạ dày - ruột.

+ Thuốc tím 1/2000 - 1/500 dùng nhiều lần.

+ Nước sạch cho thêm muối ăn 5g/1 lít.

+ Uống sữa, lòng trắng trứng, nước đậu xanh để bảo vệ niêm mạc dạ dày.

+ Cho than hoạt: sau rửa dạ dày.

+ Thụt magie sulfat, sorbitol.

3.2. Giải độc đặc hiệu

Thuốc ethanvivalium (dùng cho loại thuốc chuột fluor).

Liều: 0,1 - 0,3g/kg/ngày chia 4 lần.

– Thuốc hỗ trợ: Co-enzym A có tác dụng khôi phục nhanh các tế bào bị tổn thương, đặc biệt tế bào thần kinh, adenosin-triphosphat (ATP): liều 20 - 40mcg (tiêm bắp).

3.3. Điều trị triệu chứng

– Chống suy hô hấp: hút đờm dãi, thở oxy, hô hấp hỗ trợ khi có chỉ định.

– Chống co giật: bằng seduxen 0,3mg/kg, tiêm TM hoặc hypnovel 0,2mg/kg, lần tiêm TM... Nếu không kết quả dùng thiopental.

+ Truyền dịch: tăng bài niệu, nâng huyết áp dùng natriclorua 0,9%, glucose 5%, ringerlactat.

+ Nếu HA hạ cho dopamin phối hợp với dobutanin liều 5 - 10mcg/kg/phút.

+ Điều trị rối loạn nhịp tim nếu có.

– Điều chỉnh rối loạn điện giải: thường gặp hạ natri máu. Nếu natri máu < 120mmol/l kèm co giật cho dung dịch natriclorua 3% 10 - 12ml/kg truyền trong 4 giờ, sau xét nghiệm lại điện giải đồ để điều chỉnh tiếp.

+ Bù calciclorua hoặc calci gluconat truyền tĩnh mạch.

– Hạ nhiệt độ: ủ ấm, truyền glucose tĩnh mạch.

LỌC MÁU THEO PHƯƠNG PHÁP THẨM PHÂN MÀNG BỤNG Ở TRẺ EM

Thẩm phân màng bụng là một phương pháp lọc máu ngoài thận, đơn giản có thể áp dụng trong các cơ sở điều trị vì không đòi hỏi những máy móc phức tạp cũng như nhân viên chuyên khoa đặc biệt.

Phương pháp này đặc biệt thích hợp ở trẻ em.

1. CHỈ ĐỊNH

1.1. Suy thận cấp

– Vô niệu hoặc thiểu niệu nặng (< 100ml/m^2 diện tích cơ thể) kéo dài trên 2 ngày.

– Kali máu > 7mmol/l và urê máu > 200mg%.

– Có tình trạng rối loạn nước điện giải nặng.

– Về lâm sàng có những triệu chứng nhiễm độc nặng có xu hướng diễn biến xấu.

1.2. Suy thận mạn

Với ta hiện nay chủ yếu nên dùng trong đợt cấp của suy thận mạn giúp bệnh nhân có thể qua khỏi đợt cấp để rồi có thể duy trì bằng các phương pháp điều trị nội khoa.

Tương lai sẽ thẩm phân màng bụng (TPMB) theo chu kỳ bằng đặt lưu catheter ổ bụng (TPMB bằng phương pháp thủ công hay máy).

1.3. Trong các trường hợp ngộ độc ngoại sinh (ngộ độc thuốc và thức ăn)

1.4. Trong các trường hợp ngộ độc nội sinh

1.5. Trong rối loạn nước và điện giải nặng

1.6. Trong các trường hợp suy tim và phù phổi

1.7. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định tuyệt đối, mà chỉ là tương đối.

– Viêm màng bụng khu trú.

– Bệnh nhi vừa mới được phẫu thuật ổ bụng.

– Các bệnh ổ bụng chưa được chẩn đoán.

– Rối loạn đông chảy máu nặng.

– Bụng bị dính nhiều.

2. DỤNG CỤ VÀ PHƯƠNG TIỆN CẦN THIẾT

– Dung dịch thẩm phân.

Hiện Viện Nhi đang dùng dung dịch CAPD 1,5%, 2,5% và 4,25% GLU của hãng B/Braun, mỗi túi có 2 lít dung dịch thẩm phân (khoa Dược đã có).

– Dung dịch kaliclorua: kali thường không được pha sẵn vào dung dịch trên mà tuỳ theo nồng độ kali trong máu bệnh nhân mà cho thêm vào.

– Dung dịch natribicarbonat: ở trẻ sơ sinh và bú mẹ, lactat thường được chuyển hoá kém. Vì vậy chúng tôi khuyên nên dùng natribicarbonat để tránh tình trạng nhiễm toan acid lactic.

– Heparin: Pha vào dung dịch thẩm phân 1000đv/1 lít.

– Kháng sinh để dự phòng biến chứng viêm màng bụng, nên cho kháng sinh vào dung dịch thẩm phân (Ampicillin 100mg/1 lít, hoặc cloramphenicol 50mg/l).

– Bộ dụng cụ thẩm phân: có bộ chuyên dụng có sẵn do B/Braun cung cấp, nhưng chú ý yêu cầu theo tuổi để cho vừa, nếu không có theo tuổi, trường hợp catheter của người lớn hay trẻ lớn thì cần chế tác, cải tiến lại cho vừa. (Bộ dụng cụ này gồm catheter đặt ổ bụng + bộ dây dẫn + van 3 chiều + túi đựng dung dịch thẩm phân thải ra hoặc túi 2 lít chứa nước tiểu plastic có sẵn).

– Khay đựng các dụng cụ để mổ màng bụng gồm: áo choàng, găng tay, khẩu trang, mũ, gạc vô trùng, dao nhọn, kéo, bơm tiêm, kim gây tê, chỉ lin, novocain, thuốc sát trùng, khăn mổ có lỗ vô trùng,...

– Dụng cụ để thông bàng quang: ở trẻ em chúng tôi không đặt sonde bàng quang vì rất dễ nhiễm khuẩn ngược dòng và rối loạn tiểu tiện sau đó, trừ những trường hợp đặc biệt trong quá trình TPMB vì khi bài tiết được nước tiểu là các cháu đái tốt, phát hiện cầu bàng quang.

3. CÁCH TIẾN HÀNH

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

– Giải thích cho gia đình và bệnh nhân kỹ thuật sẽ tiến hành để họ yên tâm.

– Nếu có cầu bàng quang phải cho bệnh nhi đái hết hoặc đặt sonde để đề phòng biến chứng chọc phải bàng quang.

– Về mùa lạnh phải hâm nóng dung dịch lên 38^0.

– Cho thuốc tiền mê.

3.2. Cách đặt ống thông màng bụng

– Bệnh nhân nằm ngửa.

– Sát trùng kỹ vùng bụng quanh rốn và vùng dưới rốn.

– Gây tê bằng dung dịch novocain 0,5% da và tổ chức dưới da.

– Dùng dao mổ rạch một đường nhỏ 3-5mm trên đường trắng giữa dưới rốn 1-2cm.

– Chọc thẳng góc ống catheter và nòng thông qua thành bụng qua chỗ rạch, khi ống thông đã vào ổ bụng, rút nòng thông ra một ít để tránh đâm thủng các tạng trong ổ bụng, hướng và đẩy từ từ ống thông vào hố chậu nhỏ, sau đó rút nòng ra, có thể trước khi đẩy ống thông vào ổ bụng, nên bơm vào ổ bụng một lượng dịch thẩm phân là 600ml/m^2 diện tích cơ thể để tránh nguy cơ chọc phải các nội tạng (trẻ có cổ trướng thì thôi).

– Lắp ống thông với bộ dây truyền dung dịch thẩm phân và cố định ống thông (catheter) vào da bụng.

3.3. Tiến hành thẩm phân

– Lượng dịch cho vào 1200ml/m^2 diện tích cơ thể hoặc 50-70ml/kg trong lượng cơ thể tuỳ tuổi, song không quá 2 lít.

– Tốc độ: cho chảy số lượng dung dịch nói trên vào ổ bụng trong vòng 15-20 phút, để lưu trong 15-20 phút, rồi cho chảy ra trong vòng 15 phút, trung bình 1 lần thay dịch là 50-60 phút.

– Thời gian thẩm phân: phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân trung bình 12-24 giờ.

– Lựa chọn dung dịch thẩm phân: dùng dung dịch 1,5% GLU, hay 2,5% GLU tuỳ thuộc tình trạng giữ nước của bệnh nhân, ở trẻ em không dùng dung dịch 4,25% GLU.

3.4. Theo dõi trong khi làm TPMB

– Khám xét kỹ lưỡng về lâm sàng, đánh giá tình trạng tuần hoàn, thần kinh, hô hấp, rối loạn nước và điện giải cũng như cân bằng toan

:iểm, đặc biệt phải xét kỹ càng ổ bụng xem có gan lách to không hoặc có ình trạng viêm màng bụng khu trú không? Phải cân bệnh nhi trước.

– Về xét nghiệm cần làm: urê, creatinin, ĐGĐ, đường máu.

– Theo dõi trong quá trình TPMB: lập bảng sau:

STT	Thời gian		Khối lượng dung dịch		Bilance		Theo dõi và xử trí (Thuốc, các loại dung dịch khác, diễn biến)
	Bắt đầu	Kết thúc	vào (ml)	ra (ml)	-	+	
Ví dụ	9 giờ 9 giờ 35 phút	9 giờ 15 phút 9 giờ 50 phút	1000	 900		100	Cân nặng, mạch, nhiệt độ, huyết áp, màu sắc dịch....

Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở hàng giờ, dung dịch thẩm ›hân vào-ra.

– Theo dõi sau thẩm phân:

+ Cân nặng bệnh nhân.

+ Máu: urê, creatinin, ĐGĐ.

+ Dịch màng bụng lấy ra: urê, creatinin, ĐGĐ, protein, tế bào.

+ Theo dõi nhiệt độ và chỗ đặt ống thông xem có bị nhiễm trùng :hông? chảy máu không?

·. BIẾN CHỨNG CỦA TPMB VÀ CÁCH XỬ TRÍ

·.1. Chảy máu

– Tại nơi mổ: hay gặp, xuất hiện ngay. Thường không cần xử trí, au vài lần thay nước thường hết.

– Chảy máu trong ổ bụng với triệu chứng sốc: rất ít gặp, thường xảy a ở bệnh nhân đã được làm thẩm phân nhiều lần.

.2. Đau bụng nhiều

– Nếu xảy ra lúc đưa nước vào thì cho dịch chảy chậm lại, thay đổi ư thế bệnh nhân. Nếu cơn đau dữ dội, đột ngột có nguy cơ vỡ tạng.

– Nếu xảy ra lúc lấy dịch ra, thì lại cho dịch vào một ít.

4.3. Tắc ống thông: Có thể do cục máu đông, do ruột bít lại.

Ta có thể:

- Thay đổi tư thế bệnh nhân.
- Bơm nhanh qua ống thông 20ml dung dịch.
- Nếu không kết quả: cho nòng thông vào hết sức thận trọng.
- Cuối cùng: thay thế một ống thông phúc mạc khác.

4.4. Hạ huyết áp và trụy tim mạch

Do bị mất nước, thường xảy ra khi dùng dung dịch ưu trương. Cần truyền ngay vào tĩnh mạch các dung dịch sinh lý hoặc tốt hơn là huyết tương, dextran.

4.5. Rối loạn tuần hoàn

Bệnh nhân cảm thấy tức, khó thở do cơ hoành bị đẩy lên cao hoặc do rối loạn điện giải, đặc biệt do giảm kali máu.

4.6. Viêm màng bụng

4.7. Tổn thương các phủ tạng: Gây thủng bàng quang hoặc ruột.

4.8. Các rối loạn chuyển hoá khác

Thường xảy ra khi làm thẩm phân nhiều lần như mất protein, tăng đường huyết hoặc rối loạn cân bằng toan kiềm.

QUY TRÌNH SỬ DỤNG MÁY SỐC ĐIỆN

1. QUY ĐỊNH CHUNG

- Không sử dụng máy trong môi trường dễ gây cháy nổ.
- Luôn giữ gìn máy sạch sẽ trước và sau khi vận hành, không để dính các chất dễ dẫn điện như các dung dịch ringer, máu.
- Chỉ các nhân viên y tế đã được hướng dẫn chu đáo và các bác sĩ tim mạch mới được vận hành máy.
- Chỉ nạp điện khi chắc chắn điện cực đã đặt đúng vị trí trên người bệnh nhân.

– Trước khi tiến hành sốc điện phải đảm bảo không có ai tiếp xúc rực tiếp với bệnh nhân, hoặc các dụng cụ máy móc... gắn trên người ệnh nhân.

– Không được tiến hành sốc điện nếu thấy mỡ tiếp xúc của 2 điện ực liên tục với nhau, hoặc mỡ tiếp xúc dây ra rìa hoặc nơi cầm điện cực.

– Không được cầm vào rìa điện cực khi sốc điện.

– Khi máy không sử dụng vẫn phải cắm máy vào nguồn điện để duy rì việc nạp pin và sẵn sàng cho việc sốc điện lần sau vào bất kỳ thời iểm nào.

– Không được nạp điện, phóng điện trên 4 lần/1 phút (nếu cần hóng lần thứ 4, phải đợi ít nhất 1 phút sau khi phóng điện lần 3).

Chú ý:

Khi máy đang ở chế độ theo dõi (Monitoring), thì không thể làm lược sốc điện hoặc tạo nhịp.

. QUY TRÌNH TIẾN HÀNH SỐC ĐIỆN

1. Bật máy: vặn núm điều chỉnh (số 1) ENERGY/MODE SELECT về ị trí DISARM.

2. Kiểm tra chế độ ĐTĐ: chọn PADDLES. Kiểm tra lại dạng sóng)TĐ khi đặt điện cực lên ngực bệnh nhân. Nên chọn chuyển đạo D2.

3. Đặt chế độ sốc điện: khi đặt đúng, đèn SYNC ở phía trước máy hông sáng. Nếu đèn SYNC sáng, ấn nút SYNC ở phía trước máy để họn chế độ sốc điện.

4. Chuẩn bị điện cực:

– Cho mỡ tiếp xúc vào mặt điện cực (quên bôi mỡ tiếp xúc sẽ làm ỏng nghiêm trọng da bệnh nhân), không bôi mỡ bằng tay vì dễ gây điện iật cho người làm.

– Cầm cán điện cực và nhấc điện cực thẳng lên từ hố để điện cực. ho mỡ tiếp xúc vào mặt của 2 điện cực.

– Cọ nhẹ 2 mặt điện cực với nhau để trải đều mỡ tiếp xúc.

5. Chọn mức năng lượng cần sốc:

Vặn nút Energy/mode select tới mức năng lượng cần thiết.

6. Đặt điện cực

Vào vị trí định sẵn trên ngực bệnh nhân:

– Điện cực trái (điện cực xương ức): khoang liên sườn 2 và 3 sát bờ phải xương ức.

– Điện cực phải (điện cực mỏm): khoang liên sườn 5 đường nách giữa.

7. Kiểm tra dạng sóng ĐTĐ

8. Nạp điện

Ấn nút nạp điện (số 2) (CHARGE) ở cạnh phải tay cầm điện cực mỏm, hoặc nút nạp điện (CHARGE) ở phía trước máy. Khi có tiếng Pip nhỏ liên tục, màn hình hiện chữ CHARGED và đèn CHARGE ở trước máy sáng là đã nạp điện xong. Trong vòng 40 giây sau khi nạp điện, nếu không được phóng điện, máy sẽ tự huỷ năng lượng đã nạp trong vòng 20 giây.

9. Kiểm tra trở kháng tiếp xúc giữa da và điện cực:

– Chú ý điều chỉnh áp lực nén điện cực trên ngực bệnh nhân.

– Kiểm tra mỡ tiếp xúc.

– Chú ý các tình trạng tiếp xúc không tốt (bệnh nhân da khô, quá gầy, người già..).

10. Phóng điện:

Cùng lúc ấn 2 nút DISCHARGE ở 2 điện cực.

11. Phóng điện lại:

Làm nhắc lại từ bước 5 đến bước 10. Chú ý mỗi lần làm xong để điện cực nằm nghiêng bên thành hố để điện cực, tránh mỡ dẫn điện dây vào máy.

12. Sau khi vận hành:

Vặn nút ENERGY/MODE SELECT về vị trí OFF và rút dây cắm nguồn.

– Lau sạch mỡ dẫn điện ở điện cực và đặt điện cực vào hõm đặt điện cực.

– Làm sạch máy.

– Đưa máy về nơi cất giữ và cắm dây nguồn để duy trì nạp điện.

XÂM HẠI TRẺ EM

1. ĐỊNH NGHĨA

Theo Tổ chức Y tế thế giới xâm hại, ngược đãi trẻ em bao gồm 4 loại: xâm hại thân thể (physical abuse), xâm hại tình dục (sexual abuse), xâm hại tinh thần/tình cảm (psychological/emotional abuse) và sao nhãng (neglect).

1.1. Xâm hại thân thể: là việc chủ ý dùng vũ lực gây tổn thương đến sức khỏe, sự sống còn, sự phát triển, lòng tự trọng của trẻ. Xâm hại thân thể bao gồm: đấm, đá, đánh, lắc, gây đau đớn cho trẻ, bóp cổ, gây bỏng, đầu độc trẻ. Bạo lực thân thể ở nhà nhằm mục đích trừng phạt trẻ.

1.2. Xâm hại tình dục: là những hành vi quấy rối, lạm dụng, cưỡng ép để thực hiện bất cứ hành vi tình dục nào làm tổn hại đến thể chất, tinh thần của trẻ gồm:

– Sử dụng các từ ngữ dâm ô, động chạm sờ mó, ép buộc thực hiện tình dục bằng tay hoặc bằng miệng trên một người khác hoặc

– Tình dục có xâm nhập đường miệng, âm đạo, hậu môn hoặc

– Bị ép phải chứng kiến các hành vi tình dục hoặc xem các hình ảnh khiêu dâm.

Những hành vi này có thể là bị ép buộc hoặc thậm chí là có sự đồng thuận của người bị hại nhưng vẫn bị coi là xâm hại.

1.3. Xâm hại tinh thần

Cha mẹ hoặc người bảo trợ không cung cấp hoặc cung cấp không đầy đủ một cách thường xuyên các hỗ trợ cần thiết cho sự phát triển của trẻ. Những hành vi này có nguy cơ gây tổn thương về tâm hồn, phẩm hạnh, sức khỏe tâm thần, thể chất, tương tác xã hội của trẻ. Xâm hại tinh thần bao gồm chửi mắng (dùng các từ thô lỗ, xúc phạm đến nhân phẩm), chế nhạo, đổ lỗi, phân biệt đối xử, lăng mạ, xỉ nhục (ví con cái như những con vật hay các hình tượng xấu xa, ghê tởm), hăm dọa, gây hoảng sợ, những đối xử có tính chất thù địch hoặc bỏ rơi trẻ.

1.4. Sao nhãng

Cha mẹ hoặc người bảo trợ thiếu sự chăm sóc thường xuyên, liên tục phù hợp với trẻ trên các lĩnh vực như y tế, giáo dục, phát triển tinh thần tình cảm, nuôi dưỡng, nhà ở và môi trường sống an toàn cho trẻ.

2. DẤU HIỆU VÀ CÁCH NHẬN BIẾT

2.1. Xâm hại thân thể

2.1.1. Tổn thương thân thể

* Tính chất:

– Tổn thương không giải thích được hoặc giải thích khó có tính thuyết phục.

– Tổn thương không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ.

* Hình thái:

– Bầm tím

– Trầy xước, vết rách, vết cắn, vết đâm

– Bỏng: do thuốc lá hoặc bỏng do bị nhúng nước sôi

– Gãy xương

– Sưng đau các vùng khác nhau

* Đặc điểm:

– Bầm tím:

+ Bầm tím ở các trẻ bản thân không tự di chuyển được (chưa biết đi, biết bò...).

+ Bầm tím nhiều lứa tuổi, có chấm xuất huyết kèm bầm tím.

+ Có hình dạng vật gây nên: vết lằn ngón tay, dây thắt lưng...

+ Hay gặp ở vị trí đầu, cổ, má, tai, cánh tay, lưng, bụng, mông, mặt ngoài đùi.

– Bỏng:

+ Hay gặp ở 2 chi dưới, mông.

+ Bỏng hình găng tay, hình tất chân.

+ Ranh giới phía trên vùng bị bỏng rõ ràng, độ sâu của bỏng như nhau và thường cân xứng hai bên.

+ Bỏng do thuốc lá thường có hình tròn, đường kính khoảng 1cm, ở vị trí vùng da hở.

– Gãy xương:

+ Gãy nhiều nơi, gãy ở nhiều lứa tuổi khác nhau, dạng gãy xoắn.

+ Gãy xương ở những trẻ chưa tự di chuyển được, trẻ nhỏ đặc biệt trẻ <18 tháng.

+ Vỡ xương sọ là tổn thương xương hay gặp nhất ở những trẻ bị bạo hành với đặc điểm đường vỡ đơn ở xương thái dương, vỡ xương sọ mép gãy cách xa nhau và bị lún, vỡ xương kèm theo tổn thương đáng kể trong sọ.

+ Gãy xương sườn vị trí phía sau.

+ Gãy xoắn và gãy chéo ở xương cánh tay, xương đùi.

2.1.2. Dấu hiệu hành vi / tinh thần

* Với trẻ:

– Buồn bã, thu mình, trầm cảm, hung hăng, gây gổ, phá phách.

– Mất ngủ, hoảng sợ, mê sảng trong khi ngủ.

– Hay kêu đau hoặc cử động khó khăn.

– Sợ hãi bố mẹ hoặc người bảo trợ, chăm sóc.

– Hay đến trường sớm hoặc ở lại trường muộn, khóc khi đến giờ về nhà.

– Bỏ nhà đi.

– Mặc quần áo không phù hợp với thời tiết để che dấu.
thân thể.

– Giải thích không logic về các vết thương cơ thể.

– Cảnh giác trước các tiếp xúc của người lớn.

– Nghiện rượu hoặc sử dụng thuốc kích thích.

* Với bố mẹ hoặc người bảo trợ, chăm sóc:

– Không giải thích, giải thích không thuyết phục hoặc mâu mẫu trong cách giải thích về vết thương của trẻ.

– Gọi trẻ với các từ ngữ nặng nề, xấu xa.

– Phạt trẻ một cách nặng nề ngay tại nơi khám khi trẻ mắc lỗi.

2.2. Xâm hại tình dục

2.2.1. Dấu hiệu thực thể

– Các vết thâm tím, chảy máu, sưng đau đặc biệt có liên quan đến bộ phận sinh dục.

– Đi lại, ngồi đứng khó khăn, quần áo rách bẩn, có máu.

– Ra máu dịch âm đạo hoặc dương vật.

– Đau bụng, đau vùng hạ vị.

– Nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, đại tiểu tiện không tự chủ.

– Các dấu hiệu nhiễm bệnh lây qua đường tình dục: sùi mào gà, herpes, giang mai...

– Có thai

2.2.2. Dấu hiệu hành vi và tinh thần

– Rối loạn tinh thần, cảm giác tự ti.

– Lo lắng, sợ sệt, xa lánh, trốn chạy.

– Trầm cảm, mặc cảm tội lỗi, hổ thẹn, có biểu hiện dọa tự tử hoặc tự tử..

– Mất ngủ, ăn không ngon hoặc cuồng ăn.

– Uống rượu hoặc sử dụng ma túy.

– Rối loạn về tình dục, sợ hãi, ghê tởm các hành vi tình dục, không có khả năng phân biệt các hành vi tình cảm và tình dục.

– Có hoạt động tình dục sớm.

– Có thể có hành vi xâm hại lạm dụng tình dục người khác.

2.3. Xâm hại tinh thần /tình cảm

2.3.1. Dấu hiệu thực thể

– Rối loạn ngôn ngữ.

– Chậm phát triển tinh thần.

– Suy dinh dưỡng hoặc béo phì.

– Sử dụng các chất kích thích.

– Lập kế hoạch tự tử hoặc đã tự tử không thành.

2.3.2. Dấu hiệu hành vi

* Với trẻ:

– Chống đối, phá phách.

– Rối loạn giấc ngủ.

– Hoặc quá thụ động hoặc quá ngỗ ngược, hung hăng.

– Kém gắn kết với cha mẹ, gia đình.

- Trầm cảm, có ý tưởng tự tử hoặc tự tử không thành.
- Học hành chểnh mảng, sa sút.

* Với cha mẹ hoặc người bảo trợ:

- Thường đổ lỗi cho trẻ, coi thường hạ thấp trẻ.
- Nhạo báng chế giễu hình thức, khả năng, suy nghĩ của trẻ.
- Không quan tâm đến trẻ và từ chối các đề nghị giúp đỡ trẻ.

2.4. Sao nhãng

2.4.1. Dấu hiệu thực thể

- Suy dinh dưỡng
- Nhiều chấy rận
- Bụng ỏng hoặc lép

2.4.2. Dấu hiệu hành vi

* Với trẻ:

- Hay mệt mỏi, ngủ gật trong lớp, hay trốn học.
- Lấy trộm hoặc ăn xin thức ăn, tiền bạc.
- Than thở không có ai ở nhà chăm sóc.
- Luôn cô đơn và rất mong có người chia sẻ.
- Quần áo mặc không phù hợp, vệ sinh kém, luôn đói ăn.

* Với cha mẹ hoặc người bảo trợ:

- Không hoặc ít quan tâm đến suy nghĩ, cảm xúc, hành động của trẻ.
- Không thể hiện sự yêu thương, trìu mến đối với trẻ.
- Cô lập, hạn chế cho trẻ chơi, tiếp xúc với những người khác.

3. QUY TRÌNH THỰC HIỆN CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ KHẨN CẤP CHO TRẺ EM BỊ XÂM HẠI ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ

(1) Đánh giá nhu cầu điều trị.

(2) Tiến hành các cấp cứu cơ bản (khi cần thiết) đảm bảo ổn định chức năng sống cho nạn nhân.

(3) Thăm khám tổng thể và ghi hồ sơ các tổn thương của trẻ (sử dụng lược đồ cơ thể).

(4) Thảo luận với ban điều hành về chuyên môn lâm sàng về các xét nghiệm chuyên sâu và điều trị cần thiết.

(5) Chuyển trẻ nghi ngờ bị xâm hại đến ban điều hành về chuyên môn lâm sàng khi tình trạng bệnh nhân đã ổn định.

(6) Đánh giá: các thành viên trong ban điều hành về chuyên môn lâm sàng sẽ cùng nhau đánh giá mức độ tổn thương và xác định trẻ có thực sự bị xâm hại hay không dựa theo khai thác bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, các thay đổi hành vi tâm lý của cả trẻ nghi ngờ bị xâm hại cũng như cha mẹ, người bảo trợ trẻ, cụ thể:

– Tùy theo tổn thương, các bác sĩ thuộc các chuyên khoa có liên quan sẽ thăm khám bệnh nhân.

– Bác sĩ chuyên khoa tâm bệnh đánh giá nguy cơ và tổn thương tâm lý cho bệnh nhân, cha mẹ hoặc người bảo trợ nếu cần.

– Hội chẩn với các chuyên khoa có liên quan nếu cần.

– Tổ công tác xã hội đánh giá các yếu tố gia đình, xã hội liên quan đến nạn nhân.

(7) Điều trị:

– Xác định điều trị nội trú hay ngoại trú dựa theo tiêu chuẩn nhập viện và điều trị tùy theo tổn thương cụ thể theo phác đồ chung.

– Nếu cần điều trị nội viện sẽ được điều trị tại các khoa phòng có liên quan đến tổn thương của trẻ.

– Với trẻ bị xâm hại tình dục có xâm nhập tuổi vị thành niên cân nhắc:

+ Thuốc tránh thai khẩn cấp.

+ Điều trị phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

+ Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục nếu có.

(8) Báo cáo về xâm hại theo mẫu thống nhất.

(9) Phối hợp cùng công an, tòa án thu thập các chứng cớ về xâm hại khi cần (chụp ảnh các tổn thương, thu thập mẫu bệnh phẩm).

(10) Phòng ngừa tái xâm hại:

– Tư vấn, cung cấp tài liệu, điện thoại hỗ trợ cho trẻ bị xâm hại, cho cha mẹ, người bảo trợ trẻ.

– Phối hợp cùng các tổ chức khác: hội phụ nữ, trung tâm bảo vệ trẻ em, công an... đảm bảo an toàn khi trẻ về nhà.

(11) Theo dõi và tái khám: theo chỉ định của bác sĩ.

4. TIÊU CHÍ NHẬP VIỆN CHO TRẺ BỊ XÂM HẠI ĐẾN KHÁM

4.1. Tổn thương thường gặp do xâm hại gây ra

– Xâm hại thân thể: chấn thương đầu - ngực - bụng, gãy xương (xương sọ, xương sườn, cánh tay, xương đùi...), bỏng, tổn thương nội tạng, bầm tím.

– Xâm hại tình dục: tổn thương bầm tím, rách liên quan đến bộ phận sinh dục, mang thai, bệnh lây truyền qua đường tình dục.

– Xâm hại tinh thần, tình cảm: tự tử, trầm cảm, rối loạn đau dạng cơ thể, rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ (ác mộng, hoảng sợ ban đêm) bỏ nhà, bỏ học.

– Xao nhãng, bỏ mặc: suy dinh dưỡng, tổn thương tâm lý.

4.2. Tiêu chuẩn nhập viện

4.2.1. Nguyên tắc

– Trẻ bị xâm hại cần được điều trị nội trú dựa theo mức độ nặng của thương tổn.

– Tiêu chuẩn nhập viện điều trị nội trú tương tự như những tổn thương không do xâm hại gây ra có cân nhắc đến các tổn thương phối hợp (thể chất, tinh thần, yếu tố gia đình, môi trường sống của trẻ).

4.2.2. Một số trường hợp cụ thể

* Chấn thương đầu: Nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ bị xâm hại thân thể. Nhập viện khi:

– Lâm sàng: nôn nhiều, thay đổi tri giác, tăng nhanh kích thước vòng đầu.

– Các biểu hiện chấn thương rõ ràng: lõm xương, vỡ xương hở...

– Cận lâm sàng, chụp cắt lớp, cộng hưởng từ có biểu hiện xuất huyết dưới màng cứng, màng nhện, não thất. Xuất huyết võng mạc.

* Chấn thường vùng ngực bụng: Nguyên nhân phổ biến thứ hai gây tử vong. Nhập viện khi:

– Khó thở, lồng ngực biến dạng.

– Có biểu hiện mất máu.

– Bụng chướng, đái máu.

– Vỡ tạng trong ổ bụng.

– Nhiễm khuẩn

* Gãy xương: Cho nhập viện tất cả các trường hợp gãy xương đặc biệt:

– Gãy xương phức tạp; gãy xoắn, gãy xương hở.

– Gãy nhiều xương.

– Gãy xương ở trẻ nhỏ đặc biệt dưới 6 tháng tuổi.

* Bỏng: Tùy theo mức độ và diện tích bỏng. Nhập viện khi:

– Có các biểu hiện nặng như sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.

– Bỏng độ II, III diện tích > 10% ở trẻ < 10 tuổi.

– Bỏng độ II, III diện tích > 20% ở trẻ > 10 tuổi.

(Bỏng ở trẻ bị bạo hành hay gặp ở lòng bàn tay, bàn chân, chi dưới, vùng mông).

* Tổn thương bộ phận sinh dục và tiểu khung: vết bầm tím, rách, chảy máu nặng nề ở bộ phận sinh dục.

* Sang chấn tâm lý:

– Có ý tưởng tự tử hoặc tự tử không thành

– Trầm cảm mức độ nặng

– Rối loạn giác ngủ nặng nề như có các cơn ác mộng, kinh hãi ban đêm.

– Rối loạn hành vi: tự gây thương tổn cơ thể, có hành vi gây tổn thương người khác.

* Suy dinh dưỡng nặng

* Nhiều tổn thương phối hợp với nhau

* Chưa thực sự an toàn khi về nhà.

* Cần nằm viện để xác định chẩn đoán.

TIẾP CẬN TRẺ TỰ TỬ

Tần số trẻ tự tử đang tăng ở một số nước. Hành vi tự tử thường xảy ra ở trẻ tuổi thành niên trên 10 tuổi. Các trường hợp tai nạn hoặc uống chất độc một cách bất thường, không lý giải được, nhất là ở trẻ bị trầm cảm, phải đặt câu hỏi có phải là hành vi tự tử không. Bảo vệ an toàn cho trẻ có ý đồ, có hành vi tự tử là biện pháp quan trọng trong việc xử trí, chăm sóc trẻ tự tử.

1. ĐÁNH GIÁ, XỬ TRÍ BAN ĐẦU

Ngay khi tiếp cận trẻ có hành vi tự tử:

(1) Đánh giá ngay các chức năng sống theo các bước ABCD, can thiệp kịp thời chức năng sống về hô hấp, tuần hoàn.

(2) Đánh giá các thương tích hay tình trạng ngộ độc để xử trí thích hợp. Các tình trạng tự tử có thể gặp:

– Uống thuốc quá liều (Valium), thuốc trừ sâu, ngộ độc carbon monoxyt, ăn thực vật độc.

– Cắt khuỷu tay, cắt mạch máu ở nông.

– Nhảy từ trên cao xuống.

– Treo cổ.

– Tự chạy đâm vào tàu, xe.

– Sử dụng vũ khí.

(3) Với trẻ đã chết thực sự, phải báo cáo cơ quan chức năng liên quan đến luật pháp.

2. ĐÁNH GIÁ, XỬ TRÍ TIẾP THEO

2.1. Đánh giá chẩn đoán tiếp theo

Có thể phân ra hai loại hành vi tự tử: có ý định tự tử bằng hành vi hủy hoại mình để kết thúc cuộc sống; và có hành động tự tử bằng hành vi hủy hoại mình nhưng có thể không gây chết một cách có ý thức hay không có ý thức, mục đích để được quan tâm hơn là kết thúc cuộc sống. Do đó mục đích của việc đánh giá chẩn đoán tiếp theo là phát hiện được các yếu tố nguy cơ dẫn đến tự tử để dự phòng, bảo vệ an toàn cho bệnh

nhân, không để trẻ tự tử lại; ngoài mục đích đánh giá chi tiết tình trạng bệnh nhân để xử trí tiếp. Nội dung đánh giá như sau:

– Đánh giá lại chi tiết tình trạng bệnh nhân để xử trí đầy đủ hơn. Tùy theo biện pháp tự tử để đánh giá chấn thương, hậu quả xảy ra do ngộ độc.

– Đánh giá cẩn thận hành vi tự tử:

+ Ý đồ tự tử không để ai biết, hoặc có để người khác biết để có thể phát hiện được trước khi chết.

+ Trẻ có để lại ghi chép gì giải thích nguyên nhân dẫn đến tự tử.

+ Có biểu hiện gì bất thường trong 48 - 72 giờ trước khi tự tử.

+ Trẻ có bị trầm cảm, tâm thần phân lập, dùng thuốc không?

+ Trẻ có ý định tự tử lại không?

– Đánh giá các yếu tố nguy cơ dẫn đến tự tử:

+ Phát hiện những hành động thiếu suy nghĩ, những mất mát, hoặc mâu thuẫn với bố mẹ, có thể dẫn đến hành vi tự tử.

+ Trẻ gái tự tử phổ biến hơn trẻ trai, nhưng ở trẻ trai thì hành vi tự tử mạnh mẽ hơn.

+ Trẻ có bệnh mạn tính, bị trầm cảm, tâm thần phân lập, mắc bệnh nan y.

+ Trẻ bị thất tình.

+ Trẻ có một số tính cách sau là các nguy cơ: thất vọng, thù nghịch, căm ghét, hấp tấp, bốc đồng, quá cầu toàn, kỹ năng giao tiếp xã hội yếu.

+ Bệnh nhân có tiền sử gia đình hoặc bản thân có hành vi tự tử.

+ Nghiện rượu, nghiện ma túy.

2.2. Xử trí tiếp theo

– Xử trí tiếp theo các chấn thương, hậu quả ngộ độc do hành vi tự tử gây ra.

– Sau khi khắc phục, xử trí các hậu quả của hành vi tự tử, vấn đề đặt ra là giữ bệnh nhân tiếp tục tại bệnh viện, tách khỏi môi trường vừa tự tử hay cho về nhà. Phải bảo vệ để bệnh nhân không tự tử lại. Chỉ định giữ lại bệnh viện hay tách khỏi môi trường tự tử như sau:

+ Bệnh nhân còn ý định tự tử.

+ Còn nguy hiểm cho bệnh nhân và người khác.

+ Trầm cảm hay nhiễm độc nặng.

+ Gia đình không thể chăm sóc trẻ.

+ Điều trị ngoại trú không kết quả.

+ Hành hạ về thể chất hay tình dục.

+ Không đảm bảo là không tự tử lại.

+ Đã có tiền sử tự tử.

+ Bệnh nhân cần yên tĩnh, cố định, điều trị thêm.

+ Điều kiện hỗ trợ, chăm sóc, an toàn cho người bệnh hạn chế khi xuất viện.

– Nên có sự phối hợp, hỗ trợ của các nhà tâm thần học trong xử trí, chăm sóc bệnh nhân.

– Điều trị các bệnh tâm thần.

+ Trầm cảm: thuốc chống trầm cảm, tâm thần trị liệu. Lưu ý liều độc của thuốc chống trầm cảm tricyclic rất thấp.

+ Tâm thần phân lập: thuốc an thần và nhập viện. Uống thuốc độc: điều trị đặc hiệu, đánh giá nồng độ chất độc huyết thanh và trạng thái tâm thần tới khi trở về bình thường.

– Hỗ trợ tâm lý gia đình bệnh nhân, loại bỏ tất cả nguồn có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân khi trở về nhà.

– Cẩn thận khi cho xuất viện, nên có tư vấn của bác sĩ tâm thần, phải đảm bảo:

+ Gia đình có khả năng theo dõi người bệnh.

+ Loại bỏ vũ khí, dụng cụ có thể tự tử.

+ Bảo quản chặt chẽ: rượu, thuốc, hóa chất độc, chất cháy, đồ sắc, nhọn.

+ Làm thỏa thuận không tự tử với bệnh nhân.

+ Có kế hoạch điều trị bệnh tâm thần, chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Chương 3

BỆNH HÔ HẤP

VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI DO VI KHUẨN

Viêm phế quản phổi là tổn thương cấp diễn, lan toả cả phế nang, mô kẽ lẫn phế quản, thường do virus khởi đầu, sau đó bội nhiễm do vi khuẩn hoặc cả hai.

Thường vi khuẩn qua đường hô hấp, ngoài ra vi khuẩn qua đường máu, bạch huyết, không điều trị kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Dấu hiệu lâm sàng

- Sốt
- Ho có đờm (màu vàng, màu xanh hay gỉ sắt).
- Nhịp thở nhanh so với lứa tuổi.
- Cánh mũi phập phồng, sùi bọt cua (trẻ sơ sinh).
- Rút lõm lồng ngực.
- Li bì.
- Có thể tím tái, co giật, có cơn ngừng thở.
- Phổi có ran ẩm nhỏ hạt rải rác hai phế trường.

1.2. Xét nghiệm

- Công thức máu.
  + Số lượng bạch cầu tăng.
  + Bạch cầu trung tính tăng cao.
- Xquang: có ý nghĩa chẩn đoán xác định. Tuỳ theo mức độ có thể có:
  + Những đám mờ tập trung hoặc nốt mờ rải rác ở nhu mô phổi.
  + Có hình bóng hơi (thường do tụ cầu).
- Khí máu (chỉ cần làm khi có suy thở).

+ Nhẹ chưa thấy thay đổi.

+ Vừa: Thường thấy toan hoặc kiềm hô hấp còn bù.

+ Nặng:

Thường có toan hỗn hợp mất bù với:

$PO_2\downarrow$, $pCO_2\uparrow$

$SaO_2\downarrow$, $pH\downarrow$

– Cấy dịch tìm nguyên nhân

+ Lấy dịch họng mũi.

+ Lấy dịch nội khí quản

+ Soi tươi và nuôi cấy tìm vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

– Làm xét nghiệm CRP (C-Reactive - Protein) (nếu cần).

CRP > 10mg/l (để phân biệt với viêm phổi do virus).

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị triệu chứng

– Để bệnh nhân nằm ở nơi thoáng, tránh gió lùa.

– Nếu sốt trên 38°C, dùng paracetamol 10 - 15mg/kg, cứ 6 giờ dùng 1 lần đến khi nhiệt độ hạ xuống < 38°C thì ngừng thuốc. Không dùng paracetamol quá 100mg/kg/24 giờ.

– Làm thông thoáng đường thở, cho bệnh nhân nằm đầu cao, hút dịch mũi họng hoặc qua nội khí quản.

– Nếu bệnh nhân co thắt (ran rít, ran ngáy hai phế trường...) cho khí dung:

{ Natri clorua 9‰ x 2ml
{ Ventolin 0,2mg/kg/lần x 5-10 lần

Sau đó vỗ rung và hút dịch mũi, miệng. Cứ 3 - 4 giờ làm lại 1 lần.

2.2. Dùng kháng sinh

2.2.1. Các chủng vi khuẩn hay gây viêm phế quản phổi

Vi khuẩn hay gây viêm phế quản phổi trẻ em theo lứa tuổi như sau:

– Trẻ dưới 1 tháng tuổi:

+ Nhóm β của Streptococcus
+ E. coli
+ Staphylococcus pneumoniae
+ Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa

– Trẻ 1 - 3 tuổi:
+ Haemophilus influenzae
+ Streptococcus pneumoniae

– Trẻ trên 3 tuổi:
+ Streptococcus pneumoniae
+ Staphylococcus aureus
+ Mycoplasma pneumoniae

2.2.2. Kháng sinh và liều lượng

• *Bệnh nhi chưa dùng kháng sinh ở tuyến trước*

– Ampicillin: liều dùng: 50mg - 100mg/kg/24giờ, pha nước cất đủ 10ml, tiêm tĩnh mạch chậm, chia 2 lần trong ngày (làm test trước khi tiêm).

– Có thể phối hợp: với amikacin: liều dùng: 15mg/kg/24 giờ, chia 2 lần tiêm bắp.

• *Bệnh nhân đã dùng kháng sinh*

– Augmentin loại 0,5g hoặc 1g: liều dùng 100mg/kg/24 giờ; pha loãng bằng nước cất đủ 20ml, tiêm tĩnh mạch chậm, chia 2 lần, phối hợp với amikacin: liều 15mg/kg/24 giờ, tiêm bắp chia 2 lần trong ngày.

– Hoặc Tarcefoksym loại 1g: liều dùng 100mg/kg/24 giờ. Tiêm tĩnh mạch chậm chia 2 lần trong ngày phối hợp với amikacin: liều 15mg/kg/24 giờ, tiêm bắp chia làm 2 lần trong ngày.

2.2.3. Nếu nghi là do tụ cầu trùng

– Cloxacillin loại 0,5g: liều lượng 100mg - 200mg/kg/24 giờ. Tiêm tĩnh mạch, chia 2 lần trong 1 ngày.

– Hoặc Bristopen loại 1g: liều lượng 100mg/kg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch chia 2 lần trong ngày.

– Hoặc vancomycin loại 0,5g: liều dùng 30 - 50mg/kg/24 giờ, pha vào huyết thanh mặn đẳng trương 9‰ vừa đủ truyền trong 1 giờ (tốc độ từ 15 - 20 giọt trong 1 phút).

Kết hợp amikacin 15mg/kg/ngày chia 2 lần (TB).

2.2.4. Khi có kết quả kháng sinh đồ sẽ lựa chọn kháng sinh thích hợp

2.3. Một số điểm cần lưu ý

Truyền dịch chỉ nên cho 20ml/kg/24 giờ; 7 giọt trong 1 phút. Khi thấy gan to, mạch nhanh, đái ít không nên truyền dịch, dấu hiệu trên biểu hiện suy tim. Cần cho:

Digoxin: liều 0,02mg/kg/24 giờ, chia làm 3 lần. Uống lần đầu 1/2 liều trên. Sau đó số còn lại chia ra cứ 8 giờ cho uống 1/4 liều còn lại. Cần theo dõi nhịp tim.

2.4. Chăm sóc, vệ sinh ăn uống

- Cặp nhiệt độ sáng, chiều; theo dõi nhịp thở, tinh thần của bệnh nhân.
- Giữ cho bệnh nhân sạch, đặc biệt các hốc tự nhiên.
- Cho bệnh nhân uống nước hoa quả tươi, ăn thức ăn dễ tiêu (sữa, cháo, bột...).

2.5. Bệnh nhân xuất viện

- Hết sốt
- Tỉnh táo
- Ăn, uống tốt
- Bạch cầu trở về bình thường
- Phổi hết hoặc đỡ ran
- Xquang phổi: các đám mờ rải rác ở phế trường thuyên giảm.

VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP TÍNH

Viêm tiểu phế quản cấp tính hay gặp ở trẻ dưới 1 tuổi thường do virus hợp bào hô hấp gây ra (Respiratory Syncytial Virus - RSV).

Trẻ đẻ non, bệnh tim bẩm sinh, thiểu sản phổi suy dinh dưỡng có nguy cơ bị bệnh cao.

I. CHẨN ĐOÁN: dựa vào lâm sàng và Xquang

1.1. Lâm sàng

Bệnh cấp tính:

- Khởi đầu bằng viêm long đường hô hấp trên.
- Toàn phát với dấu hiệu suy thở, thở nhanh, rít, thông khí kém.
- Biểu hiện thiếu oxy: vật vã, tím tái.
- Rút lõm lồng ngực, phổi ứ khí, tắc nghẽn, bít tắc.
- Các bộ phận khác: tim mạch ảnh hưởng, thần kinh kích thích hoặc li bì.

1.2. Xét nghiệm

- Công thức máu

Không đặc hiệu, có thể có tăng bạch cầu lympho.

- Xquang phổi

+ Phổi ứ khí, cơ hoành hạ thấp.

+ Biểu hiện mờ các tiểu phế quản.

+ Đôi khi có biểu hiện xẹp cục bộ các phân thuỳ. Có khi xẹp cả phân thuỳ phổi do bít tắc.

- Phân tích khí máu, chỉ cần làm với thể nặng.

+ SaO_2 giảm < 92%.

+ PaO_2 giảm < 60mmHg.

+ $PaCO_2$ tăng.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Thể nhẹ

- Bệnh nhân tỉnh, môi hồng, bú được, SaO_2 > 95%, khó thở nhẹ.
- Điều trị tại nhà:

+ Ăn uống đầy đủ.

+ Hướng dẫn bố mẹ phát hiện những dấu hiệu nặng.

2.2. Thể trung bình

- Ăn kém
- Mất nước
- Ngủ lịm

- Khó thở rõ
- SaO_2 92 - 95%.

Điều trị: Tại bệnh viện

- Thở oxy, duy trì SaO_2 > 95%.
- Ăn qua ống thông dạ dày.
- Truyền dịch:

+ Dung dịch ringer glucose 5%: 20-50ml/kg, tốc độ 5-10 giọt/phút.
+ Khi có gan to, tĩnh mạch cổ nổi, đái ít, mạch nhanh: không được truyền.
+ Khí dung: Ventolin 0,2mg/kg/lần
NaCl 9‰ x 3-5ml/lần } x 3-4 lần/ngày

2.3. Thể nặng

- SaO_2 < 92%
- Mệt lả
- Dấu hiệu tăng CO_2: vã mồ hôi, kích thích hay ngừng thở.

Điều trị: (chuyển điều trị tích cực)

- Theo dõi chặt chẽ: mạch, nhịp thở SpO_2.
- Kiểm tra khí máu.
- Thở CPAP hay thở máy.
- Truyền dịch ringer glucose 5% 20ml/kg/24 giờ, 7 - 8 giọt /phút.
- Khí dung:

+ Ventolin 0,2mg/kg/lần
+ Natri clorua 9‰ x 5ml } x 3-4 lần/24 giờ

- Khi bệnh nhân ngừng thở, hoặc $PaO_2 \leq 50mmHg$ và $PaCO_2 \geq 70mmHg$ đặt nội khí quản thở máy với PEEP ≥ 2cm H_2O.

2.4. Kháng sinh

- Chỉ dùng khi có biểu hiện bội nhiễm:

+ Bạch cầu trung tính tăng.
+ Xquang phổi có đám mờ.
+ Phổi nghe có ran ẩm.

– Khi bệnh nhân đặt nội khí quản hay chạy máy thở cũng cần cho kháng sinh chống bội nhiễm.

– Cần cấy dịch để tìm vi khuẩn và kháng sinh đồ.

– Thường dùng 2 loại:

+ β lactamin hoặc cephalosponin kết hợp với:

+ Aminosid

3. CHĂM SÓC

– Để bệnh nhân nằm đầu cao.

– Hút đờm dãi.

– Cho ăn sữa, cháo. Nếu bệnh nhân nặng đặt sonde để cho ăn.

– Vỗ rung, dẫn lưu tư thế.

– Theo dõi: mạch, nhiệt độ, nhịp thở và độ bão hoà oxy.

4. XUẤT VIỆN

– Bệnh nhân tỉnh táo, hết sốt, ăn tốt.

– Nhịp thở trẻ về bình thường.

– Chỉ số khí trong máu trở về bình thường.

VIÊM THANH QUẢN CẤP

Viêm thanh quản cấp thường do virus Para influenza, hay xảy ra ở trẻ từ 6 tháng - 3 tuổi, vào mùa Đông.

1. CHẨN ĐOÁN: Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

1.1. Lâm sàng

– Khởi phát từ từ sau nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, thường xảy ra vào ban đêm.

– Có biểu hiện viêm thanh quản:

+ Ho khan, ho ông ổng.

+ Khàn tiếng.

+ Khó thở, chủ yếu thì thở vào, có tiếng rít khi thở vào.

+ Ăn uống khó.

+ Sốt 38 - 39°C.

1.2. Xét nghiệm: không đặc hiệu

- Công thức máu: bình thường, đôi khi số lượng bạch cầu tăng, chủ yếu là bạch cầu lympho.

- Xquang phổi: ứ khí.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Trường hợp nhẹ

- Cho uống hay truyền dịch: 20ml/kg/24 giờ dung dịch glucose 5% hoặc natrichlorua 9‰, truyền 10 giọt trong 1 phút.

- Prometazin (Phenergan): 5 - 10mg (uống)

- Không tốt lên cho: khí dung hydrocortison 10mg/lần x 2-3 lần/24 giờ.

2.2. Trường hợp vừa và nặng

- Để bệnh nhân tự chọn tư thế nằm

- Thở oxy qua ống thông, nồng độ tuỳ vào SaO_2. Nếu $SaO_2 \leq 96\%$ cho thở 100% oxy để SaO_2 lên 99%; sau đó giảm nồng độ oxy còn 45 - 50%.

- Cho prometazin 5 - 10mg (uống).

- Cho truyền dịch:

+ Dung dịch ringer glucose 5%: 20ml/kg/24 giờ, tĩnh mạch 8-10 giọt/phút.

+ Hoặc uống theo yêu cầu bệnh nhi.

- Khí dung: { Natriclorua 9‰ = 2ml
  { Hydrocortison 2mg/kg/lần

  Khí dung từ 10 - 15phút, ngày 3 lần.

- Có thể uống prednisolon 1-2mg/kg/24 giờ.

- Trường hợp khó thở nặng cho khí dung adrenalin 0,002mg/kg/lần x 2-3 lần/24 giờ.

- Theo dõi: nhiệt độ, nhịp thở, bão hoà oxy, nước tiểu, mạch.

Nếu bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng, cho kháng sinh đường tĩnh mạch theo kháng sinh đồ.

2.3. Chăm sóc

- Chú ý tư thế bệnh nhân để bệnh nhân chọn tư thế không nên ép bệnh nhân.
- Thường nằm đầu cao.
- Vệ sinh thân thể.
- Cho ăn chất dễ tiêu (sữa, cháo, ăn nhiều bữa). Nếu bệnh nhân không ăn cần phải cho ăn bằng sonde.
- Luôn có người ở cạnh bệnh nhân. Khi có nôn phải nhanh chóng hút và làm thông đường thở.

2.4. Xuất viện

- Bệnh nhân tỉnh táo, hết hoặc đỡ ho.
- Hết sốt.
- Bão hoà oxy trở về bình thường.
- Phổi không còn ran.
- Bệnh nhân thèm ăn.

KHÓ THỞ THANH QUẢN

Khó thở thanh quản được coi như một cấp cứu hô hấp ở trẻ em.

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1.1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng để chẩn đoán khó thở thanh quản.

- Có 3 triệu chứng cơ bản, cổ điển là:
  + Khó thở thì hít vào, khó thở chậm.
  + Có tiếng rít thanh quản (Cornage)
  + Co kéo cơ hô hấp nhất là lõm ức và rút lõm lồng ngực.

– Có 4 triệu chứng phụ hay gặp:

+ Khàn tiếng hay mất tiếng (khi nói, ho, khóc).

+ Đầu gật gù khi thở, thường ngửa đầu ra sau trong thì hít vào.

+ Quan sát thấy sụn thanh quản nhô lên khi hít vào.

+ Nhăn mặt và nở cánh mũi.

1.2. Chẩn đoán mức độ khó thở thanh quản

Đánh giá mức độ khó thở thanh quản rất quan trọng. Điều này giúp cho tiên lượng và có thái độ xử trí kịp thời. Có 3 mức độ khó thở thanh quản theo 3 mức nặng nhẹ:

- *Độ 1*

– Khàn và rè tiếng khi khóc, nói.

– Tiếng ho còn trong hay hơi rè.

– Biểu hiện khó thở vào chưa điển hình, tiếng rít thanh quản nhẹ hoặc chưa rõ, co kéo cơ hô hấp phụ ít.

– Tình trạng toàn thân chưa ảnh hưởng.

- *Độ 2*

– Mất tiếng, nói không rõ từ.

– Tiếng ho ông ổng như chó sủa.

– Triệu chứng khó thở thanh quản điển hình tiếng rít thanh quản rõ, co kéo cơ hô hấp mạnh.

– Trẻ kích thích, vật vã, hốt hoảng, lo sợ.

- *Độ 3*

– Mất tiếng hoàn toàn, khóc hoặc nói không thành tiếng.

– Không ho thành tiếng hoặc không ho được.

– Triệu chứng khó thở dữ dội, có biểu hiện của tình trạng thiếu oxy nặng. Trẻ có thể tím tái, rối loạn nhịp thở.

– Tình trạng toàn thân bị ảnh hưởng rõ thần kinh (hôn mê, lờ đờ hay vật vã), tim mạch, da tái vã mồ hôi...

1.3. Chẩn đoán nguyên nhân khó thở thanh quản

1.3.1. Khó thở thanh quản cấp tính

– Dị vật đường thở: có hội chứng xâm nhập.

– Viêm thanh quản cấp: nguyên nhân có thể do vi khuẩn (H.influenzae, Streptococcus, Staphylococcus) hoặc virus (hay gặp nhất là virus cúm, sau đó là virus nhóm Myxovirus).

– Têtani: thường ở trẻ còi xương có biểu hiện co thắt thanh quản cấp tính.

– Bạch hầu thanh quản: có thể khởi phát từ từ nhưng khi có giả mạc gây tắc thì khó thở dữ dội. Phát hiện dựa vào khám họng, soi thanh quản, cấy tìm vi khuẩn bạch cầu.

– Viêm thanh quản do sởi: có biểu hiện viêm long đường hô hấp, mọc ban sởi và dựa vào dịch tễ học.

– Áp xe sau họng: biểu hiện nhiễm trùng nặng và không nuốt được.

1.3.2. Khó thở thanh quản mạn tính

– Thở rít thanh quản bẩm sinh (Stridor congenitale) do mềm sụn thanh quản, dị dạng sụn thanh quản.

– Hẹp thanh quản mạn tính: do hậu quả của chấn thương hoặc hẹp do u máu, dị dạng bẩm sinh.

– U nhú thanh quản: là loại u nhú, lành tính ở thanh quản, u phát triển nhanh, tái phát gây khó thở thanh quản từ từ. Chẩn đoán nhờ soi thanh quản.

2. XỬ TRÍ KHÓ THỞ THANH QUẢN TRẺ EM

– Mức độ khó thở thanh quản.

– Có sốt hay không sốt.

– Đánh giá lại sau 10 - 15 phút điều trị.

– Điều trị nguyên nhân.

Cụ thể:

Nguyên nhân	Xử trí
*** Có sốt:**	
- Viêm thanh quản cấp dưới thanh môn	- Thở không khí ẩm. - Corticoid 2mg/kg/ngày (TB và khí dung)
- Viêm nắp thanh quản cấp	- Tư thế ngồi, oxy
- Bạch hầu	- Kháng sinh β lactam, cephalosporin
- Áp xe thành sau họng	- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản - Huyết thanh kháng độc tố - Kháng sinh (tĩnh mạch) - Chích áp xe
*** Không sốt:**	
- Mềm sụn thanh quản	- Vitamin D, calci
- U máu dưới thanh môn	- Corticoid (tiêm bắp)
- Dị ứng	- Khí dung adrenalin, tiêm corticoid
- Dị vật đường thở	- Nội soi phế quản lấy dị vật

HEN PHẾ QUẢN TRẺ EM

1. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh nhân có cơn khó thở với đặc điểm:
   - Khó thở ra.
   - Co thắt: ran rít, ran ngáy.
   - Tắc nghẽn: thông khí giảm.
2. Đáp ứng với thuốc giãn phế quản
3. Tái phát ít nhất 3 lần trong vòng 6 tháng
4. Có tiền sử hen và dị ứng
5. Cận lâm sàng:
   - Xquang có hình ảnh ứ khí.
   - CTM có bạch cầu ái toan tăng cao.

2. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ CƠN HEN CẤP

2.1. Phân loại mức độ nặng nhẹ hen phế quản

Độ hen / Triệu chứng	Độ I Cơn hen nhẹ	Độ II Cơn hen vừa	Độ III Cơn hen nặng	Độ IV Cơn hen rất nặng
Khó thở	Khi gắng sức (vận động).	Khi gắng sức (trẻ em quấy khóc, khó bú).	Khó thở cả khi nghỉ ngơi. Trẻ nhỏ không bú được.	Khó thở dữ dội.
Nói	Nói được câu dài.	Ngắt đoạn	Từng từ	Không thể nói được.
Ran rít, ran ngáy.	Nghe thấy ở cuối thì thở ra.	Nghe thấy ở thì thở ra.	Ran rít to cả thì thở ra và hít vào.	Không nghe thấy ran.
Bão hoà oxy (SaO_2)	> 95%	91-95%	< 90%	Rất giảm.

2.2. Xử trí hen phế quản

2.2.1. Cơn hen nhẹ

– Thuốc: chọn một trong các thuốc: ventolin, bricanyl, salbutamol

– Đường dùng: khí dung, xịt, hoặc uống.

– Liều lượng: liều 0,05 - 0,45mg/kg, nhắc lại sau 20-30 phút nếu các triệu chứng lâm sàng không giảm.

– Thời gian: ngừng điều trị khi triệu chứng cải thiện.

Có thể dùng prednisolon 2mg/kg uống nếu: cơn hen kéo dài trên 48 giờ hoặc tiền sử có cơn hen nặng.

2.2.2. Cơn hen vừa

– Thuốc: chọn một trong các thuốc: ventolin, bricanyl, salbutamol

– Đường dùng: khí dung, xịt, hoặc uống.

– Liều lượng: liều 0,05 - 0,15mg/kg, nhắc lại sau 20-30 phút nếu các triệu chứng lâm sàng không giảm, nhắc lại 5-6 lần.

– Thời gian: từ 3 - 6 ngày.

– Có thể dùng prednisolon 2mg/kg uống hoặc tiêm tĩnh mạch.

2.2.3. Cơn hen nặng

– Thở oxy

– Thuốc: chọn một trong các thuốc: ventolin, bricanyl, salbutamol, combivent.

– Đường dùng: khí dung, xịt, hoặc uống.

– Liều lượng: liều 0,05 - 0,15mg/kg, nhắc lại sau 20-30 phút nếu các triệu chứng lâm sàng không giảm. Nhắc lại nhiều lần.

– Thời gian: đánh giá lại sau 30 phút/lần.

Corticoid (Sulumedrol): liều lượng: 2mg/kg/24 giờ, chia làm 2 lần tiêm tĩnh mạch chậm.

2.2.4. Cơn hen ác tính

– Thở oxy

– Lần lượt sử dụng các thuốc sau:

+ Khí dung ventolin: liều 0,05 - 0,15mg/kg, có thể nhắc lại 20 - 30 phút nếu các triệu chứng lâm sàng không giảm. Có thể kết hợp khí dung ventolin với kháng cholin (Combivent).

+ Truyền tĩnh mạch: salbutamol 0,1mg/kg cân nặng trong 2 giờ hoặc aminophylin truyền tĩnh mạch chậm 7mg/kg/ trong 60 phút.

+ Corticoid (Methylprednisolone): liều lượng: 2-4mg/kg/ 24 giờ tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Adrenalin 1/1000: truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liều lượng 0,0001mg/kg cân nặng/giờ.

Nếu không đáp ứng cho giãn cơ, đặt nội khí quản và thở máy.

3. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN

3.1. Phân loại bậc hen

Mức độ	Số cơn	Cơn đêm	Lưu lượng đỉnh
Bậc 1. Nhẹ cách quãng	≤ 1 lần/tuần	≤ 2 lần/tháng	≥ 80% giá trị lý thuyết dao động < 20%
Bậc 2. Nhẹ kéo dài	> 1 lần/tuần	≤ 2 lần/tháng	≥ 80% giá trị lý thuyết dao động 20-30%
Bậc 3. Vừa kéo dài	Hàng ngày	> 1 lần/tuần	60-80% giá trị lý thuyết dao động > 30%
Bậc 4. Nặng kéo dài	Liên tục	Thường xuyên	≤ 80% giá trị lý thuyết dao động > 30%

3.2. Tiêu chuẩn cần dự phòng hen

- Bệnh nhân chẩn đoán khẳng định là hen phế quản.
- Bệnh nhân xuất hiện 3 cơn/3 tháng.

3.3. Các thuốc dự phòng hen

- ICS
  - Beclomethason (Becotide) dùng trong bậc 1,2
  - Fluticason (Flixotide) dùng trong bậc 1,2
  - Budesonid (Pulmicort) dùng trong bậc 1,2
- ICS + LABA (Seretide, Symbicort): dùng trong hen bậc 2,3,4

3.4. Liều lượng thuốc dự phòng

Bậc	Dự phòng lâu dài	Thời gian
Bậc 1: Nhẹ cách quãng	Hàng ngày có thể dùng ICS hít liều thấp < 200µg.	Sau 3 tháng, sau đó đánh giá lại
Bậc 2: Nhẹ kéo dài	Điều trị hàng ngày ICS hít 200-500µg.	3 tháng (tính từ cơn cuối cùng), sau đó đánh giá lại, tiếp tục hoặc chuyển bậc.
Bậc 3: Vừa kéo dài	Điều trị hàng ngày ICS + LABA	3 tháng (tính từ cơn cuối cùng), sau đó đánh giá lại, tiếp tục hoặc chuyển bậc.
Bậc 4: Nặng kéo dài	Điều trị hàng ngày + ICS + LABA + Có thể ICS kết hợp với (Cromolyne, Ketotifer, Montelukast)	3 tháng (tính từ cơn cuối cùng), sau đó đánh giá lại, tiếp tục hoặc chuyển bậc.

VIÊM MỦ MÀNG PHỔI

Viêm mủ màng phổi (VMMP) là một tình trạng bệnh lý gây nên bởi quá trình viêm kèm theo tích mủ trong khoang màng phổi do các vi khuẩn sinh mủ.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Bệnh nhân được chẩn đoán VMMP khi có các dấu hiệu sau:

– Hội chứng nhiễm trùng.

– Khó thở.

– Hội chứng 3 giảm ở phổi (ở trẻ nhỏ: rì rào phế nang giảm + gõ đục).

– Chọc dò màng phổi có mủ.

1.2. Xét nghiệm

– Máu ngoại biên: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, máu lắng tăng.

– Xquang phổi (thẳng nghiêng): hình ảnh góc sườn hoành tù, mờ nhiều hay ít tuỳ mức độ tràn dịch hoặc có hình ảnh vách hoá khoang màng phổi.

– Siêu âm khoang màng phổi: có hình ảnh tràn dịch toàn bộ hay vách hoá tạo thành ổ cặn.

– Các xét nghiệm dịch màng phổi: nhuộm Gram, sinh hoá, tế bào, cấy mủ tìm vi khuẩn. Vi khuẩn gây bệnh phổ biến là nhóm vi khuẩn Gram (+), hầu hết là tụ cầu vàng. Nhóm vi khuẩn Gram (-) chủ yếu là K.pneumoniae, ngoài ra có thể gặp P.aeruginosa, H.influenza...

2. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc:

– Dùng kháng sinh - điều trị căn nguyên vi khuẩn.

– Làm sạch mủ khoang màng phổi.

– Điều trị hỗ trợ, điều trị triệu chứng.

2.1. Điều trị kháng sinh

Qua quá trình nghiên cứu cho thấy vi khuẩn gây bệnh 3/4 là Gram (+) trong đó chủ yếu là tụ cầu vàng, 1/4 là Gram (-) ưu thế là K.pneumoniae. Do vậy các kháng sinh sử dụng trong điều trị nên như sau:

- *Với nhóm vi khuẩn Gram (+)*

Kết hợp nhóm beta - lactam và aminosid.

– Cloxacillin (100 - 150mg/kg/24 giờ/TM) + Amikacin (15mg/kg/24 giờ/TB).

– Hoặc oxacillin (100-150mg/kg/24 giờ/TM) + Amikacin (15mg/kg/24 giờ/TB).

Bệnh nhân trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết nặng dùng:

Vancomycin 10mg/kg/6 giờ/nhỏ giọt TM + Amikacin (15mg/kg/24 giờ/TB).

- *Với nhóm vi khuẩn Gram (-)*

– Ceftazidim (Fortum) (100-150mg/kg/24giờ) + Amikacin.

– Hoặc Cefoperazon (Cefobis) (100-150mg/kg/24 giờ /TM) + Amikacin.

– Hoặc điều trị theo kháng sinh đồ nếu có kết quả nuôi cấy vi khuẩn.

- *Thời gian điều trị kháng sinh 4 tuần*

2.2. Các biện pháp làm sạch mủ khoang màng phổi

- *Chọc hút màng phổi*

– Bệnh nhân đến sớm < 5 ngày.

– Xquang có dịch < 3 khoang liền sườn, hoặc lớp dịch có độ dày ít hơn 20mm trên hình ảnh siêu âm.

– Dịch chọc ra đục nhẹ, xét nghiệm bạch cầu < 1g/l.

- *Mở màng phổi tối thiểu dẫn lưu kín*: áp dụng cho hầu hết các trường hợp

– Xquang có hình ảnh tràn dịch > 3 khoang liên sườn.

– Hình ảnh Xquang đã có hiện tượng vách hoá nhưng lượng dịch tồn đọng nhiều, mở màng phổi tối thiểu dẫn lưu trong khi chờ phẫu thuật.

Thời gian dẫn lưu trung bình là 5-7 ngày, rút ống dẫn lưu khi lượng dịch hút ra < 50ml/ngày.

- *Phẫu thuật bóc tách màng phổi và các ổ cặn mủ khi:*

– Điều trị bằng kháng sinh và dẫn lưu sau 7 ngày không hiệu quả.

– Tình trạng toàn thân xấu đi.

– Sốt dai dẳng.

- Suy hô hấp dai dẳng.
- Có hình ảnh ổ cặn mủ trên Xquang và siêu âm.
- Có hiện tượng rò khí phế mạc (chỉ định mổ cấp cứu).

2.3. Điều trị hỗ trợ, điều trị triệu chứng

- Liệu pháp oxy (khi cần).
- Liệu pháp bù dịch, giữ thăng bằng toan kiềm, khi cần.
- Đảm bảo ăn đủ về số lượng và chất lượng.

DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ĐƯỜNG THỞ TRẺ EM

- Trẻ càng nhỏ, sự phân chia của cây phế quản càng ít, lòng phế quản càng dễ hẹp và co thắt biến dạng.

- Thành phế quản mềm, khẩu kính không phải hình trụ tròn mà đường kính trước sau nhỏ hơn đường kính ngang.

- Bề mặt phế quản trẻ em trơn nhẵn, ít có sự cản trở, nên dị vật dễ rơi sâu vào phế quản thùy hay phế quản phân thùy.

- Dị vật mắc ở hạ thanh môn do buồng Morgagni hẹp, dễ gây tử vong đột ngột.

2. TẦN SỐ, KIỂU LOẠI DỊ VẬT HAY GẶP

- Hay gặp dị vật đường thở ở lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo (6 tháng đến 5 tuổi).

- 80% dị vật là các vật dụng nhỏ, đồ chơi và thức ăn.

- 60% dị vật có bản chất thực vật.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào có hội chứng xâm nhập có biểu hiện triệu chứng định khu, hình ảnh Xquang và soi phế quản.

3.1. Hội chứng xâm nhập

Ngay sau khi dị vật tiếp xúc vào nắp thanh môn, phản xạ tức thời làm đóng thanh môn, hai dây thanh khép lại. Áp lực trong buồng thanh quản, hệ thống phế quản sẽ tăng đột ngột và phản xạ ho sặc sụa nhằm tống dị vật ra ngoài khi mở đột ngột thanh môn.

3.2. Triệu chứng định khu

– Nếu dị vật ở thanh quản:

Triệu chứng khó thở thanh quản ở các mức độ khác nhau: khó thở 2 thì, thở chậm, có tiếng rít, có khan tiếng, tiếng ho ông ổng. Nếu dị vật gây phù nề ở hạ thanh môn dễ gây khó thở cấp diễn.

– Nếu dị vật ở khí quản: độ nguy hiểm cao

Nếu dị vật to, sắc cạnh gây mắc cố định tại khí quản: gây khó thở kiểu khó thở thanh quản hay khó thở như hen.

Nếu dị vật di động trong khí quản: có hội chứng xâm nhập và có cơn ho rũ, tím tái, đồng thời có những cơn khó thở kiểu thanh quản dữ dội do dị vật di động lên hạ thanh môn.

Đặc biệt là tiếng lật phật: tiếng bật xuất hiện không thường xuyên, xuất hiện sau kích thích gây ho, sau thay đổi tư thế, sau vỗ. Nếu có dấu hiệu này thì khẳng định có dị vật và di động.

– Nếu dị vật ở phế quản:

Có những cơn ho vì dị vật tròn nhẵn, dễ di động gây kích thích. Dị vật thường gây tiếng rít ở một bên phổi. Có thể thay đổi tiếng rít khi thay đổi tư thế hay sau cơn ho, cơn kích thích.

Ít có cơn khó thở cấp diễn như dị vật khí quản, thanh quản.

Nếu dị vật bỏ quên lâu: có thể ho ra máu. Nếu dị vật trên 1 tuần, có tổ chức viêm sùi quanh dị vật.

3.3. Hình ảnh Xquang

– Trường hợp dị vật mới, Xquang phổi ít có giá trị trong chẩn đoán, hầu như không có dấu hiệu, trừ dị vật cản quang.

– Những ngày sau khi có dị vật: Xquang phổi có hình ảnh viêm phế quản, xẹp phổi, ứ khí.

+ Xẹp phổi thường do nguyên nhân phù nề dưới dị vật.

+ Ứ khí do nguyên nhân phù nề phía trên dị vật.

+ Áp xe phổi do dị vật bỏ quên.

+ Giãn phế quản thường do dị vật để quá lâu.

4. CÁC THỂ LÂM SÀNG

4.1. Dị vật bỏ quên

Do không khai thác được hội chứng xâm nhập.

- Trẻ khỏe mạnh, tự nhiên có cơn khó thở.	- Cơn ho rũ rượi
- Khó thở đột ngột	- Rì rào phế nang giảm một bên.
- Cơn khó thở	- Điều trị không đỡ.
- Cơn ho kéo dài	- Xquang xẹp phổi, khí phế thũng, giãn phế quản.

Chỉ định soi phế quản
(Nhằm mục đích chẩn đoán)

Nếu có dị vật bỏ quên ở thanh quản, thường được chẩn đoán nhờ khi có xuất hiện cơn khó thở thanh quản.

4.2. Dị vật sống đường thở

- Đi đến hoặc sống ở miền núi.
- Ho ra máu thường xuyên.
- Khó thở từng cơn.
- Khàn tiếng từng lúc.

5. BIẾN CHỨNG

- Viêm phế quản.
- Áp xe phổi.
- Viêm màng phổi mủ, tràn khí trung thất, tràn khí dưới da thường do dị vật cứng gây rách phế quản, khí quản hay do vỡ phế nang lo ho nhiều gây tăng áp lực đột ngột).

- Giãn phế quản.
- Sẹo hẹp khí phế quản.

6. ĐIỀU TRỊ: Chia ra hai giai đoạn:

6.1. Giai đoạn cấp cứu ban đầu

Thường không ở đơn vị chuyên khoa và không đủ dụng cụ, thường can thiệp khi bệnh nhân đe dọa tử vong do ngạt thở cấp.

Áp dụng ngay kỹ thuật Heimlich: đứng, nằm ấn vào thượng vị tạo áp lực tăng đột ngột, dồn nén hơi trong phổi đẩy bật ra.

Hoặc dùng ngay kim 13 chọc qua màng giáp nhẫn để mở thông tắt đường thở dưới dị vật.

6.2. Giai đoạn cấp cứu chuyên khoa

- Soi thanh khí phế quản + tiền mê + tê tại chỗ
- Soi thanh khí phế quản + mê nội khí quản + giãn cơ + thở máy
- Nếu dị vật thanh quản:

+ Không mở khí quản:

. Dùng Mac Intosh

. Dùng ống Chevalier - Jackson soi:

Lấy pince gắp dị vật luôn ở tư thế nằm ngang đối với dị vật mảnh dẹt mở pince theo kiểu trước sau đối với dị vật tròn.

+ Mở khí quản:

Trước khi gắp, nên bịt ống canun để thanh môn mở ra, nhìn thấy dị vật rồi luồn pince vào gắp. Nếu không gắp được dị vật, phải dùng ống soi phế quản lách qua thanh môn để lấy dị vật.

- Nếu dị vật phế quản:

+ Dị vật khí phế quản còn sớm: khi không gây mê, soi thực quản rồi gắp qua thanh môn vì dị vật thường còn di động.

+ Dị vật khí phế quản muộn hoặc cố định:

Bước 1: tìm dị vật

Bước 2: lấy dị vật

Đối với dị vật khí phế quản có mở khí quản, phải soi từ thanh quản xuống phế quản.

7. PHÒNG BỆNH

– Tuyên truyền để nhiều người được biết rõ những nguy hiểm của dị vật đường thở.

– Không nên để cho trẻ em đưa các vật và đồ chơi vào mồm ngậm mút.

– Không nên để cho trẻ ăn thức ăn dễ hóc như: hạt na, lạc, quất, hồng bì, hạt dưa, hạt bí...

– Nếu thấy trẻ đang ngậm hoặc ăn những thứ dễ gây nên hóc, không nên hoảng hốt, la hét, mắng trẻ vì làm như vậy trẻ sợ hãi, dễ bị hóc.

– Người lớn cần tránh thói quen ngậm dụng cụ vào miệng khi làm việc.

– Nếu bị hóc hoặc nghi bị hóc vào đường thở, cần đưa đi bệnh viện ngay.

LIỆU PHÁP OXY

Cung cấp oxy ở thì hít vào giúp quá trình oxy hoá ở mô, đặc biệt ở não, tim, thận, tránh tình trạng thiếu oxy làm các chuyển hoá dở dang trong cơ thể sẽ sinh ra các sản phẩm độc đối với cơ thể.

Chỉ định liệu pháp oxy:

– Thiếu oxy.

– Giảm chức năng hô hấp.

– Giảm chức năng co bóp cơ tim.

1. CHẨN ĐOÁN TÌNH TRẠNG THIẾU OXY

– Mạch nhanh.

– Khó thở (cánh mũi phập phồng, co kéo các cơ hô hấp, thở nhanh, thở chậm...).

– Tím tái.

– Đau đầu.

– Rối loạn về tinh thần.

– Tăng thông khí nhịp thở 70l/1 phút

– Đo: độ bão hoà oxy $SaO_2 < 95mmHg$.

– Đo: áp lực oxy ở động mạch PaO_2 < 80mmHg (Sơ sinh)

PaO_2 < 70mmHg (Trẻ lớn)

2. ĐIỀU TRỊ

– Làm thông thoáng đường thở, phòng thoáng, nới rộng quần áo, tã lót, có gối kê dưới vai.

– Oxy phải qua hệ thống làm ấm và ẩm.

– Có bộ điều chỉnh áp lực và thể tích oxy.

– Liều lượng: tuỳ theo lứa tuổi và phương pháp.

Tuổi / Cách cho oxy	< 2 tháng	2 tháng - 2 tuổi	> 2 tuổi
Qua ống thông	1/2 lít /1 phút	1 lít /1 phút	2 lít /1 phút
Qua mặt nạ	3 lít /1 phút	5 lít /1 phút	5 lít /1 phút
Qua nội khí quản	1/2 lít /1 phút	1/2 lít /1 phút	1 lít /1 phút
Qua lều	Cao hơn nếu lều to	Cao hơn nếu lều to	Cao hơn nếu lều to

Căn cứ vào kích thước của lều oxy, nồng độ oxy đưa vào và vị trí đầu của trẻ mà điều chỉnh cho thích hợp.

3. THEO DÕI

Sau khi bệnh nhân thở được 10 đến 15 phút đánh giá lại:

– Nhịp thở có giảm không?

– Bệnh nhân có đỡ tím tái không?

– Các cơ hô hấp có đỡ co kéo không?

– Tinh thần của bệnh nhân có khá không?

– Mạch có giảm không ?

– Đo độ bão hoà oxy và áp lực oxy ở máu động mạch (SaO_2 và PaO_2). Nếu thấy cải thiện là liệu pháp oxy có hiệu quả.

– Cần nhanh chóng tìm ra căn nguyên làm thiếu oxy của bệnh nhân để điều trị.

– Luôn luôn có người chăm sóc và đánh giá sự thiếu oxy để điều chỉnh thể tích và nồng độ oxy cho thích hợp. Tuyệt đối không được cho bệnh nhân thở oxy liều cao, kéo dài thời gian vì sẽ có những biến chứng nguy hiểm như: huỷ hoại niêm mạc đường thở, đồng thời gây mù vì tổn thương mạch máu ở võng mạc.

4. NGỪNG THỞ OXY

- Môi và các đầu chi của bệnh nhân hồng hào.
- Trẻ thở đều, không có co kéo các cơ hô hấp.
- Mạch trở lại chỉ số bình thường.
- Tinh thần tỉnh, tiếp xúc tốt.
- Bão hoà oxy (SaO_2) → 95mmHg.
- Áp lực oxy ở máu động mạch SaO_2 > 95mmHg.

Chương 4

BỆNH TUẦN HOÀN

BỆNH THẤP TIM

Thấp tim là một bệnh viêm cấp tính xảy ra sau một tình trạng nhiễm liên cầu khuẩn (LCK) nhóm A ở hầu họng; là bệnh của tổ chức liên kết với biểu hiện tổn thương ở nhiều bộ phận của cơ thể, nhưng hay gặp nhất là các tổn thương ở khớp và tim.

Nguyên nhân:

– Do liên cầu khuẩn β tan máu nhóm A.

– Các type thường gây thấp tim là: M1, 3, 5, 6, 14, 18, 19, 24, 27, 29.

1. CHẨN ĐOÁN

• *Theo tiêu chuẩn Jones*

– Những biểu hiện chính: viêm đa khớp, viêm tim, múa giật, ban vòng, hạt thấp (hạt Meynet).

– Những biểu hiện phụ: sốt, đau khớp, tiền sử thấp tim hoặc bệnh tim do thấp, tốc độ lắng máu tăng, protein C phản ứng (+), tăng bạch cầu.

– Các bằng chứng nhiễm liên cầu khuẩn: tăng hiệu giá kháng thể kháng liên cầu khuẩn, cấy dịch nhớt họng có liên cầu khuẩn, mới mắc bệnh tinh hồng nhiệt.

• *Chẩn đoán xác định khi có*

– Hai biểu hiện chính + bằng chứng mới nhiễm LCK hoặc:

– Một biểu hiện chính và hai biểu hiện phụ + bằng chứng mới nhiễm LCK.

– Ba trường hợp ngoại lệ (chẩn đoán không cần áp dụng chặt chẽ tiêu chuẩn Jones): viêm tim âm ỉ, Chorea, thấp tim tái phát.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chống nhiễm trùng

(Nhằm tiêu diệt liên cầu khuẩn ở hầu họng)

- *Không dị ứng với penicillin*

Benzathin benzylpenicillin:

< 30kg: 600.000đv/24 giờ, tiêm bắp 1 liều duy nhất.

> 30kg: 1.200.000đv/24 giờ, tiêm bắp 1 liều duy nhất.

hoặc: Phenoxymethinpenicillin:

< 30kg: 250mg x 2 - 3 lần/24 giờ, uống trong 10 ngày.

> 30kg: 500mg x 2 - 3 lần/24 giờ, uống trong 10 ngày.

- *Dị ứng với penicillin*

Erythromycin: 20-40mg/kg/24 giờ, uống, chia 3 lần trong ngày.

Uống trong 10 ngày (liều tối đa: 1,5g/24 giờ).

Sau điều trị kháng sinh 10 ngày, bắt đầu tiến hành phòng tái phát theo phác đồ phòng thấp cấp II.

2.2. Chống viêm

2.2.1. Viêm đa khớp đơn thuần: (Không có tổn thương tim)

Sử dụng các thuốc chống viêm nhóm salicylat, uống, chia 3 lần trong ngày, uống ngay sau bữa ăn.

Aspirin 80 - 100mg/kg/24 giờ x 10 ngày. (Liều tối đa ≤ 3g/24 giờ).

Sau đó: 60 - 75mg/kg/24 giờ x 3 - 4 tuần.

Nếu dị ứng với aspirin:

Naparoxen 10-20mg/kg/24 giờ (uống)

2.2.2. Viêm tim nhẹ

Có triệu chứng viêm tim (viêm nội tâm mạc) trên lâm sàng và xét nghiệm nhưng không có biểu hiện suy tim. Xquang tim không to.

Aspirin: 80 - 100mg/kg/24 giờ x 10 ngày, uống, chia 3 lần.

Sau đó: 60 - 75mg/kg/24 giờ x 4 - 6 tuần, uống, chia 3 lần.

Chỉ dùng corticoid (Prednisolon) khi aspirin không hiệu quả.

2.2.3. Viêm tim nặng

Có biểu hiện viêm tim nặng, suy tim, tim to.

– Prednisolon uống: 2mg/kg/24 giờ x 2 tuần, (tối đa: 70mg/24 giờ).

Sau đó: giảm dần trong 2 tuần (cứ 2-3 ngày lại giảm 5-10mg). Có thể dùng methyl prednisolon 2 mg/kg/24 giờ, tiêm TM trong 2-3 ngày đầu.

Sau 3 tuần điều trị bằng prednisolon, dùng tiếp:

– Aspirin: 80 - 100mg/kg/24 giờ x 10 ngày, uống, chia 3 lần trong ngày.

Sau đó: 60 - 75mg/kg/24 giờ x 6 - 8 tuần, chia 3 lần trong ngày. (Tuỳ theo diễn biến lâm sàng và xét nghiệm).

– Aspirin liều tối đa là 3g/24 giờ.

2.3. Điều trị suy tim

(Xem phác đồ điều trị suy tim)

** Chú ý:*

Những bệnh nhân thấp tim có viêm tim nặng, suy tim nặng nên cho thuốc trợ tim liều thấp (bằng 2/3 liều bình thường).

Theo dõi sát các dấu hiệu ngộ độc thuốc.

2.4. Chế độ nghỉ ngơi

– Nghỉ ngơi hoàn hoàn (nằm tại giường) trong giai đoạn tiến triển.

– Với các trường hợp viêm tim (đặc biệt là viêm tim nặng), phải tuỳ từng trường hợp cụ thể để quyết định thời gian nghỉ và hoạt động bình thường cho thích hợp.

2.5. Điều trị Chorea

– Phenobarbital: 5mg/kg/24 giờ.

– Aminazin: 1 - 2mg/kg/24 giờ.

– Haloperidol: 0,01 - 0,03mg/kg/24 giờ.

– Cho thuốc chống viêm khi có viêm tim kèm theo.

Chế độ nghỉ	Viêm đa khớp Chorea đơn thuần	Viêm tim nhẹ	Viêm tim nặng
Tại giường	2 tuần	4 tuần	1 - 3 tháng
Hoạt động nhẹ	Sau 2 tuần	Sau 1 - 3 tháng	Sau 3 - 6 tháng
Hoạt động bình thường	Sau 6 tuần	Sau 3 - 6 tháng	Tuỳ trường hợp

2.6. Hướng dẫn khi xuất viện

– Tiếp tục thực hiện tốt chế độ điều trị ngoại trú theo chỉ định.

– Khám theo dõi định kỳ tại các cơ sở y tế:

+ Trong năm đầu: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau khi ra viện.

+ Các năm sau: khám định kỳ 6 tháng/1 lần.

– Thực hiện tốt chế độ phòng thấp theo chỉ định của bác sĩ.

PHÒNG BỆNH THẤP TIM

1. PHÒNG THẤP CẤP I (phòng tiên phát)

Là biện pháp phòng để tránh mắc bệnh thấp tim lần đầu. Áp dụng cho những trẻ bị nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp tính, đặc biệt là viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A.

1.1. Chỉ định

– Các trường hợp viêm đường hô hấp trên (đặc biệt là viêm vùng hầu họng) do liên cầu khuẩn nhóm A đã được xác định bằng các xét nghiệm.

– Viêm họng có triệu chứng lâm sàng gợi ý do liên cầu khuẩn (bệnh cảnh đột ngột: sốt cao > 38°, đau họng, họng đỏ, amidan sưng to sung huyết và xuất tiết, hạch góc hàm to và đau).

– Tất cả các trường hợp viêm họng cấp tính ở trẻ em hoặc tuổi trẻ (3 - 20 tuổi) mà không có điều kiện xác định rõ nguyên nhân gây bệnh.

1.2. Thuốc phòng

Kháng sinh	Cách dùng	Liều lượng	Thời gian
*** Không dị ứng với penicillin**			
Benzathin benzyl penicillin	Tiêm bắp	< 30kg: 600.000đv	1 liều duy nhất
		> 30kg: 1.200.000đv	
Phenoxymethin penicillin	Uống	< 30kg: 250mg 2 - 3 lần/24 giờ	10 ngày
		> 30kg: 500mg 2 - 3 lần/24 giờ	
*** Dị ứng với penicillin**			
Erythromycin	Uống	20 - 40mg/kg/24 giờ (tối đa: 1,5g/24 giờ)	10 ngày

Chú ý:

– Nếu uống ampicillin hoặc amocillin, thời gian điều trị cũng phải kéo dài trong 10 ngày.

– Cefalosporin thế hệ 1 hoặc thế hệ 2 có hiệu quả diệt liên cầu nhưng đắt và vẫn phải uống trong 10 ngày.

– Một số thuốc mới nhóm macrolid hiệu quả tốt với liên cầu, nhưng hiện nay TCYTTG vẫn chưa có khuyến cáo về việc có thể rút ngắn số ngày điều trị.

– Sulfonamid hoặc tetracyclin là những thuốc không được chấp nhận để điều trị viêm họng do liên cầu.

2. PHÒNG THẤP CẤP II (phòng thứ phát, phòng tái phát)

2.1. Chỉ định

– Các trường hợp đã được chẩn đoán thấp tim, các bệnh tim do thấp.

– Các trường hợp có tiền sử thấp tim nhưng chưa được phòng bệnh đúng, đủ thời gian quy định.

2.2. Thuốc phòng

– Benzathin benzyl penicillin:

Trẻ < 30kg: 600.000đv

Trẻ > 30kg: 1.200.000đv

Tiêm bắp sâu (tiêm mông) 4 tuần 1 lần (A)

– Phenoxymethylpenicillin:

250mg x 2 lần/24 giờ, uống

– Sulfadiazin:

Trẻ < 30kg: 0,5g/24 giờ, uống hàng ngày

Trẻ > 30kg: 1,0g/24 giờ, uống hàng ngày (B)

Chú ý:

– Với những bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao, thời gian tiêm là 3 tuần 1 lần.

– Chỉ những bệnh nhân dị ứng với cả penicillin và sulfadiazin mới dùng erythromycin để phòng thấp cấp II.

Liều dùng: erythromycin 250mg x 2 lần/24 giờ.

– Chống chỉ định dùng các sulfonamid (sulfadiazin, sulfadoxin...) ở bệnh nhân thấp tim/bệnh tim do thấp vào 3 tháng cuối của thời kỳ mang thai.

– Cần tiếp tục phòng thấp cấp II cho các bệnh nhân bị bệnh van tim do thấp sau khi đã phẫu thuật bệnh van tim.

2.3. Thời gian phòng thấp cấp II

Bệnh nhân	Thời gian phòng bệnh
Không viêm tim, không bị bệnh van tim do thấp	Tối thiểu 5 năm sau đợt thấp lần cuối và tới năm 18 tuổi.
Viêm tim	Tối thiểu tới năm 25 tuổi hoặc lâu hơn.
Bệnh van tim do thấp	Suốt đời
Bệnh nhân đã thay van nhân tạo	Suốt đời

SUY TIM CẤP

Suy tim cấp là tình trạng cơ tim không còn khả năng đảm bảo lưu lượng tuần hoàn máu để duy trì chuyển hoá theo các nhu cầu của cơ thể.

Nguyên nhân có thể do nguyên nhân tại và ngoài hệ tim mạch hoặc cả hai. Thực tế lâm sàng, nguyên nhân thường gặp gây suy tim cấp ở trẻ là:

– Trẻ lớn: viêm tim do thấp tim; thương hàn, bạch hầu, Rickettsia. Viêm cầu thận cấp thể tăng huyết áp; bệnh van tim do thấp tim.

– Trẻ nhỏ: viêm cơ tim do virus; thiếu vitamin B1 (bệnh Béri - béri); viêm phổi nặng có hoặc không kèm bệnh tim bẩm sinh có shunt trái phải lớn.

– Các lứa tuổi: tràn dịch màng ngoài tim cấp hoặc viêm dính; viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn; tim bẩm sinh có shunt trái phải lớn; bệnh cơ tim; loạn nhịp như: cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, rung nhĩ, block nhĩ thất cấp II, cấp III; các bệnh lý nhiễm khuẩn nặng; cao huyết áp; thiếu máu; giảm khối lượng tuần hoàn hoặc quá tải khối lượng do bệnh lý gây ứ nước; rối loạn điện giải nặng; toan máu nặng; ngộ độc giáp trạng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Phát hiện suy tim

Thường dựa vào các dấu hiệu sau:

– Cơ năng: khó thở, mệt, kém ăn, bú yếu; tiểu tiện ít.

– Thăm khám: trẻ tái nhợt, đầu chi lạnh, ẩm mồ hôi. Mạch nhanh và nhỏ; hiếm gặp nhịp chậm trừ kèm loạn nhịp. Huyết áp hạ, có thể sốc.

Thở nhanh và cọ kéo cơ hô hấp, có thể nghe ran ẩm ở hai đáy phổi, hen tim, doạ hoặc phù phổi cấp.

Phù kín đáo hai chi dưới hoặc phù rõ toàn thân. Gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính.

Khám tim: tim to trên gõ diện tim hoặc dựa trên hình ảnh Xquang; Thay đổi âm sắc tiếng tim, nhịp ngựa phi. Tuỳ nguyên nhân có thể nghe tiếng thổi, tiếng cọ màng tim.

1.2. Thăm dò cận lâm sàng

Chụp Xquang tim phổi thẳng: tim to (tỷ lệ tim ngực > 50% với trẻ lớn trên 5 tuổi và > 55% với trẻ nhỏ).

Siêu âm tim (điều kiện bệnh nhân cho phép): đánh giá kích thước buồng tim, khối cơ tim; tình trạng co bóp cơ tim và chức năng tâm thất trái. Giúp tìm nguyên nhân gây suy tim trong trường hợp của bệnh màng tim, van tim và cơ tim cũng như các dị tật bẩm sinh khác.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc chung

- Hạn chế nhu cầu chuyển hoá của cơ thể.
- Tạo điều kiện cho cơ thể dễ thích nghi.
- Đảm bảo cung lượng tim.

2.2. Các biện pháp điều trị

2.2.1. Biện pháp chung

Tư thế nằm: đầu cao (Fowler); có loại giường riêng là tốt nhất.

- Cung cấp oxy: thông đường thở, hạn chế tiêu hao như hạ thân nhiệt, an thần tránh kích thích; thở oxy sớm và chỉ định thở máy sớm nếu cần.

- Hạn chế muối, tránh quá tải dịch.

- Cung cấp đủ năng lượng:100 - 120kcal/kg/ngày. Cho ăn ít một và nhiều bữa (tránh ăn no).

- Chống toan máu: điều chỉnh các rối loạn chuyển hoá và điện giải.

2.2.2. Thuốc

- *Lợi tiểu*

- Furosemid: liều 1mg/kg tiêm chậm tĩnh mạch.

Liều tối đa 20 - 40mg/6 giờ; sau đó: 1 - 2mg/kg/24 giờ. Chia làm 2 lần.

Chú ý: Cần bồi phụ thêm kali. Không dùng trong trường hợp suy tim do giảm khối lượng tuần hoàn.

- Phối hợp với lợi tiểu giữ kali: spironolacton, liều dùng 2 -3mg/kg/24 giờ, uống chia 2 - 3 lần.

- *Digoxin*

Chọn 1 trong 2 cách dùng sau:

- Dùng liều tấn công (liều thấm): uống

Trẻ sơ sinh đủ tháng: 0,02 - 0,03mg/kg/24 giờ (20µg - 30µg/kg/24 giờ).

Trẻ 1 tháng - 2 tuổi: 0,03 - 0,05mg/kg/24 giờ.

Trẻ 2 - 12 tuổi: 0,02 - 0,04mg/kg/24 giờ.

Trẻ > 12 tuổi: 0,015 - 0,02mg/kg/24 giờ.

Cách dùng:

Bắt đầu uống 1/2 tổng liều; sau 8 giờ uống 1/4 tổng liều và sau 8 giờ tiếp theo uống 1/4 còn lại. Từ ngày thứ 2 dùng liều duy trì: bằng 1/4 liều tấn công; bắt đầu 12 giờ sau khi kết thúc liều tấn công.

Tiêm tĩnh mạch: bằng 3/4 liều uống

Chú ý: Hạn chế dùng tĩnh mạch, trừ trường hợp nhịp nhanh kịch phát trên thất.

– Liều trung bình (liều cố định): chỉ dùng đường uống

Trẻ < 2 tuổi: 0,01 - 0,02mg/kg/24 giờ.

Trẻ > 2 tuổi: 0,007 - 0,015mg/kg/24 giờ.

Cách dùng: uống, chia 2 lần trong ngày, cách 12 giờ

Chú ý: Trường hợp viêm cơ tim nặng nên dùng liều thấp.

Không dùng digitalis trong những trường hợp sau:

1. Suy tim nhịp chậm (< 80 nhịp/phút); các loại block nhĩ thất các cấp, nhịp nhanh kịch phát trên thất có kèm hội chứng Wolf - Parkinson - White (W.P.W).

2. Tràn dịch màng ngoài tim.

3. Suy tim do hoặc kèm cản trở đường ra của thất như hẹp van 2 lá, hẹp van động mạch chủ, hẹp eo động mạch chủ, hẹp van động mạch phổi, tăng áp lực phổi nặng.

- *Các thuốc giúp giảm hậu gánh hoặc tăng co bóp cơ tim*

Thuốc giãn mạch: thuốc ức chế men chuyển

Captopril (Lopril): 0,5 - 2mg/kg/24 giờ, uống chia 2 - 3 lần. Liều tối đa 50mg/8 giờ (<100mg/24 giờ).

Enalapril: 0,08mg/kg/24 giờ, ngày 1 - 2 lần.

Chú ý: Trong thời gian dùng thuốc phải theo dõi huyết áp thường xuyên.

Tăng co bóp cơ tim tác dụng nhanh: trong suy tim nhanh, nặng kèm ứ trệ ngoại biên: dobutamin đơn thuần hay kết hợp với dopamin, liều 2 - 20mcg (0,002 - 0,02mg/kg/1phút), nhỏ giọt tĩnh mạch.

- *Các biện pháp khác*

Trẻ sơ sinh: trường hợp có bệnh lý phụ thuộc ống động mạch, dùng prostaglandin E1 (Prostine): 0,05 - 0,2µg (0,00005mg - 0,0002mg)/kg/phút, tĩnh mạch chậm. Có tác dụng giảm hậu gánh tiểu tuần hoàn.

Kháng sinh: chống nhiễm khuẩn.

2.2.3. Điều trị và loại bỏ nguyên nhân

Tìm và loại bỏ kịp thời hoặc hạn chế các nguyên nhân gây suy tim:

– Tràn dịch màng ngoài tim nặng gây ép tim cấp (tamponade): Chọc tháo, dẫn lưu hoặc phẫu thuật kịp thời.

– Cao huyết áp: dùng các thuốc hạ huyết áp tác dụng nhanh.

– Thiếu máu, giảm khối lượng tuần hoàn: truyền máu, bồi phụ dịch.

– Rối loạn điện giải: bồi phụ theo điện giải đồ, chú ý kali.

– Bệnh béri-béri: vitamin B1 liều cao (400 - 600mg), tiêm tĩnh mạch.

– Cường giáp trạng: propranolol, 2 - 4mg/kg/24giờ kết hợp thuốc kháng giáp trạng tổng hợp.

– Viêm cơ tim: kết hợp corticoid tĩnh mạch, 2- 6mg/kg/24 giờ.

Còn ống động mạch shunt lớn: chỉ định phẫu thuật sớm.

VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: Dựa trên tiêu chuẩn Duke (năm 2000).

Tiêu chuẩn chính

1. Cấy máu (+): ít nhất 2 mẫu cùng dương tính với cùng một loại vi khuẩn hay gặp: Viridans, Streptococcus, Staphylococcus aureus, Streptococcus bovis, nhóm HACEK... hoặc ít nhất 3 mẫu cùng dương tính với các loại vi khuẩn, nấm khác ít gặp hơn.

Cấy máu (+) với điều kiện: các mẫu cấy máu làm trong khoảng thời gian trên 12 giờ hoặc tất cả 3 mẫu hoặc 3 trong 4 mẫu hoặc nhiều hơn (+) với khoảng cách mẫu đầu tiên và mẫu cuối cùng cách nhau trên 1 giờ.

2. Siêu âm tim có biến đổi kiểu VNTM: hình ảnh sùi đối diện với shunt, di động theo dòng máu. Ngoài ra có thể thấy áp xe, đứt dây chằng, cột cơ, thủng van, vết nứt mới van nhân tạo... hoặc hở van mới.

Tiêu chuẩn phụ

1. Có bệnh tim từ trước hoặc sử dụng thuốc bằng đường tiêm tĩnh mạch kéo dài.

2. Sốt trên hoặc bằng 38^0

3. Biểu hiện mạch máu: tắc động mạch lớn, nhồi máu phổi nhiễm trùng, phình nấm, chảy máu não, xuất huyết võng mạc, tổn thương Janeway.

4. Biểu hiện miễn dịch: viêm cầu thận cấp, nốt Osler, chấm Roth, yếu tố thấp.

5. Bằng chứng vi khuẩn: cấy máu (+) nhưng không nằm trong tiêu chuẩn chính hoặc bằng chứng huyết thanh của vi khuẩn phù hợp với viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK).

Áp dụng chẩn đoán

– Chắc chắn VNTMNK: 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ hoặc 5 tiêu chuẩn phụ.

– Có khả năng VNTM: 1 tiêu chuẩn chính và 1 tiêu chuẩn phụ hoặc 3 tiêu chuẩn phụ.

2. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

2.1. Nguyên tắc điều trị

– Điều trị sớm: ngay sau khi cấy máu lần cuối.

– Chọn kháng sinh diệt khuẩn.

– Dùng đủ liều, đủ thời gian từ 4 đến 6 tuần. VNTMNK trên van tim nhân tạo cần điều trị kéo dài hơn.

– Tiêm thuốc tĩnh mạch, có thể tiêm bắp. Thuốc được chia nhiều lần trong ngày để đảm bảo nồng độ trong máu.

– Phối hợp kháng sinh.

2.2. Điều trị cụ thể

Điều trị theo kháng sinh đồ. Trong trường hợp chưa có kháng sinh đồ hoặc cấy máu âm tính cần lựa chọn kháng sinh tuỳ theo từng trường hợp cụ thể.

Nguyên nhân	Kháng sinh	Liều lượng	Đường dùng	Thời gian
S.viridans, S.bovis MIC < 0,1µg/ml	Penicillin G và Gentamicin hoặc Ceftriaxon	2-300.000 UI/ngày chia 4 lần không quá 20 triệu/ngày 3-7,5mg/kg/ngày chia 3 lần, không quá 80mg/ngày 50-100mg/kg/ngày	Tm Tm Tm	4 tuần 2 tuần 4 tuần
S.viridans Enterococus (S.bovis, S.faecali) MIC > 0,1µg/ml	Peni G hoặc Ampicillin và Gentamicin	Nt 300mg/kg/ngày, chia 4-6 lần, không quá 12g/ngày Nt	Tm Tm	4-6 tuần 4-6 tuần 4-6 tuần
S.viridans, S.bovis (dị ứng penicillin)	Vancomycin + Gentamicin	40-60g/kg/ngày, chia 2-3 lần Nt	Tm Tm	4-6 tuần 4-6 tuần
Enterococci	Penicillin G hoặc Ampicillin và Gentamicin hoặc Vancomycin và Gentamicin	Nt Nt 30mg/kg/ng, chia 2 lần		4-6 tuần 2 tuần 4-6 tuần
S.aureus	Nafcillin hoặc oxacillin + Gentamicin	200mg/kg/ngày chia 4-6 lần không quá 12g/ngày 100-200mg/kg/ngày, chia 4 lần Nt	Tm Tm Tm	4-6 tuần 4-6 tuần 2 tuần
S.aureus (kháng methicillin, dị ứng penicillin)	Vancomycin + Rifapimicin + Gentamicin	Nt 10-20mg/kg/ngày chia 2 lần, không quá 600mg/ngày Nt	Tm Uống Tm	6-8 tuần 6-8 tuần 2 tuần
S.epidermidis	Vancomycin + Rifamicin	Nt Nt	Tm Uống	6-8 tuần 6-8 tuần
Nhóm HACEK	Ceftriaxon hoặc Cefotaxim	Nt 100mg/kg/ngày, chia 3 lần	Tm Tm	4-6 tuần 4-6 tuần
Cấy máu (-) Sau phẫu thuật Không phẫu thuật	Vancomycin + Gentamicin Nafcillin hoặc Vancomycin + Gentamicin hoặc ampicillin	Nt Nt Nt Nt Nt Nt	Tm Tm Tm Tm Tm Tm	6-8 tuần 2-4 tuần 6-8 tuần 6-8 tuần 2-4 tuần 6-8 tuần

* MIC: nồng độ ức chế vi khuẩn tối thiểu. Tm: tiêm tĩnh mạch

– Điều trị nấm: thường phải kết hợp ngoại khoa ngay cả trong giai đoạn bệnh đang tiến triển. Tiên lượng thường nặng, khả năng điều trị khỏi chiếm khoảng 1/3.

Kháng sinh chống nấm: amphotericin B liều 0,5-1mg/kg /ngày. Hiện nay chưa xác định được liều lý tưởng, tổng liều 20-50mg/kg. Thuốc có nhiều độc tính: tắc tĩnh mạch, thiếu máu, giảm tiểu cầu, hạ calci, nhiễm độc thận, nhiễm toan ống thận.

Fluorocytosin và rifampin có thể dùng kết hợp.

– Điều trị triệu chứng: chống suy tim, chống rối loạn nước điện giải, nâng cao thể trạng

2.3. Điều trị ngoại khoa: Chỉ định trong các trường hợp sau:

1. Suy tim ứ huyết dai dẳng. Suy tim kéo dài dù đã được điều trị tích cực.

2. Nhiễm khuẩn không kiểm soát được.

Đối với những trường hợp cấy máu tìm được vi khuẩn, sau điều trị kháng sinh từ 5 - 7 ngày, vi khuẩn vẫn còn tồn tại trong máu, chỉ định ngoại khoa là cần thiết.

Với những trường hợp không tìm thấy vi khuẩn, sau điều trị kháng sinh từ 7 - 10 ngày, biểu hiện lâm sàng không cải thiện, sốt, cần làm siêu âm thực quản hoặc cộng hưởng từ để xác định những tổn thương quanh van tim, chỉ định ngoại khoa.

3. Nhiều ổ nhồi máu nặng, đặc biệt ở não hoặc chảy máu não. Chỉ định này có thể sớm hơn khi chưa có biến chứng tắc mạch não, khi đường kính khối sùi lớn > 10mm, di động rất mạnh, bên buồng tim trái. Tuy nhiên vấn đề này còn chưa thống nhất.

4. VNTMNK do nấm: rất ít trường hợp có thể điều trị khỏi bằng nội khoa đơn thuần. Tỷ lệ tử vong 90%.

5. Hầu hết các van tim nhân tạo, đặc biệt khi áp xe lan ra vòng van, tổ chức xung quanh van.

6. Biến chứng làm mủ khu trú: áp xe vòng van, cơ tim với rối loạn dẫn truyền.

3. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh được áp dụng cho mọi đối tượng có nguy cơ mắc VNTMNK.

– Phát hiện và điều trị sớm mọi nhiễm khuẩn.

– Điều trị triệt để bằng ngoại khoa sớm các trường hợp tim bẩm sinh.

– Vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng tốt.

– Sử dụng thuốc kháng sinh trước thủ thuật gây chảy máu theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Mỹ.

3.1. Đối với đối tượng có can thiệp chảy máu ở răng miệng, đường hô hấp trên

Thông thường: amoxicillin: trẻ < 15kg: 0,75g, 15-30kg: 1,5g, > 30kg: 3g.

Uống 1 lần trước khi tiến hành thủ thuật 1 giờ, sau đó uống nửa liều sau 6 giờ. Nếu bệnh nhi không uống được: ampicillin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch liều 50mg/kg 30 phút trước và 25mg/kg 6 giờ sau đó.

– Bệnh nhân có van nhân tạo:

Ampicillin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch liều 50mg/kg kết hợp gentamicin 2mg/kg 30 phút trước và amoxicillin 25mg/kg 6 giờ sau đó. Có thể tiêm 1 lần tĩnh mạch nữa sau 8 giờ.

– Đối tượng dị ứng penicillin và đang phòng thấp: erythromycin 20mg/kg 2 giờ trước, sau đó 10mg/kg sau 6 giờ hoặc clindamycin 10mg/kg uống 1 giờ trước và 5mg/kg 6 giờ sau đó.

Hoặc vancomycin 15 - 20mg/kg tiêm tĩnh mạch 1 giờ trước và không cần nhắc lại.

3.2. Đối với những can thiệp đường tiêu hoá và sinh dục

– Thông thường: ampicillin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch liều 50mg/kg kết hợp gentamicin 2mg/kg 30 phút trước và amoxicillin 25mg/kg 6 giờ sau đó. Có thể tiêm 1 lần tĩnh mạch nữa sau 8 giờ.

– Đối tượng có nguy cơ thấp, can thiệp nhẹ hoặc can thiệp nhắc lại: amoxicillin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch liều 50mg/kg 30 phút trước và 25mg/kg 6 giờ sau đó.

– Đối tượng dị ứng penicillin: vancomycin 15 - 20mg/kg kết hợp gentamicin 2mg/kg tiêm tĩnh mạch 1 giờ trước và có thể nhắc lại sau 8 giờ.

TỨ CHỨNG FALLOT

Tứ chứng Fallot là loại tim bẩm sinh tím thường gặp nhất, tổn thương giải phẫu bệnh trong tứ chứng Fallot gồm: thông liên thất, hẹp đường ra thất phải, động mạch chủ cưỡi ngựa và dày thất phải.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- *Cơ năng*

– Tím thường xuyên.
– Khó thở khi gắng sức hoặc tự nhiên.
– Cơn tím kịch phát (cơn thiếu oxy cấp).
– Dấu hiệu ngồi xổm.
– Ho ra máu (hiếm).

- *Thực thể*

– Chậm phát triển thể chất và vận động.
– Ngón tay, ngón chân dùi trống.
– Tiếng TTT ở khoảng liên sườn 3 - 4 sát bờ trái xương ức.
– Tiếng T2 mờ hoặc mất.
– Gan không to.

1.2. Cận lâm sàng

- *Xét nghiệm máu*

HC tăng, hemoglobin và hematocrit tăng, SaO_2, PaO_2 giảm.

- *Xquang ngực*

– Kích thước tim không to hoặc to ít. Tim có dạng "hình hia".
– Hai phế trường sáng.

- *Điện tâm đồ*

Trục phải, dày thất phải kiểu thích nghi, dày nhĩ phải.

- *Thông tim và chụp buồng tim*

– Thông tim:

+ Ống thông dễ dàng đi từ thất phải vào động mạch chủ.

+ Áp lực thất phải, thất trái, và động mạch chủ tương đương; áp lực động mạch phổi thấp.

+ Độ bão hoà oxy ở thất phải gần vị trí thông liên thất hơi cao trong khi ở ĐMC lại thấp hơn bình thường.

– Chụp buồng tim, mạch:

Chụp buồng thất phải: thuốc cản quang tràn vào ĐMP và ĐMC cùng một lúc, hình ảnh ngấm thuốc cản quang ở ĐMP kém. Chụp buồng tim: giúp đánh giá chính xác vị trí, mức độ tổn thương của bệnh Fallot 4 và các tổn thương phối hợp.

• *Siêu âm tim*

– Thông liên thất lớn quanh màng lan dưới van động mạch chủ. Gốc động mạch chủ lớn, lệch phải, cưỡi ngựa lên vách liên thất. Thất phải dày, giãn. Hẹp đường ra thất phải và động mạch phổi. Các tổn thương thường phối hợp.

– Thăm dò tình trạng nhĩ trái, thất trái bằng siêu âm TM và 2D: đo kích thước các buồng tim, độ dày các vách tim, tình trạng chức năng thất trái.

– Thông liên thất: cần mô tả vị trí, kích thước, chiều luồng thông.

– ĐMC: cần đo đường kính gốc ĐMC, đường kính ĐMC xuống ngang mức cơ hoành, mức độ cưỡi ngựa của ĐMC lên vách liên thất, sự liên tục giữa lá trước van 2 lá và thành sau ĐMC, tình trạng van ĐMC, chênh áp qua van, hướng quay của ĐMC, tuần hoàn bàng hệ, xuất phát và lộ trình của các động mạch vành (ĐMV).

– ĐMP: cần đo kích thước vùng phễu ĐMP, vòng van, thân ĐMP, các nhánh ĐMP ngay sau chỗ xuất phát; đánh giá tình trạng van, đo độ chênh áp qua van và phễu ĐMP.

• *Tính các chỉ số*

– Mc Goon:

Bình thường Mc Goon = 1,5 - 2,5. Nếu < 1: tiên lượng nặng.

– Nakata:

Bình thường Nakata = 300 - 400mm^2

– Z Value:

+ Thất phải: kích thước buồng thất, mức độ dày của thành thất phải.

+ Tìm các tổn thương phối hợp như: nhiều lỗ thông liên thất, còn ống động mạch, hở van ĐMC, thông liên thất.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nội khoa

- *Xử trí cơn tím kịch phát (cơn thiếu oxy não)*

– Thở oxy 100%.

– Tư thế ngực - đầu gối.

– Cho thuốc an thần, động viên an ủi bệnh nhân.

– Morphin 0,1 - 0,2mg/kg TB.

– Cho thuốc an thần, động viên an ủi bệnh nhân.

– Morphin 0,1 - 0,2mg/kg TB.

– Propranolol 0,1mg/kg, TM.

– Chống toan máu: natribicarbonat 1 - 2mEq/kg.

– Bù dịch.

- *Phòng cơn thiếu oxy não*

– Propranolol 0,5 - 1mg/kg/24 giờ uống.

– Hạn chế các yếu tố thuận lợi: hạ sốt, chống mất nước...

– Điều trị thiếu máu thiếu sắt.

- *Dự phòng các biến chứng khác*

– Dùng kháng sinh phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn khi bị nhiễm trùng hoặc trước khi làm các thủ thuật.

– Hematocrit > 70% phải làm nghiệm pháp pha loãng máu, đặc biệt là trước phẫu thuật để tránh biến chứng tắc mạch.

– Nghiệm pháp pha loãng: để đạt được mức pha loãng cần thiết, phải rút máu từ bệnh nhân và truyền một lượng dịch thay thế tương ứng.

Công thức tính:

$$VC\ (ml) = \frac{VA\ (ml).\ Hct\ A\ (\%) - Hct\ B\ (\%)}{Hct\ A\ (\%)}$$

VC (ml): thể tích máu cần lấy ra từ bệnh nhân.

VA (ml): thể tích máu có trong cơ thể bệnh nhân.

Hct A(%): tỷ lệ hematocrit đo được từ bệnh nhân.

Hct B (%): mức tỷ lệ hematocrit mong muốn đạt được sau khi làm nghiệm pháp.

Dịch thay thế có thể là plasma tươi của chính bệnh nhân (sau khi tách HC), plasma cùng nhóm, hay các dung dịch cao phân tử.

2.2. Ngoại khoa

2.2.1. Phẫu thuật tạm thời

Các bệnh nhân nhỏ (< 6 tháng - 12 tháng) có tím nặng, có cơn thiếu oxy cấp, ĐMP hẹp nặng, SpO_2 < 70%.

- Phẫu thuật Blalock cải tiến.
- Phẫu thuật chủ - phổi trung tâm.

2.2.2. Phẫu thuật triệt để

- Nhiều trung tâm tim mạch lớn trên thế giới; chỉ định phẫu thuật triệt để rất sớm (thậm chí từ thời kỳ sơ sinh).

- Những bệnh nhân tím không nặng, tốt nhất chỉ định phẫu thuật triệt để lúc 2 - 3 tuổi.

- Những bệnh nhân đã phẫu thuật tạm thời, sau 1 - 2 năm nên làm phẫu thuật triệt để.

2.2.3. Theo dõi các biến chứng sau mổ

- Chảy máu sau mổ (đặc biệt ở trẻ lớn có đa HC nặng).
- Thông liên thất tồn lưu.
- Hở van ĐMP.
- Suy tim.
- Block nhánh phải (rất hay gặp trong mở thất phải).
- Block nhánh trái hoàn toàn và các loạn nhịp thất (1%).

2.2.4. Theo dõi và chăm sóc lâu dài cho bệnh nhân tứ chứng Fallot sau phẫu thuật triệt để

Cần theo dõi định kỳ 3 - 6 tháng/1 lần:

– Hạn chế vận động (tuỳ từng trường hợp).

– Theo dõi loạn nhịp bằng ĐTĐ, Holter (nếu cần).

– Thông liên thất tồn lưu: khoảng 20% số bệnh nhân có shunt thông liên thất tồn lưu. Chỉ đặt vấn đề phẫu thuật lại khi shunt tồn lưu ảnh hưởng đáng kể về huyết động.

– Hẹp ĐMP còn lại sau phẫu thuật: nếu chênh áp thất phải - ĐMP > 50mmHg cần mổ lại.

– Hở ĐMP sau phẫu thuật: gặp ở 80% bệnh nhân. Cần ghép van khi bệnh nhân có triệu chứng cơ năng.

– Phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh dự phòng trước khi tiến hành các thủ thuật, phẫu thuật hoặc các can thiệp...

VIÊM MỦ MÀNG NGOÀI TIM

Viêm mủ màng ngoài tim là tình trạng tích tụ mủ trong khoang màng tim, có thể gây chèn ép tim.

Nguyên nhân vi khuẩn thường gặp là: tụ cầu, Hemophilus influenza, phế cầu, liên cầu.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Sốt, khó thở, đau ngực, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, tiếng cọ màng ngoài tim, tiếng tim mờ, mạch yếu, đảo mạch, chọc dò màng tim có mủ.

1.2. Xét nghiệm

– Chiếu Xquang: tim co bóp yếu

– Chụp Xquang: bóng tim to bè, mất hình các cung tim, hình ảnh đôi bờ.

– Điện tâm đồ: điện thế thấp, ST chênh, T dẹt hoặc âm.

– Siêu âm: hình ảnh dịch trong khoang màng tim.

– Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm cao.

– Cấy máu, cấy dịch mủ màng tim có thể thấy vi khuẩn gây bệnh.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị trước mổ

2.1.1. Kháng sinh

– Khi chưa có kết quả cấy máu hoặc cấy máu âm tính: dùng kháng sinh dựa vào biểu hiện và diễn biến lâm sàng, tính thường gặp của vi khuẩn gây bệnh, tính chất dịch chọc dò màng ngoài tim... thường dùng các kháng sinh phổ diệt khuẩn rộng (thế hệ 3) hoặc kháng sinh diệt tụ cầu.

– Cấy máu dương tính: dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- *Tụ cầu*

– Methicilin hoặc oxacilin 150-200mg/kg/24 giờ chia liều tiêm TM, cách nhau 6 giờ, phối hợp với gentamicin 4-5mg/kg/24 giờ, hoặc kanamycin 15 - 20mg/kg/24 giờ, tiêm bắp.

– Hoặc cephalosporin thế hệ 3:

+ Cefotaxim 200mg/kg/24 giờ + Amikaxin 15 -20mg/kg/24giờ.

+ Ceftriaxon 80 - 100mg/kg/24giờ + Amikaxin 15 - 20mg/kg/24giờ.

- *Hemophilus influenza*

– Ampixilin 150-200mg/kg/24giờ chia 4 lần tiêm TM chậm.

– Hoặc cefotaxim 200mg/kg/24giờ chia 4 lần, tiêm TM chậm. Phối hợp với amikaxin hoặc gentamicin.

– Hoặc chloramphenicol 30mg/kg/24giờ, tiêm TM, chia 2 lần.

- *Phế cầu*

Cephalosporin thế hệ 1:100mg/kg/24 giờ, tiêm TM, chia 2 lần.

Hoặc penicillin 100mg/kg/24 giờ, tiêm TM, chia 4 lần phối hợp với gentamicin hoặc amikaxin.

- *Liên cầu*

Penicillin 100mg/kg/24giờ, tiêm TM chia 4 lần, kết hợp với gentamicin hoặc amikaxin.

2.1.2. Lợi tiểu

Furocemid: lasix 2mg/kg/24giờ (uống), 1mg/kg/24giờ tiêm TM.

2.1.3. Chọc dẫn lưu màng tim

2.2. Chỉ định phẫu thuật

– Chỉ định phẫu thuật sớm sau khi chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân.

– Sau 7 ngày điều trị, nếu bệnh nhân còn khó thở, gan to, siêu âm còn hình ảnh tràn dịch và dày dính.

– Phẫu thuật:

Đường vào: khoang ngực trái, đường liên sườn 5 trước bên.

Bóc màng tim: trên đến phễu ĐMP, dưới giải phóng được mỏm tim, bên phải đến bờ sau xương ức, bên trái đến bờ thần kinh hoành.

– Chú ý:

Phải bóc cả lớp màng xơ bóp chặt cơ tim, đến khi thấy tim đập tốt. (kiểm tra hiệu quả bằng đo áp lực tĩnh mạch trung tâm).

Rửa, lấy hết cặn mủ và mủ trong khoang màng tim và khoang màng phổi trái. Đặt dẫn lưu khoang màng phổi trái.

– Cắt màng ngoài tim bằng nội soi lồng ngực:

Bệnh nhân nằm nghiêng 70°, đặt 3 trocar, 1 trocar cho ống soi qua liên sườn 5 đường nách giữa, 2 trocar làm việc qua liên sườn 7 và 3 đường nách trước. Tiến hành cắt màng tim như phẫu thuật quy ước.

2.3. Điều trị sau mổ

Xét nghiệm: làm lại Hb, ĐGĐ, Astrup. Sau 24 giờ chụp phổi kiểm tra, tiếp tục điều trị kháng sinh. Hút dẫn lưu màng phổi 2 - 4 ngày. Rút dẫn lưu khi hết dịch, phổi nở tốt.

CÒN ỐNG ĐỘNG MẠCH

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Ống động mạch nhỏ (≤ 2mm).

Không có triệu chứng cơ năng, ĐTĐ và Xquang tim phổi gần như bình thường. Phát hiện tình cờ qua khám lâm sàng hoặc siêu âm tim.

– Ống trung bình (3 - 4mm) hoặc lớn (> 4mm).

• *Cơ năng*

– Hay viêm phế quản, viêm phổi.

– Chậm phát triển thể chất, suy dinh dưỡng.

– Phát hiện tình cờ.

• *Khám thực thể*

Tiếng thổi liên tục liên sườn 2, T2 mạnh.

1.2. Chẩn đoán hình ảnh

• *X quang*

Tim trái to, cung động mạch phổi phồng, ứ huyết phổi.

• *Điện tâm đồ*

Dày thất trái tăng gánh tâm trương

• *Siêu âm*

Hình ảnh còn ống động mạch.

Hình ảnh phổ liên tục qua ống động mạch.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nội khoa

• *Dùng Indomethacin:* (Chỉ chỉ định trong 1 - 2 tuần đầu sau sinh).

– Sơ sinh thiếu tháng:

Liều ban đầu (Truyền tĩnh mạch):

0,1mg/kg (trẻ > 48 giờ)

0,2mg/kg (trẻ 2 - 7 ngày)

0,25mg/kg (trẻ > 7 ngày)

Có thể nhắc lại 2 liều như trên sau mỗi 12 giờ.

(Các ống động mạch nhỏ có thể đóng tự nhiên. Cần theo dõi siêu âm định kỳ, các ống lớn nếu điều trị không kết quả, có suy tim nặng sẽ chỉ định mổ cấp cứu).

– Sơ sinh đủ tháng:

+ Ống động mạch nhỏ: theo dõi diễn biến lâm sàng và siêu âm. Nếu không có viêm phổi tái diễn, chậm phát triển thể chất, suy tim, tăng áp ĐMP... có thể chỉ định phẫu thuật lúc trẻ được 3 - 6 tháng tuổi (chú ý theo dõi và phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn).

+ Ống động mạch lớn: bệnh nhân có viêm phổi, suy tim, tăng áp ĐMP không đáp ứng với điều trị nội khoa, cần chỉ định mổ cấp cứu thắt ống bằng đường ngoài màng phổi.

- *Điều trị bằng tim mạch can thiệp*

Thông tim: đóng ống động mạch bằng Coils (ống < 4mm), Amplatza (ống > 5mm).

– Các trường hợp khác: chỉ định mổ phiên cắt ống động mạch. Mổ nội soi cho các trường hợp ống < 9mm.

– Chống chỉ định phẫu thuật:

+ Có kèm tim bẩm sinh tím.

+ Giai đoạn shunt đổi chiều.

+ Có các bệnh viêm nhiễm cấp tính hoặc chưa ổn định.

2.2. Ngoại khoa

– Phẫu thuật thắt ống động mạch.

– Phẫu thuật cắt ống động mạch.

– Phẫu thuật nội soi (cặp ống động mạch bằng các Clip). Hiện nay ít áp dụng.

- *Chuẩn bị trước mổ*

An thần cho các trẻ lớn.

- *Trong mổ*

– Đường mổ: liên sườn 3 - 4 sau bên, bên trái.

– Phẫu tích đoạn động mạch chủ trên và dưới ống, đặt dây an toàn.

– Phẫu tích ống động mạch, cặp Clamps, cắt và khâu 2 đầu ống bằng chỉ Prolene 6,0.

– Đối với trẻ sơ sinh: đi ngoài màng phổi, thắt ống.

– Đặt dẫn lưu, giảm đau tại chỗ, đóng thành ngực.

- *Mổ nội soi*

Bệnh nhân nằm nghiêng trái. Đặt 3 cửa sổ: 1 cửa sổ cho ống soi, 2 cửa sổ làm việc. Áp lực khí duy trì từ 2 - 4mmHg. Bóc tách ống động mạch, cặp ống bằng 2 Clip.

- *Sau mổ*

– Hút liên tục dẫn lưu 8 - 15cm H_2O

– Kháng sinh và giảm đau

– Kiểm tra Hb sau 3 giờ.

– Sau 1 ngày, chụp phổi kiểm tra, rút dẫn lưu

2.3. Biến chứng sau mổ

– Chảy máu:

+ Hồi sức, truyền máu, theo dõi lâm sàng và Hb

+ Mổ lại khi Hb tiếp tục giảm (mất 5% lượng máu cơ thể/1 giờ trong 3 - 4 giờ liền).

– Tràn dưỡng chấp:

+ Hút liên tục.

+ Nuôi dưỡng tĩnh mạch.

+ Sau 1 tuần còn chảy → xem xét chỉ định mổ.

CƠN THIẾU OXY CẤP TRONG FALLOT 4

Cơn thiếu oxy cấp trong Fallot 4:

– Là cơn tím tái nặng một cách cấp tính.

– Kết hợp với hiện tượng đa hồng cầu ở những bệnh nhân Fallot 4.

– Fallot 4 có teo động mạch phổi hoặc về giải phẫu có liên quan đến Fallot 4 như thất phải hai đường ra có hẹp động mạch phổi.

Nguyên nhân:

– Nguyên nhân chủ yếu chưa được biết rõ.

– Cơn xảy ra khi có giảm sức cản đại tuần hoàn, tăng sức cản tiểu tuần hoàn và chít hẹp đường ra thất phải.

– Gây ra giảm dòng máu lên phổi và tăng shunt phải - trái.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng trên bệnh nhân Fallot 4

– Hay gặp ở trẻ từ 6 tháng tuổi đến 2 tuổi.

– Cơn thường xảy ra điển hình khi thức dậy vào buổi sáng hoặc sau khi ăn.

– Có thể xảy ra liền sau khi khóc hay sau gắng sức.

– Thời tiết nóng hay mất nước cấp.

– Bệnh nhân đột ngột có cơn tím nặng.

– Mắt trợn ngược.

– Khó thở nặng.

– Giảm hoặc mất phản xạ giác mạc.

– Có thể mất tri giác tạm thời.

– Nghe tim có trường hợp không nghe thấy tiếng thổi tâm thu mà trước cơn nghe thấy.

– Nặng có trường hợp co giật.

2. ĐIỀU TRỊ

– Để bệnh nhân ở tư thế gối - ngực.

– Thở oxy qua Mask 5 lít/phút.

– Morphin 0,1mg/kg (nếu không có morphin thì dùng seduxen 0,5mg/kg tiêm bắp).

– Truyền dịch đẳng trương, nếu thiếu máu phải truyền máu (hiếm gặp).

– Chống toan: cho ngay natribicarbonat 2mEq/kg, sau đó dựa vào khí máu để điều chỉnh cho đủ.

– Làm tăng sức cản đại tuần hoàn bằng tiêm tĩnh mạch phenylephrin 50 - 100µg/kg.

– Propranolol 0,1mg/kg tĩnh mạch: 1/2 liều tiêm tĩnh mạch nhanh còn 1/2 liều tiêm tĩnh mạch chậm trong vài phút.

• *Tiến triển*

– Với xử trí như trên thường sau 15 - 20 phút bệnh nhân dần trở lại bình thường.

– Nếu chưa cắt cơn: morphin 1 liều như trên.

– Không đỡ có thể phải đặt nội khí quản.

– Thậm chí có trường hợp phải mổ cấp cứu nối chủ -phổi (hiếm gặp).

• *Tiêu chuẩn hết cơn thiếu oxy cấp*

– Trẻ tỉnh.

– Phản xạ bình thường.

– Tri giác bình thường.

– Hết khó thở.

– Tím giảm dần.

3. PHÒNG BỆNH

– Tránh giảm thiểu các yếu tố thuận lợi gây cơn thiếu oxy.

– Tránh táo bón ở những bệnh nhân Fallot 4 nặng.

– Propranolol 0,01mg/kg uống. Chú ý phải được theo dõi tránh gây nhịp chậm.

– Xét mổ nối chủ - phổi.

– Xét mổ sửa toàn bộ nếu có chỉ định.

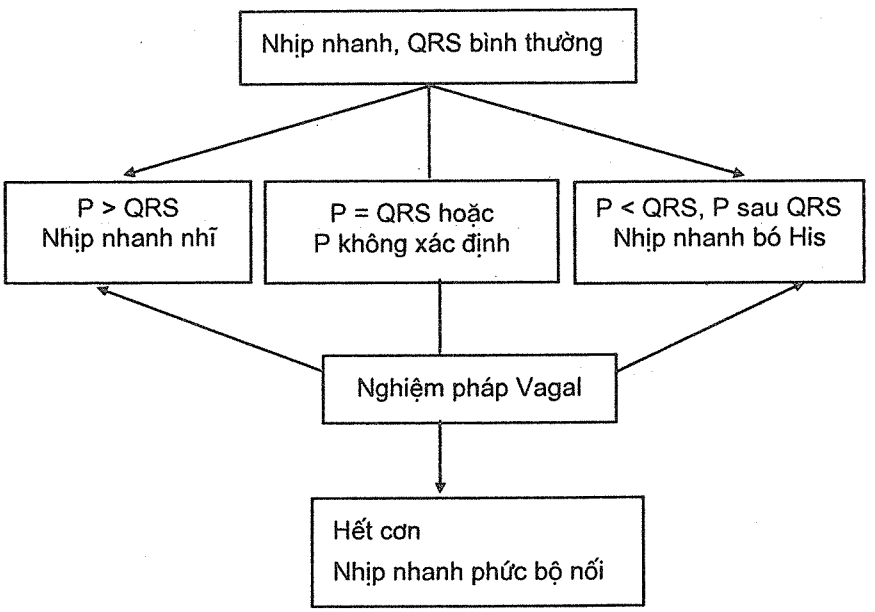
– Pha loãng máu ít có kết quả chỉ tiến hành làm trước khi mổ.

CƠN NHỊP NHANH TRÊN THẤT

1. CHẨN ĐOÁN

– Thường khi tần số thất > 220 lần/phút ở trẻ bú mẹ và > 180 lần/phút ở trẻ lớn. Tần số còn phụ thuộc vào loại cơn nhịp nhanh. Có thể đến 300 nhịp/phút.

– Phức bộ QRS thanh mảnh, thời gian < 0,08 giây. Một số ít trường hợp QRS giãn rộng khi có bloc nhánh hoặc dẫn truyền lệch hướng.



– Nghiệm pháp Vagal: tiêm tĩnh mạch nhanh 0,5-1mg/kg Striadyne (ATP) sẽ làm xuất hiện bloc nhĩ - thất tạm thời (thấy rõ sóng P) hoặc ngừng cơn nhịp nhanh.

– Khác cơn nhịp nhanh thất: sau tiêm Striadyne sẽ làm xuất hiện bloc thất - nhĩ 2/1, sóng P xuất hiện rõ sau phức bộ QRS.

– Các nghiệm pháp Vagal cơ học khác:

Ấn nhãn cầu: ấn đủ mạnh đồng thời hai bên, 2-5 phút, ngừng khi nhịp giảm.

Phản xạ Valsalva (xoa xoang cảnh): day nhẹ xoang cảnh một bên, trong 10-20 giây, ngừng ngay khi nhịp giảm.

Đắp nước lạnh đột ngột lên mặt trong vòng 10 giây (trẻ lớn) hoặc đặt sonde dạ dày (trẻ nhỏ) đều có thể xuất hiện kết quả như nghiệm pháp Striadyne.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Cơn nhịp nhanh nhĩ

– Cơn cuồng nhĩ: gặp nhiều ở trẻ sơ sinh, không tìm thấy nguyên nhân.

Sóng P đơn dạng, thường có bloc nhĩ - thất 2/1.

Điều trị:

Với sơ sinh: digoxin, kéo dài 6 tháng nhằm tránh tái phát.

Với trẻ lớn hơn, có tổn thương tim: thường kết hợp Digoxin + Amiodaron hoặc Rythmol. Sau khi ngừng cơn tiếp tục duy trì digoxin 1 năm.

Nếu có suy tuần hoàn cần sốc điện.

– Cơn nhịp nhanh nhĩ: sóng P đa dạng, không ổn định. P > QRS. Cơn nhịp nhanh xoang thường dai dẳng, khó điều trị.

Điều trị: digoxin đơn thuần thường ít hiệu quả.

Digoxin + Amiodaron kéo dài 1-2 năm đối với trẻ bú mẹ. Có thể dùng Rythmol hoặc β blocquer thay thế Cordaron lâu dài.

Nhóm β blocquer (propranolol, nadolol) hoặc verapamil đối với trẻ lớn.

2.2. Nhịp nhanh bộ nối

– Đặc điểm: gặp 70% các cơn nhịp nhanh ở trẻ bú mẹ.

Sóng P có thể ngay trước, trong hoặc ngay sau phức bộ QRS.

Nghiệm pháp Vagal có thể làm ngừng hoặc không có hiệu quả với cơn nhịp nhanh này.

5 - 10% kết hợp hội chứng WPW (Wolff-Parkinson-White) đặc biệt trong trường hợp có bệnh tim kết hợp.

– Điều trị: điều trị cơn: nghiệm pháp Vagal hoặc tiêm Striadyne.

Điều trị duy trì:

Trẻ bú mẹ: digoxin (duy trì 9 - 12 tháng sau cắt cơn). Nếu thất bại kết hợp Cordaron (duy trì trong 3 tháng sau cắt cơn).

Trẻ lớn: digoxin. Nếu thất bại: Cordaron, nhóm β blocquer hoặc Flecain, Rythmol.

Chú ý: WPW: CCĐ digoxin đối với trẻ trên 2 tuổi, điều trị bằng nhóm Ic (Flecain: khá hiệu quả, sử dụng cho trẻ > 1 tuổi) hoặc amiodarone.

2.3. Cơn nhịp nhanh bó His

– Đặc điểm: ít gặp, chủ yếu ở sơ sinh do ổ vô căn ở bó His.

Có thể gây suy tim dẫn đến tử vong.

– Điều trị: Amiodarone hoặc nhóm Ic. Tiến triển từ từ, có thể dùng Flecain duy trì sau Cordaron.

Sốc điện không có hiệu quả.

CƠN NHỊP NHANH THẤT

1. CHẨN ĐOÁN

– Nhịp nhanh từ 150 đến 250, thường đều.

– QRS giãn rộng, không thấy P hoặc tần số P < tần số QRS.

– Không thay đổi với nghiệm pháp Vagal hoặc sau tiêm bolus Stryadine xuất hiện P với tần số nhỏ hơn tần số QRS.

– Thường kèm bệnh lý tim mạch.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị cắt cơn

– Thuốc:

Lidocain: 0,5 - 1mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm 1 - 2 phút, sau duy trì 10-50µg/kg/phút hoặc

Amiodaron: 5mg/kg pha với 4ml/kg dextrose 5% truyền tĩnh mạch 30 - 60 phút hoặc

Propranolol: 0,01 - 0,15mg/kg/lần (tối đa < 1mg), tiêm tĩnh mạch; sau đó 2 - 4mg/kg/ngày, chia 3 - 4 lần hoặc

Procainamid: 3 - 6mg/kg/liều, tĩnh mạch chậm trong 5 phút. Có thể nhắc lại sau 10 đến 30 phút. Tối đa 100mg. Sau duy trì 20 - 80µg/kg/phút.

– Sốc điện: khi bệnh nhân có suy tuần hoàn hoặc sau khi đã điều trị thuốc không có kết quả.

2.2. Điều trị ngoài cơn

– Nếu QRS một dạng: β bloquant, verapamil.

– Nếu QT kéo dài, cơn nhịp nhanh thất catecolergique: propranolol, nadolol.

– Nếu QRS đa dạng, hội chứng Brugada: đặt máy tạo nhịp phá rung.

Bảng 4.4. Liều lượng một số thuốc loạn nhịp

Tên thuốc	Liều/ngày	Số lần	Tác dụng phụ
Digoxin	Sơ sinh và trẻ lớn: 15µg/kg Trẻ bú mẹ: 20µg/kg	3	Giảm dẫn truyền nhĩ thất (PQ kéo dài), nhịp chậm, bloc nhĩ thất. Chống chỉ định trong WPW
Flécaine (nhóm Ic)	2 - 5mg/kg	2	QRS giãn rộng
Propafenone (Rythmol)	300 - 500mg/m^2	3	Nhịp chậm, co thắt phế quản, hạ đường huyết, giảm huyết áp, bloc tim, giảm tập trung chú ý.
Propranolol	2 - 5mg/kg	3	
Nadolol	50mg/m^2	1	
Amiodarone	500mg/m^2 trong 1 tuần sau đó giảm còn 250 mg/m^2 trong nhiều tuần.	1-2	Suy hoặc cường giáp, tăng triglycerid, ngộ độc gan, xơ hoá phổi.
Verapamil	100 - 200mg/m^2 hoặc 2 - 7mg/kg	3	Suy tim, nhịp chậm, loạn nhịp, hạ huyết áp.
Adenosin	100 - 300µg/kg/lần Bắt đầu từ 50µg/kg, sau đó tăng dần nếu không có hiệu quả.	Tiêm tĩnh mạch	Thời gian bán hủy rất ngắn, có thể gây đau ngực, khó thở < 1 phút. Có thể gây nhịp chậm thoáng qua.

TIM CHẬM

Tim chậm là khi tần số tim dưới mức bình thường theo tuổi.

Tim chậm được xác định bằng điện tim 12 chuyển đạo hoặc ghi điện tim lưu động 24 giờ (Holter điện tim).

– Tiêu chuẩn tim chậm bằng điện tim 12 chuyển đạo:

+ Trẻ < 3 tuổi: <100 lần /phút.

+ Từ 3 - 9 tuổi: < 60 lần /phút.

+ Từ 9 - 16 tuổi: < 50 lần /phút.

– Tiêu chuẩn Holter điện tim 24 giờ:

+ Dưới 2 tuổi: < 60 lần/phút khi ngủ và dưới 80 lần/phút khi thức.

+ Từ 2 - 6 tuổi: < 60 lần /phút.

+ Từ 6 - 11 tuổi: < 45 lần /phút.

+ Trên 11 tuổi: < 40 lần /phút.

+ Trên 11 tuổi thường xuyên luyện tập điền kinh: < 30 lần /phút.

1. NGUYÊN NHÂN

– Hai cơ chế và vị trí gây tim chậm:

+ Tim chậm xoang: tại nút xoang, tần số khử cực thấp dưới mức tần số tim bình thường.

+ Block nhĩ thất: dẫn truyền xung điện từ nhĩ xuống thất bị tắc nghẽn tại nút nhĩ thất hoặc tại bó His hoặc các nhánh.

– Nguyên nhân gây tim chậm có thể do các tác nhân bên ngoài hoặc do tổn thương tại hệ thống dẫn truyền (Bảng 4.1). Hai nguyên nhân chính thường gặp ở trẻ em:

+ Phẫu thuật hoặc can thiệp tim bẩm sinh gây tổn thương đến hệ thống dẫn truyền.

+ Cường phế vị và do thuốc là nguyên nhân bên ngoài hay gặp nhất.

Bảng 4.1. Các nguyên nhân gây tim chậm

Nguyên nhân nội tại	Nguyên nhân bên ngoài
Gia đình	*Thuốc*
Viêm nhiễm	Chống loạn nhịp
Viêm cơ tim	Thuốc chẹn beta giao cảm
Viêm màng ngoài tim	Chẹn kênh calci
Bệnh hệ thống	*Hạ thân nhiệt*
Lupus	*Cường phế vị*
Các bệnh tim bẩm sinh	Cơn ngừng thở
Thông liên nhĩ	Ho
Kênh nhĩ thất chung	Kích thích mũi họng hoặc thực quản
Hội chứng QT dài	Tăng áp lực nội sọ
Hẹp van và động mạch phổi	Thuốc (morphin)
Thông liên thất	Ngất thần kinh -tim
Chuyển gốc đại động mạch	Ngủ
Hội chứng Wolff Parkinson White	*Chấn thương do phẫu thuật*
Thiếu máu hoặc nhồi máu cơ tim	Nút xoang (tại nút hoặc động mạch)
	Tổn thương nút nhĩ thất và bó His

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của tim chậm liên quan đến tuổi của bệnh nhân, mức độ tim chậm, các bất thường bệnh lý tim mạch khác kèm theo. Hầu hết các bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Với các trường hợp có triệu chứng lâm sàng được phân loại theo nhóm tuổi sau:

– Trẻ bú mẹ và trẻ nhỏ: triệu chứng thường không đặc hiệu như là: bú kém, biếng ăn, ngủ li bì, đôi khi co giật.

– Trẻ lớn: tim chậm biểu hiện bằng: mệt mỏi, giảm khả năng gắng sức và vận động thể lực, hoa mắt và chóng mặt, nặng hơn là ngất.

– Trường hợp nhịp rất chậm biểu hiện bằng suy tim giảm cung lượng hoặc sốc tim, và có thể ngừng tuần hoàn và hô hấp.

– Nhịp tim rất chậm có thể do tại nút xoang hoặc block nhĩ thất. Trong cấp cứu tim chậm thường là chậm xoang do hậu quả của giảm oxy máu, tụt huyết áp, toan chuyển hóa.

– Các triệu chứng của các bệnh tim bẩm sinh (TBS) kèm theo.

2.2. Khai thác tiền sử

Khai thác kỹ tiền sử nhằm hướng tới nguyên nhân gây tim chậm.

– Tiền sử các thuốc gây tim chậm do cường phó giao cảm.

– Tiền sử gia đình có ngất hoặc đột tử do tim.

– Tiền sử các bệnh tim.

– Các lần ngất, hoa mắt và chóng mặt, hoặc co giật không giải thích được nguyên nhân.

2.3. Điện tim

– Điện tim 12 chuyển đạo và Holter điện tim 24 giờ. Chẩn đoán tim chậm phải căn cứ trên bằng chứng điện tim. Bất thường hệ thống dẫn truyền được chia thành: bất thường nút xoang và block nhĩ thất. Các bất thường điện tim biểu hiện như sau:

+ Tim chậm xoang: nhịp xoang, tần số chậm theo tuổi.

+ Block nhĩ thất cấp I: nhịp xoang với giá trị PR ở giới hạn cao theo tuổi.

+ Block nhĩ thất cấp II:

- Kiểu 1 (Mobitz 1) hay block dạng Wenckebach: PR dài dần đến khi có sóng P nhưng không có QRS theo sau.
- Kiểu 2 (Mobitz 2): khoảng PR không thay đổi trước khi có sóng P không có QRS theo sau.

+ Block NT cấp III hay còn gọi là block nhĩ thất hoàn toàn: không có sự liên hệ giữa P với QRS, tần số P nhanh hơn tần số QRS, QRS nguồn gốc bộ nối hoặc tại thất.

+ Đột ngột ngừng xoang: khoảng cách giữa 2 sóng P sát nhau kéo dài trên 3 giây.

– Các phương tiện chẩn đoán khác:

+ Máy ghi điện tim lưu động cầm tay.

+ Máy ghi điện tim cấy trong cơ thể.

+ Thăm dò điện sinh lý trong buồng tim.

2.4. Thể lâm sàng

– Tim chậm xoang

+ Tim chậm xoang không triệu chứng ở trẻ khỏe.

+ Tim chậm xoang có triệu chứng.

• Cường phế vị.

• Hội chứng nút xoang bệnh lý.

– Block nhĩ thất

+ Block nhĩ thất cấp I.

+ Block nhĩ thất cấp II.

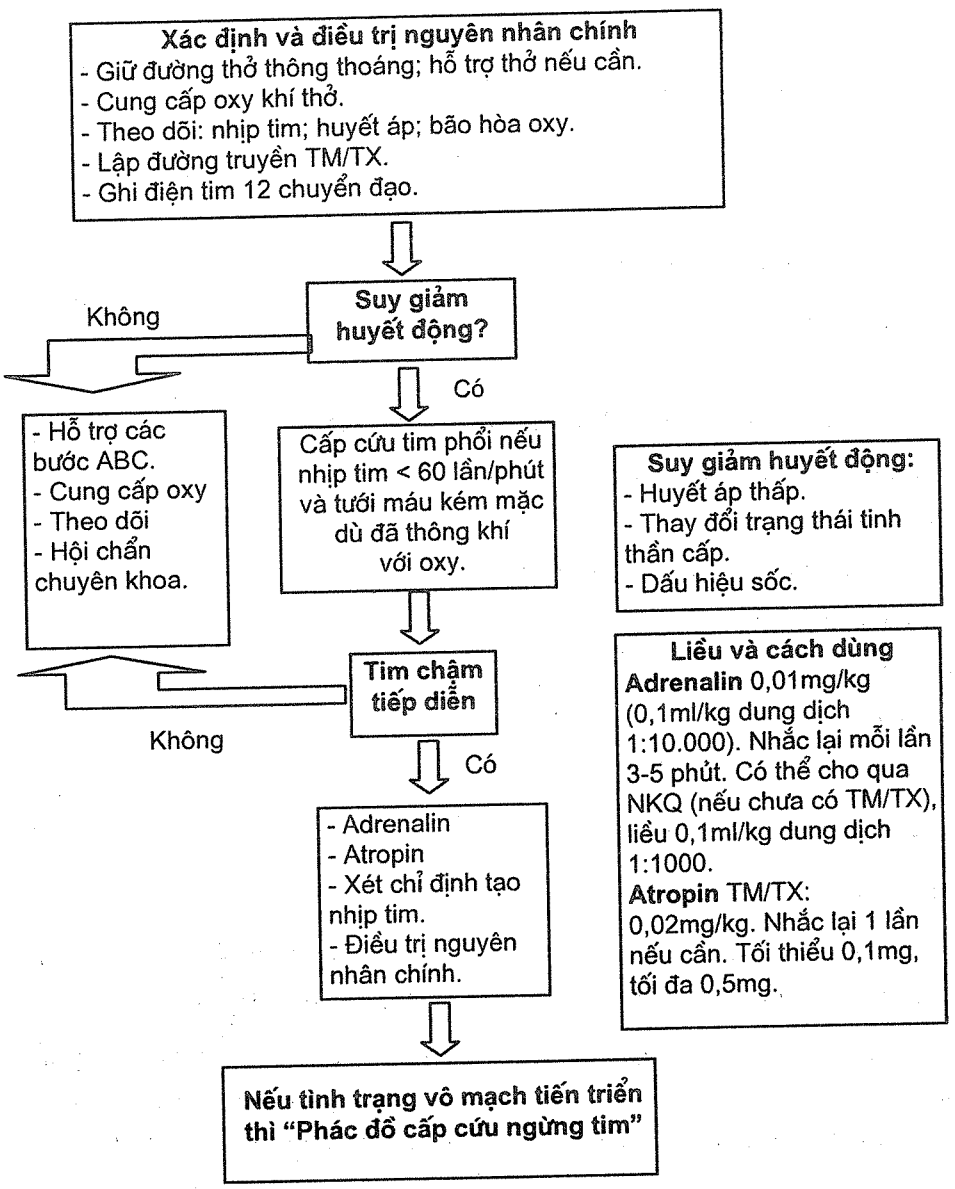
+ Block nhĩ thất cấp III.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị tim chậm phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của từng trường hợp hay dựa trên triệu chứng lâm sàng có hay không.

Đối với tim chậm xoang không có triệu chứng thì không cần phải can thiệp điều trị nhịp. Điều trị tim chậm có triệu chứng lâu dài bằng các thuốc kích thích làm tăng nhịp tim lâu dài sẽ không có hiệu quả.



Sơ đồ 4.1. Phác đồ xử trí tim chậm còn mạch và giảm tưới máu ở trẻ em*

* Theo AHA, Pediatric Advanced Life Support 2010.
ABC: Airway (đường thở); Breathing (thở); Circulation (tuần hoàn).
TM: tĩnh mạch; TX: trong xương

3.2. Cấp cứu tim chậm

Đối với bệnh nhân tim chậm có dấu hiệu giảm tưới máu hoặc sốc cần cấp cứu khẩn cấp và tích cực (Sơ đồ 4.1).

3.3. Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn

Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn thường được chỉ định trên bệnh nhi có bệnh tim bẩm sinh (Bảng 4.2). Đối với một số bệnh khác áp dụng như với chỉ định bệnh nhân là người lớn khi xem xét từng trường hợp cụ thể.

Bảng 4.2. Chỉ định cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở bệnh nhi có tim bẩm sinh

Chỉ định loại I (tuyệt đối)
1. Block nhĩ thất cấp II độ cao và block NT cấp III có triệu chứng tim chậm, suy giảm chức năng thất, hoặc cung lượng tim giảm.
2. Suy nút xoang có triệu chứng lâm sàng do NTC theo tuổi.
3. Block nhĩ thất cấp II độ cao hoặc cấp II sau phẫu thuật được tiên lượng không hồi phục hoặc kéo dài ≥ 7 ngày sau phẫu thuật tim.
4. Block nhĩ thất cấp III bẩm sinh có QRS rộng, nhịp thất đa dạng, hoặc rối loạn chức năng thất.
5. Block nhĩ thất bẩm sinh ở trẻ bú mẹ có tần số thất < 55 lần /phút hoặc TBS với nhịp thất < 70 lần /phút.
Chỉ định loại IIa (thích hợp)
1. TBS có tim chậm để phòng ngừa cơn tim nhanh tái diễn do tim nhanh vào lại trong nhĩ; suy nút xoang do căn nguyên nội tại hoặc do các thuốc chống loạn nhịp.
2. Block nhĩ thất cấp III bẩm sinh tồn tại trên 1 tuổi có tần số tim trung bình < 50 lần /phút, khoảng ngừng thất đột ngột kéo dài quá 2 hoặc 3 lần khoảng cơ bản, hoặc có kèm theo triệu chứng không thích nghi khi gắng sức.
3. Tim chậm xoang trên bệnh nhân TBS phức tạp có tần số tim lúc nghỉ < 40 lần /phút hoặc có khoảng ngừng thất trên 3 giây.
4. TBS có rối loạn huyết động do nhịp xoang chậm hoặc do bất đồng bộ NT.
5. Ngất không rõ nguyên nhân sau phẫu thuật TBS bị block NT tạm thời sau phẫu thuật có block nhánh tồn lưu sau khi đã đánh giá cẩn thận để loại trừ các nguyên nhân ngất khác.
Chỉ định loại IIb (hạn chế)
1. Block nhĩ thất cấp III đã hồi phục sau phẫu thuật tim còn block 2 nhánh tồn lưu.
2. Block nhĩ thất cấp III ở trẻ không có triệu chứng có tần số tim ở mức chấp nhận, phức bộ QRS hẹp, và chức năng thất bình thường.
3. Tim chậm xoang không triệu chứng sau phẫu thuật TBS có sửa chữa 2 thất có tần số tim lúc nghỉ < 40 lần /phút hoặc khoảng ngừng thất > 3 giây.

Chỉ định loại III (chống chỉ định)
1. Block nhĩ thất tạm thời sau phẫu thuật đã hồi phục về bình thường ở bệnh nhân không có triệu chứng.
2. Block 2 nhánh không triệu chứng có hoặc không có block nhĩ thất cấp I sau phẫu thuật TBS và không có block NT hoàn toàn tạm thời sau phẫu thuật.
3. Block nhĩ thất cấp I không triệu chứng.
4. Tim chậm xoang không triệu chứng có khoảng ngừng tim dài nhất < 3 giây và tần số tim tối thiểu > 40 lần/phút.

TĂNG HUYẾT ÁP

1. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp (THA) ở trẻ em được định nghĩa là khi huyết áp (HA) tâm thu và hoặc huyết áp tâm trương lớn hơn hoặc bằng bách phân vị thứ 95 của huyết áp bình thường theo giới, tuổi và chiều cao. Cần phải xác định chỉ số huyết áp qua nhiều lần đo (ít nhất qua 3 lần đo khác nhau). Tần suất THA ở trẻ em thấp hơn người lớn, theo ghi nhận qua nhiều nghiên cứu khác nhau tại các quốc gia, tần suất THA ở trẻ em thay đổi từ 0,8-5%. Trong những năm gần đây, tần suất THA ở trẻ em lứa tuổi học đường có xu hướng tăng, có lẽ do giảm thời gian hoạt động thể lực và tỷ lệ thừa cân, béo phì tăng lên.

Phân độ THA ở trẻ em dựa trên trị số HA tâm thu và tâm trương. Khi HA tâm thu và HA tâm trương nằm ở 2 phân loại khác nhau, chọn phân loại cao hơn.

– HA bình thường là khi HA tâm thu và HA tâm trương < bách phân vị thứ 90 của huyết áp bình thường theo giới, tuổi và chiều cao.

– Tiền THA khi: bách phân vị thứ 90 ≤ HA tâm thu hoặc HA tâm trương < bách phân vị thứ 95 của huyết áp bình thường, hoặc nếu HA ≥ 120/80mmHg (ít nhất qua 3 lần đo khác nhau).

– THA khi HA tâm thu hoặc HA tâm trương ≥ bách phân vị thứ 95 của huyết áp bình thường theo giới, tuổi và chiều cao (ít nhất phải đo 3 lần).

THA độ I khi bách phân vị thứ 95 ≤ HA ≤ bách phân vị thứ 99 + 5mmHg.

THA độ II khi HA > bách phân vị thứ 99 + 5mmHg.

2. NGUYÊN NHÂN

THA thứ phát chiếm phần lớn trong THA ở trẻ em. Nguyên nhân THA ở trẻ em có thể thoáng qua hoặc kéo dài. Các nguyên nhân gây THA thoáng qua, nếu không điều trị thích hợp cũng có thể gây THA kéo dài.

– Các nguyên nhân chính gây tăng huyết áp ở trẻ em gồm:

+ Các bệnh về nhu mô thận chiếm 70%. Chủ yếu là các bệnh cầu thận, các nguyên nhân dẫn đến sẹo thận, hội chứng huyết tán ure huyết, u thận hoặc bệnh thận sau xạ trị...

+ Các nguyên nhân về mạch thận chiếm 10%: loạn sản xơ thận, bệnh Takayasu, hẹp động mạch thận đơn độc...

+ Hẹp eo động mạch chủ: 8%

Các nguyên nhân về nội tiết chiếm 2%: u tủy thượng thận, cường aldosterol, hội chứng Cushing, cường giáp, hội chứng Turner.

+ Bệnh tăng huyết áp: 9%

+ Các nguyên nhân khác chiếm 1% như tăng áp lực nội sọ, hội chứng Guillain - Barre, tăng calci máu, ngộ độc dùng thuốc kích thích giao cảm, cocain.

– Những nguyên nhân gây THA thường gặp ở trẻ em theo lứa tuổi:

+ Sơ sinh: hẹp hoặc huyết khối động mạch thận, bất thường cấu trúc thận bẩm sinh, hẹp eo động mạch chủ, loạn sản phế quản phổi.

+ Trẻ nhũ nhi: hẹp eo động mạch chủ, bệnh lý mạch máu thận, bệnh lý nhu mô thận.

+ Trẻ từ 1- 6 tuổi: các bệnh nhu mô thận và viêm thận, bệnh lý mạch máu thận, hẹp eo động mạch chủ, bướu Wilms, bệnh nội tiết, THA nguyên phát.

+ Trẻ 6 - 10 tuổi: bệnh lý nhu mô thận và viêm thận. THA nguyên phát. Hẹp động mạch thận. Hẹp eo động mạch chủ. Nguyên nhân nội tiết. U, bướu.

+ Thanh thiếu niên: THA nguyên phát. Bệnh nhu mô thận. Nguyên nhân nội tiết.

3. CHẨN ĐOÁN

Việc tìm kiếm nguyên nhân THA ở trẻ em đôi khi rất khó khăn. Để tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân THA ở trẻ em cần đi theo trình tự sau:

3.1. Khai thác kỹ tiền sử bản thân và gia đình của trẻ bị THA

- Tiền sử gia đình

- Tiền sử dùng thuốc: các thuốc corticoid, các chất kích thích như cafein...

- Tiền sử dinh dưỡng: béo phì

- Tiền sử bệnh tật: bệnh thận, viêm đa động mạch, lupus, các bệnh nội tiết...

3.2. Phát hiện các triệu chứng lâm sàng

Trẻ bị THA nguyên phát thường không có triệu chứng, có thể được phát hiện một cách tình cờ khi thăm khám thường quy. Những trẻ này có thể có thừa cân, béo phì. Trẻ THA thứ phát có HA thay đổi từ nhẹ đến nặng. Khi HA tăng nhanh và đột ngột, trên lâm sàng có thể có triệu chứng của tổn thương cơ quan đích. Chủ yếu THA thứ phát có biểu hiện lâm sàng của bệnh nguyên.

Bảng 4.3. Những dấu hiệu lâm sàng gợi ý nguyên nhân gây THA ở trẻ em

	Dấu hiệu	Nguyên nhân có thể
Dấu hiệu sinh tồn	Nhịp tim nhanh	Cường giáp, u tủy thượng thận, u nguyên bào thần kinh, THA nguyên phát.
	Giảm mạch chi dưới, HA chi dưới giảm so với chi trên.	Hẹp eo động mạch chủ
Mắt	Thay đổi võng mạc	THA nặng thường do THA thứ phát
Chiều cao / cân nặng	Chậm phát triển	Suy thận mạn
	Béo phì (BMI cao)	THA nguyên phát
	Mập phần thân người	Hội chứng Cushing
Đầu cổ	Mặt tròn như mặt trăng	Hội chứng Cushing
	Cổ có màng	Hội chứng Turner
	Tuyến giáp to	Cường giáp
Da	Xanh xao, đỏ, đổ mồ hôi	U tủy thượng thận
	Mụn trứng cá, rậm lông	Hội chứng Cushing, phụ thuộc steroid
	Đốm cafe	U nguyên bào thần kinh
	Ban đỏ dạng cánh bướm ở má	Lupus
	Nhiễm nấm	Tiểu đường typ II

Lồng ngực	Hai núm vú cách xa	Hội chứngTurner
	Âm thổi ở tim	Hẹp eo động mạch chủ
	Tiếng cọ màng ngoài tim	Viêm màng ngoài tim, bệnh hệ tạo keo, bệnh thận giai đoạn cuối tăng urê máu.
	Ổ đập bất thường	Giãn thất trái, THA kéo dài
Bụng	Khối u	Bướu Wilms, u tủy thượng thận, u nguyên bào thần kinh
	Âm thổi ở vùng thượng vị hoặc bụng	Hẹp động mạch thận
	Sờ được thận	Thận đa nang, thận ứ nước, u thận
Cơ quan sinh dục	Mơ hồ giới tính/nam hóa	Tăng sản thượng thận bẩm sinh

3.3. Xét nghiệm cần thiết

Những xét nghiệm thường quy cần chỉ định cho tất cả các trẻ bị THA bao gồm: công thức máu, định lượng glucose, urê, creatinin, bilan lipid máu, điện giải đồ. Tổng phân tích nước tiểu, đạm niệu 24 giờ. Xquang ngực thẳng, điện tâm đồ, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng, soi đáy mắt.

Ngoài ra còn có các xét nghiệm cần chỉ định thêm giúp tìm nguyên nhân THA.

– Bệnh lý nhu mô thận: xạ hình thận, sinh thiết thận.

– Bệnh lý mạch máu thận: nồng độ renin trong máu + xạ hình thận trước và 1 giờ sau uống captopril, siêu âm Doppler động mạch thận, CT mạch máu thận, chụp động mạch.

– Hẹp eo động mạch chủ: siêu âm tim, chụp động mạch chủ.

– Bệnh lý nội tiết:

+ Phì đại đầu chi: Xquang sọ, CT. Scanner, MRI sọ não.

+ Cường giáp: siêu âm tuyến giáp; T3,T4, TSH/máu, đồng vị phóng xạ tuyến giáp.

+ Cường phó giáp: calcium trong máu và nước tiểu.

+ Hội chứng Cushing: test dexamethason, cortisol/nước tiểu 24 giờ, ACTH/plasma, CT. Scanner tuyến thượng thận.

+ Cường aldosteron nguyên phát: Ion đồ nước tiểu, renin, hoạt độ renin /plasma, aldosteron trong máu và nước tiểu, CT tìm u tuyến thượng thận.

+ U tủy thượng thận: cathecholamin, vanilylmandelic acid, creatinin/nước tiểu 24 giờ, cathecholamin/máu; MRI, CT tìm u tuyến thượng thận hoặc bụng.

– Tăng áp lực nội sọ: CT. Scanner, MRI sọ não.

4. ĐIỀU TRỊ

Các liệu pháp điều trị THA ở trẻ em phụ thuộc vào mức độ THA, mức độ tổn thương cơ quan đích và các nguyên nhân tìm được. Các liệu pháp điều trị bao gồm liệu pháp không dùng thuốc và liệu pháp dùng thuốc để điều chỉnh HA.

4.1. Điều trị THA không dùng thuốc

Các bằng chứng cho thấy hiệu quả của các phương pháp can thiệp không dùng thuốc trong THA ở trẻ em không nhiều. Đối với những bệnh nhân THA thứ phát và một số bệnh nhân THA nguyên phát đòi hỏi phải sử dụng thuốc hạ áp.

– Giảm cân: duy trì cân nặng bình thường sẽ làm giảm được nguy cơ THA khi trưởng thành. Nên tham vấn các chyên gia dinh dưỡng về chế độ ăn giảm cân như giảm ăn ngọt, tăng ăn rau, giảm ăn mặn, giảm béo.

– Hoạt động thể lực: bệnh nhân không nên duy trì nếp sống ít vận động như ngồi xem ti vi hoặc chơi trò chơi điện tử quá 2 giờ / ngày. Hạn chế các trò chơi mang tính chất cạnh tranh cho trẻ THA giai đoạn 2 chưa kiểm soát được.

– Chế độ ăn: giảm natri trong chế độ ăn của trẻ em có thể làm giảm nhẹ HA từ 1-3mmHg. Khuyến cáo hiện tại về lượng natri ăn hàng ngày cho trẻ em là 1,2g/ngày cho trẻ từ 4-8 tuổi và 1,5g/ngày cho trẻ lớn hơn.

4.2. Liệu pháp dùng thuốc trong điều trị THA ở trẻ em

Chỉ định dùng thuốc hạ HA cho trẻ em:

– THA có triệu chứng.

- THA thứ phát.
- Tổn thương cơ quan đích do THA.
- THA ở bệnh nhân đái tháo đường typ I và II.
- THA kéo dài mặc dù đã áp dụng biện pháp không dùng thuốc.

Khi có chỉ định nên khởi đầu bằng một thuốc hạ HA. Các nhóm thuốc được chấp nhận dùng ngay từ đầu trong điều trị THA ở trẻ em là: ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin II, chẹn beta, chẹn kênh calci và lợi tiểu. Các thuốc này cho thấy tính an toàn, dung nạp tốt và hiệu quả hạ áp tốt khi dùng cho trẻ em bị THA. Tất cả các thuốc hạ áp khi dùng nên bắt đầu bằng liều thấp và tăng dần cho đến khi đạt hiệu quả mong muốn.

Đối với THA cấp cứu (có tổn thương cơ quan đích), cần phải điều trị hạ áp bằng thuốc đường tĩnh mạch. Nifedipin có thể dùng đường ngậm dưới lưỡi trong điều trị cấp cứu THA vì khởi phát tác dụng nhanh và cần loại trừ biến chứng xuất huyết não trước khi dùng nifedipin. Phải điều trị hạ HA ngay lập tức nhưng không được hạ quá nhanh, bởi hạ HA quá nhanh sẽ dẫn đến biến chứng thần kinh. Mục tiêu hạ HA là giảm 25% trong vòng 8 giờ đầu và đưa HA về bình thường trong vòng 48 giờ sau.

Các trường hợp THA khẩn cấp (chưa có tổn thương cơ quan đích) chỉ cần dùng thuốc hạ HA đường uống là đủ. Tuy nhiên một số trường hợp có thể cần dùng đến thuốc hạ HA đường tĩnh mạch. Mức độ làm giảm HA được khuyến cáo là làm giảm HA trung bình xuống khoảng 1/3 mức HA cần giảm trong vòng 6 giờ đầu, giảm 1/3 mức HA cần giảm tiếp theo trong vòng 24-36 giờ, 1/3 còn lại sẽ được giảm trong vòng trong vòng 24-96 giờ hoặc lâu hơn.

Đối với THA nguyên phát, THA không biến chứng và không tổn thương cơ quan đích, mục tiêu dùng thuốc hạ áp ở trẻ em là đưa HA xuống dưới bách phân vị thứ 95. Đối với trẻ bị bệnh thận mạn tính, đái tháo đường hoặc có tổn thương cơ quan đích cần phải đưa HA xuống dưới bách phân vị thứ 90.

Nhóm thuốc ức chế men chuyển: captopril, enalapril

- Ức chế quá trình chuyển AT1 => AT2, gây giãn mạch, hạ HA.
- Tác dụng phụ: ho khan dai dẳng...
- Chống chỉ định: hẹp động mạch thận hai bên. Tăng kali máu.

– Liều dùng:

Captopril: khởi đầu 0,3 - 0,5mg/kg/lần x 3 lần /ngày, tối đa là 6mg/kg/ngày.

Enalapril: 0,08mg/kg/ngày chia 2 lần, tối đa là 0,6mg/kg/ngày.

Ức chế thụ thể angiotensin: Irbesartan, losartan

– Ức chế thụ thể AT1 => giãn mạch, hạ HA.

– Không gây ho khan dai dẳng.

– Liều dùng:

Losartan: khởi đầu 0,7mg/kg/ngày (dùng 1 lần), tối đa 1,4mg/kg/ngày.

Irbesartan: 6 -12 tuổi: 75 - 150mg /ngày.

> 13 tuổi: 150 - 300m /ngày.

Chẹn kênh calci: amlodipin, nifedipin, nicardipin

– Giãn hệ tiểu động mạch bằng cách ngăn chặn dòng calci chậm vào tế bào cơ trơn thành mạch. Thuốc tác động trên cả nhịp.

– Tác dụng phụ: phù chi, bừng mặt, đau đầu, ngứa...

– Liều dùng: Nifedipin: khởi đầu 0, 25 - 0,5mg/kg

Amlodipin: 6 - 17 tuổi 2,5 - 5mg/ngày

Chẹn beta giao cảm: propranolol, metoprolol, atenolol

– Tác dụng giãn mạch, hạ huyết áp và làm chậm nhịp tim.

– Tác dụng phụ: ngủ gà, làm nặng thêm bệnh mạch máu ngoại vi và hội chứng Raynaud, cơn THA bùng phát nếu ngừng đột ngột.

– Chống chỉ định: nhịp chậm, block nhĩ thất độ cao, hen phế quản, bệnh mạch máu ngoại vi.

– Liều dùng:

Propranolol: khởi đầu 1 - 2mg/kg/ngày chia 2 lần, tối đa 4mg/kg/ngày.

Atenolol: khởi đầu 0,5 - 1mg/kg/ngày chia 2 lần, tối đa 2mg/kg/ngày.

Lợi tiểu: làm giảm khối lượng tuần hoàn trong lòng mạch, do đó làm hạ HA.

– Nhóm thiazid: gây hạ kali, magiê máu, rối loạn lipid nếu dùng kéo dài, có thể làm xấu chức năng thận ở bệnh nhân suy thận.

– Lợi tiểu quai: có tác dụng mạnh, làm mất kali nhiều.

Lasix 1 - 2mg /kg/ngày

– Lợi tiểu giữ kali: yếu, ít dùng đơn độc, phối hợp với một loại lợi tiểu thải kali nhiều.

Aldacton 1 - 2mg/kg/ngày

Một số thuốc khác

– Chẹn thụ thể alpha: doxazocin, prazocin.

– Nhóm tác động lên đồng vận giao cảm alpha trung ương: clonidin.

– Ức chế adrenergic ngoại biên: reserpin nhưng ít dùng ở trẻ em.

– Thuốc giãn mạch khác: hydralazin.

Một số thuốc điều trị cơn tăng huyết áp cấp cứu ở trẻ em

– Loxen: 0,5 - 3mcg/kg/phút

– Nifedipin: 0,25 - 0,5mg/kg ngậm dưới lưỡi, có tác dụng sau 15 phút và kéo dài 6 giờ.

– Hydralazin: 0,1 - 0,5mg/kg tiêm tĩnh mạch trong 30 phút. Thuốc có tác dụng sau 30 phút. Có tác dụng phụ gây nhịp nhanh, nhức đầu, phừng mặt.

– Labetalol: 0,25mg/kg tiêm tĩnh mạch trong 15 phút, thuốc có tác dụng sau vài phút, có tác dụng phụ gây nhức đầu.

– Diazoxid: 3 - 5mg/kg tĩnh mạch nhanh, thuốc có tác dụng sau vài phút, có tác dụng phụ gây tăng đường huyết và acid uric.

BỆNH KAWASAKI

Bệnh Kawasaki là bệnh sốt có mọc ban cấp tính kèm viêm lan toả hệ mạch máu vừa và nhỏ chưa rõ căn nguyên, thường gặp ở nhũ nhi và trẻ dưới 5 tuổi.

Biểu hiện và biến chứng hay gặp ở bệnh là viêm tim, phình giãn động mạch vành gây nhồi máu cơ tim và suy vành mạn tính về sau.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Biểu hiện lâm sàng hay gặp và có giá trị chẩn đoán

- Sốt cao liên tục 5 ngày hoặc hơn.
- Viêm đỏ kết mạc hai bên, không có nhử mắt.
- Biến đổi đầu chi: có một hoặc các biểu hiện sau:

+ Đỏ tía lòng bàn tay, bàn chân.
+ Phù nề mu bàn tay, bàn chân.
+ Bong da đầu ngón tuần thứ hai và thứ ba của bệnh.

- Biến đổi khoang miệng:

+ Môi đỏ sẫm hoặc rộp.
+ Lưỡi đỏ nổi gai, khoang họng đỏ.

- Ban đỏ đa dạng toàn thân.
- Hạch góc hàm hay dưới cằm: kích thước > 1,6cm, chắc và không hoá mủ.

1.2. Biểu hiện quan trọng của bệnh

- Biểu hiện tim mạch: viêm cơ tim, tràn dịch màng tim, loạn nhịp tim. Trong giai đoạn sau (cuối tuần 2-4 của bệnh): phình hoặc giãn mạch vành, nhồi máu cơ tim.
- Tiêu hoá: tiêu chảy, nôn, đau bụng, vàng da ứ mật, giãn túi mật.
- Khớp: đau hoặc sưng đau đa khớp
- Thần kinh: li bì, co giật, có thể gặp viêm màng não vô khuẩn.

– Tiết niệu: protein niệu, hồng cầu niệu nhưng không có mủ niệu.

1.3. Xét nghiệm

– Máu ngoại biên: tăng bạch cầu, công thức bạch cầu chuyển trái; số lượng tiểu cầu tăng (từ tuần lễ 2 - 4).

– Phản ứng viêm: tốc độ lắng máu tăng cao, C-RP dương tính (> 6mg/l).

– Gamma globulin tăng: (tuần thứ 2-4): IgG; IgM, IgA.

– Miễn dịch tế bào: tăng CD4, CD8.

– Điện tâm đồ: có thể gặp loạn nhịp nhanh, block nhĩ thất, giảm điện thế.

– Siêu âm tim: dấu hiệu tràn dịch màng tim, giãn buồng tim, giãn hay phình động mạch vành sau giai đoạn cấp, từ tuần thứ 2 - 4 của bệnh.

– Công thức xác định bệnh: có 5 trong số 6 biểu hiện lâm sàng chính; hoặc 4 biểu hiện chính kèm dấu hiệu giãn hay phình động mạch vành (sốt liên tục 5 ngày trở lên là tiêu chuẩn bắt buộc).

Cần loại trừ các bệnh lý tương tự như nhiễm khuẩn máu, hội chứng Stevens - Johnson, sốt tinh hồng nhiệt; nhiễm Rickettsia...

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc chung

– Điều trị triệu chứng như hạ sốt, giảm suy tim.

– Phòng và điều trị biến chứng, đặc biệt biến chứng mạch vành.

2.2. Thuốc

• *Gamma globulin tĩnh mạch (Intravenous gamma globulin):* giảm nhanh triệu chứng và có thể ngăn chặn biến chứng mạch vành.

– Chỉ định:

+ Khi có chẩn đoán xác định.

+ Nên dùng trong vòng 10 - 12 ngày kể từ khi khởi bệnh (nhưng không trước 5 ngày, dễ lấp triệu chứng). Sau 2 tuần ít hiệu quả.

+ Mở rộng chỉ định cho những trường hợp nguy cơ biến chứng mạch vành cao: trẻ dưới 18 tháng tuổi; sốt liên tục > 10 ngày; trẻ trai; tiểu cầu tăng sớm và nhiều, tốc độ lắng máu cao.

– Liều dùng: tổng liều 1 - 2g/kg (liều dưới 1g/kg không có tác dụng ngừa biến chứng mạch vành).

– Cách dùng: cấp tốc, truyền trong 12 giờ.

Dùng chậm: 200mg - 400mg/kg/24 giờ và liên tục trong 4 ngày hoặc 5 ngày.

Sau dùng tiếp aspirin 5 - 10mg/kg/24 giờ.

- *Aspirin*

Hạ sốt và giảm triệu chứng, không thể ngừa biến chứng mạch vành.

– Chỉ định: các trường hợp. Đơn độc hoặc kết hợp gamma globulin.

– Liều: 30 - 80mg/kg/24giờ; đến ngày thứ 14 của bệnh hoặc hết sốt; dùng liều 5 - 10mg/kg/24giờ; tới khi lắng máu và tiểu cầu bình thường.

- *Điều trị biến chứng*

Khi có biến chứng phình giãn động mạch vành dùng aspirin kéo dài đến khi hết biểu hiện trên siêu âm; đặc biệt trong 2 năm đầu kể từ khi khởi phát bệnh. Liều 3 - 5mg/kg/ngày.

Cần theo dõi và phát hiện sớm dấu hiệu suy mạch vành và nhồi máu cơ tim để điều trị can thiệp.

Biến chứng giãn túi mật: nếu giãn nhiều kéo dài gây ứ mật có chỉ định cắt bỏ túi mật.

Chương 5

BỆNH TIÊU HOÁ

TIÊU CHẢY CẤP

Tiêu chảy cấp là tiêu chảy phân lỏng toé nước hoặc phân có máu trên 3 lần trong 1 ngày và kéo dài không quá 14 ngày.

- *Nguyên nhân tiêu chảy cấp:* thường gặp nguyên nhân do:

Virus: Rota virus.

Vi khuẩn: E.coli, lỵ trực khuẩn, Salmonella, Campylobacter, tụ cầu.

Ký sinh trùng: Giardia, Cryptosporidia, nấm.

Thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, 80-90% trường hợp gặp ở trẻ trong độ tuổi từ 6 tháng tới 2 tuổi.

1. CHẨN ĐOÁN

Trước một bệnh nhi tiêu chảy cấp, để xử trí kịp thời cần chẩn đoán theo các bước sau:

1.1. Chẩn đoán mức độ mất nước

Dựa vào 4 dấu hiệu cơ bản: toàn trạng, mắt trũng, khát nước, nếp véo da.

Bảng 5.1. Chẩn đoán phân loại mức độ mất nước

Mức độ mất nước	Mất nước nặng Mức độ C	Mất nước nhẹ và vừa Mức độ B	Không có dấu hiệu mất nước trên lâm sàng Mức độ A
Toàn trạng	Li bì - Hôn mê	Kích thích, vật vã	Tỉnh táo
Mắt trũng	++	+	(-)
Khát nước	Không uống được hoặc uống rất kém	Uống háo hức. Khát nước	Không khát nước
Nếp véo da	Nếp véo da mất chậm trên 2 giây	Nếp véo da mất nhanh trên 2 giây	Bình thường

1.2. Chẩn đoán loại mất nước

Bảng 5.2. Phân loại mất nước dựa vào lâm sàng và điện giải đồ

Loại mất nước	Mất nước ưu trương	Mất nước đẳng trương	Mất nước nhược trương
Toàn trạng	Kích thích vật vã	Kích thích	Li bì
Khát nước	++	+	-
Niêm mạc	Khô	+/-	Ẩm
Nếp véo da	+/-	+	++
Nhiệt độ	Sốt ++	+	Không sốt
Điện giải đồ	>150mEq/l Mất nước trong tế bào	135 -150mEq/l Mất nước ngoài tế bào	< 135mEq/l Ứ nước trong tế bào, mất nước ngoài tế bào
Biến chứng	- Co giật - Xuất huyết não màng não - Truỵ mạch	Sốc giảm khối lượng tuần hoàn	- Co giật - Hôn mê - Sốc truỵ mạch

1.3. Chẩn đoán rối loạn điện giải và thăng bằng toan kiềm

1.3.1. Giảm kali

– Chướng bụng: giảm nhu động ruột, liệt ruột.

– Giảm trương lực cơ: cơ nhẽo, yếu cơ.

– Rối loạn nhịp tim: trên ĐTĐ có sóng T dẹt, QT kéo dài, rối loạn nhịp xoang.

– Điện giải đồ: kali giảm < 3mEq/l.

1.3.2. Nhiễm toan chuyển hoá: Trên lâm sàng có thể dựa vào các dấu hiệu:

– Trẻ thở nhanh và sâu, tăng thông khí để bù trừ.

– Môi đỏ.

– Phân tích khí máu: pH giảm, kiềm dư thấp BE <-5.

1.4. Chẩn đoán nhiễm khuẩn tại ruột và ngoài ruột

(Chẩn đoán gợi ý nguyên nhân tiêu chảy cấp)

1.4.1. Tiêu chảy cấp do Rota virus

– Thường hay gặp vào mùa Đông, Đông Xuân, thời tiết khô lạnh.

– Trẻ nhỏ dưới 2 tuổi, bệnh nhân thường tập trung thành từng đợt.

– Nôn xuất hiện 3-6 giờ trước khi xuất hiện tiêu chảy cấp.

– Tiêu chảy phân lỏng toé nước.

– Phản ứng ELISA, có thể sử dụng để xác định tiêu chảy cấp do Rota virus.

1.4.2 . Tiêu chảy xuất tiết

Nôn, phân lỏng toé nước, thường gặp trong trường hợp tiêu chảy do tả, ETEC, Cryptosporidia, tụ cầu.

1.4.3. Tiêu chảy xâm nhập

Shigella, Campylobacter, phân thường có nhầy máu, mót rặn, bệnh nhân ỉa nhiều lần song số lượng mỗi lần ít, đau bụng trước lúc đi ngoài.

Để chẩn đoán xác định cần tiến hành cấy phân, soi phân tươi tìm hồng cầu, bạch cầu trong phân, làm CRP.

1.4.4. Nhiễm khuẩn huyết ngoài ruột

Cần khám lâm sàng phát hiện các nhiễm khuẩn kèm theo: viêm phế quản phổi, viêm tai giữa cấp, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm màng não... tuỳ từng trường hợp mà có các xét nghiệm chẩn đoán tương ứng.

1.5. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và SDD ở trẻ tiêu chảy cấp

Để đánh giá được một cách chính xác mức độ và các triệu chứng mất nước cần xác định tình trạng dinh dưỡng của trẻ (ví dụ: trẻ bụ bẫm, các triệu chứng mất nước thường kín đáo).

– Tiêu chảy cấp trên trẻ SDD nặng là tiên lượng nặng, do vậy điều trị bù nước và điện giải cần tham khảo điều trị SDD nặng và lập kế hoạch điều trị SDD.

– Phải đánh giá tình trạng SDD theo các mức độ I, II, III và phân các thể SDD Marasmus, Kwashiokor, thể phối hợp.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Bồi phụ nước và điện giải

Dựa vào chẩn đoán mức độ mất nước A, B, C.

Theo phác đồ của Tổ chức Y tế thế giới.

2.1.1. Phác đồ A: Điều trị tiêu chảy cấp tại nhà: có 3 nguyên tắc.

1. Cho trẻ uống nhiều dịch hơn bình thường để phòng mất nước.
2. Cho trẻ ăn nhiều thức ăn giàu dinh dưỡng để phòng SDD.
3. Đưa trẻ tới cán bộ y tế nếu không đỡ sau 3 ngày hoặc có một trong các triệu chứng sau:

- Đi ngoài nhiều lần, phân nhiều nước.
- Nôn liên tục.
- Khát nhiều.
- Ăn hoặc uống kém.
- Sốt
- Có máu trong phân.
- Lượng ORS cần dùng sau mỗi lần đi ngoài.

Tuổi	Lượng ORS cho uống sau mỗi lần đi ngoài	Lượng ORS cần cung cấp để dùng tại nhà
Dưới 24 tháng	50-100ml	500ml/ ngày
2-10 tuổi	100-200ml	1000ml/ngày
10 tuổi trở lên	Uống theo nhu cầu	2000ml/ngày

- Cách cho uống ORS:

+ Trẻ dưới 2 tuổi cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 1-2 phút.
+ Trẻ lớn hơn cho uống từng ngụm bằng cốc.
+ Nếu trẻ nôn, đợi 10 phút sau đó cho uống trở lại, uống chậm hơn.

2.1.2. Phác đồ B: Điều trị mất nước nhẹ hoặc trung bình

Lượng dung dịch ORS uống trong 4 giờ đầu

Tuổi	Dưới 4 tháng	4-11 tháng	12-23 tháng	2-4 tuổi	5-14 tuổi	15 tuổi
Cân nặng (kg)	Dưới 5kg	5-7,9kg	8-10,9kg	11-15,9	16-29,9	> 30kg
Lượng dịch (ml)	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000

– Chỉ sử dụng tuổi của bệnh nhân để tính lượng dịch cần bù trong trường hợp không biết cân nặng của bệnh nhân. Lượng dung dịch cũng có thể tính bằng công thức ml ORS = trọng lượng bệnh nhân (kg) × 75.

– Nếu trẻ còn muốn uống, hãy cho trẻ uống thêm.

– Khuyến khích người mẹ tiếp tục cho con bú.

– Nếu mi mắt trẻ nề, ngừng cho trẻ uống ORS và cho uống nước hoặc sữa mẹ, nếu hết dấu hiệu này thì dùng ORS theo phác đồ A.

– Phải đánh giá lại các dấu hiệu mất nước sau 4 giờ và quyết định phác đồ điều trị tiếp theo: nếu hết các dấu hiệu mất nước, chuyển sang phác đồ A, nếu vẫn còn các dấu hiệu mất nước tiếp tục duy trì phác đồ B, nếu mất nước nặng, chuyển sang điều trị theo phác đồ C.

2.1.3. Phác đồ C: Điều trị mất nước nặng

Truyền dịch tĩnh mạch ngay, dung dịch được sử dụng là ringer lactat hoặc nước muối sinh lý 0,9%, chia số lượng dịch và thời gian truyền như sau:

Tuổi	Lúc đầu cho 30ml/kg	Sau đó truyền 70ml/kg
Trẻ nhỏ dưới 12 tháng	1 giờ	5 giờ
Trẻ trên 12 tháng	30 phút	2 giờ 30 phút

– Truyền lặp lại nếu mạch quay còn yếu hoặc không bắt được.

– Cứ 1-2 giờ phải đánh giá lại tình trạng bệnh nhân, nếu các dấu hiệu mất nước không cải thiện, có thể truyền nhanh hơn.

– Ngay sau khi bệnh nhân có thể uống được , hãy cho bệnh nhân uống ORS (khoảng 5ml/kg/giờ), thường sau 3-4 giờ (trẻ nhỏ) hoặc 1-2giờ đối với trẻ lớn hơn.

– Sau 3 giờ (trẻ nhỏ) hoặc 6 giờ (trẻ lớn) đánh giá lại mức độ mất nước và chọn phác đồ điều trị tiếp theo cho phù hợp.

Lưu ý: Các trường hợp tiêu chảy cấp có kèm theo rối loạn điện giải và thăng bằng toan kiềm để điều chỉnh và điều trị phối hợp.

2.2. Điều trị kháng sinh

Khi có nhiễm nhuẩn ngoài ruột hoặc tại ruột. Chỉ sử dụng kháng sinh khi có các triệu chứng sau:

– Khi trẻ có triệu chứng phân có máu hoặc nhầy máu.

– Khi trẻ có sốt, biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc.

– Cấy phân dương tính, phân lập được vi khuẩn và có kháng sinh đồ: lỵ, Campylobacter, E.coli gây bệnh, Salmonella.

2.3. Dinh dưỡng

Đối với trẻ bú mẹ, phải cho trẻ tiếp tục bú mẹ, trẻ ăn nhân tạo hoặc ăn hỗn hợp vẫn duy trì chế độ ăn như bình thường, nhưng nên chia thành nhiều bữa nhỏ, khuyến khích trẻ ăn nếu có thể được.

2.4. Không sử dụng các thuốc

– Thuốc chống nôn: primperan, atropin, motilium.

– Thuốc cầm ỉa: imodium, dẫn xuất thuốc phiện.

2.5. Hướng dẫn người mẹ

Tiếp tục phối hợp điều trị và phòng bệnh tiêu chảy cấp sau khi ra viện.

TIÊU CHẢY KÉO DÀI

Tiêu chảy kéo dài là ỉa phân lỏng trên 3 lần trong 1 ngày và kéo dài trên 14 ngày (trong đó có thể ngừng tiêu chảy trong 1 ngày).

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Để có thể tiến hành điều trị tiêu chảy kéo dài, cần đánh giá các yếu tố sau:

• *Đặc điểm tiêu chảy kéo dài*

– Phân lỏng, nhiều nước: khi tiêu chảy xuất tiết, tiêu chảy thẩm thấu.

– Phân lỏng có máu khi tiêu chảy xâm nhập, có liên quan tới vi khuẩn, lỵ, Campylobacter, amip, Giardia.

– Phân sệt, bóng mỡ, nhiều bọt, chua: khi có kém hấp thu mỡ, carbonhydrat.

• *Đánh giá tình trạng với 3 mức độ mất nước ABC theo phác đồ của Tổ chức Y tế thế giới (WHO)*

– Mức độ mất nước A; mức độ B; mức độ C.

– Tình trạng rối loạn điện giải, tăng hoặc giảm natri, hạ kali, hạ calci.

– Chẩn đoán loại mất nước: ưu trương, đẳng trương, nhược trương.

• *Đánh giá tình trạng SDD, thiếu vitamin và các yếu tố vi lượng*

– Tình trạng suy dinh dưỡng: độ suy dinh dưỡng: độ I, II, III qua cân nặng. Cần chú ý đặc biệt tới các thể suy dinh dưỡng nặng: Kwashiokor, Marasmus, thể phối hợp.

– Thiếu vitamin, đặc biệt là các vitamin A, D, E, K.

– Thiếu các yếu tố vi lượng: sắt, kẽm... gây loét miệng, viêm da bong, mảng sắc tố.

• *Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn kèm theo*

– Nhiễm khuẩn tại ruột: đối với lỵ.

– Nhiễm khuẩn ngoài ruột: viêm tai mũi họng, viêm phổi, nhiễm trùng đường tiết niệu, lao, nhiễm HIV.

1.2. Cận lâm sàng

– Công thức máu.

– Soi phân tươi tìm hồng cầu, bạch cầu, ký sinh trùng trong phân.

– Cặn dư phân tìm hạt mỡ, sợi cơ, hạt tinh bột.

– Cấy phân, nhất là khi phân có máu.

– Các xét nghiệm cần thiết trong một số trường hợp đặc biệt như ĐGĐ, chụp Xquang khi có viêm phổi.

– Tìm các ổ nhiễm khuẩn ngoài ruột.

Khi chẩn đoán cần lưu ý tới tình trạng tiêu chảy kéo dài, các bệnh kèm theo.

1.3. Chẩn đoán phân loại tiêu chảy kéo dài ở trẻ em

– Tiêu chảy kéo dài không kèm theo các tình trạng bệnh lý nêu trên được chẩn đoán là tiêu chảy kéo dài nhẹ, có thể điều trị ngoại trú.

– Tiêu chảy kéo dài nặng cần điều trị tại bệnh viện khi có bệnh kèm theo:

+ Suy dinh dưỡng nặng.

+ Mất nước, rối loạn điện giải.

+ Thiếu vitamin A, thiếu máu nặng.

+ Có nhiễm khuẩn nặng như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu, lỵ...

+ Trẻ nhỏ dưới 4 tháng tuổi.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Tiêu chảy kéo dài nặng cần điều trị trong bệnh viện

2.1.1. Nếu trẻ bị SDD nặng: Kwashiokor, Marasmus, thể phối hợp...

Điều trị theo phác đồ SDD nặng (xem phác đồ điều trị trẻ SDD nặng có kèm tiêu chảy cấp).

2.1.2. Điều trị mất nước và rối loạn điện giải

– Bù nước bằng đường uống: dùng dung dịch ORS uống theo phác đồ A, B nếu mất nước mức độ A, B.

– Bù nước bằng đường tĩnh mạch: dùng dung dịch ringerlactat theo phác đồ C nếu mất nước nặng độ C.

– Nếu trẻ uống ORS mà tiêu chảy tăng lên do kém hấp thu với glucose thì thay bằng truyền dịch hoặc uống ORS pha loãng (1 gói ORS pha trong 2 lít nước) trong 2 - 3 ngày cho tới khi ORS pha theo nồng độ bình thường không làm tiêu chảy tăng lên.

– Nếu thấy trẻ chướng bụng, tinh thần không tỉnh táo, li bì, co giật thì phải kiểm tra ĐGĐ và điều chỉnh các rối loạn điện giải nếu có.

2.1.3. Điều trị dinh dưỡng

Đóng vai trò quan trọng nhất, nhằm cung cấp năng lượng, chất dinh dưỡng, cho cơ thể và khắc phục tình trạng kém hấp thu đường lactose do thiếu men lactase vì niêm mạc ruột bị tổn thương.

- *Trẻ dưới 4 tháng tuổi*

– Nếu trẻ bú mẹ thì tiếp tục khuyến khích trẻ bú mẹ.

– Nếu trẻ ăn nhân tạo: ngừng sữa đang dùng, cho ăn sữa không có đường lactose, nếu thất bại thì dùng sữa có protein đã được thuỷ phân.

– Nếu trẻ ăn hỗn hợp: khuyến khích bú mẹ và ăn thêm sữa không có đường lactose hoặc pha sữa với nước cháo để giảm nồng độ lactose dưới 5g/l.

- *Trẻ trên 4 tháng tuổi:* tiếp tục bú mẹ

Chế độ ăn giảm đường lactose: dùng chế độ ăn A trong 3 ngày, nếu sau 3 ngày mà tiêu chảy không giảm thì chuyển sang chế độ ăn B.

Khi cho ăn cần theo dõi hàng ngày:

– Số lần tiêu chảy và tính chất phân của trẻ trong 24 giờ.

– Số lượng thức ăn trẻ ăn trong 24 giờ.

– Cân trẻ hàng ngày.

– Phát hiện các biểu hiện nhiễm trùng: sốt, nôn chướng bụng, ho, co giật, ăn uống kém. Nếu trẻ ăn quá kém, chỉ được < 80kcal/kg/ngày; < 100kcal/kg/ngày, cần cho ăn sonde.

Bảng 5.3. Thành phần thức ăn

Thành phần	Chế độ A	Chế độ B
Gạo	80g	30g
Đậu nành	20g	0
Sữa bột	30g	0
Đường mía saccharose	20g	0
Đường glucose	0	30g
Dầu ăn	35,5g	40g
Thịt gà nạc	0	80g
Năng lượng/1000ml	850	700kcal
110 - 150kcal/kg/ngày	130-175ml/kg/ngày	155-215ml/kg/ngày

2.1.4. Bổ sung vitamin và các yếu tố vi lượng

– Vitamin A: 2 ngày: Trẻ < 6 tháng: 50.000đv/ngày

Trẻ 6 - 12 tháng: 100.000đv/ngày

Trẻ trên 12 tháng: 200.000đv/ngày

– Các yếu tố vi lượng.

– Viên centrum: dưới 4 tháng 1/2 viên/ngày, trên 4 tháng uống 1 viên ngày, điều trị trong 10 - 12 ngày. Hoặc sirô kẽm 10% uống 10ml trong 15 ngày; gluconat Zn 15mg x 1 viên/ngày trong 15 ngày.

2.1.5. Điều trị các nhiễm khuẩn kèm theo

– Nhiễm khuẩn đường tiêu hoá.

Phân có máu hoặc soi phân tươi có hồng cầu, bạch cầu.

– Dưới 6 tháng tuổi dùng Bactrim hoặc cefixim uống hoặc ceftriaxon 80 - 100mg/kg tiêm bắp 1 lần/ngày x 5 ngày.

– Trẻ trên 6 tháng tuổi: acid nalidixic 500mg/10kg x 5-7 ngày.

– Trẻ lớn: ciprofloxacin.

Nếu < 20kg: 125mg x 2 lần x 5 ngày

Nếu > 20kg: 250mg x 2 lần x 5 ngày

Nếu cấy phân có vi khuẩn, dùng theo kháng sinh đồ.

Soi tươi nếu thấy có amip thể ăn hồng cầu, Giardia: metronidazol: 10mg/kg x 3 lần x 5 ngày.

– Nhiễm khuẩn ngoài đường tiêu hoá: nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm phổi, việc điều trị dựa trên từng bệnh.

2.2. Đối với những bệnh nhân tiêu chảy kéo dài nhẹ

– Không SDD nặng.

– Không có biểu hiện mất nước, rối loạn điện giải.

– Không có biểu hiện nhiễm khuẩn tại ruột và ngoài ruột.

– Trẻ trên 4 tháng tuổi.

Có thể cho điều trị ngoại trú 5 ngày

– Bù nước và điện giải bằng đường uống.

– Điều trị dinh dưỡng tại nhà.

– Tiếp tục cho bú sữa mẹ.

– Giảm lactose trong sữa thường, bằng cách pha với nước cháo, ăn kèm sữa chua, ăn sữa đậu nành.

– Trẻ ăn sam: tăng cường các thức ăn dễ tiêu: cháo bột thịt gà, thịt lợn nạc, chế độ ăn tăng dần từ loãng tới đặc, chia làm nhiều bữa, nếu trẻ còn chán ăn thì phải cho ăn thêm nước quả, rau.

– Nếu sau 5 ngày trẻ vẫn ỉa nhiều hoặc có dấu hiệu mất nước, ỉa máu, sốt, cần cho trẻ nhập viện.

– Bổ sung các yếu tố vi lượng, vitamin trong 10 ngày.

TÁO BÓN

Táo bón được đặc trưng bởi khoảng cách giữa hai lần đi ngoài quá lâu. Phân rắn, khó khăn khi bài xuất phân. Tuỳ theo từng lứa tuổi - khoảng cách giữa 2 lần bài xuất phân có thể thay đổi theo tuổi: tuần lễ đầu 4 lần/ngày; 2-3 lần với trẻ 1-6 tháng; 1,7 lần/ngày với trẻ > 2 tuổi; 1 lần/ngày với trẻ lớn.

1. CHẨN ĐOÁN TÁO BÓN

- Khoảng cách giữa 2 lần bài xuất phân dài hơn bình thường theo lứa tuổi > 3 ngày.
- Phân rắn, nhỏ như phân dê hoặc quá to.
- Trẻ đi ngoài khó khăn không tự đi ngoài được, đau, són phân.
- Kèm theo hoặc không kèm theo các triệu chứng toàn thân:

+ Đau bụng.

+ Lên cân chậm.

+ Chán ăn, buồn nôn.

- Bụng chướng, sờ có nhiều cục phân ở khung đại tràng.
- Thăm dò hậu môn: tuỳ theo nguyên nhân táo bón thực thể hoặc cơ năng mà có các triệu chứng: không có phân, hoặc đầy phân trong bóng trực tràng.

2. PHÂN LOẠI TÁO BÓN

2.1. Theo diễn biến

- Táo bón cấp tính: táo bón vài ngày, một đợt, vài tuần.
- Táo bón mạn tính: kéo dài vài tháng.

2.2. Theo cơ chế bệnh sinh

- Táo bón do rối loạn cơ năng.
- Táo bón do nguyên nhân thực thể.

2.3. Theo nguyên nhân chia ra

- Táo bón do rối loạn cơ năng.
- Táo bón do nguyên nhân thần kinh.
- Táo bón do nguyên nhân thực thể gây tắc nghẽn ruột.
- Táo bón do nguyên nhân nội tiết, chuyển hoá.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Chế độ ăn uống

Ăn nhiều rau, nước, quả, ngũ cốc (20 -30g/24 giờ), uống nhiều nước. Nếu mẹ cho con bú bị táo bón cần điều trị táo bón cho mẹ.

3.2. Thuốc

3.2.1. Táo bón cấp tính: không dùng kéo dài.

- Trẻ nhỏ: Microlax bébé (Sorbitol 70%) 1 ống bơm vào hậu môn trực tràng.

Lauryl sulfoacitat natri, citratnatri) x 1 typ 1 lần.

- Trẻ lớn: Microlax 1 ống (gấp 2 lần liều lượng Microlax bébé x 1 typ 1 lần).

3.2.2. Thuốc làm mềm phân: thuốc nhuận tràng.

- Docusate sodique: 5 - 10mg/kg/24giờ chia 2 lần - 3 lần. Trong vài ngày hoặc vài tuần. Trẻ lớn tối đa 200 mg/24giờ.
- Lactulose dung dịch uống 10%:

< 1 tuổi 5 - 20ml uống 1 lần/ngày.

- Dufalac:

1 - 6 tuổi: 10 - 20ml uống 1 lần

7 - 14 tuổi: 20 - 50ml uống 1 lần/ngày sau đó duy trì 20ml/ngày.

Trẻ lớn > 14 tuổi: 50ml uống 1 lần ngày khởi đầu sau đó duy trì 20ml/ngày.

- Dầu paraphin: tránh dùng ở trẻ em 1 tuổi (nguy cơ chết sặc).

Liều ban đầu 3ml/kg/24 giờ uống làm 2 lần có thể tăng dần tới tối đa 12ml/kg/24 giờ (có thể để tủ mát hòa với nước cam).

- Sulfat magiê: 2g - 5g uống vào buổi sáng.
- PEG: polyethylèn glycol.
- Thụt tháo: dùng nước ấm pha glycerin: trẻ <1 tuổi 30 - 100ml; trẻ >1 tuổi 100 - 250ml.
- Sorbitol 5g: 1 gói/ngày uống hàng ngày vào buổi sáng.

3.2.3. Điều trị nứt hậu môn nếu ỉa máu tươi từ đầu tới cuối bãi, có vết nứt hậu môn

- Rửa sạch hậu môn sau khi đi ngoài.
- Bôi dung dịch nitrat bạc hoặc xanh methylen: 2 lần/ngày.

ĐAU BỤNG CHỨC NĂNG

Đau bụng mạn tính là một trong các triệu chứng hay gặp nhất ở trẻ em và trẻ lớn từ 1-19%, trong đó chủ yếu là đau bụng chức năng (ĐBCN), chỉ có 8% liên quan đến thực thể. Bệnh đặc trưng bởi sự mạn tính, tái diễn hoặc đau bụng liên tục không có vị trí rõ ràng.

Nhiều cơ chế bệnh sinh như nhiễm trùng, viêm, chuyển hóa hoặc bất thường giải phẫu dẫn đến đau bụng mạn tính hoặc ĐBCN. Tuy nhiên, trong nhi khoa phần lớn đau bụng là chức năng, không đi kèm các chứng cớ của rối loạn thực thể nào và liên quan đến cơ chế bệnh sinh như tăng nhạy cảm nội tạng và dẫn truyền thông tin não - ruột.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Tiền sử và khám lâm sàng

Tâm lý căng thẳng, lo lắng và trầm cảm của gia đình và xung quanh làm gia tăng ĐBCN. ĐBCN được chẩn đoán khi không có các dấu hiệu báo động và khám lâm sàng bình thường. 50% trẻ táo bón chức năng có ĐBCN.

Bảng 5.4. Các dấu hiệu báo động

Bệnh sử:	*Khám thực thể:*
- Giảm trọng lượng hoặc chậm phát triển thể chất.	- Đau khu trú tại 1/4 trên hoặc dưới bên phải ổ bụng.
- Chậm dậy thì	- Đau toàn bổ bụng hoặc có khối
- Nôn, ỉa lỏng	- Gan to, lách to
- Xuất huyết tiêu hóa	- Gai cột sống hoặc góc sườn cột sống
- Sốt chưa rõ nguyên nhân	- Loét miệng, nứt hoặc rò quanh hậu môn.
- Phát ban, viêm khớp hoặc tiền sử viêm ruột trong gia đình.	

1.2. Xét nghiệm

Chỉ tiến hành xét nghiệm khi có dấu hiệu báo động và chỉ định theo định hướng nguyên nhân gây đau bụng. Siêu âm <1% có bất thường, do đó được khuyến cáo rộng rãi. Nội soi, sinh thiết và đo pH thực quản thực hiện ở trẻ, đau bụng tái diễn, tần suất phát hiện bất thường từ 25-56%.

Bảng 5.5. Phân loại các đau bụng chức năng theo tiêu chuẩn Rome III

Chứng khó tiêu chức năng:
- Đau bụng kéo dài hoặc tái diễn hoặc khó chịu tại vùng giữa trên rốn.
- Không giảm đi sau đại tiện hoặc phối hợp với sự thay đổi tính chất, tần suất và hình dạng phân.
- Ít nhất 1 lần 1 tuần và kéo dài ít nhất 2 tháng.
Hội chứng kích thích ruột:
Khó chịu ở bụng (không mô tả là đau) hoặc đau kết hợp với ít nhất 2 trong số các biểu hiện sau và ít nhất 25% thời gian.
- Cải thiện sau đại tiện.
- Khởi phát kết hợp với sự thay đổi tần suất phân.
- Khởi phát kết hợp với sự thay đổi hình dạng phân.
Ít nhất 1 lần 1 tuần và kéo dài ít nhất 2 tháng.
Các triệu chứng hỗ trợ chẩn đoán: tần suất phân bất thường (≥ 4 lần /ngày hoặc ≤ 2lần/tuần), bất thường về hình thái phân (phân nhiều cục /rắn hoặc lỏng /nước), bất thường về quá trình tống phân (phải rặn nhiều, đi ỉa khẩn cấp, hoặc cảm giác đi ỉa không hết phân), đại tiện ra nhày và cảm giác căng chướng bụng.
Đau bụng migraine:
- Các cơn dữ dội bất thường, đau bụng rốn cấp kéo dài 1 giờ.
- Các giai đoạn yên lặng kéo dài từ vài tuần đến vài tháng.
- Đau bụng làm ảnh hưởng đến hoạt động bình thường.

- Đau bụng phối hợp với ≥ 2 biểu hiện sau: chán ăn, buồn nôn, nôn, đau đầu, sợ ánh sáng, mặt tái nhợt.
- Tất cả các tiêu chuẩn trên cần phải đủ và trên 2 lần trong 12 tháng.

Đau bụng chức năng ở trẻ em:

- Đau bụng từng cơn hoặc liên tục.
- Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn chức năng ống tiêu hóa khác.
- Diễn biến ít nhất 1 lần /tuần và kéo dài ít nhất 2 tháng trước chẩn đoán.

Hội chứng đau bụng chức năng ở trẻ em:

- Phải đủ tiêu chuẩn đau bụng chức năng ít nhất là 25% thời gian và kèm theo từ 1 biểu hiện sau đây trở lên:
+ Khiếm khuyết một vài chức năng sinh hoạt hàng ngày.
+ Các hội chứng kèm theo: đau đầu, đau chi hoặc khó ngủ.
- Các tiêu chuẩn này diễn ra ít nhất 1 lần 1 tuần và kéo dài ít nhất 2 tháng.

Lưu ý: Tất cả các phân nhóm trên: không tìm thấy dấu hiệu của viêm, bất thường giải phẫu hoặc tiến triển ác tính có thể giải thích được các biểu hiện.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Mục tiêu

– Khẳng định với cha mẹ rằng, ĐBCN không ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ trong tương lai.

– Giải thích cơ thế bệnh sinh như tăng nhạy cảm nội tạng và dẫn truyền thông tin não - ruột. Động viên cha mẹ và trẻ cùng chia sẻ về kiến thức, nhưng không phân tích sâu dẫn đến khó hiểu.

– Mục tiêu đầu tiên của điều trị không phải là loại trừ hoàn toàn đau bụng, mà cần cho trẻ bắt đầu lại các phong cách sống bình thường như đi học đều, tham gia tất cả các hoạt động tại trường học theo khả năng của trẻ.

2.2. Điều chỉnh các yếu tố gây sang chấn tinh thần cho trẻ

– Các sang chấn tâm lý trong cuộc sống có thể làm tăng đau bụng như gia đình có người mất hoặc bố mẹ bỏ nhau, vấn đề không tốt ở trường học, sự thay đổi các mối quan hệ, tình trạng hôn nhân và tài chính trong gia đình không thuận lợi. Đây là vấn đề lớn của trẻ tuổi học đường, đặc biệt từ 5-10 tuổi. Tâm lý lo lắng của gia đình cũng quan trong như tâm thần của bản thân trẻ, thể hiện ra ngoài bởi các phong cách khác nhau.

– Thái độ của gia đình hợp lý khi trẻ đau, nên thể hiện vừa đủ để hỗ trợ và hiểu biết, lưu ý cho trẻ tham gia các bài tập thể dục và đi học đều.

– Chú ý các yếu tố âm tính khi trẻ đau nếu trẻ cảm giác không được qúy trọng, không được quan tâm sẽ làm gia tăng hành vi đau.

2.3. Can thiệp chế độ ăn

– Bổ sung chất xơ.

– Loại trừ lactose, tuy nhiên hiệu quả không rõ ràng.

– Loại trừ thức ăn bị dị ứng hoặc liệu pháp uống muối Cromolyn có thể thay thế việc loại trừ chế độ ăn.

– Bổ sung vi khuẩn có lợi thuộc nhóm Bifidobacterium infantis.

2.4. Điều trị thuốc

Mục tiêu của điều trị bằng thuốc là giảm nhẹ triệu chứng hơn là nhằm vào sự bất thường của cơ chế bệnh sinh.

– Thuốc ức chế thụ thể H2: có hiệu quả trong đau bụng và khó tiêu chức năng.

– Các nhóm khác như chất kích thích giải phóng serotonin và thuốc trầm cảm 3 vòng: hiệu quả không ổn định và tác dụng phụ nguy hiểm nên không khuyến cáo sử dụng.

– Cảm giác đau bụng có thể được tạo nên bởi hiện tượng sinh lý bao gồm đau dạ dày sau ăn hoặc giãn quai ruột hoặc co thắt ruột hoặc ruột nhiều hơi hoặc trào ngược dạ dày thực quản, cần điều trị bằng các thuốc chống co thắt, chống trào ngược.

2.5. Điều trị tâm thần

Nếu các điều trị ban đầu đã được áp dụng nhưng các triệu chứng kéo dài hoặc tái diễn, bậc tiếp cận tiếp theo là thử nghiệm một trong các phương pháp điều trị tâm bệnh.

– Điều trị tâm thần đặc biệt ưu tiên cho các trẻ đau bụng tái diễn liên quan đến lo âu và các triệu chứng trầm cảm nhằm thay đổi nhận thức và hành vi.

– Thôi miên trực tiếp vào ruột giúp cho bệnh nhân có các định hướng kiểm soát và bình thường hóa chức năng của ruột, thêm vào đó các can thiệp nhận thức cá nhân để củng cố thêm.

2.6. Điều trị bổ sung

Điều trị hỗ trợ như tinh dầu bạc hà, gừng, xoa bóp, châm cứu và bấm huyệt ở bệnh nhân đau bụng mạn tính nhưng hiệu quả không ổn định.

3. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Đau bụng chức năng có tỷ lệ thuyên giảm tự nhiên rất cao từ 30-70%. Tuy nhiên, 25-66% trẻ đau bụng tiếp diễn hoặc xuất hiện thêm triệu chứng khác như đau đầu mạn tính, đau lưng, đau cơ, lo âu, và rối loạn giấc ngủ suốt thời gian vị thành niên đến khi trưởng thành. 29% trẻ đau bụng chức năng xuất hiện hội chứng ruột kích thích 29% ở tuổi trưởng thành.

LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Viêm loét dạ dày tá tràng là tình trạng bệnh lý viêm và mất tổ chức niêm mạc có giới hạn ở phần ống tiêu hoá có bài tiết acid và pepsin.

Viêm và loét dạ dày tá tràng trước đây là hai khái niệm khác nhau, 10 năm trở lại đây với những liên kết cơ chế bệnh sinh và chẩn đoán cho thấy viêm và loét DDTT luôn phối hợp và liên quan chặt chẽ với nhau.

Phân loại:

1. Viêm, loét dạ dày tá tràng (DDTT) cấp tính - thứ phát không liên quan đến nhiễm Helicobacter pylori (HP). Liên quan đến stress, bỏng nặng, chấn thương nặng, các thuốc corticoid, các thuốc chống viêm không steroid, bệnh toàn thân như bệnh Crohn, bệnh tự miễn.

2. Viêm loét DDTT mạn tính - tiên phát liên quan tới tình trạng nhiễm HP.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Viêm, loét DDTT cấp tính - thứ phát

1.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Đột ngột, nặng, cấp tính gặp mọi lứa tuổi
- Nôn ra máu - xuất huyết tiêu hoá, ỉa phân đen.
- Thủng tạng rỗng (giai đoạn sơ sinh), chướng bụng.

– Bệnh cảnh, sốc, bỏng, chấn thương, uống thuốc corticoid, aspirin, u não, viêm não.

– Không có tiền sử đau bụng, nôn kéo dài.

– Triệu chứng đau bụng không rõ rệt.

1.1.2. Nội soi: niêm mạc phù, nề, loét trợt, nhiều ổ loét nông chảy máu.

Viêm dạ dày cấp tính: clotest (-), HP (-).

1.2. Viêm, loét DDTT mạn tính tiên phát

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng: thường gặp ở trẻ lớn.

– Tiền sử: đau bụng kéo dài; tiền sử xuất huyết tiêu hoá tái phát.

+ Đau, đầy bụng, khó tiêu thường gặp trong viêm dạ dày mạn tính tiên phát.

+ Đau, xuất huyết tiêu hoá kéo dài thường gặp trong LDDTT mạn tính tiên phát.

– Triệu chứng lâm sàng:

+ Viêm dạ dày mạn tính:

Đau bụng kéo dài, đầy bụng, khó tiêu, ợ hơi, ợ chua.

Nôn, chán ăn chậm lên cân.

+ Loét dạ dày tá tràng mạn tính:

Đau bụng thượng vị kéo dài, nôn, kém ăn.

Xuất huyết tiêu hoá: nôn ra máu, ỉa phân đen, thiếu máu.

Nôn thường xuyên khi có hẹp môn vị.

1.2.2. Cận lâm sàng

– Công thức máu: thiếu máu nhược sắc, giảm Hb.

– Chụp Xquang: không có giá trị chẩn đoán viêm DDTT. Chụp đối quang có thể phát hiện 50% loét dạ dày và 75% loét tá tràng.

– Nội soi: xét nghiệm có tính chất quyết định chẩn đoán; cần đọc tổn thương nội soi đại thể, lấy niêm mạc sinh thiết làm test urease, xét nghiệm giải phẫu bệnh học tìm HP.

– Xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt với đau bụng do nguyên nhân khác: viêm tuỵ, sỏi tiết niệu...

Tóm lại:

Chẩn đoán xác định viêm LDDTT cần:

– Dựa vào tiền sử và tính chất lâm sàng

– Nội soi: viêm dạ dày cấp, mạn tính; ổ loét nông sâu cấp tính đang chảy máu, phù nề.

– Test urease (+) chứng tỏ sự hiện diện của HP.

Mô bệnh học: mảnh sinh thiết vùng hang vị cách môn vị 2cm và bờ ổ loét. Chẩn đoán vi thể viêm, loét dạ dày, tìm HP.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

2.1. Chẩn đoán phân biệt giữa VLDD tiên phát và VLDDTP thứ phát

Chẩn đoán phân biệt	VLDDTT tiên phát	VLDDTT thứ phát
Lứa tuổi	Trẻ lớn	Mọi lứa tuổi đặc biệt từ < 5 tuổi.
Tiền sử đau bụng	Có	Không rõ
Tiền sử sốc, chấn thương, nhiễm trùng nặng	Không	Có
Tiền sử uống thuốc corticoid, các thuốc chống viêm không steroid.	Không	Có
Triệu chứng lâm sàng chủ yếu.	Đau bụng kéo dài XHTH tái phát.	Xuất huyết tiêu hoá cấp tính.
Dấu hiệu nội soi	Viêm mạn tính, loét mạn tính.	Viêm cấp tính nông Loét nông, loét trợt, nhiều ổ.
Test urease	HP (+)	HP (-)

2.2. Chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây đau bụng kéo dài

– Đau bụng do bệnh Schönlein - Henoch.

– Đau bụng viêm tuỵ cấp - viêm tuỵ mạn.

– Đau bụng do gan mật: sỏi mật, u nang ống mật chủ.

– Đau bụng do sỏi tiết niệu, sỏi thận niệu quản, ứ nước đài bể thận.

– Đau bụng do các nguyên nhân khác: động kinh thể bụng, đau bụng kéo dài không rõ nguyên nhân.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Viêm loét DDTT cấp tính thứ phát

– Loại bỏ các nguyên nhân gây bệnh: điều trị sốc, điều trị bệnh toàn thân, chấn thương, nhiễm trùng nặng... loại bỏ thuốc gây viêm loét corticoid, các thuốc chống viêm không steroid; nếu không loại bỏ được có thể dự phòng nguy cơ xuất huyết tiêu hoá.

– Điều trị các thuốc ức chế bơm proton hoặc kháng thụ thể H_2 - dùng 4 tuần.

+ Cimetidin 20mg - 40mg/kg/24giờ uống làm 2 - 4 lần. Cấp tính có thể tiêm tĩnh mạch 4-6 lần (tối đa ở trẻ lớn 2,4g/24 giờ) dùng 4-6 tuần; duy trì 5 mg/kg/ngày uống 1 liều vào ban đêm. Điều trị kéo dài 1 năm.

+ Ranitidin 2 - 6mg/kg/24 giờ chia 2 lần uống hoặc tiêm tĩnh mạch 2 lần (tối đa ở trẻ lớn 300mg/24 giờ).

+ Omeprazol dùng ở trẻ lớn 20mg - 40mg/24 giờ/ uống 2 lần (20mg/1,73m^2 da. 1mg/kg/ngày tối đa 20mg uống 2 lần).

– Thuốc bọc: sucralfat, 1g/1,73m^2 uống1/2 giờ sau khi ăn và trước khi đi ngủ.

– Thuốc trung hoà acid: phosphalugel, maalox: 0,5 - 1,0ml/kg uống 3 giờ sau khi ăn và trước lúc đi ngủ.

– Truyền máu cấp nếu xuất huyết tiêu hoá cấp tính.

– Xử trí ngoại khoa nếu phát hiện có thủng dạ dày.

3.2. Viêm, loét DDTT mạn tính tiên phát

• *Điều trị làm sạch Helicobacter pylori*

– Amoxicillin 50mg/kg/ngày (tối đa 750 mg) chia 2 lần uống trong 14 ngày.

– Metronidazol 20 - 30mg/kg/ngày (tối đa 500mg) chia 2 lần uống, uống trong 14 ngày.

– Clarithromycin 15mg/kg tối đa 500mg/ngày chia 2 lần thường được dùng khi kháng metronidazol.

– Trẻ lớn > 12 tuổi có thể dùng tetracyclin 50mg/kg/ngày chia 2 lần.

– Phối hợp kháng sinh và thuốc kháng sinh bài tiết acid. Điều trị viêm loét DDTT có liên quan tới Helicobacter pylori.

• *Lựa chọn*

– Lựa chọn đầu tiên

Phối hợp thuốc:

Amoxicillin + Metronidazol + Omeprazol

Amoxicillin + Clarithromycin + Omeprazol

Clarithromycin + Metronidazol + Omeprazol

(2 lần / ngày dùng trong 14 ngày)

– Lựa chọn bước hai nếu bước 1 thất bại

Bismuth + Metronidazol + Omeprazol hoặc metronidazol thay bằng tetracyclin hoặc clarithromycin dùng 4 tuần lễ.

Ranitidin bismuth citrat + Clarithromycin + Metronidazol (1 viên x 4 lần/ ngày) dùng 4 tuần lễ.

• *Thuốc ức chế thực thể H_2:* giảm bài tiết acid HCl và thuốc ức chế bơm proton dùng liền trong 4 - 6 tuần lễ, kể cả sau khi kết hợp với thuốc làm sạch HP.

• *Thuốc ức chế bơm proton*

Omeprazol 1mg/kg/ngày tối đa 20mg chia 2 lần ngày, trong 14 ngày

(Xem phần thuốc ức chế bài tiết acid: thuốc kháng thụ thể H_2 và thuốc ức chế bơm proton. Phần điều trị viêm loét DDTT cấp tính tiên phát).

• *Thuốc bọc:* thuốc trung hoà acid (xem phần điều trị VLDDTT thứ phát cấp tính).

• *Chế độ ăn (tránh thức ăn cay, chua):* chế độ nghỉ ngơi. Tránh cho trẻ học tập quá căng thẳng, thành stress với trẻ.

VIÊM RUỘT NON HOẠI TỬ

Viêm ruột non hoại tử là bệnh cấp tính, trong đó đoạn ruột non bị tổn thương, thường là hỗng tràng, có những tổn thương xuất huyết hoại tử khu trú ở từng đoạn ruột hay lan toả.

Nguyên nhân gây bệnh thường do các vi khuẩn kỵ khí Clostridium perfringen bệnh hay gặp trong độ tuổi từ 3-6 tuổi.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

– Đau bụng từng cơn, đau quanh rốn hoặc ở hạ sườn trái.

– Tiêu chảy phân có máu: Có thể tiêu chảy phân lỏng có máu hoặc phân sền sệt, màu nâu đỏ, mùi rất hôi. Cũng có thể phân toàn nước đỏ giống như màu nước rửa thịt, tiết canh pha loãng, có mùi hoại tử thối khẳm.

– Toàn thân: sốt, mất nước, tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

– Một số trường hợp có sốc: Thường xuất hiện sớm trong vòng 4 ngày đầu của bệnh, sốc giảm thể tích với biểu hiện lờ đờ, mạch nhanh, huyết áp hạ, nước tiểu ít, áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm.

– Thành bụng: bụng chướng tăng dần, xuất hiện phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc là những biểu hiện ngoại khoa cần chỉ định mổ cấp cứu.

– Nôn, đặt sonde dạ dày ra dịch dạ dày màu xanh đen hoặc nước màu nâu.

1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

– Công thức máu: bạch cầu tăng, công thức bạch cầu chuyển trái, tiểu cầu bình thường hoặc giảm.

– Hematocrit tăng nhanh do cô đặc máu.

– Hb, số lượng hồng cầu giảm trong trường hợp có xuất huyết tiêu hoá.

– Xquang bụng: chụp bụng không chuẩn bị tư thế đứng cho thấy các hình ảnh sau:

+ Thành ruột dày, hỗng tràng có hình đàn xếp do phù nề thành ruột.

+ Liệt ruột cơ năng hoặc bán tắc ruột (khi có hình ảnh củ cà rốt, mức nước, mức hơi).

+ Mờ vùng tiểu khung khi có viêm phúc mạc.

+ Liềm hơi khi có thủng tạng rỗng.

+ Hình ảnh bóng hơi ở thành ruột thường hiếm khi thấy, nếu nghi ngờ, phải chụp Xquang 8-12 giờ /1 lần.

1.3. Chẩn đoán thể lâm sàng

1.3.1. Viêm ruột non hoại tử nhẹ (thể điều trị nội khoa)

Có các triệu chứng: đau bụng, phân lỏng, sệt, mầu nâu do hoại tử, có các dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc, không có các biểu hiện ngoại khoa.

1.3.2. Viêm ruột non hoại tử nặng

Đau bụng, phân nâu, thối khẳn, dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc, sốc giảm thể tích.

1.3.3. Viêm ruột non hoại tử thể ngoại khoa

Thể nặng hoặc thể nhẹ, song có biểu hiện ngoại khoa. Phải điều trị bằng phẫu thuật, có thể vừa hồi sức vừa phẫu thuật, sau phẫu thuật tiếp tục hồi sức, giám sát và điều trị sốc, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong vòng 7 ngày.

Tắc ruột có thể xảy ra vào ngày thứ 4 của bệnh, hoặc có thể 1-2 tháng sau đó, biểu hiện là trẻ đau khi cho ăn trở lại, kèm theo các dấu hiệu tắc hoặc bán tắc ruột.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Thể nhẹ: không có sốc, không có biểu hiện ngoại khoa.

– Nhịn ăn trong 24 giờ, đặt sonde dạ dày dẫn lưu theo dõi, ghi lại đặc điểm và số lượng dịch dạ dày.

Nếu bụng không chướng, dịch dạ dày trong, có thể cho bệnh nhân uống nước đường hoặc ăn bột loãng.

– Nuôi dưỡng tĩnh mạch.

– Kháng sinh:

Benzyl penicillin 100.000-200.000 đv/kg/ngày tiêm TM 6giờ/lần.

Metronidazol 20-50mg/kg/ngày truyền TM.

Có thể cho gentamicin 3-5mg/kg/ngày tiêm bắp.

– Bù dịch, truyền máu khi cần thiết, dùng máu tươi toàn phần. 10-20ml/kg khi bệnh nhân có thiếu máu, Hb < 30%.

– Nếu có biểu hiện rối loạn đông máu, tiểu cầu < 100.000, có chỉ định truyền khối tiểu cầu hoặc máu tươi toàn phần.

2.2. Thể có sốc

Ngoài những xử trí trên, trước hết phải xử trí sốc giảm khối lượng tuần hoàn.

– Sử dụng dung dịch ringerlactat bơm tĩnh mạch hoặc truyền nhanh. 15-10ml/kg trong 15-20 phút đầu, tổng lượng dịch truyền 160-200ml/kg/24 giờ.

– Nếu mạch, huyết áp chưa ổn định có thể dùng dextran 40-60ml/kg hoặc plasma tươi 20ml/kg/24 giờ hoặc các dung dịch cao phân tử khác.

– Nên đặt catheter TM trung tâm để theo dõi, giám sát lượng nước tiểu, huyết áp động mạch.

– Nếu hematocrit < 30%, chỉ định truyền máu toàn phần 10-20ml/kg. Nếu có rối loạn đông máu, tiểu cầu < 100.000 truyền máu tươi hoặc khối tiểu cầu.

– Sau khi đã bồi phụ đủ thể tích tuần hoàn, nếu các dấu hiệu lâm sàng chưa cải thiện, dùng dopamin 2,5µg/kg/phút tăng dần sau 30 phút 1 lần tối đa 20µg/kg/phút.

– Kháng sinh.

– Penicillin 500.000 đv/kg/ ngày tiêm TM 4 giờ/lần.

Chloramphenicol 100mg/kg/ ngày tiêm TM 6 giờ/lần.

– Thở oxy 3-5 lít /phút qua sonde.

2.3. Thể ngoại khoa

– Nếu trẻ có sốc, cần điều trị hết sốc, hồi sức trước, nếu có các biểu hiện ngoại khoa như: hội chứng tắc ruột, viêm phúc mạc... có chỉ định can thiệp ngoại khoa.

– Làm xẹp ruột, dẫn lưu ổ bụng nếu ruột chưa có mảng, hoặc các vết tím sẫm hoại tử.

– Cắt đoạn ruột non, dẫn lưu 2 đầu ruột ra ngoài.

– Làm xẹp ruột, mở thông dạ dày nếu tổn thương hoại tử ruột non lan rộng.

LUỒNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Trào ngược dạ dày thực quản là một tình trạng bệnh lý để chỉ sự hiện diện thường xuyên chất chứa đựng trong dạ dày trào ngược vào thực quản gây nên những biểu hiện bệnh lý: hô hấp, tiêu hoá, suy dinh dưỡng, thậm chí gây ngừng tim, ngừng thở có thể dẫn tới tử vong ở trẻ em nhỏ.

Luồng trào ngược dạ dày thực quản (LTNDDTQ) thường gặp ở:

– Trẻ nhỏ nôn trớ, trẻ đẻ non, trẻ đã mổ hẹp thực quản.

– Trẻ mắc bệnh hô hấp mạn tính: viêm tai mũi họng mạn tính, ho kéo dài, hen.

– Trẻ sơ sinh có cơn tím tái rối loạn nhịp thở.

– Trẻ bại não, hội chứng Down, giảm trương lực, chậm phát triển tinh thần vận động.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng.

1.1. Biểu hiện lâm sàng

1.1.1. Tiêu hoá

– Nôn trớ kéo dài có thể gây chậm phát triển thể chất - suy dinh dưỡng.

– Ăn kém, ăn nuốt đau làm trẻ khóc, lười ăn.

– Nôn máu số lượng ít.

– Khóc về đêm kéo dài.

1.1.2. Hô hấp

Thường gặp ở bệnh hô hấp mạn tính khởi phát thường về đêm:

– Ho tái phát.

– Viêm tiểu phế quản, khò khè tái phát nhiều lần.

– Viêm phổi do hít tái phát.

– Ho kéo dài không rõ căn nguyền về đêm.

1.1.3. Sơ sinh

– Ngừng thở, tím tái, ngất khi cho trẻ nằm, thường xảy ra trong đêm.

– Chậm nhịp tim.

– Tử vong đột ngột.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

– Đo pH thực quản trong 24 giờ: (hiện chưa làm được) có giá trị chẩn đoán xác định khi pH thực quản dưới 4 được coi là luồng trào ngược dạ dày - thực quản, các đợt luồng trào ngược dạ dày vào thực quản được ghi chép lại trong 24 giờ. Các chỉ số đánh giá có LTNDDTQ khi:

+ Thời gian xuất hiện luồng trào ngược DDTQ > 5% (bình thường < 5%/24 giờ).

+ Số đợt luồng trào ngược DDTQ > 20 (bình thường < 20 đợt/24 giờ).

+ Số đợt luồng trào ngược DDTQ kéo dài > 4 lần (bình thường < 4lần luồng trào ngược > 5 phút).

– Siêu âm ngực bụng có > 3 lần trào ngược DDTQ trong 5 phút quan sát. Siêu âm được xem như có LTNDDTQ.

– Chụp Xquang dạ dày thực quản có thuốc cản quang.

+ Chiếu để tư thế đầu thấp có thể phát hiện luồng trào ngược DDTQ.

+ Chụp đoạn dưới thực quản có thể thấy viêm chít hẹp thực quản.

– Nội soi thực quản và sinh thiết phát hiện viêm, loét đoạn dưới thực quản.

1.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào tính chất lâm sàng và hiện diện của LTNDDTQ qua siêu âm, Xquang, nội soi, đo pH đoạn dưới thực quản trong 24 giờ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Đối với trẻ có nôn trớ nhiều chưa phát hiện được LTNDDTQ hoặc chưa có điều kiện thăm dò LTNDDTQ

– Cho trẻ bú tránh nuốt phải hơi, bế đứng vỗ lưng sau bú cho tới lúc trẻ ợ hơi.

– Cho thức ăn đặc hơn (cho thêm tinh bột) chia nhỏ bữa ăn tránh nôn trớ, chia khoảng quá 7 lần/ ngày.

– Tránh làm tăng áp lực trong bụng trẻ: quần tã hoặc mặc quần áo quá chật, trẻ ho nhiều (ho gà), rặn ỉa thường xuyên do táo bón.

– Tránh các thuốc làm giãn cơ thắt dưới thực quản (adrenalin, anticholinnergic, xanthin, salbutamol, ephedrin).

– Cho trẻ nằm đầu cao 30^0.

2.2. Đối với trẻ có nôn trớ, đã phát hiện được LTNDDTQ

Viêm thực quản qua nội soi. Điều trị thời gian 8 tuần - nếu không có kết quả sau hai tháng ngừng điều trị.

2.2.1. Thuốc chống trào ngược

– Cisaprid (Prepulsif): 0,2 - 0,3mg/kg/liều (tối đa 20mg/liều) 3 lần trong ngày uống trước bữa ăn.

– Mètéclopamid 0,10 - 0,15mg/kg/1 liều x 4 lần ngày (0,5mg/kg/24giờ) uống trước bữa ăn và trước khi ngủ.

– Betanechol chlorid (urecholine) 2,9mg/m^2/liều x 3 lần ngày.

2.2.2. Thuốc ức chế bài tiết acid HCl khi có viêm thực quản

– Cimetidin 5 - 10mg/kg/liều (tối đa 20mg) 4 lần/ngày hoặc 20mg/kg/24giờ.

– Ranitidin 2mg/kg/liều x 2lần ngày, 4mg/kg/24 giờ.

Trường hợp nặng dùng:

Omeprazol: 20mg/1,73m^2da/uống 1 lần hoặc 1mg/kg/tối đa 20mg uống lần/ngày.

2.2.3. Thuốc kháng acid, thuốc bọc

Phosphalugel 1ml/kg/3-4lần ngày uống 1 - 3 giờ sau khi ăn và khi đi ngủ. Thuốc bọc smecta x 1 - 2 gói/ngày.

2.2.4. Điều trị phẫu thuật

Khi điều trị nội khoa thất bại, có những biểu hiện nặng: ngừng thở, viêm loét thực quản tái phát, bệnh phổi mạn tính (thực hiện phẫu thuật Nissen).

HỘI CHỨNG KÍCH THÍCH RUỘT

Hội chứng kích thích đại tràng là bệnh đại tràng không đặc hiệu góp phần vào các rối loạn chức năng ruột và là các nguyên nhân đầu tiên gây đau bụng và rối loạn nhu động ruột.

1. NGUYÊN NHÂN

1.1. Trẻ nhỏ

- Bất thường về vận động của ruột.
- Bất thường về bài tiết của ruột.
- Mất cân bằng vi khuẩn chí đường ruột.

Các yếu tố khởi phát: thức ăn (sữa, thức ăn sống, kem, cam quýt), lạnh, sang chấn tinh thần, dùng kháng sinh.

1.2. Trẻ lớn

- Không dung nạp thức ăn.
- Khẩu phần ăn không cân đối.
- Các yếu tố tâm thần.

Các yếu tố khởi phát: thức ăn, yếu tố tâm thần (thường có tính chất gia đình, không sốt, không, gày sút, không ảnh hưởng toàn trạng, không nôn), ăn tốt.

Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ dẫn đến hội chứng ruột kích thích chung cho các lứa tuổi: tính chất gia đình hoặc di truyền, nhiễm vi khuẩn hoặc virus đường ruột, tăng mẫn cảm thức ăn, chế độ ăn ít chất xơ mà chủ yếu là glucid, khẩu phần bữa ăn, dùng thuốc giảm bài tiết acid kéo dài.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Trẻ nhỏ

- Ỉa chảy mạn tính, tiến triển từng đợt phân lỏng đôi khi có nhày và thức ăn chưa tiêu hóa.
- Xen kẽ với các giai đoạn táo bón.
- Có thể có đau bụng.

– Ăn tốt (đôi khi có giảm một chút trong giai đoạn đau bụng gia tăng).

– Biểu đồ tăng trưởng bình thường.

– Toàn trạng tốt, các chỉ số nhân trắc bình thường.

– Da có màu betacaroten.

– Cơ không quá chắc và cũng không nhẽo.

– Bụng không chướng, đôi khi có tiếng óc ách.

2.2. Trẻ lớn

– Toàn trạng tốt.

– Khám lâm sàng bình thường.

– Đôi khi đau bụng kiểu co thắt đại tràng.

– Đôi khi bụng chướng hơi nhẹ.

3. XÉT NGHIỆM

Xét nghiệm thường không có giá trị vì đây là một bệnh cảnh lành tính trong phần lớn các trường hợp, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chỉ tiến hành trong trường hợp nặng hoặc lâm sàng không điển hình.

3.1. Trẻ nhỏ

– Cấy phân, tìm ký sinh trùng trong phân (nếu nghi ngờ nhiễm trùng).

– Xét nghiệm về hấp thu: mỡ trong phân, tổng phân tích tế bào máu, folic, sắt, test xylo, sinh thiết ruột.

– Xét nghiệm về dị ứng tiêu hóa: test dung nạp sữa, test lẩy da, test áp, test không dung nạp lactose (test thở) nếu thức ăn là yếu tố khởi phát.

– Nội soi đại tràng sigma và trực tràng và sinh thiết nếu nghĩ đến viêm đại tràng.

– Các xét nghiệm về vận động ruột và đại tràng đối với các trường hợp nặng và để tiến hành điều trị thuốc điều hòa nhu động.

3.2. Trẻ lớn

– Cấy phân, tìm ký sinh trùng phân.

– Chụp bụng không chuẩn bị và siêu âm bụng để loại trừ u bụng (nếu có đau bụng).

– Xét nghiệm không dung nạp lactose: test lẩy da, test áp, test thở.

– Xét nghiệm viêm nhiễm: tổng phân tích tế bào máu, máu lắng Nội soi đại tràng và hồi tràng, nội soi tiêu hóa trên để loại trừ bệnh lí viêm (nếu các biểu hiện thường xuyên, máu trong phân hoặc toàn trạng không tốt).

– Xét nghiệm về vận động chỉ dành cho các trường hợp nặng.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Trẻ nhỏ

– Ỉa chảy do kém hấp thu.

– Không dung nạp sữa bò hoặc gluten.

– Viêm đại tràng nhiễm trùng hoặc miễn dịch dị ứng.

4.2. Trẻ lớn

– Các nguyên nhân đau bụng mạn tính khác như: khối u, bệnh thận.

– Bệnh viêm ống tiêu hóa: bệnh Crohn, viêm đại tràng.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Trẻ nhỏ

– Chế độ ăn: hạn chế lactose, chất xơ ngắn (rau xanh xay nhỏ nấu chín, hoa quả nấu chín), khẩu phần cân đối protid - glucid - lipid, tránh hoa quả chua và sống.

– Không thực hiện chế độ ăn quá ngặt nghèo, không có gluten khi chưa có bằng chứng không dung nạp gluten, hoặc ăn chỉ ăn cà rốt.

– Các thuốc điều hòa nhu động: debridat.

– Các thuốc bọc niêm mạc: smecta.

– Điều chỉnh mất cân bằng vi khuẩn đường ruột (đặc biệt trong trường hợp dùng kháng sinh).

– Điều trị nấm Candida nếu có phát hiện thấy nấm.

– Không dùng imodium liều cao.

5.2. Trẻ lớn

– Chế độ ăn: hạn chế lactose, rau và hoa quả nấu chín, tránh hoa quả chua, dầu mỡ, đồ ăn chiên rán.

– Thuốc điều hòa nhu động: debridat, thuốc chống co thắt: thuốc chẹn calci, dicetel (pinaverium bromide), duspatalin.

– Thuốc bọc niêm mạc: smecta.

– Điều trị táo bón: thuốc bôi trơn ống tiêu hóa, uống nhiều nước, thuốc điều hòa nhu động.

– Tư vấn chuyên khoa tâm thần khi cần thiết.

6. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Nói chung, hội chứng kích thích đại tràng có tiến triển và tiên lượng tốt. Do vậy, can thiệp điều trị nên ở mức tối thiểu để cải thiện triệu chứng và tránh xa tác dụng phụ.

XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

Xuất huyết tiêu hoá là xuất huyết xảy ra ở bất cứ vị trí nào của đường tiêu hoá, biểu hiện bằng: nôn máu (hematemesis), đại tiện phân màu đen (melena), đại tiện phân máu tươi (hematochegia), đại tiện phân máu vi thể không nhìn thấy bằng mắt thường (occult gastrointestinal bleeding).

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Dựa vào triệu chứng nôn ra máu, đại tiện ra phân máu đại thể hoặc vi thể, ảnh hưởng của các triệu chứng nôn ra máu hoặc đại tiện phân máu tới tình trạng toàn thân.

Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) được chia thành 2 loại:

– Xuất huyết TH trên: vị trí xuất huyết ở trước góc Streizt.

– Xuất huyết TH dưới: vị trí xuất huyết ở sau góc Streizt.

1.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân và mức độ xuất huyết tiêu hoá

– Công thức máu; Hb toàn phần; Hematoctit: làm ở nhiều thời điểm.

– Tìm hồng cầu trong phân khi nghi ngờ đại tiện máu vi thể (Hematest).

– Nội soi dạ dày tá tràng khi nghi ngờ xuất huyết đường tiêu hoá trên.

– Nội soi trực tràng, đại tràng khi nghi ngờ xuất huyết đường tiêu hoá dưới.

Chỉ tiến hành nội soi cấp cứu khi huyết động đã ổn định, soi kết hợp phẫu thuật. Cố gắng soi ở các thời điểm 24 giờ - 72 giờ.

– Siêu âm gan mật: cần loại trừ hoặc xác định xuất huyết do gan mật.

– Chụp nhấp nháy phóng xạ Technitium 99: khi nghi ngờ xuất huyết do viêm túi thừa Meckel.

1.3. Chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hoá

– Chẩn đoán loại trừ: chảy máu mũi, lợi miệng; trẻ sơ sinh hít máu mẹ khi đẻ, khái huyết, uống thuốc làm phân đen.

– Chẩn đoán xuất huyết đường tiêu hoá (XHĐTH) trên: nôn máu, đặt sonde dạ dày ra dịch máu đen.

Đại tiện phân đen hoặc đỏ tươi ồ ạt có kèm theo hoặc không kèm theo nôn máu. Chẩn đoán XHĐTH dưới: không nôn máu, đặt sonde dạ dày ra dịch trong, đại tiện phân đen hoặc phân có máu đỏ tươi toàn bãi, đầu bãi, cuối bãi, thăm trực tràng có máu.

1.4. Chẩn đoán mức độ xuất huyết tiêu hoá; tiến triển của xuất huyết tiêu hoá

Các mức độ xuất huyết tiêu hoá: (khối lượng máu toàn thể trẻ em 80 ml/ kg).

- *Mức độ vừa:* khối lượng máu mất < 15 % (khối lượng máu toàn thể)

Giai đoạn I: Huyết áp bình thường

Mạch tăng 10 - 20 %

Thời gian mao mạch hồng trở lại bình thường

- *Mức độ nặng:* khối lượng máu mất 15 - 30%

Giai đoạn II. Huyết áp giảm nhẹ (có thể bình thường do co mạch).

Huyết áp giảm 10mmHg khi thay đổi tư thế nằm hay ngồi.

Mạch nhanh > 150 l/phút, thở nhanh 35 - 40 l/phút.

Thời gian mao mạch hồng trở lại kéo dài.

Nước tiểu > 1ml/giờ.

Hematocrit < 20 %.

Hb < 70 g/dl

Trẻ lo âu sợ sệt, kích thích, rét run.

- *Mức độ rất nặng:* khối lượng máu mất 30 - 35%.

Giai đoạn III. Trẻ lịm, li bì

- *Sốc mất máu:* huyết áp hạ, mạch nhanh nhỏ, đầu chi lạnh.

Nước tiểu < 1ml/kg/1 giờ.

Giai đoạn IV. Khối lượng máu mất 35% - 50%.

Không bắt được mạch, không đo được huyết áp.

Hôn mê li bì.

Da lạnh ẩm.

Vô niệu.

Đánh giá tiến triển XHTH: đã cầm máu hay vẫn tiếp tục chảy: cần theo dõi hàng giờ.

Theo dõi mạch, huyết áp, mức độ thiếu máu.

1.5. Chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá theo lứa tuổi

1.5.1. Xuất huyết tiêu hoá trên

Sơ sinh	Trẻ nhỏ	Trẻ lớn
Rối loạn đông máu. Viêm thực quản do LTNDDTQ* Loét trợt dạ dày do stress. Viêm ruột hoại tử Umạch máu dạ dày tá tràng. Nuốt máu mẹ khi sinh	Loét trợt DD do tress. Viêm thực quản do LTNDDTQ* H/c Mallory Weiss Giãn TM thực quản. U mạch máu DDTT Chảy máu đường mật	Loét tiên phát DDTT mạn tính. Loét DD TT cấp tính. Loét DDTT do stres Giãn TM thực quản - H/C tăng áp lực tĩnh mạch chủ. Chảy máu đường mật U mạch máu DDTT

** Luồng trào ngược dạ dày - thực quản.*

1.5.2. Xuất huyết tiêu hoá dưới

Sơ sinh	Trẻ nhỏ	Trẻ lớn
Nứt hậu môn	Viêm ruột nhiễm khuẩn. Nứt hậu môn	Viêm ruột nhiễm khuẩn. Bệnh Crohn, viêm đại tràng xuất huyết
Viêm ruột hoại tử và viêm ruột nhiễm khuẩn	Lồng ruột	Polyp đại tràng
Dị ứng sữa	Polyp đại tràng	Dị dạng mạch máu ruột non, đại tràng.
Túi thừa Meckel	Túi thừa Meckel	Schönlein - Henoch
U mạch máu ruột	Dị dạng mạch máu ruột	
	Schönlein - Henoch	

2. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

– Bồi hoàn thể tích máu đã mất theo mức độ và tiến triển xuất huyết.

– Điều trị cầm máu.

– Tìm và điều trị nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hoá.

2.1. Xuất huyết mức độ nặng, giai đoạn II cần điều trị cấp cứu

– Thở oxy qua mặt nạ hoặc qua mũi.

– Ủ ấm, không đặt bệnh nhi nằm đầu cao.

– Thiết lập hai đường truyền tĩnh mạch lớn.

– Lấy máu thử Hb và hematocrit cấp.

– Truyền nhanh lactat ringer hoặc dung dịch mặn đẳng trương 20ml/kg trong 15 phút. Sau đó 20ml/kg/giờ cho tới khi bắt được mạch, đo được huyết áp

– Truyền máu toàn phần 20ml/kg/giờ nếu hematocrit < 30%; Hb < 5g/dl. Truyền máu tiếp tục tuỳ theo tiến triển của xuất huyết tiêu hoá.

– Truyền huyết tương đông lạnh khi có rối loạn đông máu: 10ml/ kg tiêm tĩnh mạch.

2.2. Xuất huyết đường tiêu hoá trên

Đặt một sonde dạ dày kích thước lớn (sơ sinh: 10; trẻ lớn: 22) qua miệng hoặc qua mũi, hút máu trong dạ dày, rửa dạ dày với dung dịch muối 0,9% với nhiệt độ phòng 5ml/kg (50 -150ml) tối đa 300ml 30phút/1 lần (tránh dùng dung dịch lạnh có thể gây hạ thân nhiệt - nếu sau 3 lần rửa

vẫn còn máu, hoặc sau 3 giờ hút dịch dạ dày vẫn còn máu chứng tỏ vẫn tiếp tục chảy máu dạ dày. (Thủ thuật cần nhẹ nhàng cẩn thận nếu nghi ngờ giãn tĩnh mạch thực quản).

2.3. Nếu nghĩ tới nguyên nhân vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

- *Vasopressin:* liều khởi đầu 0,33đv/kg. Tối đa ở trẻ lớn: 20 đơn vị. Hoà trong dung dịch glucose 5% truyền tĩnh mạch 10 phút - 20 phút. Tốc độ 10ml/kg.

Liều duy trì 0,1-0,4đv/kg phút tăng tối đa 0,8đv/kg/phút nếu tiếp tục xuất huyết có thể tăng liều gấp đôi.

Nếu ngừng xuất huyết có thể tiếp tục duy trì tiếp theo 12 giờ rồi ngừng từ từ.

- *Sandostatin:* tác dụng tương tự như vasopressin 2μg/kg/8 giờ 1 lần. Dùng theo đường tĩnh mạch. Người lớn liều 50 -100μg/kg/ lần dùng.

Đặt sonde Sengstaken - Blakmore

Khi máu đã cầm có thể tiến hành điều trị nội soi: tiêm xơ, thắt búi giãn tĩnh mạch bằng nội soi, nối cửa chủ.

– Nếu nguyên nhân do viêm trợt, loét dạ dày tá tràng:

Dùng thuốc kháng thụ thể H_2 - ức chế bài tiết acid.

Cimetidin 20 - 40mg/kg/liều tiêm tĩnh mạch chậm (tối đa 300mg) hoặc ranitidin 1 - 2mg/kg/liều tiêm tĩnh mạch chậm (tối đa 50mg).

Phối hợp với các thuốc kháng acid: maalox, phosphalugel 0,5ml/kg/ liều 2 - 4 giờ 1 lần.

– Nếu do rối loạn đông máu, bệnh lý gan.

Vitamin K_1 1mg/kg viêm bắp. Viêm tĩnh mạch tối đa 10mg.

2.4. Chỉ định nội soi cấp cứu

Nội soi nên tiến hành trong 24 - 72 giờ ngay sau khi huyết động ổn định. Sau xuất huyết 72 giờ, tỷ lệ thấy vị trí xuất huyết thấp.

Chỉ định nội soi cấp cứu:

– Xuất huyết nặng đe dọa tính mạng.

– Các dấu hiệu sinh tồn, mạch, huyết áp ổn định.

– Không có rối loạn đông máu nặng.

2.5. Chỉ định phẫu thuật

– Khi truyền máu nhiều lần không có kết quả. Lượng máu đã truyền lớn hơn 85ml/kg.

– Các nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá cần điều trị phẫu thuật: lồng ruột, viêm ruột hoại tử, viêm túi thừa Meckel, polyp...

SUY GAN CẤP - HÔN MÊ GAN

Suy gan cấp là một hội chứng lâm sàng, hậu quả của rối loạn chức năng gan nặng hoặc hoại tử phần lớn nhu mô gan gây rối loạn toàn bộ chức năng gan bao gồm các chức năng tổng hợp, bài tiết và chống độc.

Hôn mê gan: (Bệnh não do gan)

Là tình trạng bệnh lý gồm các triệu chứng thần kinh, rối loạn đông máu, rối loạn chuyển hoá các chất do chức năng gan bị suy giảm.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Tiền sử: viêm gan do virus, tiếp xúc sản phẩm lây nhiễm viêm gan, thuốc, hoá chất, các bệnh gan mạn tính: xơ gan, bệnh gan chuyển hoá.

– Vàng da, gan to, lách to hoặc mất, giảm vùng đục gan.

– Xuất huyết chỗ tiêm, chỗ va chạm mặc dù đã tiêm vitamin K.

– Ngủ gà, ăn uống khó, nôn, vật vã mệt, khích thích, hôn mê.

1.2. Cận lâm sàng

– Tăng bilirubin máu, tăng transaminase máu SGOT - SGPT.

– Tăng gamma glucuronyl transaminase (γGT); tăng phosphatase kiềm máu.

– Rối loạn chức năng đông máu giảm yếu tố V, giảm tỷ lệ prothrombin giảm dưới 20% - 25% ít khả năng hồi phục.

– Giảm albumin máu.

– Hạ giảm đường máu.

- Tăng NH_3 máu.
- Kiềm hô hấp do tăng thở bởi rối loạn trung tâm hô hấp.
- Suy thận: tăng creatinin máu.
- Huyết thanh chẩn đoán viêm gan virus A.B.C.D, CMV.
- Các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân khác gây suy gan cấp.

1.3. Chẩn đoán các giai đoạn hôn mê gan

* Giai đoạn I: Ít rối loạn tri giác, mệt mỏi, bồn chồn hoặc kích thích, đập phá, nôn, thở nhanh.

* Giai đoạn II: Ngủ gà, lú lẫn hoặc kích thích, đập phá còn đáp ứng với kích thích thính giác, thị giác. Cảm giác đau còn.

* Giai đoạn III: Hôn mê nông mất đáp ứng kích thích thị giác, thính giác. Còn đáp ứng cảm giác đau.

* Giai đoạn IV: Hôn mê sâu, không đáp ứng kích thích thính giác, thị giác, kích thích gây đau, mất não.

Các yếu tố làm hôn mê gan nặng thêm:

- Xuất huyết tiêu hoá.
- Giảm thể tích máu tuần hoàn.
- Mất kali.
- Hạ đường huyết.
- Thuốc an thần, thuốc gây mê, gây tê, thuốc lợi tiểu.
- Tăng urê huyết.
- Nhiễm khuẩn.
- Chế độ ăn giàu protein.
- Táo bón.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chống phù não

Cần phát hiện và điều trị sớm dựa vào theo dõi tri giác; áp lực nội sọ, duy trì áp lực nội sọ < 20mmHg (bình thường <10mmHg).

– Mannitol 0,25 - 0,5kg/1 liều truyền tĩnh mạch:

Dung dịch 12,5%: 2 - 4ml/kg

Dung dịch 20%: 1,25 - 2,5ml/kg

Dung dịch 25%:1 - 2ml/kg

Truyền 2 giờ đưa áp lực thẩm thấu < 320 - 330mmol/L (theo dõi lượng nước tiểu - điện giải đồ).

– Nếu suy thận không dùng mannitol.

– Thông khí hỗ trợ đặt nội khí quản duy trì pCO_2 25 - 30mmHg. Tránh tình trạng ưu thán gây phù não.

– Nếu mannitol không có tác dụng, truyền chậm thiopentan. Liều tấn công: 2 - 4mg/kg trong 15 phút sau đó duy trì 1 - 2mg/kg/gói. (tai biến làm giảm huyết áp nên dùng khi đã có thông khí, tránh suy hô hấp).

– Không nên dùng corticoid để chống viêm và đề phòng phù não vì có thể làm tăng nitơ urê máu, gây tăng NH_3 làm hôn mê trầm trọng hơn.

2.2. Đảm bảo tuần hoàn

– Duy trì huyết áp để bảo đảm tưới máu cho gan mức độ tối đa, nếu giảm khối lượng tuần hoàn: cho albumin, plasma tươi, máu toàn phần.

– Điều trị cơn nhịp nhanh xoang (75% có cơn nhịp nhanh xoang).

– Tăng cung lượng máu tống ra của cơ tim: dùng prostaglandin. Epoprostenol cùng với N - acetyl cystin làm tăng cung lượng tim > 4,5l/phút/m^2 làm giảm các mao mạch nhỏ tăng tưới máu các mô, tăng tiêu thụ oxy tối đa > 150ml/phút/m^2 khi hôn mê gan và sốc.

– Nhịp tim chậm, hạ huyết áp, ngừng tim đột ngột do ức chế trung tâm xảy ra ở 25% trường hợp.

2.3. Chống rối loạn đông máu

– Truyền plasma tươi 10-15ml/kg/1 lần có thể lặp lại để tránh chảy máu, chỉ dùng thời gian ngắn cấp, có thể gây tăng gánh.

– Vitamin K 5mg - 10mg/ngày (hoặc 1mg/1tuổi) tiêm tĩnh mạch trong 3 ngày tối đa 10mg/1 lần ở trẻ lớn sau đó dùng 3 lần/ 1 tuần (tiêm TM chậm trong 30 phút) dùng tiêm 3 ngày giảm liều tiêm: 1- 2mg/ngày.

– Desmopressin (DDAVP): D Amino và D Arginin vasopressin làm tăng yếu tố VIII và $VIII_c$ trong huyết thanh.

– Antithrombin III (ATIII) điều trị nếu có đông máu nội quản rải rác.

2.4. Duy trì đường huyết

Truyền 8 - 12g/kg/24 giờ chia đều trong ngày tránh đưa ồ ạt, có thể dùng nồng độ glucose 20% - 25% nhưng cần đặt catheter trung tâm.

2.5. Điều hoà cân bằng kiềm toan và rối loạn nước điện giải

– Truyền nước hạn chế 75% nhu cầu, cung cấp natri hạn chế 1-2mmol/kg/24 giờ tránh phù não.

– Tăng không khí giai đoạn đầu hôn mê gây kiềm hơi.

– Hút dịch dạ dày liên tục, truyền nhiều dung dịch kiềm, thiếu kali có thể gây nên kiềm chuyển hoá.

– Toan chuyển hoá do acid lactic có thể phối hợp với hạ đường huyết.

– Tình trạng hạ natri huyết có thể gặp do truyền nhiều dung dịch, điều trị bằng hạn chế truyền dịch, cung cấp thêm natri có thể làm phù não nặng thêm.

2.6. Giảm sinh NH_3 trong ruột: nhất là khi trẻ có xuất huyết tiêu hoá.

– Giảm nhu cầu protein: 0,5 - 1g/kg/24 giờ.

– Giảm các vi khuẩn đường ruột hạn chế sản sinh NH_3 bơm qua sonde neomycin 125-500mg 6 giờ 1 lần.

– Lactulose (Dufalac) bơm qua sonde dạ dày 1ml/kg/1 liều.

4 - 8 giờ 1 lần, tăng lưu thông ruột, giảm hấp thụ NH_3. Khi bệnh nhi hôn mê có thể thụt lactulose 2-4 lần 1 ngày có hiệu quả.

– Uống magiê sulfat, thụt tháo.

2.7. Dinh dưỡng

– Nhịn ăn, đặt sonde dạ dày.

– Nuôi dưỡng tĩnh mạch 50 – 60kcal/kg/24 giờ hạn chế protein 0,5g - 1g/kg/24 giờ.

– Đề phòng xuất huyết tiêu hoá.

Ranitidin 2 - 6mg/kg/24 giờ. Tiêm tĩnh mạch 3 - 4 lần. Trẻ lớn tối đa dùng 300mg/24 giờ.

2.8. Điều trị suy thận: đặc biệt nếu có hội chứng gan thận.

Nếu créatinin > 400 micromol/l, pH < 7,2, kali huyết > 6 mmol/l chỉ định lọc máu ngoài thận.

2.9. Chống nhiễm khuẩn

Nhiễm khuẩn tụ cầu, vi khuẩn Gram âm, nấm thường gặp và dẫn đến tử vong.

Theo dõi giám sát chặt chẽ, chẩn đoán kịp thời nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc, viêm phổi màng phổi, nhiễm trùng đường tiết niệu nên dùng kháng sinh phổ rộng toàn thân, các kháng sinh đường ruột phòng quá phát các vi khuẩn đường ruột.

2.10. Ghép gan

Nếu thời gian prothrombin còn kéo dài trên 90 phút sau khi tiêm vitamin K, tử vong 100%. Kéo dài > 50 phút tử vong là 80%. Có chỉ định ghép gan cấp.

DỊ VẬT TIÊU HÓA

1. NGUYÊN NHÂN

– Nuốt dị vật thường không chủ động, do tai nạn, loại trừ ở bệnh nhân có khiếm khuyết thần kinh hoặc bệnh tâm thần và ghen ghét giữa các anh em trong gia đình. Rất nhiều loại đồ vật nhỏ và đồ chơi khác nhau có thể bị nuốt vào bụng, tuy nhiên, các đồng xu hay gặp nhất.

– Các vật mà trẻ nuốt bao gồm tiền xu, cục pin, răng giả, xương gà, xương cá, nhẫn, các loại quả, đinh, sò biển, nút chai, mảnh thủy tinh, ngòi bút, nắp bút, chìa khóa, đồ chơi bằng nhựa...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

– Phần lớn các dị vật đều đi qua họng vào ống tiêu hóa và không gây ra vấn đề gì cho cơ thể. Tuy nhiên, khoảng 10-20% dị vật gây tắc nghẽn. Vị trí gây tắc nghẽn hay gặp nhất là thực quản cổ chiếm hơn 50%.

– Kích thước, dị vật có đường kính trên 20mm, hoặc dài trên 50mm (30mm ở trẻ bú mẹ), thì tắc nghẽn dễ xảy ra.

– Diễn biến lâm sàng của dị vật nguy hiểm thường cấp tính và tùy theo vị trí của dị vật: dị vật thực quản thường gây nôn, nuốt đau, nuốt khó, không chịu ăn, tăng tiết nước bọt, dị vật ở thấp hơn thường gây triệu chứng của hẹp, tắc ống tiêu hóa.

2.2. Cận lâm sàng

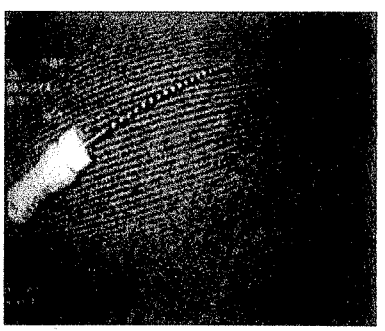
– Hơn 80% dị vật có cản quang và thường là đồng xu. Dị vật không cản quang thường liên quan đến thức ăn.

– Xquang cổ-ngực-bụng đứng thẳng và nghiêng không chuẩn bị cần thực hiện để tránh bỏ sót dị vật thực quản miệng: bề mặt của đồng xu sẽ được quan sát rõ trên Xquang thẳng, vòng của đồng xu được quan sát rõ trên Xquang nghiêng (ngược lại đối với dị vật khí quản). Trên Xquang nghiêng, các pin kiềm tính tạo nên hình ảnh 2 mức độ cản quang. Xquang không chuẩn bị có thể phát hiện được biến chứng viêm trung thất.

– Cần lưu ý, Xquang cản quang không có giá trị chẩn đoán, thậm trí còn gây cản trở khi can thiệp.



Hình 5.1. Dị vật trong dạ dày



Hình 5.2. Dị vật khi lấy ra ngoài

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Chỉ định nội soi tiêu hóa can thiệp

– Dị vật thực quản cản quang bị tắc nghẽn tại thực quản trên 24 giờ, cần được lấy ra khỏi thực quản ngay.

– Các dị vật cản quang trong dạ dày cần lấy ra ngoài khi:

+ Đường kính trên 20mm.

+ Chiều dài trên 50mm (trên 70mm đối với người lớn).

+ Dạng nhọn có khả năng đâm xuyên (kim loại có ngạnh, kim, thủy tinh...).

+ Dị vật ăn mòn.

+ Dị vật tồn tại trên 2-4 tuần.

+ Tất cả các dị vật gây nên triệu chứng, đặc biệt có chứa chì, chì sẽ được giải phóng trong môi trường acid clohydric của dạ dày.

+ Dị vật pin trong thực quản cần được lấy ra ngay và nội soi kiểm tra thực quản sau 3-4 tuần để loại trừ hẹp thực quản.

Các dụng cụ can thiệp dị vật qua nội soi: kìm răng chuột, kìm răng cá sấu, lọng polyp, lưới, giỏ, cao su dạng túi.

3.2. Chỉ định can thiệp ngoại khoa

Nếu pin đã đi qua môn vị và ở tại cùng một vị trí trên 5 ngày cần được lấy ra từ ruột non bằng phẫu thuật nội soi hoặc soi đại tràng.

3.3. Xử trí khác

– Một vài kỹ thuật khác như kỹ thuật dùng ống thông Foley hoặc Bougi được áp dụng trong trường hợp dị vật ở thực quản. Các kỹ thuật này có thể được áp dụng khi nội soi chưa thể thực hiện ngay được. Tuy nhiên, do đây là phương pháp đẩy mù dị vật từ thực quản xuống dạ dày nên chỉ định hạn chế và phải hết sức thận trọng với nguy cơ rách thủng thực quản.

– Điều trị trichobezoard (dạng búi tóc) trong dạ dày không phải bằng nội soi, mà bằng phải bằng phẫu thuật. Uống paraphin hoặc môi trường cellulose có thể cho phép phá hủy phytobezoard. Bezoard được điều trị bằng enzym và cocacola đạt được hiệu quả điều trị phytobezoard dạ dày trong 50% trường hợp.

4. TIẾN TRIỂN TIÊN LƯỢNG

– Khi dị vật đã đi qua thực quản, 95% sẽ đào thải tự nhiên ra ngoài, tuy nhiên có thể bị chặn lại ở môn vị, gối dưới tá tràng, van hồi manh tràng hoặc các vị trí hẹp tự nhiên hoặc mắc phải nên cần khai thác kỹ tiền sử về phẫu thuật sửa chữa teo thực quản, bệnh lý khác của thực quản (hẹp, thoát vị khe, co thắt tâm vị).

– Các dị vật nguy hiểm cần được can thiệp sớm vì nguy cơ chảy máu, thủng ống tiêu hóa hoặc xâm nhập vào trong phúc mạc, gan, hoặc phổi, viêm trung thất.

– Phần lớn các dị vật cơ tiên lượng tốt, tự đào thải ra ngoài theo phân. Tuy nhiên, một số trường hợp dị vật nguy hiểm có thể dẫn đến các biến chứng và đe dọa tính mạnh do bản thân dị vật gây nên và hoặc do quá trình can thiệp dị vật đặc biệt là dị vật đâm xuyên, chất ăn mòn, cục pin hoặc dị vật bị bỏ quên lâu ngày.

NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TRÊN

1. CHỈ ĐỊNH NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TRÊN

– Xuất huyết tiêu hoá trên.

– Nôn kéo dài chưa rõ nguyên nhân.

– Khó nuốt.

– Đau bụng kéo dài chưa rõ nguyên nhân.

– Chẩn đoán viêm loét dạ dày - tá tràng, giãn tĩnh mạch thực quản.

– Xác định nhiễm H. pylori qua sinh thiết dạ dày: nuôi cấy, test nhanh và nhuộm soi.

– Hẹp môn vị.

– Làm thủ thuật: lấy dị vật trong dạ dày - thực quản, cắt polyp dạ dày - thực quản, cầm máu trong xuất huyết do loét dạ dày - tá tràng, tiêm xơ trong giãn tĩnh mạch thực quản, nong thực quản.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Bệnh lý ở thực quản có nguy cơ gây thủng: bỏng thực quản, viêm nhiễm nặng có nguy cơ gây hẹp thực quản.

– Suy tim.

– Suy hô hấp.

– Cao huyết áp.

– Bệnh nhân không hợp tác.

3. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Khay sạch đựng dụng cụ.
- Máy nội soi: kiểm tra máy trước khi soi như chế độ bơm đẩy, hút, độ sáng đèn.
- Thuốc thử phát hiện HP.
- Lọ đựng bệnh phẩm.
- Kìm sinh thiết, dụng cụ cần thiết làm thủ thuật.

4. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Bệnh nhân nhịn ăn tối thiểu 6 - 8 tiếng trước khi làm thủ thuật.
- Gây tê tại chỗ vùng họng: xylocain 2%.
- Tiêm thuốc tiền mê nếu cần, chống co thắt.
- Đặt ống ngậm miếng vào giữa 2 cung răng và trợ thủ cần giữ chặt.

5. CÁC BƯỚC LÀM THỦ THUẬT

- Đưa máy vào hầu họng, thực quản dạ dày, vừa bơm hơi vừa quan sát.
- Quan sát từ xa đến gần.
- Kiểm tra toàn bộ các vùng dạ dày - thực quản và tá tràng, tránh bỏ sót tổn thương (Những tổn thương ở vùng tâm - phình vị khi soi dễ bị bỏ sót nếu không thao tác quặt ngược máy 180° để quan sát).

6. BIẾN CHỨNG NỘI SOI TIÊU HOÁ TRÊN

- Đưa nhầm máy vào khí quản.
- Thủng thực quản.
- Phản xạ ngừng tim.
- Kẹt máy khi quặt ngược.

7. THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU SOI

- Bệnh nhân nằm yên trong 5 - 10 phút.
- Theo dõi mạch, toàn trạng, đặc biệt khi bệnh nhân có dấu hiệu khó thở.

NỘI SOI ĐẠI - TRỰC TRÀNG

1. CHỈ ĐỊNH NỘI SOI ĐẠI TRÀNG

- Đi ngoài ra máu kéo dài theo dõi xuất huyết đường tiêu hoá dưới.
- Thiếu máu không rõ nguyên nhân.
- Polyp đại tràng, khối u đại tràng, tổn thương mạch máu.
- Trĩ
- Điều trị cầm máu trong những tổn thương chảy máu đại tràng.
- Lấy dị vật.

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng bệnh nhân nặng không chịu được gây mê và cuộc soi: Suy hô hấp, tình trạng nhiễm trùng.
- Bệnh nhân đang có sốt.
- Mới mổ đại tràng.
- Viêm phúc mạc.
- Viêm đại tràng nặng, tình trạng nhiễm độc ở bệnh nhân Megacolon.

3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI SOI

3.1. Chế độ ăn

- Không ăn những thức ăn nhiều chất xơ trước khi thủ thuật 2 - 3 ngày.
- Tối hôm trước khi làm thủ thuật ăn nhẹ.
- Buổi sáng ngày làm thủ thuật bệnh nhân nhịn ăn.

3.2. Thụt tháo

- Thụt tháo đại tràng bằng ống thụt với nước muối sinh lý 2 lần vào buổi tối hôm trước và buổi sáng trước khi làm thủ thuật.
- Ưu điểm:
+ Có thể làm cho tất cả các đối tượng.
+ Ít gây phiền hà cho bệnh nhân.
- Nhược điểm:
+ Thụt tháo không kỹ sẽ gấy khó khăn cho thủ thuật.
+ Thường khó sạch ở đại tràng trên cao.

3.3. Uống thuốc tẩy Fortrans: là phương pháp hiện đang áp dụng rộng rãi và có hiệu quả tốt đối với nội soi đại tràng người lớn ở Việt Nam và trên thế giới. Tuy nhiên đối với trẻ em chưa có nhiều kinh nghiệm.

Liều lượng uống: uống 1 - 1,5 gói cho trẻ cân nặng từ 15 - 20kg.

Hoà tan 1 gói với 1 lít nước đun sôi để nguội, cho trẻ uống hết số lượng cần uống trong thời gian 2 - 3 giờ vào buổi tối trước hôm làm thủ thuật. Thời gian uống lúc 19-21 giờ.

* Ưu điểm:

Đại tràng sạch toàn bộ và kiểm tra đại tràng tương đối thuận tiện.

* Nhược điểm:

- Thuốc khó uống: trẻ nhỏ (< 2 tuổi) không uống được.
- Có thể gây mất nước, rối loạn điện giải.

4. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN KHI SOI

Bệnh nhân được gây mê bằng đường tĩnh mạch do bác sĩ gây mê đảm nhiệm. Bệnh nhân cần đảm bảo đủ điều kiện gây mê tĩnh mạch.

5. THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU NỘI SOI

- Theo dõi sát: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu và đau bụng.
- Ngay khi trẻ tỉnh có thể cho ăn nhẹ như uống sữa.
- Mổ cắt polyp cần nằm tại giường theo dõi 6 - 12 giờ.

6. BIẾN CHỨNG

- Thủng đại tràng là đáng sợ nhất: có thể do kỹ thuật soi, do cắt polyp không đúng kỹ thuật và do tình trạng viêm nhiễm nặng của đại tràng cũng như do thủng túi thừa.
- Chướng hơi do bơm hơi quá nhiều khi nội soi.
- Phản xạ dây thần kinh phế vị: mạch chậm, hạ huyết áp, chân tay lạnh.
- Biến chứng liên quan đến gây mê.
- Chảy máu sau thủ thuật.

Bắt nổ khi cắt polyp hoặc cầm máu bằng dao điện ở những bệnh nhân thụt tháo không tốt.

Chương 6

BỆNH DINH DƯỠNG

SUY DINH DƯỠNG NẶNG

Suy dinh dưỡng nặng được đề cập ở đây là loại suy dinh dưỡng có phù cả hai chân, hoặc gầy mòn nặng (cân nặng so với chiều cao < 70% hoặc < - 3SD), hoặc có dấu hiệu lâm sàng của SDD nặng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Phân loại của OMS

Cân nặng/tuổi >- 4SD (cân nặng/tuổi < 60% trọng lượng).

1.2. Phân loại theo Wellcome

Cân nặng (%) so với chuẩn	Phù	
	+	-
80 - 60	Kwashiorkor	Kém nuôi dưỡng
< 60	Marasmus Kwashiorkor	Marasmus

2. ĐIỀU TRỊ

SDD nặng cần điều trị theo các bước sau:

2.1. Điều trị toàn diện: gồm 10 bước chia làm hai giai đoạn.

Giai đoạn ổn định ban đầu là xử trí các tình trạng cấp tính và giai đoạn phục hồi lâu hơn.

	Giai đoạn ổn định		Giai đoạn phục hồi
	Ngày 1 - 2	Ngày 3 - 7	Tuần 2 - 6
(1) Hạ đường huyết	----------		
(2) Hạ thân nhiệt	----------		
(3) Mất nước	----------		
(4) Điện giải	----------		
(5) Nhiễm khuẩn	----------		
(6) Yếu tố vi lượng	Không sắt	----------	Sắt
(7) Cho ăn ban đầu	----------		
(8) Tăng trưởng		----------	
(9) Kích thích cảm giác	----------		
(10) Chuẩn bị cho việc theo dõi		----------	

2.1.1. Hạ đường huyết

Tất cả trẻ SDD nặng đều có nguy cơ hạ đường huyết. Hạ đường huyết khi glucose máu < 3mmol/l. Nếu không thể đo glucose máu được, cần coi tất cả những trẻ SDD nặng đều có hạ đường huyết.

Điều trị:

– Cho 50ml glucose 10% hoặc nước đường sucrose (1 thìa cà phê đường và 3,5 thìa canh nước) uống hoặc cho qua sonde dạ dày, sau đó cho ăn càng sớm càng tốt.

– Cho ăn 2 giờ/lần cả ngày và đêm.

– Cho kháng sinh thích hợp.

– Nếu trẻ hôn mê, điều trị bằng glucose tĩnh mạch, nếu không có hôn mê cho glucose 10% hoặc nước đường sucrose qua sonde dạ dày.

Nếu đường máu còn thấp (đo lại sau 30 phút).

Glucose < 3mmol/l, trẻ vẫn còn lơ mơ thì cho lại glucose 10% hoặc nước đường một lần nữa như trên.

2.1.2. Hạ thân nhiệt

Hạ đường huyết và hạ thân nhiệt thường xảy ra đồng thời. Cho ăn thường xuyên là phần quan trọng để phòng hạ thân nhiệt.

Phòng hạ thân nhiệt:

– Cho ăn 2 giờ/lần và cho ăn ngay, cho ăn cả đêm.

– Đặt trẻ trong phòng ấm, tránh gió lùa và quấn kín trẻ.

– Thay tã, quần áo ướt, giữ cho trẻ và giường khô.

– Tránh cho trẻ tiếp xúc với lạnh.

– Cho trẻ ngủ với mẹ.

2.1.3. Mất nước

Nếu chỉ dựa vào lâm sàng thì khó đánh giá chính xác tình trạng mất nước ở trẻ SDD nặng. Có thể coi tất cả trẻ tiêu chảy đều có mất nước.

– Điều trị: không bù dịch bằng đường truyền trừ khi có sốc. Dung dịch ORS pha loãng một nửa. Dung dịch này uống chậm hơn so với khi bù nước ở trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường. 5ml/kg 30 phút/lần trong 2 giờ. Sau đó cho 5 - 10ml/kg/giờ trong 4 - 10 giờ tiếp theo.

– Theo dõi:

Đánh giá cứ 30 phút/lần trong 2 giờ, sau đó 1 giờ/lần trong 6 - 12 giờ. Chú ý phát hiện thừa nước, nên kiểm tra mạch, nhịp thở, số lần đi tiểu, số lần đi ngoài, nôn. Nếu có dấu hiệu thừa nước (nhịp thở tăng, mạch tăng) ngừng ORS ngay và đánh giá lại sau 1 giờ.

2.1.4. Rối loạn điện giải

Tất cả SDD nặng đều thiếu kali, magiê.

Điều trị: cho thêm kali (3-4mmol/kg/ngày).

Thêm magiê (0,4-0,6mmol/kg/ngày).

Cần cho kali, magiê vào thức ăn.

Chế biến thức ăn không thêm muối vì thừa natri trong cơ thể vẫn xảy ra khi natri trong huyết tương thấp. Cho nhiều natri có thể làm trẻ tử vong.

2.1.5. Nhiễm khuẩn

Cho tất cả SDD nặng: kháng sinh phổ rộng.

Tiêm vaccin sởi nếu trẻ > 6 tháng, chưa được tiêm phòng sởi, hoặc > 9 tháng và đã tiêm chủng trước 9 tháng.

Chọn kháng sinh phổ rộng.

2.1.6. Thiếu các yếu tố vi lượng

Mặc dù thiếu máu là phổ biến, vẫn không được cho viên sắt ngay mà cần chờ đến khi trẻ ăn ngon miệng và bắt đầu tăng cân vì sắt có thể làm tăng tình trạng nhiễm khuẩn nặng lên.

Điều trị: điều trị hằng ngày (ít nhất trong 2 tuần).

– Đa sinh tố.

– Acid folic (ngày đầu cho 5mg, sau đó 1mg/ngày).

– Kẽm (2mg/kg/ngày).

– Đồng (0,3mg/kg/ngày).

– Khi đã tăng cân, cho sulfat sắt (3mg Fe/kg/ngày).

– Cho vitamin A uống (< 6 tháng: 50.000UI, 6-12 tháng: 100.000UI, trẻ lớn: 200.000UI) trong ngày đầu.

2.2. Bắt đầu cho ăn lại

– Đặc điểm của cho ăn bữa ban đầu:

Ăn nhiều bữa nhỏ với nồng độ thẩm thấu và nồng độ lactose thấp.

Ngày đầu: 75kcal/kg và tăng dần năng lượng để đạt cuối tuần đầu là: 100kcal/kg/ngày.

Dịch: 130ml/kg/ngày (100ml/kg/ngày nếu trẻ có phù nặng).

– Nên ăn từ từ và số lượng tăng dần:

Ngày	Loại sữa
1-2	Sữa bò 1
3-5	Sữa bò 2
> 6 ngày	Sữa bò 3 (Trẻ > 6 tháng ăn sữa bò 4)

2.3. Đuổi kịp sự tăng trưởng

Giai đoạn này cần chăm sóc tích cực để đảm bảo tăng cân > 10g/kg/ngày.

Tăng cân được đánh giá như sau:

Kém: < 5g/kg/ngày.

Trung bình: 5-10g/kg/ngày

Tốt: > 10g/kg/ngày.

CÒI XƯƠNG DO THIẾU VITAMIN D

Còi xương là bệnh loạn dưỡng xương do thiếu vitamin D, hoặc do rối loạn chuyển hoá vitamin D trong cơ thể. Bệnh còi xương do thiếu vitamin D hay gặp ở trẻ nhỏ nhất là trẻ < 1 tuổi.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau:

1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Các biểu hiện ở hệ thần kinh:

+ Trẻ ra mồ hôi nhiều kể cả ban đêm (còn gọi là mồ hôi trộm).

+ Trẻ kích thích khó ngủ, hay giật mình.

+ Rụng tóc gáy (do trẻ ra mồ hôi nhiều).

+ Đối với còi xương cấp có thể gặp: tiếng thở rít thanh quản, cơn khóc lặng, hay nôn, nấc khi ăn. Có thể co giật do hạ calci máu.

– Trẻ chậm phát triển vận động: chậm biết lẫy, chậm biết bò.

– Các biểu hiện ở xương:

+ Thóp chậm liền, bờ thóp mềm, bướu trán bướu đỉnh.

+ Chậm mọc răng, răng hay bị sâu, răng mọc lộn xộn.

+ Lồng ngực gà, chuỗi hạt sườn.

+ Vòng cổ chân, vòng cổ tay, xương chi cong.

– Toàn thân: nếu không được điều trị, trẻ chán ăn, SDD, da xanh thiếu máu lách to.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

1.2.1. Xét nghiệm máu

– Phosphatase kiềm tăng (bình thường 40-140UI/l). Phosphatase kiềm trở về bình thường khi còi xương điều trị khỏi.

– Calci máu: bình thường hoặc giảm (hay gặp trong còi xương cấp, nếu calci ion giảm < 0,75mmol/l có thể gây co giật).

– Phospho máu: giảm nhẹ.

– 25(OH) cholecalciferol giảm < 25nmol/l (bình thường 25 - 105nmol/l).

1.2.2. Xquang xương

– Xương chi:

+ Xương mất chất vôi.

+ Đầu xương to bè.

+ Đường cốt hoá nham nhở, lõm.

+ Điểm cốt hoá chậm.

– Xương lồng ngực: có hình nút chai.

2. ĐIỀU TRỊ

– Điều trị bằng vitamin D: ergocalciferol, cholecalciferol...

2000-4000UI/ngày, kéo dài từ 4-6 tuần (khi có bệnh cấp tính hoặc nhiễm khuẩn cho 10.000UI/ngày, trong 10 ngày).

+ Stergyl (Ergocalciferol tan trong cồn) 1 giọt chứa 400UI vitamin D: cho 5 - 10 giọt/ngày.

+ Infadin (Ergocalciferol tan trong dầu) 1 giọt chứa 800UI vitamin D: cho 3-5 giọt/ngày.

– Điều trị phối hợp:

Uống thêm các loại vitamin, muối calci 1-2g/ngày.

Nếu calci giảm < 0,75mmol/l hay bị co giật:

Calcium gluconat 10%: 1-2ml/kg/1 lần truyền có thể nhắc lại 6 giờ 1 lần (chỉ định không quá 3 ngày). Sau đó cho uống.

Nếu calci máu > 2,6mmol/l dừng uống calci.

3. PHÒNG BỆNH

– Khi bà mẹ có thai: cho ăn uống đầy đủ, ra ngoài trời nhiều hoặc uống vitamin D 100.000UI - 200.000UI/lần vào tháng thứ 7.

– Phòng cho con:

+ Tắm nắng tuần từ thứ 2 sau đẻ (chú ý thời gian tắm nắng phải tăng dần, tránh ánh sáng mặt trời chiếu vào mắt trẻ).

+ Uống vitamin D 400UI/ngày; có thể kéo dài từ tuần thứ 2 sau đẻ đến 12 tháng hoặc uống vào các tháng mùa Đông.

+ Ăn uống đầy đủ, đặc biệt thực phẩm giàu calci và dầu mỡ.

THIẾU VITAMIN A

Thiếu vitamin A là tình trạng bệnh lý được biểu hiện ở mắt, da và toàn thân, xảy ra khi cơ thể thiếu vitamin A (do chế độ ăn thiếu vitamin A hoặc do rối loạn hấp thu vitamin A).

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Mắt

Triệu chứng sớm: quáng gà là dấu hiệu đầu tiên của thiếu vitamin A.

Tổn thương giác mạc; kết mạc: khô mắt, vệt Bitot.

Cuối cùng là loét giác mạc.

Tiến triển cuối cùng gây ra biến chứng nhiễm trùng và mù do mờ giác mạc tiến triển hoặc là thuỷ tinh bị phá huỷ.

1.1.2. Biểu hiện tổn thương ở da

Da bị khô do teo tuyến nhờn dưới da và các tuyến tiết nhày, do vậy có hiện tượng tăng sừng hoá. Những tổn thương này tập trung chủ yếu ở mặt ngoài của chi trên.

1.1.3. Biểu hiện toàn thân

Thiếu vitamin A dễ dẫn đến nhiễm sởi và các bệnh đường hô hấp.

1.1.4. Ở những trẻ SDD bị mắc sởi hoặc tiêu chảy kéo dài hoặc viêm phổi dai dẳng: cần nghĩ đến thiếu vitamin A.

1.2. Xét nghiệm

Xét nghiệm sinh hoá: bằng định lượng trực tiếp vitamin A, có thể thăm dò tình trạng sinh học của vitamin A bằng nhiều cách:

- *Định lượng trong máu*

– Định lượng retinol trong huyết tương: bình thường > 300µg/l, ở bệnh nhân thiếu vitamin A thì định lượng < 100µg/l.

– Định lượng RBP của huyết tương: RBP gắn retinol ở người lớn 40-50µg/ml. Nếu thiếu RBP toàn phần giảm 50% và phần lớn tìm được ở dạng tự do.

– Định lượng retinol của gan là phương pháp tốt nhất để đánh giá tình trạng thiếu vitamin A. Bình thường 20-200µg/g mô gan. Định lượng này cần tiến hành sinh thiết gan do vậy nó là phương pháp không phổ biến.

◦ *Các test thăm dò chức năng*

– Test tăng gánh: (test RDR-Relative Dose Response): bằng cách định lượng retinol huyết tương trước (To) và sau 5 giờ (T5) sau khi dùng 1 liều 1500 UI vitamin A uống. Sự tăng retinol trong máu sẽ yếu khi dự trữ trong gan bình thường và tăng mạnh nếu dự trữ trong gan bị giảm. Kết quả được biểu hiện bằng % = (T5-T0).100/T5.

Tình trạng	Retinol máu µg/l	Retinol gan µg/l	Test RDR
Bình thường	> 300	20-200	< 20%
Nghi ngờ	100-300	5-20	50-20%
Thiếu	< 100	< 5	> 50%

– Hỏi chế độ ăn: là yếu tố góp phần chẩn đoán, cho phép đánh giá mức độ nhập vào vitamin A và xác định chính xác cơ chế thiếu vitamin A (do ăn không đủ, không hấp thu...).

Tóm lại: OMS khuyên sử dụng ngay lập tức nhiều phương pháp thăm dò (LS, sinh học, nuôi dưỡng) để đánh giá mức độ nguy cơ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Tổn thương ở mắt

Trẻ < 1 tuổi: Ngày 1: 100.000UI
Ngày 2: 100.000UI
Ngày 14: 100.000UI

Trẻ > 1 tuổi: liều gấp đôi so với trẻ < 1 tuổi.

Chú ý: Trẻ có nôn, tiêu chảy dùng vitamin A bằng đường tiêm, liều tiêm bằng 1/2 liều uống.

Nhỏ mắt bằng choloramphenicol 0,4%; nhỏ 2 lần/ngày.

2.2. Suy dinh dưỡng, tiêu chảy kéo dài, viêm phổi kéo dài (không có tổn thương ở mắt)

Cho một liều vitamin A duy nhất theo tuổi:

Trẻ < 6 tháng (không có sữa mẹ): 50.000UI

Trẻ < 1 tuổi: 100.000UI

Trẻ > 1 tuổi: 200.000UI

3. PHÒNG BỆNH

- Ăn uống cân đối.
- Uống vitamin A liều cao:

Trẻ < 6 tháng, nuôi nhân tạo: 50.000UI/1 lần duy nhất.

Trẻ < 1 tuổi: 100.000UI/6 tháng/1 lần

Trẻ > 1 tuổi: 200.000UI/6 tháng/1 lần

Chương 7

BỆNH THẬN - TIẾT NIỆU

VIÊM CẦU THẬN CẤP TIÊN PHÁT

Viêm cầu thận cấp tiên phát (VCTC) là bệnh viêm cầu thận lan toả sau nhiễm khuẩn, phần lớn sau nhiễm liên cầu tan huyết kiểu β nhóm A. Bệnh diễn biến lành tính, nhưng có thể gây ra một số biến chứng trong giai đoạn cấp dẫn đến tử vong.

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1.1. Dựa vào tam chứng cổ điển

– Phù: thường phù nhẹ, bắt đầu từ mặt đến chân.

– Tăng huyết áp: thường tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương từ 10 - 20mmHg.

– Tiểu ít, và đái máu đại thể hoặc vi thể.

1.2. Xét nghiệm nước tiểu

Có giá trị quyết định.

– Có nhiều hồng cầu.

– Protein niệu tăng, nhưng ít khi quá 2g/m^2/24giờ.

1.3. Xét nghiệm máu

– Urê và creatinin huyết thanh bình thường hoặc tăng, nhưng mức lọc cầu thận thường giảm.

– Bổ thể toàn phần, yếu tố 3 của bổ thể (C'3) trong huyết thanh giảm trong giai đoạn cấp.

– Kháng thể kháng dung huyết liên cầu (ASLO) thường tăng > 250 đơn vị Todd.

2. ĐIỀU TRỊ

– Trước hết phải phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng.

– Những trường hợp VCTC có biến chứng hoặc có nguy cơ phải được điều trị tại bệnh viện để theo dõi sát.

2.1. Thể VCTC thông thường (không có biến chứng)

2.1.1. Chế độ ăn và nghỉ ngơi

– Ăn nhạt trong khoảng 2 - 3 tuần.

– Hạn chế lượng nước uống tuỳ theo số lượng nước tiểu nhiều hay ít.

– Trẻ cần được nghỉ ngơi tại giường.

2.1.2. Kháng sinh

Nhằm loại trừ các ổ nhiễm khuẩn do liên cầu nhóm A, bằng:

– Penicillin G 50.000 đv/kg/ngày, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, trong 10 ngày.

– Nếu trẻ dị ứng với penicillin, thì thay bằng erythromycin 25 - 30mg/kg, uống chia 2 - 3 lần ngay trước bữa ăn, trong 7 ngày.

– Không dùng các kháng sinh nhóm aminosid hoặc các kháng sinh độc đối với thận khác.

2.1.3. Chăm sóc và theo dõi

– Hàng ngày cân, đo số lượng nước tiểu, huyết áp.

– Giữ ấm và vệ sinh răng miệng và thân thể.

2.1.4. Tiêu chuẩn xuất viện

Đa số trường hợp chỉ cần điều trị tại bệnh viện 10 - 14 ngày, khi hết các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm nước tiểu thuyên giảm.

2.2. Viêm cầu thận cấp có biến chứng tim mạch

(có dấu hiệu suy tim cấp hoặc doạ phù phổi cấp)

– Chế độ ăn uống: như thể thông thường.

– Chăm sóc:

+ Chế độ hộ lý cấp I.

+ Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở thường xuyên cho đến khi hết suy tim.

+ Cho thở oxy nếu cần.

– Thuốc lợi niệu tác dụng nhanh:

Furosemid (Lasix): 1 - 2mg/kg tiêm tĩnh mạch.

– Thuốc hạ áp tác dụng nhanh:

Nifedipin (Adalat) 0,25mg/kg/1 lần x 2 lần, liều tối đa 1 - 2 mg/kg/ngày.

Hoặc hydralazin (Apresolin) 0,1 - 0,2mg/kg/1 lần, uống hoặc tiêm tĩnh mạch, 6 giờ 1 lần (tổng liều 1,7 -3,5mg/kg/24giờ).

– Nếu bệnh nhân có mạch nhanh không suy thận, suy tim cấp có thể cho uống propranolol 1mg/kg/lần x 3 lần/ngày.

– Thuốc trợ tim:

Digoxin: 0,04mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch 1/2 liều, sau 8 giờ tiêm lần lượt 1/4 liều (khi nhịp còn trên 90 lần/phút).

2.3. Thể viêm cầu thận cấp gây phù não

(Co giật toàn thân, hôn mê)

– Chế độ ăn uống: như trên

– Chăm sóc: Chú ý đề phòng cắn phải lưỡi.

Làm thông thoáng đường thở

– Thuốc lợi niệu: như trên

– Thuốc hạ huyết áp: Nifedipin (Adalat) như trên hoặc:

Diazoxid 3 - 5mg/kg/lần, tiêm tĩnh mạch.

Nếu không có kết quả, có thể tiêm nhắc lại sau 30 phút.

– Chống co giật:

+ Diazepam (Seduxen, Valium) 0,2 - 0,3mg/kg tiêm chậm vào tĩnh mạch, liều tối đa 1 lần là 10mg.

+ Magie sulfat 15%: 0,3ml/kg, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch chậm.

2.4. Viêm cầu thận cấp thể vô niệu hoặc suy thận cấp

– Chế độ ăn: hạn chế muối và protid, tối đa 0,75g/kg/ngày, nhưng vẫn phải bảo đảm nhu cầu năng lượng tối thiểu 50calo/kg/ngày.

– Chú ý cân bằng lượng dịch cho vào và thải ra hàng ngày.

– Thuốc lợi niệu: furosemid liều cao tiêm tĩnh mạch, 3mg/kg/lần x 3 lần/ngày.

– Các biện pháp khác: xem bài Suy thận cấp.

VIÊM CẦU THẬN TRONG SCHÖNLEIN - HENOCH

Ban xuất huyết huyết Schönlein - Henoch (SH) còn có tên: ban xuất huyết dạng thấp, ban xuất huyết dị ứng là một trong các bệnh viêm mao mạch, thường gặp ở trẻ em với các biểu hiện xuất huyết đối xứng ở các chi, đau mỏi khớp, hội chứng bụng (đau bụng, ỉa máu) và biểu hiện của bệnh cầu thận. Tổn thương thận có thể là biểu hiện nặng nhất của hội chứng SH vì có nguy cơ gây ra bệnh thận mạn tính và suy thận giai đoạn cuối.

Tần suất thường gặp khoảng 30-60% dưới 2 dạng viêm cầu thận và hội chứng thận hư.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Trên cơ sở một bệnh nhân SH (Đặc biệt thể bụng chiếm 91,51%) có thể có:

- Đái máu, thường gặp là đái máu đại thể.
- Phù, thường nhẹ hoặc có thể không phù.
- Huyết áp cao.

1.2. Xét nghiệm

1.2.1. Chẩn đoán viêm cầu thận đơn thuần

- Protein niệu < 50mg/kg/ngày.
- Hồng cầu niệu.
- Protid máu, albumin máu, cholesterol máu: bình thường.
- ASLO, cấy dịch họng hầu có thể (+) hoặc (-).

1.2.2. Chẩn đoán viêm cầu thận kết hợp thận hư

- Protein niệu > 50mg/kg/ngày.
- Hồng cầu niệu.
- Protid máu giảm < 56g/l. Albumin máu < 25g/l. Cholesterol máu > 5mmol/l.

– ASLO và cấy dịch họng hầu có thể (+) hoặc (-).

– Đông máu toàn bộ:

+ Fibrinogen tăng, giảm hoặc bình thường.

+ Giảm tiêu sợi huyết.

1.2.3. Viêm cầu thận tiến triển nhanh

Có thể chỉ viêm cầu thận đơn thuần hoặc viêm cầu thận kết hợp, viêm cầu thận - thận nhiễm mỡ như ở dưới đây:

– Protein niệu > 50mg/kg/ngày.

– Hồng cầu niệu.

– Protid máu < 56g/l. Albumin máu < 25g/l.

– Urê máu, creatinin máu tăng.

– Phù ngày càng tăng, cao huyết áp.

– Thường thiểu vô niệu.

– Tình trạng chung xấu dần.

– Đông máu toàn bộ: fibrinogen có thể tăng, giảm hoặc bình thường.

2. ĐIỀU TRỊ: tuỳ thuộc vào chẩn đoán

2.1. VIÊM CẦU THẬN ĐƠN THUẦN

– Prednisolon 2mg/kg/24giờ ngắn, ngày 10-15 ngày hoặc 1 tháng, phụ thuộc vào diễn biến lâm sàng và xét nghiệm để quyết định, nếu tốt giảm liều, rồi ngừng.

– Penicillin G x 1 triệu x 10 ngày, sau đó dùng penicillin V 400000đv x 1 viên/ ngày x 3 tháng nếu ASLO (+).

– Kháng histamin: claritin 10mg x 1 viên/ngày x 5-7 ngày (cho trẻ > 5 tuổi).

– Vitamin C, calci.

– Chế độ ăn: ăn nhan nhát, tránh các thức ăn và các chất có nguy cơ gây dị ứng cao.

2.2. Viêm cầu thận kết hợp hội chứng thận hư

Điều trị và theo dõi giống như một bệnh nhân hội chứng thận hư kết hợp: penicillin, kháng histamin, vitamin C, calci.

– Nếu tốt: tiếp tục điều trị và theo dõi giống như bệnh nhân hội chứng thận hư.

– Nếu không tốt (sau 2-4 tuần) có thể dùng:

+ Cyclophosphamid 2,5mg/kg/24giờ x 3 tháng (nếu BC máu ngoại biên > 4000).

+ Heparin 100-150UI/kg/24 giờ x 2 lần/ngày (nếu có fibrinogen tăng, tỷ lệ prothrombin bình thường) cho đến khi thời gian Lee-white kéo dài so với chuẩn 2 lần (> 24 phút).

– Nếu bệnh vẫn không tiến triển hoặc tiến triển chậm có thể dùng:

+ Methyl prednisolon 30mg/kg/lần trong 10 phút x 4-6 lần, cách nhật.

+ Prednisolon vẫn uống theo phác đồ và nghỉ ngày có truyền methyl prednisolon.

+ Ngoài ra cần phải điều trị phối hợp: các bệnh nhiễm trùng kèm theo, điều trị triệu chứng

– Chế độ ăn: như phần trên.

2.3. Viêm cầu thận tiến triển nhanh

– Điều trị giống như viêm cầu thận kết hợp. Ngoài ra:

+ Truyền dịch: bồi phụ điện giải và thăng bằng toan kiềm trong giai đoạn đầu.

+ Lợi tiểu tích cực.

+ Hạ áp.

– Nếu vẫn tiến triển không tốt có thể chỉ định 1 trong 2 cách sau:

+ Cách 1: Human globulin tiêm tĩnh mạch 2g/kg/tháng x 3 tháng. Sau đó:

Globulin miễn dịch tiêm bắp (16,5% 0,35ml/kg, 15 ngày /lần x 6 tháng.

+ Cách 2: Globulin miễn dịch 16,5%: 0,35ml/kg/tuần/1 lần x 1 tháng, tiêm bắp.

Sau đó: 0,35ml/kg/15 ngày/1 lần x 8 tháng

2.4. Hướng dẫn khi ra viện

– Tiếp tục điều trị thuốc theo đơn.

– Tránh lạnh, tránh chạy nhảy, tránh các hoạt động thể dục, thể thao nặng, tránh tiêm phòng.

– Ăn nhan nhát, tránh các thức ăn và các chất có nguy cơ gây dị ứng cao.

– Theo dõi và đến khám lại đúng hẹn.

VIÊM THẬN DO LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Lupus ban đỏ hệ thống (systemic lupus erythematosus - SLE) là một bệnh tạo keo, gây tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể, trong đó tổn thương thận thường gặp và có tiên lượng xấu. Nguyên nhân chưa được biết rõ, nhưng cần lưu ý đến các yếu tố di truyền, virus, một số thuốc và tình trạng rối loạn miễn dịch.

Bệnh thường gặp ở trẻ gái (tỷ lệ nữ: nam = 9/1) và lứa tuổi lớn (10 - 15 tuổi): diễn biến từng đợt từ vài tháng đến vài năm, tiên lượng xấu.

1. CHẨN ĐOÁN

Bệnh nhân được chẩn đoán là lupus ban đỏ hệ thống khi có ≥ 4 trong 11 triệu chứng sau:

1. Ban đỏ ở má.

2. Ban dạng đĩa

3. Tăng cảm thụ với ánh sáng: bệnh phát hiện nặng thêm khi ra ngoài ánh sáng.

4. Loét ở miệng, hay mũi họng hầu.

5. Viêm khớp không tổn thương: viêm và đau nhiều khớp, viêm dây chằng bao hoạt dịch. Dùng corticoid có thể làm giảm viêm, tái phát sau khi ngừng hoặc giảm liều corticoid.

6. Viêm các màng: viêm màng phổi, viêm màng ngoài tim.

7. Biểu hiện ở thận: Protein niệu cao: > 0,5g/24 giờ, hoặc > 3 (+).

Trụ tế bào trong nước tiểu.

8. Biểu hiện thần kinh:

- Co giật không do nguyên nhân cụ thể khác.
- Rối loạn tâm thần không rõ nguyên nhân cụ thể.

9. Các rối loạn về máu: hoặc có thiếu máu huyết tán, hoặc giảm bạch cầu < 4000/mm^3 máu hoặc giảm tiểu cầu < 100000/mm^3 máu, hoặc giảm bạch cầu lympho < 1500/mm^3.

10. Rối loạn miễn dịch

- Hoặc có tế bào L.E (tế bào Hargravess).
- Hoặc có kháng thể kháng AND tự nhiên, hoặc có kháng thể Sm.

– Hoặc có phản ứng giả giang mai dương tính kéo dài > 6 tháng.

11. Kháng thể kháng nhân dương tính.

Các triệu chứng khác:

– Gan - lách - hạch to: thường gặp ở trẻ nhỏ.

– Phù.

– Huyết áp cao.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị đặc hiệu

– Prednisolon:

Liều 1 - 2mg/kg/24 giờ, có thể kéo dài 1-2 năm, dùng đến khi hết triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm, khi bệnh thuyên giảm hoặc ổn định có thể giảm liều từ từ, tránh giảm liều đột ngột.

Có thể dùng Solu - Medrol 30mg/kg/lần 4 - 6 lần, truyền tĩnh mạch, cách nhật, mỗi lần truyền phải xong trong vòng 45 - 50 phút.

– Các thuốc ức chế miễn dịch

Dùng song song với steroid.

– Cyclophosphamid:

2 - 2,5mg/kg/24 giờ. Tổng liều thường không quá 170-190 mg/kg/đợt, hay tiêm tĩnh mạch liều cao 10mg/kg/lần, 4 ngày tiêm 1 lần, liều trung bình 8 - 10 lần. Hoặc:

– Imuran (azathioprin):

Liều 1-1,5mg/kg/24giờ. Hoặc

– Neoral (Ciclosporin) hoặc Cellceptin liều 1500mg/m^2/ngày

Liều 6mg/kg/24 giờ, chia 2 lần. Giảm liều từ từ đến mức thấp nhất có hiệu quả. Hoặc:

– Chloramplu:

6MP 0,2mg/kg/24 giờ. Tổng liều không quá 8mg/kg/đợt.

Khi dùng các thuốc ức chế miễn dịch cần theo dõi công thức máu vì thuốc ức chế tuỷ xương và theo dõi chức năng thận vì neoral có thể độc với thận.

– Nhóm thuốc chống sốt rét:

Chloroquin (Delagil, Nivaquin) liều 5-10mg/kg/24 giờ x 12 ngày. Sau đó giảm 1/2 liều trên, uống trong 6 tuần.

Cần theo dõi chức năng gan.

Các chỉ định chưa quen cần xin ý kiến chuyên khoa và chuyên gia.

2.2. Điều trị hỗ trợ - chăm sóc

– Điều trị chống nhiễm khuẩn: bệnh nhân lupus ban đỏ toàn thân khi đang điều trị steroid hay thuốc ức chế miễn dịch rất dễ bị nhiễm khuẩn, khi có triệu chứng nhiễm khuẩn cần cho kháng sinh ngay.

Thẩm phân máu: chỉ định cho bệnh nhân khi cần thiết.

– Chế độ nghỉ ngơi, tránh chạy nhảy và các hoạt động thể dục thể thao cho bệnh nhân. Tránh tiêm chủng cho bệnh nhân.

– Chú ý yếu tố tâm lý đặc biệt đối với trẻ gái tuổi 13-15.

2.3. Hướng dẫn khi xuất viện

– Hướng dẫn cho bệnh nhân liều lượng thuốc, chế độ nghỉ ngơi dinh dưỡng tại nhà. Tránh lạnh nếu bệnh nhân có hiện tượng Raynaud. Ánh sáng mặt trời làm bệnh nặng thêm, cần hạn chế đi ra ngoài nắng.

– Hẹn kiểm tra định kỳ cho bệnh nhân về lâm sàng, theo dõi công thức máu, creatinin máu và các xét nghiệm theo dõi chức năng gan.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT

Hội chứng thận hư tiên phát (HCTHTP) là bệnh cầu thận mạn tính thường gặp ở trẻ em, diễn biến với từng đợt bột phát và thời kỳ thuyên giảm hoàn toàn. Đa số trường hợp bệnh có thể điều trị khỏi, nhưng phải kiên trì tuân theo chế độ điều trị.

1. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1.1. Có hội chứng thận hư

– Phù: hầu như gặp trong mọi trường hợp, với đặc điểm phù toàn thân kèm theo cổ trướng, hay tái phát.

– Protein niệu nhiều, tối thiểu ≥ 50mg/kg/24 giờ. Đây là dấu hiệu bắt buộc.

– Protein huyết thanh < 56g/l và albumin huyết thanh ≤ 25g/l, dấu hiệu bắt buộc.

– Tăng lipid và cholesterol huyết thanh.

1.2. Không tìm thấy nguyên nhân

Phải loại trừ HCTH do các bệnh hệ thống hoặc các nguyên nhân khác.

1.3. Tuổi phát bệnh: trên 3 - 6 tháng tuổi, để loại trừ HCTH bẩm sinh.

2. CÁC XÉT NGHIỆM ĐỂ CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI

2.1. Các xét nghiệm thường quy khi trẻ vào viện

- *Nước tiểu*

– Cặn: tìm hồng cầu, bạch cầu, trụ.

– Định lượng protein niệu 24 giờ hoặc tỷ số protein (mg) và creatinin (mg).

- *Máu*

– Công thức máu ngoại biên.

– Tốc độ lắng máu.

– Protein huyết thanh và điện di protein.

– Định lượng lipid, cholesterol.

– Định lượng urê, creatinin, điện giải đồ.

Các xét nghiệm nước tiểu được kiểm tra định kỳ 7 - 10 ngày/1 lần. Urê, creatinin, điện giải đồ máu chỉ kiểm tra khi biến đổi.

2.2. Các xét nghiệm khi cần thiết

– Cấy nước tiểu: nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn đường tiểu.

– Xét nghiệm đông máu toàn bộ, khi có chỉ định sử dụng thuốc chống đông.

– Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm hệ tiết niệu.

3. PHÂN LOẠI LÂM SÀNG HCTHTP

– Thể đơn thuần hay thận hư nhiễm mỡ: khi chỉ có các biểu hiện của HCTH.

– Thể không đơn thuần: khi có kèm theo các dấu hiệu của viêm thận như hồng cầu niệu, tăng huyết áp hoặc suy thận.

4. ĐIỀU TRỊ HCTHTP CÓ ĐÁP ỨNG VỚI STEROID

4.1. Chế độ ăn và chăm sóc

– Ăn nhạt khi trẻ bị phù, nhưng chỉ kéo dài quá 10-15 ngày.

– Hạn chế nước khi trẻ phù nhiều.

– Giữ ấm, vệ sinh răng miệng và thân thể.

– Giải thích cho bệnh nhi và gia đình yên tâm, tin tưởng và tuân thủ chế độ điều trị.

4.2. Điều trị prednison hoặc prednisolon

4.2.1. Đợt đầu tiên

Prednison/Prednisolon 60mg/m^2da/ngày hoặc 2mg/kg/ngày, uống 1 lần sau bữa ăn sáng hoặc chia 2-3 lần vào sáng, trưa và chiều. Uống liên tục trong 4 - 6 tuần. Sau đó xét nghiệm protein niệu:

– Nếu protein niệu âm tính hoặc còn vết: tiếp tục uống:

Prednison/Prednisolon 1mg/kg/ngày x 5 ngày/tuần. Hoặc vẫn giữ liều 2mg/kg/ngày uống cách nhật, trong 8 tuần. Sau đó giảm liều dần rồi ngừng.

– Nếu sau 4 - 5 tuần, dùng prednisolon liều 2mg/kg/24 giờ, kiểm tra protein niệu còn ≥ 40mg/kg/24giờ thì dùng:

Methylprednisolon 30mg/kg trọng lượng nhưng không quá 1000mg/lần, tiêm truyền tĩnh mạch, cách nhật x 6 mũi sau đó xét nghiệm protein niệu lại, nếu hết protein niệu thì tiếp tục phác đồ như trên.

Hoặc nếu không có điều kiện sử dụng methylprednisolon thì tiếp tục cho bệnh nhi uống prednison/prednisolon 2mg/kg/ngày trong 2 tuần liên tiếp. Sau đó nếu protein niệu hết, thì tiếp tục theo phác đồ trên.

Trường hợp protein niệu còn cao (≥ 50mg/kg/24giờ) sau khi đã tiêm methyl prednisolon hoặc đã điều trị 6 tuần prednisolon uống, thì xem như thể không đáp ứng với steroid. Sẽ được điều trị theo phác đồ kháng steroid.

4.2.2. Đợt tái phát

- *Thể tái phát ít:* đợt tái phát xuất hiện sau khi ngừng điều trị từ 6 tháng trở lên. Điều trị như đợt đầu tiên.

- *Thể hay tái phát hoặc thể phụ thuộc*

Bệnh tái phát trong vòng 3 tháng sau khi ngừng điều trị, hoặc trong thời gian điều trị duy trì.

– Dùng liều tấn công như đợt đầu nghĩa là kéo dài 4-6 tuần, nếu hết protein niệu sẽ dùng liều duy trì kéo liều củng cố theo hướng giảm dần liều cho đến 1 năm.

Ngoài ra có thể cho thêm levamison 2,5mg/kg, 2 - 3 lần trong 1 tuần, trong 6 - 9 tháng.

– Nếu bệnh nhi có biểu hiện nhiễm độc corticoid thì ngừng prednison, và điều trị thay thế bằng:

+ Cyclophosphamid (Endoxan) 2,5mg/kg/ngày, uống liền trong 2 tháng, tổng liều không quá 150mg/kg cho 1 đợt điều trị, hoặc

+ Chlorambucil 0,2mg/kg/ngày, uống trong 2 - 3 tháng, tổng liều không nên quá 8mg/kg/ngày cho 1 đợt điều trị.

Khi dùng thuốc giảm miễn dịch, cần kiểm tra công thức máu ngoại biên 7 - 10 ngày/1 lần. Nếu số lượng bạch cầu < 4000/mm^3 thì ngừng.

4.3. Các thuốc điều trị triệu chứng

- *Thuốc lợi niệu*

– Furosemid (Lasix) 2mg/kg/ngày uống, nếu không hiệu quả thì cho tiêm tĩnh mạch.

– Hypothiazid: 2mg/kg/ngày, uống.

Chỉ dùng thuốc lợi niệu trong giai đoạn phù nhiều hoặc thiểu niệu, không nên dùng kéo dài.

– Human albumin: chỉ dùng khi hàm lượng albumin huyết thanh giảm nặng (< 12g/l) hoặc có biểu hiện giảm khối lượng tuần hoàn hiệu lực (mạch yếu, huyết áp giảm). Liều lượng 1g/kg, hoặc 4 - 5ml/kg.

- *Kháng sinh:* khi có biểu hiện nhiễm khuẩn.

- *Các thuốc bổ trợ:* vitamin A, C, D. Calci clorua, kali clorua 1g/ngày dưới dạng sirô.

5. THEO DÕI NGOẠI TRÚ

Vì là bệnh mạn tính nên phải theo dõi và điều trị ngoại trú lâu dài, ít nhất là 5 năm. Sau giai đoạn điều trị tấn công bằng corticoid, tuyệt đại đa số bệnh thuyên giảm hoàn toàn hoặc một phần, cho trẻ xuất viện và hướng dẫn điều trị ngoại trú tại viện hoặc gửi về cơ sở y tế địa phương.

Các yêu cầu khi tái khám:

- Đo chiều cao và cân nặng cho trẻ.
- Đo huyết áp.
- Xét nghiệm nước tiểu: protein và tế bào.
- Xét nghiệm máu chỉ làm khi cần thiết.
- Ghi đơn và hướng dẫn cho gia đình cách theo dõi trẻ.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIÊN PHÁT KHÁNG STEROID

Thận hư kháng corticoid chiếm khoảng 12 - 14% số bệnh nhân thận hư tiên phát.

Điều trị khó khăn, kéo dài dễ phát sinh các biến chứng: cao huyết áp, giữ nước, giảm nặng áp lực keo, rối loạn nước điện giải, suy thận.

1. CHẨN ĐOÁN

- Thận hư tiên phát.

- Đã điều trị liều tấn công (prednisolon 2mg/kg/24 giờ) trong 6 tuần liền bệnh nhân không hết phù, protein niệu còn trên 40mg/kg/24giờ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chế độ ăn và chăm sóc

Như với HCTH tiên phát và chú ý thêm:

- Glucid: hạn chế vì thúc đẩy rối loạn lipid, dùng dạng tinh bột hoặc dextran, maltose.

- Hạn chế nước khi phù to, cung cấp NaCl liều nhỏ.

2.2. Điều trị triệu chứng

– Khi có dấu hiệu giảm thể tích tuần hoàn (thường do giảm áp lực keo):

+ Plasma tươi cùng nhóm x 20ml/kg/lần, hoặc:

+ Albumin human 20% x 2ml/kg/lần.

– Thuốc lợi tiểu: phối hợp furosemid với spironolacton 2mg/kg/24giờ (khi có dấu hiệu tăng aldosterol thứ phát) x 7 - 10 ngày trong 1 đợt.

– Heparin 200 - 300 đv/kg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch chậm (sáng: 9 giờ; chiều: 14 giờ) đề phòng huyết khối, nghẽn mạch cùng các tác dụng khác của heparin.

Xét nghiệm:

+ Các yếu tố đông máu trước tiêm.

+ Làm Lee White 3 ngày - 1 tuần/lần.

Khi thời gian Lee White > 30 phút thì ngừng thuốc.

– Thuốc hạ áp (khi có cao huyết áp)

+ Nhóm β blocker: propranolol 1mg/kg/24giờ, chia 2 lần.

+ Nhóm ức chế men chuyển: captopril 2mg/kg/24giờ, chia 2 lần, captopril còn có tác dụng giảm protein niệu.

+ Nhóm chẹn kênh calci: adalat 0,25mg/kg/lần, ngậm dưới lưỡi 2-3 lần/ngày hoặc loại chậm Amlor liều lượng 0,2 - 0,30mg/kg/ngày.

– Kháng sinh: khi có biểu hiện nhiễm trùng.

– Điều trị tăng lipid máu: nếu có điều kiện.

Apotex (Gempibrozil) viên nang 300mg x 3 viên/24giờ, chia 2 lần.

2.3. Glucocorticoid và thuốc ức chế miễn dịch

– Điều trị liều cao methylprednisolon 30mg/kg/lần (không quá 1000mg) truyền tĩnh mạch không quá 50 phút, cách 2 - 3 ngày/lần x 6 lần. Đánh giá kết quả để chỉ định tiếp (khi cần) (theo phương pháp S.A. Mendozza và B.M. Tune).

– Cyclophosphamid (Endoxan)

Uống 2,5mg/kg/24giờ x 2 - 3 tháng hoặc liều cao 10mg/kg/lần x 2 lần/tuần.

Theo dõi công thức máu 2 tuần/lần, nếu BC < 4000 thì ngừng thuốc.

Hoặc:

– Azathioprin: 1mg/kg/24 giờ x 2 - 3 tháng hoặc hơn. Hoặc:

– Cyclosporin (Neoral): 6mg/kg/24 giờ chia 2 lần hoặc Cellcest 1500mg/m^2/ngày và không quá liều lượng này.

2.4. Hướng dẫn khi xuất viện

– Có thuyên giảm cho xuất viện hẹn kiểm tra theo dõi hàng tháng.

– Khi nằm nội trú quá lâu (≥ 2 tháng), dù có thuyên giảm hay không rõ vẫn để bệnh nhân về theo dõi và điều trị tiếp ngoại trú.

SUY THẬN CẤP

Suy thận cấp là một hội chứng rối loạn chức năng nghiêm trọng và nhất thời do nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng có chung dấu hiệu thiểu niệu hoặc vô niệu, tăng nitơ huyết và rối loạn nước điện giải. Phải coi suy thận cấp là một cấp cứu.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định

– Dựa vào lâm sàng:

+ Trong bệnh sử phát hiện các dấu hiệu và yếu tố có nguy cơ đưa đến suy thận: các dấu hiệu của bệnh viêm cầu thận, rối loạn tiểu tiện, tình trạng nhiễm khuẩn, mất nước điện giải.

+ Thiểu niệu hoặc vô niệu.

+ Các dấu hiệu rối loạn nội môi: rối loạn điện giải, cân bằng toan kiềm.

– Dựa vào xét nghiệm:

+ Tăng urê máu > 8,5mmol/l.

+ Tăng creatinin máu lên 50% giá trị bình thường theo lứa tuổi, hoặc ≥ 100µmol/l đối với trẻ trên 2 tuổi.

1.2. Chẩn đoán suy thận cấp trước thận, tại thận và sau thận

– Dựa vào lâm sàng:

+ Suy thận cấp trước thận thường xảy ra khi có mất nước điện giải nặng, tình trạng sốc do các nguyên nhân, thận hư.

+ Suy thận cấp tại thận: thường do các bệnh viêm cầu thận, ngộ độc, bệnh mạch máu thận.

+ Suy thận cấp sau thận: thường có biểu hiện ứ đọng nước tiểu (bí đái, ứ nước thận).

– Dựa vào xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm hệ tiết niệu, chụp bụng không chuẩn bị).

Xét nghiệm	Suy thận trước thận	Suy thận tại thận		Suy thận sau thận
		Một phần	Hoàn toàn	
- Nồng độ Na niệu	< 20mEq/l	20-40	> 40	Thăm khám kỹ siêu âm và Xquang là có ý nghĩa.
- BUN/Creatinin	> 20	10 -20	10	
- Hệ số lọc Na: FNa TSNĐTT niệu/máu	< 1	1-2	>2	

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Đánh giá điều trị bước đầu

Trước thận

↓

- Tiền sử, giảm thể tích máu.
- Thăm khám có dấu hiệu suy thận cấp.
- Có các triệu chứng ngoài thận.
- Không suy tim

↓

DD NaCl 0,9% x 10-20ml/kg bơm tĩnh mạch 15 phút

Đáp ứng — Không đáp ứng

↓

Lasix 2mg/kg TM

Tại thận

↓

- Tiền sử, bệnh sử bệnh thận
- Cao huyết áp, phù
- Xét nghiệm nước tiểu (+)

↓

Phòng cấp cứu chung hoặc của chuyên khoa thận - tiết niệu để điều trị: nội khoa hoặc lọc máu sớm.

Sau thận

↓

Khó khăn trong việc khai thác bệnh sử, tiền sử, làm siêu âm hoặc Xquang rất có ý nghĩa.

↓

Hội chẩn với chuyên khoa thận - tiết niệu (cả nội, và ngoại khoa). Đặt sonde bàng quang có thể có nước tiểu hoặc không.

2.2. Điều trị chung trong giai đoạn thiểu hoặc vô niệu

– Chế độ ăn: bảo đảm nhiệt lượng 60-100kcal/kg, chủ yếu bằng lipid và glucid.

Protid: 0,5-0,8g/kg/ngày.

Hạn chế tuyệt đối natri và kali nếu vô niệu hoàn toàn.

– Lập cân bằng nước và điện giải.

+ Nhu cầu nước: vô niệu hoàn toàn + không sốt: 15 -20ml/kg/24giờ hoặc 500ml/m^2 diện tích cơ thể.

+ Sốt > 37°C: cứ 1°C tăng thêm 10%. Thường truyền dung dịch glucose 10%.

– Chống tăng kali máu (theo dõi bằng điện tâm đồ và điện giải): dung dịch glucose ưu trương 10-20%; phương pháp trao đổi ion ở ruột = resin 1g/kg/ngày, mỗi gram resin trao đổi được 1mEq kali; lợi tiểu....

– Chống nhiễm toan máu:

Tính X mEq natri bicarbonat cần bù = P x 0,3 x [-BE]

Nếu pH < 7,2 → bù 100%

Nếu pH > 7,2 → bù 50%

– Chống hạ calci máu: chế phẩm có calci 0,5-1g/24giờ. Tuỳ theo tuổi + vitamin D2 200-300 đv/ngày.

– Gây bài niệu mạnh: ở trẻ em thường chỉ dùng furosemid 5-10mg/kg/24 giờ, tiêm TM chậm mũi đầu tiên thường dùng 50% tổng liều trong ngày, nếu trẻ có phản ứng (chóng mặt, nhức đầu, nôn...) có thể tiêm truyền.

– Kháng sinh: chống bội nhiễm vì suy thận cấp sẽ giảm sức đề kháng, chỉ dùng kháng sinh không độc với thận.

Penicillin 1 - 2 triệu/ngày, TM chậm (sáng - chiều).

– Truyền máu: trong suy thận cấp ít phải chỉ định. Trừ khi thiếu máu rõ (Hb < 9g%).

– Khi cần thiết nên chỉ định heparin 100-150 đv/kg/ngày.

– Chỉ định lọc máu ngoài thận:

+ Với các biện pháp phục hồi như trên sau 2 ngày tình trạng không cải thiện.

+ Biến loạn nghiêm trọng về cân bằng toan kiềm.

+ Có dấu hiệu ngộ độc nước: phù tăng, huyết áp cao, có dấu hiệu phù não, phù phổi, co giật.

+ Về sinh hoá: Urê máu > 200mg% (> 32mmol/L).

Créatinin máu > 270 - 300µmol/l, tuỳ tuổi.

HCO_3^- < 12mEq/L.

Kali máu > 6mEq/L.

Chú ý phải đánh giá một cách tổng hợp về diễn biến lâm sàng và biến đổi sinh học để chỉ định cho kịp thời và phù hợp.

Những chỉ định đặc biệt cần hỏi ý kiến chuyên khoa hoặc chuyên gia.

2.3. Trong giai đoạn đa niệu

Chú ý cân bằng nước, điện giải. Trong giai đoạn này bệnh nhân bài niệu nhiều, nên phải chú ý bồi phụ đầy đủ nước, điện giải.

2.4. Điều trị nguyên nhân gây suy thận cấp

Tuỳ theo nguyên nhân mà điều trị nội khoa, hoặc kết hợp điều trị ngoại khoa.

SUY THẬN MẠN TÍNH

Suy thận mạn là hậu quả của bệnh mạn tính tại thận gây giảm số lượng các nephron (đơn vị thận) chức năng làm giảm dần mức lọc của cầu thận, khi mức lọc cầu thận giảm xuống dưới 50% so với mức bình thường thì được coi là suy thận mạn (Mức lọc cầu thận được tính theo tuổi, trên 2 tuổi là khoảng 100ml/1phút/1,73m^2 da). Thận không còn đủ khả năng duy trì tốt sự cân bằng của nội môi sẽ dẫn đến hàng loạt những biến loạn về sinh hoá và lâm sàng của các cơ quan trong cơ thể.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Chú ý tiền sử bệnh nhân có bệnh thận - tiết niệu trước đó.

– Phù: suy thận mạn do bệnh cầu thận thường có phù, suy thận mạn do viêm thận - bể thận thường không phù.

– Cơ thể gầy đét, còi cọc, da xanh xạm, khô.

– Thiếu máu: nặng, nhẹ tuỳ giai đoạn.

Thiếu máu đa số nhược sắc hoặc bình sắc, hình thể kích thước hồng cầu bình thường, có khi có hồng cầu to, nhỏ không đều. Nhiều bệnh nhân khi được khám vì thiếu máu mới được phát hiện suy thận mạn.

– Tăng huyết áp: thường gặp ở 80% bệnh nhi.

– Suy tim: khi xuất hiện thì đã muộn.

– Viêm ngoại tâm mạc: tiếng cọ màng tim là một dấu hiệu xấu của suy thận mạn.

– Nôn, ỉa chảy: có khi có xuất huyết tiêu hoá có loét hoặc không.

– Xuất huyết: chảy máu mũi, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da là thường gặp.

– Ngứa là một biểu hiện ngoài da thường gặp.

– Chuột rút.

– Viêm thần kinh ngoại vi: do dẫn truyền thần kinh giảm.

– Hôn mê: do urê máu cao là biểu hiện lâm sàng cuối cùng của suy thận mạn.

1.2. Xét nghiệm

– Mức lọc cầu thận giảm.

– Nitơ phi protein tăng cao.

– Creatinin tăng cao.

– Natri máu thường giảm.

– pH máu giảm.

– Calci máu giảm, phospho máu tăng, phosphatase kiềm tăng.

– Protein niệu: có, nhưng tăng ít trong viêm bể thận mạn.

– Hồng cầu niệu ít.

– Bạch cầu niệu và vi khuẩn niệu.

– Zimniski đồng tỷ trọng, thấp.

1.3. Chẩn đoán tiến triển của suy thận mạn

Dưới đây là các giai đoạn suy thận mạn được quy ước như sau: (cho trẻ em)

Giai đoạn suy thận mạn	Mức lọc cầu thận (ml/1phút/ 1,73m² da)	Creatinin máu *		Lâm sàng
		µmol/l	mg/dl	
Bình thường	80 -100	70 -106	0,7-1,1	- Bình thường
I: Giai đoạn tiềm tàng	60 - 45	< 120	< 1,4	
II: Giai đoạn tăng urê	45 - 25	120- 280	1,4-3,2	- Gần bình thường, thiếu máu nhẹ.
IIIa: Giai đoạn suy thận	25 - 15	280 - 449	3,2 -<5,5	- Chán ăn , thiếu máu vừa.
IIIb: Mất bù	15 - 8	450 - 810	5,5 - <9	- Chán ăn, thiếu máu nặng, bắt đầu chỉ định lọc máu.
IV: Suy thận giai đoạn cuối	< 8	> 850	≥ 9	- Hội chứng urê máu cao, rối loạn nghiêm trọng và chỉ có thể kéo dài cuộc sống nhờ các phương pháp lọc máu là bắt buộc hoặc ghép thận.

** Cho trẻ > 2 tuổi*

2. ĐIỀU TRỊ

Tuỳ theo giai đoạn suy thận để có chế độ điều trị thích hợp, bao gồm:

- Điều trị bảo tồn.
- Lọc máu ngoài thận chu kỳ: Lọc màng bụng.
  Lọc thận nhân tạo.
- Ghép thận

2.1. Điều trị bảo tồn

- Chống các yếu tố gây bệnh nặng:

+ Cao huyết áp.

+ Nhiễm khuẩn. Chú ý không dùng các kháng sinh độc với thận.

+ Điều chỉnh nước và điện giải, thăng bằng toan kiềm.

+ Không dùng thuốc độc cho thận.

– Tránh các sai sót thường mắc phải:

+ Dùng lợi tiểu không đúng.

+ Dùng thuốc độc cho thận.

+ Dùng thuốc quá liều so với chức năng thận.

2.2. Dựa vào giai đoạn suy thận để điều chỉnh các rối loạn về sinh hoá và lâm sàng

– Suy thận giai đoạn I và II mức lọc cầu thận còn > 20 ml/1phút/1,73m^{2}da. Điều trị như sau là đủ:

+ Ăn ít đạm hơn bình thường (1-2g/kg/ngày), bảo đảm năng lượng, vitamin.

+ Điều chỉnh cao huyết áp: bằng aldomet, nifedipin...

– Suy thận giai đoạn III, mức lọc cầu thận < 20 ml/1phút/1,73 m^2 da.

+ Chế độ ăn: bảo đảm năng lượng, muối khoáng, vitamin nhóm B.

+ Protid: 0,5-1g/kg/24 giờ.

Cuối giai đoạn III chỉ nên cho 1 bệnh nhân nặng 30kg: 20g protid bằng trứng, sữa. Năng lượng 1800-2000kcal.

+ Đảm bảo acid amin cần thiết bằng viên amin hoặc trứng sữa.

+ Muối: ăn nhạt khi có phù và cao huyết áp, chú ý kiểm tra natri máu.

+ Nước: chỉ uống bằng lượng đái.

+ Kali: tăng ở những giai đoạn nhất định.

+ Calci: chú ý bù liều nhỏ thường xuyên và vitamin D_2

+ Kiềm: bù khi có toan.

+ Thuốc chống cao huyết áp.

+ Trợ tim: khi cần, không có chống chỉ định với coragoxin.

+ Thuốc chống thiếu máu. Nếu có điều kiện dùng erythropoietin (khi Hb < 10g%, Hct < 30%), liều khởi đầu 40-50UI/kg x 2 lần/tuần, sau liều duy trì 20-25UI/kg x 2 lần/tuần, tiêm dưới da.

– Suy thận giai đoạn cuối (gđ IV), MLCT < 5ml/1phút/ 1,73m^2 da.

Lọc máu ngoài cơ thể chu kỳ là bắt buộc, có điều kiện thì ghép thận nếu không bệnh nhi sẽ tử vong sau vài tháng (1,2,3,6 tháng).

2.3. Hướng dẫn khi xuất viện

Suy thận mạn là một hội chứng diễn biến qua nhiều giai đoạn và nhiều năm, do đó cần:

– Cần nghỉ ngơi, chế độ ăn giảm đạm, muối nhưng phải đảm bảo năng lượng và vitamin, tránh mắc các bệnh nhiễm trùng.

– Được theo dõi và khám lại thường xuyên theo định kỳ.

– Về nhà phải tuân theo chỉ định ngặt nghèo của thầy thuốc để tránh các diễn biến nặng đột xuất khó lường trước (cơn cao huyết áp, viêm màng ngoài tim, suy tim cấp, hôn mê). Gia đình cùng với bệnh viện chia sẻ và tạo điều kiện lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận cho các cháu suy thận mạn giai đoạn cuối.

– Phòng bệnh ở đây là phòng các đợt cấp hoặc tiến triển nhanh đến các giai đoạn sau.

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIỂU

Nhiễm khuẩn đường tiểu là tình trạng viêm nhiễm ở hệ thống tiết niệu, đặc trưng bởi tăng sinh số lượng vi khuẩn và bạch cầu niệu một cách bất thường. Thuật ngữ này không bao gồm các bệnh hoa liễu (lậu, giang mai...).

Về lâm sàng có thể gặp 3 thể:

– Viêm thận bể thận hay nhiễm khuẩn đường tiểu trên, ở đây ngoài viêm đường tiểu còn viêm mô kẽ thận.

– Viêm bàng quang hay nhiễm khuẩn đường tiểu dưới.

– Viêm khuẩn niệu không có triệu chứng.

1. CHẨN ĐOÁN

• *Vì không có triệu chứng đặc hiệu nên các dấu hiệu lâm sàng chỉ có giá trị gợi ý như:*

– Đái ít, đái buốt hoặc đái nước tiểu đục như mủ.

– Có dấu hiệu nhiễm khuẩn: sốt cao, rét run, ở trẻ sơ sinh có thể không sốt, trẻ có thể có biểu hiện như nhiễm khuẩn huyết.

- *Xét nghiệm nước tiểu*

Có giá trị xác định chẩn đoán và nhận biết vi khuẩn gây bệnh.

– Bạch cầu niệu tăng: soi cặn nước tiểu ≥ 10 BC/1 vi trường, hoặc soi tươi có ≥ 30 BC/mm^3 nước tiểu.

– Cấy nước tiểu giữa dòng có ≥ 10^5 vi khuẩn/ml nước tiểu, hoặc nếu lấy nước tiểu qua thông bàng quang có trên 10^3 vi khuẩn/ml nước tiểu.

– Que nhúng: có nhiều bạch cầu và test nitrit (+).

Chú ý: Các xét nghiệm nước tiểu phụ thuộc nhiều vào cách lấy và bảo quản bệnh phẩm. Tốt nhất nên xét nghiệm nước tiểu 2 lần liên tiếp.

- *Chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiểu dưới*

Khi có dấu hiệu của viêm bàng quang, còn dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân nhẹ hoặc không có.

- *Chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiểu trên*

Khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân, có dấu hiệu đau vùng thận, CRP tăng cao.

Cần kết hợp với các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.

- *Chỉ định xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh*

– Cho tất cả trường hợp nghi nhiễm khuẩn đường tiểu trên.

– Trẻ < 1 tuổi.

– Nhiễm khuẩn đường tiểu tái phát.

- *Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh*

– Trước hết là siêu âm hệ thận tiết niệu.

– Khi siêu âm có biến đổi bất thường cần chụp bàng quang có thuốc cản quang lúc đái để phát hiện luồng trào ngược bàng quang - niệu quản.

– Khi cần sẽ chụp đường niệu có thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch hoặc làm nhấp nháy thận.

2. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu bằng kháng sinh thích hợp, nhưng trước khi cho kháng sinh phải cho cấy nước tiểu.

2.1. Nhiễm khuẩn đường tiểu dưới

Thường điều trị ngoại trú.

Chọn một trong các kháng sinh sau:

- Amoxicillin/Ampicillin: 50mg/kg/ngày, chia 3 lần.

- Cotrimoxazol (Bactrim, Biseptol) 36mg/kg/ngày. Chia 2 lần. Thời gian điều trị 5 - 7 ngày.

2.2. Nhiễm khuẩn đường tiểu trên

Điều trị tại bệnh viện.

- Trẻ < 2 tuổi có biểu hiện nhiễm khuẩn nặng:

Phối hợp 2 kháng sinh nhóm β lactam và aminosid.

+ Augmentin (Amoxicillin + acid clavulanic) 50mg/kg/ngày, uống.

+ Gentamicin 7,5mg/kg/ngày, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

Nếu thất bại thì thay:

+ Cephalosporin thế hệ 3 (Ceftriaxon, Cefotaxim...) với amikacin 15mg/kg/ngày, tiêm bắp, chia 2 lần.

Thời gian điều trị: 10 - 14 ngày.

- Trẻ > 2 tuổi, tình trạng toàn thân tốt. Có thể chỉ sử dụng 1 loại kháng sinh nhóm betalactam như augmentin, unasyn uống trong 10 ngày.

- Sau đợt kháng sinh, nếu phát hiện trẻ có dị dạng đường tiểu, sỏi, luồng trào ngược, hẹp khít bao quy đầu... Cần phối hợp điều trị ngoại khoa và điều trị trực tiếp bằng các loại kháng sinh dưới đây (điều trị dự phòng NKĐN, sau phẫu thuật sẽ xem xét lại).

+ Ampicillin 30-40mg/kg/ngày, uống.

+ Bactrim hoặc Septrin: 15-20mg/kg/ngày, uống.

Thời gian điều trị kéo dài, luân phiên sử dụng các kháng sinh trên, mỗi đợt điều trị 7 ngày.

VIÊM BÀNG QUANG CHẢY MÁU

Ở trẻ em (có thể cả ở nhũ nhi) có thể viêm bàng quang cấp chảy máu, viêm bàng quang dị ứng.

Nguyên nhân chủ yếu là do virus (Adenovirus typ III), biến chứng của việc dùng các thuốc ức chế miễn dịch (Cyclophosphamid...), ghép tuỷ, hãn hữu do một số loại vi khuẩn như: liên cầu khuẩn, phế cầu khuẩn, E.coli, Klebshiella, Enterobater, Pseudomonas, Proteus, các loại vi khuẩn trực tiếp gây bệnh tại bàng quang.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Dựa vào các biểu hiện sau:

Có sốt nhẹ < 38^0C, đái rắt, đái đau, đái rặn, nhiều khi đứa trẻ la khóc khi đái, tỏ ra sợ hãi hốt hoảng lo sợ, bàn tay khai do trẻ nắm hoặc kéo dương vật, bệnh nhi kêu đau vùng hạ vị.

1.2. Xét nghiệm

Nước tiểu đỏ như máu, đa phần có lẫn cục máu đông (bằng hạt đậu xanh, hạt ngô hoặc như hạt vừng), hoặc dây máu đông như sợi tóc, que tăm.

Một số trường hợp trẻ đái máu màu hồng hoặc đỏ nhạt, nhưng cuối bãi rỉ ra vài giọt máu đỏ tươi.

Xét nghiệm: nước tiểu dày đặc hồng cầu.

Protein niệu: 100% (+) mức độ nhẹ.

Bạch cầu niệu: thường > +++ → rất nhiều.

1.3. Chẩn đoán hình ảnh

– Siêu âm: thành bàng quang dày, có hình ảnh đậm âm, to nhỏ không đều gần cổ bàng quang.

– Chụp bàng quang có thuốc cản quang: thấy niêm mạc bàng quang dày, sần sùi, hoặc đám to nhỏ không đều khác nhau kém ngấm thuốc, thậm chí thấy khuyết ở trên thành bàng quang.

Chú ý hình ảnh siêu âm và chụp bàng quang ngược dòng: dễ nhầm với sỏi và u bàng quang.

– Nuôi cấy nước tiểu, chụp bụng không chuẩn bị, không có ý nghĩa gì.

2. ĐIỀU TRỊ

– Kháng sinh để chống bội nhiễm do chảy máu và viêm trợt niêm mạc bàng quang: tuỳ mức độ nặng nhẹ, có thể đổi thuốc sau 3 ngày điều trị nếu không thấy có hiệu quả rõ.

+ Nhẹ: Bactrim 40mg/kg/24 giờ hoặc chlorocid 75-100mg/kg/24 giờ trong 7-10 ngày.

+ Nặng: Gentamicin 4-5mg/kg/24 giờ + Ampicillin 100mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chậm chia 2 lần trong 7-10 ngày. (Có thể dùng các chế phẩm khác của β lactam và aminosid).

– Vitamin C 0,1 x 4-6 viên/ ngày.

– Thuốc kháng histamin:

Claritin 10mg x 1/2 - 1 viên/ngày.

Siro phenergan 1‰ x 10-15ml (sáng-chiều, tuỳ tuổi)

– Uống nhiều nước đun sôi để nguội.

– Chế độ ăn uống dinh dưỡng tốt.

– Trường hợp cần thiết: dùng giảm đau bằng Nospa hoặc gardenal 1-2mg/kg, sáng- chiều.

– Chú ý không dùng thuốc lợi tiểu.

Hướng dẫn khi xuất viện:

– Vệ sinh thân thể, tiêm chủng đầy đủ theo lịch, không để mắc các bệnh nhiễm trùng đặc biệt các bệnh lý do virus.

– Hẹn kiểm tra khám lại sau 1 tháng x 1-2 lần phòng và phát hiện biến chứng: viêm bàng quang xơ.

– Phòng bệnh tái phát và khi tái phát và khi tái phát được điều trị sớm.

Chương 8

BỆNH NỘI TIẾT - CHUYỂN HOÁ - DI TRUYỀN

BƯỚU CỔ ĐƠN THUẦN

Bướu cổ đơn thuần là tình trạng tuyến giáp tăng về thể tích, lan toả hay khu trú, không kèm theo tăng hay giảm chức năng tuyến giáp, không viêm cấp; bán cấp; mạn tính hoặc ác tính.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sau:

1.1. Lâm sàng

Phân loại bướu cổ theo WHO.

* Độ 1:

1a. Sờ thấy, không nhìn thấy bướu cổ ở tư thế bình thường

1b. Sờ thấy, nhìn thấy ở tư thế ngửa cổ.

* Độ 2: Sờ thấy, nhìn thấy bướu cổ ở tư thế bình thường.

* Độ 3: Bướu rất to.

– Triệu chứng lâm sàng tuỳ theo độ to của bướu, bướu cổ to có thể gây khó thở; khó nuốt.

– Bướu cổ đơn thuần thường to vừa, lan toả, mềm, đôi khi có thể có nhân.

– Không có biểu hiện suy hay cường giáp trạng: chiều cao, cân nặng, mạch, huyết áp, tinh thần bình thường.

– Không có biểu hiện viêm cấp; bán cấp; mạn tính hoặc ung thư tuyến giáp.

1.2. Xét nghiệm

– T3 - T4: bình thường (T3 = 1 - 3nmol/l, T4 = 50 - 150nmol/lít).

– TSH: bình thường (1 - 6 μUI/ml).

– Chẩn đoán hình ảnh: ghi hình hoặc siêu âm tuyến giáp thấy kích thước tuyến giáp to hơn bình thường, phát hiện các nhân hoặc nang tuyến giáp.

– Xquang: tuổi xương phù hợp với tuổi thực.

– Điện tâm đồ bình thường.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nội khoa

Ăn muối iod: bướu cổ nhỏ (độ 1a) chỉ cần ăn muối iod trong 3 tháng nếu bướu cổ to lên sẽ dùng hormon tuyến giáp để điều trị.

Dùng hormon giáp trạng (T4) cho bệnh nhân có bướu cổ từ độ 1b trở lên. Hormon giáp trạng (T4): (Levo thyroxin; thyrax, belthyrox): 50 - 100μg/ngày, thời gian điều trị từ 6 tháng đến 2 năm. Ngừng thuốc khi bướu cổ nhỏ lại.

2.2. Ngoại khoa

Chỉ định điều trị ngoại khoa trong các trường hợp sau:

– Bướu cổ to gây chèn ép.

– Bướu nhân.

– Bướu to độ 3.

– Sau 2 năm điều trị bướu cổ to lên.

2.3. Hướng dẫn theo dõi điều trị tại nhà

– Sử dụng thuốc đúng liều và đúng thời gian.

– Khám định kỳ: năm đầu 3 tháng 1 lần; năm sau 6 tháng 1 lần.

– Theo dõi phát hiện dấu hiệu cường giáp.

3. PHÒNG BỆNH

Bướu cổ đơn thuần là bệnh có thể phòng được bằng các biện pháp:

– Ăn muối iod thường xuyên đặc biệt là vùng núi đá vôi, địa phương sử dụng nước mưa để ăn.

– Ăn thức ăn giàu iod.

SUY GIÁP TRẠNG BẨM SINH

Bệnh suy giáp trạng bẩm sinh (SGTBS) là bệnh nội tiết thường gặp do tuyến giáp sản xuất hormon không dầy đủ để đáp ứng nhu cầu chuyển hoá và quá trình sinh trưởng của cơ thể.

Tỷ lệ mắc SGTBS trên thế giới vào khoảng 1/3500 trẻ sơ sinh sống sau đẻ.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- *Trẻ bú mẹ:* Tiêu chuẩn chẩn đoán sớm trên lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng và yếu tố nguy cơ	Điểm
1. Phù niêm và có bộ mặt đặc biệt	2
2. Da nổi vân tím	1
3. Thoát vị rốn	1
4. Thóp sau rộng > 0,5cm	1
5. Chậm lớn	1
6. Chậm phát triển tinh thần, vận động	1
7. Táo bón kéo dài	2
8. Vàng da sinh lý kéo dài > 30 ngày	1
9. Thai già tháng > 42 tuần	1
10. Cân khi đẻ to > 3,5kg	1
Tổng số điểm	12
Nghi ngờ SGTBS khi	> 4

- *Trẻ lớn*

– Lùn không cân đối.

– Biểu hiện phù niêm: bộ mặt đặc biệt (hai má phị, mi mắt nặng, lưỡi dày, mũi tẹt), tiếng khóc hoặc nói bị khàn.

– Chậm phát triển tinh thần và vận động.

– Các triệu chứng khác: da vàng sáp và lạnh. Tóc khô, thưa và dễ gãy, giảm trương lực cơ, táo bón kéo dài, có thể giả phì đại cơ bắp

- *Lưu ý:*

Triệu chứng táo bón kéo dài dễ chẩn đoán nhầm với phình đại tràng bẩm sinh.

1.2. Xét nghiệm

- *Xét nghiệm đặc hiệu*

– TSH ≥ 20μUl (bình thường: 0 - 5μUl).

– T4 < 50nmol/l (bình thường: 50 - 150nmol/l).

– Ghi hình tuyến giáp bằng TC99m: không tìm thấy tuyến giáp, tuyến giáp thiểu sản hoặc tuyến giáp lạc chỗ ở dưới lưỡi hoặc vùng trung thất.

- *Xét nghiệm không đặc hiệu:* tuổi xương

– Trẻ nhỏ: chụp khớp gối không thấy điểm cốt hoá ở đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày.

– Trẻ lớn: chậm các điểm cốt hoá ở cổ tay (so với bảng Greulich và Pyle).

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc điều trị

Cần đạt nhanh tình trạng bình giáp càng sớm càng tốt.

2.2. Thuốc điều trị

Thay thế hormon giáp suốt đời bằng hormon giáp tổng hợp như thyroxin (L - thyroxin, Levothyrox, Eltroxin -Belthyrox).

2.3. Cách dùng thuốc

Bằng đường uống. Levothyrox được uống 1 lần trong ngày vào buổi sáng trước bữa ăn 1 giờ.

2.4. Liều lượng thuốc

Tuổi	μg/ngày	μg/kg/ngày
0 - 6 tháng	25 - 50	8 - 10
6 - 12 tháng	50 - 75	6 - 8
1 - 5 tuổi	75 - 100	5 - 6
6 - 12 tuổi	100 - 150	4 - 5
12 → người lớn	100 - 200	2 - 3

2.5. Theo dõi điều trị ngoại trú

- *Theo dõi trong năm đầu*

– Khám lâm sàng (toàn trạng, cân, chiều cao, DQ, IQ...) và xét nghiệm TSH - T4: 3 tháng/1 lần.

– Đo tuổi xương: 6 tháng 1 lần.

- *Từ năm thứ hai*

Khám định kỳ lâm sàng và xét nghiệm TSH - T4 và tuổi xương 1 năm/1 lần vì liều thyroxin trong suốt giai đoạn thiếu niên thay đổi rất ít.

- *Theo dõi điều trị ngoại trú*

– Điều trị thích hợp: các dấu hiệu của suy giáp trạng giảm dần, và biến mất. Trẻ phát triển bình thường. Xét nghiệm TSH trở về bình thường T4 cao hơn một chút so với tuổi từ 150 - 170nmol/l.

– Quá liều: gây ngộ độc thuốc, biểu hiện ưu năng giáp như nhịp tim nhanh, kích thích thần kinh, khó ngủ, ra nhiều mồ hôi, ỉa chảy, nôn và T4 trong huyết thanh cao > 180nmol/l. Liều cao kéo dài dẫn đến xương sọ đóng kín, tuổi xương phát triển nhanh so với tuổi thực và có hiện tượng loãng xương.

– Chưa đủ liều điều trị: thấy TSH tăng cao không thường xuyên, T4 bình thường. Ở bệnh nhân như vậy có thể quá trình uống T4 không đủ hoặc không thường xuyên để ức chế TSH trở về bình thường.

3. TIÊN LƯỢNG

– Tốt: nếu phát hiện và điều trị SGTBS ngay trong giai đoạn sơ sinh. Trẻ phát triển hoàn toàn bình thường về thể lực và tinh thần kinh.

– Tương đối tốt: nếu điều trị SGTBS trong năm đầu cuộc sống.

– Dè dặt: nếu trẻ được phát hiện và điều trị ngoài 1 năm tuổi. Thể lực trẻ phát triển gần bằng trẻ cùng tuổi nhưng bị chậm phát triển tinh thần.

– Không được phát hiện và điều trị SGTBS: trẻ bị tàn phế về thể lực và vĩnh viễn thiểu năng trí tuệ.

CƯỜNG GIÁP TRẠNG

Cường giáp trạng là tình trạng bệnh lý gây ra do tăng hormon tuyến giáp trạng trong máu.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sau:

1.1. Lâm sàng

- Rối loạn tinh thần kinh: xúc động, mất ngủ, lo âu
  + Run tay: run nhẹ đầu ngón tay liên tục, tăng khi hồi hộp.
  + Lòng bàn tay nóng ẩm nhiều mồ hôi.
- Bướu cổ: to vừa, lan toả.
- Tim mạch:

Mạch nhanh. Đánh trống ngực, đau vùng trước tim.

Nặng: rối loạn nhịp, tim to, suy tim.

Huyết áp tăng, khoảng cách tối đa và tối thiểu rộng.

- Dấu hiệu về mắt:

Thường lồi mắt cả hai bên.

Mắt long lanh, ít chớp.

Graefe: mí mắt trên di chuyển chậm khi nhìn xuống.

Mocbins: rối loạn hội tụ

Stellwag: co mi trên, nháy mắt.

- Triệu chứng khác:

Rối loạn phát triển thể chất: chiều cao tăng nhanh

Ăn nhiều nhưng trẻ gầy sút.

Mệt mỏi, cơ teo, cơ lực giảm.

Chậm phát triển dậy thì hoặc rối loạn kinh nguyệt.

1.2. Cận lâm sàng

- T_3 tăng (Bình thường T_3 = 1 - 3nmol/l)
- T_4 tăng (Bình thường T_4 = 50 - 150nmo/l)

– TSH giảm hoặc không định lượng được (Bình thường TSH = 1 - 6 μUI/ml).

– Để phân biệt Basedow với ưu năng giáp: làm Test Werner trong bệnh Basedow test không trả lời.

– Xạ hình tuyến giáp.

– Xét nghiệm khác: Xquang: tuổi xương, tim phổi, ECG, CTM, độ lồi của mắt, đường máu.

1.3. Chẩn đoán nguyên nhân

– Basedow: có lồi mắt và tìm thấy kháng thể tự miễn (TSI, LAST).

– Cường giáp trạng do các nguyên nhân khác: không có lồi mắt, không có kháng thể tự miễn.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nội khoa

Điều trị triệu chứng nhằm giảm bài tiết hormon.

Kết quả tốt, ngừng thuốc có thể tái phát, có thể có phản ứng khi dùng thuốc.

2.1.1. Kháng giáp trạng tổng hợp

- *Liều tấn công*

– PTU (Propyl Thiouracil), MTU (Methyl Thiouracil): 200mg/m^2/ngày hoặc 5 - 10 mg/kg/ngày. Chia làm 3 lần.

– Methyl mazol và carbimazol: 0,5-1mg/kg/ngày. Chia làm 2 lần.

– Thời gian dùng liều tấn công trung bình từ 2-3 tháng.

- *Liều duy trì*

Sau 2 - 3 tháng dùng liều tấn công nếu chức năng tuyến giáp trở về bình thường chuyển sang liều duy trì.

Liều duy trì bằng 1/2 liều tấn công. Thời gian dùng liều duy trì từ 2 - 3 năm.

Sau 2 - 3 tháng dùng liều tấn công nếu chức năng tuyến giáp không giảm tăng 50% liều tấn công trong 2 - 3 tháng cho đến khi chức năng tuyến giáp trở về bình thường.

2.1.2. Điều trị hỗ trợ

– Levothyroxin (T4): 3µg/kg/ngày, (trung bình: 30 - 50µg/ngày). Sau khi dùng liều tấn công 2 tuần và trong suốt thời gian điều trị.

– Phong bế β adrenergic (Propanolol), khi huyết áp tăng; mạch nhanh: 1-2mg/kg/ngày, khi mạch dưới 90 lần/1 phút ngừng thuốc.

– An thần khi mất ngủ.

– Điều trị suy tim nếu có.

– Vitamin nhóm B.

– Ăn tăng đạm, hoa quả và rau xanh.

– Nghỉ ngơi tránh kích thích, thoải mái.

2.1.3. Theo dõi

– Mạch, huyết áp, bướu cổ, tình trạng tinh thần kinh, cân nặng, dậy thì...

– Xét nghiệm: T3, T4, TSH, CTM (Bạch cầu, công thức bạch cầu và tiểu cầu). Giai đoạn dùng liều tấn công 1 tháng 1 lần sau đó 6 tháng 1 lần.

– Ngừng hoặc thay thuốc, nếu có tai biến do thuốc như: sốt, nổi ban, bạch cầu giảm, tiểu cầu giảm.

2.2. Điều trị phóng xạ

Chỉ định trong các trường hợp sau:

– Điều trị nội khoa không kết quả.

– Tai biến do dùng kháng giáp trạng tổng hợp.

2.3. Ngoại khoa

Chỉ định trong các trường hợp sau:

– Nội khoa không kết quả.

– Tái phát nhiều lần.

– Có tai biến nhiễm độc nặng khi điều trị kháng giáp trạng tổng hợp.

VIÊM TUYẾN GIÁP CẤP MỦ

Viêm tuyến giáp cấp mủ (VTGCM) là tổn thương viêm khu trú của tuyến giáp trạng do vi khuẩn gây ra. VTGCM hiếm gặp nhưng lại hay tái phát ở trẻ có lỗ rò bẩm sinh ở tuyến giáp mà hay gặp nhất là đường rò xoang lê.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Khởi phát cấp tính.
- Sốt dao động từ 38°- 40°, rét run, có thể kèm theo mạch nhanh.
- Vùng tuyến giáp sưng, nóng, đỏ, đau.
- Các triệu chứng khác: khó nuốt, vận động cổ hạn chế.
- Trong giai đoạn đầu có khi trẻ chỉ có tuyến giáp sưng to.

1.2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm máu:

Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng vừa đến cao. Tốc độ lắng máu tăng.

- Siêu âm tuyến giáp:

Tuyến giáp to hơn bình thường, có khối âm hỗn hợp.

- Chọc hút tuyến giáp làm tế bào:

Có nhiều tế bào viêm là bạch cầu đa nhân thoái hoá.

- Chọc hút tuyến giáp làm kháng sinh đồ.
- Nội soi hạ họng.

Sau khi điều trị nội khoa ổn định làm nội soi hạ họng để xác định đường rò bẩm sinh liên quan tới tuyến giáp.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị nội khoa

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

– Khi chưa có kháng sinh đồ dùng kháng sinh phổ rộng.

+ Cloxacillin hoặc oxacillin hoặc ampicillin 100mg/kg/24 giờ x 14 ngày chia 2 lần.

Trong trường hợp trẻ có dị ứng với penicillin thì thay bằng kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 như: cefotaxim 100mg/kg/giờ x 14 ngày TM chia 2 lần. Kết hợp với kháng sinh nhóm aminoglycosid.

+ Gentamicin 3 - 5mg/kg/24 giờ x 14 ngày chia 2 lần.

+ Cloramphenicol 50mg/kg/24 giờ x 14 ngày chia 2 lần.

2.2. Điều trị ngoại khoa

– Chích và dẫn lưu mủ khi có áp xe.

– Cần cắt bỏ hoặc thắt đường rò xoang lê nếu nội soi hạ họng xác định trẻ có đường rò.

2.3. Theo dõi tại nhà

Trường hợp tái phát cần đến bệnh viện điều trị tiếp.

TUYẾN ỨC PHÌ ĐẠI

Tuyến ức phì đại hay gặp nhất ở các trường hợp trung thất có khối mà không phải do hạch. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 1 tuổi, hiếm gặp ở trẻ trên 4 tuổi. Tuyến ức có thể to nhanh ở trẻ khi bị nhiễm virus hay sau điều trị ngoại khoa do chuyển gốc động mạch.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Thường không có triệu chứng và được phát hiện ngẫu nhiên.

– Số ít có hội chứng chèn ép trung thất.

+ Khó thở do chèn ép khí quản: tiếng rít thanh quản, co kéo cơ hô hấp.

+ Ho, thở khò khè có thể xảy ra ở từng lúc, từng tư thế.

+ Bú kém, nuốt nghẹn, khàn tiếng, đau ngực.

+ Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên hiếm gặp.

1.2. Xét nghiệm

– Xquang phổi thẳng và nghiêng: bóng trung thất to hai bên, hoặc một bên nằm sau xương ức và trước màng ngoài tim. Phim thẳng cho thấy có hình thang, phim nghiêng cho thấy mất khoảng sáng trước tim.

– Siêu âm trung thất tuyến ức to.

– Chụp cắt lớp trung thất khi có nghi ngờ có u trung thất.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với u tuyến ức, sơ nhiễm lao, u lympho, bệnh Hodgkin.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nội khoa

Dùng prednisolon.

– Chỉ định khi có các dấu hiệu ho, khò khè, khó thở nhẹ, bú kém hoặc để phân biệt với u tuyến ức.

– Liều dùng prednisolon: 1mg/kg/24 giờ uống lúc no chia 1 đến 2 lần, và dùng trong 2 tuần.

Thường đáp ứng nhanh trong 1 tuần đầu. Chụp Xquang sau 1 tháng điều trị để đánh giá kết quả.

– Nếu không đáp ứng tốt, cho tiếp dexamethason 0,2mg x 2 lần 1 ngày, cách nhật, cho 3 lần trong 1 tuần. Thường tuyến ức nhỏ lại sau 1 tuần điều trị.

2.2. Ngoại khoa

– Chỉ định khi có biểu hiện suy hô hấp độ 2, 3, hoặc điều trị thử bằng prednisolon không có kết quả, hoặc ở trẻ lớn trên 4 tuổi.

– Mổ cắt bỏ tuyến ức.

2.3. Theo dõi tại nhà

Tuyến ức phì đại có thể tái phát. Nếu bị lại cần điều trị và theo dõi tại chuyên khoa nhi, nội tiết.

HỘI CHỨNG VÀ BỆNH CUSHING

Hội chứng và bệnh Cushing về hình thái lâm sàng có nhiều giống nhau, nhưng bệnh nguyên khác nhau. Hội chứng Cushing xuất phát từ u vỏ thượng thận, còn bệnh Cushing có nguồn gốc từ tuyến yên, có thể do u hoặc một rối loạn bất thường, gây tăng tiết nồng độ ACTH, kích thích vỏ thượng thận sản xuất quá thừa glucocorticoid đến nay còn chưa rõ.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm đặc hiệu sau:

1.1. Đặc điểm

– Tuổi mắc bệnh: hội chứng Cushing gặp nhiều ở trẻ bé, từ sơ sinh đến 1-3 tuổi. Bệnh Cushing thường thấy ở trẻ tuổi từ 8-15.

– Giới: hội chứng Cushing thường ở trẻ gái, bệnh Cushing cả hai giới đều gặp.

– Các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng.

– Hội chứng Cushing chủ yếu do u, biểu hiện cấp tính, rầm rộ, trong một thời gian ngắn, nếu không được phát hiện và can thiệp u sẽ ác tính, di căn đưa bệnh nhân đến tử vong nhanh.

– Bệnh Cushing diễn biến chậm, mạn tính, kéo dài từ 3-5 năm.

– Béo phì với sự phân bố mỡ đặc trưng ở mặt, ở thân người nhiều hơn tứ chi với đặc điểm: mặt trăng tròn, bướu trâu tức u mỡ ở gáy, mỡ dày ở ngực, bụng, nhưng không nhiều ở mông và chân tay.

– Rạn da ở bụng dưới, bẹn, đùi.

– Sung huyết các mao mạch ngoại vi làm mặt đỏ, chân tay nổi vân tím, da bẩn.

– Huyết áp cao, cả 2 thì tâm thu và tâm trương tuổi càng trẻ HA càng cao nhiều hơn là bệnh Cushing > 200/100mmHg.

– Trẻ lên cân nhiều, tốc độ nhanh, trong khi đó sẽ ngừng lớn, với bệnh Cushing và ít rõ hơn trong hội chứng Cushing, nên có đặc trưng trẻ béo tròn và thấp lùn.

– Rậm lông tóc: tóc dày, chân tóc thấp, lông mày rậm, nhiều lông tơ ở mặt, ở thân mình, có thể mọc râu, ria mép, lông nách và lông sinh dục ở trẻ lớn.

– Ở trẻ nhỏ có dấu hiệu dậy thì sớm như mọc lông mu, râu mép. Với trẻ lớn thì chậm phát triển dậy thì như không có kinh, tuyến vú kém phát triển, tinh hoàn ấu trĩ, dương vật không to lên.

– Có thể đau đầu, giảm trí nhớ, kém tập trung, nặng hơn có thể có các rối loạn tâm thần.

1.2. Xét nghiệm

1.2.1. Đặc hiệu

– Nồng độ cortisol máu vào 8 giờ sáng và 8 giờ tối. Bình thường lượng cortisol máu lúc 8 giờ tối sẽ giảm 50% so với 8 giờ sáng. Khi có rối loạn nhịp sinh học ngày đêm của cortisol, lượng ban đêm sẽ không giảm và có thể tăng cao hơn ban ngày.

– Nồng độ cortisol tự do trong nước tiểu tăng cao trên 20 - 90µg/24 giờ.

– 17-hydroxysteroid (OH - CS) nước tiểu tăng cao > 5mg/m^2/24 giờ.

– Test ức chế bằng dexamethason 0,5mg/m^2 vào 11 giờ đêm, sáng hôm sau nồng độ cortisol máu sẽ giảm dưới 5µg/dl lúc 8 giờ sáng với trẻ bình thường và bệnh Cushing, nhưng trong hội chứng Cushing do u vỏ thượng thận sẽ không giảm.

1.2.2. Xét nghiệm bổ sung

– Máu ngoại vi tăng số lượng hồng cầu, giảm bạch cầu ái toan và tế bào lympho.

– Đường huyết và nghiệm pháp tăng trọng tải đường huyết có thể dương tính thể đái tháo đường.

– Điện giải đồ có kali máu giảm.

– Chụp CT hay siêu âm tuyến thượng thận sẽ phát hiện u trong hội chứng Cushing và tăng sinh tuyến cả hai bên trong bệnh Cushing.

– Có dấu hiệu loãng xương và chậm cốt hoá tuổi xương rõ trong bệnh Cushing, có thể có gãy xương tự nhiên.

– Xquang hố yên có thể giãn rộng trong bệnh Cushing.

– Nghiệm pháp dexamethason cho uống dexamethason 30 - 120µg/24 giờ chia làm 4 lần, cách 6 giờ 1 lần, liên tiếp trong 2 ngày liền, nếu là bệnh Cushing sẽ làm giảm lượng cortisol tự do bài ra nước tiểu, đo lượng 17-OHCS (hydroxycetosteroid) sẽ giảm xuống < 50%. Trường hợp u vỏ thượng thận sẽ không có đáp ứng.

2. ĐIỀU TRỊ

– Chỉ định phẫu thuật cắt bỏ u trong trường hợp tìm thấy u tuyến thượng thận, nếu là adenoma thường tiên lượng tốt sau phẫu thuật. Trường hợp là adenocarcinoma thường có di căn gan, phổi, tiên lượng xấu.

– Vi phẫu thuật tuyến yên được chỉ định trong bệnh Cushing.

– Cyproheptadin dùng ức chế ACTH. Một số hoá chất ít dùng cho trẻ em như metyrapon, retoconozol, amino - glutethimid có thể sử dụng cho trước phẫu thuật để giảm thấp nồng độ cortisol có thể giảm thấp tử vong.

– Trường hợp cắt bỏ tuyến thượng thận cần cho cortisol thay thế một thời gian.

– Các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận là nhiễm khuẩn huyết, viêm tụy, tắc mạch, vết thương lâu lành, đột quỵ.

ĐÁI THÁO NHẠT

Đái tháo nhạt (ĐTN) là một bệnh do nước không thể tái hấp thu được ở ống thận, nguyên nhân do thiếu hụt tuyệt đối hoặc tương đối hormon chống bài niệu (ADH) vì thương tổn trung tâm thần kinh vùng dưới đồi - thuỳ sau tuyến yên. Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm sau:

1.1. Lâm sàng: thường khác nhau theo tuổi.

– Đái nhiều: trẻ đột ngột đái nhiều, trẻ nhỏ 1 - 2 lít, trẻ lớn 4 - 10 lít hoặc hơn thế mỗi ngày. Nước tiểu loãng, trong; trẻ thường đái dầm. Số lượng nước tiểu > 4ml/kg/giờ.

– Uống nhiều: trẻ rất khát, uống nhiều gần như số lượng nước đã đái, da xanh khô, ít ra mồ hôi, biếng ăn, mất ngủ. Trẻ chậm lớn, không tăng cân, nếu không cung cấp nước đầy đủ có thể gây mất nước nặng, rối loạn điện giải, sốt không rõ nguyên nhân. Số lượng nước uống tương đương số lượng nước tiểu.

– Ngoài các triệu chứng trên còn có thể thấy các triệu chứng của các tổn thương gây ra bệnh như triệu chứng thần kinh và các triệu chứng nội tiết

1.2. Xét nghiệm

– Tỷ trọng nước tiểu thấp < 1,005.

– Áp lực thẩm thấu nước tiểu thấp: 50-100mosm/kg H_2O (200mosm/kg H_2O).

– Áp lực thẩm thấu máu bình thường hoặc tăng.

– Tỷ lệ áp lực thẩm thấu nước tiểu/áp lực thẩm thấu máu < 1.

– Hệ số thanh thải nước tự do [Cel = V - (UV/P) dương tính].

– Định lượng hormon chống bài niệu giảm rõ rệt (< 0,5pg/ml).

– Nghiệm pháp vasopressin dương tính.

– CTM có thể biểu hiện cô đặc máu.

– Điện giải đồ thấy natri và clo tăng hoặc giảm.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị nguyên nhân

Tuỳ theo từng trường hợp mà điều trị.

2.2. Điều trị triệu chứng

• *Tinh chất thuỳ sau tuyến yên*

– Hypantin (Glanknitrin): 1 - 5đv/ngày.

– Tamat vasopressin (Ritocrin) 2 - 5đv/ngày. Cách 2 - 3 ngày tiêm 1 lần.

– DDAVP (Desamino 8 D Arginin Vasopressin) Minirin 0,05-0,30ml/lần, ngày 1-2 lần (1ml=0,10mg Desmopressin).

• *Các thuốc khác*

– Chlopropamid (Diabinese) 2 - 6mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần.

– Clofibral: 15 - 25mg/kg/ngày.

– Carbamazepin (Tegretol): 10 - 20mg/kg/ngày, ít dùng cho trẻ em.

– Chlorothiazid (Thiazid): 0,25 - 0,50g/ngày.

• *Chế độ ăn*

Đối với trẻ em nhất là trẻ nhỏ cần cho uống nước đầy đủ, uống tự do theo nhu cầu của trẻ. Cho trẻ em ăn ít chất cặn dư thẩm thấu.

SUY THƯỢNG THẬN CẤP
(Hội chứng Water House Friderichen)

Suy thượng thận cấp là một cấp cứu nội khoa và nhi khoa là một trường hợp tối cấp trên lâm sàng cần được phát hiện nhanh và xử lý khẩn trương, kiên trì mới cứu sống được bệnh nhân.

Bệnh thường xảy ra trong sốc nhiễm khuẩn, nhiễm trùng huyết, viêm màng não do mô cầu, bệnh nội tiết do thiểu năng vỏ thượng thận, ngừng thuốc corticoid đột ngột sau cắt bỏ u thượng thận.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sau:

1.1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng với các triệu chứng rất đặc trưng sau:

- Hạ đường huyết.
- Hạ natri huyết.
- Tăng kali huyết.
- Toan chuyển hoá
- Suy tuần hoàn ngoại vi, sốc.

Các biểu hiện thường gặp là: vã mồ hôi, mệt lả, chân tay lạnh, da nổi vân tím, mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp hạ, dấu hiệu mất nước lâm sàng, nhịp thở nhanh, sâu, tinh thần kinh lơ mơ, ngủ gà, nếu không xử lý kịp thời bệnh nhân sẽ đi vào hôn mê, tim loạn nhịp và tử vong nhanh chóng.

1.2. Xét nghiệm

- Đường huyết thấp dưới 3mmol/l.
- Natri huyết giảm.
- Kali tăng cao trên 5mg/l.
- Dự trữ kiềm giảm dưới 15%.
- pH máu có toan chuyển hoá.

2. ĐIỀU TRỊ

- *Truyền dịch chống sốc*

Natri clorua 0,9% và glucose 5% trong 24 giờ đầu. Ngày thứ hai giảm một nửa liều đầu tiên để duy trì truyền cho đến khi đường máu lên được 6mmol/l. Natri và kali trở về bình thường, hết toan chuyển hoá.

- *Hormon vỏ thượng thận*

Hydrocortison 12,5mg/m^2 - 50mg/m^2 - 6 giờ 1 lần tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch.

Ngày thứ hai: 50 - 100mg/m^2/ngày tiếp tục liều duy trì, từ 3-5 ngày.

- *Điều trị nguyên nhân*

– Cho kháng sinh nếu do nhiễm khuẩn.

– Cho corticoid liều duy trì nếu do tuyến thượng thận.

BỆNH ADDISON

Bệnh Addison rất ít gặp ở trẻ em, là bệnh suy giảm chức năng vỏ thượng thận mạn tính, kinh diễn với các triệu chứng được Addison mô tả vào năm 1885.

Bệnh có thể do nguyên phát teo thượng thận tự nhiên.

Cơ thể do tổn thương lao thượng thận, thứ phát sau lao toàn thể. Hậu phát sau nhiễm khuẩn huyết, nhiễm não mô cầu. Sang chấn sản khoa, xuất huyết tuyến thượng thận.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Thường ở trẻ lớn 8 - 15 tuổi.

– Sạm da và niêm mạc, đặc biệt ở vùng da hở (nếp lòng bàn tay, bàn chân, da đầu, da mặt, mí mắt) các vết sẹo, các nếp nhăn sẵn như khuỷu tay, bàn tay, núm vú, bộ phận sinh dục, niêm mạc miệng, mặt trong má, lưỡi, môi, hậu môn.

– Mệt mỏi, liên quan tới gắng sức như đi lại, leo thang gác, sáng ít hơn chiều tối.

– Giảm sút cân, do mất nước mạn tính, biếng ăn, nên trẻ rất gầy gò.

– Hạ huyết áp, cả 2 kỳ tâm thu và tâm trương.

– Chậm dậy thì, như kém phát triển tuyến vú, kém phát triển lông sinh dục, chậm kinh, vô kinh.

– Hạ đường huyết.

– Rối loạn tiêu hoá hay ỉa lỏng.

1.2. Xét nghiệm

– Cortisol máu giảm dưới 110nmol/l.

– 17 OH - corticoid niệu giảm < 3mg/24 giờ.

– 17-Cetosteroid niệu giảm < 5mg/24 giờ.

– Nghiệm pháp synacthène.

– Synacthène 25mg tiêm bắp, lấy máu định lượng cortisol trước và sau khi tiêm 30 phút.

– Nếu suy thượng thận thứ phát từ tuyến yên sẽ tăng cortisol máu từ 50 - 100%, nếu suy thượng thận tiên phát sẽ không có đáp ứng.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị thay thế

– Hydrocortison 12,5-25mg/ngày chia 2 lần sáng chiều.

– Dexamethason 0,5mg 1 - 2 viên/ngày.

– DOCA 5 - 10mg tiêm bắp khi cần thiết.

– Có thể tăng dần liều nếu không rõ kết quả.

2.2. Chế độ ăn

– Ăn mặn 5 - 10g NaCl/ngày.

– Kết hợp một số hormon khác:

Thyroxin 100µg/ngày.

Testosteron 20mg tiêm bắp 1 lần/1 tuần cho trẻ trai.

Oestradiol 25µg (hoặc Cestron 50µg ngày uống 1 viên) (trẻ gái).

TĂNG SẢN THƯỢNG THẬN BẨM SINH

Tăng sản thượng thận bẩm sinh (CAH) là một bệnh lý gia đình có yếu tố di truyền, do rối loạn tổng hợp hormon vỏ thượng thận, vì thiếu hụt các enzym, chủ yếu trong CAH là 21 - hydroxylase nên không sản xuất được cortisol. Sự thiếu hụt cortisol trong cơ thể dẫn tới sự tăng tiết ACTH từ tuyến yên, kích thích vỏ thượng thận tăng sinh và quá sản ra các chất trung gian, trong đó có androgen gây nam hoá với trẻ gái và dậy thì sớm ở trai và gái.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Bệnh có thể gặp ở trai hay gái.

Bệnh được phân chia làm 4 thể.

1.1.1. Thể nam hoá đơn thuần (Không có mất muối)

- *Với trẻ trai*

Khi mới sinh phát triển cơ thể và bộ phận sinh dục ngoài hoàn toàn bình thường.

Trong 6 tháng đầu lớn nhanh. Từ 2 - 3 tuổi phát triển cơ thể mạnh, cao to hơn so với tuổi, dương vật to lên nhanh, có sẫm màu phần sinh dục ngoài.

Từ 4 - 5 tuổi lớn bằng trẻ 8 - 10 tuổi, các dấu hiệu dạy thì: dương vật to, có lông mu, lông nách, mọc râu và lông cơ thể, mụn trứng cá ở mặt, giọng trầm, mặt già so với tuổi, cơ bắp rất phát triển, vạm vỡ dáng đàn ông. Riêng tinh hoàn vẫn ấu trĩ tương ứng với tuổi thực.

Phát triển trí tuệ bình thường, có thể có một số bất thường hành vi.

- *Với trẻ gái*

Ngay lúc mới đẻ đã có bộ phận sinh dục ngoài bất thường - lưỡng giới giả.

– Âm vật to, dài như dương vật.

– Các môi lớn và bé dính liền nhau, hình dáng nhăn nheo giống bìu của trẻ trai, nhưng bên trong không sờ thấy tinh hoàn.

– Niệu đạo và âm đạo thông nhau đổ vào một xoang ở gốc âm vật (dễ nhầm với tật lỗ đái thấp của trẻ trai).

– Kiểu hình biến dạng của bộ phận sinh dục ngoài tuỳ mức độ thiếu hụt các enzym được quy định theo 5 thể của Prader, tật lưỡng giới giả (Pseudohermaphrodites).

Trẻ ngày càng lớn nhanh, nam hoá dần toàn cơ thể và bộ phận sinh dục ngoài. Sự chuyển giới hoàn toàn khi trẻ được 4-5 tuổi triệu chứng dậy thì sinh dục sớm.

Cả hai thể đều ngừng lớn hoàn toàn lúc 8 - 10 tuổi nên chiều cao vĩnh viễn không quá 140 - 145cm.

1.1.2. Thể mất muối

Có thể gặp ở trai hay gái. Xuất hiện ngay tuần đầu sau khi đẻ, dấu hiệu chủ yếu nôn nhiều, ỉa chảy mất nước và giảm sút cân.

Có thể: Tím tái, loạn nhịp tim, cơn ngừng thở apnea, suy tuần hoàn ngoại vi.

Với trẻ gái có thể thấy dấu hiệu chuyển giới nhẹ như phì đại âm vật, bộ phận sinh dục ngoài sẫm màu.

Với trẻ trai không có gì khác thường, dễ nhầm với hẹp môn vị, tắc ruột sơ sinh, tim bẩm sinh, hoặc dị ứng sữa bò, ỉa chảy mất nước cấp.

Nếu không xử lý kịp thời dễ nhanh chóng tử vong trong vài tuần.

1.1.3. Thể không cổ điển

Hầu hết đều có bộ phận sinh dục ngoài bình thường cả gái và trai khi sinh ra.

Phát triển cơ thể bình thường cho đến tuổi dậy thì (10 - 12 tuổi). Khởi phát muộn.

Có thể mọc lông sinh dục sớm, rậm lông tóc, nhiều lông tơ ở lưng, ngực, chân, mụn trứng cá ở mặt.

Với trẻ gái xuất hiện kinh nguyệt thất thường, mất kinh, không phát triển tuyến vú.

1.1.4. Thể cao huyết áp

Do thiếu hụt 11 β-OH (11-deoxycortison). Hay gặp ở trẻ trai, tuổi thiếu niên, hiếm thấy trước 1 - 12 tuổi.

Huyết áp tăng cao không hằng định, có thể liên tục hay từng đợt.

Nam hoá có thể từ trong bào thai hay ngay sau đẻ. Trẻ gái có biểu hiện lưỡng tính bộ phận sinh dục ngoài.

Trẻ trai bộ phận sinh dục ngoài bình thường, có tinh hoàn trong bìu. Có thể có biểu hiện mất muối thoáng qua. Rất nhạy cảm với điều trị hormon liệu pháp.

- *Đặc điểm lâm sàng dựa vào để chẩn đoán là:*

– Dấu hiệu lưỡng giới với trẻ gái ngay mới đẻ.

– Triệu chứng chuyển giới khi lên 2 - 3 tuổi.

– Dậy thì sinh dục sớm cả 2 thể.

– Nôn, ỉa chảy mất nước, sút cân trẻ sơ sinh.

– Cao huyết áp thất thường tuổi thiếu niên.

– Ngừng phát triển các dấu hiệu dậy thì sau 10-12 tuổi.

– Vô kinh, không phát triển tuyến vú, mọc râu, rậm lông tóc với trẻ gái.

– Tiền sử gia đình có người mắc bệnh tương tự, có trẻ chết sau sinh không rõ nguyên nhân, có mẹ hay sẩy thai.

1.2. Xét nghiệm cần làm

– 17 - CS (Cetosteroid) trong nước tiểu 24 giờ tăng cao từ 10 - 80mg/24giờ.

– Testosteron máu tăng cao.

– Progesteron máu tăng cao.

– Điện giải đồ natri giảm, kali tăng cao trên 5mEq/l.

– Tuổi xương phát triển nhanh hơn tuổi đời.

– Nhiễm sắc thể là XX với trẻ gái, XY với trẻ trai.

– Siêu âm có tử cung, buồng trứng với trẻ gái, không có khối u vỏ thượng thận.

– 17 - OHP (17 hydroxy progesteron) tăng cao, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định.

– Điện não đồ, IQ để phân biệt với dậy thì thực.

– Làm PCR xác định đột biến gen CYP21.

2. ĐIỀU TRỊ

- *Corticoid thay thế suốt đời*

– Hydrocortison: 10 - 20mg/m^2/24 giờ uống làm 3 lần.

– Dưới 1 tuổi: 2,5 - 5mg/24 giờ chia làm 2-3 lần

– Dưới 6 tuổi 5 - 10mg/24 giờ chia 2 - 3 lần.

– Trên 10 tuổi 10 - 20mg/24 giờ chia 2 - 3 lần.

– 9 α Fluorohydrocortison (Florinef) viên 0,1mg 0,05 = 0,3mg/ngày, cho thể mất muối.

– Tăng liều corticoid lên 2 - 3 lần trường hợp có yếu tố stress như nhiễm khuẩn, can thiệp phẫu thuật.

– Prednisolon chỉ định khi không có hydrocortison, liều duy trì từ 4,8 - 5mg/m^2 cơ thể/24 giờ.

◦ *Bù thêm natri với thể mất muối*

Sodium chlorid 1 - 3 g/ngày.

◦ *Xử lý cơn suy thượng thận cấp thể mất muối*

– Hydrocortison 25mg/1 mũi tiêm bắp hay tĩnh mạch ngay khi có chẩn đoán.

– Tiếp tục tiêm hàng ngày từ 25-30mg coticoid chia đều 3-4 lần trong 24 giờ, trong 3-4 ngày.

– Tiếp tục liều duy trì bằng Florinef uống từ 0,05 - 0,3mg/24 giờ.

– Bù dịch bằng natriclorua 9 ‰+ glucose 5% truyền tĩnh mạch với liều lượng và tốc độ theo tình trạng mất nước cụ thể.

– Không được cho kali.

◦ *Phẫu thuật chỉnh hình bộ phận sinh dục ngoài*

Cần tiến hành sớm 6 →12 tháng tuổi.

◦ *Theo dõi quản lý bệnh nhân*

– Cần được bác sĩ chuyên khoa theo dõi lâu dài.

– Cần có sự hợp tác của bố mẹ, gia đình và bệnh nhân chặt chẽ để phòng sử dụng thuốc không đều, các biến chứng bất thường.

3. DỰ PHÒNG

– Trường hợp mẹ có thai tiếp cần có lời khuyên di truyền, nếu có điều kiện sẽ tiến hành chẩn đoán và điều trị trước sinh, bằng dexamethason vào thai tuần thứ 5.

– Làm sàng lọc sơ sinh (CAH) ngay khi trẻ mới đẻ trong 5 ngày đầu.

BỆNH LÙN TUYẾN YÊN
(Hypopituitarism)

Trẻ bị thấp lùn có thể nhiều nguyên nhân. Bệnh lùn tuyến yên (Hypopituitarism) chủ yếu do thiếu hụt hormon tăng trưởng - GH (Growth hormon) từ thuỳ trước tuyến yên làm ảnh hưởng đến sự tăng trưởng toàn thân của trẻ. Không ảnh hưởng đến phát triển tinh thần và trí tuệ.

Trường hợp có kèm theo thiểu năng giáp, thiểu năng thượng thận và sinh dục, gọi là thiểu năng yên toàn bộ - Panhypopituitarism.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Lùn tuyến yên điển hình có các đặc điểm lâm sàng sau đây:

– Cân nặng, chiều cao lúc đẻ trong giới hạn bình thường hoặc thấp.

– Bắt đầu chậm lớn cả chiều cao và cân nặng thường xuất hiện sau 1 tuổi.

– Nếu có những khuyết tật bẩm sinh thiểu năng tuyến yên hoặc hạ khâu não, thường có những biến chứng cấp cứu ngay thời kỳ sơ sinh như ngừng thở, tím tái, hay hạ đường huyết nặng.

– Dấu hiệu đầu bé (microcephaly) thường gặp ở trẻ trai, là một dấu hiệu quan trọng để nghĩ đến lùn tuyến yên.

– Trường hợp có kèm theo thiểu năng giáp và thượng thận các dấu hiệu lâm sàng sẽ phát triển rõ và nhanh hơn là thiểu năng yên đơn thuần.

– Bộ mặt có hình dáng đặc biệt như đầu tròn, mặt ngắn, rộng chiều ngang, trán dô, mũi gãy hình yên ngựa, mũi bé, hốc mũi rộng, mắt hơi lồi, hàm dưới và cằm kém phát triển, răng mọc chậm và thường mọc chen nhau, cổ ngắn, thanh quản bé, tiếng nói giọng cao âm cho đến cả sau tuổi dậy thì. Tỷ lệ toàn thân đặc biệt cân đối, giữa thân và tứ chi bé nhỏ. Bộ phận sinh dục nhi tính kém phát triển kể cả khi ở tuổi trưởng thành. Phát triển sinh dục rất chậm hoặc không bao giờ dậy thì. Không mọc râu, không có lông ở người và bộ phận sinh dục, tóc thưa mỏng.

– Hay xuất hiện triệu chứng hạ đường huyết, đặc biệt khi đói, có thể xảy ra từ 10 - 15% trong thiểu năng yên toàn bộ (Panhypopituitarism).

– Trí tuệ phát triển hoàn toàn bình thường, thường bẽn lẽn, nhút nhát, lớn lên thường sống ẩn dật, xa lánh mọi người.

– Nếu có u tuyến yên sẽ xuất hiện: đau đầu, nôn, rối loạn thị lực, đái nhiều, tổn thương thần kinh sọ não, co giật.

1.2. Xét nghiệm chẩn đoán

– Định lượng hormon tăng trưởng (hGH) sẽ rất thấp hay không có. Trường hợp cao hơn 10ng/ml có thể loại trừ thiếu hGH.

– Test kích thích bằng L'dopa, insulin, arginin hoặc thể dục 15 phút, nếu tuyến yên bình thường thì hGH sẽ tăng lên sau 45 - 90 phút. Nếu sau các test hGH vẫn thấp dưới 7 - 10ng/ml có thể chẩn đoán là thiếu hụt hGH.

– Làm test TSH để kiểm tra chức năng giáp. Test TRH về hạ khâu não, corticosteroid máu, LH, FSH về tuyến thượng thận, chức năng sinh dục, GRF thăm dò liên quan giữa hạ khâu não và tuyến yên.

– Trên Xquang có thể thấy trẻ trên 2 tuổi nhưng thóp chưa đóng kín, các đầu xương epiphis mở rất lâu dài. Hố yên kích thước bé.

2. ĐIỀU TRỊ

– Điều trị đặc hiệu bằng hormon tăng trưởng có kết quả tốt. Nếu bắt đầu sớm càng có hiệu quả cao. Liều GH 0,025 - 0,035mg/kg/ngày, tiêm dưới da 6 tối/tuần.

– Nếu có thiểu năng giáp sẽ cho thêm thyroxin như trong suy giáp.

– Nếu có thiểu năng thượng thận cho thêm hydrocortison từ 10 - 15mg/m^2/ngày.

– Có thể cho testosteron 25mg/mỗi tháng tiêm bắp 1 lần từ 1 - 3 tháng để phát triển dương vật của trẻ.

Tiên lượng tốt.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hoá hydrat carbon với đặc trưng đường máu tăng cao mạn tính do giảm bài tiết insulin hoặc giảm chức năng hoạt động của insulin hoặc cả hai.

Đái tháo đường ở trẻ em liên quan đến yếu tố di truyền và viêm tự miễn tiểu đảo Langerhans. Đái tháo đường ở trẻ em là phụ thuộc insulin (typ 1) và liệu pháp thay thế tiêm insulin là cần thiết để duy trì cuộc sống cho trẻ. Bệnh thường gặp 10 - 14 tuổi.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Đặc điểm đái tháo đường ở trẻ em phổ biến nhất là khởi phát đột ngột và cấp tính với triệu chứng: đái nhiều, uống nhiều và nhiễm toan chuyển hoá.

Đặc điểm	Typ 1	Typ 2
Tuổi	Toàn bộ thời thiếu niên	Tiền dậy thì hoặc muộn hơn
Bắt đầu	Cấp tính	Khác nhau: chậm, nhẹ, nặng
Tiêm insulin	Bắt buộc	Khi uống thuốc hạ đường máu không kết quả.
Bài tiết insulin	Không có hoặc rất ít	Thay đổi
Độ nhậy insulin	Tốt	Thấp
Tỷ lệ % ĐTĐ người trẻ tuổi	90%	<10%
Các yếu tố liên quan		
- Miễn dịch	Có	Không
- Nhiễm toan chuyển hoá	Phổ biến	Rất hiếm
- Béo phì	Không	Phổ biến

– Số còn lại đái tháo đường ở trẻ em khởi phát từ từ với 4 triệu chứng: đái nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, gầy sút cân và mệt mỏi. Muộn hơn trẻ có triệu chứng giảm thị lực hoặc chậm lớn, chậm dậy thì.

Những đặc trưng của đái tháo đường typ 1 và typ 2 ở người trẻ tuổi.

1.2. Xét nghiệm

Làm đường máu ít nhất từ 2 lần trở lên với tiêu chuẩn đường máu:

Đường huyết	Rối loạn dung nạp đường	Đái tháo đường
Khi đói (mmol/l)	≥ 6,1 < 7,0	≥ 7,0
2 giờ sau nghiệm pháp tăng đường máu (mmo/l)	-	≥ 11,1

- HbA1C > 7%
- Điện giải đồ: có thể bình thường hoặc thay đổi.
- Khí máu thay đổi khi có rối loạn chuyển hoá thăng bằng kiềm toan.
- Test dung nạp glucose: tổng liều không quá 75g đường glucose.

Trẻ bú mẹ: 1 - 1,5g/kg. Trẻ lớn: 1,75g/kg.

Tiến hành: cho trẻ uống glucose với 250ml nước bình thường, uống trong 5 phút. Xét nghiệm đường máu trước và sau uống 30phút - 60 phút - 120 phút.

- Định lượng có thể tìm thấy kháng thể kháng tế bào tụy: ICA, GAD, IAA.
- Đường niệu (+), ceton niệu có thể (+) hoặc (-).

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Thuốc

Insulin động vật (lợn hoặc bò) và insulin người (Human insulin).

Các loại insulin	Bắt đầu tác dụng	Đỉnh cao của tác dụng	Thời gian tác dụng kéo dài
Thường (regular)	30 phút	2 - 5 giờ	5 - 8 giờ
Bán chậm (Lente, NPH)	1 -3 giờ	6 -12 giờ	16 - 24 giờ
Tác dụng chậm	4 - 6 giờ	8 - 20 giờ	24 - 28 giờ
Hỗn hợp (70/30, 50/50)	30 phút	7 - 12 giờ	16 - 24 giờ

- *Liều lượng*

- Trẻ nhỏ: 0,2 - 0,8 đv/kg/ngày
- Tiền dậy thì: 0,8 - 1 đv/kg/ngày
- Dậy thì: 1,2 - 1,5 đv/kg/ngày

- *Cách sử dụng các mũi tiêm trong ngày*

- Dùng 2 mũi tiêm/ngày kết hợp insulin thường và bán chậm tiêm trước bữa ăn sáng và chiều tối. Đôi khi dùng 3 mũi tiêm/ngày trong một số trường hợp đặc biệt.

- Liều lượng tiêm buổi sáng = 2/3 tổng liều trong ngày
- Liều lượng tiêm buổi chiều = 1/3 tổng liều trong ngày

Tỷ lệ insulin thường là 1/3 và insulin chậm là 2/3 cho mỗi lần tiêm.

2.2. Chế độ ăn

Không nên ăn kiêng như người lớn để đảm bảo sự phát triển của trẻ.

- Tinh bột chiếm 55 - 60% calo.
- Protein 12 - 20% calo
- Lipid < 30% calo

2.3. Theo dõi ngoại trú

- *Năm đầu*

Khám định kỳ 3 tháng/1 lần và xét nghiệm đường máu 4 mẫu trong ngày, HbA1C 3 tháng / lần.

- *Sau 2 đến 5 năm*

Khám định kỳ 3 - 6 tháng/1 lần. Kiểm tra đường máu 4 mẫu trong ngày, HbA1C, cholesterol máu.

- *Sau 5 năm điều trị*

Khám định kỳ 6 tháng/lần, kiểm tra đường máu 4 mẫu/ngày HbA1C, cholesterol, triglycerid, urê, creatinin, microalbumin niệu. Đo thị lực và soi đáy mắt.

- *Tại nhà*

Gia đình tự kiểm tra đường máu và đường niệu khi có dấu hiệu đái nhiều tăng lên hoặc thấy mệt mỏi.

Hàng tuần kiểm tra đường máu 4 mẫu một lần vào ngày nghỉ cuối tuần.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT TRONG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Là một biến chứng thường gặp nhất trong điều trị đái tháo đường.

Ở trẻ em, não cần được cung cấp đường hằng định. Hạ đường huyết (HĐH) rất nghiêm trọng làm ảnh hưởng trực tiếp lên não, giảm phát triển của não. Kết quả làm giảm trí thông minh và giảm thị lực nếu tình trạng hạ đường huyết kéo dài hoặc xảy ra thường xuyên. Nếu xảy ra cấp tính và ở mức độ nặng bệnh nhân có thể bị tử vong.

Nguyên nhân:

– Tiêm insulin quá liều hoặc trộn thuốc tiêm giữa insulin thường và chậm không đúng liều, hoặc tiêm insulin nhưng chưa kịp ăn cơm.

– Thể dục hoặc lao động nặng hoặc tự phát.

Hạ đường huyết thường hay xảy ra về đêm và sáng hoặc ngay sau tiêm insulin.

1. CHẨN ĐOÁN

◦ *Tiêu chuẩn:* Gọi là hạ đường huyết khi đường huyết ở mức 3- 4mmol/l.

◦ *Triệu chứng hạ đường huyết*

Thường xảy ra cấp tính dẫn đến hôn mê và tử vong:

– Bệnh nhân đói, vã mồ hôi và tê bì quanh môi.

– Da tái, bồn chồn, tim đập nhanh, run rẩy, yếu cơ, nói nhíu hoặc nói lắp.

– Hoa mắt chóng mặt, giảm tập trung, mệt xỉu, ngủ lịm hoặc ngủ gà.

– Tri thức lú lẫn, hôn mê và co giật.

2. XỬ TRÍ

Cách xử trí hạ đường huyết theo mức độ lâm sàng.

Mức độ	Hình ảnh lâm sàng	Xử trí
Độ I (nhẹ)	Đói, vã mồ hôi Da tái, chóng mặt, run rẩy tay chân và giảm chú ý.	Uống một cốc nước quả ngọt (cam, chanh, mía) hoặc uống 2 - 4 thìa mật ong hoặc ăn cơm ngay.
Độ II (trung bình)	Triệu chứng như độ I, kèm theo: - Đau đầu, đau bụng. - Thay đổi hành vi, nhìn giảm hoặc nhìn đôi, nói khó. - Nhịp tim nhanh, mệt mỏi, lơ mơ, ngủ gà.	- Như mức độ I - Nhưng phải theo dõi sát
Độ III (nặng)	- Hôn mê - Co giật	Điều trị tại cơ sở y tế: - Truyền TM glucose 10%: 0,5g/kg - Tiêm TM, dung dịch glucagon 0,5mg < 5 tuổi và 1mg > 5 tuổi. Sau 10 phút nhắc lại nếu đường máu chưa tăng.

HÔN MÊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG NHIỄM TOAN CHUYỂN HOÁ

Một biến chứng nghiêm trọng nhất do thiếu insulin. Tỷ lệ 25 - 50% bệnh nhân chẩn đoán đái tháo đường mới có hôn mê đái tháo đường nhiễm toan (HMĐTĐNT).

1. CHẨN ĐOÁN HÔN MÊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG NHIỄM TOAN CHUYỂN HOÁ

1.1. Lâm sàng

– Trước khi bị HMĐTĐNT, bệnh nhân có triệu chứng ăn nhiều, uống nhiều và đái nhiều, sau đó chán ăn, buồn nôn, nôn, rối loạn ý thức từ lờ đờ đến hôn mê.

Kèm theo mất nước nặng, tụt huyết áp, rối loạn nhịp thở Kussmaul.

– Khởi phát đột ngột với triệu chứng đái nhiều, ăn nhiều, uống nhiều và hôn mê.

1.2. Xét nghiệm

– Đường máu ≥ 15mmol/l (≥ 300mg/dl).

– ĐGĐ có thể bình thường hoặc rối loạn điện giải.

– Đo khí máu pH < 7,3; HCO^-_3 < 15mEq/l.

– Đường niệu, ceton niệu (+).

2. ĐIỀU TRỊ HMĐTĐNT

2.1. Liệu pháp bù dịch và điện giải: được bù ngay những giờ đầu.

– Dung dịch muối đẳng trương 0,9% hoặc ringer lactat, không cho kali ngay cho đến khi bệnh nhân bài tiết được nước tiểu và nồng độ kali được xác định.

– Cách tính bù dịch và điện giải trong HMĐTĐNT.

Giờ	ml/kg/giờ	Loại dịch
Thứ nhất	15ml	Nacl 0,9%
Thứ hai	10ml	3/4 NaCl 0,9% + 40 mEq KCl/l
Thứ ba - thứ tám	8ml	1/2 NaCl 0,9% + 30mEq KCl/l
Thứ 9 - thứ 24	5ml	1/4 NaCl 0,9% + 20 - 30mEq KCl/l

Kali cho ngay khi trẻ có nước tiểu. Đối với những trường hợp mất nước, K^+ pha vào dịch truyền với tỷ lệ 20 - 40mmol/l.

Tổng số K^+ thiếu của bệnh nhân không bù đủ ngay trong 24 giờ đầu mà phải bổ sung bằng đường uống trong vài ngày tiếp theo.

2.2. Liệu pháp insulin

– Liều insulin thường 0,1 đv/kg/giờ pha với huyết thanh mặn 0,9% (1 đv insulin + 1ml NaCl 0,9%) bơm truyền tĩnh mạch chậm. Kiểm soát đường máu 1 giờ/1 lần. Điều trị trên sau 2 giờ không kết quả có thể bệnh nhân kháng insulin và liều insulin phải tăng lên 0,2 đv/kg/giờ cho đến khi đạt được sự cải thiện tình trạng tăng đường máu của bệnh nhân.

Khi đường máu giảm xuống 10mmol/l (180 - 200mg/dl) cho truyền tĩnh mạch dung dịch đường 5%. Liệu pháp insulin tiếp tục cho đến khi đường máu trở về bình thường, bệnh nhân tỉnh, ăn được, tình trạng nhiễm toan không còn, pH > 7,3 và bicarbonat > 15mEq/l bệnh nhân sẽ được tiêm insulin thường 0,25đv/kg/ 4 - 6 giờ/1 lần trong 24 giờ tiếp theo. Sau đó mới sử dụng tiêm kết hợp insulin thường và bán chậm.

– Trong trường hợp HMĐTĐNT nhẹ, mất nước nhẹ: tiêm insulin thường dưới da 0,25đv/kg/4-6 giờ/1 lần, không cần bù dịch bằng đường truyền.

2.3. Điều trị nhiễm toan chuyển hoá trong HMĐTĐNT

– Chỉ bổ sung bicarbonat 2mmol/kg khi pH< 7,1

– Liệu pháp bicarbonat sẽ dừng sớm chừng nào khi HCO_3^- đạt 15mEq/l, thậm chí số bù bicarbonat còn chưa được dùng hết.

2.4. Các theo dõi khác

– Lâm sàng: mạch, huyết áp, tinh thần, tình trạng mất nước, lượng dịch vào và ra.

– Xét nghiệm:

+ Đường máu 1 giờ/1 lần cho đến khi trẻ thoát hôn mê, sau đó đường máu 4 mẫu/ngày (ngay trước khi ăn sáng, trước bữa ăn trưa, trước bữa ăn chiều và 2 giờ sáng).

+ Đường niệu và ceton niệu hàng ngày cho đến khi ceton niệu (-).

+ Điện giải đồ, khí máu, urê và creatinin máu.

– Theo dõi khác:

+ Phát hiện sớm các nhiễm trùng kèm theo để điều trị kịp thời.

+ Khi trẻ tỉnh hết nôn cho trẻ ăn trở lại như uống sữa không đường hoặc ăn cháo.

TINH HOÀN ẨN (LẠC CHỖ)

Tinh hoàn lạc chỗ hay tinh hoàn ẩn, không xuống bìu là một dị tật rất thường gặp ở trẻ em. Tỷ lệ mắc từ 3 - 4% trẻ bình thường và 30% trẻ sơ sinh đẻ non.

Khuyết tật này thường không được gia đình phát hiện, cán bộ y tế xử lý muộn, để lại hậu quả lâu dài về sau, ảnh hưởng chức năng sinh sản vô sinh, ung thư hoá lúc về già.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Tinh hoàn không có trong bìu một bên hay cả hai bên.

– Tinh hoàn nằm trên bìu - sờ thấy.

– Tinh hoàn nằm trong ổ bụng - không sờ thấy.

– Đo kích thước tinh hoàn và so sánh hai bên (nếu sờ thấy) đối chiếu với tiêu chuẩn Prader.

– Đo kích thước dương vật.

– Khám và phát hiện các dị tật sinh dục niệu đạo khác như tật lỗ đái thấp, âm vật phì đại, bìu không phát triển bình thường.

– Cân nặng, chiều cao và các dấu hiệu liên quan đến dậy thì với trẻ lớn trên 10 tuổi.

– Nếu chỉ có tật tinh hoàn ẩn, thường các dấu hiệu khác đều bình thường.

1.2. Xét nghiệm

– LH và testosteron thấp hơn bình thường hay bình thường.

– Nhiễm sắc thể để xác định giới tính.

– Nghiệm pháp hCG: cho hCG tiêm bắp cách nhật, 3 lần liền. Định lượng testosteron huyết thanh trước khi tiêm và sau mũi tiêm thứ ba 24 giờ.

Nếu có tinh hoàn testosteron sẽ tăng lên sau khi tiêm mũi thứ 2.

Nếu không có tinh hoàn nồng độ testosteron trước và sau tiêm không thay đổi.

Giá trị của test: xác định có tinh hoàn hay không.

– Siêu âm ổ bụng: xác định vị trí và kích thước tinh hoàn.

2. ĐIỀU TRỊ

◦ *Cần cho hormon trị liệu trước khi làm phẫu thuật*

Cách cho:

– Pregnyl 1500 đơn vị liều lượng 50-100UI/kg/3 ngày 1 lần x 7 ống/mỗi tuần tiêm bắp 2 lần, 3 tuần liền, nghỉ 4 tuần. Sau đó khám lại. Tổng liều 1 đợt điều trị không quá 15.000UI.

– Testosteron 100mg/tiêm bắp/1 tháng 1 lần/ 4-6 tháng.

Sau 1 tháng kiểm tra lại:

Nếu không có kết quả có thể tiếp theo 1 đợt mới, nhưng không nên nhiều hơn. Nếu có tinh hoàn, tỷ lệ tự xuống sau dùng hCG từ 30 - 60%. Nếu không xuống được cũng tạo thuận lợi cho phẫu thuật tốt hơn.

◦ *Ngoại khoa đưa tinh hoàn xuống bìu*

– Phẫu thuật chỉ định khi tinh hoàn lạc chỗ, cần đưa về và cố định trong bìu.

– Hormon liệu pháp thất bại.

– Tác dụng thẩm mỹ và tâm lý.

– Đề phòng ung thư hoá về sau.

Vì vậy phẫu thuật là bắt buộc, không được để tinh hoàn trong ổ bụng.

– Thời gian làm phẫu thuật càng sớm càng tốt trước 12 - 24 tháng, tránh tinh hoàn bị thoái hoá vì nằm lâu trong ổ bụng.

HỘI CHỨNG TURNER

Hội chứng Turner là bệnh gây nên do thiếu một nhiễm sắc thể X hoặc rối loạn cấu trúc của nhiễm sắc thể X ở bệnh nhân nữ, được Turner mô tả 1938.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm.

1.1. Biểu hiện lâm sàng

Bệnh biểu hiện ngay từ giai đoạn sơ sinh:

- Chiều dài lúc sinh thường ngắn hơn 45cm.
- Có dấu hiệu phù bạch huyết ở mu tay và mu chân.
- Cổ ngắn.
- Thừa da ở cổ.

Nếu bệnh nhân đến muộn thì sẽ có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của Turner đã mô tả:

- Bệnh nhân thường bị lùn, chiều cao dưới - 3SD so với tuổi.
- Bộ mặt Turner: mặt hình tam giác, cằm nhọn do thiểu sản xương hàm.
- Có mang hình cánh bướm ở hai bên cổ.
- Cổ ngắn, tóc mọc thấp ở gáy.
- Ngực phẳng, khoảng cách giữa hai núm vú xa hơn bình thường.
- Hai cánh tay khuỳnh ra ngoài (Cubitus valgus).
- Ngón tay thứ 4 và thứ 5 thường ngắn.
- Thiểu năng sinh dục: đến tuổi dậy thì không phát triển tuyến vú, không mọc lông sinh dục, không hành kinh, vô kinh nguyên phát hoặc thiểu kinh, vô sinh.
- Thường kèm theo các dị tật bẩm sinh: hàng đầu là tim bẩm sinh: còn ống động mạch, thông liên thất, thông liên nhĩ... Dị tật tiêu hoá, thận tiết niệu và các dị tật của các cơ quan khác.

1.2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm nhiễm sắc thể: + 45,X.
  + Thể khảm: 45, X /46,XX.
  45,X/46,XX/47, XXX
- Rối loạn cấu trúc NST X: 46, XiXq, 46, XiXp
  46, X DelXq, 46, XdelXp, 46, XrX
- Vật thể Barr (-)
- Oestrogen trong máu giảm, FSH, LH tăng.
- Xquang: tuổi xương chậm hơn tuổi thực.
- Siêu âm ổ bụng không tìm thấy tử cung, buồng trứng.

2. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

Dùng liệu pháp thay thế hormon oestrogen suốt đời.

- Trước 10 tuổi: dùng hormon tăng trưởng GH là tốt nhất giúp trẻ phát triển chiều cao:

+ Saizen lọ 3,33mg trong 5ml. Liều dùng 0,045 - 0,050mg/kg/ngày x 6 ngày trong 1 tuần. Dùng trong năm đầu. Sang năm thứ 2 liều có thể tăng 0,06 mg/kg x 6 liều trong tuần, cho hết năm thứ hai.

+ Oxandrolon 2mg trong 1 viên. Liều dùng 0,1mg/kg trong năm đầu, sang năm thứ hai dùng liều 0,05mg/kg.

+ Nếu không có hormon tăng trưởng thì có thể dùng các thuốc tăng đồng hoá như: nerobol, methanabol, 1 viên/ngày trong 1 tháng, chú ý nếu trẻ béo thì ngừng thuốc.

- Dùng oestrogen thay thế:

Trước đây người ta bắt đầu điều trị từ 12 tuổi, nhưng hiện nay người ta bắt đầu điều trị từ 10 tuổi vì tuổi dậy thì của trẻ bây giờ sớm hơn trước. Dùng microfollin 0,05mg cho 1/3 viên trong năm đầu. 1/2 viên trong năm thứ hai. Theo dõi các dấu hiệu phát triển sinh dục: thường vú phát triển đầu tiên, sau đó đến lông sinh dục. Hết năm thứ hai tăng dần liều theo tuổi, tối đa 1 viên rưỡi đến khi trẻ hành kinh. Lập chu kỳ kinh nhân tạo: 15 ngày đầu của chu kỳ kinh microfollin. 10 ngày tiếp theo dùng progesteron 5mg/ngày. Từ ngày 26 lại uống tiếp microfollin cho đến chu kỳ tiếp theo.

- Cho thêm calci, vitamin D để giúp phát triển xương.

3. THEO DÕI TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

– Theo dõi về lâm sàng: chiều cao, cân nặng, phát triển vú, lông sinh dục, kinh nguyệt.

– Xét nghiệm oestrogen máu 3 tháng 1 lần. Căn cứ vào nồng độ oestrogen để điều chỉnh liều microfollin, bảo đảm nồng độ ostrogen máu luôn luôn ở giới hạn bình thường.

– Chụp tuổi xương 6 tháng - 1 năm 1 lần

Khi nào tuổi xương bằng tuổi thực, nồng độ oestrogen máu trong giới hạn bình thường, kinh nguyệt của bệnh nhân đều tức là liều thích hợp và cho bệnh nhân uống liên tục cho đến tuổi mãn kinh.

VÀNG DA Ứ MẬT DO THIẾU CITRIN TRẺ EM

Vàng da ứ mật do thiếu citrin trẻ em (Neonatal intrahepatic cholestasis caused by citrin deficiency- NICCD) dẫn tới thiếu argniosussinat synthetase (ASS) của chu trình urê, gây rối loạn các quá trình chuyển hóa.

1. NGUYÊN NHÂN

Bệnh lý thiếu hụt citrin thuộc nhóm bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thường, gây ra bởi các đột biến của gen SLC25A13 dẫn tới hậu quả thiếu ASS và rối loạn các quá trình chuyển hóa. Bệnh có phân bố rộng trên phạm vi toàn thế giới, vùng Đông Á có tần suất người mang gen bệnh cao.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng của thiếu citrin ở trẻ nhỏ là vàng da ứ mật, còn ở người lớn là tăng citrulin máu typ II (CTLN2) với triệu chứng thần kinh cấp tính và suy gan không hồi phục.

2.1. Lâm sàng

Thiếu citrin có thể gây ảnh hưởng từ giai đoạn bào thai hoặc sau khi ra đời với các biểu hiện lâm sàng:

– 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 phính (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- 3cm 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 trên 9 tháng, có thể có xơ gan.

* Các bất thường khác có thể gặp ở trẻ NICCD:

– Tăng galactose máu kèm theo đục thủy tinh thể.

– Cơn 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.

2.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng

– Tăng bilirubin chủ yếu là tăng bilirubin trực tiếp, tăng transaminase và phosphatase kiềm. Tỷ lệ AST /ALT thường trên 2,5.

– Bệnh nhân thể NICCD nặng có hội chứng suy tế bào gan với biểu hiện rối loạn tổng hợp các yếu tố đông máu và suy giảm chức năng tổng hợp albumin. Các triệu chứng này thường được cải thiện tốt sau khi sử dụng chế độ ăn điều trị.

– Giảm đường máu đi kèm các cơn hạ đường huyết khi đói.

– Thiếu máu, có thể có biểu hiện tan máu ở giai đoạn nặng của bệnh.

– Tăng amoniac, lacta máu và alpha fetoprotein.

– Một số có tăng acid mật toàn phần, tăng triglycerid, cholesterol.

– Định lượng acid amin máu: tăng citrullin, arginin, tăng tỷ số threonin /serin, tăng methionin, tyrosin, galactose.

Xét nghiệm di truyền xác định các đột biến trên gen SLC25A13 là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Người bệnh có thể mang đồng hợp tử hoặc dị hợp tử kép của gen SLC25A13.

Đột biến gen SLC25A13 cũng có thể gây bệnh ở người lớn (thể CTLN2). Thể CTLN2 đặc trưng bởi tình trạng tăng amoniac máu, suy gan kèm theo triệu chứng thần kinh như rối loạn tâm thần, hoang tưởng ảo giác, mê sảng, kích thích, lú lẫn hoặc li bì, run, co giật. Khoảng 10% bệnh nhân CTLN2 tiến triển tới ung thư gan không kèm theo xơ gan hoặc viêm gan mạn tính. Bệnh nhân CTLN2 có nguy cơ tử vong cao do phù não và suy gan không hồi phục, đa số có chỉ định ghép gan.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán NICCD dựa vào các triệu chứng:

- Hội chứng ứ mật kéo dài và suy tế bào gan.
- Bộ mặt tròn, má phính (chubby face).
- Tiêu chảy kéo dài, phân mỡ. Gan nhiễm mỡ.
- Hạ đường huyết, tăng NH_3, tăng alpha -feto-protein.
- Tăng một số acid amin trong giai đoạn sớm (trước 3 tháng tuổi).
- Xét nghiệm di truyền xác định đột biến gen SLC25A13 là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt NICCD với các bệnh lý khác gây vàng da ứ mật. Xét nghiệm di truyền để chẩn đoán xác định khá đắt tiền và chỉ có thể làm được ở một số bệnh viện lớn, chỉ nên làm sau khi đã có các kết quả sinh hóa nghi ngờ NICCD.

4. ĐIỀU TRỊ

Điều trị hỗ trợ, hạn chế các đợt bùng phát cấp tính CTLN2.

- Sử dụng chế độ ăn điều trị: tỷ lệ carbonhydrat chỉ chiếm 35 ± 5% tổng năng lượng (bình thường 55 ± 3%), tăng cường lipid 45 ± 4% (bình thường 29 ± 2%) và protid 20 ± 3% (bình thường 14 ± 2%). Hạn chế thức ăn nhiều carbonhydrat, đường lactose. Sử dụng các chế phẩm sữa có chuỗi triglycerid, chuỗi trung bình (MCT), sữa free lactose, đạm đậu nành.

– Chỉ sử dụng chống phù não bằng manitol, lactulose. Các dung dịch glycerol, fructose, dung dịch chứa glucose nồng độ cao không được sử dụng do các chất này sẽ gây tăng NADH trong bào tương, làm tăng tỷ số $NADH/NAD^+$ và làm trầm trọng thêm tình trạng hôn mê gan.

– Bổ sung arginin, các vitamin tan trong dầu: vitamin A, D, K, E. Một số thuốc sodium benzoat, sodium citrat, arginin dùng phối hợp nhằm giảm NH_3.

– Bổ sung các yếu tố đông máu: vitamin K, plasma tươi, các yếu tố đông máu nếu có rối loạn đông máu.

– Ghép gan là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt cho những trường hợp suy gan mất bù của cả hai thể bệnh CTLN2 và NICCD. Ghép gan có thể giúp cải thiện các triệu chứng do rối loạn chuyển hóa, kể cả các triệu chứng thần kinh đã có trước đó.

– Trong tương lai, liệu pháp gen có thể sẽ là một trong những phương pháp điều trị hiệu quả cho các trường hợp CTLN2 hoặc NICCD nặng.

Chương 9

BỆNH HUYẾT HỌC

THIẾU MÁU CẤP

Thiếu máu là tình trạng giảm lượng hemoglobin (Hb) chứa trong một đơn vị thể tích máu, với trẻ dưới 6 tuổi khi Hb dưới 110g/l, với trẻ trên 6 tuổi khi Hb dưới 120g/l. Thiếu máu cấp tính là thiếu máu xảy ra nhanh trong vài giờ đến vài ngày.

1. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ BƯỚC ĐẦU

1.1. Đánh giá tình trạng thiếu máu cấp

Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu phụ thuộc vào mức độ và tiến triển của thiếu máu. Nếu thiếu máu xảy ra nhanh, mức độ nặng, trẻ có biểu hiện da xanh tái, niêm mạc nhợt nhạt, tim đập nhanh, vã mồ hôi, lạnh đầu chi, hạ huyết áp, sốc. Nếu thiếu máu xảy ra chậm hơn, trong vài ngày, trẻ có biểu hiện da xanh, niêm mạc nhợt, mệt lả, chán ăn, tiến triển có biểu hiện suy tim.

Có thể đánh giá nhanh mức độ thiếu máu, nhất là thiếu máu do mất máu cấp bằng lâm sàng. Trường hợp thiếu máu mà chưa ảnh hưởng nhiều đến tuần hoàn, số lượng máu mất khoảng 10% khối lượng tuần hoàn; nếu có triệu chứng hạ huyết áp, số lượng máu mất khoảng 20% khối lưng tuần hoàn; nếu có biểu hiện sốc, khối lượng máu mất tới 30 - 40% khối lượng tuần hoàn.

Nếu xét nghiệm được nhanh lượng hemoglobin:

Hemoglobin dưới 60g/l: thiếu máu nặng.

Hemoglobin từ 60 - 90g/l: thiếu máu trung bình.

Hemoglobin từ 90 - 110g/l: thiếu máu nhẹ.

1.2. Điều trị bước đầu

– Đặt bệnh nhân yên tĩnh, ủ ấm, thoáng khí, cho nằm đầu thấp để đề phòng thiếu oxy não.

– Nếu thiếu máu cấp do chảy máu nhiều phải thực hành nhanh:

+ Cầm máu tại chỗ.

+ Chống và phòng sốc (xem bài Chảy máu nặng).

– Nếu thiếu máu cấp không có biểu hiện sốc, hay sau khi thực hành chống sốc, bệnh nhân thoát sốc, nên chuyển bệnh nhân đến tuyến có khả năng truyền máu để tìm nguyên nhân và xử trí tiếp theo.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIẾP THEO

2.1. Chẩn đoán nguyên nhân

• *Nguyên nhân thiếu máu cấp phần lớn là do chảy máu cấp và tan máu cấp*

– Các nguyên nhân chảy máu cấp thường do:

+ Chấn thương, tai nạn, vỡ lách, vỡ khung chậu.

+ Tai biến mạch máu, vỡ phình mạch, vỡ giãn mạch máu thực quản.

+ Rối loạn cầm máu, giảm tiểu cầu, hemophilia, giảm prothrombin, gây xuất huyết tiêu hoá, xuất huyết trong sọ.

– Các nguyên nhân tan máu cấp thường gặp:

+ Tan máu tự miễn.

+ Tan máu do thiếu hụt gluco-6-phosphatdehydrogenase (G6PD).

+ Nhiễm độc thuốc, nọc độc rắn.

+ Sốt rét.

+ Hội chứng tan máu - urê huyết cao.

• *Có thể hướng tới nguyên nhân thiếu máu cấp bằng cách dựa vào lâm sàng*

– Nếu có kèm theo triệu chứng chảy máu dễ thấy, hay nghi có triệu chứng chảy máu ở sâu thì thiếu máu cấp do mất máu.

– Nếu có kèm theo triệu chứng vàng da, nước tiểu sẫm màu nghi do hemoglobin niệu, có hoặc không có lách to thì nghi thiếu máu cấp do tan máu cấp.

– Trường hợp thiếu máu cấp mà không thấy có biểu hiện chảy máu cũng nên nghi ngờ là có tan máu.

– Trường hợp thiếu máu xảy ra tương đối nhanh, có kèm theo triệu chứng bầm máu ở da, đau xương, nên nghi là thiếu máu do nguyên nhân tại tuỷ xương, nhưng có thâm nhiễm tuỷ xương.

• *Xét nghiệm chẩn đoán*

– Công thức máu, hồng cầu lưới là xét nghiệm đầu tiên, trong vòng 30 phút cho kết quả, giúp đánh giá mức độ thiếu máu và hướng chẩn đoán nguyên nhân:

+ Hemoglobin dưới 60g/l là thiếu máu nặng, từ 60 - 90g/l là thiếu máu vừa, từ 90 -110g/l là thiếu máu nhẹ.

+ Nếu hemoglobin giảm, bạch cầu bình thường, hồng cầu lưới tăng nhiều thường do thiếu máu tan máu, nếu lâm sàng không có chảy máu.

+ Nếu hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu lưới cùng giảm, có thể nghi thiếu máu do kém sản sinh tại tuỷ.

– Xét nghiệm nhóm máu để xử trí truyền máu kịp thời nếu cần.

– Bilirubin tự do, tăng khi có tan máu.

– Nghiệm pháp Coombs trực tiếp, gián tiếp để xác định tan máu do miễn dịch.

– Urê, điện giải đồ, giúp ích cho chẩn đoán nguyên nhân và xử trí.

– Xét nghiệm nước tiểu tìm hemoglobin và phân tìm chứng cứ chảy máu.

2.2. Điều trị tiếp theo

– Truyền máu sớm, trừ trường hợp chảy máu nặng, truyền khối hồng cầu 10 - 15ml/kg cân nặng. Một số trường hợp thiếu máu cấp do tan máu tự miễn, phản ứng chéo đôi khi dương tính với mọi nhóm máu, hoặc có hiện tượng tự ngưng kết, rất khó xác định nhóm máu, nên truyền khối hồng cầu rửa nhóm O và tham khảo thêm ý kiến của một trung tâm truyền máu.

– Điều trị theo nguyên nhân gây thiếu máu cấp:

+ Thiếu máu cấp do chảy máu (xem bài Chảy máu nặng).

+ Thiếu máu cấp do tan máu tự miễn:

Methylprednison liều cao 5-20mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch, chia 3 lần hay prednison 2-10mg/kg/ngày uống, trong 2-3 ngày, sau đó dùng liều bình thường 2mg/kg/ngày, uống đến khi hết biểu hiện tan máu, nước tiểu trong bình thường, không thiếu máu thêm.

+ Các trường hợp do thiếu G6PD, ngộ độc thuốc, phải loại bỏ ngay các thuốc nghi ngờ gây ngộ độc, hướng dẫn cho bố mẹ của trẻ không nên dùng một số thuốc dễ gây thiếu máu cho bệnh nhân thiếu G6PD, có bệnh hemoglobin không ổn định.

+ Điều trị sốt rét nếu thiếu máu do sốt rét.

+ Bổ sung acid folic 5mg/ngày, uống cho các trường hợp thiếu máu do tan máu.

+ Trường hợp tan máu cấp ở trẻ sơ sinh, cần phải điều trị tăng bilirubin tự do để phòng vàng da nhân (xem bài Điều trị vàng da do tăng bilirubin tự do ở sơ sinh).

THIẾU MÁU THIẾU SẮT

Thiếu máu thiếu sắt có đặc điểm là thiếu máu nhược sắc, sắt và ferritin huyết thanh giảm. Thiếu máu thiếu sắt rất phổ biến và là thiếu máu dinh dưỡng chủ yếu ở trẻ em.

1. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và xét nghiệm huyết học, sinh hóa.

1.1. Lâm sàng

– Thiếu máu xảy ra từ từ, mức độ thường nhẹ đến vừa, ít khi thiếu máu nặng, da xanh, niêm mạc nhợt; móng tay và móng chân nhợt nhạt, có thể có khía dễ gãy.

– Kèm theo thiếu máu có một số biểu hiện:

+ Trẻ mệt mỏi, ít vận động, chậm phát triển, với trẻ lớn học kém tập trung.

+ Chán ăn, viêm teo gai lưỡi, kém hấp thu.

+ Mạch nhanh, tim to ra.

+ Thở nhanh.

1.2. Xét nghiệm

- Hemoglobin giảm.
- Hồng cầu nhỏ, nhược sắc: MCV < 80fl
  MCH < 27pg
  MCHC < 300g/L
  RDW >17.
- Sắt huyết thanh <9µmol/L.
- Ferritin huyết thanh <12ng/ml
- Chỉ số bão hòa sắt <16%
- Porphyrin tự do hồng cầu > 400mg/L

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Bổ sung sắt

- Uống chế phẩm sắt, tốt nhất là sulfat sắt:

4-6mg Fe/kg/ngày, trong 6-8 tuần lễ.

Nếu đúng là thiếu máu thiếu sắt:

Sau 5-10 ngày: Hồng cầu lưới tăng,
Hemoglobin tăng 2,5-4,0g/L/ ngày.

Trên 10 ngày: Hemoglobin tăng 1,0-1,5g/L/ ngày.

- Tiêm trong trường hợp không thể uống được, không hấp thu được:

$$\text{Lượng Fe (mg) tiêm} = \frac{\text{Hb (bt)} - \text{Hb (bn)}}{100} \times V\ (ml) \times 3,4 \times 1,5$$

Hb (bt): Hemoglobin bình thường (12g/dL)

Hb (bn): Hemoglobin bệnh nhân

V (ml): 80ml/kg.

3,4: 1g Hb cần 3,4mg Fe

1,5: Thêm 50% cho sắt dự trữ.

- Thêm vitamin C 50-100mg/ngày để tăng hấp thu sắt.

2.2. Truyền máu, chỉ định khi

- Hb < 50g/L
- Cần nâng nhanh lượng Hb (cần phẫu thuật, nhiễm khuẩn nặng).
- Suy tim do thiếu máu nặng.

2.3. Điều trị bệnh gây thiếu sắt

- Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng.
- Điều trị các bệnh mạn tính đường ruột gây kém hấp thu sắt.
- Điều trị các nguyên nhân mất máu mạn tính.

2.4. Tư vấn dinh dưỡng, dự phòng thiếu máu thiếu sắt

- Bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu sau sinh.
- Bổ sung sữa có bổ sung sắt nếu không có sữa mẹ.
- Thức ăn bổ sung có nhiều sắt và vitamin C (từ động vật và thực vật)
- Bổ sung sắt cho trẻ sinh thấp cân:

Với trẻ: 2,0-2,5 kg: 1mg/kg/ngày

1,5-2,0 kg: 2mg/kg/ngày

1,0-1,5 kg: 3mg/kg/ngày

< 1,0 kg: 4mg/kg/ngày

THIẾU MÁU TAN MÁU TỰ MIỄN

Thiếu máu tan máu tự miễn là thiếu máu do cơ thể tự sinh ra kháng thể kháng lại trực tiếp với kháng nguyên hồng cầu.

Bệnh thường xảy ra phối hợp với một số bệnh nhiễm khuẩn như viêm gan, viêm phổi do virus, tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, hoặc trên cơ sở bị một số bệnh như u lympho, Hodgkin, lupus ban đỏ, hội chứng suy giảm miễn dịch.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- *Thể cấp*

- Ít xảy ra ở trẻ < 1 năm.
- Bệnh đột ngột.
- Thiếu máu.
- Vàng da, củng mạc mắt vàng.

– Lách to nhanh hoặc không to.

– Có thể đái Hb niệu.

• *Thể mạn*

– Bệnh kéo dài, cơn tan máu tiếp tục, tái diễn nhiều tháng, nhiều năm.

– Lách to.

1.2. Xét nghiệm

– Máu ngoại biên:

+ Hb giảm

+ Số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm.

+ Số lượng tiểu cầu bình thường (đôi khi giảm, gặp trong hội chứng Evans).

+ Hồng cầu lưới tăng.

– Bilirubin toàn phần và gián tiếp tăng.

– Nước tiểu: urobilinogen dương tính, Hb niệu có thể dương tính nếu tan máu trong mạch.

– Nghiệm pháp Coombs trực tiếp dương tính, đôi khi nghiệm pháp Coombs gián tiếp cũng dương tính. Kháng thể tự miễn phần lớn thuộc nhóm IgG (85%), ngoài ra có thể thuộc nhóm IgM, C_3, do đó cần tiến hành nghiệm pháp Coombs đơn giá với các loại kháng thể trên.

– Cần xét nghiệm urê, creatinin máu: có thể bình thường, hoặc tăng trong hội chứng huyết tán - urê huyết cao, để phát hiện biến chứng thận do tan máu trong mạch.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị bệnh cơ bản là quan trọng

2.2. Điều trị ức chế miễn dịch

– Corticoid: solu-medrol 5-10mg/kg/24 giờ trong 3-5 ngày. Sau đó dùng tiếp prednisolon 2mg/kg/ngày cho đến khi triệu chứng tan máu ngừng thì giảm liều và ngừng thuốc (thông thường khoảng 2-4 tuần).

– Trường hợp corticoid không kết quả có thể cho: zathioprin hoặc cyclophosphamid, cyclosporin A.

2.3. Điều trị hỗ trợ

– Truyền máu: hạn chế truyền máu. Truyền khi Hb dưới 50g/L hoặc khi có biến chứng do thiếu máu gây ra.

– Truyền khối hồng cầu: 10-15ml/kg.

+ Trường hợp không định được nhóm máu do máu bệnh nhân tự ngưng kết, chỉ định truyền hồng cầu nhóm "O".

– Trường hợp tan máu cấp có biểu hiện thận, Hb niệu:

+ Truyền dịch: glucose 10%, natri clorua 9‰ theo tỉ lệ 3/1 hay ringer lactat 50-100ml/kg/ngày.

+ Lasix 2mg/kg/ngày: 2-3 ngày.

2.4. Cắt lách: Chỉ định khi:

– Bệnh kéo dài mạn tính, xuất hiện nhiều đợt cấp nặng.

– Điều trị nội khoa không kết quả.

– Lách to.

BETA- THALASSEMIA

(β đồng hợp tử và bệnh HbE/ β thalassemia)

Thalasemia là hội chứng bệnh di truyền về Hb, do thiếu hụt tổng hợp mạch polypeptid trong globin của Hb.

– β thalassemia: thiếu tổng hợp mạch β.

– Bệnh HbE/β thalassemia: thiếu tổng hợp mạch β và có HbE.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Thiếu máu tan máu mạn tính: da xanh, vàng da, lách to.

1.2. Xét nghiệm

– Huyết đồ: Hb giảm, hồng cầu lưới tăng, HC nhược sắc, biến dạng hình bia và giọt nước.

– Sức bền thẩm thấu HC tăng.

- Sinh hóa: Bilirubin tự do tăng > 6mg/l.
  Urobilirubin niệu (+).
- Điện di có Hb bất thường:

+ β thalassemia đồng hợp tử: HbF > 10% với trẻ > 1 tuổi, có thể tới 90%.
  > 25% với trẻ từ 6 tháng - 1 tuổi.

+ β thalassemia/HbE: HbF > 10%
  HbE (+)

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị thiếu máu

- Truyền máu khi Hb < 80g/l, nên duy trì Hb > 100g/l.
- Loại máu truyền: khối hồng cầu.
- Liều lượng truyền: 10 - 20ml/kg.
- Thời gian truyền: trong vòng 4 giờ.

(Trường hợp thiếu máu quá nặng, có suy tim: nên truyền liều lượng thấp, tốc độ từ từ, kèm theo lợi tiểu lasix 0,5 - 1mg/kg).

2.2. Điều trị nhiễm sắt

Khi ferritin huyết thanh > 1000µg /l.

Thuốc: gồm 2 loại: tiêm và uống

- Loại tiêm: desferal (Deferrioxamin B).

+ Chế phẩm: ống 0,5g, dạng bột trắng.

+ Liều lượng:

30-50mg/kg/8 giờ, tuần 5 lần, dưới da.

50-100mg/kg/8 giờ, TM nếu suy tim cấp do nhiễm độc sắt.

+ Tác dụng phụ: đau tại chỗ tiêm, sưng nề, ít khi gặp phản ứng dị ứng, chậm nhịp tim, tăng hoặc giảm huyết áp.

Nếu dùng lâu dài có thể giảm thị lực và thính lực.

+ Theo dõi: định lượng ferritin 3 tháng/l.

- Loại uống: Kelfer

+ Chế phẩm: viên nang 0,25g và 0,5g.

+ Liều lượng: 25- 75mg/kg/ngày, uống chia 2- 3 lần.

+ Tác dụng phụ: hiếm gặp: buồn nôn, mệt mỏi, ra mồ hôi trộm, có thể đau khớp đặc biệt khi dùng liều cao kéo dài.

+ Theo dõi: định lượng ferritin 3 tháng/l để điều chỉnh liều.

2.3. Thuốc phụ trợ khác

- Vitamin E: viên 400 đơn vị.

Liều dùng: ngày 1 viên

Tác dụng: bảo vệ tế bào chống stress oxy hóa.

- Acid folic: viên nén 5mg, ngày 2- 3 viên.

- Kẽm: 1- 2mg/ ngày.

- Vitamin C: chỉ cho trong trường hợp được thải sắt đều theo đúng phác đồ, và bắt đầu sau 2 tuần thải sắt.

Liều dùng: 150 - 250mg/ngày, cho quá liều này sẽ gây ngộ độc cơ tim.

Tác dụng: bổ sung tình trạng thiếu vitamin C của cơ thể người bệnh Thalassemia, tăng tác dụng thải sắt của desferal và kelfer.

- Hydroxyurea:

+ Viên nén 0,5g

+ Liều dùng: 15 - 20mg/kg ngày, uống.

+ Tác dụng: tăng tổng hợp HbF, được chỉ định ở β Thalassemia/HbE nhằm kéo dài đời sống hồng cầu.

+ Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hóa, ức chế tuỷ gây giảm bạch cầu hạt và tiểu cầu.

2.4. Phẫu thuật cắt lách

- Khi có biểu hiện cường lách làm tăng thiếu máu (nhu cầu truyền máu tăng).

- Trẻ trên 5 tuổi.

SUY TUỶ XƯƠNG

Suy tuỷ xương là tình trạng giảm sinh các tế bào máu ở tuỷ, có thể giảm sinh một hay cả ba dòng tế bào tuỷ, bẩm sinh hay mắc phải. Ở đây chỉ trình bày suy tuỷ xương toàn bộ không rõ nguyên nhân.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Biểu hiện triệu chứng giảm toàn bộ tế bào máu ngoại biên:

– Thiếu máu: từ từ, mức độ thường nặng, khó hồi phục.

– Xuất huyết: có đặc điểm của xuất huyết do giảm tiểu cầu, chấm, nốt, mảng bầm máu ở da, chảy máu ở niêm mạc, có thể ở nội tạng.

– Dễ bị nhiễm khuẩn, do giảm bạch cầu.

– Gan, lách, hạch không to.

1.2. Xét nghiệm huyết học

• *Máu ngoại biên*

– Hồng cầu: giảm nhiều, MCV, MCH, MCHC ở giới hạn bình thường, đẳng sắc, hồng cầu lưới giảm < 0,5%.

– Hb giảm nặng.

– Bạch cầu: giảm số lượng, chủ yếu giảm bạch cầu hạt trung tính, tăng tỷ lệ bạch cầu lympho, không có nguyên bạch cầu.

– Tiểu cầu giảm nhiều, thường dưới 50 x 10^9/l.

• *Máu tuỷ*

– Số lượng tế bào tuỷ giảm < 30 x 10^9/l.

– Tỷ lệ 3 dòng tế bào tuỷ giảm: dòng hồng cầu dưới 15%, dòng bạch cầu tuỷ giảm dưới 40%, thường không gặp mẫu tiểu cầu.

– Các tế bào tuỷ chủ yếu là tế bào trưởng thành, tế bào non và trung gian ít hoặc không có.

– Không có tế bào bất thường di căn vào tuỷ.

• *Sinh thiết tuỷ:* (nếu có điều kiện): tuỷ xơ hoá, ổ tạo máu rất ít, tuỷ nhiễm mỡ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị hỗ trợ

– Chống thiếu máu: truyền khối hồng cầu, cố duy trì Hb > 80g/l.

– Tránh chảy máu ở các bộ phận nguy hiểm (chảy máu nội sọ, phổi, tiêu hoá) truyền khối tiểu cầu, duy trì tiểu cầu > 30 x 10^9/l.

– Đề phòng nhiễm khuẩn:

+ Đảm bảo vệ sinh, chăm sóc răng miệng, không cặp nhiệt độ hậu môn, không để xước da, niêm mạc.

+ Nếu có sốt, cần tìm kỹ ổ nhiễm khuẩn, cấy các dịch nghi nguồn bệnh, cho kháng sinh có tác dụng cả với vi khuẩn Gram dương và âm.

2.2. Điều trị đặc hiệu

Trong điều kiện chưa thực hiện được ghép tuỷ xương và chưa có ATG (Antithymocyte globulin) điều trị như sau:

– Methylprednisolon liều cao, tiêm tĩnh mạch:

Ngày 1 - 3: 20mg/kg/ngày

Ngày 4 - 7: 10mg/kg/ngày

Ngày 8 - 11: 5mg/kg/ngày

Ngày 12 - 20: 2mg/kg/ngày

Ngày 21 - 30: 1mg/kg/ngày

Duy trì: 0,1 - 0,2mg/kg/ngày.

Nếu có đáp ứng, duy trì 3 - 6 tháng

Nếu không đáp ứng chuyển điều trị cyclosporin A.

– Cyclosporin A: 8-10mg/kg/ngày x 14 ngày sau đó giảm liều dần trong 2 tuần, duy trì 2mg/kg/ngày trong 3 tháng.

– G-CSF (Granulocyte - colony - Stimulating Factor) hay GM-CSF: phối hợp với methylprednisolon hay cyclosporin A: 5µg/kg/ngày tiêm dưới da trong vòng 2 tuần.

– Có thể phối hợp androgen và prednisolon:

Mythyltestosteron (Propionat testosterone)

Uống 2 - 5mg/kg/ngày

Tiêm bắp 1 - 2mg/kg/tuần

Prednisolon 2mg/kg/ngày, uống cách ngày.

Thời gian 3 tháng.

– Phẫu thuật cắt lách: chỉ định cho trẻ > 10 tuổi, điều trị bằng các biện pháp trên 6 tháng không kết quả.

2.3. Theo dõi điều trị

• *Trong thời gian nằm viện*

– Theo dõi tình trạng thiếu máu, xuất huyết, nhiễm trùng.

– Kiểm tra công thức máu tuần 1 lần, kiểm tra tuỷ đồ sau 1 tháng điều trị.

– Theo dõi tác dụng phụ của thuốc: hội chứng Cushing, nam hoá nếu điều trị androgen.

• *Theo dõi ngoại trú*

– Nếu bệnh nhân có Hb > 80g/l, tiểu cầu > 30 x 10^9/l, không có xuất huyết.

– Khám định kỳ 1 tháng/1 lần, kiểm tra công thức máu 1 tháng/lần.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU TỰ PHÁT

Ban xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát (ITP) là các trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu tiên phát, không rõ nguyên nhân, loại trừ các trường hợp giảm tiểu cầu thứ phát sau một bệnh rõ ràng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Bệnh xảy ra từ từ, hoặc nhanh, cấp hoặc mạn tính.

– Xuất huyết:

+ Dưới da: chấm, nốt, mảng bầm máu.

+ Niêm mạc: chảy máu mũi, lợi, chân răng.

+ Nội tạng: não, màng não, phổi, tiêu hoá, tiết niệu, sinh dục (đa kinh, rong kinh).

+ Thiếu máu tương xứng với mức độ chảy máu.

+ Gan, lách, hạch không to.

1.2. Cận lâm sàng

- Máu chảy kéo dài.
- Số lượng tiểu cầu dưới 100 x 10^9/l.
- Tuỷ đồ bình thường hoặc tăng mẫu tiểu cầu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị đặc hiệu

- *Trường hợp cấp*

- Số lượng tiểu cầu < 20 x 10^9/l

Solumedrol 5mg/kg/ngày trong 5 ngày

Sau đó prednisolon 2mg/kg/ngày trong 2 tuần

Rồi giảm liều và ngừng thuốc sau 4 tuần.

- Số lượng tiểu cầu > 20 x 10^9/l

Prednisolon 2mg/kg/ngày trong 3 tuần.

Rồi giảm liều và ngừng thuốc sau 4 tuần.

- *Trường hợp mạn tính:* giảm tiểu cầu dai dẳng trên 6 tháng.

- Số lượng tiểu cầu < 50 x 10^9/l.

+ Xuất huyết nặng:

Dùng lại một đợt như xuất huyết giảm tiểu cầu cấp hoặc Immunoglobulin tiêm tĩnh mạch 1g/kg/ngày truyền chậm 8 - 12 giờ trong 2 ngày.

Sau đó kết hợp dùng các thuốc giảm miễn dịch khác như:

Azathioprin 2mg/kg/ngày trong 3 - 4 tháng hoặc

Sandimum neoral 2mg/kg/ngày trong 4 - 6 tháng.

+ Xuất huyết nhẹ:

Prednisolon 0,1mg/kg/ngày.

Kết hợp với các thuốc miễn dịch khác (azathioprin, sandimum neoral).

- Số lượng tiểu cầu > 50 x 10^9/l, không xuất huyết:

Không dùng thuốc.

Theo dõi định kỳ.

Hạn chế hoạt động mạnh như thể dục thể thao.

– Chỉ định cắt lách:

+ Có nhiều đợt xuất huyết nặng đe doạ tính mạng.

+ Dùng thuốc không đáp ứng sau 6 tháng.

+ Trẻ trên 5 tuổi.

2.2. Điều trị hỗ trợ

– Cầm máu tại chỗ:

+ Chảy máu mũi: nhét gạc hoặc gelaspon mũi trước.

+ Rỉ máu chân răng: ép chặt bông có tẩm adrenalin vào nơi chảy máu.

– Truyền khối tiểu cầu:

Khi xuất huyết nặng: tiêu hoá, thận, tiết niệu.

1đv/5 - 10kg cân nặng.

2.3. Chăm sóc và theo dõi

– Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động.

– Vệ sinh răng miệng.

– Tránh ăn những thức ăn gây xước niêm mạc miệng, lưỡi như mía.

– Theo dõi tình trạng xuất huyết, mức độ mất máu.

– Hẹn khám định kỳ.

HEMOPHILIA

Hemophilia là bệnh chảy máu do thiếu yếu tố đông máu VIII hoặc IX. Thiếu yếu tố VIII là hemophilia A, thiếu yếu tố IX là hemophilia B. Bệnh có tính chất di tryền lặn liên kết với nhiễm sắc thể giới tính X.

1. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và xét nghiệm cầm máu.

1.1. Lâm sàng

– Biểu hiện chủ yếu là xuất huyết. Xuất huyết có thể xảy ra sớm từ thời sơ sinh, thường tụ máu dưới da đầu, chảy máu nội sọ. Đa số biểu hiện xuất huyết khi trẻ vận động nhiều, lúc biết bò, đi. Xuất huyết có thể tự nhiên hoặc sau chấn thương nhẹ. Đặc điểm xuất huyết là đám bầm máu dưới da, tụ máu trong cơ, chảy máu ở khớp, đôi khi có tiểu máu.

– Bệnh chỉ xảy ra ở trẻ trai, khai thác tiền sử gia đình có thể thấy có anh em trai, các cậu bác bên ngoại, hoặc con trai của chị em gái của mẹ bị bệnh giống bệnh nhân.

1.2. Xét nghiệm cầm máu

– Thời gian đông máu kéo dài.

– APTT dài

– Thời gian máu chảy,tiểu cầu, PT bình thường.

– Định lượng yếu tố VIII hoặc IX thấy giảm.

+ Thiếu yếu tố VIII là hemophilia A.

+ Thiếu yếu tố IX là hemophilia B.

1.3. Phân loại thể bệnh

– Yếu tố VIII/ IX < 1%: thể nặng.

– Yếu tố VIII/ IX 1-5%: thể vừa.

– Yếu tố VIII/ IX 5-30%: thể nhẹ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị thay thế

Truyền yếu tố VIII, cho hemophilia A và yếu tố IX cho hemophilia B. Khi đương có xuất huyết phải nâng yếu tố VIII lên 35-45%, yếu tố IX lên 25-30%, trường hợp chảy máu đe dọa tính mạng hay cần phẫu thuật phải nâng yếu tố VIII/IX lên 100%. Nói chung 1 đơn vị yếu tố VIII/IX có thể nâng yếu tố VIII/IX lên 2%/1,6%.

– Trường hợp chảy máu khớp, da, cơ, mũi, miệng:

Yếu tố VIII: 20-25 đơn vị/kg/12 giờ đến khi giảm xuất huyết

Yếu tố IX: 30 đơn vị/kg/24 giờ đến khi cầm chảy máu.

– Trường hợp xuất huyết tiêu hóa, nội sọ, tiểu máu, cần phẫu thuật:

Yếu tố VIII: 50 đơn vị/kg/12giờ x 3 ngày, sau đó 24 giờ/lần trong 7 ngày.

Yếu tố IX: 75 đơn vị/kg/12giờ x 3 ngày, sau đó 24 giờ/lần trong 7 ngày.

Có thể sử dụng yếu tố VIII/IX cô đặc hay tủa lạnh VIII. Trường hợp không có sẵn các chế phẩm này dùng huyết tương tươi 20ml/kg/lần, nhắc lại ngày sau cho đến khi ngừng xuất huyết.

2.2. Điều trị hỗ trợ

– Prednison 2mg/kg/ngày x 3 - 5 ngày cho trẻ có chảy máu khớp.

– EACA (ε-aminocaproic acid) 50mg/kg/6giờ x 7 ngày cho trẻ có chảy máu mũi - miệng.

– DDAVP (1-Deamino-D-Arginin-Vasopressin): điều trị thay thế cho hemophilia A thể nhẹ: 0,3 - 0,4μg/kg trong 30-50ml NaCl 0,9% trong 15-20 phút, dùng cách ngày.

3. CHĂM SÓC, PHÒNG CHẢY MÁU TÁI DIỄN

– Chăm sóc để tránh mọi chấn thương.

– Tránh dùng các thuốc aspirin, kháng histamin, thuốc tiêm bắp.

– Giữ khớp ở tư thế dễ vận động, phối hợp điều trị phục hồi chức năng vận động khớp.

– Điều trị dự phòng xuất huyết tái diễn bằng cách bổ sung định kỳ yếu tố VIII hoặc IX.

– Theo dõi và dự phòng các bệnh lây truyền theo đường máu, như viêm gan B, C, HIV, nên cho trẻ tiêm phòng viêm gan.

ĐÔNG MÁU RẢI RÁC TRONG MẠCH

Đông máu rải rác trong mạch (ĐMRRTM) là một tình trạng bệnh đông máu mắc phải do nhiều nguyên nhân, với đặc điểm hình thành nhiều cục máu đông ở vi tuần hoàn, tiêu thụ nhiều yếu tố đông máu (I, II, V, VIII) và tiểu cầu, cuối cùng là chảy máu. Hậu quả ĐMRRTM khá nặng nề:

– Tổn thương cơ quan do hậu quả của chảy máu và nhồi máu, thường gặp xuất huyết tiêu hoá, tiểu máu, xuất huyết ở hệ thần kinh trung ương, gây rối loạn ý thức, ngừng thở, co giật và hôn mê, xuất huyết phổi.

– Ban xuất huyết bạo phát, ban xuất huyết hoại tử ở da và niêm mạc.

– Rối loạn tuần hoàn, sốc.

– Tử vong do xuất huyết và sốc.

1. CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU

1.1. Chẩn đoán bước đầu

Đông máu rải rác trong mạch xảy ra thứ phát trong nhiều bệnh dễ gây hoạt hoá quá trình đông máu. Triệu chứng lâm sàng để hướng tới chẩn đoán ĐMRRTM là một số triệu chứng đặc hiệu của rối loạn đông máu xảy ra đồng thời, cộng thêm với các triệu chứng của bệnh chính.

1.1.1. Một số biểu hiện lâm sàng của ĐMRRTM

– Các triệu chứng xuất huyết và huyết khối xảy ra đồng thời như có các chấm xuất huyết, ban xuất huyết hoại tử ở da và tổ chức dới da, tím ngoại biên, có thể có biểu hiện hoại tử đầu chi, hoại tử do thiếu máu cục bộ ở da, tiểu máu, phân có máu, co giật, hôn mê do nhồi huyết não.

– Chỗ tiêm chích, làm thủ thuật hay ở các vị trí chấn thương bị bầm máu, chảy máu kéo dài.

1.1.2. Các triệu chứng của bệnh chính gây ĐMRRTM

Triệu chứng thay đổi tuỳ theo bệnh chính gây ĐMRRTM. Các bệnh dễ gây ĐMRRTM trong nhi khoa như sau:

– Bệnh nhiễm khuẩn, nhất là nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn toàn thể:

+ Do vi khuẩn:

Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm.

Nhiễm khuẩn huyết do màng não cầu.

Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram dương như phế cầu, tụ cầu vàng.

+ Do virus: Herpes simplex, sởi, Cytomegalovirus, Influenza.

– Sốc.

– Hội chứng suy hô hấp, ngạt sơ sinh.

– Viêm ruột hoại tử.

– Chấn thương:

Đa chấn thương

Bỏng

Rắn cắn

Chấn thương do nhiệt.

– Bệnh ác tính, lơxêmi cấp thể tiền tuỷ bào.

– U mạch lớn.

Tan máu trong mạch: Truyền máu không cùng nhóm máu;
Tan máu tự miễn.

1.2. Điều trị bước đầu

Trước hết phải điều trị ổn định bệnh nhân, ổn định các chức năng sống và điều trị các bệnh chính gây ĐMRRTM. Chú trọng điều trị sốc, tình trạng thiếu oxy, suy hô hấp, điều trị nhiễm khuẩn. Điều trị tốt các bệnh chính, tình trạng ĐMRRTM cũng ngừng và thuyên giảm.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIẾP THEO

Tiếp tục điều trị các bệnh chính, tiến hành xét nghiệm để chẩn đoán xác định ĐMRRTM và điều trị tình trạng ĐMRRTM. Chuyển bệnh nhân tới khoa hồi sức cấp cứu, phối hợp với các nhà huyết học cùng điều trị.

2.1. Xét nghiệm chẩn đoán ĐMRRTM

2.1.1. Máu ngoại biên

– Hồng cầu, hemoglobin có thể giảm do chảy máu hay tan máu. Có nhiều hồng cầu mảnh (fragmented red cells) do hậu quả tan máu từ vi mạch (microangiopathy).

– Tiểu cầu giảm, có thể < 50.000 /µl.

2.1.2: Xét nghiệm đông máu

– PTT (thời gian sinh thromboplastin riêng phần) kéo dài, do tiêu thụ nhiều yếu tố đông máu (fibrinogen, II, V, VIII).

– PT (thời gian prothrombin) kéo dài (giảm II, VII, IX, X).

– Fibrinogen giảm <1,5g/l.

– Có nhiều sản phẩm giáng hoá fibrin (FDP), thường > 40µg/ml.

– D-Dimer (+).

– AT III (Antithrombin III) giảm.

– Khi tình trạng ĐMRRTM ngừng thì các yếu tố đông máu trở về bình thờng (fibrinogen, yếu tố VIII trở về bình thường trong 24 - 48 giờ, tiểu cầu trở về bình thờng sau 7 - 14 ngày).

2.2. Điều trị ĐMRRTM

* Truyền máu tươi toàn phần hay khối hồng cầu nếu có chảy máu nhiều, máu tươi toàn phần 20 - 30ml/kg, khối hồng cầu 10ml/kg.

* Điều trị thay thế các yếu tố đông máu:

– Huyết tương tươi đông lạnh (FFP: Fresh Frozen Plasma) để bổ sung fibrinogen, yếu tố II, V, VIII: 10-15ml/kg, có thể truyền nhắc lại tuỳ theo tình trạng đông máu.

– Tủa lạnh để bổ sung fibrinogen, yếu tố VIII, chỉ định khi điều trị FFP không đáp ứng: 1đv/3kg trẻ nhỏ, 1đv/5kg trẻ lớn, có thể nâng nồng độ fibrinogen trên 100mg/100ml, đủ để cải thiện đông máu.

– Khối tiểu cầu: 1đv khối tiểu cầu/5kg cơ thể, có thể nâng tiểu cầu lên 50.000/mm^3 đến 100.000/mm^3.

* Điều trị heparin:

– Chỉ định khi có biểu hiện huyết khối lan toả rộng hay chảy máu cấp mà không kiểm soát được bằng biện pháp điều trị thay thế và điều trị tích cực bệnh chính, biểu hiện lâm sàng có:

+ Ban xuất huyết bạo phát (purpura fulminans);

+ Có mảng xuất huyết hoại tử da;

+ Rối loạn chức năng não, thận, tim, phổi do huyết khối bít tắc;

+ Lơxêmi cấp thể tiền tuỷ bào.

– Nên sử dụng heparin bằng truyền tĩnh mạch liên tục:

+ Tiêm tĩnh mạch liều đầu 50 đơn vị/kg.

+ Truyền giỏ giọt tĩnh mạch liên tục tiếp theo 10 - 15 đơn vị/kg/giờ, với trường hợp có ban xuất huyết bạo phát 20 - 25 đơn vị/kg/giờ.

+ Nếu tiêm trực tiếp tĩnh mạch, 50 đơn vị/kg, cứ 4 giờ một lần.

Theo dõi hiệu quả điều trị heparin bằng cách định lượng fibrinogen và số lượng tiểu cầu thấy tăng dần và biểu hiện lâm sàng cải thiện tốt lên.

– Với trẻ sơ sinh: nếu không đáp ứng với các biện pháp trên, có thể chỉ định thay máu.

BẠCH CẦU CẤP

Bạch cầu cấp là bệnh ác tính phổ biến nhất trong các bệnh ung thư ở trẻ em (45% các trường hợp ung thư). Điều trị bạch cầu cấp rất khó khăn, song tỉ lệ lui bệnh khá cao, bạch cầu cấp đã được coi là bệnh chữa được, nhất là đối với thể lympho không có nguy cơ cao.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng, huyết học, miễn dịch và di truyền học.

1.1. Chẩn đoán xác định

- *Lâm sàng:* sốt, thiếu máu, xuất huyết, gan - lách- hạch to, đau xương.
- *Huyết học*

– Huyết đồ: Hb giảm, tiểu cầu giảm, có nhiều nguyên bạch cầu.

– Tủy đồ: tăng sinh dòng bạch cầu, nguyên bạch cầu trên 25%, lấn át các dòng tế bào tủy khác.

1.2. Chẩn đoán phân loại

- *Theo FAB*

+ Bạch cầu cấp dòng lympho: L1, L2, L3

+ Bạch cầu cấp dòng tuỷ: M0, M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7.

– Theo miễn dịch học: dựa vào dấu ấn miễn dịch CD.

– Theo di truyền tế bào: dựa vào sự chuyển đoạn, mất đoạn nhiễm sắc thể, nhiễm sắc thể Ph_1.

– Phân loại bạch cầu cấp dòng lympho theo nguy cơ: cao và không cao

+ Nguy cơ không cao: tuổi từ 1-9 tuổi

Số lượng bạch cầu ban đầu/máu < $50x10^9$/L

Không có t(8;14) (q24;q32), t(8;22)(q24;q11).

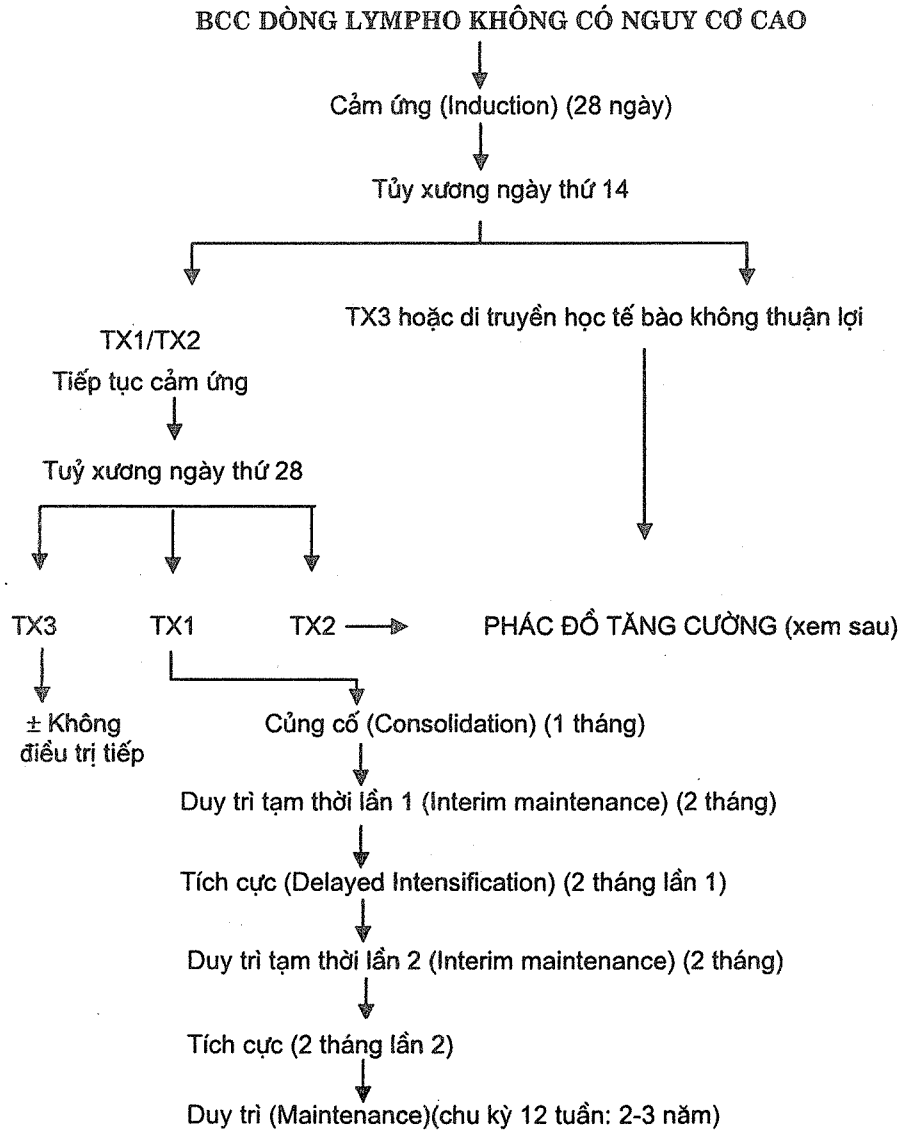
t (2;8)(q11-12;q24), u lympho Burkitt

+ Nguy cơ cao: Tuổi < 1 tuổi và trên 10 tuổi

Bạch cầu ban đầu ≥ 50 x 10^9/L

2. ĐIỀU TRỊ

Ở đây chỉ trình bày phác đồ cho bạch cầu cấp dòng lympho không có nguy cơ cao.



TX là tình trạng tủy xương của bệnh nhân với TX1: BCN ≤ 5% tế bào tủy.

TX2: BCN trên 5 đến 25% tế bào tủy.

TX3: BCN > 25% tế bào tủy

Di truyền học tế bào không thuận lợi: t(9;22)(q34;q11), t (4;11)(q21;q23), chuyển đoạn cân bằng t(1;19)(q23;p13) hoặc giảm bội thể <45 nhiễm sắc thể.

LIỀU THUỐC CHI TIẾT CHO CÁC GIAI ĐOẠN

Cảm ứng

DXM 6mg/m^2 uống hàng ngày, ngày 0-27
VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2) tiêm TM, ngày 0, 7, 14, 21
ASP 6.000 UI/m^2/lần truyền TM, ngày 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 1 mg, ngày 0, 7, 14*, 21*, 28.

** Chỉ điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm thần kinh trung ương vào lúc chẩn đoán.*

DXM: Dexamethason; VCR: Vincristin; ASP: Asparasinase; MTX: Methotrexat.

Củng cố

DXM giảm liều trong 1 tuần
6MP 75mg/m^2/ngày uống hàng ngày, ngày 0-27
VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2) tiêm TM, ngày 0
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 12mg, ngày 7, 14**, 21**
Tia xạ sọ não ♦
Tia xạ tinh hoàn °

*** Không điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm thần kinh trung ương vào lúc chẩn đoán.*

♦ Chỉ điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm thần kinh trung ương vào lúc chẩn đoán.

° Chỉ điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm tinh hoàn vào lúc chẩn đoán (dựa vào kết quả sinh thiết).

Duy trì tạm thời lần 1, 2

MTX uống 20mg/m^2, ngày 0, 7, 14, 21, 28, 35, 42, 49
6MP 75mg/m^2/ngày, uống hàng ngày, ngày 0 - 49
VCR 1,5mg/m^2 (tối đa mg/m^2) tiêm TM, ngày 0, 28
DXM 6 mg/m^2 uống hàng ngày, ngày 0-4 và 28 - 32
MTX tiêm TS 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 12mg, ngày 0*, 28

** Chỉ dùng khi điều trị giai đoạn duy trì tạm thời lần 2.*

Tích cực (2 lần)

VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2), tiêm TM, ngày 0, 7, 14
DXM 10mg/m^2 uống, ngày 0 - 6 và 14 - 20
ASP 6.000 UI/m^2/lần, truyền TM, ngày 3, 5, 7, 9, 11, 13
DOXO 25mg/m^2, truyền TM ngày 0, 7, 14
CPM 1.000mg/m^2, truyền TM ngày 28
6MP 75mg/m^2/ngày, uống hàng ngày, từ ngày 28-41
ARA-C tiêm dưới da hoặc TM 75mg/m^2/ngày, ngày 28-31 và 35-38
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10 mg; ≥ 3 tuổi: 12 mg, ngày 0, 28

DOXO: Doxorubicin; ARA-C: Aracytin - C

Duy trì

MTX uống 20mg/m^2/tuần*, ngày 7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56, 63, 70, 77
6MP 75mg/m^2/ngày* uống hàng ngày, ngày 0 - 83
VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2) tiêm TM, ngày 0, 28, 56
DXM 6mg/m^2 uống, ngày 0-4, 28-32, 56-60
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 12mg, ngày 0

** Tăng liều nếu bạch cầu hạt > 2.000/mm3 và tiểu cầu ≥ 100.000/mm3.*

LIỀU THUỐC CHI TIẾT CHO PHÁC ĐỒ TĂNG CƯỜNG

Cảm ứng (ngày 14-35)

DXM 6mg/m^2 uống hàng ngày, ngày 14-27
VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2) tiêm TM, ngày 14, 21
ASP 6.000 UI/m^2/lần truyền TM, ngày 15, 17, 19
Daunorubicin 45mg/m^2, truyền TM ngày 14, 21.
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 12mg, 21, 28*, 35**.

**Chỉ điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm thần kinh trung ương vào lúc chẩn đoán.*
*** Không điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm thần kinh trung ương vào lúc chẩn đoán.*

Củng cố (9 tuần)

CPM 1.000mg/m^2, truyền TM ngày 0, 28
6MP 75mg/m^2/ngày, uống hàng ngày, ngày 0 - 13, 28 - 41
ARA-C tiêm dưới da hoặc TM 75mg/m^2/ngày, ngày 0-3, 7-10, 28-31, 35-38
VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2), tiêm TM, ngày 14, 21, 42, 49
ASP 6.000 UI/m^2/lần, truyền TM, ngày 14, 16, 18, 20, 42, 44, 46, 48
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 12mg, ngày 7, 14♣, 21♣
Tia xạ sọ não ♦
Tia xạ tinh hoàn ♦

♣ *Không điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm thần kinh trung ương vào lúc chẩn đoán.*

♦ *Chỉ điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm thần kinh trung ương vào lúc chẩn đoán.*

♦ *Chỉ điều trị cho bệnh nhân thâm nhiễm tinh hoàn vào lúc chẩn đoán (dựa vào kết quả sinh thiết).*

Duy trì tạm thời lần 1, 2 (2 tháng)

Methotrexat 100mg/m^2, truyền TM, tăng dần thêm 50mg/m^2 tới khi có dấu hiệu độc tính xuất hiện*, ngày 0, 10, 20, 3, 40
VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2), tiêm TM, ngày 0, 10, 20, 30, 40
ASP 6.000 UI/m^2/lần, truyền TM, ngày 1, 3, 5, 7, 21, 23, 25, 27
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 12mg, ngày 0, 30

* *Bắt đầu liều duy trì tạm thời lần 2 sẽ bớt đi 50mg/m^2 so với liều tối đa đạt được ở giai đoạn duy trì tạm thời lần 1.*

Tích cực muộn (2 tháng)

VCR 1,5mg/m^2 (tối đa 2mg/m^2), tiêm TM, ngày 0, 7, 14, 42, 49
DXM 10mg/m^2 uống, ngày 0 - 6 và 14 - 20
ASP 6.000 UI/m^2/lần, truyền TM, ngày 3, 5, 7, 42, 44, 46
DOXO 25mg/m^2, truyền TM ngày 0, 7, 14
CPM 1.000mg/m^2, truyền TM ngày 28
6MP 75mg/m^2/ngày, uống hàng ngày, từ ngày 28 - 41
ARA-C tiêm dưới da hoặc TM 75mg/m^2/ngày, ngày 28-31 và 35- 38
MTX tiêm TS, 1 đến < 2 tuổi: 8mg; 2 đến < 3 tuổi: 10mg; ≥ 3 tuổi: 12mg, ngày 0, 28

Duy trì (chu kỳ 12 tuần): như phác đồ không có nguy cơ cao

Chương 10

BỆNH THẦN KINH

CO GIẬT DO SỐT

Co giật là tình trạng rối loạn tạm thời về ý thức, vận động cảm giác, thần kinh tự động do sự phóng điện đột ngột quá mức và nhất thời của một số tế bào thần kinh.

Co giật do sốt là những cơn co giật xảy ra trong quá trình một bệnh cấp tính có sốt.

1. PHÂN LOẠI

Bảng 10.1. Phân biệt hai thể co giật do sốt

Tính chất	Sốt giật đơn thuần	Sốt giật phức hợp
Tuổi	6 tháng đến 5 tuổi	Bất kỳ
Kiểu co giật	Toàn thân	Cục bộ
Thời gian	Dưới 5 phút	Trên 15 phút
Số cơn	1 cơn /ngày	Trên 2 cơn /ngày
Khám thần kinh	Bình thường	Bất thường
Yếu tố gia đình	Không	Có
Dịch não tuỷ	Bình thường	Có thể thay đổi

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Xử trí khi co giật

– Để trẻ nằm yên, tránh kích thích.

– Đặt vật mềm hay đè lưỡi giữa hai hàm răng để trẻ khỏi cắn vào lưỡi.

– Đặt đầu nằm nghiêng phải, cởi khăn hoặc nút khuy áo để trẻ dễ thở.

– Thở oxy, đếm mạch, nhịp thở.

2.2. Điều trị sốt giật đơn thuần

– Khi sốt trên 38°, hạ sốt paracetamol 15mg/kg/1 lần, uống hoặc đặt hậu môn, nhắc lại sau 5-6 giờ, không quá 60mg/kg/ngày.

– Thuốc chống co giật: khi đang co giật seduxen 0,2 - 0,3mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc diazepam 0,5mg/kg đặt hậu môn.

– Depakin 20mg/kg/uống chia 2 lần, hoặc gardenal (Phenobarbital) 5mg/kg/ngày trong những ngày sốt.

– Ngoài điều trị chống co giật, cần chú ý tìm căn nguyên, đặc biệt các tổn thương ở não - màng não, để điều trị triệt để.

2.3. Điều trị sốt giật phức tạp

– Hạ sốt như trên.

– Chống co giật seduxen 0,2 - 0,3mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc diazepam 0,5mg/kg đặt hậu môn.

– Depakin 20mg/kg chia 2 lần uống duy trì trong những ngày sốt hoặc gardenal 5mg/kg/ngày.

2.4. Điều trị nguyên nhân

2.5. Phòng sốt giật tái phát ở nhà

– Sốt giật đơn thuần: uống hạ sốt, chống giật như trên ngay khi bắt đầu sốt và trong những ngày sốt.

– Sốt giật phức hợp: ngoài uống hạ sốt, chống giật trong những ngày sốt, depakin 10mg/kg/1 lần, uống buổi sáng trong những ngày không sốt cho trẻ dưới 2 tuổi, đề phòng phát triển thành bệnh động kinh. Uống phòng bệnh trong 1-2 năm.

TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

1. ĐỊNH NGHĨA

Là trạng thái trong đó các cơn co giật liên tiếp trên 15 phút, giữa 2 cơn bệnh nhân trong tình trạng hôn mê, rối loạn thần kinh thực vật, biến đổi hô hấp, tim mạch, nội môi. Sau cơn trẻ không tỉnh trên 30 phút.

Trạng thái động kinh có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày.

2. XỬ TRÍ

– Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa (đầu cao 30 độ nếu có tăng áp lực sọ não) hoặc nằm hơi nghiêng sang phải.

– Hút đờm dãi.

– Thở oxy.

– Cặp nhiệt độ, nếu sốt cho uông paracetamol 15mg/kg/1 lần cách 5-6 giờ, không quá 60mg/kg/24 giờ.

– Tiêm tĩnh mạch seduxen 0,2 - 0,3mg/kg hoặc đặt hậu môn 0,5mg/kg.

– Nếu còn tiếp tục giật sau 5 phút tiêm tĩnh mạch nhắc lại seduxen 0,3mg/kg.

– Xét nghiệm đường máu, calci máu, điện giải đồ, khí máu nếu có điều kiện.

– Theo dõi nhịp thở, phát hiện sớm sự ức chế hô hấp, đặt nội khí quản, bóp bóng nếu ngừng thở.

– Sau 15 phút còn giật cho phenobarbital 5 -10mg/kg tiêm tĩnh mạch trong 10 phút hoặc tiêm bắp.

– Sau 20 phút không kết quả tiêm nhắc lại phenobarbital 10mg/kg tĩnh mạch trong 10 phút.

– Chống phù não:

+ Dexamethason: 0,4mg/kg tĩnh mạch x 2 lần cách 8 giờ.

+ Mannitol 20%: 0,5g/kg truyền 40-60 giọt/phút, sau đó truyền tiếp ringer lactat 20-50ml/kg.

– Bù đường nếu đường máu hạ < 2,5mmol/l, truyền dung dịch glucose 10%: 5ml/kg.

– Điều chỉnh thăng bằng nước điện giải, cân bằng toan máu.

– Sau 10 phút còn giật chuyển hồi sức cấp cứu điều trị thiopentan 3-5mg/kg, thở máy.

3. BIẾN CHỨNG CỦA TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

– Thiếu oxy não và các cơ quan.

– Biến chứng tim mạch: mạch nhanh hoặc chậm, dừng tim, cao HA, suy tim, sốc tim.

– Suy hô hấp: thở chậm, ngừng thở, nhịp thở Cheyne - Stokes, thở nhanh, phù phổi, toan hô hấp, tím.

– Suy thận: đái ít, hoại tử cầu thận cấp tính do tiêu cơ vân cấp.

– Rối loạn thần kinh thực vật: nôn, ra nhiều mồ hôi, tăng tiết nước bọt.

Rối loạn chuyển hoá: toan chuyển hoá, thiếu oxy, tăng kali, natri máu, giảm đường, natri máu, suy thận mất nước, bệnh tuỵ cấp.

BỆNH ĐỘNG KINH

Động kinh là bệnh co giật có tính định hình lặp lại nhiều lần, cơn xảy ra đột ngột và ngắn, rối loạn các chức năng thần kinh trong cơn, trên điện não đồ phát hiện được các đợt sóng kịch phát.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa trên lâm sàng, điện não đồ để phân loại.

1.1. Phân loại động kinh

1.1.1. Động kinh cơn toàn thể

– Co giật sơ sinh lành tính.
– Co giật sơ sinh lành tính có tính chất gia đình.
– Các cơn co giật co cứng (cơn lớn).
– Cơn mất trương lực.
– Các cơn co giật.
– Các cơn co cứng.
– Các cơn vắng ý thức.
– Các cơn giật cơ.
– Động kinh cơn toàn thể thứ phát.
– Động kinh co thắt gấp (hội chứng West).
– Hội chứng Lennox - Gaustaut.

1.1.2. Động kinh cục bộ

– Cục bộ đơn giản.
– Cục bộ phức hợp.
– Cơn cục bộ toàn thể hoá thứ phát.

1.1.3. Các cơn động kinh không phân loại được

1.2. Mô tả các dạng động kinh chính

1.2.1. Động kinh cơn toàn thể

a. Co giật sơ sinh lành tính

– Giật rung cơ ít khi dưới dạng tăng trương lực cơ, giật bàn chân, run chân, giật tay, cơn có khuynh hướng lan toa từ nửa thân một bên sang bên đối diện, kéo dài 20-30 giây.

– Điện não đồ giữa các cơn có thể bình thường, hình ảnh của phóng lực chủ yếu là Theta nhọn tạo ổ hoặc sóng chậm khu trú ở đỉnh, đôi khi có phóng lực mất đồng thì liên bán cầu.

b. Co giật sơ sinh lành tính gia đình

– Giật cơ tay, chân đôi khi ngừng thở.

– Điện não đồ giữa các cơn có thể bình thường, không liên tục, hoặc có các ổ Delta hoặc có dạng Theta nhọn, đôi khi phóng lực đồng thì cả hai bán cầu.

c. Hội chứng West

Cơn giật co thắt gấp, có 3 loại cơn.

– Cơn giật cơ co gấp: trẻ gập cổ nhiều lần, hai tay co vào ngực, hai chân co lên.

– Cơn giật co thắt duỗi: đầu ngửa ra sau, thân ưỡn ra sau, hai tay co lên, hai chân duỗi cứng.

– Cơn giật hỗn hợp: đầu ngửa ra sau, thân ưỡn ra sau, hai tay, hai chân co lên phía trước.

– Điện não đồ biến đổi đặc hiệu: phóng lực không đồng thì cả hai bán cầu loạn nhịp điện thế cao của sóng Theta, Delta 1-3 chu kỳ /giây, biên độ cao trên 200 microvon, với các sóng alpha nhọn điện thế cao.

d. Động kinh cơn lớn ở trẻ nhỏ

– Đột nhiên khóc thét mất ý thức, trẻ ngã nếu không được nâng đỡ, các sợi cơ co cứng lại, trẻ tím, mắt nhìn ngược kéo dài 1 phút, tiếp theo giật cơ, cơn giật nhịp nhàng tăng dần.

– Điện não đồ giữa các cơn: phóng lực kịch phát lan toả, Theta nhọn 4-7 chu kỳ /giây, alpha nhọn 8-13 chu kỳ /giây, gai nhọn biên độ cao trên 100 microvon, đồng thì cả hai bán cầu.

e. Động kinh cơn lớn ở trẻ lớn

50% có triệu chứng báo trước, người bệnh cảm thấy khó chịu, đau đầu, nôn nao kéo dài 5-10 giây, tiếp theo cơn gồm 3 giai đoạn.

– Giai đoạn co cứng: bệnh nhân đột nhiên ngã xuống, bất tỉnh, các cơn co cứng, các chi duỗi cứng, các ngón tay gấp, đầu ưỡn ngửa quay sang một bên, hàm nghiến chặt, kéo dài 5-12 giây.

– Giai đoạn co giật: tất cả các cơ của thân và chi đều xuất hiện co giật.

– Giai đoạn duỗi: các cơ suy kiệt nặng, cơ giãn ra các phản xạ giảm. Bệnh nhân thở bù mạnh nhanh, phì nước bọt ra mép, sau 1- 2 phút trở lại bình thường.

– Điện não đồ ghi giữa các cơn: các phóng lực kịch phát lan toả, đồng thời cả hai bán cầu với biên độ cao nhọn, gai nhọn, nhọn 2 pha, nhọn 3 pha, Theta, Delta. Điện não đồ ghi trong cơn sẽ xuất hiện rất nhiều nhiễu của điện cơ xen kẽ với kịch phát và sóng chậm.

f. Động kinh vắng ý thức

– Cơn điển hình là đột nhiên mất ý thức, dừng hoạt động, mắt nhìn trừng trừng, sững lại, không thay đổi tư thế, không vận động, ý thức trở lại sau vài giây, sau cơn không buồn ngủ, không lẫn lộn.

– Điện não đồ thay đổi điển hình: phức hợp sóng nhọn chậm, gai nhọn chậm, đa gai nhọn chậm 3 - 5 chu kỳ /giây (c/s). Phóng lực kịch phát đồng thì cả hai bán cầu xuất hiện sau nghiệm pháp thở sâu, kích thích ánh sáng.

g. Hội chứng Lennox - Gaustaut

– Sự kết hợp của nhiều dạng co giật: cơn vắng ý thức không điển hình kết hợp với cơn mất trương lực, cơn giật cứng cơ, kèm theo chậm phát triển tinh thần vận động, rối loạn hành vi.

– Điện não đồ biểu hiện phức hợp, nhọn, đa nhọn sóng chậm 2 - 2 c/s, lan toả hai bán cầu.

1.2.2. Động kinh cục bộ

a. Cục bộ đơn thuần

– Động kinh cục bộ thuỳ trán: cơn quay mắt quay đầu về một phía cơ thể, giật khu trú nửa người lan từ một phần nhỏ đến rộng, có thể kèm theo mất hoặc không mất ý thức.

– Điện não đồ giữa các cơn trên các chuyển đạo vùng trán trung tâm sóng nhọn, Delta, Theta biên độ cao, đôi khi phức hợp gai sóng.

– Cơn động kinh vận động đơn thuần kiểu Bravai - Jackson: bắt đầu co giật mắt, tiếp theo cơ mặt, sau chuyển giật tay, giật chân cùng bên có thể mất hoặc không mất ý thức.

– Điện não đồ xuất hiện loạt kịch phát nhọn, nhọn 2 hoặc 3 pha, sóng chậm nửa bên bán cầu, ưu thế vùng trung tâm.

– Động kinh cục bộ cảm giác (thực vật): cơn giãn đồng tử, cơn đỏ bừng mặt, vã mồ hôi, đau đầu, nôn, đau bụng, rối loạn nhịp thở, nhịp tim.

– Điện não đồ ghi trong cơn và giữa các cơn không có sự khác nhau: phóng lực kịch phát gai, nhọn, chậm, phức hợp nhọn sóng chậm ở vùng đỉnh trung tâm có khi lan ra toàn bộ một bên bán cầu, đôi khi cả hai bán cầu.

b. Động kinh cục bộ phức hợp (cơn tâm thần vận động)

– Cơn thái dương có những động tác tự động: nhai, chép miệng, cởi khuy áo, cơn đi, cơn chạy, ngửi thấy mùi khó chịu, nhìn thấy cảnh lạ, nói nhiều.

– Điện não đồ xuất hiện hoạt động nhọn 2 pha, nhọn 3 pha, Theta đỉnh nhọn 4-6 c/s, Delta biên độ cao ở vùng thái dương, trung tâm.

c. Cơn cục bộ toàn thể hoá

– Bắt đầu giật cục bộ một bên sau chuyển sang giật cả hai bên với biểu hiện giật cơ, giật trương lực.

– Điện não đồ: xuất hiện phóng lực kịch phát khu trú nhọn, gai nhọn 2 - 3 pha, ổ đối sóng, Theta, Delta, sau đó kịch phát lan toả đồng thì cả hai bán cầu.

1.3. Cần khai thác kỹ tiền sử bản thân và gia đình để tìm nguyên nhân

1.4. Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết

– Điện não đồ.

– Calci, magiê, điện giải đồ.

– Siêu âm não, chụp cắt lớp CT (các trường hợp chậm phát triển tinh thần, bệnh não chuyển hoá di truyền, dị tật não, bẩm sinh).

2. ĐIỀU TRỊ (bảng 10.2 và 10.3)

2.1. Nguyên tắc điều trị

– Chỉ điều trị khi được chẩn đoán chính xác là bệnh động kinh.

– Bắt đầu điều trị bằng một loại kháng động kinh.

– Tránh sử dụng liều cao ngay tức khắc, liều điều trị dựa theo cân nặng.

Bảng 10.2. Liều điều trị của các thuốc chống động kinh chủ yếu

Thuốc	Liều mg/kg/ngày	Số lần uống	Thời gian bán huỷ (giờ)	Tác dụng phụ
Gardenal (Phenobarbital)	2 - 5mg/kg	1-2	50-140	Tăng động, sa sút trí tuệ.
Sodanton (Phenytoin)	5 - 10mg/kg	1-2	8-60	Quá sản lợi, loạng choạng, nhìn đôi, rung giật nhãn cầu.
Tegretol (Carbamazepin)	15 - 30mg/kg	2-3	30-60	Loạng choạng, nhìn đôi, dị ứng da.
Depakin (Valproate)	20 - 40mg/kg	2-3	9-17	Buồn nôn, tăng cân, run, rụng tóc, viêm gan.
Ethosuximid	15 - 25mg/kg	1-2	20-60	Buồn nôn, thiếu máu.

Bảng 10.3. Phác đồ điều trị các dạng động kinh

Động kinh cơn toàn thể				Động kinh cục bộ	
Cơn lớn	Cơn vắng ý thức	HC West	HC Lennox Gaustaut	Cục bộ vận động	Tâm thần vận động
Depakin	Depakin	Sabril	Depakin	Tegretol	Tegretol
Tegretol	Ethosuximid	Depakin	Benzodiazepin	Sodanton	Sodanton
Gardenal	Benzodiazepin	Cortison	Ethosuximid	Gardenal	Gardenal
			Sabril	Depakin	Sabril
			Sodanton	Benzodiazepin	Benzodiazepin
			Cortizon		

– Kết hợp thuốc khi một loại kháng động kinh không hiệu quả

– Điều trị liên tục. Khi uống thuốc mà không có cơn, cần phải tiếp tục uống trong vòng 2 năm.

2.2. Điều trị ngoại trú

– Chú ý các biểu hiện tác dụng phụ của thuốc, ngủ nhiều, ỉa chảy, dị ứng, nổi mẩn trên da, nôn, buồn nôn.

– Giảm liều thuốc khi đã điều trị được một năm, kể từ ngày không có cơn giật nào và đánh giá kết hợp với điện não đồ. Giảm từ từ thấp dần cứ 3 tháng 1 lần, từ 1/4 liều ban đầu.

– Tư vấn cho gia đình để tránh căng thẳng, stress về tâm lý.

HÔN MÊ

Hôn mê là trạng thái ức chế sâu sắc hoạt động thần kinh cao cấp, làm cho người bệnh mất hết ý thức không còn những vận động tự chủ, rối loạn hô hấp, tuần hoàn. Tất cả hôn mê cấp tính đều là cấp cứu sống còn.

1. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán theo 4 mức độ, hoặc theo thang điểm Glasgow.

Sau khi khám, cộng các điểm đạt được để đánh giá tri giác, mức độ hôn mê.

Thang điểm bình thường:

Từ sơ sinh đến 6 tháng	9 điểm
Từ 6 đến 12 tháng	11 điểm
Từ 1 đến 2 tuổi	12 điểm
Từ 2 đến 5 tuổi	13 điểm
Trên 5 tuổi	14 điểm

Bảng 10.4. Bốn mức độ hôn mê

Mức độ / Lâm sàng	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Gọi tên	Mất (-)	-	-	-
Kích thích đau	+	Yếu	-	-
Đồng tử	BT	Giãn nhẹ	Giãn to	Giãn hết
Phản xạ đồng tử với ánh sáng	Chậm	Rất chậm	-	-
Phản xạ giác mạc	Giảm	Giảm nhiều	-	-
Phản xạ nuốt	Chậm	-	-	-
Rối loạn hô hấp	Không, hoặc khò khè nhẹ	Khò khè, Cheyne - Stockes	Kussmal Ngừng thở	Thở máy
Rối loạn tim mạch	Không	Mạch nhanh, nhỏ	Tím tái	Trụy tim mạch
Rối loạn thân nhiệt	Không	Có	Giảm	Giá lạnh

Bảng 10.5. Đánh giá mức độ hôn mê bằng thang điểm Glasgow

Phản xạ (PX) mở mắt		Phản xạ trả lời câu hỏi		Phản xạ vận động	
Mở tự nhiên	4 điểm (Đ)	Đúng, nhanh	5 điểm	Yêu cầu, làm đúng	6 điểm
Mở mắt khi gọi hỏi	3 Đ	Chậm, mơ màng	4 Đ	Kích thích. Đau, gạt đúng chỗ	5 Đ
Kích thích đau	2 Đ	Không chính xác	3 Đ	Kích thích Gạt không đúng chỗ	4 Đ
Không mở mắt	1 Đ	Khóc kêu rên	2 Đ	Phản xạ co khi đau	3 Đ
				Duỗi cứng tứ chi	2 Đ
				Không	1 Đ

Trẻ dưới 6 tháng dưới 9 điểm tức là có tổn thương, trẻ trên 6 tháng điểm 7 là điểm bản lề, dưới 7 là thương tổn sâu, tiên lượng xấu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị chung

– Điều trị cấp cứu khi có rối loạn chức năng hô hấp, tuần hoàn của cơ thể.

– Thở oxy, chăm sóc thông thoáng đường thở, tránh sặc nước bọt và chất nôn.

– Đo khí máu, xử trí kịp thời khi thiếu oxy nhiễm toan.

– Xét nghiệm máu, điện giải đồ, urê, creatin, đường máu.

– Kiểm soát lượng nước tiểu.

– Truyền dịch phải thận trọng, phải được kiểm soát bằng điện giải đồ.

– Hôn mê do tăng áp lực sọ não, do tắc đường lưu thông dịch não tuỷ, não úng thuỷ bệnh nhân phải được chụp cắt lớp CT, đánh giá mức độ, giải quyết phẫu thuật kịp thời.

– Các biện pháp giảm áp lực sọ não do phù não.

– Nằm đầu cao 30°.

– Kiểm soát đường hô hấp, nếu đang thở máy tăng nhịp thở sẽ làm giảm áp lực sọ não nhanh do tăng sự co bóp của thành mạch.

– Cho lợi tiểu làm giảm thể tích não, lasix 1- 2mg/kg x 2 lần/ngày cách 8 - 10 giờ.

– Giảm phù não truyền mannitol 0,5g/kg x 2 - 3 lần ngày cách nhau 6 - 8 giờ, dexamethason 0,4mg/kg x 2 -3 lần ngày cách 8 giờ, cần kiểm soát thường xuyên điện giải đồ.

– Dinh dưỡng đảm bảo calo, săn sóc tránh bội nhiễm.

2.2. Điều trị nguyên nhân

– Điều trị theo căn nguyên.

– Điều trị cơ chế bệnh sinh đặc hiệu.

HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC SỌ NÃO

Tăng áp lực thuỷ động nội soi là biến chứng của khối choán chỗ, chảy máu, chấn thương sọ não. Nhận biết sớm và can thiệp sớm có thể cải thiện được áp lực sọ não.

Nguyên nhân tăng áp lực sọ não

– Nhiễm khuẩn thần kinh: viêm não (phù não)

– Khối choán chỗ nội sọ: u não, áp xe não, nang nước não.

– Xuất huyết não.

– Não úng thuỷ.

– Chấn thương sọ não.

– Não bé: do hộp sọ nhỏ, liền thóp sớm.

– Bệnh não do cao huyết áp.

1. CHẨN ĐOÁN

– Lâm sàng khác nhau tuỳ thuộc theo tuổi.

– Dấu hiệu sớm: trẻ kích thích, nôn, mệt mỏi, ít chơi, phát triển chậm ở trẻ nhỏ giãn khớp sọ, thóp phồng, vòng đầu to, không sờ thấy nhịp đập của thóp, dấu hiệu mặt trời lặn là do sự kéo của đồng tử, phù gai thị ít gặp vì đã giãn hộp sọ.

– Ở trẻ trên 2 tuổi, đau đầu, nôn, kích thích thay đổi ý thức, phù gai thị sau tuần thứ 2-3.

– Tăng áp lực sọ não nặng sẽ làm chậm nhịp tim, mạch ngoại biên, hôn mê.

2. ĐIỀU TRỊ

– Điều trị phụ thuộc vào tốc độ phát triển áp lực sọ não (xem bảng 10.6).

– Mục đích: giảm áp lực sọ não và giữ sự thẩm thấu của não. Nếu duy trì áp lực dịch não tuỷ dưới 30mmHg thấp hơn áp lực thẩm thấu trung bình thì tiên lượng sẽ tốt.

– Điều trị áp lực sọ não nặng chỉ mang tính chất tương đối, phải có máy (monitor) theo dõi áp lực sọ não liên tục, nhờ máy mới biết kết quả điều trị và có chiến lược điều trị tiếp.

– Áp dụng thang điểm Glasgow để đánh giá mức độ nặng của tăng áp lực sọ não. Từ 8 - 12 điểm tăng áp lực sọ não mức độ trung bình điều trị lợi tiểu, steroid quan sát sự tiếp tục thoái triển.

– Điểm dưới 8 phải kiểm soát thở (có thể đặt nội khí quản, chuyển hồi sức), duy trì áp lực sọ não dưới 20mmHg, tăng thở áp lực $C0_2$ ở 23 - 25mmHg; truyền mannitol 0,5g/kg x 6 giờ/1 lần, kiểm soát nước tiểu và áp lực thẩm thấu huyết thanh dưới 310mmOsm/l.

– Tư thế nằm đầu cao dốc 30°.

– Nếu phương pháp trên không cải thiện thì phải gây mê bằng barbiturat.

Bảng 10.6. Điều trị tăng áp lực sọ não cấp

Thuốc	Liều	Phương thức	Bắt đầu, có tác dụng	Đỉnh cao của tác dụng	Ưu điểm	Tác dụng phụ hay hạn chế
Tăng thở bằng hô hấp hỗ trợ	Giảm áp lực CO_2 từ 40 xuống 25mmHg	Liên tục	Vài phút	20-30 phút	Có tác dụng thúc đẩy không gây xuất huyết nội sọ.	Tác dụng có thể không giữ vững được gây thiếu máu não.
Mannitol	0,5g/kg	Cứ 4-6 giờ /lần	20-30phút	20-230 phút	Tác dụng giảm áp lực sọ não.	Mất nước, suy thận, chảy máu nội sọ.
Pentobarbital	3mg/kg liêu cao 5mg/kg	1 giờ /1 lần	Vài phút	Vài phút	Thúc đẩy	Áp lực sọ não thấp, suy thận, cần theo dõi sát bằng monitor.
Giảm nhiệt độ thân thể	29-31°	Liên tục	Gần 1 giờ	2-3 giờ	Chưa rõ ràng	Loạn nhịp, cần theo dõi sát bằng monitor.
Dexamethason	4mg	Cứ 12 giờ /lần	12 - 18 giờ	12-24 giờ	Chưa rõ ràng	Tác dụng chậm, không chắc chắn, tác dụng tốt ở chấn thương sọ não. Xuất huyết dạ dày.

XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO Ở TRẺ NHỎ

Xuất huyết não - màng não hay gặp ở trẻ 1-2 tháng tuổi, đa số do thiếu vitamin K, viêm gan.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Hội chứng thiếu máu cấp: da xanh, niêm mạc nhợt.

– Hội chứng não - màng não: co giật, rên è è, thóp căng phồng, li bì, hôn mê, giảm vận động nửa người.

1.2. Các xét nghiệm

Công thức máu: Hb giảm < 70g/l, máu đông kéo dài > 7 phút, tỷ lệ prothrombin giảm.

Chọc dịch não tuỷ: dịch máu đỏ để không đông, dịch hồng, dịch vàng, tế bào bình thường.

Siêu âm não qua thóp, chụp cắt lớp CT cho biết các vị trí chảy máu não: chảy máu dưới màng cứng, chảy máu dưới màng nhện, ổ máu tụ trong não, chảy máu trong não thất.

Trẻ nhỏ thường chảy máu ở não và màng não.

2. ĐIỀU TRỊ

– Tư thế nằm đầu cao 30°

– Điều trị thiếu máu:

+ Truyền máu 20ml/kg.

+ Tiêm vitamin K 5mg x 3 ngày liền.

– Điều trị hội chứng tăng áp lực sọ não, giảm phù não:

+ Mannitol 20%, 0,5g/kg x 2 lần /ngày cách 8-10 giờ, truyền nhanh tốc độ 40 giọt /phút, trong 2-3 ngày. Truyền tiếp ringer lactat 40 - 50ml/kg/ngày.

+ Dexamethason 0,4mg/kg TM x 2 lần /ngày, trong 2-3 ngày.

+ Nếu thóp còn căng phồng: lasix x 1,5 - 2mg/kg TM, tiêm nhắc lại sau 8 - 10 giờ, kiểm soát điện giải đồ.

– Theo dõi sát ý thức, mạch, nhịp thở, thở oxy nếu nhịp thở chậm.

– Dinh dưỡng: ăn sonde đủ số lượng, chất lượng.

– Điều trị hỗ trợ: các thuốc bảo vệ tế bào thần kinh, cerebrolysin 0,2ml/kg tiêm tĩnh mạch trong 10 ngày, Nootropil 50mg/kg/ngày, uống.

3. DỰ PHÒNG

– Sơ sinh sau đẻ vitamin K1: 2mg tiêm bắp.

– Hoặc uống vitamin K1: 2mg x 3 lần.

+ Lúc sinh

+ 1 tuần sau sinh

+ 1 tháng sau sinh

XUẤT HUYẾT NÃO Ở TRẺ LỚN

Xuất huyết não ở trẻ lớn đa số do dị dạng thành mạch bẩm sinh, vỡ phình mạch gặp nhiều hơn vỡ các dị dạng thông động tĩnh mạch.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Bệnh xảy ra đột ngột: đau đầu dữ dội, rối loạn ý thức, hôn mê, liệt nửa người.

1.2. Xét nghiệm

Dịch não tuỷ: dịch máu để không đông, dịch hồng, dịch vàng (xuất huyết sau 24 giờ), tế bào bình thường.

Công thức máu đa số trong giới hạn bình thường.

Chụp cắt lớp CT cho biết các vị trí chảy máu não: chảy máu dưới màng cứng, dưới màng nhện, ổ máu tụ trong não, chảy máu trong não thất.

2. ĐIỀU TRỊ

– Chuyển phẫu thuật thần kinh khi bệnh nhân hôn mê, máu tụ lớn trong sọ não.

– Bước đầu theo dõi, điều trị nội khoa khi máu tụ trong sâu, bệnh nhân không hôn mê.

2.1. Chăm sóc bệnh nhân

Nằm đầu cao 30°, tránh kích thích. Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sự tiến triển ý thức, triệu chứng thần kinh.

2.2. Đảm bảo hô hấp

Hút đờm, duy trì thông khí, áp lực pCO_2 32 - 34mmHg, thở oxy.

2.3. Đảm bảo tuần hoàn

Duy trì thăng bằng nước điện giải. Truyền các dung dịch ringer lactat 50ml/kg/ngày, không dùng các dung dịch ngọt vì đường huyết cao sẽ làm toan hoá vùng tổn thương, bệnh sẽ nặng lên.

2.4. Chống phù não, giảm áp lực sọ não

– Truyền mannitol 20% liều 0,5g/kg, truyền nhanh 60 giọt /phút, 2 lần /ngày, không dùng quá 3 ngày.

– Có thể dùng dexamethason 0,4mg/kg, 2 lần ngày khi có phù não.

– Lasix 1,5 - 2mg/kg cho bệnh nhân có tăng áp lực sọ não, cao huyết áp.

Điều trị triệu chứng

– Giảm đau đầu: paracetamol 15mg/kg, uống 2-3 lần/ngày.

– Bệnh nhân vật vã: an thần diazepam 0,3 - 0,5mg/kg/lần uống hoặc gardenal 3 - 5mg/kg/ngày, uống.

– Các thuốc bảo vệ tế bào thần kinh: cerebrolysin 0,2ml/kg tiêm tĩnh mạch trong 10 ngày, Nootropil 50mg/kg, duxil 1-2 viên /ngày.

– Dinh dưỡng đảm bảo đủ số lượng, chất lượng.

– Kiểm soát dịch đưa vào, dịch thải ra, nước tiểu.

2.5. Chụp mạch máu não, hội chẩn ngoại

Can thiệp trực tiếp dị dạng phồng mạch bằng cách nút mạch.

Ra viện, kê đơn, hẹn khám lại, điều trị ngoại trú.

ÁP XE NÃO

* Áp xe não là ổ viêm sinh mủ trong nội sọ.

* Thường là biến chứng của bệnh tim bẩm sinh có tím sớm, viêm nội tâm mạc, viêm màng não mủ, viêm xoang, viêm xương chũm, chấn thương sọ não, khe hở màng não.

* Vi khuẩn gây bệnh: liên cầu, tụ cầu vàng, phế cầu, Haemophilus influenzae, ở sơ sinh hay gặp vi khuẩn đường ruột.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn kéo dài trên 2-3 tuần, sốt, đau đầu.
- Hội chứng tăng áp lực sọ não: đau đầu, nôn.
- Thay đổi ý thức: kích thích, lơ mơ, ngủ gà, bán mê, hôn mê.
- Hội chứng thần kinh khu trú: liệt dây VII trung ương, liệt nửa người (áp xe ở bán cầu não).

Mất ngôn ngữ (biến chứng từ viêm xương chũm, áp xe thuỳ thái dương).

- Thất điều, rung giật nhãn cầu, cứng gáy (áp xe tiểu não).

1.2. Cận lâm sàng

- Soi đáy mắt 60 - 70% có phù gai thị.
- Công thức máu tăng bạch cầu đa nhân trung tính, tăng tốc độ lắng máu, hematocrit tăng ở bệnh nhân có Fallot 4.
- Chọc dò dịch não tuỷ cần thận trọng, chống chỉ định khi có phù gai thị, khi áp lực sọ não tăng cao.
- Chụp cắt lớp CT xác định chẩn đoán: ổ áp xe có hình tròn, hoặc oval có ranh giới rõ nhất là khi chụp CT có cản quang, xác định được vị trí, kích thước ổ áp xe.

2. ĐIỀU TRỊ

Kết hợp nội và ngoại khoa.

2.1. Nội khoa

– Kháng sinh: điều trị vi khuẩn gây bệnh, từ 4 - 8 tuần. Cefotaxim (Claforan) 200 - 300mg/kg/24 giờ, chia 2 - 3 lần tiêm TM, hoặc ceftriaxon (Rocephine); Ceftazidim pentahydrat (Portum) 70 - 100mg/kg/24 giờ, chia 2 - 3 lần tiêm TM.

Kết hợp metronidazol 40mg/kg/24 giờ truyền tĩnh mạch chia 2 lần.

– Điều trị tăng áp lực sọ não: mannitol 20% liều 0,5g/kg x 2 lần/ngày, từ 3 - 5 ngày, truyền ringer lactat 30 - 50mg/kg/ngày (kiểm soát điện giải đồ).

– Chống co giật: phenobarbital 3 - 5mg/kg/ngày chia 2 lần hoặc seduxen 0,3 - 0,5mg/kg/l lần, uống.

– Giảm sốt: paracetamol 15mg/kg/lần, uống.

2.2. Ngoại khoa

– Chỉ định: khi điều trị kháng sinh không hiệu quả, ổ áp xe có kích thước lớn đe dọa tụt, kẹt.

– Phương pháp chọc hút mủ, phân lập vi khuẩn và điều trị theo kháng sinh đồ; cắt bỏ ổ áp xe nếu là bọc mủ lớn.

– Sau mổ điều trị kháng sinh 4 tuần tiêm tĩnh mạch, sau chuyển uống 2 - 4 tuần và hẹn khám lại.

– Phải mất nhiều tháng mới thấy biến mất ổ áp xe trên phim chụp cắt lớp CT.

– Cần theo dõi sau khi ra viện, hẹn khám lại.

VIÊM ĐA RỄ VÀ DÂY THẦN KINH NGOẠI BIÊN
(Hội chứng Guillain - Barré)

Viêm đa rễ và dây thần kinh tức viêm và mất myelin hệ thống dây thần kinh ngoại biên.

Thường gặp ở trẻ trên 4 tuổi.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Triệu chứng ban đầu 50% các trường hợp rối loạn cảm giác đau, dị cảm ở các chi hoặc bệnh xuất hiện đột ngột yếu hay liệt hai chi dưới với đặc điểm sau:

– Liệt có tính chất đối xứng, liệt ngọn chi nhiều hơn gốc chi, có nhiều trường hợp liệt đồng đều gốc chi như ngọn chi. Liệt có thể lan lên hai chi trên, liệt các dây thần kinh sọ não IX, X, XI.

– 10% liệt mềm tiến triển nặng, liệt cơ hô hấp phải cần đến hô hấp hỗ trợ.

– Hệ thần kinh giao cảm bị tổn thương có thể biến loạn tuần hoàn, loạn nhịp tim, tăng huyết áp hoặc hạ huyết áp.

1.2. Cận lâm sàng

– Công thức máu trong giới hạn bình thường.

– Dịch não tuỷ: những ngày đầu có thể bình thường (BT), phân ly protein tế bào sau ngày thứ 7 - 10, tế bào BT, albumin tăng dưới 1g/l.

– Dịch não tuỷ có thể BT trong suốt quá trình của bệnh.

– Điện cơ đồ: tốc độ dẫn truyền giảm, thời gian tiềm tàng kéo dài.

2. ĐIỀU TRỊ

1. Theo dõi sát chức năng hô hấp, nếu liệt cơ hô hấp chuyển hồi sức cấp cứu thở máy.

2. Gamma glubulin 400mg/kg x 2 - 5 ngày truyền tĩnh mạch, đặc biệt thể liệt lan lên.

3. Methylprednisolon (Solumedrol) 10mg/kg TM x 5 ngày.

4. Các vitamin nhóm B: B1, B6, B12 uống.

5. Dinh dưỡng đủ số lượng và chất lượng, xoa bóp vận động thay đổi tư thế thường xuyên.

VIÊM TUỶ CẮT NGANG

Viêm tuỷ cắt ngang là hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi thương tổn cấp tính một đoạn tuỷ sống, biểu hiện liệt vận động, mất cảm giác dưới nơi tổn thương, rối loạn cơ tròn.

Bệnh thường gặp ở trẻ 5-15 tuổi, nguyên nhân không rõ ràng, nhưng thường kết hợp với bệnh nhiễm virus không đặc hiệu (Herpes, Zona, Epstein - Barr, Echo). Bệnh tổn thương màng myelin của tế bào chất trắng, chất xám và mạch máu.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Ngày đầu đau, mỏi, tê bì 2 chân, đau thắt lưng.
- Sốt gặp 50% trường hợp.
- Từ từ yếu hai chân ngày thứ 2-3 hoặc đột nhiên liệt hai chân. Liệt mềm dưới nơi tổn thương, mất phản xạ gân xương.
- Mất cảm giác nông, sâu dưới nơi tổn thương.
- Rối loạn cơ tròn (bí tiểu tiện, táo bón).
- Diễn biến bệnh: sau 2-3 tuần từ liệt mềm có thể chuyển sang liệt cứng (phản xạ gân gối tăng, phản xạ Bakinski dương tính, có Clonus).
- Bệnh có thể tiến triển đi lên, gây liệt tứ chi và cơ hô hấp.

1.2. Xét nghiệm

CTM thường trong giới hạn bình thường.

Dịch não tủy: Bạch cầu đơn nhân tăng nhẹ

Protein tăng dưới 1g/l.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

– Viêm đa rễ và dây thần kinh (hội chứng Guillain - Barré), liệt mềm hai chi hoặc tứ chi xong không rối loạn cơ tròn.

– U tủy: bệnh xuất hiện từ từ, liệt cứng ưu thế một chi. Chẩn đoán xác định bằng chụp cộng hưởng từ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chăm sóc

Thay đổi tư thế để chống loét.

Đề phòng nhiễm khuẩn đường tiết niệu khi thông nước tiểu.

2.2. Thuốc

– Methylprednisolon (Solumedron) liều cao 20mg/kg (1g/1,73m^2) tiêm tĩnh mạch, 3 ngày.

– Vitamin nhóm B: B1, B6, B12.

– Sau 2 tuần điều trị bệnh nhân cần được phục hồi chức năng.

2.3. Dinh dưỡng đảm bảo đủ chất lượng, số lượng

Đảm bảo đủ số lượng, chất lượng.

2.4. Tiên lượng

– 60% có triệu chứng hồi phục sau 2-12 tuần, bệnh sau 3 tháng không hồi phục có tiên lượng xấu.

– 15% không có triệu chứng hồi phục.

– 3% có thể chuyển thành xơ cứng rải rác tuỷ, bởi vì có hiện tượng mất myelin tái phát.

Chương 11

BỆNH TÂM THẦN

TRẠNG THÁI KÍCH ĐỘNG TÂM THẦN

Kích động tâm thần là một trạng thái hưng phấn tâm lý - vận động quá mức hoặc là những cơn xung động do mất sự kiểm soát của ý thức xuất hiện đột ngột, không mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh. Trong trạng thái này người bệnh có thể kêu gào, la hét, chống đối, đập phá, vùng vẫy, chạy nhảy, leo trèo ở những nơi không thích hợp...

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định cơn kích động

Dựa vào các biểu hiện lâm sàng bệnh nhân có những hành vi cảm xúc bất thường xuất hiện đột ngột như gào thét, chống đối, vùng vẫy, đập phá... mang tính chất hưng phấn quá mức và xung động mất sự kiểm soát của lý trí.

1.2. Chẩn đoán nguyên nhân của tình trạng kích động tâm thần ở trẻ em và vị thành niên

– Cơn giận dữ do mất kiềm chế cảm xúc ở những trẻ bị rối loạn tăng hoạt động giảm chú ý, rối loạn hành vi chống đối, chậm phát triển tâm thần.

– Cơn kích động do lo âu ở những trẻ bị rối loạn lo âu chia ly, rối loạn hoảng sợ, ám ảnh nghi thức, ảo giác do hoảng sợ cấp tính (đặc biệt ở trẻ 2 - 6 tuổi).

– Sang chấn tâm thần mạnh gây ra trạng thái kích động ở một số bệnh nhân rối loạn phân ly (hysteria), loạn thần phản ứng.

– Ý thức mê sảng do thực tổn gặp trong những trường hợp sau:

+ Bệnh nhân nội khoa: sốt, rối loạn thăng bằng điện giải, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, u não, xuất huyết não màng não, co giật, rối loạn nội tiết, bệnh tự miễn, thiếu oxy não, rối loạn chuyển hóa...

+ Động kinh có rối loạn tâm thần.

+ Phản ứng phụ đối với một số thuốc.

+ Ngộ độc thức ăn.

+ Phản ứng đối với một số thuốc gây nghiện.

+ Loạn thần tâm thần phân liệt, loạn thần cấp, hưng cảm, trầm cảm kích động.

+ Bị ngược đãi hoặc bị bỏ mặc.

2. XỬ TRÍ

Ngay từ đầu phải sử dụng những biện pháp thích hợp để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, gia đình và nhân viên y tế.

– Hỏi người nhà sơ bộ tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh kích động để có cách xử trí kịp thời.

– Sử dụng liệu pháp tâm lý tìm cách ổn định ngay trạng thái tâm thần của bệnh nhân: dùng lời lẽ thân mật, ôn tồn giải thích thuyết phục, dỗ dành, có thái độ bình tĩnh lắng nghe ý kiến của bệnh nhân về nguyên nhân kích động. Nếu bệnh nhân mới đến lo sợ bị giam giữ, có thể cho tham quan buồng bệnh và sinh hoạt của những bệnh nhân khác. Nếu bệnh nhân quá kích động chống đối, đập phá không chịu tiếp xúc, có thể nhiều người dùng áp lực đưa bệnh nhân vào buồng riêng để tiêm thuốc (tránh trói buộc). Không đi trước người bệnh. Chú ý kiểm tra bệnh nhân, thu giữ đồ vật nguy hiểm nếu có. Phòng của bệnh nhân không để dụng cụ đồ vật nhằm đảm bảo an toàn cho mọi người.

– Nếu bệnh nhân chịu khó khám bệnh thì nên tiến hành khám ngay:

+ Tim, mạch, phổi, huyết áp, dấu hiệu nhiễm khuẩn...

+ Các thương tích trên người.

+ Các triệu chứng thần kinh khu trú, hội chứng màng não và tăng áp lực nội sọ.

+ Làm các xét nghiệm cấp: công thức máu, urê huyết, đường huyết, huyết thanh chẩn đoán (nếu nghi nhiễm khuẩn)...

– Nếu bệnh nhân quá kích động không để cho khám bệnh phải tiến hành điều trị ngay:

+ Giờ đầu: aminazin 25mg 1/2 - 1 ống tiêm bắp tuỳ theo lứa tuổi (liều trung bình 1mg /kg cân nặng).

+ Giờ thứ 3 nếu bệnh nhân chưa hết kích động dùng thuốc kết hợp sau: aminazin 25mg x 1 ống, pipolphen 50mg x 1 ống có thể tiêm bắp 1 lần hoặc chia 2 lần cách nhau 30 phút.

+ Giờ thứ 6 nếu bệnh nhân chưa hết kích động cho tiêm lại 2 ống thuốc trên một lần nữa. Thường thì hết đợt 3 hầu hết bệnh nhân hết kích động và ngủ yên.

– Trong khi bệnh nhân đã yên, cần tiến hành khám bệnh tỉ mỉ về nội khoa, thần kinh và làm các xét nghiệm cần thiết để xác định nguyên nhân nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh cơ thể, bệnh thần kinh đồng thời tiếp xúc với người nhà để hoàn thành bệnh án.

– Khi bệnh nhân tỉnh dậy, thầy thuốc nên có mặt ngay để tiến hành liệu pháp tâm lý cho bệnh nhân yên tâm, tránh kích động thứ phát do lo lắng sợ hãi trước môi trường mới.

– Khi bệnh nhân hết kích động phải nhanh chóng chẩn đoán nguyên nhân, điều trị theo nguyên nhân của bệnh.

3. CHĂM SÓC VÀ CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG

Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (nhiệt độ, mạch, huyết áp...), các diễn biến bất thường, trạng thái tâm thần đặc biệt. Trong trạng thái kích động bệnh nhân thường mệt mỏi, suy kiệt cần chú ý bồi dưỡng cơ thể bằng điều chỉnh chuyển hoá (nước, điện giải), chế độ ăn uống đầy đủ calo, vitamin và các nguyên tố vi lượng. Nếu bệnh nhân không chịu ăn phải cho ăn bằng ống thông. Sau vài ngày tiêm bệnh nhân đỡ kích động có khả năng tiếp xúc, động viên bệnh nhân uống thuốc, tin tưởng điều trị.

Đối với gia đình bệnh nhân, hướng dẫn động viên họ, tránh gây sang chấn tâm lý cho bệnh nhân. Khi tình trạng bệnh ổn định giải thích cho gia đình tạo mọi điều kiện thuận lợi cho người bệnh hoà nhập trở lại gia đình và cộng đồng, cho đơn thuốc điều trị ngoại trú.

RỐI LOẠN PHÂN LY

Rối loạn phân ly (trước đây được gọi là bệnh tâm căn hysteria) là những rối loạn thần kinh chức năng, thường xuất hiện sau những sang chấn tâm lý ở những người có nhân cách yếu hoặc loại hình thần kinh nghệ sĩ. Rối loạn phân ly biểu hiện rất đa dạng với các triệu chứng giống như các bệnh thực thể của hệ thần kinh, tuần hoàn, hô hấp, tiêu hoá... nhưng không có bằng chứng của tổn thương. Đặc điểm cơ bản của rối loạn này là bệnh nhân có biểu hiện tăng cảm xúc, tăng tính ám thị và tự ám thị và có thể điều trị nhanh khỏi bằng liệu pháp tâm lý ám thị.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định

1.1.1. Có các nét lâm sàng biệt định cho các loại rối loạn phân ly, biểu hiện bằng những cơn hoặc những trạng thái khác nhau

- *Các cơn phân ly*

– Cơn co giật phân ly

Biểu hiện bằng nhiều động tác không tự ý, lộn xộn như vùng vẫy, đạp mạnh chân tay, uốn cong người, rứt tóc, cào cấu, lăn lộn... Trong cơn, ý thức bị thu hẹp mà không bị mất hoàn toàn, vẫn còn khả năng phản ứng với các tác động của môi trường, không tím tái, không có rối loạn đại tiểu tiện... Nếu vạch mắt của bệnh nhân vẫn thấy nhãn cầu đưa qua đưa lại. Lưu ý cơn thường chỉ xuất hiện khi có người ở xung quanh, bệnh nhân biết trước cơn sắp xảy ra nên thường không bị ngã mạnh gây chấn thương. Cơn co giật mất nhanh nếu điều trị liệu pháp ám thị bằng lời nói hoặc kích thích mạnh. Nếu không được điều trị cơn có thể kéo dài trên 15 phút tới vài giờ. Tuy vậy có những cơn xuất hiện rất ngắn nên có thể dễ bị nhầm với cơn động kinh. Sau cơn hỏi bệnh nhân vẫn nhớ về cơn và có thể mô tả lại được một phần của cơn.

– Cơn ngất phân ly

Bệnh nhân cảm thấy người mềm yếu dần, từ từ ngã ra và nằm như ngủ, mắt chớp nhẹ, không tím tái, mạch và huyết áp vẫn ổn định. Cơn kéo dài từ 15 phút đến hàng giờ.

- *Các rối loạn vận động phân ly*

– Run: run không đều, không có hệ thống, run ở một phần cơ thể hoặc run toàn thân, run tăng lên khi được chú ý.

– Liệt: liệt cứng hoặc liệt mềm với những mức độ nặng nhẹ khác nhau ở một chi, hai chi hoặc tứ chi nhưng khám thấy trương lực cơ bình thường, không có phản xạ bệnh lý, không bị teo cơ, không có dấu hiệu tổn thương bó tháp, không rối loạn cơ tròn... Trẻ có thể không đi, không đứng được nhưng khi nằm vẫn cử động bình thường.

– Các rối loạn phát âm: nói khó, nói lắp, không nói, nói thì thào, mất tiếng trong khi cơ quan phát âm vẫn bình thường.

- *Các rối loạn cảm giác phân ly*

– Mất hoặc giảm cảm giác đau: vùng mất cảm giác không đúng với vùng định khu của thần kinh cảm giác. Đôi khi vị trí mất cảm giác có thể di chuyển khác nhau trong những lần khám lại.

– Tăng cảm giác đau: rất phức tạp, khu trú khác nhau. Có một số đau giống như trong các bệnh nội khoa hoặc ngoại khoa.

- *Các rối loạn giác quan phân ly*

– Mù phân ly.

– Điếc phân ly.

– Mất vị giác và khứu giác phân ly.

- *Các rối loạn thực vật nội tạng phân ly*

Thường biểu hiện thành từng cơn như lạnh run, cơn nóng bừng, cơn đau vùng ngực, đau bụng, đau đầu, chóng mặt, cơn khó thở, khó nuốt, cơn nấc hoặc nôn phân ly.

- *Các rối loạn tâm thần*

– Rối loạn trí nhớ: thường quên các sự kiện mới xảy ra hoặc quên các sự kiện sang chấn tâm lý.

– Rối loạn cảm xúc: dễ xúc động, cảm xúc không ổn định, dễ nhạy cảm với các kích thích, dễ bị ảnh hưởng bởi cảm xúc của người khác.

– Rối loạn tư duy: lời nói mang màu sắc cảm xúc, thường nói về bản thân, kể về bệnh tật để lôi cuốn sự chú ý của người khác, tưởng tượng phong phú, thích phô trương.

– Rối loạn tác phong: hành vi điệu bộ kịch tính, tự phát, phô trương. Có thể xảy ra hiện tượng trốn nhà phân ly.

1.1.2. Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích cho các triệu chứng.

1.1.3. Bằng chứng có các nguyên nhân tâm lý dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn hoặc các mối quan hệ bị rối loạn.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh thực thể và tâm thần có biểu hiện giống với các nét lâm sàng của rối loạn phân ly.

2. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị các triệu chứng rối loạn phân ly chủ yếu bằng liệu pháp tâm lý và rèn luyện nhân cách đề phòng tái phát.

2.1. Điều trị triệu chứng

– Chủ yếu bằng liệu pháp ám thị khi thức: bằng lời nói mang tính cương quyết và khẳng định của thầy thuốc hoặc kết hợp với những biện pháp phụ trợ như dùng thuốc mang tính placebo, bấm huyệt, châm cứu... gây cho bệnh nhân tin tưởng và làm mất đi các triệu chứng chức năng.

– Sử dụng liệu pháp ám thị trong giấc ngủ thôi miên nếu điều trị ám thị khi thức không thành công.

– Cần chú ý tới thái độ đối với bệnh nhân phân ly: không cho là trẻ giả vờ vì đây là một trạng thái bệnh lý thật sự, không coi thường, không chế giễu hắt hủi bệnh nhân. Ngược lại cũng nên tránh thái độ quá chiều chuộng, quá lo lắng, vô tình ám thị làm cho người bệnh tưởng rằng bệnh quá nặng điều trị sẽ khó khăn.

Điều chỉnh hoạt động thần kinh cao cấp và tăng cường cơ thể giúp chống đỡ với sang chấn tâm lý bằng các thuốc: bronua, an dịu giải lo âu (seduxen), các sinh tố (B1, B6, C...), các yếu tố vi lượng (calci, magie...).

– Phối hợp với các liệu pháp tâm lý khác như vui chơi nhóm, lao động, nhận thức - hành vi.

2.2. Rèn luyện nhân cách

– Cần có sự kết hợp và hỗ trợ chặt chẽ giữa trẻ em - gia đình và nhà trường.

– Giúp trẻ hiểu được những thiếu sót của mình và khắc phục sửa chữa, động viên mặt tích cực trong tính cách để trẻ phát huy.

– Đưa ra những tình huống để trẻ tập luyện biết cách tự kiềm chế cảm xúc và hành vi của mình, tập thích nghi với các sự kiện tác động của cuộc sống và sẵn sàng đối đầu với những sang chấn khác nhau.

RỐI LOẠN LO ÂU

Rối loạn lo âu là sự lo sợ quá mức trước một tình huống xảy ra, có tính chất mơ hồ, vô lý, lặp lại và kéo dài gây ảnh hưởng tới sự thích nghi với cuộc sống.

Nguyên nhân lo âu gồm nhiều yếu tố khác nhau, nhưng chủ yếu liên quan tới các sang chấn tâm lý kết hợp với yếu tố nhân cách có xu hướng lo âu.

1. CHẨN ĐOÁN

Các rối loạn lo âu hay gặp ở trẻ em như:

1.1. Rối loạn lo âu ám ảnh sợ

– Ám ảnh sợ đặc hiệu: sợ các tình huống rất đặc hiệu như sợ tới gần các động vật, sợ ở chỗ cao, sợ bóng tối, sợ chỗ đóng kín...

– Ám ảnh sợ khoảng trống: lo âu hoảng sợ khi ra khỏi nhà, sợ đi vào các cửa hàng, sợ đám đông và các nơi công cộng, sợ đi một mình...

– Ám ảnh sợ xã hội: sợ ăn uống ở nơi công cộng, sợ nói trước công chúng, sợ gặp người khác giới...

1.2. Rối loạn ám ảnh nghi thức: làm nhiều lần trong ngày.

Các động tác như: rửa tay nhiều lần, kiểm tra nhiều lần một việc, sắp xếp các đồ vật theo một cách thức nhất định, các động tác nghi thức bất thường...

1.3. Rối loạn lo âu chia ly

Trẻ lo lắng có điều không may sẽ xảy ra với người mà trẻ gắn bó (thường là mẹ), trẻ không chịu đi học do sợ phải chia ly với người gắn bó, không chịu ngủ một mình hoặc ở nhà một mình, xuất hiện những triệu chứng giận dữ, khóc lóc hoặc buồn rầu.

1.4. Rối loạn hoảng sợ (lo âu kịch phát từng giai đoạn)

Có những cơn lo âu xảy ra nhiều lần trong mỗi tháng. Trong cơn có nhiều triệu chứng rối loạn thần kinh tự trị trầm trọng.

1.5. Rối loạn lo âu lan toả

Người bệnh cảm thấy thường xuyên lo lắng sợ hãi về tương lai bất hạnh, căng thẳng vận động, bồn chồn run rẩy, không có khả năng thư giãn và khó tập trung chú ý.

1.6. Rối loạn stress sau sang chấn

Các triệu chứng điển hình thường xảy ra trong vòng 6 tháng kể từ thời điểm bị sang chấn, bao gồm: sự tái hiện những hình ảnh của sang chấn trong giấc mơ, cảm xúc thờ ơ hoặc tê liệt, né tránh các kích thích thu mình hoặc không đáp ứng với môi trường xung quanh, mất thích thú, hay bị giật mình, mất ngủ.

Các trắc nghiệm tâm lý cần làm để xác định lo âu:

- Test lo âu của Zung.
- Bảng liệt kê hành vi ở trẻ em (thang đo CBCL của Achenbach).
- Vẽ tranh, kể theo 10 câu chuyện của Duss, CAT.

2. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị lo âu chủ yếu là bằng các liệu pháp tâm lý, nếu cần dùng thuốc thì không dùng kéo dài và không dùng nhiều loại thuốc.

2.1. Sử dụng thuốc

Điều trị thuốc khi lo âu nặng nhằm làm giảm các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật và các triệu chứng cơ thể ở giai đoạn đầu.

- Nhóm thuốc giải lo âu: benzodiazepam (Seduxen, tranxen...) hoặc atarax uống với liều thấp; seduxen với liều 0,1 - 0,2mg/kg/ngày. Khi người bệnh có cơn hoảng sợ có thể cho tiêm bắp seduxen liều 5 - 10mg/lần.

- Thuốc chống trầm cảm: amitriptylin có thể chỉ định cho những bệnh nhân có nhiều than phiền về cơ thể hoặc có kết hợp bị trầm cảm, uống theo liều 25 - 50mg/ngày. Đối với bệnh nhân có các triệu chứng ám ảnh nên chỉ định Anafranil cũng với liều trên. Lưu ý các thuốc chống trầm cảm 3 vòng chỉ phát huy tác dụng điều trị sau khi uống thuốc từ 10 đến 14 ngày.

- Các vitamin và các yếu tố vi lượng như magie, calci...

2.2. Các liệu pháp tâm lý

Đây là phương pháp điều trị chủ yếu và lâu dài nhằm thay đổi nhận thức và giúp người bệnh có khả năng ứng phó với lo âu một cách tích cực và chủ động.

- Tham vấn tâm lý.
- Liệu pháp thư giãn: hướng dẫn người bệnh những bài tập thả lỏng cơ bắp kết hợp với tập thở khí công.
- Liệu pháp hành vi - nhận thức: giúp cho người bệnh hiểu về bệnh, nhận ra những suy nghĩ chưa hợp lý và thay vào đó bằng những suy nghĩ hợp lý.
- Kết hợp trị liệu gia đình và liệu pháp nhóm.

2.3. Các điều trị hỗ trợ

Sinh hoạt điều độ, tránh căng thẳng, tổ chức cho người bệnh vui chơi, thường xuyên động viên bệnh nhân và gia đình.

2.4. Tiêu chuẩn ra viện và theo dõi ngoại trú

Bệnh nhân được ra viện khi các triệu chứng lo âu thuyên giảm và có khả năng trở lại sinh hoạt học tập bình thường, hẹn khám định kỳ ít nhất 1 lần trong 1 tháng.

RỐI LOẠN TIC

Tic là những động tác không hữu ý, xảy ra nhanh, định hình, không nhịp điệu (thường bao gồm những nhóm cơ hạn chế) hoặc sự phát âm xuất hiện đột ngột không có mục đích rõ ràng. Các tic được cảm nhận như không thể cưỡng lại được nhưng có thể dừng tic lại hữu ý trong những khoảng thời gian khác nhau.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Theo ý nghĩa về mặt tâm lý, tic được chia thành 2 loại khác nhau là tic đơn giản và tic phức tạp

1.1.1. Tic đơn giản

Tic vận động đơn giản là những động tác nhanh, định hình do những nhóm cơ có cùng một chức năng tham gia, là những động tác

không có ý nghĩa tâm lý, chưa hoàn chỉnh, ví dụ: nháy mắt, lắc đầu, nhún vai, nhếch mép, nâng cánh mũi, cử động các ngón tay... Tic âm thanh đơn giản là sự phát ra những âm thanh nhanh và vô nghĩa như: hắng giọng, ho khạc, khụt khịt, lầm bầm, tiếng kêu, tiếng rít...

1.1.2. Tic phức tạp

Tic vận động phức tạp là những động tác diễn ra đồng thời trong một tập hợp, dường như có mục đích và kéo dài lâu hơn so với tic đơn giản, ví dụ: vuốt tóc, cắn, ném, đánh, nhảy, sờ, nhại động tác của người khác... Tic âm thanh phức tạp là sự phát ra những âm, những từ không lưu loát và khác thường về nhịp điệu, những lời nói bị tắc nghẽn, những câu nói bật ra định hình không phù hợp với hoàn cảnh, nói tục không chủ ý, lặp lời bản thân hoặc nhại lời người khác.

1.2. Theo ICD - 10 tic được chia làm 3 thể chính

1.2.1. Tic nhất thời

Có một hay nhiều tic vận động hoặc âm thanh (không có cả 2 loại tic đồng thời), có tic hàng ngày, kéo dài trên 4 tuần nhưng không quá 12 tháng.

1.2.2. Tic vận động hoặc âm thanh mạn tính

Có một hay nhiều tic vận động hoặc âm thanh (không có cả 2 loại tic đồng thời), tic có hầu như hàng ngày, kéo dài trên 1 năm, trong thời gian đó không có 3 tháng liên tục nào là không bị tic.

1.2.3. Hội chứng Tourette

Có tic vận động nhiều loại kết hợp với tic âm thanh cùng tồn tại trong một khoảng thời gian mặc dù không nhất thiết phải luôn có đồng thời, tic có nhiều lần trong ngày (thường thành cơn), có hầu như hàng ngày, kéo dài trên 1 năm, trong thời gian đó không có 3 tháng liên tục nào là không bị tic.

Ngoài những tiêu chuẩn riêng đã nêu cho mỗi thể, cả 3 thể đều phải đáp ứng với những tiêu chuẩn chung là: tic khởi phát trước 18 tuổi, trước đó không sử dụng các thuốc an thần kinh, không có bệnh thuộc hệ thần kinh trung ương (ví dụ như múa vờn Huntington, di chứng viêm não...), tic gây ảnh hưởng tới học tập, nghề nghiệp và hoạt động của bệnh nhân.

Tic thường mất đi lúc ngủ, giảm đi khi tập trung chú ý vào một hoạt động hứng thú. Tic thường bị tăng lên khi bệnh nhân có sang chấn tâm lý, cơ thể mệt mỏi. Tic nhất thời chịu tác động tâm lý rõ hơn so với tic mạn tính và hội chứng Tourette.

1.3. Đánh giá lâm sàng của tic cần được tiến hành theo những mục sau

1. Tic

– Vị trí giải phẫu, số lượng tic, tần số, cường độ, tính phức tạp, mức độ gây ảnh hưởng.

– Khởi phát: lứa tuổi, đặc điểm, liên quan tới sang chấn tâm lý.

– Tiến triển: xu hướng tăng lên hay giảm dần, tic xuất hiện dần theo hướng từ đầu xuống chân, tăng tính phức tạp, thời gian kéo dài của bệnh, yếu tố làm tăng hoặc giảm tic.

– Biểu hiện rối loạn tâm lý liên quan: cảm giác khẩn thiết hoặc khó chịu trước khi bị tic.

– Tic gây ảnh hưởng tới lòng tự tin, hoạt động gia đình, thích ứng xã hội, học tập, nghề nghiệp, nguy cơ tự gây thương tích cơ thể.

2. Triệu chứng ám ảnh và hành vi nghi thức ám ảnh có thể kèm theo với tic, nhất là trong hội chứng Tourette.

3. Tiền sử sản khoa, quá trình phát triển, bệnh đã mắc.

4. Những rối loạn về cảm xúc, hành vi, chú ý.

5. Quan hệ với gia đình và bạn bè.

6. Các sự kiện cuộc sống có liên quan với khởi phát và làm tic trầm trọng thêm.

7. Tiền sử trong gia đình có người bị rối loạn cảm xúc, rối loạn hành vi, tic.

8. Tình hình học tập.

9. Khám nội khoa và thần kinh: hầu hết bệnh nhân đều bình thường, nhưng một số có dấu hiệu thần kinh nhẹ không khu trú.

10. Đánh giá khả năng đáp ứng với điều trị.

Lưu ý chẩn đoán tic chủ yếu dựa vào lâm sàng mà không có phương pháp cận lâm sàng đặc hiệu. Điện não đồ ở khoảng 50% bệnh nhân có những thay đổi bất thường không đặc hiệu; làm test tâm lý ở 80% bệnh nhân có lo âu, tự ti, thoái lùi.

2. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bằng liệu pháp hoá được kết hợp với liệu pháp tâm lý.

2.1. Liệu pháp hoá dược

Áp dụng cho bệnh nhân tic mạn tính và hội chứng Tourette.

– Haloperidol (viên 1,5mg): liều sử dụng ban đầu 0,02mg/kg/ngày, sau đó tăng dần đến 0,05mg/kg/ngày. Nếu xuất hiện tác dụng phụ của thuốc như ngủ nhiều, rối loạn trương lực cơ... thì phải giảm liều và dùng thêm Artan. Điều trị bằng haloperidol cho kết quả tốt ở 70 - 80% các trường hợp.

– Clonidin (Catapresan, viên 0,15mg): đây là thuốc chọn lựa thứ hai nếu điều trị bằng haloperidol không hiệu quả. Liều ban đầu là 3mcg/kg, sau đó tăng dần đến 0,025 - 0,05mg/ngày. Khoảng 20 - 35% bệnh nhân hết triệu chứng tic sau 8 - 12 tuần điều trị. Lưu ý thuốc gây ra những tác dụng phụ như khô miệng, hạ huyết áp (gặp 20%). Thuốc này có tác dụng điều trị tốt đối với tic động hơn là đối với tic âm thanh.

2.2. Liệu pháp tâm lý

Áp dụng cho tất cả bệnh nhân.

Sử dụng liệu pháp hành vi mang lại kết quả tốt, đặc biệt đối với tic nhất thời. Liệu pháp này bao gồm: bệnh nhân lập bảng theo dõi tần số tic hàng ngày, đánh dấu những ngày không bị tic, gia đình tránh nhắc đến tic, không phê phán trẻ; tổ chức những hoạt động thu hút sự tập trung chú ý và lôi cuốn trẻ tham gia vào, động viên khen thưởng khi trẻ ít bị tic (phương pháp tăng cường củng cố dương tính).

Bên cạnh đó dựa vào cơ sở phối hợp hai quá trình: bất động các vận động và vận động các bất động của nguyên tắc điều trị tâm vận động, đưa ra kỹ thuật: trẻ được hướng dẫn thực hiện các bài tập trước gương, làm các động tác ở những phần cơ thể không bị tic kết hợp với bài tập giãn cơ.

Dựa vào thuyết điều kiện hoá cho bệnh nhân thực hiện bài tập sự chủ động làm các động tác tic 30 phút mỗi ngày trong 3 tuần liền.

2.3. Các phương pháp điều trị hỗ trợ

Tổ chức các hoạt động vui chơi giải trí, nâng đỡ tâm lý người bệnh kết hợp với hướng dẫn gia đình. Điều trị các rối loạn lo âu, trầm cảm, ám ảnh hoặc tăng động nếu có kèm theo với tic.

2.4. Tiêu chuẩn ra viện và theo dõi điều trị

Thông thường bệnh nhân tic được điều trị ngoại trú và chỉ vào viện khi bị tic mạn tính nhiều loại hoặc hội chứng Tourette. Bệnh nhân được ra viện khi các triệu chứng tic đã thuyên giảm và không gây ảnh hưởng nặng nề đối với các hoạt động học tập, sinh hoạt hàng ngày.

Bệnh nhân được theo dõi điều trị ngoại trú và thăm khám định kỳ.

TRẦM CẢM

Trầm cảm là một loại rối loạn khí sắc bao gồm khí sắc trầm dai dẳng, mất mọi quan tâm thích thú, hay mệt mỏi và giảm hoạt động làm giảm khả năng thích ứng của người bệnh với cuộc sống.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các nhóm triệu chứng:

1.1. Ba triệu chứng đặc trưng

- Khí sắc trầm.
- Mất quan tâm thích thú.
- Tăng sự mệt mỏi.

1.2. Bảy triệu chứng phổ biến

- Giảm tập trung chú ý.
- Giảm tính tự trọng và lòng tự tin.
- Ý tưởng bị tội và không xứng đáng.
- Nhìn tương lai ảm đạm và bi quan.
- Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát.
- Rối loạn giấc ngủ.
- Ăn không ngon hoặc ăn nhiều.

1.3. Một số triệu chứng sinh học trong trầm cảm nặng

- Giảm 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng, khí sắc giảm về buổi sáng, chậm chạp tâm lý vận động, thức giấc sớm.

– Sững sờ, hoang tưởng và ảo giác có thể gặp trong trầm cảm nặng. Nội dung hoang tưởng thường là có tội, không xứng đáng, bị truy hại hoặc không tồn tại, ảo giác thường gặp là ảo thanh.

1.4. Chẩn đoán mức độ nặng của trầm cảm

– Mức độ nặng: gồm 3 triệu chứng đặc trưng kết hợp với trên 4 triệu chứng phổ biến.

– Mức độ vừa: có 2 triệu chứng đặc trưng kết hợp với 3 hoặc 4 triệu chứng phổ biến.

– Mức độ nhẹ: có 2 triệu chứng đặc trưng kết hợp với 2 triệu chứng phổ biến.

1.5. Chẩn đoán theo thể bệnh

– Giai đoạn trầm cảm: chỉ bị một giai đoạn trầm cảm.

– Rối loạn trầm cảm tái diễn: có sự tái phát của những giai đoạn trầm cảm.

– Rối loạn cảm xúc lưỡng cực: giai đoạn trầm cảm xen kẽ với giai đoạn hưng cảm.

Ở trẻ nhỏ trầm cảm có thể biểu hiện dưới dạng cáu kỉnh hoặc khí sắc thay đổi nhanh, bứt rứt, ngủ nhiều, ăn nhiều, các triệu chứng đau cơ thể... Giảm vận động chủ ý, tư duy chậm gây ra những suy giảm về học tập. Đối với trẻ vị thành niên cảm giác tự ti, mặc cảm tội lỗi gặp khá phổ biến và có thể sự bi quan, thất vọng dẫn đến ý nghĩ tự sát hoặc hành vi tự sát. Ở một số trẻ em trầm cảm có thể biểu hiện bằng những hành vi chống đối xã hội như bỏ học, phạm pháp, trốn nhà, gây rối nơi công cộng...

Test tâm lý thường dùng để nhận định trầm cảm là test Beck: nếu kết quả tổng điểm trên 15 là trầm cảm nặng, 8 - 14 điểm là trầm cảm vừa, 5 - 7 điểm là trầm cảm nhẹ. Ngoài ra test CBCL cũng được sử dụng để đánh giá trầm cảm.

2. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bằng hoá dược là chủ yếu kết hợp với liệu pháp tầm lý. Cần theo dõi đặc biệt tới những bệnh nhân trầm cảm nặng, chán ăn, có bệnh cơ thể kèm theo, có ý tưởng hoặc hành vi tự sát.

2.1. Liệu pháp hoá dược

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng như amitriptylin, anafranil liều 25 - 75mg/ngày, uống.

– Thuốc chống trầm cảm mới: fluoxetin (Prozac) 20mg/ngày, uống.

Đối với những bệnh nhân có hoang tưởng, ảo giác cho uống thêm an thần kinh như tisersin 25-75mg/ngày hoặc haloperidol 1,5 - 3mg/ngày.

Lưu ý tác dụng phụ của thuốc chống trầm cảm 3 vòng: có thể gây khô miệng, nhìn mờ, giãn đồng tử, chán ăn, bí tiểu tiện, chóng mặt, tăng nhịp tim... trong trường hợp đó cần phải giảm liều.

2.2. Liệu pháp tâm lý

Có thể áp dụng nhiều liệu pháp khác nhau nhưng thường sử dụng liệu pháp hành vi nhận thức và liệu pháp gia đình nhằm hỗ trợ tâm lý người bệnh, phục hồi chức năng tâm lý xã hội, giúp cho họ sớm thích nghi với cuộc sống trong cộng đồng.

2.3. Các phương pháp điều trị hỗ trợ khác

Nâng đỡ tâm lý người bệnh, đưa vào các hoạt động vui chơi giải trí, thể thao, lao động hợp lý... cần lưu ý tới chế độ ăn đảm bảo dinh dưỡng.

2.4. Tiêu chuẩn ra viện và theo dõi điều trị ngoại trú

2.4.1. Tiêu chuẩn ra viện

Khí sắc ổn định, không có ý tưởng tự sát, người bệnh đã bước đầu có thể trở lại sinh hoạt bình thường, giao tiếp và học tập được.

2.4.2. Theo dõi và điều trị ngoại trú

Điều trị bằng thuốc chống trầm cảm tối thiểu từ 6 đến 9 tháng kể từ khi bệnh đã ổn định vì bệnh rất hay tái phát. Đối với bệnh nhân bị trầm cảm tái diễn phải dùng thuốc chống trầm cảm kéo dài hơn kết hợp với depamid liều uống 200-400mg/ngày nhằm dự phòng nguy cơ tái phát. Bệnh nhân được theo dõi và khám định kỳ trong thời gian dài.

CÁC LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Liệu pháp tâm lý là các kỹ thuật tâm lý mà các nhà chuyên môn sử dụng tác động tâm lý một cách tích cực có hệ thống vào mục đích phòng và chữa bệnh.

Hiện nay để cải thiện các rối loạn tâm lý ở bệnh nhân có rất nhiều các liệu pháp được sử dụng như: liệu pháp ám thị, liệu pháp thôi miên, liệu pháp nhận thức hành vi, thư giãn, liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý nhóm, liệu pháp tâm lý nâng đỡ, liệu pháp trò chơi, liệu pháp vẽ tranh... Trong thực hành nhi khoa một số liệu pháp sau đây thường được áp dụng.

1. LIỆU PHÁP TRÒ CHƠI

1.1. Khái niệm

Liệu pháp trò chơi được tiến hành dựa vào nhu cầu tự nhiên của trẻ em là muốn được chơi. Nhà trị liệu tổ chức các trò chơi có mục đích và hệ thống nhằm chẩn đoán và trị liệu các rối loạn tâm lý.

– Chức năng chẩn đoán:

Thông qua trò chơi trẻ tự bộc lộ khả năng của mình về các mặt: nhận thức, cảm xúc, hành vi, đặc biệt là những thiếu hụt trong tính cách và mối quan hệ của trẻ. Nhà trị liệu thu thập và phân tích thông tin để góp phần đưa ra các chẩn đoán tâm lý.

– Chức năng trị liệu:

Trò chơi tạo cho bệnh nhi khả năng tự bộc lộ cảm xúc, giải toả những băn khoăn vướng mắc, căng thẳng, lo hãi đồng thời tạo sự thư giãn và hứng thú vào quá trình điều trị. Thông qua những trò chơi, các rối loạn về nhận thức, cảm xúc và hành vi của trẻ được cải thiện đưa tới sự phục hồi các chức năng tâm lý.

1.2. Chỉ định và chống chỉ định

1.2.1. Chỉ định: cho các trẻ có những rối loạn tâm lý như:

Các rối loạn cảm xúc, lo âu, trầm cảm, rối loạn phân ly, chán ăn tâm thần, rối loạn hành vi đạo đức. Các bệnh thực thể nhưng có các vấn đề về tâm lý. Các rối loạn như tic, đái dầm, nói lắp, rối loạn ngủ. Trẻ em bị chậm phát triển, tự kỷ, tăng động giảm chú ý, tâm thần phân liệt...

1.2.2. Chống chỉ định

Những bệnh nhân có cơn xung động, kích động, hung tính. Bệnh nhân loạn thần nặng hoặc trầm cảm có nguy cơ tự sát. Bị một số bệnh thực thể cần được nằm yên tĩnh.

1.3. Cách tiến hành

– Lựa chọn chủ đề chơi phù hợp với mục đích trị liệu của thầy thuốc nhằm cải thiện hiệu quả nhất về các rối loạn tâm lý.

Ví dụ: Bệnh nhân có lo âu, trầm cảm phải: chơi nhóm, trò chơi động, đóng kịch, văn nghệ, hái hoa dân chủ, ném lon, cầu lông...

– Bệnh nhân tăng động nên chơi cá nhân hoặc trò chơi tĩnh như: cờ vua, cá ngựa, cắt gấp giấy...

– Có thể tổ chức chơi ở buồng bệnh, phòng chơi hoặc ở sân. Đối với bệnh nhân bị bệnh thực thể, trò chơi phải phù hợp với đặc điểm lâm sàng của bệnh.

– Người hướng dẫn chơi có thể là nhà tâm lý, y tá, bác sĩ, cha mẹ hoặc chính bệnh nhân.

– Đồ chơi phải được an toàn (tránh dễ vỡ, sắc nhọn...) đặt chỗ dễ lấy...

– Thời gian một buổi chơi khoảng 30 - 50 phút, số buổi chơi còn phụ thuộc vào tiến triển của các rối loạn tâm lý.

Nhà trị liệu ít bình luận mà phải ghi chép theo dõi mỗi buổi chơi, đánh giá những cải thiện tâm lý của trẻ và đưa ra trò chơi mới phù hợp.

2. LIỆU PHÁP VẼ TRANH

2.1. Khái niệm

Vẽ tranh là một hoạt động thông thường và phổ biến ở trẻ em. Liệu pháp này không cần sử dụng tối ngôn ngữ. Đặc biệt đối với những trẻ bị rối loạn tâm lý có khó khăn trong sự cảm nhận và biểu thị bằng lời, thông qua tranh vẽ trẻ có thể biểu thị được phần nào. Liệu pháp vẽ tranh sử dụng có nhiều lợi ích trong chẩn đoán và trị liệu các rối loạn tâm lý.

– Chẩn đoán tâm lý:

Hình vẽ của trẻ thể hiện mức độ phát triển trí tuệ cũng như phản ánh những thiếu hụt trong các mối quan hệ. Hình vẽ trẻ phần nào bộc lộ những suy nghĩ, cảm xúc bị dồn nén, những mong muốn, xung đột tâm lý không thể hiện được bằng lời.

– Trị liệu tâm lý:

Vẽ tranh có tác dụng như một yếu tố giải cảm ứng, loại bỏ sự căng thẳng. Trong quá trình vẽ trẻ phải tự mình nghĩ cách bố cục bức tranh, khắc phục và vượt qua nỗi sợ hãi, kìm chế căng thẳng nội tâm, sau khi vẽ trẻ sẽ dần dần vượt qua được tình trạng rối loạn tâm lý.

2.2. Chỉ định và chống chỉ định

2.2.1. Chỉ định

Với hầu hết trẻ em từ 5 tuổi trở lên với các rối loạn tâm lý như:

Các rối loạn cảm xúc rối loạn phân ly, chán ăn tâm thần, rối loạn hành vi, các bệnh nhi bị thực thể nhưng có các vấn đề về tâm lý, các rối loạn như tic, đái dầm, nói lắp, rối loạn ngủ, trẻ em bị chậm phát triển, tự kỷ, tăng động giảm chú ý, bệnh tâm thần phân liệt...

2.2.2. Chống chỉ định

Không áp dụng với những trẻ từ chối vẽ, bệnh nhân có cơn xung động, kích động, hung tính, bệnh nhân loạn thần nặng.

2.3. Cách tiến hành

– Một số chủ đề vẽ thường được áp dụng: vẽ gia đình để tìm hiểu xung đột và mong muốn của trẻ về gia đình mình. Vẽ người tìm hiểu trình độ trí tuệ và một số nét tính cách. Vẽ cây tìm hiểu chiều hướng nhân cách. Ngoài ra trẻ còn vẽ bệnh viện, vẽ trường học...

– Phòng vẽ cho trẻ phải yên tĩnh, đủ ánh sáng, ít có tác động ngoại cảnh (tiếng ồn, sự gợi ý, sự phê phán hoặc sự ganh đua...).

– Giấy vẽ (khổ A4 hoặc A3), bút chì, sáp màu, bột màu, bàn ghế hoặc giá vẽ...

– Trong khi vẽ, nhà trị liệu nên theo dõi trẻ về cách thức vẽ, thời gian vẽ, thứ tự vẽ từng nhân vật, không bình luận tranh vẽ.

– Sau khi trẻ vẽ, nhà trị liệu có thể hỏi trẻ một số chi tiết trên bức tranh nhưng không bắt buộc trẻ trả lời.

– Việc đánh giá tranh vẽ dựa vào màu sắc, nét vẽ, nội dung bức tranh, các nhân vật, các chi tiết, bố cục bức tranh...

– Một chủ đề tranh vẽ được tiến hành nhiều lần, có theo dõi, ghi chép để đánh giá sự tiến triển trong tâm lý của trẻ.

3. LIỆU PHÁP HÀNH VI NHẬN THỨC

3.1. Khái niệm

Liệu pháp nhận thức - hành vi là các kỹ thuật tâm lý, trong đó nhà trị liệu sử dụng việc kết hợp lời nói và mẫu hành vi một cách có mục đích và hệ thống nhằm điều chỉnh các rối loạn tâm lý.

Liệu pháp nhận thức - hành vi dựa trên nguyên tắc điều kiện hoá và củng cố cũng như mối quan hệ giữa nhận thức - cảm xúc - hành vi.

3.2. Chỉ định và chống chỉ định

3.2.1. Chỉ định

Liệu pháp nhận thức - hành vi được áp dụng cho trẻ em từ 6 tuổi trở lên với các rối loạn sau:

Các rối loạn lo âu; các rối loạn tâm lý ở trẻ em như đái dầm, tic, nói lắp, tăng động giảm chú ý, rối loạn hành vi; các chứng nghiện: thuốc lá, ma tuý; trầm cảm (không có tự sát); bệnh tâm thần phân liệt qua giai đoạn cấp; trẻ em bị chậm phát triển, tự kỷ vừa, nhẹ...

3.2.2. Chống chỉ định

Tâm thần phân liệt trong giai đoạn cấp; trầm cảm có ý tưởng tự sát;

Loạn thần hưng trầm cảm, chậm phát triển, tự kỷ nặng.

3.3. Các kỹ thuật trong trị liệu nhận thức hành vi

Liệu pháp nhận thức - hành vi là tập hợp nhiều kỹ thuật khác nhau, sau đây là một số kỹ thuật chính thường được áp dụng trong thực hành nhi khoa.

3.3.1. Nhận ra mối quan hệ giữa cảm xúc, các triệu chứng cơ thể và ý nghĩ

– Trẻ phải nhận ra được các trạng thái cảm xúc khác nhau của mình: buồn, tức giận, lo lắng, hoảng sợ và vui vẻ. Trẻ nhỏ có thể dựa vào các bức tranh vẽ các nét mặt miêu tả trạng thái cảm xúc đó. Trẻ lớn có thể mô tả bằng lời. Ngoài ra trẻ phải nhận ra cường độ các cảm xúc của mình bằng sử dụng thang bậc tự cho điểm từ thấp đến cao.

– Trẻ phải nhận ra một số triệu chứng có thể liên quan đến cảm xúc.

– Trẻ phải nhận ra được ý nghĩ sai lầm của mình có liên quan đến cảm xúc (nên đưa ra các ví dụ cụ thể để minh họa).

3.3.2. Cấu trúc lại nhận thức

Hầu hết các rối loạn tâm lý đều do những suy nghĩ không hợp lý, những niềm tin sai lệch hoặc mong muốn quá thái không phù hợp gây ra, vì vậy kỹ thuật này gồm 3 bước:

Bước 1: Giúp trẻ nhận được ý nghĩa sai, niềm tin vô lý.

Bước 2: Tìm bằng chứng thực phản bác lại suy nghĩ, niềm tin vô lý.

Bước 3: Nảy sinh những ý thức mới, đúng đắn, hợp lý và thực tế thay thế vào những ý nghĩ sai, vô lý.

3.3.3. Tự khẳng định

Ở liệu pháp này cả nhà trị liệu và trẻ phải hiểu được suy nghĩ đã dẫn đến các ứng xử không phù hợp. Từ đó thay vào việc chú ý tới những tình huống tiêu cực trong quá khứ bằng tập trung vào những biểu hiện tích cực, phát triển và khẳng định nó.

3.3.4. Giảm cảm ứng có hệ thống

Là kỹ thuật tâm lý làm cho trẻ em thích nghi dần với tình huống gây sợ từ mức độ thấp đến mức độ cao và cuối cùng là hoàn cảnh thực gây ra đáp ứng không thích nghi. Gồm các bước sau:

Bước 1: Tưởng tượng ra một loạt các kích thích gây stress xung quanh một sự kiện gây sợ nào đó và sắp xếp chúng theo trật tự từ yếu đến mạnh theo một hệ thống điểm.

Bước 2: Đưa cơ thể vào trạng thái thư giãn toàn thân, giúp trẻ tưởng tượng ra những kích thích gây sợ hãi ở mức yếu nhất.

Bước 3: Nếu kích thích đã được quen dần không gây cảm giác lo sợ thì lần lượt chuyển sang kích thích mạnh hơn.

3.3.5. Khen thưởng

Là liệu pháp tâm lý dùng phần thưởng để củng cố hành vi hợp lý loại bỏ hành vi sai trên cơ sở thực hiện một cách có hệ thống, có nguyên tắc và được thảo luận trước với trẻ.

Phần thưởng có thể là lợi ích vật chất hoặc tinh thần, phải lập bảng theo dõi cảm xúc, hành vi và quy định mức thưởng, phải có sự cam kết giữa trẻ và nhà trị liệu.

3.3.6. Kỹ thuật thư giãn

Thư giãn là một phương pháp hành vi đòi hỏi con người phải chú tâm vào tập giãn mềm cơ bắp, tập thở chậm, tạo trạng thái thoải mái về tinh thần, giảm kích thích và tạo sự nghỉ ngơi của vỏ não.

– Nơi tập thư giãn phải thông thoáng, yên tĩnh, không sáng chói, không bị các kích thích gây mất tập trung.

– Người tập phải hết sức tập trung, huy động sự chú ý, ý thức của mình vào việc hình dung ra cảm giác căng hoặc giãn mềm cơ bắp.

– Tập thả lỏng tuần tự từng nhóm cơ (đặc biệt là hai bàn tay, hai cánh tay, vai, cổ, ngực, bụng, lưng...).

– Tập thư giãn tĩnh ở tư thế nằm kết hợp với thở bụng (thóp bụng, thở ra, phình bụng hít vào, thở êm, chậm, sâu, đều).

– Tập kết hợp với tưởng tượng được hướng dẫn bằng lời. Ví dụ "tay phải mềm ra", "giãn ra", "chùng xuống", "ấm dần lên"... giọng đọc phải chậm, rõ, âm thanh vừa phải.

– Một buổi tập từ 15 - 30 phút tuỳ theo lứa tuổi, tập hàng ngày.

3.4. Một số lưu ý khi thực hiện

Sử dụng ngôn ngữ đơn giản. Có các ví dụ và biểu đồ cụ thể: tranh, hình ảnh, thang điểm. Nên giải thích và dạy một số kỹ thuật đơn giản cho cha mẹ. Chú ý đến độ tuổi của trẻ để áp dụng một cách phù hợp. Thời gian cho các kỹ thuật 20-30 phút/1 lần/1 ngày.

4. THAM VẤN

4.1. Định nghĩa

Đối tượng tham vấn tâm lý trong thực hành nhi khoa là cha mẹ và trẻ em có vấn đề về tâm lý (gọi là thân chủ).

Tham vấn là một quá trình thiết lập mối quan hệ giữa nhà tham vấn và thân chủ nhằm giúp đỡ thân chủ cải thiện cuộc sống của họ bằng cách khai thác, nhận thức và thấu hiểu những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của họ, hỗ trợ và khuyến khích thân chủ đưa ra cách giải quyết vấn đề.

– Quá trình tham vấn: nhà tham vấn và thân chủ có thể gặp nhau trong một khoảng thời gian cố định (thường từ 50 - 60 phút), một tuần một lần hoặc nhiều hơn (tuỳ thuộc vào mức độ vấn đề của thân chủ).

– Các mục đích của mối quan hệ trong tham vấn:

+ Giúp thân chủ xác định các vấn đề của họ và đặt thứ tự ưu tiên cho các hoạt động can thiệp.

+ Giúp thân chủ hiểu rõ căn nguyên của vấn đề về họ đang gặp phải.

+ Giúp thân chủ nhận ra các suy nghĩ và cảm xúc của họ đóng góp hoặc liên quan đến các vấn đề họ đang gặp phải.

+ Giúp thân chủ nhận ra các suy nghĩ và cảm xúc của họ đóng góp hoặc liên quan đến các vấn đề của họ như thế nào, từ đó nhận thức thế giới theo cách thực tế và tích cực hơn.

+ Hỗ trợ thân chủ trong quá trình ra quyết định bằng cách giúp họ xác định các lựa chọn và cân nhắc mặt trái, mặt phải của từng lựa chọn.

+ Khuyến khích thân chủ đưa ra những lựa chọn và các thay đổi tốt nhất cho chính cuộc sống của họ (nhà tham vấn không bao giờ ra quyết định thay cho thân chủ).

+ Nhấn mạnh những đặc điểm tích cực của thân chủ và giúp họ sử dụng những thế mạnh này để vượt qua những trở ngại và thách thức.

4.2. Chỉ định

Tham vấn tâm lý được chỉ định rất rộng rãi trong trường hợp cha mẹ và trẻ có nhu cầu muốn giải quyết những vướng mắc về tâm lý. Trong quá trình điều trị các rối loạn về tâm lý nó được xem như là liệu pháp hỗ trợ rất quan trọng, được phối hợp với các liệu pháp tâm lý khác hoặc điều trị bằng hoá dược.

4.3. Các kỹ năng tham vấn

4.3.1. Các kỹ năng giao tiếp không lời

– Giao tiếp bằng mắt: nhìn thẳng thể hiện sự chăm chú.

– Ngôn ngữ cử chỉ: ngồi cạnh, thả lỏng, cùng tầm với thân chủ thể hiện sự cởi mở và thông cảm.

– Giọng nói: bình tĩnh tốc độ đều đều.

– Khoảng cách không gian: giữa hai người không có vật cản ngồi cách nhau (70cm - 1m), ánh sáng vừa phải.

– Thời gian: thân chủ có thời gian trình bày và trả lời câu hỏi, không thúc dục hoặc gây bắt buộc.

– Khoảng im lặng giữa hai người để nhà tham vấn có thời gian, suy nghĩ và lên kế hoạch cho câu hỏi hoặc câu nói tiếp theo.

4.3.2 Các kỹ năng giao tiếp bằng lời

– Nên đặt câu hỏi mở: "Điều gì?"; "Tại sao?"; "Thế nào?".

– Khuyến khích: nhắc lại một vài từ chính của thân chủ.

– Diễn đạt lại: nhắc lại ý chính trong lời nói của thân chủ.

– Phản ánh cảm xúc: gọi tên được những cảm xúc chính mà thân chủ đang trải qua.

– Tóm lược: điểm lại những vấn đề và cảm xúc mà thân chủ đã bộc lộ.

4.4. Các giai đoạn của mô hình tham vấn: gồm 5 giai đoạn

1. Thiết lập mối quan hệ: để xây dựng lòng tin, với trẻ em nên bắt đầu bằng nụ cười, một trò chơi hoặc kể một câu truyện.

2. Tập hợp thông tin, xác định vấn đề và nhận ra thế mạnh của thân chủ: để xác định mục đích rõ ràng và định hướng cho cuộc phỏng vấn tránh lan man vào chủ đề khác. Với trẻ em tránh dùng từ và khái niệm trừu tượng.

3. Xác định kết quả: nhằm xác định một giải pháp lý tưởng bằng câu hỏi "Cháu muốn điều gì sẽ xảy ra?" hoặc "Nếu cháu có ba điều ước, cháu sẽ ước gì?".

4. Tìm kiếm các giải pháp thay thế đối mặt với những điều phi lý của thân chủ: Nhà tham vấn cần sự sáng tạo, càng đưa ra nhiều giải pháp lựa chọn càng tốt. Với trẻ em giúp trẻ tưởng tượng về tương lai và kết quả về các mặt tinh thần khi chọn giải pháp thay thế.

5. Khái quát: tóm lược kết quả khi các giải pháp cụ thể đã được vạch ra và hẹn lần sau.

RỐI LOẠN DẠNG CƠ THỂ

Rối loạn dạng cơ thể là những rối loạn cảm giác đơn lẻ hoặc nhiều loại mà bệnh nhân than phiền nhưng không có bằng chứng thực tổn.

1. CHẨN ĐOÁN

Những biểu hiện thường gặp là bệnh nhân có những than phiền như:

- Các chứng đau: đau đầu, đau bụng, đau khớp, đau lưng.
- Chóng mặt.
- Đánh trống ngực.
- Cảm giác tê, khó chịu.
- Táo bón hoặc tiêu chảy.
- Lo âu hoặc trầm cảm.

Những than phiền này thường đa dạng, tái diễn và kéo dài.

Người bệnh và gia đình rất lo lắng, khám nhiều nơi làm nhiều xét nghiệm.

Người bệnh thường ăn ít, ngủ kém, giảm hoạt động, luôn mệt mỏi, hay khóc lóc rên rỉ, giảm sút học tập, lệ thuộc vào gia đình.

Nghĩ tới chẩn đoán rối loạn dạng cơ thể khi:

1. Có nhiều triệu chứng cơ thể nhưng không có bằng chứng thực tổn.

2. Người bệnh quan tâm quá mức về bệnh lý cơ thể.

3. Người bệnh khám bệnh và tư vấn nhiều bác sĩ, làm nhiều xét nghiệm kết quả đều bình thường.

4. Người bệnh có thể đã được điều trị triệu chứng của bệnh nội khoa nhưng tình trạng bệnh lý ít cải thiện.

5. Tìm hiểu các yếu tố nguyên nhân thường gặp là:

- Gia đình: bố mẹ và gia đình có mâu thuẫn, ly hôn, ly thân, tang tóc hoặc có bệnh mạn tính.

- Phương pháp giáo dục: quá chiều chuộng, quá nghiêm khắc, ngược đãi hoặc bỏ mặc con cái.

– Các sang chấn tâm lý khác: áp lực về học tập, chuyển chỗ ở hoặc chuyển trường, khởi đầu có bệnh lý cơ thể, yếu tố y sinh (khám nhiều bác sĩ, làm nhiều xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị quá mức gây lo âu).

– Yếu tố khí chất, đặc điểm tâm sinh lý lứa tuổi.

6. Cần chẩn đoán phân biệt với trầm cảm, tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng, rối loạn lo âu và các loạn thần khác.

2. KẾ HOẠCH CAN THIỆP

1. Khám thực thể (nội khoa, thần kinh).

2. Làm một số xét nghiệm cần thiết để loại trừ thực tổn.

3. Làm test tâm lý: test lo âu, trầm cảm, hành vi cảm xúc, trí tuệ.

4. Trị liệu tâm lý.

– Nhận định những triệu chứng của bệnh nhân là có thực, đưa vào trị liệu.

– Yêu cầu bệnh nhân ghi nhật ký về hoàn cảnh, cảm xúc là hành vi đi kèm với sự tăng giảm triệu chứng.

– Lập kế hoạch trị liệu hành vi:

Xếp bậc thang thứ tự những trắc nghiệm.

– Luyện tập thư giãn (thở bụng, giãn cơ).

– Tham vấn tâm lý cho bệnh nhân và gia đình.

5. Một số bệnh nhân được điều trị thuốc chống trầm cảm (amitriptilin) và thuốc giải lo âu (seduxen) trong một thời gian ngắn.

6. Điều trị hỗ trợ: vui chơi nhóm, hướng dẫn bệnh nhân và gia đình chấp nhận tình trạng hiện tại, tạo điều kiện để bệnh nhân thích nghi với cuộc sống bình thường.

3. TIÊU CHUẨN RA VIỆN VÀ THEO DÕI NGOẠI TRÚ

Bệnh nhân được ra viện khi các triệu chứng thuyên giảm, nhận thức được cải thiện và được hẹn khám định kỳ.

RỐI LOẠN TĂNG HOẠT ĐỘNG, GIẢM CHÚ Ý

Rối loạn tăng hoạt động giảm chú ý (THĐGCY) là một hội chứng rối loạn vận động giảm chú ý gặp ở trẻ em bao gồm những biểu hiện: tăng hoạt động, giảm chú ý và xung động.

Nguyên nhân của rối loạn này gồm nhiều yếu tố tác động lẫn nhau như di truyền, tổn thương não thời kỳ chu sinh, rối loạn của các chất dẫn truyền thần kinh thuộc hệ adrenergic và serotoninergic, các yếu tố tâm lý và môi trường bất lợi.

1. CHẨN ĐOÁN

Ba nhóm triệu chứng của rối loạn THĐGCY.

1.1. Tăng hoạt động (THĐ)

- Luôn vận động chân tay, không thể ngồi yên một chỗ.
- Luôn đứng dậy trong lớp học hoặc ở những nơi cần phải ngồi yên.
- Hay leo trèo ở những nơi không thích hợp.
- Không giữ được yên lặng trong khi chơi những trò chơi tĩnh
- Nói quá nhiều

1.2. Giảm chú ý (GCY)

- Ít chú ý chi tiết, không cẩn thận, có nhiều sai sót.
- Kém tập trung chú ý, dễ bị kích thích bên ngoài lôi cuốn làm mất tập trung.
- Khó duy trì chú ý trong công việc và trò chơi.
- Không thường xuyên lắng nghe.
- Không thường xuyên tuân theo kỷ luật và không hoàn thành được nhiệm vụ được giao (không phải do cố tình chống đối hoặc không có khả năng).
- Kém tổ chức trong công việc và hoạt động.
- Né tránh và không chịu làm công việc đòi hỏi phải suy nghĩ.
- Hay làm mất các đồ dùng.
- Hay quên trong sinh hoạt hàng ngày.

1.3. Xung động

– Thường xuyên trả lời trước, không đợi người hỏi kết thúc câu.

– Không kiên trì chờ đợi theo thứ tự.

– Thường xuyên ngắt lời người khác và bỏ dở cuộc nói chuyện với người khác.

Theo DSM IV: rối loạn THĐGCY được phân chia thành 3 thể dựa vào biểu hiện nào chiếm ưu thế?

1. Thể tăng hoạt động, xung động chiếm ưu thế.
2. Thể giảm chú ý chiếm ưu thế.
3. Thể phối hợp.

Để chẩn đoán xác định cần có những tiêu chuẩn sau:

– Bệnh nhân phải có ít nhất là 8 trong số 3 nhóm triệu chứng đã nêu trên.

– Rối loạn khởi phát ở trẻ em trước 7 tuổi.

– Các triệu chứng thường xuyên xảy ra và kéo dài ít nhất trong 6 tháng, gặp trong hai hoặc nhiều hoàn cảnh khác nhau.

– Rối loạn gây ra lo lắng và ảnh hưởng tới các hoạt động xã hội, học tập và sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân.

– Tiêu chuẩn loại trừ: không phải là rối loạn phát triển lan toả, tâm thần phân liệt và các loạn thần khác.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Thuốc

– Sử dụng thuốc an thần kinh như haloperidol, risperidal nếu bệnh nhân có những biểu hiện tăng hoạt động quá mức và xung động mạnh.

– Dùng các thuốc chống trầm cảm như amitriptilin có kết quả trong một số trường hợp.

– Các thuốc kích thần như methylphenidat (Ritalin) làm giảm đáng kể các triệu chứng tăng hoạt động và xung động, còn các triệu chứng giảm chú ý điều trị bằng thuốc ít có hiệu quả.

2.2. Liệu pháp tâm lý

- Kiên trì giải thích cho trẻ hiểu công việc.
- Hướng dẫn trẻ sắp xếp công việc, lập thời gian biểu hợp lý.
- Xếp đồ đạc hợp lý để trẻ không làm hỏng, vỡ tránh nguy hiểm.
- Dạy trẻ những hành vi thích hợp.
- Huấn luyện cho trẻ những kỹ năng xã hội thích hợp.
- Lập kế hoạch sửa đổi những hành vi sai và khen thưởng.
- Tránh đánh mắng, trừng phạt trẻ.
- Tăng cường cho trẻ tham gia trò chơi tĩnh và việc làm kiên trì.
- Dạy thêm cho trẻ học kém.
- Hợp tác với nhà trường tìm ra phương pháp tác động hiệu quả.

2.3. Các điều trị hỗ trợ

- Các thuốc tăng cường chuyển hoá ở tế bào thần kinh: Nootropil, cerebrolyzin.
- Các yếu tố vi lượng: calci, magnesi, các sinh tố nhóm B, C.
- Vui chơi nhóm, hoà nhập cộng đồng.

2.4. Theo dõi điều trị

- Cần phải có một đội ngũ nhân viên tham gia như: bác sĩ nhi, chuyên gia tâm lý, giáo viên kết hợp chặt chẽ với gia đình và nhà trường.
- Bệnh nhân chủ yếu được theo dõi ngoại trú và đánh giá định kỳ.

Chương 12

BỆNH CƠ

BỆNH NHƯỢC CƠ
(Myasthenia gravis)

Nhược cơ là một bệnh gây nên do rối loạn dẫn truyền tại synap thần kinh cơ với biểu hiện trên lâm sàng là yếu và dễ mệt mỏi của cơ vân. Là một bệnh tự miễn.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm.

1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Bệnh thường xuất hiện tự nhiên.

– Tổn thương cục bộ với triệu chứng sụp mi mắt một bên, hoặc hai bên gặp ở 81% bệnh nhân, cơ vận động ngoại vi gặp ở 16% bệnh nhân, nhược cơ hầu họng như nuốt khó, nói khó ít gặp hơn, chỉ gặp 1 - 2% ở bệnh nhân. Thể tổn thương cục bộ không nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

– Tổn thương toàn thể với các triệu chứng nhược cơ toàn thân, nặng nhất nhược cơ hô hấp đưa đến suy hô hấp, bệnh nhân có thể tử vong.

– Bệnh nhân nhược cơ thường dễ bị viêm phổi, do cơ yếu không thể thở gắng sức được nên dễ bị suy hô hấp và tử vong.

1.2. Xét nghiệm

– Test prostigmin:

Để chẩn đoán phân biệt bệnh nhược cơ với các nguyên nhân gây nhược cơ khác phải làm test prostigmin.

+ Cách tiến hành: đánh giá mức độ sụp mi bằng độ mở tối đa của mắt: khoảng cách giữa hai mi mắt, tính bằng mm. Dùng thuốc kháng acetylcholin prostigmin (Neostigmin) ống 0,5mg với liều 0,04mg/kg, tiêm bắp. Trước khi tiêm đo khoảng cách hai mi mắt trái phải ghi lại số

đo, sau đó tiêm thuốc. Theo dõi sự cải thiện của các triệu chứng lâm sàng sau 5, 10, 15 phút, tối đa 30 phút.

+ Đánh giá kết quả: test được coi là dương tính nếu có sự cải thiện rõ các triệu chứng lâm sàng: độ mở tối đa của mắt tăng lên, các rối loạn chức năng khác được cải thiện rõ.

– Tốc độ lắng máu tăng.

– Điện cơ: biên độ điện thế giảm nhanh chóng với tỷ lệ 10-15%, điện thế trở lại bình thường sau khi tiêm prostigmin.

– Kháng thể kháng Ach (+).

– Xquang tuyến ức to gặp ở 15 - 20% bệnh nhân nhược cơ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Thuốc ức chế miễn dịch

Prednisolon 1 - 2mg/kg liều tấn công trong 2 - 3 tuần tuỳ theo đáp ứng của bệnh nhân. Khi triệu chứng cải thiện giảm liều xuống 1mg/kg trong 3-4 tuần, 0,5mg/kg trong thời gian 1 - 2 tháng. Trong quá trình điều trị chú ý đến tác dụng phụ của thuốc.

2.2. Thuốc kháng acetylcholin esterase

– Mestinon 60mg 1 viên. Liều dùng 7mg/kg/ngày, chia 3 - 4 lần trong ngày. Nếu bệnh nhân có nhược cơ nhai, nuốt thì nên cho uống trước bữa ăn 15 - 20 phút.

– Prostigmin 0,5mg thuốc tiêm. Tác dụng nhanh dễ gây tác dụng phụ nên chỉ dùng để làm test hoặc những trường hợp nhược cơ hô hấp nặng cần điều trị cấp cứu.

2.3. Phương pháp thanh lọc huyết tương và dùng globulin miễn dịch

Thường dùng khi chuẩn bị cắt tuyến ức.

Gama globulin 2g/kg truyền tĩnh mạch có tác dụng tốt ở 70% bệnh nhân.

2.4. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức

– Chỉ định khi điều trị nội khoa tỏ ra không có kết quả.

– Có u tuyến ức.

– Nhược cơ lan rộng, kèm tuyến ức to, điều trị nội khoa kém tác dụng.

– Riêng với thể nhược cơ khu trú: sụp mi mắt đơn thuần các tác giả đều thống nhất không cắt bỏ tuyến ức.

2.5. Điều trị cơn nhược cơ

Cơn nhược cơ nặng, suy hô hấp có nguy cơ tử vong do liệt cơ hoành cơ hầu họng, cơ gian sườn... phải cấp cứu ngay: đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ. Nếu có nhiễm khuẩn dùng kháng sinh mạnh. Prostigmin dùng đường tĩnh mạch.

2.6. Hướng dẫn khi bệnh nhân xuất viện

– Dùng thuốc theo chỉ dẫn.

– 1 tháng khám lại 1 lần.

– Theo dõi tác dụng phụ của prednisolon: HA, phù, tăng cân, rối loạn điện giải: Na^+, K^+, Ca^+ giảm, cho uống thêm calcinol, sirô KCl 10% 10ml - 20ml/ngày.

BỆNH LOẠN DƯỠNG CƠ DUCHENNE
(Duchenne Muscular Dystrophy)

Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne là một bệnh gây nên do đột biến gen Dystrophin, là một gen lặn nằm trên cánh ngắn của nhiễm sắc thể X (Xq21). Gây thiếu hụt protein Dystrophin nằm ở bề mặt màng tế bào cơ vân, đưa đến thoái hoá cơ và teo cơ.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm:

1.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh

Bệnh xuất hiện sớm, diễn biến từ từ, thường qua ba giai đoạn:

Giai đoạn 1: Bệnh xuất hiện tự nhiên, từ 2 - 3 tuổi, có bệnh nhân từ 4-5 tuổi với các triệu chứng giảm vận động, chậm biết đi, đi hay mỏi, dễ ngã, cầm nắm đồ vật hay bị rơi... chưa có teo cơ. Giai đoạn này khó chẩn đoán trừ khi có tiền sử gia đình có cậu hoặc anh trai bị bệnh. Thường bị chẩn đoán nhầm với nhược cơ.

Giai đoạn 2: Bệnh biểu hiện với đầy đủ các triệu chứng sau:

– Triệu chứng giảm vận động rõ: đi lại khó khăn, đứng lên ngồi xuống khó khăn, đang nằm ngồi dậy khó khăn (dấu hiệu Gower +).

– Teo cơ nhiều nơi, đối xứng: cơ vai, cơ Delta, cơ cánh tay cơ ngực, thắt lưng, mông, đùi...

– Giả phì đại cơ ở bắp chân gặp ở 100% bệnh nhân, cẳng tay ít gặp hơn.

– Cuối giai đoạn 2 thường có hiện tượng co gân gót, hoặc các gân khác làm bệnh nhân thay đổi dáng đứng dáng đi, ngực ưỡn ra trước, cong mông ra sau, khi đứng chân thường phải nhón gót chân.

Giai đoạn 3: Đây là giai đoạn cuối của bệnh

– Mất hẳn khả năng vận động, ngồi một chỗ.

– Teo cơ toàn thân, teo cả cơ mặt làm mặt trẻ biến dạng. Hai bắp chân cũng teo nhỏ. Bệnh nhân chỉ còn da bọc xương.

– Tổn thướng chức năng hô hấp, tổn thương cơ tim.

Bị các bệnh nhiễm trùng. Bệnh nhân tử vong do suy hô hấp, suy tim, nhiễm trùng.

Thời gian tiến triển của bệnh dài ngắn tuỳ từng bệnh nhân, phụ thuộc vào đột biến của gen nhiều hay ít exon. Giai đoạn 2 của bệnh chẩn đoán bằng các dấu hiệu lâm sàng.

1.2. Xét nghiệm

– Creatin kinase (CK) huyết thanh tăng cao vọt từ 20 đến hàng 100 lần (CK bình thường của trẻ em theo Hoàng Văn Sơn = 18+16 IU/1 CK của phụ nữ: 26,9 + 9,8 UI/1 theo Nguyễn Thị Trang 2001).

– Điện cơ đồ: có tổn thương nguồn gốc sợi cơ.

– Sinh thiết cơ: tế bào cơ thoái hoá, teo nhỏ, tổ chức liên kết quanh sợi cơ tăng sinh.

– Miễn dịch huỳnh quang: không phát hiện được protein Dystrophin ở bề mặt màng tế bào cơ.

– Di truyền phân tử: sử dụng phương pháp PCR Multiplex, phát hiện các đột biến khuyết đoạn gen ở 79 exon.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

Với các bệnh cơ do các nguyên nhân khác: thoái hoá cơ tuỷ, nhược cơ, bệnh cơ do các nguyên nhân thần kinh...

2. ĐIỀU TRỊ

Bệnh chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu. Phương pháp điều trị chính là kết hợp nội khoa và phục hồi chức năng làm chậm tiến triển của bệnh.

2.1. Nội khoa

- Prednisolon liều thấp kéo dài. Có hai cách cho:

+ 5mg 1 - 2 viên /ngày liên tục 2 đến 3 tháng.

+ 5mg/kg/tuần. Chia uống trong 2 ngày, nghỉ 5 ngày, trong 2-3 tháng.

- ATP 25 - 30mg, 1 - 2 viên/1 ngày.
- Các acid amin cần thiết: moriamin, viên đạm...
- Vitamin E 400 1 viên /ngày 10 trong 1 tháng.
- Các vitamin A, C, B khi cần thiết.

2.2. Phục hồi chức năng

- Tập vận động, xoa bóp các nhóm cơ để chống thoái hoá, hạn chế co gân. Hướng dẫn cho gia đình để họ tự làm cho trẻ thường xuyên ở nhà.
- Tắm nước ấm, ngâm 15-20 phút.
- Chạy điện.

Chú ý đối với bệnh này phải điều trị kiên trì, liên tục trong nhiều năm mới thấy hiệu quả.

3. PHÒNG BỆNH

Đối với bệnh này phòng bệnh là rất quan trọng. Làm thế nào hạn chế sinh ra những đứa con bị bệnh Duchenne.

- Tiến hành xét nghiệm CK cho tất cả các thành viên trong gia đình:

+ Cho em trai đến để phát hiện bệnh sớm khi chưa có biểu hiện lâm sàng.

+ Cho mẹ, chị em gái của bệnh nhân, của mẹ bệnh nhân đến để xem ai là người lành mang gen bệnh.

- Tư vấn di truyền.
- Chẩn đoán trước sinh. Nếu thai là con trai mang gen bệnh thì thông báo cho gia đình biết để họ lựa chọn phương pháp phá thai.

THOÁI HOÁ CƠ TUỶ
(Spinal Muscular Atrophy)

Thoái hoá cơ tuỷ (THCT) là một nhóm bệnh thần kinh - cơ di truyền lặn nhiễm sắc thể thường (5q11-q13) khá phổ biến với tỷ lệ mới mắc là 1/10.000 - 1/25.000, bệnh được đặc trưng bởi sự thoái hoá tuần tiến của các neuron vận động của sừng trước tuỷ sống dẫn đến teo và yếu các cơ vân.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Chia thành 3 thể dựa vào tuổi xuất hiện bệnh, mức độ nặng của yếu cơ và tiến triển lâm sàng.

1.1.1. THCT typ I: bệnh Werdnig - Hoffmann, chiếm 1/4 các ca THCT, tiến triển nhanh.

- Thai nhi đạp yếu.
- Trước 6 tháng tuổi, đôi khi có các triệu chứng ngay sau đẻ: có thể khó thở, khóc bé, bú và ho kém.
- Yếu cơ toàn thân, bao gồm cả các cơ vùng hàm mặt, giảm trương lực cơ nặng, các khối cơ mỏng, tổn thương nặng các cơ gốc chi (vai, cánh tay, thắt lưng, hông), biến dạng lồng ngực do tổn thương các cơ liên sườn. Co cứng các cơ lưỡi. Các cơ vận nhãn và cơ vòng không tổn thương.
- Trẻ nằm ít cử động, cổ không nâng được đầu, không lẫy.
- Mất phản xạ gân xương.
- Thường tử vong do nhiễm trùng: viêm phổi và suy hô hấp (95% lúc 18 tháng tuổi).

1.1.2. THCT typ II: thể trung gian, chiếm 1/2 các ca THCT.

- Sau đẻ bú, nuốt và thở bình thường.
- Bệnh bắt đầu trước 18 tháng tuổi.
- Trẻ có khả năng tự ngồi được, không có khả năng tự đứng và đi.
- Yếu và teo cơ tăng dần, giọng mũi, khó nuốt xuất hiện muộn, biến chứng cong vẹo cột sống.
- Có thể sống tới tuổi học đường hoặc muộn hơn.

1.1.3. THCT typ III: bệnh Kugelberg - Welander

Là thể nhẹ nhất của THCT, tiến triển chậm và sống đến tuổi trưởng thành.

– Yếu cơ xuất hiện sau 18 tháng tuổi, một số bệnh nhân không xuất hiện triệu chứng ở tuổi nhi khoa.

– Yếu cơ gốc chi, đặc biệt các cơ vai, thắt lưng.

– Co cứng cơ: rõ nhất ở lưỡi, có thể ở cơ Delta, khuỷu tay, cơ tứ đầu đùi.

– Các ngón tay duỗi và run đo co cứng và yếu cơ.

– Không đau cơ.

– Tim bình thường. Phát triển tinh thần bình thường ở cả ba thể lâm sàng.

1.2. Cận lâm sàng

– CK huyết thanh:

Bình thường hoặc tăng nhẹ (CK tăng gấp 5 lần ở khoảng 50% trường hợp).

– Điện cơ đồ:

Hình ảnh tổn thương cơ nguồn gốc thần kinh. Đặc biệt là hình ảnh giật sợi.

– Di truyền phân tử:

Phát hiện đột biến của gen SMN1, (Survival motor neuron) 95% có đột biến mất đoạn của exons 7 và 8; đột biến điểm ít gặp hơn.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

– Tuỳ theo các thể lâm sàng:

+ THCT typ I cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân khác gây giảm trương lực cơ toàn thân như: bại não, bệnh mất trương lực cơ bẩm sinh, hội chứng Prader - Willi, nhược cơ bẩm sinh và các bệnh thần kinh - cơ bẩm sinh khác.

+ THCT typ II và III: chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác gây teo và yếu các cơ gốc chi như: loạn dưỡng cơ Duchenne, bệnh lý cơ do thiếu hụt chuyển hóa bẩm sinh.

– Cần khai thác kỹ tiền sử gia đình, thăm khám lâm sàng đầy đủ, làm các xét nghiệm như: CK huyết thanh, điện cơ đồ, phân tích gen để chẩn đoán phân biệt.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị đặc hiệu

– Hiện tại chưa có khả năng điều trị đặc hiệu.

– Trong tương lai điều trị đặc hiệu bằng liệu pháp thay thế gen.

2.2. Điều trị hỗ trợ

2.2.1. THCT typ I

– Các biện pháp điều trị phục hồi chức năng nhằm phòng co rút cơ, cứng khớp...

– Chăm sóc, đảm bảo cung cấp dinh dưỡng đầy đủ.

– Điều trị kháng sinh khi có bội nhiễm.

– Hô hấp hỗ trợ khi có suy hô hấp nặng, không dùng các thuốc an thần, giãn cơ gây giảm trương lực cơ...

2.2.2. THCT typ II và III

Các biện pháp điều trị hỗ trợ giống THCT typ I, nhưng đặc biệt chú ý phục hồi chức năng phòng co rút cơ và cong vẹo cột sống.

3. PHÒNG BỆNH

– Tư vấn di truyền.

– Chẩn đoán người lành mang gen (tỷ lệ cao trong quần thể: 1/50 - 80).

– Chẩn đoán trước sinh.

Chương 13

BỆNH TRUYỀN NHIỄM

VIÊM GAN VIRUS CẤP

Là bệnh nhiễm trùng do các virus viêm gan gây nên; hiện đã xác định được ít nhất 6 loại: virus viêm gan A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV), E (HEV) và G (HGV). HAV và HEV chủ yếu lây truyền qua đường tiêu hoá, các virus viêm gan còn lại chủ yếu lây truyền qua đường máu; song tất cả đều gây tổn thương chủ yếu ở gan và có bệnh cảnh lâm sàng ở giai đoạn cấp tính giống nhau, từ thể không rõ triệu chứng tới thể suy gan cấp.

Ở Việt Nam viêm gan virus chủ yếu do HAV, HBV và HCV.

1. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm sau:

1.1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng thay đổi tuỳ theo thời kỳ bệnh.

- *Thời kỳ tiền hoàng đảm*

Thường kéo dài 7-10 ngày với các biểu hiện sau:

– Các triệu chứng giả cúm: sốt, mệt mỏi, viêm long đường hô hấp trên.

– Các triệu chứng tiêu hoá: chán ăn, buồn nôn, nôn, có thể tiêu chảy, đầy bụng, đau bụng, ở trẻ bú mẹ có thể phân bạc màu.

– Gan có thể to ấn đau, có thể đau nhẹ liên sườn phải, nước tiểu sẫm màu.

- *Thời kỳ hoàng đảm*

– Hội chứng vàng da - đái nước tiểu sẫm màu, vàng da và niêm mạc (thường kéo dài 3-4 tuần, với các thể thông thường, các triệu chứng cơ năng thường giảm dần).

– Thường có gan to, ấn đau, có thể gặp lách to (tuy nhiên nếu kích thước gan nhỏ thì tiên lượng xấu).

– Bệnh xuất hiện không liên quan tới ngộ độc hoặc dùng một số loại thuốc độc với gan và tới một số bệnh nhiễm trùng khốc (sốt rét, thương hàn, nhiễm trùng huyết, lao,...).

- *Thời kỳ hồi phục*

Hết vàng da, các triệu chứng giảm nhiều.

1.2. Xét nghiệm

– Transaminase tăng cao trong máu (thường tăng hơn bình thường tới vài chục lần).

– Bilirubin máu thường tăng, chủ yếu tăng loại trực tiếp.

– Nước tiểu: có muối mật, sắc tố mật.

– Tỷ lệ prothrombin có thể giảm.

– Các xét nghiệm tìm các dấu hiệu của virus viêm gan như Anti HAV - IgM (+) trong viêm gan A, HBsAg (+) và Anti HBcAg-IgM (+) trong viêm gan B, Anti HCV (hiện chưa tách biệt được loại IgG hay IgM) (+) trong viêm gan C.

2. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: chủ yếu là chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý và điều trị hỗ trợ.

– Chế độ nghỉ ngơi: nằm tại giường, hạn chế tối đa các vận động cơ bắp và hoạt động trí óc cho tới hết thời kỳ hoàng đảm. Tránh gắng sức sau 3-6 tháng tiếp theo.

– Chế độ ăn uống: ăn các thức ăn dễ tiêu hoá, hạn chế mỡ, dầu và tất cả các loại gia vị, không sử dụng các nước uống có ga và tất cả các loại bia rượu, tăng các loại rau, hoa quả, tinh bột, đường.

– Các thuốc hỗ trợ

+ Truyền dung dịch glucose 5% hoặc 10% (30-50ml/kg/24 giờ) trong thời kỳ vàng da.

+ Dùng các loại vitamin nhóm B (B1, B2, B6) và các thuốc bổ trợ gan, chống oxy hoá (Anti oxydant) như: Legalon, Fotex, Carsil,... và cung cấp đủ các yếu tố vi lượng.

+ Vitamin K (nếu tỷ lệ prothrombin giảm) liều 5mg/ngày trong 3 ngày.

+ Chỉ dùng corticoid trong các thể đặc biệt (thể tắc mật, thể diễn biến kéo dài hoặc có nguy cơ hôn mê gan).

+ Không dùng các loại thuốc an thần, hạ sốt. Thận trọng khi dùng kháng sinh (nếu có nhiễm trùng khác kèm theo).

- *Tiêu chuẩn xuất viện*

– Hết hoàng đảm.

– Ăn ngủ bình thường.

– Transaminase xu hướng về bình thường.

Khám lại và làm xét nghiệm bilirubin, transaminase hàng tháng trong vòng 6 tháng, theo dõi các dấu ấn của virus viêm gan (nếu là viêm gan do HBV hoặc HCV để phòng khả năng diễn biến tới thể mạn tính).

SỐT DENGUE/SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Sốt Dengue/Sốt xuất huyết Dengue (SD/SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch, do 4 typ virus Dengue gây ra. Bệnh có hai biểu hiện chính: sốt và xuất huyết.

SD/SXHD có hai hình thái lâm sàng:

Sốt Dengue: tiên lượng hồi phục tốt, chỉ cần theo dõi điều trị ngoại trú.

Sốt xuất huyết Dengue: bệnh biểu hiện rõ và nguy cơ xảy ra hội chứng sốc giảm khối lượng tuần hoàn dẫn đến tử vong.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán sốt Dengue

– Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày.

– Có thể thấy da sung huyết, hồng ban, hoặc một vài ban xuất huyết.

– Xét nghiệm công thức máu: số lượng bạch cầu giảm, số lượng tiểu cầu trên 100.000/mm^3 và hematocrit bình thường hoặc tăng ≤ 20%.

1.2. Chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue

Cần dựa vào 2 dấu hiệu lâm sàng và 1 dấu hiệu xét nghiệm:

– Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có một trong hai dấu hiệu sau:

+ Có một trong các biểu hiện xuất huyết: dấu hiệu dây thắt dương tính, xuất huyết dưới da (dưới các dạng chấm, nốt, mảng), hoặc xuất huyết niêm mạc (chảy máu mũi, máu lợi, đái máu, hành kinh kéo dài, xuất huyết tiêu hoá).

+ Hoặc có dấu hiệu thoát huyết tương (như tràn dịch màng bụng, màng phổi hoặc có hội chứng sốc).

– Xét nghiệm có một trong hai dấu hiệu:

+ Hematocrit tăng > 20% (hoặc bằng chứng khác của cô đặc máu) hoặc

+ Số lượng tiểu cầu giảm dưới 100.000/ml.

Dịch tễ bệnh tại địa phương là yếu tố gợi ý chẩn đoán SD/SXHD.

1.3. Chẩn đoán SXHD có sốc: thường xảy ra từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 6 của bệnh.

Ngoài tiêu chuẩn SXHD, có thêm hai dấu hiệu chính sau:

– Mạch quay: nhanh, yếu hoặc mất.

– Huyết áp: kẹt (chênh lệch huyết áp tối đa - tối thiểu ≤ 20mmHg), tụt (thấp so với tuổi), hoặc không đo được.

1.4. Phân độ lâm sàng SXHD (để có kế hoạch theo dõi và điều trị)

– Độ I: sốt cao đột ngột từ 2-7 ngày và dấu hiệu dây thắt dương tính.

– Độ II: như độ I nhưng có biểu hiện xuất huyết dưới da hoặc niêm mạc.

– Độ III: như độ II nhưng mạch quay nhanh yếu, huyết áp kẹt (hoặc tụt).

– Độ IV: như độ II nhưng mạch quay nhanh yếu hoặc mất; huyết áp không đo được.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. SD và SXHD độ I và II: điều trị triệu chứng là chính.

– Uống paracetamol khi sốt trên 38,5^{0}C: liều 10-15mg/kg /1lần/4 - 6 giờ.

– Uống nhiều nước: tốt nhất dùng oresol hoặc nước hoa quả.

– Chỉ truyền dịch khi trẻ nôn nhiều, li bì: bắt đầu truyền 6ml/kg/giờ, trong 1 giờ. Tiếp theo là 5ml/kg/giờ, trong 1-2 giờ sau đó là 3ml/kg/giờ, trong 1-2 giờ.

Cách ước lượng dịch: ml truyền dịch/1 giờ = (số giọt/phút) x 3

– Cần chú ý phát hiện sốc cho từng bệnh nhân SXHD.

2.2. Sốt xuất huyết Dengue độ III và độ IV (có sốc)

2.2.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue độ III

Truyền tĩnh mạch ringer lactat: 20ml/kg/giờ, truyền trong 1 giờ.

Sau 1 giờ đánh giá lại: mạch, huyết áp, ý thức, nước tiểu và hematocrit.

a. Nếu 4 dấu hiệu cải thiện (mạch đều rõ, huyết áp hết kẹt, tỉnh hơn và hematocrit giảm): tiếp tục truyền dịch theo tốc độ giảm dần.

- Giảm tốc độ xuống 10ml/kg/giờ x truyền 1-2 giờ.
- Giảm tốc độ xuống 7,5mg/kg/giờ x truyền 1-2 giờ.
- Giảm tốc độ xuống 5ml/kg/giờ x truyền 4-5 giờ.
- Giảm tốc độ xuống 3ml/kg/giờ x truyền 4-6 giờ.

b. Nếu 4 dấu hiệu không cải thiện (huyết áp vẫn kẹt, hematocrit không giảm)

- Thay thế bằng dung dịch cao phân tử 15-20ml/kg/giờ x 1giờ.
- Sau 1 giờ đánh giá lại 4 dấu hiệu trên.

+ Nếu 4 dấu hiệu trên đã cải thiện:

  • Giảm tốc độ truyền dung dịch cao phân tử xuống 10ml/kg/giờ x 1-2 giờ.

  • Giảm tốc độ truyền dung dịch cao phân tử xuống 7,5ml/kg/giờ x 2-3 giờ.

  • Sau đó thay cao phân tử bằng dịch đẳng trương, truyền như phần (a).

+ Nếu 4 dấu hiệu trên không cải thiện:

  • Đặt tĩnh mạch trung tâm để tìm giải pháp điều trị thích hợp.

  • Nếu chỉ số hematocrit giảm, tìm xuất huyết nội tạng (để truyền máu).

2.2.2. Sốt xuất huyết Dengue độ IV (sốc nặng)

Bơm tĩnh mạch ringer lactat 20ml/kg/15 phút, đánh giá lại tình trạng bệnh nhân.

- Nếu mạch bắt được, huyết áp còn kẹt: truyền như phần (b).
- Nếu mạch không bắt được, huyết áp không đo được:

+ Bơm tĩnh mạch dung dịch cao phân tử 20ml/kg/15 phút. Nếu mạch bắt được, huyết áp đo được: truyền như phần (b).

+ Nên đặt tĩnh mạch trung tâm để tìm giải pháp điều trị thích hợp.

2.2.3. Các chỉ định khác

– Chỉ định truyền máu và các thành phần của máu:

+ Truyền máu: xuất huyết tiêu hoá nặng và hematocrit < 35%; hoặc sau 2-4 giờ truyền dịch sốc chưa cải thiện và hematocrit giảm nhanh cần cân nhắc truyền máu.

+ Truyền tiểu cầu: nếu xuất huyết nặng.

Liều lượng: 10ml/kg cân nặng, truyền trong 1 giờ.

– Dùng dopamin: khi lượng dịch truyền đã đủ, áp lực tĩnh mạch trung tâm từ 8 - 12cm H_2O, nhưng sốc chưa ổn định. Liều lượng: truyền tĩnh mạch 5µg/kg/phút. Nếu không cải thiện có thể tăng liều dopamin 10-15µg/kg/phút hoặc dùng dobupamin cùng với liều lượng trên.

– Điều chỉnh điện giải (natri và kali) và thăng bằng kiềm toan.

– Nếu có suy tim, phù phổi cấp (thường do truyền dịch quá tải) dùng lasix, liều 0,5-1mg/kg/lần.

– Thở oxy liều 1-2 lít/phút, trong giai đoạn có sốc.

– Tư thế nằm:

+ Khi còn sốc nằm đầu thấp.

+ Khó thở do tràn dịch, nằm đầu cao dốc 30^0 (có thể chọc hút bớt dịch).

– Ăn nhẹ (sữa, cháo) chia nhiều bữa trong 24 giờ đầu của sốc, thận trọng ở bệnh nhân có chảy máu tiêu hoá. Khi bệnh nhân thèm ăn là tiên lượng tốt.

BỆNH SỞI

Bệnh sởi là bệnh cấp tính lây lan mạnh theo đường hô hấp, gây nên bởi virus thuộc giống Morbillivirus họ Paramyxoviridae.

Bệnh có thể diễn biến nặng khi có các biến chứng nguy hiểm đặc biệt là viêm não và viêm phổi sau bởi. Có thể phòng bệnh được nếu tiêm đủ 2 mũi vaccin sởi.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các yếu tố sau:

• *Dịch tễ:* Có tiếp xúc với trẻ mắc sởi hoặc sống trong vùng có nhiều trẻ mắc.

• *Lâm sàng*

– Sốt từ nhẹ tới sốt cao 40 - 41^{0}C.

– Viêm long đường hô hấp: là triệu chứng hầu như không bao giờ thiếu: hắt hơi, sổ mũi, ho, chảy nước mắt, viêm kết mạc mắt, dử mắt, phù nhẹ mi mắt.

– Viêm long đường ruột gây ỉa lỏng.

– Dấu Koplik ở họng (chỉ có ở giai đoạn viêm long) là những chấm nhỏ khoảng 1mm nổi lên trên niêm mạc má, màu đỏ, sung huyết vị trí ngang với răng hàm thứ nhất. Dấu Koplik mất nhanh trong 12-18 giờ sau khi xuất hiện.

– Ban mọc bắt đầu sau tai, lan dần hai bên má, cổ, ngực, chi trên, sau lưng, chi dưới, đến toàn thân. Ban hồng nhạt, nhẵn, ấn vào biến mất, có xu hướng kết dính lại, xen giữa những khoảng da lành. Thể nhẹ ban rải rác, thể nặng ban dày gần như che kín da, cả gan bàn tay, chân, khi bay để lại vết thâm trên da.

• *Xét nghiệm*

Tại phòng thí nghiệm bằng cách phát hiện kháng thể IgM đặc hiệu hoặc phân lập virus trên nuôi cấy tế bào của các mẫu bệnh phẩm lấy từ máu, màng kết mạc mắt, mũi, họng.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

– Ban dị ứng

– Phát ban trong các bệnh khác (tinh hồng nhiệt, Rubiol, Rubella, tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng...).

2. BIẾN CHỨNG

– Viêm phổi.

– Viêm tai giữa.

– Viêm thanh quản.

– Viêm não.

– Cam tẩu mã (bệnh rất hiếm gặp).

– Tiêu chảy kéo dài.

– Suy dinh dưỡng (do hậu quả của các bệnh nhiễm trùng kéo dài hoặc quá kiêng khem).

– Loét giác mạc do nhiễm khuẩn hoặc thiếu vitamin A.

3. ĐIỀU TRỊ

- *Điều trị triệu chứng*

– Sốt cao: paracetamol 15mg/kg x 4 lần/24 giờ.

– Vệ sinh toàn thân, răng miệng, mắt, da...

– Dinh dưỡng: ăn thực phẩm dễ tiêu, giàu dinh dưỡng.

– Không dùng corticoid.

– Điều trị biến chứng tuỳ từng loại (nếu có).

- *Tiêu chuẩn ra viện*

– Hết sốt, tỉnh táo.

– Ăn được.

– Không có các biến chứng.

4. PHÒNG BỆNH

– Vaccin sống giảm độc lực: Liều 1 lúc 9-11 tháng tuổi

Liều 2 sau 24 tháng

– Cách ly trẻ mắc sởi ít nhất 4 ngày sau khi phát ban kể từ khi có viêm long đường hô hấp.

SỐT RÉT

Sốt rét là bệnh do ký sinh trùng Plasmodium gây nên, bệnh có tính chất lưu hành địa phương. Bệnh truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi Anopheles và có thể gây thành dịch.

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Dựa vào 3 yếu tố cơ bản:

– Dịch tễ

– Lâm sàng

– Xét nghiệm.

1.1. Yếu tố dịch tễ

Bệnh nhân đang sống trong vùng sốt rét hoặc đã mắc sốt rét trong vòng 6 tháng gần đây. Nếu bệnh nhân có mặt ở vùng sốt rét trong thời gian ngắn, cần quan tâm đến thời gian từ khi vào vùng sốt rét đến khi xuất hiện cơn sốt đầu tiên.

1.2. Lâm sàng

- *Cơn sốt điển hình:* 3 giai đoạn

– Giai đoạn rét run: xảy ra dữ dội kéo dài từ 1 đến 2 giờ, bệnh nhân rét run cầm cập (đắp nhiều chăn, răng va vào nhau) da tái nhợt, môi tím, chi lạnh.

– Giai đoạn nóng: thân nhiệt tăng vọt 39 - 40^0; kéo dài 30 phút đến 1 giờ kèm theo mặt đỏ, mắt sung huyết đỏ, nhức đầu dữ dội, mạch nhanh, nhịp thở nhanh, có thể nôn.

– Giai đoạn vã mồ hôi: sốt dần dần hạ, bệnh nhân ra nhiều mồ hôi, có cảm giác khát nước, sau đó cảm thấy dễ chịu dần và trở lai trạng thái gần như bình thường.

Thời gian cơn sốt trung bình 2 đến 3 giờ có thể ngắn hơn hoặc có thể kéo dài 6-8 giờ tuỳ thuộc chủng loại ký sinh trùng và việc bệnh nhân có bị tán huyết hay không.

Cơn sốt thường xuất hiện theo ngày, giờ nhất định tuỳ theo chu kỳ phát triển trong hồng cầu của ký sinh trùng và mức độ vỡ hồng cầu đồng bộ. Sốt rét do Plasmodium falciparum 1 ngày /1 cơn còn do Vivax thì 2 ngày /cơn. P.malariae 3 ngày /1 cơn.

- *Cơn sốt không điển hình*

Thường xảy ra ở người lần đầu tiên mắc sốt rét, biểu hiện đa dạng và phức tạp, dễ nhầm với sốt do nguyên nhân khác.

– Không điển hình về chu kỳ cơn sốt: không thành cơn, không theo chu kỳ.

– Không điển hình về các triệu chứng, không có cơn rét run, chỉ có cảm giác ớn lạnh thoáng qua, sốt không cao.

- *Các biểu hiện khác*

– Thiếu máu

– Lách to

– Rối loạn tiêu hoá.

1.3. Xét nghiệm

- Tìm thấy KST trên tiêu bản giọt máu.
- Có thể giảm hồng cầu (thiếu máu).

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc điều trị với sốt rét không ác tính

- Điều trị càng sớm càng tốt, đúng thuốc, đủ liều.
- Kết hợp điều trị cắt cơn với điều trị tiệt căn và chống lây lan.
- Nâng cao thể trạng.

2.2. Các thuốc

Chẩn đoán / Đối tượng	Sốt rét lâm sàng	Sốt rét do P.falciparum	Sốt rét do P.vivax	Sốt rét phối hợp
Trẻ < 3 tuổi	ART/AS	ART/AS	Chloroquin	ART/AS
Trẻ > 3 tuổi		ART/AS + Primaquin 1 ngày hoặc ART/AS + MEF + Primaquin 1 ngày	Chloroquin + Primaquin 5 ngày	ART/AS + Primaquin 5 ngày hoặc ART/AS + MEF + Primaquin 5 ngày

AS: Artesunat. ART: Artemisinin MEF; Mefloquin

2.3. Liều điều trị

- Chloroquin phosphat viên 205mg (150mg base)

  Ngày đầu: 10mg base/kg uống chia 2 lần.

  Ngày 2 - 3: 5mg base/kg uống 1 lần.

- Artemisinin viên 250mg

  Ngày đầu: 20mg/kg

  Ngày 2 - 5: l0mg/kg

- Artesunat, viên 50mg

  Ngày đầu: 4mg/kg

  Ngày 2 - 5: 2mg/kg

- Primaquin: viên 13,2mg = 7,5mg base

  3 - 5 tuổi: 1 viên /24 giờ

  5 - 12 tuổi: 2 viên /24 giờ

  12-15 tuổi : viên/24 giờ

- Không dùng cho trẻ <3 tuổi
- Chỉ dùng khi có kết quả xét nghiệm thấy KST, nếu do:

+ P. vivax dùng 5 ngày

+ P. falciparum dùng 1 ngày

2.4. Theo dõi kết quả điều trị

- Lấy tiêu bản máu vào ngày thứ 3 (D_2) ngày thứ 8 (D_7) và ngày thứ 15 (D_{14}) tìm KST sốt rét.

- Sau khi bệnh nhân ra viện, hẹn khám lại xét nghiệm vào ngày D_{21} và D_{28}.

HO GÀ

Bệnh ho gà vi khuẩn Bordetella pertussis (Gram âm) gây nên, lây theo đường hô hấp, gây dịch. Bệnh xảy ra quanh năm, chủ yếu gặp ở trẻ em.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán ho gà

Trẻ lớn: cần chẩn đoán theo hai giai đoạn của bệnh.

- *Giai đoạn sớm:* có biểu hiện viêm long và xu hướng hình thành cơn ho.

- *Giai đoạn cơn ho:* có 3 triệu chứng chính:

  Ho cơn

  Tiếng thở rít

  Ho ra dãi trắng dính.

- *Cơn ho:* cơn ho dài, rũ rượi không kìm được, liên tiếp 5-20 lần. Trong cơn ho: lưỡi đẩy ra ngoài, mặt tím lại, tĩnh mạch cổ nổi, mắt đỏ, chảy nước mắt, nước mũi. Khi cơn dài, tiếng ho yếu dần, trẻ thở yếu, tím tái.

- *Sau cơn ho:* có tiếng thở rít vào

- *Cơn ho tái diễn* cho đến khi trẻ ho ra đờm dãi trắng, dính và thường có nôn.

Ngoài cơn ho chẩn đoán dựa vào các biểu hiện hậu quả của cơn ho: mặt hơi phù nề, mi mắt phù mọng, hãm lưỡi đứt và loét hoặc chảy máu kết mạc mắt.

Nghe phổi: có ran rít, ran ngáy.

Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu > 10.000/ml, tỷ lệ lympho > 60%.

Xquang phổi có các tổn thương không điển hình: đám mờ từ rốn phổi toả xuống cơ hoành hai bên. Mờ hình tam giác ở đáy phổi. Hình mạng lưới lan rộng cả hai phổi. Phản ứng ở góc sườn hoành. Bóng mờ ở thuỳ phổi.

Ở trẻ dưới 1 tuổi cơn ho không điển hình. Sau cơn ho yếu, ngắn thường có cơn ngừng thở, tím tái liên tục, lồng ngực không di động, hoặc có cơn duỗi cứng do ngạt. Số lượng bạch cầu trong máu > 15.000/ml, tỷ lệ lympho > 60%.

Lưu ý: Nếu có yếu tố dịch tễ càng chắc chắn cho chẩn đoán.

1.2. Chẩn đoán biến chứng: khi trẻ có sốt cao

– Các biến chứng bội nhiễm phổi: trẻ sốt cao, khó thở nhanh nông, co kéo cơ hô hấp, khám phổi có ran ẩm. Công thức máu có bạch cầu trung tính chiếm ưu thế. Chụp phổi: phế quản phế viêm, giãn phế quản, viêm màng phổi.

– Viêm não do ho gà: sốt cao, có tổn thương thần kinh trung ương như ý thức thay đổi (li bì, hôn mê), co giật, liệt khu trú. Dịch não tuỷ chỉ thay đổi nhẹ.

– Suy dinh dưỡng: do trẻ ăn không đủ và nôn nhiều.

– Các biến chứng khác: chảy máu kết mạc, sa trực tràng, xuất huyết màng não, tràn khí (trung thất, dưới da, màng phổi).

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Kháng sinh: cần điều trị kháng sinh ngay.

- Erythromycin uống 50mg/kg/ngày x 7 - 10 ngày.
- Hoặc chloramphenicol uống 40mg/kg/ngày x 7 - 10 ngày.

2.2. Điều trị triệu chứng

- Có thể dùng gardenal: 1 - 3mg/kg/ngày chia theo giờ.
- Các dẫn chất gây tăng nhu động nhung mao tế bào biểu mô, cắt nhỏ phần tử đờm hoặc thuốc giảm ho dân gian.

2.3. Điều trị biến chứng

- Cơn ngừng thở - tím tái hoặc cơn ho kịch phát nặng:

+ Hút sạch đờm quánh dính, làm thông mũi họng.

+ Thở oxy qua canun mũi (không nên dùng ống thông mũi hoặc mũi hầu vì gây kích thích ho), liều lượng 1-2 lít/phút.

+ Tình trạng tím tái không cải thiện: dùng hô hấp hỗ trợ.

+ Dexamethason 0,4mg/kg/ngày x 4 ngày.

- Biến chứng hô hấp: áp dụng điều trị như nhiễm khuẩn hô hấp cấp.
- Viêm não ho gà: dùng dexamethason 0,4mg/kg/ngày trong 4 ngày, bù nước, điện giải, chống co giật.

2.4. Chăm sóc

- Hút sạch đờm dính: giảm kích thích cơn ho và tránh tắc đờm.
- Cơn ho kịch phát: nằm nghiêng tránh hít phải chất nôn, giúp long đờm.
- Theo dõi cơn ngừng thở. Hướng dẫn bà mẹ nhận biết để báo y tá.
- Trẻ dưới 3 tháng: theo dõi tại phòng cấp cứu trong giai đoạn còn cơn tím tái.
- Buồng thoáng khí, không có gió lùa và kích thích lạnh. Nằm yên tĩnh, ngủ nhiều để nhanh lại sức.
- Ăn lỏng, dễ tiêu, đủ chất; chia nhiều bữa: hạn chế kích thích ho, tránh tai biến của nôn, phòng suy dinh dưỡng.
- Phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời.

3. PHÒNG BỆNH

Cần điều trị kháng sinh sớm và đủ ngày, cách ly trẻ ho gà 4 tuần. Cho trẻ dưới 6 tháng trong cùng gia đình uống erythromycin liều 50mg/kg trong 5 ngày. Tiêm phòng cho trẻ em theo đúng lịch tiêm chủng.

UỐN VÁN

Uốn ván là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do vi khuẩn kỵ khí sinh ngoại độc tố Clostridium tetani gây ra với biểu hiện đặc trưng là dấu hiệu cứng hàm và các cơn co cứng, co giật cơ. Cách lây thông thường là qua vết thương bị nhiễm bẩn.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng:

- Cứng hàm.
- Nuốt khó, nói khó.
- Tăng động, kích thích, cứng gáy, cứng tay chân.
- Co cứng cơ bụng, cổ, lưng, có tư thế ưỡn cong người.
- Thường tìm thấy vết thương.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm não, màng não do vi khuẩn hoặc virus.
  + Có thay đổi ý thức các mức độ.
  + Cơn co giật.
  + Thay đổi dịch não tuỷ.
  + Không có dấu hiệu cứng hàm.
- Áp xe thành sau họng có triệu chứng cứng hàm.
  + Không có dấu hiệu co cứng cơ bụng, cơ lưng.
  + Không có tiền sử vết thương.
- Hạ calci máu.

+ Không có dấu hiệu cứng hàm

+ XN: calci máu giảm rõ rệt, đặc biệt là calci ion hoá.

2. ĐIỀU TRỊ

– Để bệnh nhân trong phòng yên tĩnh.

– Săn sóc vết thương: rất quan trọng nếu có các vết thương phải nhanh chóng cắt lọc, lọc sạch mảnh vụn đặc biệt vết thương có lỗ thủng sâu, bỏ hết các mô chết, tránh băng kín.

– Thông thoáng đường thở, thở oxy nếu cần thiết.

– Mở khí quản và hỗ trợ hô hấp khi bệnh nhân có những cơn co cứng gây tím tái hoặc ngừng thở liên tục.

– Cho ăn qua ống thông: bảo đảm ăn lỏng, dễ tiêu, đủ năng lượng, đề phòng tai biến trào ngược.

– Tránh táo bón.

– Đặt thông bàng quang nếu trẻ bí đái.

– Kháng độc tố: huyết thanh SAT ngựa tiêm bắp 500 - 1000 đv/kg (nếu SAT người dùng từ 3000 - 6000UI) tuỳ theo mức độ vết thương (thử phản ứng trước khi tiêm).

– Điều trị cơn giật.

+ Barbituric 0,1 - 0,2mg/kg uống hoặc tiêm bắp hoặc tĩnh mạch mỗi 3 - 6 giờ.

+ Diazepam: 3 - 10mg/kg/24 giờ chia đều trong ngày tuỳ theo mức độ giật.

– Kháng sinh:

Penicillin 100.000 đv/kg/24 giờ chia 6 lần trong 7 ngày.

– Đề phòng viêm phổi (Cấy dịch đờm) và nhiễm khuẩn tiết niệu (Cấy nước tiểu).

- *Tiêu chuẩn ra viện*

– Hết sốt.

– Không còn các cơn cứng cơ, đi lại được, nuốt và nói được.

– Các tổn thương khác (nếu có) hồi phục hoàn toàn.

THƯƠNG HÀN

Thương hàn là bệnh nhiễm khuẩn toàn thân (nhiễm khuẩn huyết) gây nên bởi vi khuẩn Salmonella typhi lây truyền qua đường tiêu hoá, gây sốt, nhiễm trùng, nhiễm độc, đau bụng, tổn thương da và có thể cả các cơ quan như gan, tim...

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Triệu chứng nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân, môi khô, lưỡi bẩn.

– Sốt cao liên tục kéo dài trên 5 ngày, sốt kéo dài tới tuần lễ thứ 3 thì có thể giảm dần, nhiệt độ có thể trở về bình thường vào tuần lễ thứ 4.

– Triệu chứng tiêu hoá: đau bụng, nôn, kém ăn, táo bón, tiêu chảy, phân có máu hoặc phân đen.

– Triệu chứng ngoài đường tiêu hoá: sốt, đau đầu, hồng ban xuất hiện trên da vùng ngực, bụng vào tuần lễ thứ hai và kéo dài trong 3 - 5 ngày.

– Bụng chướng, gan to, lách thường to ít, ấn hạ sườn phải đau, dấu hiệu óc ách hố chậu phải.

– Các dấu hiệu thương hàn nặng.

+ Rối loạn tri giác: li bì, hôn mê.

+ Rối loạn tim mạch: truỵ mạch, mạch chậm, suy tim, viêm cơ tim.

+ Sốc nhiễm khuẩn.

+ Xuất huyết tiêu hoá: nôn ra máu, ỉa phân đen, ỉa phân có máu.

+ Thủng ruột: phản ứng thành bụng, liềm hơi.

– Các dấu hiệu khác: vàng da, túi mật căng, phù, tràn dịch.

1.2. Yếu tố dịch tễ

– Có nguồn lây trong gia đình.

– Sống trong vùng có lưu hành dịch.

– Mùa thường có dịch lưu hành: mùa Hè.

1.3. Các xét nghiệm cần làm

– Công thức máu: số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính có thể giảm.

- Hb, hematocrit giảm khi có xuất huyết tiêu hoá.

- Cấy máu (chỉ dương tính trong 2 tuần lễ đầu, trước khi dùng kháng sinh).

- Cấy phân, cấy nước tiểu (dương tính tới tuần lễ thứ 4, thứ 5).

- Cấy tủy xương, chỉ thực hiện khi các triệu chứng lâm sàng không điển hình hoặc lâm sàng điển hình nhưng cấy máu và Widal âm tính.

- Phản ứng Widal (Chỉ thực hiện sau 1-2 tuần mắc bệnh): TO > 1/100 hoặc kháng nguyên O và kháng nguyên H tăng gấp 4 lần so với bình thường. Phản ứng Widal có thể dương tính giả trong các trường hợp mắc các chủng Salmonella non typhi, xơ gan).

- PCR, enzym, immunoassay test.

- Các xét nghiệm khác cần làm khi nghi ngờ có biến chứng.

+ Men gan, bilirubin máu khi có triệu chứng vàng da.

+ Chọc tuỷ sống khi nghi ngờ có viêm màng não.

+ Chọc nước màng bụng khi nghi ngờ có dịch cổ trướng.

+ Chụp Xquang bụng không chuẩn bị khi nghi ngờ có thủng ruột.

+ Điện tâm đồ, siêu âm tim khi có suy tim hoặc các rối loạn nhịp tim.

1.4. Chẩn đoán xác định dựa vào

- Cấy máu, cấy phân hoặc cấy tuỷ xương có Salmonella typhi (+).

- PCR (+), enzym immunoassay test (+).

- Phản ứng Widal (+) > 1/100 tăng gấp 2 lần sau 2 tuần hoặc 1/200 (hiện ít dùng ở các nước tiên tiến).

1.5. Chẩn đoán phân biệt: những trường hợp sốt kéo dài trên 2 tuần.

- Nhiễm trùng huyết do những vi khuẩn Gram âm khác từ đường tiêu hoá.

- Sốt rét

- Lao

- Các bệnh hệ thống

- Bệnh máu: Leucemie, suy tuỷ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Trường hợp cấp cứu nặng, có biến chứng

– Cần điều trị ngay, không đợi kết quả cấy máu hoặc phản ứng Widal cho những trường hợp triệu chứng lâm sàng rõ, tình trạng bệnh nhân nặng: điều trị như nhiễm trùng huyết Salmonella sau khi đã tiến hành cấy máu.

– Nếu trường hợp nghi ngờ, bệnh không nặng và còn chờ đợi được, nên chờ đợi kết quả cấy máu. Nếu đã dùng kháng sinh ở tuyến dưới thì dừng kháng sinh 48 giờ để cấy máu và tiến hành điều trị sau khi có kết quả cấy máu.

Nếu có sốc:

– Chống sốc nhiễm khuẩn, sốc tim do viêm cơ tim (xem phác đồ điều trị sốc).

– Kiểm tra và điều chỉnh rối loạn điện giải (khi có rối loạn tri giác).

Nếu có thủng ruột: cần mổ cấp cứu.

Nếu xuất huyết tiêu hoá nặng: truyền máu, truyền dịch.

2.2. Điều trị đặc hiệu

– Cephalosporin thế hệ III.

Ceftriaxon: 30-80mg/kg/ngày chia 2 lần tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch trong 2 tuần lễ.

– Fluoquinolon (dùng cho trẻ trên 7 tuổi).

Ciprofroxaxin: 20-30mg/kg/ngày uống chia 2 lần.

Ofloxaxin: 15-20mg/kg/ngày uống chia 2 lần.

Pefloxaxin: 15-20mg/kg/ngày uống chia 2 lần.

Nếu không có biến chứng, điều trị kéo dài 7-10 ngày, còn nếu có biến chứng, thì điều trị kéo dài 14 ngày, theo dõi các triệu chứng lâm sàng, đánh giá tiến triển tốt, đau bụng, tinh thần.

2.3. Điều trị hỗ trợ

– Dinh dưỡng: ăn sữa, cháo, nước hoa quả, súp nghiền. Chỉ nhịn ăn khi có xuất huyết tiêu hoá nặng hoặc nghi ngờ có thủng ruột.

– Hạ sốt: paracetamol 10-15mg/kg/liều và không quá 60mg/kg/ngày.

– Corticoid: dùng khi có sốc, rối loạn tri giác.

Liều đầu: dexamethason 3mg/kg/1 liều lặp lại sau 6-8 giờ, kéo dài trong 3-5 ngày. Chống chỉ định khi có xuất huyết tiêu hoá.

2.4. Theo dõi các biến chứng

- Xuất huyết tiêu hoá.
- Thủng ruột.
- Viêm gan, viêm túi mật cấp tính.
- Khám lại 2 tuần sau khi xuất viện.

Tiêu chuẩn xuất viện: cấy phân (-) sau khi dừng kháng sinh 48 giờ.

HỘI CHỨNG LỴ

Hội chứng lỵ có ba đặc điểm lâm sàng chính: đau quặn, mót rặn, ỉa phân có máu hoặc nhầy mũi. Căn nguyên phổ biến gây hội chứng lỵ ở trẻ em là lỵ trực trùng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Hội chứng lỵ: đau bụng liên tục hoặc từng cơn kèm theo bệnh nhi mót đi ngoài, mót rặn và ỉa phân có lẫn nhầy máu hoặc lờ lờ máu cá, 10-30 lần/ngày.

- Trẻ sốt, nhiệt độ thường dao động từ $37^0$5-39^0C hay gặp trong lỵ trực khuẩn.

Có thể có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc thường do S.flexneri.

1.2. XÉT NGHIỆM

- Soi phân: thấy có nhiều bạch cầu, hồng cầu.

Nếu do amip: thấy amip hoạt động thể ăn hồng cầu.

- Cấy phân: phát hiện trực khuẩn Shigella.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Với lồng ruột:

+ Thường ở trẻ bụ bẫm, có khóc từng cơn.

+ Thăm khám hoặc siêu âm bụng thấy có búi lồng.

+ Thăm trực tràng có máu theo tay.

– Với các nhiễm khuẩn tiêu hoá khác.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị đặc hiệu

◦ *Đối với lỵ trực trùng*

– Trimethoprim - sulfamethoxazol: 48mg/kg/ngày, chia làm 2 lần, uống trong 5 ngày. Nếu bệnh không thuyên giảm (kháng kháng sinh), cho nalidixic acid 30 - 50mg/kg/ngày, chia 2 lần, uống trong 5 ngày.

– Khi có kháng sinh đồ: cho theo kháng sinh đồ.

◦ *Đối với lỵ amip thể ăn hồng cầu*

Flagyl 30 - 40mg/kg/ngày, chia 2 lần, uống trong 5 ngày.

2.2. Bồi phụ nước và điện giải

Cần được thực hiện như các trường hợp tiêu chảy khác với dung dịch ORS hoặc dịch truyền nếu mất nước điện giải nặng.

VIÊM NÃO NHẬT BẢN

Viêm não Nhật Bản là bệnh nhiễm trùng cấp tính hệ thần kinh trung ương do virus viêm não Nhật Bản gây ra, là một bệnh nặng, nguy cơ tử vong và di chứng cao.

Virus viêm não Nhật Bản truyền sang người do muỗi đốt. Vật chủ chính mang virus là lợn và một số loài chim. Bệnh không truyền trực tiếp từ người sang người.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Dịch tễ

Đang có dịch lưu hành, hoặc có người xung quanh mắc bệnh, phổ biến từ tháng 5 đến tháng 7.

1.2. Lâm sàng

Dựa vào các biểu hiện sau đây:

- Sốt cao đột ngột 39 - 40°C.
- Đau đầu (nếu trẻ còn bú thường có những cơn khóc thét).
- Nôn hoặc buồn nôn..
- Rối loạn tri giác các mức độ (ngủ gà, li bì, đau đầu hoặc hôn mê).
- Co giật, thường co giật toàn thân.
- Có thể có các dấu hiệu: liệt, tăng trương lực cơ, rối loạn hô hấp, bí đại tiểu tiện.

1.3. Xét nghiệm

- Máu ngoại biên: số lượng bạch cầu tăng hoặc bình thường.
- Dịch não tuỷ:
  + Trong, áp lực tăng.
  + Protein tăng nhẹ (thường < 1g/lít)
  + Đường, muối bình thường.
  + Bạch cầu tăng từ vài chục đến vài trăm /mm^3.
  + Phản ứng Pandy (+).
  + ELISA phát hiện kháng thể chống virus viêm não Nhật Bản loại IgM (+).

Cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh có biểu hiện thần kinh nhưng không phải viêm não Nhật Bản như: sốt cao co giật, động kinh, viêm màng não cấp do vi khuẩn, sốt rét ác tính thể não.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc

- Không có thuốc đặc hiệu, điều trị triệu chứng là chủ yếu.
- Cần được điều trị kịp thời.

2.2. Điều trị

2.2.1. Hạ nhiệt

Khi trẻ sốt > 38°C uống paracetamol 15mg/kg/lần hoặc đặt hậu môn, có thể nhắc lại sau 6 giờ. Không dùng quá 60mg/kg/24 giờ, chườm mát, đặt trẻ ở phòng thoáng.

2.2.2. Chống co giật

Diazepam 0,5mg/kg tiêm bắp hoặc diazepam 0,2 - 0,3mg/kg pha loãng với 5 - 10ml dung dịch đẳng trương tiêm chậm tĩnh mạch (chỉ thực hiện ở cơ sở có điều kiện hồi sức vì có thể gây ngừng thở).

Nếu co giật không hết, có thể dùng thêm hoặc phenobarbital (Gardenal) 5 - 8mg/kg/24 giờ chia 3 lần hoặc aminazin 0,5 - 1mg/kg tiêm bắp.

2.2.3. Chống suy thở

- Hút đờm dãi làm thông thoáng đường thở.
- Thở oxy nếu co giật hoặc khó thở.
- Hô hấp hỗ trợ nếu có ngừng thở (thở máy, đặt nội khí quản bóp bóng).

2.2.4. Chống phù não

Dung dịch mannitol 20% cho 0,5 - 1g/kg/lần truyền tĩnh mạch trong 30 - 60 phút. Nên cho sớm, khi có biểu hiện phù não như đau đầu, nôn, rối loạn ý thức. Có thể truyền nhắc lại sau 8 giờ nếu biểu hiện phù não không cải thiện, nhưng không truyền quá 3 lần trong 24 giờ và không truyền quá 3 ngày.

Dexamethason 0,2 - 0,4mg/kg/lần cách nhau 8 giờ. Tiêm tĩnh mạch chậm, không dùng quá 3 ngày.

2.2.5. Cân bằng nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan

Dung dịch ringer lactat 30 - 50ml/kg, tốc độ 20 - 30 giọt/phút sau mỗi lần truyền mannitol.

Nếu không có ringerlactat thì thay bằng dung dịch đẳng trương natriclorua 9‰ và glucose 5% mỗi loại dịch 1/2.

- Dựa vào điện giải đồ và đường máu để điều chỉnh nếu có rối loạn.
- Nếu có điều kiện đo các thông số về khí máu để điều chỉnh thăng bằng toan - kiềm.

2.2.6. Dinh dưỡng chăm sóc

- Dinh dưỡng: ăn thức ăn dễ tiêu, năng lượng cao, đủ muối khoáng và vitamin. Nếu trẻ không ăn được thì cho ăn qua ống thông dạ dày, đảm bảo 1500kcal/ngày.
- Chăm sóc:

+ Hút đờm dãi, vỗ rung.

+ Chống loét: nằm đệm chống loét, thay đổi tư thế.

+ Vệ sinh toàn thân: răng, miệng, da...

– Chống bội nhiễm:

Có thể dùng kháng sinh tuỳ theo tình trạng bệnh, thường gặp là viêm phổi: ampicillin 100mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chia 3 lần.

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

Viêm màng não mủ là tình trạng nhiễm khuẩn màng não do vi khuẩn gây nên. Ba loại vi khuẩn gây bệnh chính là: Hemophilus infuenzae, não mô cầu và phế cầu, riêng ở trẻ sơ sinh có thể gặp các vi khuẩn Gram âm như E.coli, Klebsiella, Pseudomonas và liên cầu nhóm B.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định dựa vào: lâm sàng và xét nghiệm dịch não tuỷ.

1.1.1. Lâm sàng

– Sốt là biểu hiện hay gặp, thường sốt cao.

– Hội chứng màng não:

+ Thể điển hình: hay gặp các triệu chứng đau đầu, nôn vọt, ỉa lỏng (hoặc táo bón). Khám có dấu hiệu gáy cứng, Kernig, Brudzinski, vạch màng não...

+ Trẻ dưới 1 tuổi: bệnh thường đột ngột, hay gặp các biểu hiện bỏ bú, khóc thét, ngủ li bì, dấu hiệu cổ mềm, thóp phồng.

+ Trẻ sơ sinh: không điển hình, các biểu hiện hay gặp như bỏ bú, li bì, có thể co giật, suy hô hấp, nhiễm khuẩn huyết. Trẻ sơ sinh cần nghĩ đến viêm màng não mủ khi có các triệu chứng sốt, bú kém, nôn chưa rõ nguyên nhân, đặc biệt khi có nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.

1.1.2. Xét nghiệm

– Công thức máu: bạch cầu tăng cao, bạch cầu trung tính chiếm ưu thế.

– Xét nghiệm dịch não tủy thường thấy:

+ Áp lực tăng, nước đục (ám khói hoặc đục như mủ).

+ Số lượng bạch cầu trên 500BC/ml, BC trung tính chiếm ưu thế.

+ Protein tăng trên 1g/l, glucose giảm dưới 2,2mmol/l.

Chú ý:

Bệnh nhân đến khám trong những giờ đầu hoặc đã điều trị kháng sinh, dịch não tủy có thể thay đổi không điển hình.

Chống chỉ định chọc dịch não tuỷ khi có nhiễm khuẩn lan toả tại vị trí chọc hoặc có biểu hiện tăng áp lực nội sọ có đe dọa tụt kẹt.

1.2. Chẩn đoán căn nguyên

Dựa vào kết quả nhuộm Gram soi kính và cấy dịch não tuỷ.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

Với viêm màng não hoặc viêm não do virus: dịch não tuỷ trong, số lượng bạch cầu thường dưới 500/ml trong đó bạch cầu lympho chiếm ưu thế, protein tăng dưới 1g/l.

Với viêm màng não do lao: có tiếp xúc nguồn lao, Xquang phổi có tổn thương lao. Dịch não tuỷ trong hoặc vàng chanh, tế bào từ 300-500ml, protein trên 1g/l. Sau 14 ngày điều trị kháng sinh không hiệu quả cần xem xét có viêm màng não do lao hay không.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Liệu pháp kháng sinh

– Khi chưa có kết quả nhuộm Gram soi kính và cấy dịch não tủy: dùng liệu pháp kháng sinh.

+ Trẻ từ 0 - 4 tuần: Ampicillin (200 - 400mg/kg/24 giờ) + Aminoglycosid (Amikacin: 15mg/kg/24 giờ) hoặc claforan (200 - 300mg/kg/24 giờ).

Trẻ từ 4-12 tuần: Cephalosporin thế hệ 3:

Cefotaxim 200-300mg/kg/24 giờ.

Ceftriaxon 100mg/kg/24 giờ.

Trẻ từ 3 tháng-18 tuổi: ampicilin (200-400mg/kg/24giờ) + chloramphenicol 60 - 100mg/kg/24 giờ hoặc cephalosporin thế hệ 3.

Chú ý:

Chọn cephalosporin thế hệ 3 (cefotaxim, ceftriaxon) khi bệnh nhân có dấu hiệu nặng: hôn mê, co giật nhiều, vào viện sau 3 ngày bị bệnh, đã điều trị nhiều kháng sinh và có bệnh toàn thân.

Khi có kết quả nhuộm soi kính: điều chỉnh kháng sinh cho phù hợp với từng loại vi khuẩn.

Khi có kết quả cấy dịch não tuỷ: thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Sau 48 - 72 giờ điều trị diễn biến lâm sàng không cải thiện: xét nghiệm lại dịch não tuỷ để quyết định đổi kháng sinh điều trị thích hợp hơn.

Thời gian điều trị trung bình:

Đối với não mô cầu: 7 ngày, H.influenzae từ 7 đến 10 ngày, phế cầu: 10 đến 14 ngày, trực khuẩn ái khí Gram âm: 3 tuần. Tuy nhiên, thời gian điều trị có thể thay đổi theo mức độ đáp ứng lâm sàng.

2.2. Điều trị kết hợp

– Chống viêm: dexamethason 0,4mg/kg/ngày dùng trong 4 ngày đầu.

– Chống phù não cho bệnh nhân có hôn mê: để nằm đầu cao 30° so với mặt giường, dùng liệu pháp tăng thông khí tốt (thông thoáng đường thở, vỗ rung), truyền tĩnh mạch dung dịch mannitol liều: 0,5g - 1g/kg/lần (cần bù nước điện giải sau mỗi lần truyền).

– Phòng co giật: barbituric liều 5 - 20mg/kg/ngày.

– Cắt cơn giật: seduxen 0,1mg/kg pha trong 2ml NaCl 0,9% tiêm tĩnh mạch chậm cho đến khi ngừng giật hoặc thụt hậu môn (cứ 10 phút nhắc lại 1 lần nếu trẻ vẫn còn co giật, không quá 3 lần).

– Chú ý chế độ chăm sóc và dinh dưỡng. Nếu bệnh nhân có hôn mê nên để nằm nghiêng một bên tránh ứ đọng đờm dãi và cho ăn qua sonde.

2.3. Xuất viện khi: điều trị kháng sinh đủ thời gian và hết sốt ít nhất 3 ngày.

Dịch não tuỷ trở về bình thường.

3. PHÒNG BỆNH

3.1. Hoá dự phòng

Dùng cho những người tiếp xúc trực tiếp với trẻ bệnh (sống cùng trong gia đình, người chăm sóc trẻ bệnh, trong cùng nhà trẻ).

– H.influenzae: uống rifampicin 20mg/kg/ngày x 4 ngày (trẻ sơ sinh 10mg/kg/ngày), không dùng cho phụ nữ có thai, hoặc tiêm bắp ceftriaxon 125mg/ngày (người lớn 250mg/ngày) tiêm trong 2 ngày.

– Não mô cầu: uống rifampicin 10mg/kg/ngày x 2 ngày, hoặc tiêm bắp ceftriaxon 125mg/trẻ em (250mg/người lớn) tiêm 1 lần.

3.2. Miễn dịch dự phòng

Tiêm vaccin H.influenzae typ B (Hib), phế cầu, não mô cầu nhóm A và C.

VIÊM MÀNG NÃO LAO

Viêm màng não lao là tình trạng nhiễm khuẩn màng não do trực khuẩn lao M.tuberculosis Hominis gây nên.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định dựa vào: lâm sàng, xét nghiệm dịch não tuỷ và nguồn lây.

1.1.1. Lâm sàng: cần chẩn đoán theo giai đoạn.

– Sốt (trẻ suy dinh dưỡng chỉ sốt nhẹ), quấy khóc, kém ăn, mệt mỏi.

– Hội chứng màng não:

+ Đau đầu, buồn nôn, nôn vọt, ỉa lỏng (hoặc táo bón) có thể co giật. Khám có thể thấy các dấu hiệu màng não như gáy cứng, Kernig và thóp phồng.

+ Từ tuần thứ 2 trở đi dấu hiệu màng não biểu hiện rõ. Ngoài ra có thể gặp các dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt nửa người, liệt dây thần kinh sọ não (hay gặp dây III, VI, IV, VII) hoặc tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương xuất hiện tăng dần; muộn hơn trẻ đi vào hôn mê.

1.1.2. Xét nghiệm

– Xét nghiệm dịch não tuỷ thường thấy:

+ Dịch màu vàng chanh, nếu bệnh nhân đến sớm dịch có màu trong.

+ Số lượng bạch cầu thường dưới 500BC/ml, lympho chiếm ưu thế.

+ Protein tăng trong khoảng 1 - 5g/l.

- Công thức máu: số lượng bạch cầu không tăng, lympho chiếm ưu thế.

- Xquang phổi (thẳng - nghiêng): có tổn thương phổi và viêm hạch trung thất 60 - 70% số trường hợp).

- Phản ứng Tuberculin dương tính.

- Tìm vi khuẩn lao bằng một trong các kỹ thuật:

+ Nhuộm Gram soi kính và cấy dịch não tuỷ.

+ Xét nghiệm Polymerase Chain Reaction (PCR) dương tính (độ nhạy 50% độ đặc hiệu ≈ 100%).

+ Phát hiện kháng thể kháng lao trong máu hoặc trong dịch não tuỷ.

1.1.3. Thường tìm được nguồn lây bệnh

1.2. Chẩn đoán giai đoạn

- Giai đoạn 1 (chẩn đoán sớm trong 10 ngày đầu của bệnh): chưa có thay đổi về ý thức và tổn thương thần kinh.

- Giai đoạn 2 (chẩn đoán từ ngày 10-14 của bệnh): có tổn thương thần kinh nhưng chưa có thay đổi về ý thức.

- Giai đoạn 3 (chẩn đoán muộn sau 3 tuần): có thay đổi về ý thức.

1.3. Chẩn đoán phân biệt với

- Viêm màng não hoặc viêm não do virus: bệnh xảy ra cấp tính, dịch não tuỷ trong, số lượng bạch cầu thường 500BC/ml, protein tăng dưới 1g/l.

- Viêm màng não mủ: bệnh đột ngột, dịch não tuỷ đục, tế bào trên 500 BC/ml, protein trên 1g/l, đáp ứng với điều trị kháng sinh.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Liệu pháp kháng sinh

- Điều trị tấn công: bằng 4 loại thuốc RHSZ trong 2 tháng.

- Điều trị củng cố: bằng 2 loại thuốc RH trong 6 đến 10 tháng (R = Rifampicin liều 10mg/kg/ngày; H = Isoniazid liều 5mg/kg/ngày; S = Streptomycin liều 15mg/kg/ngày; Z = Pyazinamid liều 25mg/kg/ngày).

Trường hợp điều trị như trên không kết quả hoặc bệnh tái phát dùng phác đồ:

- Điều trị tấn công: bằng 5 loại thuốc SHRZE trong 2 tháng.
- Điều trị củng cố: bằng 4 loại thuốc RHZE trong 1 tháng.
- Điều trị duy trì: bằng 3 loại thuốc RHE trong 5 tháng (E = Ethambuton liều 15mg/kg/ngày).

2.2. Điều trị kết hợp

- Chống dày dính màng não: prednisolon 1 - 3mg/kg/ngày trong 4 - 6 tuần chú ý giảm liều theo nguyên tắc chung.
- Chống phù não cho bệnh nhân có hôn mê: để nằm đầu cao 30° so với mặt giường, dùng liệu pháp tăng thông khí tốt (thông thoáng đường thở, vỗ rung), truyền tĩnh mạch dung dịch mannitol liều: 1g/kg/lần (cần bù nước - điện giải sau mỗi lần truyền).
- Cắt cơn giật: seduxen 0,1mg/kg pha trong 2ml NaCl 0,9% tiêm tĩnh mạch chậm cho đến khi ngừng giật, hoặc thụt hậu môn (cứ 10 phút nhắc lại 1 lần nếu trẻ vẫn co giật, không quá 3 lần).

Chú ý chế độ chăm sóc và dinh dưỡng. Nên cho ăn thức ăn mềm, chia làm nhiều bữa, tránh ăn no để hạn chế nôn. Nếu bệnh nhân hôn mê để nằm nghiêng một bên tránh ứ đọng đờm dãi, cho ăn qua sonde.

2.3. Theo dõi

Theo dõi điều trị: dựa vào sự cải thiện về lâm sàng và dịch não tuỷ. Ngừng điều trị khi dịch não tuỷ đã trở về bình thường (sau 8-12 tháng).

Cần theo dõi tác dụng phụ của thuốc để cân nhắc sử dụng. Đối với rifamycin trẻ có biểu hiện ăn kém trở lại, đau bụng, tiêu chảy, men gan tăng. Đối với streptomycin: có biểu hiện ù tai. Đối với ethambutol trẻ có biểu hiện mờ mắt. Đối với pyrazinamid có biểu hiện đau khớp.

3. PHÒNG BỆNH

- Miễn dịch dự phòng: tiêm vaccin theo lịch tiêm chủng.
- Phát hiện giải quyết nguồn lây.
- Điều trị các thể lao để hạn chế biến chứng viêm màng não lao.

Chương 14

BỆNH UNG BƯỚU

U LYMPHO KHÔNG HODGKIN

U lympho không Hodgkin (ULKH) là các khối u ác tính có nguồn gốc từ hệ thống lưới bạch huyết không phải là bệnh Hodgkin.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng là triệu chứng u, thay đổi khác nhau tuỳ thuộc vào vị trí u tiên phát và sự lan toả của bệnh.

Khối u có thể ở bụng, trung thất, hạch ngoại biên, vùng tai mũi họng và các nơi khác như da, dưới da, xương, thận...

1.2. Xét nghiệm chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả mô bệnh học và hoá mô miễn dịch qua sinh thiết hạch hoặc khối u. Dựa vào xét nghiệm hoá mô miễn dịch phân ra ULKH tế bào B, tế bào T, không B không T.

1.3. Chẩn đoán giai đoạn: Theo Bệnh viện trẻ em St. Jude

- *Giai đoạn 1:* chỉ có 1 khối u hoặc 1 vùng hạch (ngoại trừ ổ trung thất và ổ bụng).
- *Giai đoạn 2:* khối u và hạch ở những vùng cùng một phía của cơ hoành hai hay nhiều vùng hạch.

Hai khối u + có/không tổn thương hạch.

Khối u đầu tiên ở đường tiêu hoá, thường ở vùng hồi manh tràng, có/không có hạch ở mạc treo ruột.

- *Giai đoạn 3:* khối u và hạch tổn thương ở cả 2 phía của cơ hoành

Hai khối u riêng biệt.

Hai hay nhiều vùng hạch.

U tiên phát ở trung thất, màng phổi, tuyến ức.

U ở bụng nhưng không cắt hết được.

U cạnh cột sống.

- *Giai đoạn 4:* có biểu hiện thêm ở tuỷ xương và hệ thần kinh trung ương.

2. ĐIỀU TRỊ ULKH TẾ BÀO B

Cách sử dụng các thuốc trong phác đồ như sau:

- Prednisolon: 60mg/m^2 da, uống, 2 lần/ngày, uống lúc no.
- Vincristin: 1 - 2mg/m^2 da, tiêm tĩnh mạch chậm trên 10 phút.
- Doxorubicin: 60mg/m^2, truyền tĩnh mạch trên 1 giờ.
- Methotrexat: 3g/m^2 da, truyền tĩnh mạch trên 3 giờ. Dịch trước truyền methotrexat 4 giờ: 125ml/m^2da/giờ với 60mmol/l natribicarbonat, 5mmol/l KCl. Dịch sau truyền methotrexat: 3l/m^2da/24 giờ.
- Acid folinic: 15mg/m^2/da, tiêm tĩnh mạch 6 giờ /lần, bắt đầu tiêm 24 giờ sau truyền methotrexat, tiêm trong 3 ngày.

	Methotrexat (MTX)	Hydrerocortisol (HC)	Aracytin (Ar-C)
<1 tuổi	8mg	8mg	16mg
1 tuổi	10mg	10mg	20mg
2 tuổi	12mg	12mg	24mg
> 3 tuổi	15mg	15mg	30mg

- Aracytin: 60mg/m^2da, truyền tĩnh mạch trong 24 giờ.
- Endoxan: 500mg/m^2/lần chia 2 lần /npày, truyền tĩnh mạch trên 30 phút hoặc truyền trong 24 giờ kết hợp với truyền dịch 3l/m^2/ngày.
- Mesna: 250mg/m^2 da, chia 2 lần trước mỗi lần endoxan. Sau đó, 500mg/m^2da/24 giờ cùng vối truyền dịch sau truyền endoxan.
- Etoposid: 200mg/m^2da, truyền tĩnh mạch trên 2 giờ sau liều cao của aracytin.
- Thuốc tiêm tuỷ sống.

2.1. Nhóm A

Bệnh nhân được điều trị theo nhóm A: khi khối u khu trú ở ổ bụng giai đoạn I và II được cắt bỏ hoàn toàn. Thời gian điều trị gồm 2 đợt, mỗi đợt cách nhau 21 ngày. Thời gian điều trị nhóm A kéo dài 5 tuần.

Thuốc cho mỗi đợt:

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
Prednisolon	* *	* *	* *	* *	* *		
Vincristin	◦						
Endoxan	◦ ◦	◦ ◦	◦ ◦				
Adriamycin	◦						

2.2. Nhóm B

Bệnh nhân được điều trị theo nhóm B: khi được xác định chẩn đoán là giai đoạn I và II với vị trí u ở vùng đầu và cổ.

Giai đoạn III và IV nhưng chưa có thâm nhiễm hệ thống thần kinh trung ương.

- *Đợt 1:* COP

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
Prednisolon ngày 1-7	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦
Vincristin 1,0mg/m^2 (ngày 1)	↓						
Endoxan 300mg/m^2 (ngày 1)	↓						
Tiêm tủy sống TMX + HC (ngày 1)	↓						

- *Đợt 2:* COPADM1

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
Ngày thứ nhất là ngày thứ tám của phác đồ							
Prednisolon ngày 1 - 5	◦	◦	◦	◦	◦	◦	◦
Vincristin 2mg/m^2, ngày 1	↓						
Methotrexat ngày 1	↓						
Acid folinic ngày 2 - 4		↓	↓	↓			
Endoxan ngày 2 - 4		↓↓	↓↓	↓↓			
Mesna		→	...				
Adriamycin ngày 2		↓					
Tiêm tủy sống TMX + HC (ngày 2, ngày 6)		↓				↓	

Sau đó nghỉ 21 ngày, bắt đầu dùng đợt tiếp theo khi bạch cầu hạt > 1000/mm^3 và tiểu cầu > 100.000/mm^3.

- *Đợt 3:* COPADM2

Ngày thứ nhất của đợt 3 là ngày thứ 35 của phác đồ. Thuốc và cách dùng như COPADM1 trừ endoxan liều tăng gấp đôi. Sau đợt 3 nghỉ 21 ngày.

- *Đợt 4:* CYM1

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
Ngày thứ 63 của phác đồ							
Prednisolon ngày 1 - 5	∘	∘	∘	∘	∘		
Vincristin 1,5mg/m^2, ngày 1	↓						
Methotrexat ngày 1	↓						
Acid folinic ngày 2 - 4		↓	↓	↓			
Cytarabin ngày 2 - 6		↓	↓	↓	↓	↓	
Tiêm tủy sống ngày 2: MTX+HC		↓					
ngày 7: HC + Ar-C							↓

Có thể kiểm tra chức năng gan, thận, chụp CT, chụp xương, bệnh nhân sẽ được phẫu thuật cắt hết khối u lần 2 nếu phẫu thuật lần 1 chưa cắt hết trước khi bắt đầu CYM2.

- *Đợt 5:* CYM2

Ngày thứ nhất của đợt 5 là ngày thứ 91 của phác đồ. Thuốc và cách dùng như CYM1.

- *Đợt 6:* COPADM3

Ngày thứ nhất của đợt 6 là ngày thứ 118 của phác đồ. Thuốc và cách dùng như COPADM1.

Sau khi hoàn thành quá trình điều trị, bệnh nhân có thể được kiểm tra chức năng gan, thận, tuỷ xương. Thời gian điều trị nhóm B kéo dài 18 tuần.

2.3. Nhóm C

Bệnh nhân được điều trị theo nhóm C khi có lymphoblast trong tuỷ > 70%; có thâm nhiễm hệ thông thần kinh trung ương.

- *Đợt 1:* COP

Thuốc và cách dùng như đợt 1 của nhóm B, trừ tiêm tuỷ sống ngày 1, 3, 5 với thuốc: MTX + HC + Ar - C.

- *Đợt 2:* COPADM1

Ngày thứ nhất của đợt 2 là ngày thứ tám của phác đồ. Thuốc và cách dùng như COPADM1 của nhóm B trừ methotrexat liều 8g/m^2 da và tiêm tuỷ sống ngày 1, 3, 5 với thuốc MTX + HC + Ar - C.

- *Đợt 3:* COPADM2

Bắt đầu từ ngày thứ 35 của phác đồ. Thuốc và cách dùng như COPADM1 của nhóm C.

- *Đợt 4:* CYT/VP: Ngày thứ nhất của đợt 4 là ngày thứ 63 của phác đồ.

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
Ar-C 50mg/m^2 ngày 1 - 5	↓	↓	↓	↓	↓		
Ar-C 3g/m^2 ngày 1 - 4	↓	↓	↓	↓			
Etoposid ngày 1 - 4	↓	↓	↓	↓			

Truyền Ar-C 3g/m^2 trên 3 giờ, bắt đầu và kết thúc của 12 giờ truyền dịch cùng vối truyền Ar-C 50mg/m^2.

- *Đợt 5:* CYT/VP

Bắt đầu từ ngày thứ 91 của phác đồ. Thuốc và cách dùng như đợt 4.

- *Đợt 6:* COPADM3

Bắt đầu từ ngày thứ 118 của phác đồ. Thuốc và cách dùng như đợt 2.

Sau đợt 6, bệnh nhân được tia xạ vùng sọ với liều 18Gy.

- *Đợt 7:* CYT/VP

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
Ar-C 100mg/m^2 chia 2 lần, N1-5	↓	↓	↓	↓	↓		
Etoposid 150mg/m^2, N2-4		↓	↓	↓			
Tiêm tủy sống MTX+HC+ Ar-C, N2		↓					

- *Đợt 8:* COPAD

Sau khi kết thúc đợt 7 ba tuần. Thuốc và cách dùng như đợt 2 nhưng không có methotrexat.

- *Đợt 9:* CYT/VP: thuốc và cách dùng như đợt 7.

Thời gian điều trị nhóm C kéo dài 27 tuần.

2.4. Điều trị hỗ trợ

Điều trị những tác dụng phụ của hoá chất.

- Nếu bệnh nhân giảm sản tuỷnặng, có thể dùng G-CSF (Neupogen) với liều 5µg/kg/ngày cho đến khi xét nghiệm công thức máu ngoại biên máu trở về mức bình thường.
- Chống loét miệng: thuốc bôi miệng Zytee, glycerin borat.
- Chống nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh.
- Chống nôn: primperan tiêm tĩnh mạch hoặc đặt hậu môn.
- Giảm đau.
- Nếu có dấu hiệu của độc gan và thận: ngừng điều trị hóa chất

U NGUYÊN BÀO THẬN

U nguyên bào thận xuất phát từ nguyên bào thận, chiếm khoảng 85% các ung thư thận.

1. CHẨN ĐOÁN: dựa vào lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học.

1.1. Lâm sàng

- Khối u vùng hố thận
- Đái máu
- Đau bụng

1.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm
- CT
- Chụp thận đường tĩnh mạch.

Trên siêu âm và CT cho thấy kích thước, vị trí của khối u so với thận và các cơ quan xung quanh (gan, mạch máu, hạch....).

Trên phim chụp thận đường tĩnh mạch thấy được vị trí của đài, bể thận qua đó phần nào thấy được vị trí của khối u và sơ bộ đánh giá được chức năng thận.

1.3. Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học

Về mặt mô bệnh học có 3 thành phần: nguyên bào thận, đệm và biểu mô nhưng không phải lúc nào cũng có đủ cả 3. Thường gặp dạng có đệm và biểu mô. Có thể thấy các cấu trúc của thận còn nguyên hoặc bị xâm lấn.

1.4. Phân giai đoạn

- *Giai đoạn 1:* Khối u nằm bên trong thận và có khả năng cắt bỏ hoàn toàn, vỏ thận còn nguyên vẹn, các mạch của xoang thận không bị di căn. Không tìm thấy các tế bào ung thư ở gần và tại vết cắt.
- *Giai đoạn II:* Khối u vượt ra ngoài thận nhưng có thể cắt bỏ hoàn toàn. Các mạch của xoang thận mạch máu ngoài nhu mô thận có tế bào ung thư. Khối u bị vỡ trước hoặc trong khi mổ nhưng chỉ dính vào sườn, không dích vào màng bụng. Không tìm thấy các tế bào ung thư ở gần và tại vết cắt.
- *Giai đoạn III:* Khối u di căn ổ bụng không bằng đường máu. Có các khả năng sau:

– Hạch bụng, khung chậu bị di căn (hạch rốn thận, quanh động mạch).

– Khối u di căn quá màng bụng.

– Khối u di căn vào màng bụng.

– Khối u còn lại sau mổ vi thể hoặc đại thể (tìm thấy các tế bào ung thư ở tại vết cắt trên vi thể).

– Khối u không cắt được hết do di căn vào các cơ quan quan trọng.

– Khối u bị vỡ trước hoặc trong khi mổ nhưng không chỉ dính vào sườn.

- *Giai đoạn IV:* Các di căn theo đường máu: phổi, gan, xương, não... hoặc hạch ngoài khu vực bụng, hố chậu bị di căn.
- *Giai đoạn V:* Khối u có ở cả 2 thận.

2. ĐIỀU TRỊ

Gồm có phẫu thuật, hóa chất và tia xạ.

2.1. Phẫu thuật

Là bước điều trị đầu tiên trước hoá chất và tia xạ, áp dụng cho mọi giai đoạn, cắt khối u cùng với thận. Ngoài ra cắt toàn bộ các hạch vùng và tổ chức liên kết xung quanh. Quan sát các cơ quan khác, động tĩnh mạch chủ dưới, mô tả và sinh thiết khi có nghi ngờ. Gửi toàn bộ tiêu bản đến khoa giải phẫu bệnh.

2.2. Hóa chất

Ngày phẫu thuật được tính là ngày 0.

- *Với u ở giai đoạn I và II*

Tuần 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

A A A A A A A A

V V V V V V V V V V V V* V* V*

- *Với u ở giai đoạn III và IV*

Tuần: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

A D+ A D+ A D* A D* A

V V V V V V V V V V A* V* V* V* V*

Tia xạ:

A	Actinomycin D	0,045mg/kg IV
V	Vincristin	0,05mg/kg IV
V*	Vincristin	0,067mg/kg IV
D*	Doxorubicin	1,0mg/kg IV
D+	Doxorubicin	1,5mg/kg IV

Các thuốc được dùng 1 lần vào 1 ngày cố định trong tuần. Điều trị hóa chất kết thúc vào tuần thứ 18 với giai đoạn I, II và tuần thứ 24 với giai đoạn III, IV.

Chú ý:

- Giảm liều thuốc còn 50% khi trẻ < 12 tháng.
- Ngừng điều trị với actinomycin D và doxorubicin khi:

+ Bạch cầu hạt < 1000/mm^3 hoặc

+ Tiểu cầu < 100.000/mm^3.

2.3. Tia xạ

Cho các trường hợp giai đoạn III và IV với liều thống nhất là 10,8 Gy chia làm 6 lần (1,8 Gy X 6 = 10,8 Gy).

Ngừng điều trị tia -xạ khi BC hạt < 1000/mm^3 và tiểu cầu < 75000/mm^3.

- *Với khối u ở giai đoạn V (chiếm tỷ lệ rất nhỏ)*

Phẫu thuật: trong lần đầu sinh thiết cả hai bên thận để khẳng định u ở giai đoạn V và cắt hạch, đánh giá giai đoạn của từng thận.

Nếu cả 2 thận theo đánh giá đều ở giai đoạn I hoặc II: điều trị hóa chất theo phác đồ cho giai đoạn I, II.

Nếu có đánh giá giai đoạn III hoặc IV: điều trị hóa chất theo phác đồ cho giai đoạn III, IV.

Đánh giá lại sau 5 tuần bằng chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật lần 2: cắt toàn bộ khối u hai bên và đánh giá giai đoạn trong phẫu thuật.

Điều trị hóa chất tiếp tục theo giai đoạn.

Nếu bệnh nhân đã được điều trị hóa chất như giai đoạn I, II nhưng không cắt thận (để bảo toàn) chuyển sang điều trị hóa chất theo phác đồ cho giai đoạn III, IV.

Đánh giá lại vào tuần thứ 12: phẫu thuật lần 3 và tia xạ nếu cần thiết.

- *Theo dõi các tác dụng không mong muốn do hóa chất*

Thường ít gặp khi điều trị u nguyên bào thận. Có thể gặp:

- Loét miệng
- Nôn
- Táo bón
- Bệnh lý thần kinh ngoại vi: đau cơ, giảm phản xạ gân xương....
- Tim mạch: biểu hiện bất thường trên điện tim (thường gặp khi tổng liều doxorubicin > 360mg/m^2).
- Suy chức năng gan.
- Ỉa chảy.

Nếu các biểu hiện trên nặng nên hoãn và giảm liều lần tiếp theo còn 50% sau đó tăng lên như trước. Điều trị nội khoa: như các bệnh lý thông thường.

- *Theo dõi lâu dài bằng các xét nghiệm*

- Chức năng thận.
- Siêu âm bụng.
- Xquang phổi.

Trong và sau khi điều trị hóa chất. Trong đó:

- Hai năm đầu: 1 lần /1 - 2 tháng
- Từ năm thứ 3: 1 lần/3 - 6 tháng

U NGUYÊN BÀO THẦN KINH

U nguyên bào thần kinh (UNBTK) là một u bào thai của hệ thần kinh giao cảm, có nguồn gốc từ sừng thần kinh. U tiên phát thường ở thượng thận, hạch thần kinh dọc cột sống và ổ bụng.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm của mô bệnh học.

1.1. Lâm sàng

- Bệnh thường phát hiện ở trẻ dưới 6 tuổi. 1/3 là trẻ dưới 1 tuổi.

- Có triệu chứng của u nguyên thuỷ tuỳ theo vị trí mà có biểu hiện lâm sàng khác nhau:

+ U nằm ở ổ bụng (phổ biến nhất, 70%): trẻ có biểu hiện đầy bụng, đau bụng, khối u to có thể ép bàng quang, tắc ruột. Khám thấy một khối u rắn, chắc, cố định.

+ U trong lồng ngực (17%), thường phát hiện thấy khi chụp Xquang tim, phổi, trường hợp khối u to gây chèn ép trung thất, biểu hiện khó thở, phù áo khoác.

- U hạch ở cổ (5%).

- Triệu chứng do di căn: 60% UNBTK được chẩn đoán ở giai đoạn có di căn:

+ Trẻ sốt, kém ăn, gầy sút.

+ Di căn xương (80% trường hợp), biểu hiện đau xương.

+ Lồi mắt, xuất huyết quanh hố mắt (hội chứng Hutehinon).

+ Gan to, chắc (Hội chứng Pepper).

+ U cục màu xanh dưới da, cứng, di động.

+ Chèn ép tuỷ, do u cạnh cột sống xâm lấn vào ống tuỷ, gây đau rễ thần kinh, liệt 2 chi dưới, rối loạn cơ tròn.

+ Thâm nhiễm tuỷ xương gây thiếu máu, xuất huyết, nhiễm khuẩn.

1.2. Xét nghiệm

– Máu, ngoại biên: bình thường, chỉ khi có xâm lấn tuỷ hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu mới giảm.

– Tủy đồ: tìm nguyên bào thần kinh di căn tuỷ.

– Sinh hoá: VMA nước tiểu / 24 giờ tăng cao.

LDH tăng nhiều (có giá tiên lượng)

– Chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm, chụp CT khối u nguyên thuỷ.

+ Xquang xương nếu nghi ngờ hoặc có biểu hiện di căn xương.

+ Chụp bụng không chuẩn bị, UIV trong trường hợp u bụng.

– Mô bệnh học: có ý nghĩa quyết định.

+ Chẩn đoán xác định: biến đổi tổ chức cơ quan sinh thiết, nhiều nguyên bào thần kinh.

+ Phân loại, tiên lượng: mô bệnh học thuận lợi và không thuận lợi.

+ Hoá mô miễn dịch để phân loại và tiên lượng.

• *Phân loại giai đoạn*

Giai đoạn I:

Khối u khu trú có thể cắt bỏ hoàn toàn trên đại thể (có thể còn sót lại trên vi thể), hạch cùng phía với khối u (hạch dính vào và được cắt bỏ cùng khối u).

Giai đoạn IIA:

Khối u cắt bỏ không hoàn toàn trên đại thể, hạch cùng phía không dính vào khối u.

Giai đoạn IIB:

Khối u khu trú cắt bỏ hoàn toàn hay không hoàn toàn, hạch cùng phía không dính vào khối u. Hạch bên đối diện phải.

Giai đoạn III:

Khối u một bên không cắt bỏ được xâm lấn vượt quá đường giữa

(cột sống); hoặc khối u một phía khu trú với xâm lấn hạch bên đối diện; hoặc khối u ở đường giữa xâm lấn cả hai bên (không thể cắt bỏ) hay có hạch xâm lấn cả hai bên.

Giai đoạn IV:

Khối u nguyên thuỷ bất kỳ kèm theo di căn đến hạch ở xa, xương, tuỷ xương, gan, da và các cơ quan khác (trừ IVS).

Giai đoạn IVS:

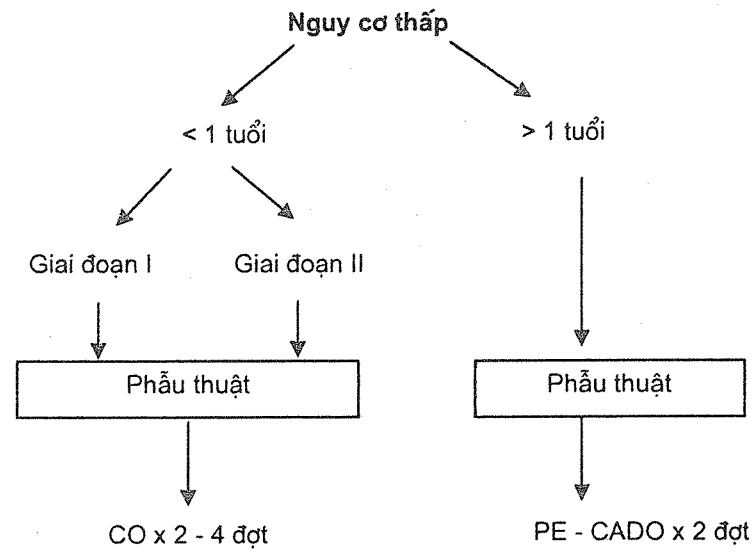
Khối u nguyên thuỷ khu trú (GĐ I hoặc IIA hoặc IIB) với di căn vào gan, da và /hoặc tuỷ xương ở trẻ dưới 1 tuổi.

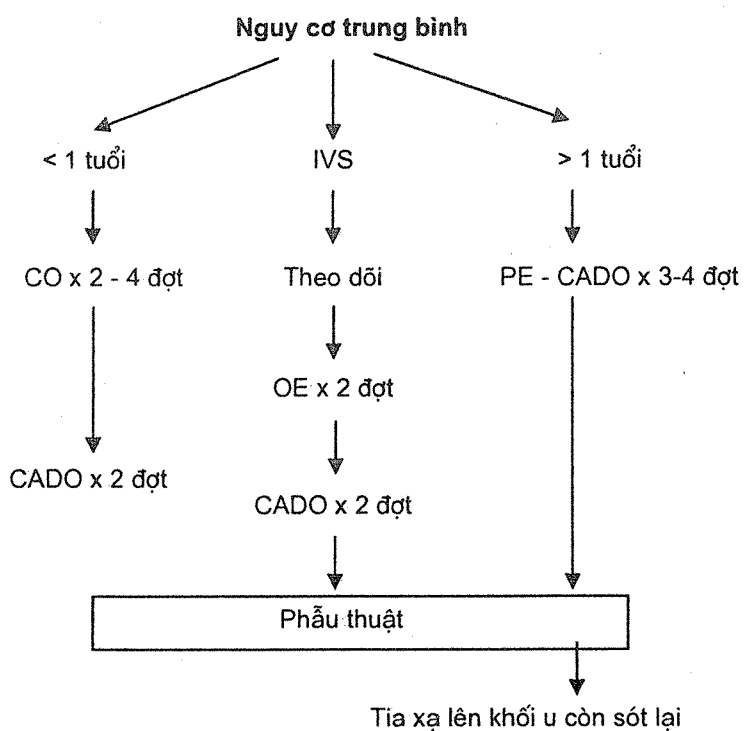
2. ĐIỀU TRỊ

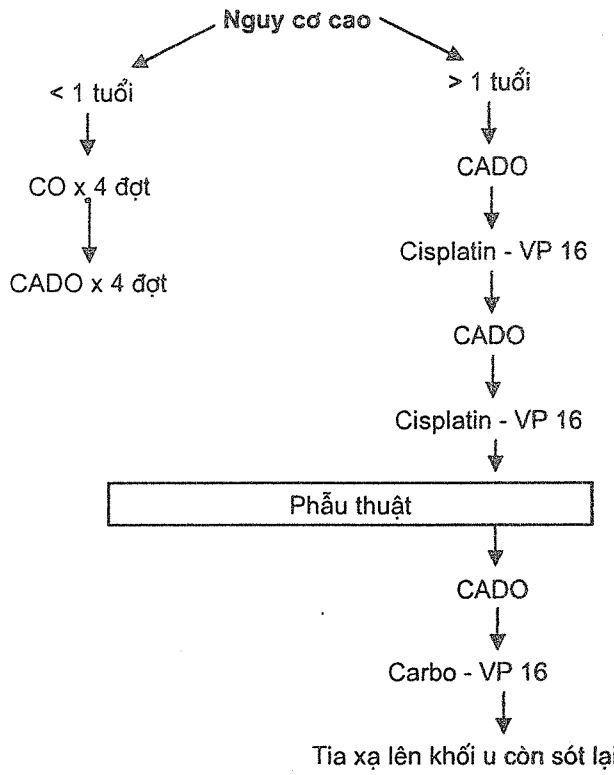
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ U NBTK LỰA CHỌN

Dựa vào phân loại bệnh nhân theo nguy cơ

Tuổi	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
< 1 tuổi	Giai đoạn I	Giai đoạn III	Giai đoạn IV
	Giai đoạn II	Giai đoạn IVS	
> 1 tuổi	Giai đoạn I	Giai đoạn III + mô bệnh	Giai đoạn II, III + mô bệnh học
	Giai đoạn II + mô bệnh học thuận lợi	Thuận lợi	Không thuận lợi
	LDH ≤ mức bình thường	Mức bt < LDH < 3 lần bt	LDH > 3 lần bình thường.


Nguy cơ thấp
< 1 tuổi
> 1 tuổi
Giai đoạn I
Giai đoạn II
Phẫu thuật
Phẫu thuật
CO x 2 - 4 đợt
PE - CADO x 2 đợt


Nguy cơ trung bình
< 1 tuổi
IVS
> 1 tuổi
CO x 2 - 4 đợt
Theo dõi
PE - CADO x 3-4 đợt
OE x 2 đợt
CADO x 2 đợt
CADO x 2 đợt
Phẫu thuật
Tia xạ lên khối u còn sót lại



CO:	Vincristin 1,5mg/m^2	N1
OE:	Vincristin 1mg/m^2	N1
	Etoposid 100mg/m^2	N2, N3
CADO:	Vincristin 1,5mg/m^2	N1 - N5
	Cyclophosphamid 300mg/m^2	N1- N5
	Doxorubicin 60mg/m^2	N5.
PE-CADO:	Như trên (CADO)	
	Cisplatin 100mg/m^2	N21
	Etoposid 150mg/m^2	N23
Cisplatin - VP16:	Cisplatin 40mg/m^2	N1 - N5
	Etoposid 100mg/m^2	N1 - N5
Carbo - VP 16:	Etoposid 200mg/m^2	N1 - N5
	Carboplatin 160mg/m^2	N1- N5

Xạ trị liệu 30 Gy lên phần còn lại của khối u trong 20 ngày, mỗi ngày 1,5 Gy.

SARCOM CƠ VÂN

Sarcom cơ vân là loại ung thư phần mềm hay gặp nhất ở trẻ em, nguồn gốc từ trung mô nguyên thuỷ, chiếm khoảng 50% ung thư phần mềm, 10 - 12% khối u đặc ở trẻ em.

1. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm mô bệnh học.

1.1. Lâm sàng

– Thường gặp ở 2 nhóm tuổi: 2 - 6 tuổi và 15 - 19 tuổi.

– Dấu hiệu thường gặp nhất là một khối u. Khối u nguyên phát có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của cơ thể. Các triệu chứng phụ thuộc vào vị trí khối u.

- *Khối u vùng đầu, cổ (40%)*

– Hốc mắt: lồi, lác mắt, liệt dây thần kinh vận nhãn, u kết mạc.

– U cận màng não (mũi hầu, xoang, tai giữa...).

Đau, khàn tiếng, khó nuốt, chảy máu cam, viêm xoang, viêm tai giữa, khối u dạng polyp ở ống tai ngoài.

Khoảng 25 - 35% có biểu hiện tổn thương hệ thống thần kinh trung ương lúc chẩn đoán như liệt dây thần kinh sọ, triệu chứng màng não, khó thở nếu tổn thương thân não.

– U các vị trí khác: cổ, má, da đầu, tuyến mang tai, miệng thực quản.

- *Khối u đường sinh dục - tiết niệu (20%)*

– Âm đạo và tử cung: chảy máu âm đạo, u sùi dạng chùm nho.

– Niệu đạo, bàng quang, tuyến tiền liệt: đái máu, đái khó, tắc đường tiểu, nhiễm trùng tiết niệu tái phát.

– Tinh hoàn: khối u cạnh tinh hoàn, đau.

- *Khối u ở chi (20%):* khối u cơ không có triệu chứng đặc biệt.
- *Khối u ở tiêu hoá.*
- *Khối u sau phúc mạc:* đau bụng, u bụng, tắc ruột.
- *Dạ dày, ruột, gan mật (3%):* u bụng, vàng da tắc mật.

– Giai đoạn muộn thường có triệu chứng do di căn, hay gặp di căn xương, phổi, gan, tuỷ xương, não, các cơ, hạch ở xa.

1.2. Xét nghiệm

– Máu: LDH, phosphatase kiềm, xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận: SGOT, SGPT, urê, creatinin.

– Tuỷ đồ: tìm tế bào di căn tuỷ.

– Chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm, chụp CT khối u nguyên thuỷ.

+ Xquang tim phổi, xương phát hiện khối u di căn. Chụp bụng không chuẩn bị, UIV nếu u ổ bụng.

+ MRI khối u.

– Mô bệnh học: sinh thiết khối u để:

+ Chẩn đoán mô bệnh học, có ý nghĩa quyết định.

+ Phân loại bệnh theo nguy cơ và tiên lượng.

+ Xét nghiệm hoá mô miễn dịch: để phân loại và tiên lượng.

1.3. Chẩn đoán giai đoạn

– Giai đoạn 1: khối u khu trú ở vị trí thuận lợi như hốc mắt hoặc đầu và cổ (trừ vị trí cận màng não) hoặc hệ sinh dục - tiết niệu (trừ bàng quang và tuyến tiền liệt).

– Giai đoạn 2: khối u khu trú ỗ vị trí không thuận lợi, kích thước khối u < 5cm và không có tổn thương hạch vùng.

– Giai đoạn 3: khối u khu trú ỗ vị trí không thuận lợi, kích thước khối u > 5cm và /hoặc có tổn thương hạch vùng.

– Giai đoạn 4: di căn xa.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Kết hợp phẫu thuật, tia xạ, hoá chất

Điều trị hoá chất càng sớm càng tốt (trong vòng 8 tuần).

2.2. Phác đồ điều trị sarcom cơ vân lựa chọn

Dựa vào phân loại bệnh nhân theo nguy cơ

- *Nguy cơ thấp*

Khối u khu trú, cắt bỏ hoàn toàn về vi thể ở tất cả các vị trí, trừ mô bệnh học dạng nang.

- *Nguy cơ trung bình*

Khối u khu trú, cắt bỏ không hoàn toàn (hoặc chỉ sinh thiết) hoặc:

– Khối u khu trú, có lan rộng ra ngoài mô hoặc cơ quan gốc, có khả năng cắt bỏ hoàn toàn về vi thể hoặc:

– Khối u lan rộng ra ngoài mô hoặc cơ quan gốc cắt bỏ không hoàn toàn (hoặc chỉ sinh thiết).

- *Nguy cơ cao*

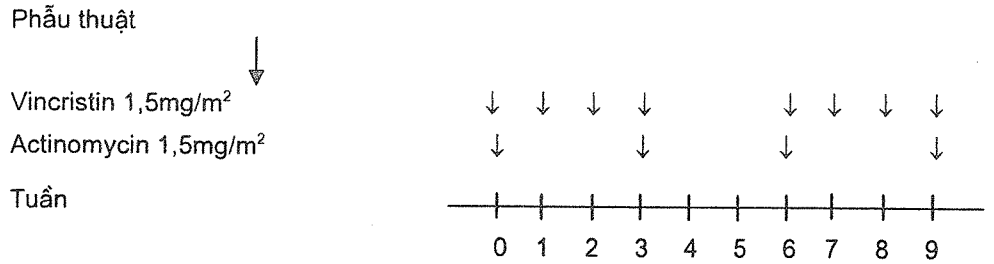
– Như nguy cơ trung bình nhưng ở các vị trí khác (hốc mắt, bàng quang, tiền liệt tuyến, đầu và cổ, cạnh cột sống, chi và các vị trí khác).

– Tất cả các bệnh nhân có tổn thương hạch cùng với khối u nguyên phát ở bất cứ vị trí nào.

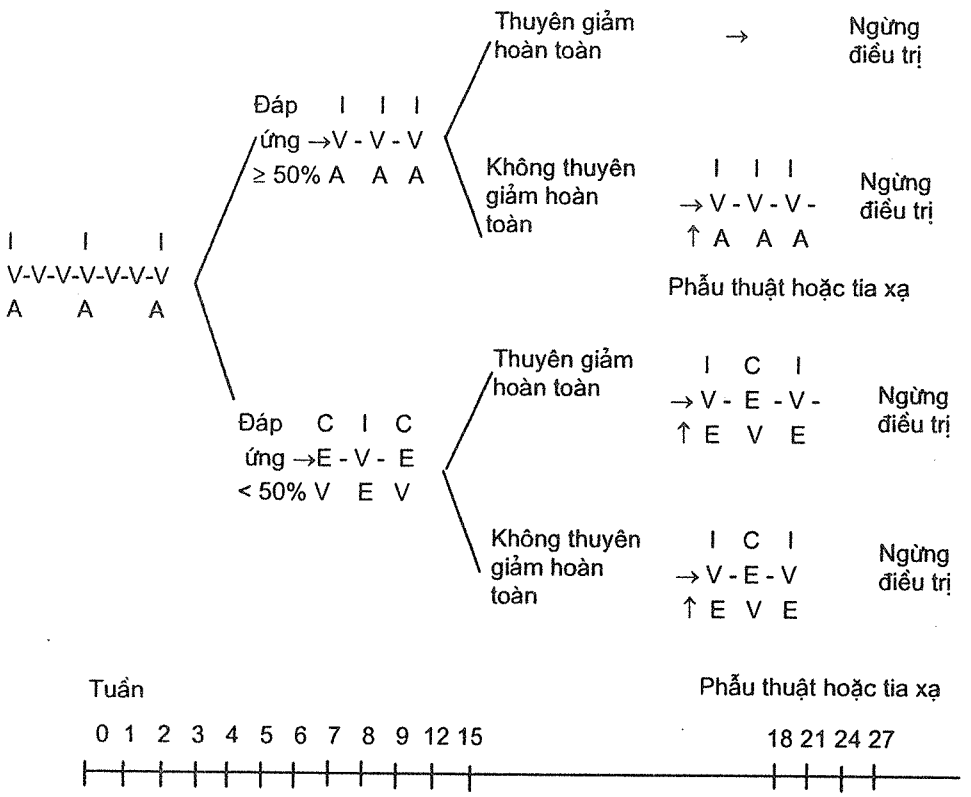
– Tất cả khối u giai đoạn I, II hoặc III với mô bệnh học dạng nang ở bất cứ vị trí nào.

– Tất cả khối u giai đoạn I, II hoặc III kèm theo có tế bào ác tính ở dịch màng phổi ở tất cả các vị trí.

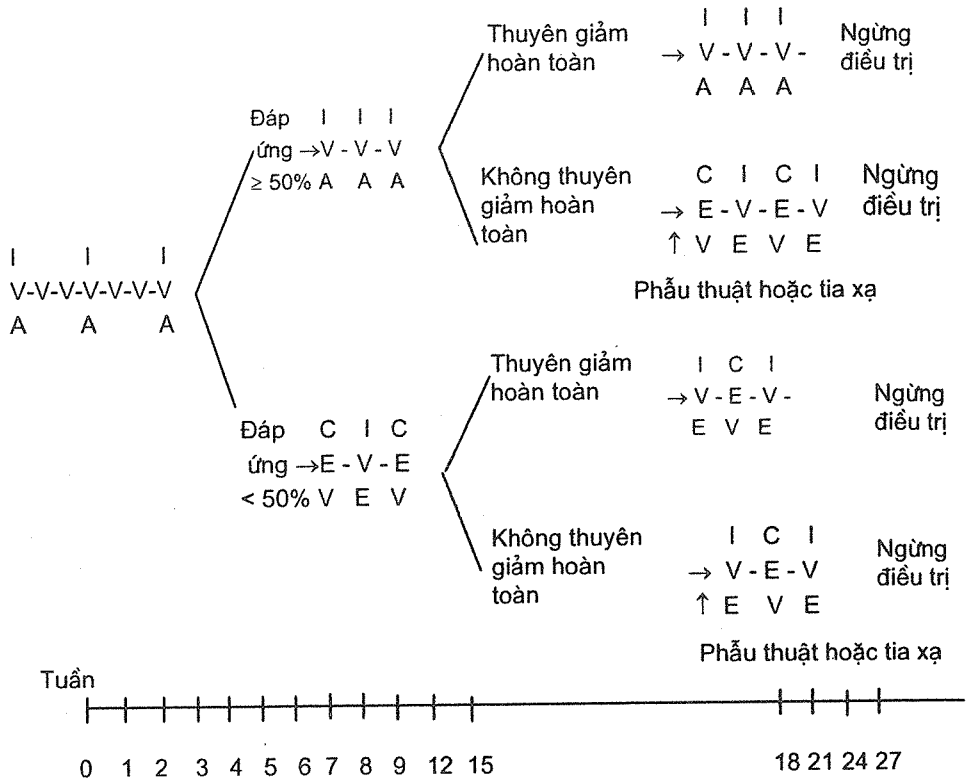
2.2.1. Nguy cơ thấp



2.2.2. Nguy cơ trung bình



2.2.3. Nguy cơ cao



IVA:	Ifosfamid 3g/m^2	N1, N2
	Vincristin 1,5mg/m^2	N1
	Actinomycin 1,5mg/m^2	N1
CEV:	Cacboplatin 500mg/m^2	N1
	Epirubicin 150mg/m^2	N1
	Vincristin 1,5mg/m^2	N1
IVE:	Ifosfamid 3g/m^2	N1, N2, N3
	Vincristin 1,5mg/m^2	N1
	Etoposid 150mg/m^2	N1, N2, N3

U TỦY THƯỢNG THẬN
(Pheochromocytoma)

U tuỷ thượng thận là u tiết ra catecholamin quá thừa từ u vùng tuỷ thượng thận sinh ra. Nhưng cũng có thể phát sinh từ nhiều nơi khác thuộc hệ thống giao cảm của chuỗi hạch giao cảm, động mạch chủ, mạc treo, khoang ngực, hoặc vùng cổ, dưới đòn. Có khi tồn tại đa u cùng một lúc. Bệnh rất hiếm ở trẻ em, bệnh có tính gia đình và di truyền.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Bệnh chủ yếu ở người lớn, 10% gặp ở trẻ em từ 6 - 14 tuổi là trẻ trai nhiều hơn gái.
- Có từ 30 - 40% u tìm thấy cả hai bên hoặc ở nhiều nơi.
- Triệu chứng chủ yếu do tăng cao nồng độ epinephrin và norepinephrin gây tăng huyết áp, có tính chu kỳ và liên tục về sau.
- Đau đầu nhiều với các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ. Trong cơn huyết áp sẽ đau đầu dữ dội, xanh tái, vã mồ hôi, có thể co giật.
- Giữa các cơn huyết áp trẻ có thể bình thường, nhưng gầy xanh, kém ăn, chậm lớn, da khô ráp, đầu chi lạnh tím, ngón nhăn nheo.
- Huyết áp tăng cao nhiều đến 180-260/120 - 210mmHg.
- Tim to, phù gai thị, co thắt động mạch.
- Giảm dần thị lực mờ mắt dần đến mù loà hoàn toàn và vĩnh viễn.

1.2. Xét nghiệm

- Nồng độ VMA (Vanilic Madelic Acid) hay catecholamin nước tiểu, tăng cao từ 5 - 10 lần so với bình thường.
- Siêu âm hay CT sẽ phát hiện ra u ở tuyến thượng thận.
- Nghiệm pháp Regitin dương tính, sau khi tiêm Regitin tĩnh mạch, huyết áp sẽ giảm dần đến không, trong vòng 5-10 phút.

2. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị đặc hiệu: ngoại khoa, cắt bỏ u tận gốc sẽ khỏi bệnh. Có thể tái phát vẫn điều trị cắt bỏ u.

– Cần chú ý duy trì huyết áp trong quá trình mổ và sau mổ vài ngày cho đến khi HA trở lại bình thường.

– Theo dõi sau mổ:

+ Làm ngay VMA hay catecholamin sau khi cắt u, nếu HA không giảm cần kiểm tra ngay vì chưa cắt bỏ hết u.

+ 3 - 6 tháng và 1 năm sau kiểm tra lại catecholamin để phòng tái phát.

U VỎ THƯỢNG THẬN GÂY NAM HOÁ
(Androsteroma)

U vỏ thượng thận tại vùng lưới sẽ sản xuất quá thừa một lượng hormon nam là androgen, gây cơ thể bị nam hoá chuyển giới với trẻ gái. Bệnh tương đối hiếm gặp.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Có thể gặp bất cứ lứa tuổi nào nhưng thường trước 10 tuổi.

– Có 2 - 10% u gặp cả hai bên.

– Triệu chứng cường vỏ thượng thận, chủ yếu là dấu hiệu nam hoá, cường androgen như trong CAH, lớn nhanh, phát triển cơ bắp, dương vật to lên, mụn trứng cá, mọc lông ở thân và bộ phận sinh dục, ria mép, râu cằm, dậy thì sớm.

– Ở trẻ gái âm vật to lên như dương vật và nam hoá toàn thân như trẻ trai, dậy thì sớm.

– Có từ 20 - 40% có kết hợp triệu chứng Cushing như béo phì, mặt trăng tròn, cao huyết áp.

– Phân biệt với CAH: trẻ trước đó hoàn toàn bình thường. Các triệu chứng lâm sàng xuất hiện rầm rộ và đột ngột trong một thời gian ngắn.

1.2. Xét nghiệm chẩn đoán

– 17 cetosteroid, DHEA, DHEAS, androstenedion, testosteron đều tăng rất cao từ 5 - 10 lần so với tuổi.

– Siêu âm hay CT bụng có thể thấy khối u ở vị trí tuyến thượng thận khoảng 1,5cm.

– Có thể sờ thấy khối u khi thăm khám.

2. ĐIỀU TRỊ

– Phẫu thuật cắt bỏ khối u cần thực hiện nhanh chóng.

– Cần dùng hormon, corticoid hỗ trợ trong và sau phẫu thuật bằng: hydrocortison 10 - 25mg 6 giờ 1 lần trong ngày phẫu thuật, tiếp tục trong 3 - 4 ngày tiếp theo.

– Cần được truyền dịch, natriclorua 9‰; glucose 5% để duy trì khối lượng tuần hoàn.

– Cần tiếp tục theo dõi các chỉ số sinh hoá, nội tiết sau mổ.

– Thường gặp tái phát sau 1 năm và tiên lượng xấu, di căn gan, phổi.

– Có thể cho một số ức chế tuyến thượng thận như OP - DDD - mitotan, ketoconazol, aminoglutethimid, metyrapon để ức chế tổng hợp steroid vỏ thượng thận nhưng hiệu quả không nhiều, tiên lượng xấu.

HỘI CHỨNG CONN TIÊN PHÁT

Hội chứng Conn tiên phát là bệnh cường aldosteron được J.W Conn mô tả năm 1955.

Bệnh có thể xuất phát từ một u lành một bên hay tăng sinh phì đại vùng cầu vỏ thượng thận cả hai bên, đôi khi do ung thư thượng thận, buồng trứng gây hội chứng Conn cận ung thư.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Cao huyết áp là triệu chứng thường gặp chiếm 0,5% trường hợp cao huyết áp.

– Hạ kali máu, gây đái nhiều, uống nhiều, mệt mỏi cơ, chuột rút và têtani có khi gây liệt chu kỳ.

1.2. Xét nghiệm

- Aldosteron máu tăng cao bình thường không quá 0,010µg%.
- Aldosteron niệu tăng cao, bình thường từ 15 - 20µg/24giờ.
- Kali máu hạ dưới 3mEq/l.
- Natri, clo tăng cao.
- Siêu âm hay CT có thể thấy khối u thượng thận.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nội khoa

Spironolacton (aldacton)

3 - 5mg/kg hay 20 - 300mg/ngày

2.2. Điều trị ngoại khoa

Cắt bỏ u.

U NÃO

U não là sự tân tạo bất thường một loại tế bào thần kinh (Astrocytoma tế bào hình sao, Oligodroglyoma tế bào ít đuôi gai, Meduloblastoma nguyên tuỷ bào thần kinh) nội sọ.

U não đứng thứ hai trong các bệnh ung thư trẻ em (sau bạch cầu cấp, u hệ thống tạo máu).

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Dựa vào lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng tuỳ thuộc vào vị trí và tính chất khối u. Triệu chứng chung là:

- Hội chứng tăng áp lực sọ não: đau đầu, nôn, mệt mỏi, thay đổi tính khí, học tập sa sút, ở trẻ nhỏ vòng đầu to.
- Hội chứng thần kinh khu trú: xem bảng 14.1

Bảng 14.1. Vị trí, dạng u, đặc điểm lâm sàng

Vị trí và dạng u	Đặc điểm lâm sàng	Tăng áp lực sọ não
I. U trên lều tiểu não 1. U não giữa: u đồi thị, u thị giác, u sọ hầu, u tuyến yên, u não thất.	Thấp, ngừng phát triển, hạn chế trường thị giác, mất thị lực, teo dây thị, rối loạn nội tiết.	Có nhưng chậm
2. U bán cầu não (u tế bào hình sao, u sợi đuôi gai thần kinh, u tế bào ít đuôi gai, u mạch mạc).	Liệt nửa người, liệt dây VII trung ương, đau đầu. Triệu chứng cận tuyến yên đồi thị hoặc không triệu chứng.	Chậm
II. U hố sau 1. U tiểu não (u tế bào hình sao, u nguyên tuỷ bào thần kinh).	Tắc đường lưu thông dịch não tuỷ, đau đầu nôn, cổ cứng, loạng choạng, giảm trương lực cơ.	Sớm
2. U cầu não	Liệt dây sọ VI, VII, IX, X nói ngọng, liệt nửa người bên đối diện.	Chậm
3. U tuyến tùng và u quái	Liệt vận nhãn, đau đầu, nôn.	Sớm

1.2. Cận lâm sàng

– Soi đáy mắt: phù gai thị.

– Xquang sọ thẳng nghiêng: giãn khớp sọ, mỏm yên sau bị phá huỷ và bị calci hoá, dấu hiệu dấu ấn ngón tay trên phim, tuy nhiên có thể xuất hiện muộn.

– Chụp cắt lớp vi tính có giá trị quyết định, chụp có cản quang để phân biệt tỷ trọng, kích thước khối u, vị trí.

2. ĐIỀU TRỊ

– Điều trị triệu chứng:

+ Tránh thay đổi tư thế đột ngột phòng tụt kẹt.

+ Điều trị giảm phù nề: dexamethason 0,4mg/kg tiêm tĩnh mạch.

– Chuyển phẫu thuật cắt bỏ u. Riêng u cầu não không thể phẫu thuật.

– Xạ trị liệu.

– Hoá trị liệu tuỳ thuộc vào loại tế bào gây u.

U TUỶ

U tuỷ là sự phát triển bất thường của các tế bào thần kinh khu trú trong tuỷ, dưới màng cứng ngoài tuỷ hoặc ngoài màng cứng.

U tuỷ chiếm 10% trường hợp u não.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Chẩn đoán xác định

1.1.1. Lâm sàng

- Hội chứng ép tuỷ: rối loạn cảm giác dẫn truyền dạng đau nhức, tê bì.
- Liệt cứng ưu thế một chân, đôi khi có rối loạn cơ tròn.

1.1.2. Cận lâm sàng

- Dịch não tuỷ: Protein tăng trên 1g/l.

  Tế bào bình thường.
- Chụp cộng hưởng từ tuỷ:

+ U dưới màng cứng ngoài tuỷ: cho biết vị trí u, kích thước của u, trên ảnh T1, T2 có cùng tín hiệu cường độ với tuỷ hoặc giảm cường độ ở T1, tăng cường độ ở T2.

+ U màng tuỷ: phát hiện rõ trên ảnh T1, cho tín hiệu có cùng cường độ so với cấu trúc thân não. Ở T2 u màng tuỷ có cường độ tín hiệu thấp, nhìn thấy rõ trên nền của tăng cường độ tín hiệu dịch não tuỷ.

+ U rễ thần kinh: ảnh T1 u có cùng cường độ hoặc tăng cường độ tín hiệu, u có đường viền rõ và cấu trúc thuần nhất.

+ U nội tuỷ: rìa u lồi lõm và không thuần nhất, mặt phẳng cắt dọc và ngang cho biết u kéo dài tới đâu so với chiều dài của tuỷ.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt với viêm tuỷ (xem bảng 14.2)

Bảng 14.2. Phân biệt viêm tuỷ và u tuỷ

Bệnh	Viêm tuỷ	U tuỷ
Khởi đầu	Đột ngột	Từ từ
Triệu chứng	Sốt, nhiễm khuẩn	Đau, tê bì, đi lại khó khăn
Diễn biến	Liệt mềm sau chuyển sang liệt cứng.	Liệt cứng tăng dần
Rối loạn cảm giác	Mất cảm giác dưới nơi tổn thương	Bình thường hoặc tăng ở nơi tổn thương giảm dưới nơi tổn thương.
Phản xạ tự động tuỷ	- hoặc +	++
Cộng hưởng từ tuỷ	Ô viêm	U ngoài hoặc trong tuỷ

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Phẫu thuật thần kinh: cắt bỏ u.

Sau phẫu thuật: điều trị kháng sinh chống viêm 7 ngày, giảm phù nề dexamethason 0,4mg/kg trong 7 ngày.

2.2. Phục hồi chức năng vận động

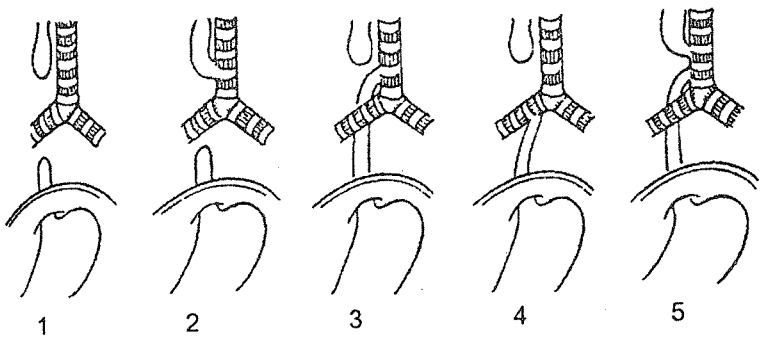
Tư vấn bác sĩ Khoa Phục hồi chức năng để có kế hoạch tập vận động.

Chương 15

PHẪU THUẬT

TEO THỰC QUẢN

Teo thực quản là sự gián đoạn của lồng thực quản trong thời kỳ phát triển của bào thai, có hoặc không kèm theo rò khí - thực quản. Ladd và Gross chia theo thực quản làm 5 loại:



1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Thai phụ có biểu hiện đa ối.

– Trẻ ngay sau khi sinh đã có biểu hiện tăng tiết nước bọt qua miệng (sùi bọt cua).

– Tím tái, sặc sụa ngay sau khi cho bú hoặc uống thìa nước đầu tiên.

– Đặt sonde dạ dày thấy đầu sonde quay lộn ra miệng hoặc đặt sonde không thấy quay ngược ra ngoài nhưng bơm khí qua sonde nghe không thấy có nhu động ở vùng thượng vị.

Viêm phổi, suy hô hấp ở giai đoạn muộn.

1.2. Xét nghiệm

– Phim Xquang thẳng nghiêng:

+ Đặt sonde vào thực quản bơm 2-3ml không khí hoặc thuốc cản quang (0,5-1ml barit loãng và hút ra ngay sau khi chụp) để xác định túi cùng thực quản.

+ Phim lấy cả phần bụng để xác định kiểu teo thực quản.

+ Thử chất khí máu.

– Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị trước mổ (12-48 giờ)

– Nằm tư thế đầu cao.

– Đặt sonde túi cùng thực quản hút liên tục hoặc cách quãng.

– Kháng sinh phổ rộng: cephalosporin thế hệ thứ 3.

– Bồi phụ nước, điện giải, toan kiềm.

– Vitamin K.

– Bảo đảm thân nhiệt.

2.2. Phẫu thuật

2.2.1. Nối thực quản ngay một thì

Chỉ định: hai đầu thực quản gần nhau, cân nặng trên 1500gam, không có viêm phổi nặng.

– Bệnh nhân nằm nghiêng trái có độn sau lưng.

– Tiếp cận thực quản qua liên sườn 4-5 bên phải ngoài phế mạc. Sau khi rạch da, tách và cắt cơ liên sườn. Dùng ngón tay hoặc tấm bông nhỏ tách đẩy phế mạc khỏi thành ngực sau và bên. Tìm tĩnh mạch Azigos. Cắt và thắt tĩnh mạch này. Tìm đầu dưới thực quản. Thực quản nằm sau tĩnh mạch Azigos. Cắt và khâu lỗ rò thực quản - khí quản bằng chỉ tiêu chậm 5/0. Bóc tách đầu trên thực quản. Mở túi cùng thực quản trên. Khâu mặt sau, thực quản một lớp, mũi rời. Đặt sonde qua mũi thực quản và vào dạ dày. Khâu mặt trước thực quản một lớp mũi rời.

2.2.2. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

Duy trì thân nhiệt

Truyền dịch trong 48 giờ.

Hút dẫn lưu màng phổi với áp lực 6cm nước.

Chụp ngực vào ngày thứ 2 sau mổ. Rút dẫn lưu nếu phổi nở tốt.

Kháng sinh tĩnh mạch trong 7 ngày.

Cho ăn qua sonde với số lượng tăng dần bắt đầu sau mổ 24 giờ.

Theo dõi phát hiện biến chứng rò miệng nối: bệnh nhân đột ngột khó thở, nghe thấy hội chứng ba giảm, chụp ngực có hình khí và dịch trong khoang màng phổi, xử trí bằng đặt lại dẫn lưu khoang màng phổi, ngừng cho ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch. Nếu 5 - 7 ngày không hết rò cần mổ lại để dẫn lưu thực quản ra cổ.

2.2.3. Nối thực quản 2 thì

Chỉ định: tình trạng toàn thân nặng, cân nặng thấp hoặc đang có viêm phổi.

- Thì 1: mở thông dạ dày.
- Thì 2: mở ngực khâu nối thực quản khi tình trạng toàn thân cho phép.

2.2.4. Tạo hình thay thế thực quản

Chỉ định: hai đầu thực quản xa nhau không nối được thì đầu:

Thì 1: đóng rò khí thực quản, mở thông dạ dày, mở thông thực quản cổ.

Thì 2: tạo hình thực quản bằng đại tràng ngang hoặc dạ dày khi trẻ từ 6 tháng trở lên. Có thể tịnh tiến thực quản nhiều lần theo kỹ thuật Ken Kimura.

TẠO HÌNH THỰC QUẢN

1. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp thực quản do bỏng.
- Hẹp thực quản do luồng trào ngược dạ dày thực quản không được điều trị.
- Teo thực quản khoảng cách giữa hai đầu thực quản xa nhau không thể khâu nối trực tiếp đã được dẫn lưu thực quản cổ và mở thông dạ dày.

2. PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

2.1. Chuẩn bị mổ

– Chụp và soi thực quản.

– Chụp khung đại tràng.

– Xét nghiệm protid máu và các xét nghiệm cần thiết phục vụ cho phẫu thuật.

– Tẩy giun.

– Thụt tháo đại tràng.

– Bơm flagyl và bactrim qua dẫn lưu dạ dày trong 3 ngày trước mổ.

2.2. Kỹ thuật

- *Tạo hình thực quản bằng đại tràng ngang qua khe thực quản*

– Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ưỡn, sát trùng cả bụng ngực và cổ.

– Mở bụng đường giữa trên dưới rốn.

– Tách đại tràng ngang khỏi mạc nối lớn. Giải phóng đại tràng trái và đại tràng phải.

– Kiểm tra cung cấp mạch máu của mảng ghép, đánh giá tình trạng của động mạch mạc treo tràng trái. Cặp thử động mạch đại tràng giữa và vòng mạch ở hai đầu mảng ghép.

– Cặp, cắt và buộc động mạch đại tràng giữa. Lấy quai đại tràng ngang và một phần đại tràng phải có cuống mạch là động mạch đại tràng trái có chiều dài đủ để đưa lên cổ nối với thực quản cổ. Khâu lại đại tràng tận - tận 2 lớp bằng chỉ tiêu 5/0. Khâu lại mạc treo.

– Giải phóng thực quản bụng. Mở rộng khe thực quản. Bóc tách giải phóng thực quản ngực qua khe thực quản. Rạch da phía cổ tìm thực quản cổ. Giải phóng thực quản cổ và tiến dần vào trong ngực cho đến khi gặp khoang phẫu tích từ đường bụng, cắt thực quản cách tâm vị khoảng 1cm, cắt rời thực quản cổ.

– Đưa quai đại tràng luôn phía sau dạ dày ra phía mạc nối nhỏ. Nối đầu dưới với mỏm cùng thực quản tận - tận 2 lớp, khâu vắt bằng chỉ tiêu 5/0. Luồn quai đại tràng qua lồng ngực lên cổ. Đặt sonde qua mũi

vào thực quản cổ, luồn qua mảnh ghép đại tràng vào dạ dày. Nối thực quản cổ với đại tràng 2 lớp khâu vắt bằng chỉ tiêu 5/0.

- Dẫn lưu khoang thực quản qua khe thực quản.
- Khâu lại khe thực quản.
- Đóng lại vết mổ và hút dẫn lưu liên tục với áp lực 8cm nước.

Sử dụng kỹ thuật tịnh tiến dạ dày nếu trước đó bệnh nhân đã được tạo hình thực quản bằng đại tràng ngang thất bại.

Mỗ bụng đường giữa trên rốn. Gỡ chỗ mở thông dạ dày khỏi thành bụng và khâu lại bằng chỉ tiêu 5/0.

Cắt mạc nối vị đại tràng nhưng giữ lại cung mạch bờ cong lớn. Cắt các mạch máu vị ngắn. Giải phóng bờ cong nhỏ bằng cách cắt bỏ mạc nối nhỏ. Cặp cắt động mạch vành vị nhưng phải giữ lại động mạch môn vị. Mở khe thực quản và cắt thực quản như kỹ thuật trên, cắt rời thực quản khỏi dạ dày và khâu lại mỏm cắt. Khâu 2 mũi đánh dấu ở phần cao nhất của tâm vị nơi định nối với thực quản cổ.

Luồn panh qua đường hầm xuống bụng kéo 2 sợi chỉ đánh dấu và phần cao nhất của phình vị lớn lên cổ. Mở phình vị lớn và nối với thực quản cổ 2 lớp mũi rời bằng chỉ tiêu 5/0.

Tạo hình môn vị kiểu Heinecken - Mikulicz.

2.3. Chăm sóc sau mổ

Kháng sinh tĩnh mạch trong 7 ngày (cephalosporin thế hệ thứ 3 liều 50mg/1kg cân nặng + gentamicin liều 4-5mg/1kg cân nặng + metronidazol liều 10-15mg/1kg cân nặng).

Thở máy từ 1-2 ngày.

Theo dõi và phát hiện các biến chứng sau phẫu thuật.

Cần cho thuốc giảm đau phù hợp trong 48 giờ.

Chụp ngực kiểm tra vào ngày thứ hai.

Bơm sữa qua sonde dạ dày khi bệnh nhân có trung tiện.

LUỒNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Biểu hiện nổi bật là nôn (thực chất là trớ). Nôn xuất hiện ngay sau khi sinh. Nôn dễ dàng khi ăn no hoặc khi khóc.

– Các biểu hiện khác. Bệnh nhân có thể có các biểu hiện khác như chảy máu đường tiêu hoá, nuốt khó, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng đường hô hấp tái phát. Một số ít trẻ biểu hiện bằng cơn ngừng thở hoặc đột tử.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

– Chụp dạ dày có thuốc cản quang. Chẩn đoán được mức độ trào ngược và các bất thường giải phẫu khác như thoát vị do trượt qua khe thực quản, tình trạng góc Hiss, mức độ tháo thoát của dạ dày qua môn vị. Hạn chế của chụp dạ dày là không phát hiện được các trường hợp trào ngược ở mức độ nhẹ.

– Soi thực quản. Soi thực quản kết hợp với sinh thiết thực quản cho phép đánh giá mức độ viêm và phát hiện các trường hợp loạn sản niêm mạc thực quản.

– Chụp dạ dày thực quản bằng đồng vị phóng xạ. Thực hiện khi nghi ngờ có luồng trào ngược dạ dày thực quản nhưng không phát hiện được bằng chụp dạ dày có bơm thuốc cản quang. Ưu điểm là phát hiện được cả các trường hợp trào ngược kín đáo và trào ngược vào đường hô hấp.

– Đo pH thực quản. Thực hiện khi có điều kiện.

– Các xét nghiệm khác cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

– Điều trị nội: là phương pháp điều trị đầu tiên.

– Chế độ ăn: ăn nhiều bữa, cho trẻ ăn đặc càng sớm càng tốt.

– Tư thế: luôn đặt trẻ ở tư thế đầu và ngực cao tạo với mặt gương một góc khoảng 45 độ.

– Thuốc: dùng các thuốc làm tăng trương lực cơ thắt thực quản dưới đồng thời làm giảm trương lực cơ môn vị. Các thuốc hay được dùng là:

+ Primperan.

+ Motilium. Loại hỗn dịch uống 0,1%, 0,25ml/1kg cân nặng, 3-4 lần ngày.

Không được dùng các thuốc atropin và an thần vì làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới.

2.2. Điều trị ngoại

2.2.1. Chỉ định

– Luồng trào ngược dạ dày có kèm theo thoát vị do trượt qua khe thực quản.

– Luồng trào ngược dạ dày thực quản có các biến chứng như chảy máu tiêu hoá, hẹp thực quản.

– Luồng trào ngược dạ dày thực quản điều trị nội khoa trên 3 tháng không có kết quả. Các tiêu chuẩn được coi là thất bại bao gồm nôn vẫn tồn tại, chậm hoặc không tăng cân, viêm phổi tái diễn.

2.2.2. Phương pháp phẫu thuật

a. Kỹ thuật Nissen quy ước

Mỗ bụng đường giữa trên và rốn. Cắt dây chằng tam giác trái để giải phóng thuỳ gan trái. Dùng van mềm kéo thuỳ gan trái sang phải để bộc lộ tâm vị và thực quản. Giải phóng thực quản bụng. Luồn một dây kéo thực quản ra trước, cắt các mạch máu vị - tì.

Khâu hẹp khe thực quản phía sau thực quản bằng các mũi chỉ không tiêu. Cố định thực quản bụng vào quanh khe thực quản.

Luồn panh qua phía sau thực quản kéo phình vị lớn sang bên phải thực quản. Khâu bờ của phình vị lớn đã kéo sang bên phải với bờ trái thực quản và với phần phình vị lớn còn ở bên trái thực quản bằng các mũi rời với chỉ tiêu chậm tạo nên van chống trào ngược. Chiều dài của van dài khoảng 2cm. Khâu cố định bờ trên của van với cơ hoành.

Tạo hình môn vị nếu phim chụp dạ dày trước mổ thấy thuốc lưu thông qua môn vị khó khăn.

b. Kỹ thuật Nissen bằng nội soi

Bệnh nhân nằm ngửa. Vào ổ bụng bằng 4 trocat: 1 tại rốn để cho ống soi, 1 ở bên phải, 1 ở bên trái phía trên rốn để cho dụng cụ phẫu thuật, 1 ở hạ sườn phải để kéo gan. Các thì phẫu thuật tiến hành như trong kỹ thuật quy ước.

2.2.3. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

– Theo dõi và phát hiện các biến chứng sau mổ. Ngoài các biến chứng thông thường các biến chứng đặc hiệu có thể gặp là:

– Hội chứng Dumping: biểu hiện bằng chán ăn, ỉa chảy, ngất xỉu do hạ đường huyết ngay sau ăn. Điều trị bằng cho ăn nhiều lần và cho uống các loại đường hấp thụ chậm.

– Thủng hồi tràng: xuất hiện muộn. Mổ lại để dẫn lưu ruột ra ngoài hoặc khâu lại ruột nếu tình trạng ổ bụng cho phép.

Hẹn tái khám sau khi xuất viện 3 tháng.

TẮC TÁ TRÀNG

Tắc tá tràng do nhiều nguyên nhân. Biểu hiện lâm sàng và điều trị khác nhau tuỳ theo nguyên nhân.

Các nguyên nhân gây tắc tá tràng bao gồm:

– Teo tá tràng.

– Hẹp tá tràng do tuỵ nhẫn.

– Tắc tá tràng do dây chằng Ladd và xoắn trung tràng do ruột quay và cố định bất thường.

– Tá tràng đôi.

– Hẹp tá tràng do kìm động mạch.

– Hẹp tá tràng do tĩnh mạch cửa trước tá tràng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Nôn ra mật, có khi nôn ra sữa (tắc tá tràng trên bóng Vater).

– Không ỉa phân su (vẫn ỉa phân su nếu tá tràng chỉ bị hẹp). Ỉa ra máu trong trường hợp xoắn trung tràng.

– Bụng chướng vùng trên rốn, kích thích có sóng nhu động.

– Thăm trực tràng chỉ có kết thể phân su trắng (vẫn có phân su khi tá tràng tắc không hoàn toàn).

1.2. Cận lâm sàng

– Chụp bụng không chuẩn bị có hai mức nước và hơi: 1 ở vùng dạ dày và 1 ở vùng tá tràng.

Chụp đại tràng khi nghi ngờ có ruột quay bất thường: đại tràng nằm ở bên trái, manh tràng nằm ở hạ sườn phải.

Chụp lưu thông ruột khi nghi ngờ có xoắn trung tràng: không thấy góc Treitz, thuốc dừng đột ngột ở đoạn II tá tràng, đoạn cuối tá tràng có hình mỏ chim.

Các xét nghiệm cần thiết khác: công thức máu, máu chảy, máu đông, điện giải đồ, chất khí máu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chuẩn bị trước mổ

– Giữ thân nhiệt.

– Đặt sonde dạ dày lưu.

– Tiêm vitamin K.

– Tiêm kháng sinh phổ rộng (cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng).

– Bồi phụ nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

2.2. Phương pháp phẫu thuật

2.2.1. Nối tá - tá tràng

– Chỉ định cho các trường hợp tắc tá tràng ở D1, D2 hoặc do tuỵ nhẫn.

– Kỹ thuật mổ:

+ Mở bụng đường ngang trên rốn lệch về bên phải. Tìm và bộc lộ tá tràng trên và dưới chỗ tắc. Xác định nguyên nhân gây tắc.

+ Rạch tá tràng phía trên và phía dưới chỗ tắc theo chiều ngang dài khoảng 1,5cm. Nối tá - tá tràng 2 lớp, khâu vắt bằng chỉ tiêu 6/0.

2.2.2. Nối tá - hỗng tràng

– Chỉ định cho các trường hợp tắc tá tràng ở D3 và D4.

– Kỹ thuật mổ.

Các thì đầu giống như kỹ thuật trên tuy nhiên cần giải phóng đại tràng góc gan để dễ dàng bộc lộ tá tràng. Lấy quai hỗng tràng đầu tiên

đưa qua mạc treo đại tràng ngang lên nối với phần thấp nhất của tá tràng 2 lớp, khâu vắt bằng chỉ tiêu 6/0.

2.2.3. Cắt dây chằng Ladd và tải rộng mạc treo

– Mở bụng như các kỹ thuật trên. Kiểm tra và tháo xoắn nếu có xoắn trung tràng.

– Cắt dây chằng Ladd, tải rộng mạc treo chung, cắt ruột thừa bằng kỹ thuật lộn vào trong manh tràng. Đưa đại tràng sang bên trái, ruột non sang bên phải.

2.2.4. Cắt tá tràng phụ khi có tá tràng đôi

2.3. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

– Giữ thân nhiệt.

– Bồi phụ nước điện giải và nuôi dưỡng tĩnh mạch.

– Kháng sinh tĩnh mạch (cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng).

– Thử lại huyết sắc tố, điện giải đồ sau 12 giờ.

– Rút sonde dạ dày khi dịch trong.

– Phát hiện và xử lí các biến chứng sau phẫu thuật bụng.

– Cho ăn khi trẻ đi đại tiện.

TEO VÀ HẸP RUỘT

Teo ruột được chia làm 4 loại:

* Teo ruột kiểu màng ngăn (hai đầu ruột cách nhau bằng màng ngăn che kín hoàn toàn lòng ruột).

* Teo ruột kiểu dây xơ: hai đoạn ruột cách nhau bởi một dây xơ.

– Teo ruột gián đoạn: hai đoạn ruột hoàn toàn cách rời nhau.

– Teo ruột gián đoạn kiểu hình vỏ táo: hai đoạn ruột hoàn toàn tách rời nhau. Mạc treo thiếu hổng lớn. Đoạn ruột phía dưới quấn quanh trục mạch máu mạc treo giống hình vỏ táo gọt.

* Teo ruột nhiều nơi.

* Hẹp ruột bẩm sinh thường do màng ngăn niêm mạc có lỗ.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Hội chứng tắc ruột: nôn ra dịch mật, không ỉa phân su, bụng chướng, khám bụng thấy có quai ruột nổi hoặc dấu hiệu rắn bò.

– Thăm trực tràng không có phân su mà chỉ có một số kết thể nhầy trắng (có thể có phân khi hẹp ruột).

1.2. Cận lâm sàng

– Chụp bụng không chuẩn bị: nhiều mức nước và hơi điển hình.

– Chụp đại tràng thấy đại tràng nhỏ hẹp.

– Các xét nghiệm cần thiết khác: công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông, điện giải đồ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chuẩn bị trước mổ

– Đặt sonde hút dạ dày.

– Giữ thân nhiệt.

– Tiêm vitamin K.

– Tiêm kháng sinh (cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng).

– Bồi phụ nước và điện giải.

2.2. Phương pháp phẫu thuật

– Bệnh nhân nằm ngửa

– Vào ổ bụng theo đường ngang trên rốn. Đưa ruột ra ngoài ổ bụng tìm vị trí teo.

– Cắt vát đầu dưới. Cho sonde nhỏ vào lòng ruột. Bơm huyết thanh mặn đẩy hết kết thể phân su ra ngoài hậu môn.

– Cắt bỏ đoạn ruột giãn và thành dày ở phía trên. Tạo hình nhỏ bớt đầu trên bằng cắt dọc đoạn ruột trên phía bờ tự do dài khoảng 3cm và khâu lại bằng chỉ tiêu 5/0 sao cho đường kính đầu trên gần bằng đường kính đầu dưới.

– Nối ruột đầu trên với đầu dưới tận - tận bằng chỉ tiêu 6/0 mũi rời.

– Trong trường hợp hẹp ruột nếu đường kính đầu trên không chênh lệch nhiều so với đầu dưới có thể nối ruột tận - chéo mà không phải tạo hình nhỏ bớt đường kính đầu trên.

2.3. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

– Giữ thân nhiệt.

– Lưu sonde dạ dày đến khi ra dịch trong.

– Bồi phụ nước, điện giải và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch đến khi trẻ ăn được.

– Kháng sinh tĩnh mạch trong 7 ngày (cephalosporin thế hệ thứ 3 liều 50mg/1kg cân nặng).

– Theo dõi và phát hiện các biến chứng sau phẫu thuật tiêu hoá.

– Mổ lại dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài nếu có bục miệng nối. Nếu hẹp miệng nối (sau mổ vẫn nôn ra mật), cần khẳng định bằng chụp lưu thông ruột. Mổ lại sau khoảng 2 tuần để làm lại miệng nối.

TẮC RUỘT PHÂN SU

Tắc ruột phân su thường xảy ra trên bệnh nhân bị bệnh nhầy quánh do phân su đặc quánh lấp đầy lòng ruột.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Hội chứng tắc ruột sơ sinh: nôn dịch xanh, không ỉa phân su, bụng chướng có quai ruột nổi hoặc dấu hiệu rắn bò.

– Khám bụng có thể sờ thấy quai ruột chứa phân su ở hố chậu phải.

Thăm trực tràng thấy một số kết thể phân su trắng hoặc một ít phân su đen đặc quánh.

1.2. Cận lâm sàng

– Chụp bụng không chuẩn bị: nhiều mức nước và hơi không điển hình, các mức nước và hơi thường có hình thấu kính hơn là hình ngang. Hố chậu phải có thể nhìn thấy hình phân su lỗ chỗ.

– Chụp đại tràng thấy thuốc qua đại tràng và sang được quai hồi tràng giãn chứa phân su.

– Các xét nghiệm khác: điện giải đồ, công thức máu, hematocrit, thời gian máu chảy, máu đông.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị bảo tồn

Chỉ định khi chẩn đoán chắc chắn và chưa có biến chứng.

Kỹ thuật tiến hành. Thụt 40ml Gastrografin vào đại tràng, quan sát dưới màn huỳnh quang cho đến khi thuốc sang được quai ruột non chứa phân su, thụt từ từ trong vòng 15 phút. Chụp bụng không chuẩn bị sau khi rút sonde hậu môn. Chụp kiểm tra sau 12 giờ đến 24 giờ.

– Truyền dịch bằng đường tĩnh mạch, đường 5% trong nước muối 0,2% với tốc độ 30ml/giờ trong khi tiến hành thủ thuật và trong 6 giờ tiếp theo. Theo dõi tình trạng mất nước bằng hematocrit và điện giải đồ.

– Bơm acetylcystein qua sonde dạ dày mỗi lần 5ml, 6 giờ/lần trong 5 ngày.

– Cho bệnh nhân ăn khi hết dấu hiệu tắc ruột.

2.2. Phẫu thuật

– Chỉ định khi bệnh nhân có các biến chứng như thủng ruột, xoắn ruột, hoặc khi điều trị bảo tồn thất bại hoặc chẩn đoán không chắc chắn.

– Chuẩn bị trước mổ:

+ Duy trì thân nhiệt.

+ Đặt sonde hút dạ dày.

+ Cho vitamin K.

+ Bồi phụ nước điện giải.

+ Cho kháng sinh phổ rộng (cephalosporin liều 50mg/1 kg cân nặng).

– Kỹ thuật:

Mở bụng đường giữa trên rốn. Tìm và đưa quai ruột chứa phân su ra ngoài ổ bụng. Cắt quai ruột có chứa phân su. Đặt sonde vào đầu dưới bơm rửa sạch phân su và kết thể phân su. Khâu nối ruột tận - tận 2 lớp bằng chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0 mũi rời.

2.3. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

- Duy trì thân nhiệt.
- Lưu sonde dạ dày đến khi có dịch trong.
- Kháng sinh tĩnh mạch trong 7 ngày (cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng).
- Bồi phụ nước và điện giải.
- Theo dõi và phát hiện các biến chứng sau mổ.
- Mổ lại và dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài nếu có rò miệng nối.

LỒNG RUỘT CẤP Ở TRẺ BÚ MẸ

Bệnh thường gặp ở tuổi từ 4 - 6 tháng (75%), tỉ lệ nam /nữ từ 3/2 - 2/1. Hay gặp ở trẻ bụ bẫm. Bệnh xảy ra quanh năm nhưng chẩn đoán gặp nhiều hơn ở mùa Đông, mùa Xuân.

1. LÂM SÀNG

1.1. Cơ năng: khóc thét từng cơn. Bỏ bú.

- Nôn vọt ra sữa hoặc dịch mật ở giai đoạn muộn.
- Đại tiện phần có máu.

1.2. Thực thể: sờ nắn bụng thấy khối lồng

Thăm trực tràng có máu, có thể sờ thấy khối lồng ở giai đoạn muộn.

1.3. Toàn thân: mệt lả

2. XÉT NGHIỆM

- Thụt đại tràng bằng barit: hình đáy chén hoặc càng cua.
- Bơm hơi đại tràng: có hình ảnh tương tự.
- Siêu âm: khi cắt ngang khối lồng tạo nên một hình ảnh trung tâm tăng âm và vùng ngoại vi giảm âm (hình bia bắn), khi cắt dọc, khối lồng có hình ảnh của bánh xăng uých.

3. CHẨN ĐOÁN

- Đau bụng cơn + khối lồng.
- Đau bụng cơn + hình ảnh: Xquang
- Đau bụng cơn + siêu âm.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Tháo lồng bằng hơi

4.1.1. Chỉ định: cho tất cả các trường hợp lồng ruột không có biểu hiện viêm phúc mạc.

4.1.2. Kỹ thuật tiến hành: bệnh nhân được tiền mê bằng aminazin và atropin. Đặt sonde Foley vào hậu môn. Bơm căng bóng. Nối sonde Foley với máy tháo lồng. Bơm hơi từ từ vào đại tràng với áp lực khống chế từ 80-100mmHg. Quan sát dưới màn huỳnh quang để theo dõi di chuyển của khối lồng. Bơm hơi cho đến khi tháo được lồng.

Các tiêu chuẩn của tháo lồng thành công bao gồm: hết hình ảnh khối lồng trên Xquang, hơi sang ruột non nhiều và dễ, khi bơm hơi thấy áp lực không tăng. Chụp 1 phim trước khi tháo lồng và 1 phim sau khi tháo lồng. Nếu bơm lần đầu không có kết quả, tạm nghỉ khoảng 5 phút và bơm lại lần hai. Nếu bơm lần hai thất bại có thể bơm thử lại lần ba. Nếu sau ba lần vẫn không tháo được thì chuyển mổ.

4.2. Mổ tháo lồng

Chỉ định cho các trường hợp tháo lồng bằng hơi thất bại hoặc lồng ruột đến muộn đã có biểu hiện viêm phúc mạc. Tháo lồng bằng tay nếu được, nếu không được phải cắt đoạn ruột cùng khối lồng. Nối ruột tận - tận nếu chưa có biểu hiện viêm phúc mạc, dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài nếu ruột hoại tử và có viêm phúc mạc nặng.

4.3. Theo dõi sau mổ

Sau mổ cần thử lại điện giải đồ, công thức máu, hematocrit. Bồi phụ nước điện giải và truyền dịch dựa theo nhu cầu hàng ngày và điều chỉnh theo kết quả xét nghiệm.

VIÊM RUỘT THỪA TRẺ EM

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- *Cơ năng*

– Đau bụng: đau tự nhiên, khởi đầu có thể đau vùng thượng vị hoặc quanh rốn, sau khu trú ở hố chậu phải. Đau âm ỉ, chỉ đau dữ dội khi ruột thừa vỡ.

– Buồn nôn và nôn.

– Bí trung, đại tiện. Ở trẻ em có khi ỉa lỏng hoặc ỉa chảy.

- *Toàn thân*

– Sốt nhẹ 37,5°C - 38,5°C. Sốt cao khi ruột thừa sắp vỡ hoặc đã vỡ.

– Biểu hiện nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

- *Thực thể*

– Mac Burney (+)

– Phản ứng thành bụng hố chậu phải.

- *Thăm trực tràng*

Thành trực tràng bên phải đau rất có giá trị khi ruột thừa nằm trong tiểu khung.

1.2. Cận lâm sàng

- *Xét nghiệm*

– Bạch cầu tăng cao chủ yếu đa nhân trung tính.

– Xquang. Chụp bụng không chuẩn bị:

+ Mức nước - hơi vùng hố chậu phải.

+ Có thể có hình sỏi phân hố chậu phải.

- *Siêu âm*

– Đường kính ruột thừa > 6mm.

– Có dịch xung quanh ruột thừa.

– Tăng âm quanh ruột thừa.

1.3. Viêm phúc mạc ruột thừa

– Ngoài các dấu hiệu trên còn thấy:

– Tình trạng nhiễm trùng nặng: sốt cao, bạch cầu cao.

– Bụng chướng, sờ nắn thấy co cứng nửa bụng phải hoặc có cảm ứng phúc mạc.

– Xquang ổ bụng thấy nhiều mức nước và hơi.

– Siêu âm: có dịch trong ổ bụng.

2. XỬ TRÍ VIÊM RUỘT THỪA

Viêm ruột thừa cấp: mổ cấp cứu càng sớm càng tốt.

2.1. Cắt ruột thừa theo phương pháp mở

– Rạch da theo đường ngang từ bờ ngoài cơ thẳng to đến cách gai chậu trước trên khoảng 3 - 4cm. Bóc tách da và tổ chức dưới da khỏi cân. Mở cơ và phúc mạc như trong đường mổ Mac Burney.

– Dùng mèche ruột non để bộc lộ manh tràng. Tìm ruột thừa.

– Cắt mạc treo ruột thừa, cắt ruột thừa giữa 2 panh. Khâu vùi gốc ruột thừa.

– Kiểm tra túi thừa Meckel.

– Đóng riêng phúc mạc. Khâu cân cơ. Khâu trong da.

2.2. Cắt ruột thừa nội soi

– Bệnh nhân nằm ngửa hơi nghiêng trái. Vào ổ bụng bằng 3 cửa sổ: 1 cửa sổ qua rốn cho ống soi, 1 cửa sổ ở hố chậu phải và 1 cửa sổ ở hố chậu trái cho dụng cụ phẫu thuật, áp lực duy trì từ 8-10mmHg.

– Dùng 1 panh kéo manh tràng lên trên để tìm ruột thừa. Cặp, đốt và cắt dần mạc treo ruột thừa. Buộc gốc ruột thừa bằng chỉ có thòng lọng chuẩn bị sẵn hoặc buộc bằng 2 panh. Có thể kẹp bằng clip nếu có sẵn. Cắt ruột thừa. Đổi ống soi 10mm bằng ống soi 5mm ở hố chậu trái. Lấy ruột thừa ra ngoài ổ bụng qua một bao cau su trocat ở rốn. Kiểm tra túi thừa Meckel. Rửa vùng manh tràng và Douglas.

– Rút ống soi. Đóng lại các cửa sổ.

2.3. Viêm phúc mạc toàn thể. Mổ sớm sau khi bồi phụ nước và điện giải.

– Kháng sinh: dùng cephalosporin thế hệ thứ 3 liều 50mg/1kg cân nặng, gentamicin liều 5mg/1kg cân nặng + metronidazol liều 15mg/1kg cân nặng.

– Mở bụng theo đường trắng bên phải.

– Cắt ruột thừa, lau ổ bụng.

– Rửa ổ bụng bằng dung dịch betadin pha loãng và nước muối sinh lý.

– Đặt dẫn lưu Douglas.

– Đóng cân cơ phúc mạc 1 lớp, khâu da thưa.

– Tiếp tục kháng sinh sau mổ 7 ngày.

– Mổ nội soi nếu thời gian từ khi bị bệnh đến lúc mổ chưa quá 3 ngày.

3. CHĂM SÓC, THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

– Truyền dịch cho đến khi có trung tiện.

– Theo dõi phát hiện các biến chứng như áp xe Douglas hoặc áp xe trong ổ bụng.

– Theo dõi tình trạng lưu thông tiêu hoá (trung tiện).

– Dịch ra qua dẫn lưu ổ bụng (nếu có).

– Tình trạng vết mổ.

VIÊM RUỘT NON HOẠI TỬ Ở TRẺ EM

Là tình trạng viêm ruột non hoại tử cấp tính ở trẻ lớn do Clostridium perfringens gây ra.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Tuổi hay gặp: 6-8 tuổi

– Tiền sử có yếu tố nguy cơ cao: một bữa ăn đặc biệt như khoai lang sống hoặc quá nhiều đạm sau một chế độ ăn thiếu đạm kéo dài.

– Đau bụng đột ngột.

– Sốt cao 39-40°C.

– Nôn: lúc đầu ra thức ăn sau ra dịch xanh hoặc vàng.

– Phân lỏng có lẫn máu thối khẳn.

– Bụng chướng.

– Giai đoạn muộn có biểu hiện viêm phúc mạc: gõ đục vùng thấp, có cảm ứng phúc mạc, chọc dò màng bụng có nhiều dịch vàng đục.

– Có thể có biểu hiện sốc: nổi vân tím, mạch nhanh, huyết áp hạ, thiểu niệu.

1.2. Xét nghiệm

– Xquang: nhiều mức nước hơi, các quai ruột non giãn với hình đèn xếp khoảng cách giữa các quai ruột dày.

– Điện giải đồ: natri thấp.

– Các xét nghiệm cần làm: công thức máu, máu chảy máu đông, Hb, hematocrit điện giải đồ, protid máu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị nội khoa. Chỉ định cho các trường hợp chưa có viêm phúc mạc.

– Cho bệnh nhân nhịn ăn, đặt sonde dạ dày lưu.

– Truyền dịch và bồi phụ nước điện giải theo nhu cầu và theo kết quả xét nghiệm.

– Kháng sinh: chống vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn yếm khí (cephalosporin thế hệ thứ 3 + metronidazol).

– Theo dõi diễn biến toàn thân và tình trạng bụng để tiếp tục điều trị nội hoặc chỉ định phẫu thuật nếu có viêm phúc mạc.

– Nếu có sốc phải điều trị chống sốc:

+ Trong giờ đầu truyền dung dịch natri clorua 9‰ với tốc độ 60ml/1kg cân nặng.

+ Trong các giờ tiếp theo cần truyền dung dịch với số lượng 15ml ± 4,5ml/1kg cân nặng bao gồm 1/3 là dung dịch NaCl 9‰, 1/3 là dung dịch glucose 5% và 1/3 là plasma tươi (20ml/1 kg cân nặng) hoặc dextran 70 (10-15ml/1kg cân nặng). Tốc độ truyền dịch và số lượng dịch truyền điều chỉnh theo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Cho dopamin nếu đã bồi phụ đủ dịch và điện giải nhưng bệnh nhân vẫn không thoát sốc.

2.2. Điều trị ngoại khoa

2.2.1. Chỉ định mổ

Viêm phúc mạc.

2.2.2. Chuẩn bị trước mổ

Chống sốc cho đến khi các chỉ số huyết động ổn định, bài niệu tốt nếu có sốc. Nếu không có sốc cần bồi phụ nước và điện giải trong khoảng 4 giờ.

2.2.3. Kỹ thuật mổ

Mở bụng đường giữa trên rốn. Đưa ruột ra ngoài ổ bụng kiểm tra đánh giá tình trạng tổn thương. Làm xẹp ruột, mở thông dạ dày, nếu ruột non viêm nhưng chưa hoại tử, cắt đoạn hoại tử đưa hai đầu ruột ra ngoài nếu ruột đã hoại tử. Rửa ổ bụng bằng nước muối sinh lý, dẫn lưu Douglas.

2.2.4. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

- Kháng sinh: chống kỵ khí và Gram âm.
- Kiểm tra điện giải đồ, hematocrit, Hb.
- Tiếp tục chống sốc nếu có.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch và truyền dịch:

+ Lượng dịch: 154ml/1kg cân nặng /24 giờ.

+ Lượng muối: 1 gam/1kg cân nặng /24 giờ.

+ Lượng kali: 3mEq/kg/24 giờ.

+ Lượng glucose: 12 gam/kg/1kg cân nặng /24 giờ.

+ Truyền thêm dung dịch đạm và mỡ để có thể đạt được khoảng 80-100Kcal/1kg cân nặng trong 24 giờ.

- Đóng dẫn lưu ruột sau 8 ngày nếu dẫn lưu gần góc Treitz, sau 3 tháng nếu dẫn lưu cách xa góc Treitz.

2.2.5. Biến chứng và cách giải quyết

- Suy kiệt: nuôi dưỡng tĩnh mạch tăng cường, đóng sớm dẫn lưu ruột.
- Ruột tiếp tục hoạt tử: mổ lại.

PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH
(Bệnh hirschsprung)

Phình đại tràng bẩm sinh (PĐTBS) là một dị tật đường tiêu hoá do đoạn cuối không có tế bào hạch thần kinh, gây tắc ruột cơ năng. Vị trí vô hạch chủ yếu là trực tràng và đại tràng sigma.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Hội chứng tắc ruột thấp ở sơ sinh: không ỉa phân su, nôn, bụng chướng có quai ruột nổi. Thăm trực tràng thấy có nhiều phân su, khi rút găng khỏi hậu môn phân su tháo thoát ra ngoài rất nhiều, hết các triệu chứng tắc ruột.

- Táo bón kéo dài ngoài giai đoạn sơ sinh.

- Táo bón + són phân ở trẻ lớn.

- Khám bụng thấy chướng, có thể sờ thấy khối phân chắc ở một số bệnh nhân.

- Đa số bệnh nhân có biểu hiện suy dinh dưỡng, thiếu máu.

1.2. Xét nghiệm

- Chụp đại tràng và trực tràng thẳng nghiêng thấy hình ảnh đặc hiệu của phình đại tràng bẩm sinh: trực tràng nhỏ hẹp, đoạn ruột phía trên giãn, giữa 2 đoạn giãn và hẹp là đoạn chuyển tiếp có đường kính nhỏ dần kiểu hình chóp.

- Sinh thiết thực tràng trước hoặc trong mổ không thấy có tế bào hạch thần kinh.

- Các xét nghiệm khác: điện giải đồ; protid máu và các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

1.3. Các thể đặc biệt

- Vô hạch toàn bộ đại tràng: Lâm sàng là hội chứng tắc ruột thấp. Chụp không có ngấn đại tràng. Sinh thiết trực tràng không có tế bào hạch thần kinh.

– Thể vô hạch cực thấp hay phình trực tràng: táo bón nhẹ, hay són phân. Chụp đại tràng thấy trực tràng giãn. Nếu có điều kiện đo áp lực trực tràng thấy mất phản xạ trực tràng co thắt.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị và chăm sóc trước mổ

– Thụt tháo đại tràng hàng ngày bằng dung dịch natriclorua ấm 9‰.

– Chế độ ăn ít chất xơ.

2.2. Làm hậu môn nhân tạo

2.2.1. Chỉ định

– Tắc ruột thụt không kết quả.

– Viêm ruột điều trị nội không kết quả.

– Thủng đại tràng gây viêm phúc mạc.

– Suy dinh dưỡng nặng.

2.2.2. Vị trí làm hậu môn nhân tạo

Đoạn giãn phía trên chỗ chuyển tiếp.

2.2.3. Kỹ thuật: làm hậu môn nhân tạo kiểu nòng súng.

2.3. Mổ triệt để

2.3.1. Tuổi mổ

Từ 2 tháng đến 6 tháng tuổi.

2.3.2. Chuẩn bị mổ

– Ăn nhẹ (sữa, cháo) trước một tuần.

– Thụt hậu môn trước mổ một tuần, có thể hơn một tuần nếu có u phân.

– Cho uống kháng sinh đường ruột (Flagyl, bactrim) trước mổ 3 ngày.

– Cho thêm magie sulfat với những bệnh nhân từ 1 tuổi trở lên, cho uống trước mổ 7 ngày.

– Tẩy giun cho những bệnh nhân từ 1 tuổi trở lên.

2.3.3. Các xét nghiệm trước mổ

- Xét nghiệm cơ bản (Nếu Hb < 10 phải truyền máu trước mổ).
- Protid máu (truyền đạm trước mổ nếu < 50g/l).

2.3.4. Phương pháp mổ

a. Phẫu thuật Soave cải tiến qua đường sau trực tràng

- Bệnh nhân nằm sấp có độn dưới xương mu kiểu hình ếch ngồi.
- Rạch da từ đỉnh xương cụt đến sát rìa hậu môn thì vòng sang hai bên quanh hậu môn khoảng 1cm. Phía trên kéo dài thêm khoảng 1cm, dừng đường rạch khi thấy các sợi cơ thắt ngoài.
- Dùng panh tách đúng đường giữa tìm cơ mu trực tràng. Kéo cơ mu trực tràng xuống dưới bộc lộ bóng trực tràng.
- Phẫu tích bóng trực tràng khỏi niệu đạo hoặc âm đạo. Cắt rời bóng trực tràng cách rìa hậu môn khoảng 2cm. Khâu lại đầu trên trực tràng. Tiếp tục giải phóng trực tràng và sigma lên qua đoạn chuyển tiếp đến đoạn đại tràng giãn vừa. Sinh thiết trực tràng và đoạn đại tràng giãn.
- Dùng van dây mở rộng hậu môn. Tách niêm mạc hậu môn trực tràng từ trên bờ răng lược khoảng 0,5-1cm.
- Kéo đại tràng qua ông hậu môn. Cắt đoạn đại tràng vô hạch và đoạn đại tràng giãn nhiều. Nối đại tràng với ông hậu môn một lớp bằng chỉ tiêu 5/0.
- Có thể để mỏm thừa đại tràng ngoài hậu môn và cắt sau 3 tuần nếu phẫu thuật viên thấy miệng nối không an toàn.
- Kết hợp với nội soi ổ bụng nếu mạch máu mạc treo căng.

b. Kỹ thuật nội soi

- Bệnh nhân nằm ngửa. Dùng 1 troca qua rốn để cho ống soi, 1 troca ở hố chậu phải và 1 ở hố chậu trái để cho dụng cụ phẫu thuật, áp lực hơi ổ bụng duy trì từ 6-8mmHg tuỳ theo tuổi.
- Sinh thiết trực tràng và đại tràng giãn.
- Cắt mạc treo sigma và bóc tách trực tràng như kỹ thuật quy ước.
- Dùng van dây kéo hậu môn. Bóc tách niêm mạc hậu môn trên đường răng lược từ 0,5-1cm. Khi lên cao khoảng 1cm thì cắt qua lớp cơ đi ra ngoài trực tràng. Bóc tách trực tràng cho đến khi gặp bình diện phẫu tích từ phía bên.

– Kéo đại tràng ra ngoài hậu môn tiến hành cắt nối giống như kỹ thuật mô tả trên.

c. Kỹ thuật Swenson - Soave qua đường bụng

– Chỉ định cho các trường hợp bệnh nhân đến muộn trên 3 tuổi hoặc vô hạch cao từ hết đại tràng sigma trở lên.

– Đường mổ: sử dụng đường Pfannenstiel cho vô hạch thấp và đường cạnh giữa trái cho vô hạch cao.

– Cắt mạc treo và giải phóng trực tràng như kỹ thuật trên cho đến cách rìa hậu môn khoảng 2cm. Cắt rời trực tràng.

– Dùng van dây mở rộng hậu môn.

– Các thì còn lại tiến hành như kỹ thuật trên.

d. Kỹ thuật mổ hạ đại tràng phải

– Chỉ định cho các trường hợp vô hạch cao từ đại tràng góc lách trở lên.

– Mở bụng đường giữa trên và dưới rốn. Giải phóng đại tràng trái, đại tràng phải.

– Cắt bỏ đại tràng vô hạch. Giữ lại động mạch hồi manh đại trùng tràng.

– Kéo đại tràng ngang hoặc đại tràng phải xuống nối với ống hậu môn giống như kỹ thuật trên.

e. Chăm sóc sau mổ

Nong hậu môn hàng ngày sau mổ 3 tuần trong thời gian 3 tháng. Hẹn tái khám sau 3 tháng.

DỊ TẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

Dị tật hậu môn trực tràng (DTHMTT) là một dị tật đường tiêu hoá thường gặp. Các tên gọi khác là không hậu môn, hậu môn lạc chỗ. Mục đích điều trị đòi hỏi không chỉ tái tạo lại cấu tạo giải phẫu mà còn phải đảm bảo được chức năng đại tiện bình thường.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Trẻ đến khám vì không có hậu môn hoặc hậu môn lạc chỗ do nữ hộ sinh hoặc gia đình phát hiện.

– Trẻ đến khám vì hội chứng tắc ruột sơ sinh.

– Trẻ lớn đến khám vì táo bón hoặc đại tiện khó.

– Quan sát tầng sinh môn để đánh giá tình trạng vết tích hậu môn và lỗ rò phân nếu có.

– Khám toàn thân để phát hiện dị tật phối hợp.

– Thăm trực tràng nếu trẻ đến vì hội chứng tắc ruột sơ sinh.

1.2. Xét nghiệm

– Lúc sơ sinh chụp đầu dốc ngược với tư thế nghiêng, 1 chân co, 1 chân duỗi có đánh dấu cản quang ở vết tích hậu môn. Xác định khoảng cách từ túi cùng trực tràng tới vết tích hậu môn hoặc liên quan của túi cùng trực tràng so với đường mu - cụt hoặc tam giác xương mu - xương cụt - ụ ngồi.

– Ở trẻ đã có HMTT: chụp đại tràng có cản quang qua đầu dưới HMTT (thẳng - nghiêng) để đánh giá liên quan của bóng trực tràng so với đường mu - cụt hoặc qua tam giác mu - cụt - ụ ngồi và tìm đường rò trực tràng với đường tiết niệu hoặc sinh dục.

– Siêu âm thận tiết niệu: để phát hiện thêm các dị dạng tiết niệu phối hợp.

– Chụp bàng quang: phát hiện luồng trào ngược bàng quang niệu quản.

– Chụp UIV nếu siêu - âm và chụp bàng quang thấy có bất thường của đường tiết niệu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Phẫu thuật tạo hình hậu môn 1 thì ở trẻ sơ sinh. Chỉ định cho hậu môn nắp và hậu môn màng.

– Hậu môn nắp không hoàn toàn:

Mổ chữa theo kỹ thuật rạch da phía sau theo hình tam giác. Dùng panh nhỏ luồn từ lỗ rò về phía vết tích hậu môn. Rạch da theo hình tam giác từ lỗ rò về phía sau đi qua vết tích hậu môn. Mở rộng đường rò về phía vết tích hậu môn có thể cắt một ít cơ thắt ngoài. Tách thành sau bóng trực tràng và mở theo chiều dọc dài khoảng 1,5-2cm. Khâu đỉnh vạt da tam giác với đỉnh đường rạch này. Khâu niêm mạc của thành trực tràng với 2 mép da hai bên.

– Hậu môn nắp hoàn toàn: rạch da theo hình chữ thập qua vết tích hậu môn. Bóc tách và kéo 4 vạt da sang bên. Phẫu tích tìm bóng trực tràng. Mở bóng trực tràng. Kéo niêm mạc trực tràng xuống khâu vào da xung quanh.

– Hậu môn màng: tiến hành cắt bỏ niêm mạc.

2.2. Phẫu thuật nhiều thì

Chỉ định cho tất cả các loại dị tật còn lại

2.2.1. Làm hậu môn nhân tạo

– Vị trí: hố chậu trái hoặc hạ sườn phải.

– Kỹ thuật: rạch da theo hình tam giác. Bóc tách vạt da kéo lên trên. Mở cân cơ phúc mạc theo chiều dọc. Tìm và kéo quai đại tràng ra ngoài thành bụng. Đục một lỗ qua mạc treo đại tràng. Khâu thanh cơ của đại tràng vào cân - cơ - phúc mạc. Luồn vạt da qua lỗ mạc treo khâu vào phía đối diện. Mở quai đại tràng theo chiều ngang. Khâu lộn toàn bộ thành đại tràng vào da xung quanh.

2.2.2. Phẫu thuật hạ bóng trực tràng và tạo hình hậu môn

Tiến hành khi trẻ từ 3-6 tháng.

- *Kỹ thuật bằng đường sau trực tràng*

Bệnh nhân nằm sấp có độn ở lưng sau khi đặt thông nước tiểu. Rạch da từ đỉnh xương cụt đến vết tích hậu môn và kéo dài sang hai bên khoảng 17cm theo hình chữ Y. Phía trên kéo dài đường rạch dài khoảng 1,5-2cm. Dừng đường rạch khi thấy các sợi cơ thắt ngoài.

Dùng kìm phẫu tích rạch đúng đường giữa bóc tách tìm cơ mu trực tràng. Kéo cơ mu trực tràng xuống dưới. Bộc lộ bóng trực tràng. Bóc tách bóng trực tràng khỏi niệu đạo hoặc âm đạo. Cắt bóng trực tràng khỏi đường rò niệu đạo hoặc âm đạo khoảng để lại phần tận cùng dài khoảng 1cm. Bóc hoặc đốt niêm mạc của phần đường rò còn lại. Khâu lại đường rò.

Tạo đường hầm qua cơ mu trực tràng và cơ thắt ngoài. Kéo trực tràng qua đường hầm xuống vết tích hậu môn. Khâu thành trực tràng với cơ thắt và sau đó khâu niêm mạc với da. Cố định trực tràng vào bờ trên cơ thắt. Đóng lại vết mổ.

- *Mổ nội soi*

Chỉ định cho các trường hợp rò trực tràng bàng quang hoặc rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến. Phẫu thuật tiến hành qua 3 trocat: 1 cho ống soi, 2 cho dụng cụ phẫu thuật. Bóc tách trực tràng đến sát đường rò. Cặp đường rò bằng 2 clip. Cắt đường rò. Rạch da theo hình chữ thập qua vết tích hậu môn. Tạo đường hầm xuống vết tích hậu môn. Hạ bóng trực tràng xuống vết tích hậu môn. Tạo hình hậu môn như kỹ thuật trên.

2.2.3. Đóng hậu môn nhân tạo

Đóng hậu môn nhân tạo sau mổ lần hai 3 tháng.

2.2.4. Chăm sóc sau tạo hình hậu môn

Nong hậu môn sau mổ 2 tuần cho đến lúc đóng hậu môn nhân tạo. Hẹn tái khám sau khi ra viện 3 tháng.

TEO ĐƯỜNG MẬT BẨM SINH

Teo đường mật được chia làm 3 loại:

- Teo toàn bộ đường mật ngoài gan.
- Teo ống gan chung.
- Teo một phần đường mật ngoài gan.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Phân bạc màu, mắt vàng kéo dài sau khi sinh 14 ngày.
- Gan to chắc. Giai đoạn muộn thấy lách to, tuần hoàn bàng hệ.

1.2. Cận lâm sàng

1.2.1. Xét nghiệm chẩn đoán

- Siêu âm: không thấy túi mật hoặc túi mật nhỏ không thay đổi kích thước trước trong và sau bữa ăn. Đám xơ hình tam giác ở rốn gan.
- Bilirubin toàn phần và trực tiếp tăng, phosphatase kiềm tăng.

1.2.2. Các xét nghiệm cần thiết khác

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan; men gan, prothrombin.
- Các xét nghiệm thường quy để phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

Tốt nhất là trước 8 tuần.

2.1. Chuẩn bị trước mổ

- Cho vitamin K nếu prothrombin thấp cho đến khi tỉ lệ prothrombin đạt từ 70% trở lên.
- Truyền đạm nếu protid máu thấp, truyền máu nếu Hb thấp.

2.2. Kỹ thuật mổ

2.2.1. Kỹ thuật Kasai

Bệnh nhân nằm ngửa có độn sau lưng.

Mở bụng theo đường ngang trên rốn. Cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác hai bên, dây chằng vành.

Cho catheter vào tĩnh mạch rốn đo áp lực tĩnh mạch cửa.

Bóc tách túi mật khỏi giường túi mật. Lần theo túi mật vào di tích ống gan chung. Lần theo di tích ống gan chung lên rốn gan.

Tách và luồn dây kéo bó mạch gan trái và gan phải sang 2 bên. Buộc thắt và cắt các tĩnh mạch nhỏ từ đám xơ rốn gan chạy vào tĩnh mạch cửa. Cắt xơ rốn gan. Cắt không quá sâu và không quá nông chỉ vừa đủ qua tổ chức xơ và bao Glison. Cầm máu rốn gan bằng dao điện lưỡng cực. Chú ý không nên đốt điện nhiều quá vì có thể làm tắc các vi quản mật.

Cắt đôi ruột non cách góc Treitx khoảng 40cm. Đưa đầu trên lên nối với rốn gan bằng chỉ tiêu 6/0. Có thể khâu vắt hoặc mũi rời.

Nối quai ruột phía trên với quai ruột phía dưới kiểu tận - bên bằng tiêu 5/0, khâu vắt 2 lớp cách miệng nối mật ruột khoảng 40cm.

Khâu lại mạc treo. Đặt dẫn lưu dưới gan, đóng bụng.

2.2.2. Nối ruột non với đường mật ngoài gan kiểu Roux - en Y cho thể teo một phần đường mật ngoài gan

2.3. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

- Thử lại huyết sắc tố và điện giải đồ sau mổ 12 giờ và 24 giờ.
- Lưu sonde dạ dày đến khi dịch chảy ra có màu trong.
- Bồi phụ nước và điện giải theo nhu cầu và kết quả xét nghiệm.
- Truyền dịch và nuôi dưỡng tĩnh mạch cho đến khi bệnh nhân có trung tiện. Có thể truyền bổ sung trong 2 tuần tiếp theo.
- Kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch từ 2-4 tuần (cephalosporin thế hệ thứ 3 tốt nhất là cephobis liều 50mg/1kg cân nặng + gentamicin liều 5mg/1kg cân nặng).
- Theo dõi và phát hiện các biến chứng như chảy máu, rò mật.
- Theo dõi màu sắc của phân hàng ngày.
- Rút dẫn lưu dưới gan khi hết dịch.
- Khi xuất viện dặn gia đình bệnh nhân đưa trẻ đến tái khám ngay nếu có biểu hiện sốt.
- Cho kháng sinh dự phòng trong 6 tháng sau khi ra viện bằng bactrim liều bằng 1/3 liều điều trị.

GIÃN ĐƯỜNG MẬT BẨM SINH

Giãn đường mật bẩm sinh thường do tồn tại ống mật tuỵ chung. Bệnh còn có tên gọi là u nang ống mật chủ. Thuật ngữ này không hoàn toàn chính xác vì hiện nay nhiều trường hợp giãn đường mật bẩm sinh kiểu hình thoi có kích thước nhỏ từ 1,5 - 2cm trở lên đã được phát hiện nhờ siêu âm. Giãn đường mật bẩm sinh được chia làm 5 loại:

- U nang ống mật chủ
- Túi thừa ống mật chủ
- Túi sa ống mật chủ
- U nang ống mật chủ kết hợp với túi sa ống mật chủ hoặc giãn đường mật trong gan.
- Giãn đường mật trong gan.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Trẻ nhỏ: đến khám vì u bụng hoặc vàng da.
- Trẻ lớn đến khám vì đau bụng vùng trên rốn.
- Một số trẻ đến khám vì các triệu chứng của viêm đường mật (sốt, vàng mắt, vàng da) hoặc các biến chứng như chảy máu đường tiêu hoá, viêm phúc mạc, viêm tuỵ cấp.

1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm gan mật. Thấy đường mật giãn.
- Các xét nghiệm cần thiết khác: thăm dò chức năng gan và xét nghiệm phục vụ cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chuẩn bị trước mổ

- Kháng sinh nếu có viêm đường mật (cephobis liều,50mg/1kg cân nặng).
- Cho vitamin K nếu prothrombin thấp.
- Truyền máu hoặc truyền đạm nếu huyết sắc tố hoặc protid máu thấp.
- Tẩy giun.

2.2. Phương pháp phẫu thuật

- Mở bụng đường ngang trên rốn. Bóc tách túi mật khỏi giường túi mật. Đặt catheter vào túi mật bơm thuốc cản quang chụp đường mật để đánh giá toàn bộ giải phẫu đường mật và ống mật tuỵ chung.
- Tách ống mật chủ khỏi động mạch gan và tĩnh mạch cửa. Cắt đôi ống mật chủ. Bóc tách đoạn trên ống mật chủ phía dưới. Cần bóc tách và cầm máu cẩn thận đoạn nằm trong tổ chức tuỵ. Vừa cắt ống mật chủ vừa quan sát tìm lỗ của ống mật tuỵ chung từ bên trong ống mật chủ. Cắt ống mật chủ sát lỗ của ống mật tuỵ chung. Bơm rửa đoạn tận cùng và khâu lại bằng chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0.

– Tái tập lưu thông mật - ruột bằng một trong hai cách:

+ Nối ống gan chung với ruột non bằng quai Roux - en - Y.

Cắt đôi ruột cách góc Treitz khoảng 50cm. Đưa đầu dưới lên nối với ống gan chung hai lớp, khâu vắt bằng chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0.

Nối quai ruột phía trên với quai ruột phía dưới tận - bên hai lớp khâu vắt bằng chỉ tiêu 5/0 cách miệng nối ống gan chung 50cm.

+ Dùng 1 quai ruột non có cuống mạch thay thế ống mật chủ. Cắt rời 1 quai ruột non dài khoảng 15-20cm có cuống mạch. Luồn quai ruột qua mạc treo đại tràng ngang. Nối đầu trên với ống gan chung tận - tận hai lớp bằng chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0. Nối đầu dưới với tá tràng. Lớp đầu tiên khâu toàn thể thành ruột non với toàn bộ thành tá tràng. Lớp thứ hai khâu thanh cơ của tá tràng với thanh cơ ruột non cách tận cùng của ruột non khoảng 2cm để tạo nên một van chống trào ngược ngay vị trí miệng nối dài khoảng 1 - 1,5cm.

Cố định mạc treo và đặt một dẫn lưu đủ lớn vào dưới gan.

– Tiến hành cắt túi thừa. Cho túi thừa ống mật chủ, mở rộng cơ thắt Oddi cho túi sa ống mật chủ. Cắt gan trái hoặc thuỳ trái trái nếu giãn đường mật khu trú ở bên trái. Xem xét chỉ định ghép gan nếu giãn lan toả toàn bộ đường mật trong gan.

3. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI SAU MỔ

– Thử lại huyết sắc tố và điện giải đồ sau mổ 12 giờ và 24 giờ.

– Lưu sonde dạ dày đến khi chảy ra dịch trong.

– Bồi phụ nước và điện giải theo nhu cầu và kết quả xét nghiệm.

– Truyền dịch đến khi bệnh nhân có trung tiện.

– Kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch chống vi khuẩn Gram âm trong 7 ngày (cephalosporin thế hệ thứ 3 liều 50mg/1kg + gentamicin liều 4-5mg/1kg cân nặng).

– Theo dõi và phát hiện các biến chứng như chảy máu ổ bụng, chảy máu miệng nối, rò miệng nối. Can thiệp lại nếu điều trị bảo tồn thất bại.

RÒ TRỰC TRÀNG - TIỀN ĐÌNH BẨM SINH

Rò trực tràng - tiền đình (RTTTĐ) bẩm sinh là một bệnh hay gặp ở trẻ em gái. Bệnh thường biểu hiện ở tuổi từ 1 đến 3 tháng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Cháu gái sau đẻ vẫn đại tiện bình thường.
- Khoảng 1 đến 3 tháng tuổi xuất hiện viêm tấy ở môi lớn và xuất hiện rò mủ sau đó rò phân. Có trường hợp viêm loét nặng ở vùng môi lớn và tầng sinh môn, có trường hợp chỉ xuất hiện rò phân qua tiền đình.
- Thăm khám: toàn trạng không có gì đặc biệt.

Tại chỗ: cho 1 miếng gạc tẩm xanh methylen qua hậu môn và ép về phía tiền đình thấy xanh methylen rò sang tiền đình.

1.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị tạm thời chờ mổ

- Khi có viêm mủ: dùng kháng sinh (cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng) tiêm và rửa tại chỗ bằng oxy già rồi chấm betadin cho đến khi hết viêm.
- Nếu có rò phân mà không có viêm thì chỉ cần vệ sinh tại chỗ.
- Trường hợp có viêm loét nặng điều trị kháng sinh không đỡ phải làm hậu môn nhân tạo.

2.2. Phẫu thuật cắt và khâu lỗ rò

Đa số trường hợp được tiến hành không làm hậu môn nhân tạo trước.

2.2.1. Tuổi mổ: từ 2 tuổi trở lên.

2.2.2. Chuẩn bị mổ

- Ăn nhẹ 1 ngày trước mổ.
- Kháng sinh đường ruột (Flagyl liều 15mg/1kg cân nặng, bactrim liều 100mg/1kg cân nặng) 3 ngày trước mổ.
- Thụt đại tràng kỹ tối hôm trước mổ và sáng sớm ngày mổ.

2.2.3. Kỹ thuật mổ

Dùng 1 catheter đặt vào đường rò qua hậu môn. Rạch da đường ngang qua tầng sinh môn sát rìa hậu môn. Phẫu tích cơ thắt ngoài và kéo xuống phía dưới. Phẫu tích tách thành trực tràng ra sau và thành âm đạo ra trước cho đến đường rò. Cắt đôi đường rò và tiếp tục phẫu tích lên đường rò khoảng 1cm tách thành trước trực tràng khỏi thành âm đạo. Cắt lọc xung quanh mép lỗ rò. Khâu lỗ rò bằng chỉ tiêu, mũi rời, khâu 2 lớp. Phía tiền đình khâu lỗ rò một lớp mũi rời. Kéo cơ thắt ngoài chèn vào giữa thành trực tràng và âm đạo ở vị trí đường rò. Đóng vết mổ. Đặt sonde niệu đạo để 5 ngày.

Kỹ thuật tiếp cận trực tiếp đường rò. Đặt 1 catheter vào đường rò. Rạch da đường ngang hoặc chữ T ngược qua tầng sinh môn. Phẫu tích vào thẳng đường rò. Cắt đôi đường rò. Tiếp tục phẫu tích, cắt và khâu lỗ rò như kỹ thuật trên.

2.2.4. Điều trị và chăm sóc sau mổ

- Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch 5 ngày.
- Dùng kháng sinh tiêm phổ rộng 7 ngày (cephalosporin thế hệ thứ ba liều 50mg/1kg cân nặng + gentamicin liều 4mg/1kg cân nặng).
- Tại chỗ vết thương để hở không băng, chấm betadin 2 lần /ngày.

Xuất viện sau mổ 7 ngày. Nếu bị rò lại (thường vào ngày thứ 5-6) cho vệ sinh tại chỗ và hẹn 6 tháng sau mổ lại.

ÁP XE GAN DO GIUN ĐŨA

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Thường gặp ở trẻ nhỏ 3-5 tuổi, tại các vùng trồng rau màu, kinh tế gia đình khó khăn.
- Có tiền sử tẩy giun hoặc nhiễm giun (đau bụng giun, nôn ra giun).
- Đau bụng vùng mũi ức lăn lộn dữ dội, thường nằm chổng mông hoặc gác chân lên tường thì đỡ. Trẻ nhỏ thường bắt bố mẹ bế vác đi quanh nhà.
- Sốt cao dao động.
- Gan to, hơi chắc.
- Suy dinh dưỡng, thiếu máu.

1.2. Xét nghiệm

– Công thức máu: số lượng bạch cầu và tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng, huyết sắc tố giảm.

– Xquang: bóng gan to (có thể có hơi trong gan) vòm hoành phải lên cao, các hình giun trong ruột non.

– Siêu âm: đường mật giãn có hình giun trong đường mật, các ổ áp xe nhỏ trong gan.

1.3. Biến chứng

– Áp xe dưới cơ hoành: bệnh nhân khó thở, ho, nấc. Xquang có mức nước và hơi dưới cơ hoành. Siêu âm thấy ổ áp xe dưới cơ hoành.

– Tràn dịch hoặc mủ màng phổi: ho, khó thở, hội chứng ba giảm ở đáy phổi. Xquang tràn dịch màng phổi. Chọc dò: có mủ hoặc dịch đục.

– Viêm phúc mạc: các biểu hiện của hội chứng viêm phúc mạc.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định: mổ sớm tránh biến chứng áp xe vỡ.

2.2. Điều trị trước mổ

– Tẩy giun.

– Kháng sinh: cephalosporin thế hệ thứ 3 liều 50mg/kg cân nặng, kết hợp thêm metronidazol liều 15mg/1kg cân nặng nếu có áp xe dưới cơ hoành.

– Truyền máu nếu có thiếu máu.

2.3. Kỹ thuật mổ

– Mở bụng theo đường ngang trên rốn, lệch phải, cắt dây chằng tròn và dây chằng liềm.

– Kiểm tra mặt gan hai bên. Tách mặt gan khỏi cơ hoành để kiểm tra và phá vỡ áp xe dưới hoành nếu có. Mở các ổ áp xe nằm trên bề mặt gan, lấy giun nằm trong các ổ áp xe.

– Mở choledoque lấy giun, kiểm tra và lấy giun ở ống gan phải và trái nếu có. Kiểm tra lưu thông qua Oddi xuống tá tràng.

– Rửa đường mật bằng nước muối sinh lý.

– Dẫn lưu đường mật bằng Kehr, khâu bằng chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0.

- Bơm thuốc cản quang chụp đường mật.
- Dẫn lưu trên và dưới gan.
- Dẫn lưu màng phổi khi có tràn dịch, tràn mủ.
- Lau rửa ổ bụng khi có biến chứng viêm phúc mạc.

2.4. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

- Truyền dịch và nuôi dưỡng tĩnh mạch trong những ngày đầu cho đến khi bệnh nhân có trung tiện.
- Kháng sinh: cephalosporin thế hệ thứ 3 + gentamicin và metronidazol nếu có áp xe dưới cơ hoành.
- Kiểm tra Hb.
- Sau 7 ngày nếu dịch mật trong thì kẹp Kehr.
- Nếu dịch mật đục: rửa Kehr bằng nước muối sinh lý + kháng sinh.
- Sau 10 ngày chụp Kehr kiểm tra:

+ Rút Kerh nếu không còn hình giun.

+ Còn giun hoặc dịch mật đục: rửa Kerh bằng nước muối sinh lý 500ml/mỗi ngày, truyền với tốc độ 60 giọt/phút.

TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Áp lực tĩnh mạch cửa (đo ở hệ cửa hoặc tĩnh mạch trên gan bít) bình thường là 7mmHg (9,5cm nước). Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC) khi áp lực này trên 12mmHg (16cm nước).

TALTMC có thể do: tăng sức cản dòng máu qua gan (tắc tĩnh mạch cửa, teo tĩnh mạch cửa, xơ gan, khối u...) hoặc tăng cung cấp máu hệ cửa (thông động tĩnh mạch).

TALTMC ở trẻ em thường do nguyên nhân trước gan như: teo TM cửa bẩm sinh (agenesis portal), tắc TM cửa hoặc thoái hoá xoang TM (cavernous transformation) sau viêm tĩnh mạch cửa liên quan tới nhiễm khuẩn rốn sơ sinh hoặc có đặt catheter TM rốn,... Với những nguyên nhân như vậy thường chức năng gan còn tốt vì không có xơ gan. Phẫu thuật phân lưu dòng máu là rất hữu ích. Với những nguyên nhân như sau teo mật, xơ hoá nhu mô gan bẩm sinh..., nằm trong bệnh cảnh chung của suy gan, ghép gan là biện pháp điều trị cuối cùng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Triệu chứng tuỳ thuộc từng nguyên nhân gây bệnh.

– Có thể có:

+ Gan to hoặc nhỏ và lách to.

+ Cổ trướng.

+ Tuần hoàn bàng hệ quanh, trên rốn.

– Tiền sử có thể:

+ Nôn máu đỏ tươi, dữ dội.

+ Hoặc đã có đợt điều trị tại Khoa Tiêu hoá với chẩn đoán viêm gan, teo mật, xơ gan, chảy máu đường tiêu hoá.

1.2. Cận lâm sàng

– Soi thực quản, dạ dày: những búi giãn TM thực quản, phình vị.

– Chụp thực quản dạ dày cản quang: chỉ thấy được TM thực quản.

– Chụp hệ thống TM cửa (lách - cửa) kết hợp đo áp lực.

– Siêu âm Doppler mạch: lưu thông TM cửa.

– Scanner bụng + bơm thuốc cản quang thì TM: hình ảnh hệ thống cửa, tuần hoàn phụ.

– Sinh thiết gan: hình ảnh tổ chức học gan, xơ gan?

– Xét nghiệm chức năng gan, tỉ lệ prothrombin, yếu tố đông máu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chảy máu cấp do giãn TM thực quản: được điều trị tại Khoa Điều trị tích cực.

– Các XN cấp cứu cần thiết: CTM, đông máu,...

– Truyền máu tươi: nếu giảm khối lượng tuần hoàn nghiêm trọng - truyền vừa phải và theo dõi HAĐM, HATM trung ương, nước tiểu.

– Các thuốc co mạch nội tạng, giảm lưu lượng áp lực TM cửa: vasopressin, hoặc somatostalin hoặc nhóm beta blockers (propranolol, nadolol).

– Rửa dạ dày nước lạnh, thụt tháo phân, kháng sinh.

2.2. Điều trị nội soi

Tiêm xơ hoặc thắt búi TM thực quản giãn, khi tình trạng bệnh nhân tạm ổn định.

2.3. Điều trị phẫu thuật

Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật, tất cả đều nhằm mục đích ngăn ngừa chảy máu TM thực quản, dạ dày giãn:

- Các phẫu thuật can thiệp trực tiếp vào vùng TM giãn.
- Các phẫu thuật ngăn chặn dòng máu đến thực quản dưới.
- Các phẫu thuật kích thích các nhánh nối cửa - chủ tự nhiên.
- Các phẫu thuật tạo dòng lưu thông mới cửa - chủ:

+ Phẫu thuật nối TM cửa - chủ trực tiếp.

+ Phẫu thuật nối các nhánh phân lưu.

Bệnh viện Nhi đang áp dụng phẫu thuật: tạo cầu nối TM mạc treo tràng trên - TM chủ dưới bằng đoạn TM cảnh trong phải.

2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Các xét nghiệm cơ bản.
- Các xét nghiệm chức năng gan, đông máu.
- Các xét nghiệm thăm dò chẩn đoán nguyên nhân TALTMC.
- Siêu âm đánh giá thông thương TM chủ dưới, TM mạc treo.

2.3.2. Kỹ thuật mổ

- Bệnh nhân nằm ngửa, độn bụng trên và vai cổ, đầu quay trái.
- Rạch da theo đường ngang dưới bờ sườn phải, cố gắng bảo tồn hệ tuần hoàn phụ quanh rốn.
- Đánh giá tình trạng ổ bụng, gan, lách.
- Bộc lộ TM mạc treo tràng trên. Mở mạc treo vị trí hội lưu của TM đại tràng giữa.
- Đo áp lực và chụp hệ TM cửa qua TM mạc treo tràng trên. Đánh giá lưu thông TM mạc treo, TM cửa. Nếu có cản trở sẽ thấy đám rối TM vùng rốn gan, không thấy TM trong và trên gan, thuốc chạy ngược vào TM vành vị, thực quản.
- Bộc lộ TM chủ dưới: qua chỗ mở mạc treo (ở trên), tạo một đường hầm ra sau (bằng cách đẩy tá tràng D3 lên trên) để tiếp cận TM chủ dưới, dưới TM thận.

– Lấy TM cảnh trong: rạch da theo đường ngang cổ dưới 5cm, lóc da lên trên để mở dọc bờ trước ức đòn chũm vào rãnh cảnh. Khâu buộc TM giáp giữa. Lấy 5-6cm TM cảnh, ngâm vào dung dịch NaCl 9‰ và heparin (100U/1ml).

– Tao cầu nối: thực hiện miệng nối phía TM chủ trước, TM mạc treo sau bằng chỉ prolen 6/0 và 7/0. Chú ý tránh xoắn vặn cầu nối.

– Khâu lại chỗ mở mạc treo.

2.3.3. Chăm sóc sau mổ: ngoài các theo dõi thông thường, nên làm:

– Soi thực quản dạ dày: có giảm đáng kể các búi TM giãn?

– Siêu âm Doppler mạch: xác định sự thông thương của cầu nối?

THẬN Ứ NƯỚC DO TẮC PHẦN NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Đau bụng, đái máu hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu là các triệu chứng hay gặp ở trẻ lớn. U bụng hay gặp ở trẻ nhỏ.

1.2. Xét nghiệm

– Siêu âm thấy bể thận giãn thông với các đài thận giãn. Niệu quản có kích thước bình thường.

– Chụp UIV. Thận không ngấm thuốc hoặc có ngấm thuốc nhưng bể thận giãn thuốc không xuống niệu quản.

– Các xét nghiệm cần thiết khác. Chụp bàng quang để tìm luồng trào ngược bàng quang niệu quản phối hợp. Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận và các xét nghiệm cần thiết khác cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chuẩn bị trước mổ

Điều trị nhiễm trùng tiết niệu nếu có. Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Nếu nuôi cấy âm tính điều trị bằng 1 kháng sinh

cephalosporin thế hệ thứ 3 với liều 50mg/1kg cân nặng và gentamicin vói liều từ 4-5mg/1kg cân nặng.

2.2. Kỹ thuật mổ

- *Tạo hình bể thận bằng kỹ thuật Hynes - Anderson đường bụng*

Bệnh nhân nằm ngửa có độn ngang vùng thắt lưng. Rạch da từ bờ ngoài cơ thẳng to phía dưới xương sườn XII kéo dài ra bên và sau. Rạch qua cân - cơ vào phúc mạc. Đẩy phúc mạc vào trong. Bộc lộ bể thận, niệu quản, cắt rời niệu quản khỏi bể thận.

Cắt vát đoạn dưới niệu quản. Luồn sonde vào trong lòng niệu quản bơm huyết thanh kiểm tra lưu thông. Mở dọc niệu quản phía bờ tự do dài khoảng 1cm.

Cắt nhỏ bớt bể thận theo chiều dọc. Khâu lại bể thận bằng chỉ tiêu 5/0 khâu vắt trừ lại 1cm cuối. Đặt ống dẫn lưu nhỏ có cắt lỗ 2 bên hoặc 1 dẫn lưu chuyên dụng qua nhu mô thận, qua bể thận và vào niệu quản. Nối phần còn lại của bể thận với niệu quản bằng chỉ tiêu 6/0.

Cố định dẫn lưu vào nhu mô thận. Bơm nước kiểm tra lưu thông của ống dẫn lưu và đảm bảo các lỗ cắt bên không nằm bên ngoài nhu mô thận.

- *Tạo hình bể thận bằng đường lưng*

Chỉ định: bệnh nhân nhỏ dưới 2 tuổi, bể thận giãn vừa, không có các dị tật của thận kèm theo.

Bệnh nhân nằm sấp có độn tương ứng với vùng thận. Sờ nắn bờ ngoài của cơ cùng gai sống để làm mốc. Rạch da theo đường ngang dưới xương sườn 12 từ bờ ngoài của cơ dài khoảng 3-4cm. Mở cân cơ theo chiều dọc. Kéo cơ cùng gai sống và cơ vuông thắt lưng vào trong để bộc lộ bể thận. Các thì còn lại tiến hành tương tự như kỹ thuật trên.

2.3. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

- Kháng sinh đường tĩnh mạch trong 7 ngày (cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng).
- Theo dõi và phát hiện các biến chứng chung sau phẫu thuật.
- Theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu chảy qua sonde dẫn lưu.
- Cặp thử dẫn lưu vào ngày thứ 7. Bơm thuốc chụp kiểm tra lưu thông nước tiểu. Nếu lưu thông tốt, rút dẫn lưu vào ngày thứ 8.
- Nếu có rò nước tiểu hoặc hẹp miệng nối phải mổ lại.
- Hẹn tái khám sau 3 tháng.

THẬN NIỆU QUẢN ĐÔI

Thận niệu quản đôi là một dị tật tiết niệu hay gặp tuy nhiên chỉ có chỉ định điều trị khi có các biến chứng hoặc có niệu quản đổ ra ngoài bàng quang.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Triệu chứng lâm sàng

– Đái rỉ liên tục ngoài lần đái chính (Khi niệu quản đơn vị thận trên đổ ngoài bàng quang).

– Nhiễm trùng tiết niệu kéo dài: đái đục, đái mủ, đái rắt.

– Đái khó khi túi sa niệu quản lan xuống niệu đạo.

– Đôi khi túi sa niệu quản thoát xa ra ngoài lỗ niệu đạo trông như một khối u.

1.2. Cận lâm sàng

– Siêu âm: cho hình ảnh hai nhóm đài bể thận, có niệu quản giãn, túi sa niệu quản.

– UIV: có thể cho hình ảnh trực tiếp 2 nhóm đài bể thận hoặc các hình ảnh gián tiếp bao gồm đài bể thận dưới bị đẩy xuống thấp và nằm ngang (hình hoa củ), bể thận nằm cách xa cột sống, bóng thận to hơn bên đối diện.

– Chụp bàng quang khi đái: hình ảnh choán chỗ của túi sa niệu quản.

– Cấy nước tiểu + kháng sinh đồ.

– Chụp đồng vị phóng xạ nếu có điều kiện.

– Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chuẩn bị trước mổ: điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ trong 7 ngày.

2.2. Kỹ thuật mổ

2.3. Thận niệu quản đôi có niệu quản lạc chỗ ngoài bàng quang

– Nếu chức năng thận phụ còn tốt không nhiễm trùng, niệu quản không quá giãn: nối niệu quản lạc chỗ với niệu quản chính.

Rạch da theo đường Pfannenstiel. Bóc tách mặt bên bàng quang tìm 2 niệu quản. Niệu quản bệnh thường giãn hơn niệu quản lành, cắt rời niệu quản bệnh khỏi phần tận cùng. Nối niệu quản bệnh với niệu quản lành bằng chỉ tiêu 6/0 hoặc 7/0. Dẫn lưu cạnh bàng quang. Đóng cân cơ, tổ chức dưới da và khâu trong da.

– Nếu thận giãn không còn chức năng: cắt đơn vị thận trên + niệu quản bằng nội soi hoặc mổ quy ước.

Kỹ thuật mổ quy ước: bệnh nhân nằm ngửa có độn sau lưng. Rạch da theo đường ngang từ bờ ngoài cơ thẳng to ra phía bên và sau. Bóc tách đẩy phúc mạc vào trong tìm 2 niệu quản. Tách rời niệu quản bệnh khỏi niệu quản lành, cắt đôi niệu quản bệnh. Phẫu tích xuống sát thành bàng quang, cắt rời niệu quản bệnh khỏi phần tận cùng. Tiếp tục tách niệu quản trên (niệu quản bệnh) khỏi niệu quản lành cho đến sát bể thận. Luồn niệu quản phía sau cuống mạch thận kéo niệu quản trên lên trên cuống mạch. Cặp cắt và buộc động mạch và tĩnh mạch của đơn vị thận trên, cắt đơn vị thận trên cùng với niệu quản và bể thận. Cầm máu diện cắt. Dẫn lưu hố thận. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Cắt đơn vị thận - niệu quản trên bằng nội soi. Vào ổ bụng bằng 3 troca: 1 cho ống soi và 2 cho dụng cụ phẫu thuật. Bóc tách và kéo đại tràng trái hoặc phải sang phía đối diện. Tìm niệu quản và tiến hành các thì mổ như trong phẫu thuật quy ước.

2.2.2. Thận đôi có túi sa niệu quản

- *Bước 1:* nội soi, cắt chỏm túi sa.
- *Bước 2*: siêu âm + chụp UIV, bàng quang sau 3 tháng để có hướng điều trị tiếp.

Nếu thận phụ không có chức năng + còn túi sa niệu quản: mổ cắt thận niệu quản + túi sa niệu quản 1 lần và khâu lại lỗ niệu quản bằng đường ngang thắt lưng + Pfannenstiel hoặc bằng nội soi + Pfannenstiel.

Nếu thận phụ còn chức năng nhưng có luồng trào ngược bàng quang niệu quản qua túi sa niệu quản: cắt túi sa niệu quản và trồng lại cả 2 niệu quản.

Nếu thận phụ còn chức năng không còn túi sa niệu quản, không có luồng trào ngược bàng quang niệu quản: tiếp tục theo dõi.

2.2.3. Nếu có thoát vị túi sa niệu quản qua lỗ niệu đạo

Gây tê tại chỗ cắt chỏm túi sa, khâu cầm máu đẩy vào bàng quang, 3 tháng sau khám lại làm các xét nghiệm và chỉ định điều trị giống như các trường hợp trên.

2.2.4. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

Truyền dịch đến khi có trung tiện.

– Giảm đau bằng paracetamol đặt hậu môn trong 24 giờ.

– Kháng sinh 7 ngày: cephalosporin thế hệ thứ 3 liều 50mg/1kg cân nặng + gentamicin liều 5mg/1kg cân nặng.

– Hẹn tái khám sau 3 tháng.

TÚI SA NIỆU QUẢN

Túi sa niệu quản là giãn thành nang của đoạn cuối niệu quản nằm trong thành bàng quang. Husmann chia túi sa niệu quản thành các loại sau:

– Túi sa niệu quản trên niệu quản đơn.

– Túi sa niệu quản trên thận niệu quản đôi. Túi sa thuộc niệu quản dẫn lưu đơn vị thận trên.

– Túi sa niệu quản trong lòng bàng quang. Túi sa nằm hoàn toàn trong lòng bàng quang thường xuất hiện trên niệu quản đơn.

– Túi sa niệu quản dạng manh tràng. Lỗ niệu quản nằm trong bàng quang nhưng một phần túi sa lan rộng theo đường dưới niêm mạc xuống cổ bàng quang hoặc niệu đạo.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là biểu hiện hay gặp nhất. Nhiều bệnh nhân có thể biểu hiện bằng đái khó, đái tắc từng lúc, đái đau hoặc đái máu. Bí đái hay gặp ở trẻ gái. Đái rỉ có thể gặp do viêm bàng quang phối hợp hoặc khối u làm cho cổ bàng quang bị giãn.

– Khối u sa ra ngoài bàng quang, ở con trai, khối sa không bao giờ vượt quá vách tiết niệu sinh dục. Vì vậy chỉ gây tắc niệu đạo hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Ở con gái, khối u có thể sa ra ngoài miệng sáo dưới dạng một khối thể nang to hoặc nhỏ, mặt nhẵn đều, hồng nhạt.

1.2. Xét nghiệm

– Siêu âm

Các số liệu bao gồm hình ảnh nang có ranh giới rõ nằm trong lòng bàng quang tiếp nối với một niệu quản giãn, ngoài ra còn có thể thấy hình ảnh của thận niệu quản đôi và ứ nước đơn vị thận trên.

– Chụp bàng quang niệu đạo.

Vùng khuyết trong lòng bàng quang bờ đều và nhẵn.

– Chụp UIV đánh giá chức năng thận, hình thái thận niệu quản và hình khuyết trong bàng quang.

– Chụp thận đồ bằng đồng vị phóng xạ nếu có điều kiện.

– Cấy nước tiểu.

– Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị túi sa niệu quản trên thận niệu quản đơn

– Thì đầu: mở túi sa niệu quản bằng nội soi. Sau mổ theo dõi lâm sàng, chụp lại bàng quang và UIV để đánh giá chức năng thận, phát hiện luồng trào ngược bàng quang - niệu quản. Nếu lâm sàng tiến triển tốt, chụp bàng quang - niệu quản hết túi sa, không có luồng trào ngược bàng quang - niệu quản thì tiếp tục theo dõi bệnh nhân.

– Mổ thì hai: trồng lại niệu quản nếu có chụp bàng quang có trào ngược bàng quang niệu quản cắt thận và niệu quản nếu thận không còn chức năng.

2.2. Điều trị túi sa niệu quản trên thận niệu quản đôi

Cắt thận và niệu quản:

– Thì 1: cắt túi niệu quản bằng nội soi.

– Chụp UIV, bàng quang sau 3 tháng.

+ Cắt thận niệu quản khi thận không còn chức năng. Niệu quản cắt càng thấp càng để ngỏ phần tận cùng niệu quản nếu không có luồng trào ngược bàng quang niệu quản.

+ Trồng lại cả hai niệu quản nếu thận còn - chức năng nhưng có trào ngược vào niệu quản có túi sa.

+ Mổ bàng quang, cắt bỏ túi sa niệu quản. Phẫu tích và trồng lại cả hai niệu quản theo kỹ thuật Cohen.

+ Tiếp tục theo dõi nếu thận có chức năng, chụp bàng quang không có túi sa, không có trào ngược bàng quang - niệu quản.

PHÌNH TO NIỆU QUẢN TIÊN PHÁT

Niệu quản được coi là phình to khi đường kính > 7mm. Phình to niệu quản tiên phát được cho là rối loạn cấu tạo tổ chức học của đoạn cuối niệu quản.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Biểu hiện chủ yếu là hội chứng nhiễm trùng tiết niệu. Các biểu hiện khác như đau bụng, đái máu, chậm phát triển thể chất có thể gặp nhưng không thường xuyên.

1.2. Xét nghiệm

- Siêu âm: niệu quản giãn > 7mm. Đài bể thận giãn vừa.

- Chụp UIV: niệu quản giãn, phần cuối niệu quản thuôn nhỏ như hình rễ cây. Đài bể thận giãn vừa. Có thể thấy thận câm nếu chức năng kém.

- Các xét nghiệm khác: xét nghiệm đánh giá chức năng thận, cấy nước tiểu và các xét nghiệm khác cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chuẩn bị trước mổ

Điều trị kháng sinh cho đến khi nuôi cấy nước tiểu âm tính.

2.2. Kỹ thuật mổ

Bệnh nhân nằm ngửa có độn tương ứng vùng bàng quang. Rạch da theo đường Pfannenstiel. Bóc tách da và tổ chức dưới da khỏi cân lên đến gần rốn. Mở cân theo đường giữa vào mặt trước bàng quang. Khâu bàng quang bằng 2 sợi chỉ theo chiều dọc giữa 2 sợi chỉ. Dùng van mở rộng bàng quang.

Tìm 2 lỗ niệu quản. Đặt 2 sonde nhỏ vào niệu quản. Khâu cố định ống thông vào lỗ niệu quản bên bệnh. Bóc tách niệu quản khỏi thành bàng quang. Cắt phần tận cùng và trồng lại niệu quản theo kỹ thuật Cohen (xem phần luồng trào ngược bàng quang niệu quản) nếu niệu quản có đường kính < 1cm. Nếu đường kính niệu quản > 1cm, cần phải tạo hình nhỏ bớt đường kính niệu quản theo kỹ thuật Hendrren trước khi trồng lại niệu quản. Đặt sonde số 12 vào niệu quản, cắt dọc niệu quản phía bờ tự do sao cho đường kính còn lại sau khi khâu khoảng 8mm. Khâu lại niệu quản theo chiều dọc bằng chỉ tiêu 5/0. Tạo đường hầm dưới niêm mạc và luồn niệu quản sang khâu vào phía đối diện như trong kỹ thuật Cohen.

Dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo.

2.3. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

- Kháng sinh đường tĩnh mạch trong 7 ngày (cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng).
- Theo dõi và phát hiện các biến chứng chung sau phẫu thuật.
- Rút dẫn lưu sau 7 ngày.
- Hẹn tái khám sau 3 tháng.

LUỒNG TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG - NIỆU QUẢN

Luồng trào ngược bàng quang niệu quản được chia làm 5 mức độ:

- Độ I: chỉ trào ngược lên niệu quản.

- Độ II: trào ngược lên niệu quản, bể thận, đài thận nhưng bể thận và đài thận không giãn, các nhú đài thận bình thường.

- Độ III: giãn nhẹ hoặc vừa ở niệu quản và bể thận nhưng các nhú của đài thận chỉ tù nhẹ hoặc không (niệu quản có thể bị xoắn vặn kèm theo).

- Độ IV: niệu quản, bể thận, đài thận giãn vừa, mất hoàn toàn góc nhọn của nhú đài thận nhưng vẫn còn dấu ấn của của nhú thận ở đa số đài thận.

- Độ V: giãn nặng niệu quản, bể thận, đài thận - không còn hình ảnh của đài thận ở hầu hết các đài thận.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng hay gặp là hội chứng nhiễm trùng tiết niệu. Đau bụng, đái máu, thiếu máu hoặc suy dinh dưỡng là các biểu hiện ít gặp. Một số bệnh nhân bị dị tật hậu môn trực tràng khi chụp bàng quang thường quy đã phát hiện luồng trào ngược bàng quang niệu quản.

1.2. Xét nghiệm

- Chụp bàng quang cho phép xác định mức độ trào ngược.

- Siêu âm hệ tiết niệu thấy niệu quản giãn và phát hiện các dị tật phối hợp.

- Chụp UIV để đánh giá chức năng thận.

- Các xét nghiệm cần thiết khác: cấy nước tiểu, các xét nghiệm đánh giá chức năng thận và phục vụ cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị nội

Chỉ định cho luồng trào ngược độ I độ II và một số trường hợp độ III có điều kiện theo dõi và tái khám.

Điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch cho đến khi hết triệu chứng nhiễm trùng đường tiết niệu, nuôi cấy nước tiểu âm tính (Kháng sinh dựa theo kháng sinh đồ, nếu nuôi cấy âm tính có thể phối hợp 1 kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ 3 liều 50mg/1kg cân nặng và, gentamicin liều 4-5mg/1kg cân nặng). Duy trì bằng bactrim với liều bằng 1/3 liều điều trị ngày uống 1 lần trước khi đi ngủ trong 6 tháng. Kiểm tra lại siêu âm và chụp bàng quang sau 6 tháng. Tiếp tục điều trị nếu tiến triển tốt, phẫu thuật nếu mức độ trào ngược nặng thêm.

2.2. Phẫu thuật

2.2.1. Chỉ định: cho luồng trào ngược độ IV, V và một số trường hợp độ III không có điều kiện theo dõi.

2.2.2. Chuẩn bị trước mổ: điều trị kháng sinh cho đến khi hết triệu chứng nhiễm trùng đường tiết niệu, nuôi cấy nước tiểu âm tính.

2.2.3. Kỹ thuật mổ

Rạch da theo đường Pfannenstiel. Bóc da và tổ chức dưới da khỏi lớp cân đến gần rốn. Mở cân theo đường giữa vào mặt trước bàng quang. Khâu bàng quang bằng 2 sợi chỉ. Mở bàng quang giữa 2 sợi chỉ. Dùng van kéo và mở rộng bàng quang.

Tìm 2 lỗ niệu quản. Đặt 2 ống sonde số 6 vào 2 niệu quản. Khâu cố định sonde vào mép niệu quản bên bệnh. Bóc tách niệu quản bên bệnh khỏi thành bàng quang có chiều dài gấp 3-5 lần đường kính niệu quản. Tạo đường hầm dưới niêm mạc từ vị trí của lỗ niệu quản sang phía đối diện có chiều dài gấp 3-5 lần đường kính niệu quản. Kéo niệu quản qua đường hầm sang phía đối diện. Khâu thành niệu quản với cơ thành bàng quang bằng một mũi chỉ tiêu 5/0. Khâu niêm mạc lỗ niệu quản với niêm mạc bàng quang. Khâu hẹp bớt khe niệu quản cũ. Đặt dẫn lưu Foley vào bàng quang để lưu. Đóng lại bàng quang bằng chỉ tiêu 2 lớp, Dẫn lưu khoang Reizuyt. Đóng cân, khâu tổ chức dưới da, khâu trong da.

3. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Kháng sinh đường tĩnh mạch trong 7 ngày (Cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng).
- Theo dõi và phát hiện các biến chứng sau mổ.
- Rút dẫn lưu bàng quang sau 7 ngày.
- Hẹn tái khám sau mổ 3 tháng.

DỊ TẬT LỖ TIỂU THẤP

Lỗ tiểu lệch thấp là một dị tật bẩm sinh, bao gồm hai tổn thương chính là lỗ tiểu lệch thấp và dương vật cong. Dockett chia lỗ tiểu thấp làm 9 loại:

- Quy đầu
- Vành quy đầu
- Dưới vàng quy đầu
- Trước dương vật
- Giữa dương vật
- Sau dương vật
- Bìu - dương vật
- Bìu
- Tầng sinh môn

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Lỗ tiểu lệch thấp đổ ra ở bụng dương vật thường kèm theo cong lương vật.

- Cần đánh giá chính xác vị trí và kích thước của miệng sáo, mức lộ của dương vật, kích thước của dương vật, tình trạng niêm mạc của quy đầu và da ở lưng dương vật, trục của dương vật, niêm mạc của háng niệu đạo.

- Khám toàn thân để tìm các dị tật phối hợp.

1.2. Xét nghiệm

- Những trường hợp lỗ tiểu lệch thấp gốc bìu, tầng sinh môn hoặc có kèm theo ẩn tinh hoàn cần làm xét nghiệm nhiễm sắc thể để xác định giới tính.

- Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định mổ

- Tuổi: tốt nhất khoảng 2 tuổi. Có thể mổ trước 2 tuổi nếu kích thước dương vật đủ lớn và có kính lúp.

– Nếu dương vật bé: phải điều trị nội tiết bằng pregnyl (liều lượng xem trong bài Tinh hoàn không xuống bìu).

2.2. Kỹ thuật mổ

2.2.1. Thể quy đầu và vành quy đầu

Sử dụng kỹ thuật MAGPI. Phong bế vào quy đầu dung dịch xylocain 1% pha với epinephrin 1: 100000. Rạch một đường dọc từ miệng sáo đến đỉnh quy đầu. Khâu miệng sáo phía lưng dương vật với đỉnh quy đầu sau đó tiếp tục khâu niêm mạc niệu đạo với quy đầu ở hai phía bên mũi khâu này để biến đường rạch dọc lúc đầu thành đường ngang và như vậy lỗ tiểu đã được tịnh tiến ra đầu dương vật.

2.2.2. Thể dưới vành quy đầu, trước dương vật, giữa dương vật và sau dương vật

Tiến hành tạo hình niệu đạo bằng vạt niêm mạc quy đầu da lưng dương vật có cuống mạch theo trục dọc bằng 1 trong 2 kỹ thuật vạt úp hoặc cuộn ống.

a. Kỹ thuật vạt úp: chỉ định khi dương vật không cong hoặc cong ít.

– Đặt thông bàng quang niệu đạo.

– Rạch 2 đường song song trên máng niêm mạc từ miệng sáo đến đỉnh quy đầu. Bóc tách cách quy đầu 2 bên đủ rộng.

– Rạch niêm mạc quy đầu vòng quanh thân dương vật, cách vành quy đầu khoảng 5mm. Bóc tách niêm mạc và da dương vật cùng với tổ chức dưới da và mạch máu nuôi dưỡng khỏi cân dương vật.

– Cắt bỏ tổ chức xơ ở bụng dương vật dưới máng niêm mạc để dựng thẳng dương vật.

– Tạo vạt da niêm mạc lưng dương vật theo chiều dọc có cuống mạch nuôi dưỡng có chiều dài từ miệng sáo đến đỉnh quy đầu.

– Xẻ dọc mạc treo của vạt, luồn dương vật kéo lên trên để vạt ghép nằm phía dưới.

– Khâu vạt ghép với miệng sáo rồi khâu tiếp 2 bờ của vạt ghép với 2 bờ máng niệu đạo.

– Khâu lại quy đầu. Khâu da.

b. Kỹ thuật vạt cuộn ống: chỉ định khi dương vật cong nhiều

Các thì đầu tiến hành giống như trên tuy nhiên không giữ lại máng niêm mạc và lấy vạt da niêm mạc có kích thước rộng gấp đôi. Sau khi chuyển vạt ghép xuống bụng dương vật tiến hành khâu nối vạt ghép với miệng sáo rồi khâu cuộn vạt ghép để tạo hình niệu đạo. Luồn ống niệu đạo qua đường hầm dưới quy đầu ra đỉnh quy đầu. Khâu lỗ niệu đạo với niêm mạc quanh quy đầu.

2.2.3. Thể bìu + tầng sinh môn

- Cắt xơ dựng thẳng dương vật.

- Sử dụng vạt tại chỗ cuộn ống nối với vạt da - niêm mạc lưng dương vật theo trục dọc cuộn ống hoặc niêm mạc bao quy đầu tự do để tạo niệu đạo.

2.2.4. Điều trị các tổn thương phối hợp

- Ẩn tinh hoàn, nước màng tinh hoàn, thoát vị bẹn, kết hợp với dị tật lỗ tiểu thấp thể dương vật được mổ 1 lần cùng với mổ chữa lỗ tiểu thấp.

- Mổ các tổn thương phối hợp trên trước khi tạo hình niệu đạo nếu lỗ tiểu thấp thể bìu hoặc tầng sinh môn.

- Mổ nội soi, kiểm tra và sinh thiết tuyến sinh dục nếu nghi ngờ có tử cung buồng trứng.

2.2.5. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

- Truyền dịch trong những giờ đầu, cho uống khi bệnh nhân hoàn toàn tỉnh.

- Giảm đau bằng paracetamol đặt qua hậu môn.

- Kháng sinh trong 7 ngày: cephalosporin liều 50mg/1kg cân nặng + gentamicin liều 5mg/1kg cân nặng.

- Sau 3-4 ngày thay băng để hở vết mổ.

- Rút dẫn lưu niệu đạo sau 8 ngày.

- Hẹn khám lại sau mổ 1 tháng, nếu có hẹp niệu đạo phải nong niệu đạo.

- Nếu có rò niệu đạo, mổ đóng rò sau mổ 1 năm.

TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU

Tinh hoàn không xuống bìu là một dị tật hay gặp do tinh hoàn không được di chuyển và cố định ở bìu, có thể bị một bên hay cả hai bên, hay kết hợp với dị tật lỗ tiểu lệch thấp.

1. CHẨN ĐOÁN

– Nhìn: bìu bên tinh hoàn ẩn thường bị lép, không nhìn thấy tinh hoàn dưới da bìu.

– Thăm khám: cho trẻ bé nằm ngửa, trẻ lớn để các cháu đứng, dùng 2 ngón tay vuốt nhẹ từ hố chậu xuống bìu dọc theo đường đi của ống bẹn. Có thể sờ thấy được tinh hoàn trên đường đi của ống bẹn. Khi không sờ thấy tinh hoàn thường là tinh hoàn nằm trong ổ bụng. Những trường hợp bị ẩn tinh hoàn hai bên có ngoại hình nghiêng về con gái, hoặc kèm theo lỗ tiểu lệch thấp hoặc dương vật bé cần phải làm thêm các xét nghiệm để xác định giới tính.

– Xét nghiệm:

Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

Xét nghiệm nhiễm sắc thể và nội tiết tố khi nghi ngờ có tình trạng giới tính không xác định.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị nội tiết: đối với bệnh nhân có điều kiện theo dõi.

Gonadotropin (biệt dược Prenyl, Profaci)

1-2 tuổi: 300 đơn vị x 8 lần

3-7 tuổi: 700 đơn vị x 8 lần

8-15 tuổi: 1.500 đơn vị x 8 lần

Tiêm bắp cách 3 ngày 1 lần, tiêm đều đặn trong 4 tuần.

Tiêm hết thuốc sau 1-2 tháng khám lại đánh giá kết quả.

2.2. Điều trị bằng phẫu thuật quy ước

Chỉ định cho các trường hợp ẩn tinh hoàn sờ thấy được

– Tuổi mổ: từ 1 tuổi trở lên.

– Bệnh nhân nằm ngửa độn phía lưng tương ứng với nếp lằn bụng. Rạch da theo nếp lằn bụng. Mở cân cơ chéo lớn dài khoảng 2cm hướng về phía lỗ bẹn. Tìm thừng tinh. Vị trí của nó thường năm ép vào mép ngoài của của cân cơ chéo lớn. Tách thừng tinh khỏi tổ chức xung quanh. Luồn một dây chéo hoặc ngón tay trỏ kéo thừng tinh ra trước và lên trên để làm căng dây chằng kéo bìu. Cắt dây chằng kéo bìu. Dùng ngón tay kéo tinh hoàn xuống dưới tiếp tục giải phóng thừng tinh khỏi tổ chức xung quanh. Tách ống phúc tinh mạc khỏi mạch máu tinh hoàn và ống dẫn tinh, có thể tách từ phía ngoài hoặc mở ống phúc tinh mạc để tách từ bên trong, cắt ngang ống phúc tinh mạc sát lỗ bẹn sâu và khâu đầu trên ống phúc tinh mạc. Kéo ống phúc tinh mạc ra trước, tiếp tục phẫu tích giải phóng mạch máu tinh hoàn khỏi phúc mạc và tổ chức xung quanh càng lên cao càng tốt đến khi có thể kéo được tinh hoàn xuống đáy bìu. Trong quá trình phẫu tích tuyệt đối không được dùng dụng cụ để kẹp vào mạch máu tinh hoàn hoặc ống dẫn. Dùng tăm bông hoặc ngón tay tạo đường hầm xuống đáy bìu. Rạch da bìu dài khoảng 1,5cm. Bóc tách da bìu khỏi cơ Darots để tạo khoang chứa tinh hoàn. Tạo mở lỗ nhỏ qua cơ Darots. Kéo tinh hoàn qua lỗ này vào khoang chứa tinh hoàn. Cố định thừng tinh vào khe của cơ Darost. Khâu lại da bìu. Khâu cơ thẳng to. Khâu tổ chức dưới da. Khâu trong da.

2.2.1. Điều trị bằng phẫu thuật nội soi

– Chỉ định: các trường hợp tinh hoàn trong ổ bụng.

– Kỹ thuật: bệnh nhân nằm ngửa. Vào ổ bụng bằng 3 cửa sổ: 1 qua rốn cho ống soi, 2 ở hố chậu phải và 3 ở hố chậu trái. Tìm tinh hoàn. Dùng 1 panh kéo tinh hoàn ra trước. Phẫu tích giải phóng mạch máu tinh hoàn lên cao. Giải phóng thừng tinh. Cắt dây chằng kéo bìu. Dùng 1 panh cho qua lỗ bẹn sâu xuống đáy bìu. Rạch da bìu và mở cơ Darots như kỹ thuật trên. Dùng panh cặp vào 1 đầu một đoạn dây, dùng panh nội soi đưa từ bụng xuống cặp vào đầu kia. Dùng panh nội soi kéo mẩu dây lên ổ bụng kéo theo cả panh từ phía bìu. Cặp vào màng tinh kéo tinh hoàn xuống bìu và tiếp tục các thì còn lại như trong mổ quy ước.

2.2.2. Chăm sóc sau mổ

– Kháng sinh dự phòng khi mổ.

– Cho uống khi tỉnh.

– Cho thuốc giảm đau bằng đường hậu môn liều 16-20mg/lkg cân nặng.

XOẮN TINH HOÀN

Xoắn tinh hoàn làm nghẹt máu đến nuôi dưỡng tinh hoàn làm cho tinh hoàn nhanh chóng bị hoại tử. Tình trạng hoại tử của tinh hoàn phụ thuộc vào thời gian và mức độ xoắn.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Đau xuất hiện đột ngột ở bìu và lan dọc theo thừng tinh. Trong giai đoạn sớm bệnh nhân không có sốt, nếu bệnh nhân đến muộn đau giảm dần nhưng có thể có sốt.

– Nhìn thấy bìu to, phù nề ở bìu và dọc theo đường đi của thừng tinh. Nếu tinh hoàn chưa xuống bìu thì thấy một khối nổi gồ lên ở vùng bẹn bụng, bệnh nhân thường đau không muốn đi lại, hoặc phải đi lom khom.

– Sờ vào vùng bìu và dọc theo đường đi của thừng tinh bệnh nhân rất đau, tinh hoàn to hơi chắc và ít di động.

1.2. Xét nghiệm

– Siêu âm Doppler hoặc chụp đồng vị phóng xạ nếu có điều kiện.

– Các xét nghiệm khác cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

– Khi có chẩn đoán tiến hành mổ càng sớm càng tốt.

– Rạch da theo đường lằn bụng đối với tinh hoàn chưa xuống bìu. Rạch da theo đường giữa bìu khi tinh hoàn đã xuống bìu.

– Mở bao bộc lộ rõ toàn bộ tinh hoàn đánh giá thương tổn:

+ Nếu đã hoại tử phải cắt bỏ.

+ Nếu nghi ngờ mở màng trắng, ủ ấm chờ đợi.

+ Nếu bảo tồn được, tháo xoắn, hạ tinh hoàn trong tinh hoàn không xuống bìu, cố định tinh hoàn khi tinh hoàn ở bìu.

+ Nếu xoắn phần phụ cắt bỏ phần phụ cố định tinh hoàn.

GIÃN TĨNH MẠCH TINH

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Bìu to, nặng, mạch máu bìu giãn to hằn lên dưới da.

– Giãn tĩnh mạch tinh được chia thành 3 mức độ:

Độ 1: giãn nhẹ, phải sờ nắn kỹ thừng tinh khi bệnh nhân đứng hoặc làm liệu pháp Valsava mới phát hiện thấy. Nhiều khi sờ nắn thì thấy thừng tinh dày bình thường khi đứng và mất đi khi nằm.

Độ 2: giãn mức độ trung bình. Sờ nắn thấy thừng tinh dày, nhiều tĩnh mạch giãn dày, mềm.

Độ 3: tĩnh mạch giãn nặng. Nhìn từ xa đã thấy các tĩnh mạch giãn nổi ngoằn ngoèo dưới da bìu.

1.2. Xét nghiệm

Siêu âm màu để phát hiện luồng trào ngược từ tĩnh mạch thận hoặc tĩnh mạch chủ vào tĩnh mạch tinh.

Các xét nghiệm cần thiết trong phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định

– Giãn tĩnh mạch gây đau hoặc cảm giác khó chịu trong sinh hoạt.

– Giãn tĩnh mạch có kèm theo giảm thể tích tinh hoàn (tinh hoàn trái nhỏ hơn tinh hoàn phải 30ml).

– Có các thay đổi bất thường trong tinh dịch đồ (Bệnh nhân trên 17 tuổi).

2.2. Kỹ thuật mổ

2.2.1. Kỹ thuật quy ước

Rạch da ngay sát dưới gai chậu trước trên. Tách cơ chéo cho đến bờ ngoài cơ thẳng to. Bóc tách và đẩy phúc mạc vào trong. Tìm bó mạch tinh ngay phía dưới nơi niệu quản đi vào tiểu khung. Tách bó mạch tinh khỏi phúc mạc. Buộc bó mạch tinh tại hai hoặc ba vị trí. Có thể cắt đôi và khâu hai đầu tĩnh mạch. Do con đường này không làm ảnh hưởng đến dẫn lưu bạch huyết vùng bìu bẹn vì vậy tỉ lệ bị ứ nước màng tinh hoàn thấp.

2.2.2. Kỹ thuật mổ bằng nội soi

– Vào ổ bụng bằng ba lỗ: lỗ qua rốn cho ống soi, một lỗ trên rốn và một lỗ dưới rốn. Phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân, người phụ đứng bên trái. Mở phúc mạc thành sau trên lỗ bẹn sâu 2-3cm. Bộc lộ bó mạch tinh. Buộc bó mạch bằng chỉ hoặc kẹp bằng clip.

– Hai biến chứng hay gặp nhất sau mổ là giãn tĩnh mạch tái phát với tỉ lệ từ 5% - 45% và ứ nước màng tinh hoàn từ 7% - 39% theo các báo cáo khác nhau. Các biến chứng khác có thể gặp nhưng ít hơn là làm tổn thương thần kinh sinh dục - đùi (genitofemoral nerve), chậu - bẹn (iloinguinal nerve), thương tổn ống dẫn tinh và teo tinh hoàn.

2.3. Chăm sóc sau mổ

– Truyền dịch trong 6 giờ đầu.

– Kháng sinh dự phòng trong 48 giờ.

– Giảm đau bằng paracetamol đặt trong hậu môn.

THOÁT VỊ BẸN

Thoát vị bẹn ở trẻ em là dị tật bẩm sinh do sự tồn tại ống phúc tinh mạc đủ rộng để ruột, mạc nối lớn hoặc buồng trứng tụt xuống rồi lại tự lên được. Nếu các tạng này bị nghẹt lại không lên được thì gọi là thoát vị bẹn nghẹt.

1. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

1.1. Thoát vị bẹn

– Có thể xuất hiện sớm ngay sau khi sinh hoặc sau vài tháng hoặc vài ba tuổi mới xuất hiện. Có thể bị một bên hoặc cả hai bên, ở trẻ gái ít gặp hơn.

– Từng đợt bẹn bìu phồng lên sờ vào thấy mềm hoặc căng, thấy cảm giác lọc sọc hơi của quai ruột, thấy mềm đều của mạc nối lớn, thấy cảm giác như một khối buồng trứng của trẻ gái. Nếu cho trẻ nằm ngửa, dùng ngón tay đẩy nhẹ thì toàn bộ khối này tụt vào ổ bụng.

– Nếu không xác định được khối thoát vị khi thăm khám cho bệnh nhân, ho, chạy nhảy để khối thoát vị xuất hiện. Nếu khi làm các nghiệm

pháp như trên vẫn không thấy khối thoát vị thì hướng dẫn gia đình cho khám lại khi khối thoát vị xuống.

1.2. Thoát vị bẹn nghẹt

- Bệnh nhân thường có tiền sử thoát vị bẹn.

- Lần này khối thoát vị xuống không lên được, trẻ đau, quấy khóc, có thể nôn, bụng chướng dần.

- Thăm khám: khối thoát vị căng cứng, nề, trẻ đau khi sờ nắn. Đôi khi xác định khó khăn, dễ nhầm với nước màng tinh hoàn căng cứng có bội nhiễm. Đối với trẻ nhỏ về mùa Đông dễ bỏ sót, để muộn dẫn đến hoại tử ruột.

1.3. Xét nghiệm

Các xét nghiệm cần cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Thoát vị bẹn không nghẹt

- Khi phát hiện nên mổ sớm tránh bị nghẹt.

- Kỹ thuật mổ: rạch da theo đường nếp lằn bụng, rạch cân nông, mở cân cơ chéo lớn hướng về lỗ bẹn. Tìm ống phúc tinh mạc, nhẹ nhàng, tỉ mỉ tránh gây thương tổn ống dẫn tinh và mạch máu. Không dùng dụng cụ cặp vào ống dẫn tinh hoặc đốt điện vào gần ống dẫn tinh, cắt khâu buộc ống phúc tinh mạc ở lỗ bẹn sâu.

Đối với các cháu gái: vòi trứng có thể sa thấp theo mép phúc mạc xuống dưới lỗ bẹn sâu, nên phải kiểm tra lại trước khi cắt và khâu ống phúc tinh mạc.

Khâu lại cân cơ chéo lớn. Khâu trong da.

2.2. Đối với thoát vị bẹn nghẹt

- Nếu tiên lượng khối thoát vị chưa hoại tử, tiến hành tiền mê, 15 phút sau trẻ ngủ, dùng ngón tay đẩy khối thoát vị lên, chuyển mổ theo chương trình sau vài ngày.

- Nếu đẩy không được chuyển mổ cấp cứu.

- Nếu nghi ngờ khối thoát vị có thể đã hoại tử cần chụp bụng, điện giải đồ. Nếu bệnh nhân nặng cần hồi sức trước mổ.

– Kỹ thuật: đường mổ tương tự như trên, nên mở rộng hơn. Cẩn thận để tránh rạch vào ruột. Đẩy khối thoát vị vào ổ bụng nếu khối thoát vị chưa hoại tử, nếu nghi ngờ hoại tử, đắp huyết thanh ấm chờ đợi. Tiến hành mở rộng vết mổ và cắt nối ruột nếu ruột đã hoại tử. Cắt bỏ buồng trứng hoặc mạc nối lớn nếu đã hoại tử. Đóng lại vết mổ theo các bình diện như trên.

2.3. Điều trị sau mổ

– Đối với thoát vị bẹn thông thường: không dùng kháng sinh, hoặc kháng sinh dự phòng 1 liều trước mổ, cho uống khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn.

– Đối với các trường hợp cắt nối ruột điều trị tương tự như các trường hợp tắc ruột phải cắt nối ruột khác.

THOÁT VỊ MÀNG NÃO TUỶ

Thoát vị màng não là do khuyết cung sau rộng làm cho ống sống thông với phần mềm ngoài ống sống, qua đó màng cứng tủy dễ dàng phình ra và tạo thành túi thoát vị.

Căn cứ vào nội dung túi thoát vị người ta chia ra:

– Thoát vị màng não tuỷ: (Meningocele) túi thoát vị chứa màng cứng, màng nhện, dịch não tuỷ.

– Thoát vị màng não tuỷ - tuỷ: (Meningomyelocele) túi thoát vị chứa màng cứng, dịch não tuỷ và một phần tuỷ (hoặc đuôi ngựa).

– Thoát vị tuỷ (Myelocele) túi thoát vị lấp đầy tủy.

– Thoát vị ống tuỷ - tuỷ: (Syringomyelocele) túi thoát vị chứa tuỷ và ống tuỷ trung tâm.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Xuất hiện khối u ở vùng thắt lưng - cùng, u mềm được che phủ lớp da nhăn nheo.

– Hình thái túi thoát vị có thể thấy như sau:

+ Lớp da tương đối dày, rất ít khi vỡ gây rò dịch não tuỷ.

+ Lớp da mỏng, căng bóng, dễ rách gây rò dịch não tuỷ.

+ Lớp da và lớp mỡ dưới da ở túi thoát vị khá dày, sờ nắn ngoài như một khối u.

– Thoát vị màng tuỷ thường không có biểu hiện gì về rối loạn vận động và cảm giác.

– Biểu hiện liệt một phần hoặc hoàn toàn hai chân, mất cảm giác và rối loạn cơ thắt thường gặp trong các trường hợp túi thoát vị có các rễ thần kinh và tuỷ (có thể được phát hiện khi soi đèn pin qua túi thoát vị).

– Gần 90% trường hợp thoát vị màng não tuỷ kết hợp tràn dịch não.

– Thường có dị tật ở cột sống cổ cao và hố sọ sau gọi là hội chứng Anold - Chiari là dị tật bẩm sinh vùng cố chẩm, làm hành tuỷ và hai hạnh nhân tiểu não tụt xuống ống sống của C1 và C2 đè ép cống Sylvius và lỗ Magendie dịch não tuỷ không ra khoang dưới nhện gây não úng thuỷ.

– Chọc ống sống thắt lưng thấy lưu thông dịch não tuỷ bị tắc nghẽn.

1.2. Xét nghiệm

– Xquang cột sống sẽ thấy vị trí và mức độ khuyết cung sau.

– Các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chuẩn bị trước mổ

Ngay khi đứa trẻ sinh ra và được chẩn đoán cần đặt ngay một miếng gạc vô trùng có tẩm nước muối lên chỗ tổn thương để tránh khô da. Khám đánh giá mức độ giới hạn vận động, cảm giác và mức độ não úng thuỷ.

Cho kháng sinh phổ rộng: cephalosporin

2.2. Kỹ thuật mổ

– Phẫu thuật nên làm trong vòng 24 giờ đầu.

– Tiến hành rạch da quanh túi thoát vị và mở rộng sang hai bên, bóc tách chân túi thoát vị khỏi tổ chức xung quanh, cắt bớt một phần túi thoát vị và khâu lại. Dùng cân vuông thắt lưng hai bên che phủ lỗ khuyết xương.

2.3. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

- Truyền dịch trong những giờ đầu.
- Tiếp tục cho kháng sinh tĩnh mạch.
- Sau mổ phải luôn theo dõi vòng đầu, kích thước của thóp trước để phát hiện não úng thuỷ.

VIÊM MỦ MÀNG TIM

Viêm mủ màng ngoài tim nhanh chóng dẫn đến ép tim và tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Sốt
- Khó thở
- Đau vùng ngực
- Phù
- Gan to
- Tĩnh mạch cổ nổi
- Nghe tim: tiếng tim mờ, tiếng cọ màng tim ở giai đoạn hết dịch.
- Mạch yếu.

1.2. Xét nghiệm

- X quang: bóng tim to, đôi khi có kèm hình ảnh viêm phổi, tràn mủ màng phổi.
- Soi bóng tim: tim co bóp yếu.
- Điện tim: điện thế thấp, ST chênh, T dẹt.
- Siêu âm: hình ảnh dịch trong màng tim.
- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương: tăng cao.
- Cấy máu, cấy mủ màng tim có thể có vi khuẩn gây bệnh.
- Chọc dò khoang màng tim qua đường Macfan hút ra dịch đục hoặc mủ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị trước mổ

- Kháng sinh theo kháng sinh đồ, nếu nuôi cấy âm tính dùng cephalosporin thế hệ thứ 3 + gentamicin.

- Lợi tiểu.

- Chọc dò, dẫn lưu màng tim bằng catheter tĩnh mạch trung tâm.

2.2. Chỉ định phẫu thuật

Sau 7 ngày kể từ khi khỏi bệnh nếu bệnh nhân còn khó thở, gan to, siêu âm còn hình ảnh tràn dịch hoặc dày dính.

2.3. Kỹ thuật

- *Cắt màng tim theo phẫu thuật quy ước*

- Đường vào khoang ngực trái: đường liên sườn 5 trước bên. Mở cửa sổ màng tim hút bớt mủ. Cắt màng tim rộng rãi phía trên đến phễu động mạch phổi, phía dưới giải phóng được mỏm tim, bên phải đến bờ sau xương ức, bên trái đến bờ thần kinh hoành. Phải bóc cả lớp màng xơ bóp chặt cơ tim, đến khi thấy tim đập tốt. Kiểm tra hiệu quả bằng áp lực TMTƯ.

- Rửa, lấy hết cặn mủ và mủ trong khoang màng tim và khoang phổi trái.

- Đặt dẫn lưu khoang màng phổi trái.

- *Cắt màng tim bằng nội soi lồng ngực*

Bệnh nhân nằm nghiêng 70 độ. Đặt 3 troca: 1 troca cho ống soi qua liên sườn 5 đường nách giữa, 2 troca cho dụng cụ phẫu thuật qua liên sườn 7 và 3 đường nách trước. Tiến hành cắt màng tim như phẫu thuật quy ước.

2.4. Điều trị sau mổ

- Xét nghiệm: làm lại Hb, điện giải đồ, chất khí máu. Chụp phổi kiểm tra sau 24 giờ.

- Kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc tiếp tục bằng cephalosporin thế hệ thứ 3 + gentamicin.

- Hút liên tục dẫn lưu lồng ngực với áp lực 6-8cm nước cho đến khi hết dịch. Rút dẫn lưu khoang màng phổi khi dẫn lưu không còn ra dịch.

LÕM LỒNG NGỰC BẨM SINH

Lõm lồng ngực bẩm sinh là một dị tật thành ngực trong đó xương ức và các sụn sườn dưới bị lõm về phía sau. Tỷ lệ trẻ trai /trẻ gái = 3/1. 90% các trường hợp có biểu hiện bệnh ở lứa tuổi 1 tuổi.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Hai thành phần chủ yếu gây ra dị dạng

– Thân của xương ức, (thường bắt đầu từ dưới chỗ bám vào của sụn sườn thứ 2) bị gập góc ra phía sau.

– Các sụn của xương sườn bị gập góc ra phía sau, để bám vào phần xương ức gập góc ra sau.

1.2. Đánh giá mức độ dị dạng

– Khoảng cách trước sau từ nơi xương ức lõm nhất đến mặt trước xương sống dựa vào đo trực tiếp Xquang hoặc chụp cắt lớp.

– Tỷ lệ giữa chiều sâu lõm vào với độ dày trước sau của lồng ngực.

– Số lượng xương sườn bị dị dạng.

– Thể tích hố lõm xuống ngực (số ml nước đọng trong hố lõm khi trẻ nằm ngửa).

– Mức độ gây ảnh hưởng của dị dạng tới chức năng hô hấp, tuần hoàn.

– Các dị dạng kèm theo.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định

– Các trường hợp có ảnh hưởng tới vị trí và chức năng của các cơ quan nằm trong lồng ngực.

– Các trường hợp tạo thẩm mỹ.

– Tuổi mổ: sau 2 tuổi.

2.2. Chuẩn bị trước mổ

– Xét nghiệm:

+ Các xét nghiệm cơ bản.

+ Xquang ngực thẳng nghiêng, chụp cắt lớp (khi điều kiện cho phép).

+ Điện tim.

+ Chức năng hô hấp tuần hoàn khi có các dấu hiệu lâm sàng.

+ Các xét nghiệm phát hiện và xác định các mức độ của các dị dạng kèm theo.

- Trước ngày mổ: vệ sinh tốt vùng ngực bụng.

2.3. Kỹ thuật mổ: kỹ thuật Ravitch cải tiến

- Tư thế nằm ngửa, trên bàn cứng, không độn.

- Đường mổ: đường rạch da nằm ngang, bắt đầu từ góc phải của vùng lõm đi ngang qua vị trí lõm sâu nhất của xương ức, đi sang trái của vùng lõm.

- Bóc tách lớp dưới da khỏi lớp cơ ngực trong toàn bộ diện tích bị lõm.

- Từ đường giữa xương ức, bóc tách lớp cơ ngực khỏi xương ức, sụn sườn, các cơ liên sườn vùng bị lõm. Treo lớp cơ ngực này sang hai bên.

- Xác định số sụn sườn và độ dài các sụn sườn bị biến dạng.

- Bóc tách màng sụn, cắt bỏ các sụn sườn gây biến dạng, để lại nguyên vẹn lớp màng sụn tại chỗ.

- Bóc tách mặt sau xương ức.

- Tại nơi xương ức gập góc ra sau, đục ngang xương ức hình chêm. Đáy hình chêm mở ra phía trước.

- Bẻ gập xương ức, cố định xương ức ở vị trí này bằng 2, 3 mũi khâu chỉ khoẻ, không tiêu.

- Đặt dẫn lưu dưới và trên xương ức.

- Phục hồi lại các lớp cân, cơ ngực, đóng da.

2.4. Chăm sóc sau mổ

- Kháng sinh.

- Giảm đau tốt sau mổ.

- Rút dẫn lưu sau 1 ngày nếu không có hiện tượng chảy máu.

- Hẹn khám lại sau khi ra viện 3 tuần.

CÒN ỐNG ĐỘNG MẠCH

Bình thường ống động mạch tồn tại 2-6 ngày sau khi sinh. Nếu sau thời gian này ống không đóng lại gọi là còn ống động mạch.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Khó thở
- Viêm phế quản tái diễn.
- Chậm phát triển thể chất, suy dinh dưỡng.
- Phát hiện tình cờ.
- Nghe tim: tiếng thổi liên tục liên sườn 2 trái. Sờ có rung mưu. Đôi khi nghe chỉ thấy có tiếng thổi tâm thu.

1.2. Xét nghiệm

- Xquang:

+ Tim to, cung động mạch phổi phồng.

+ Phổi có hình ảnh các các nhánh phế quản đậm.

- Siêu âm:

Hình ảnh ống động mạch.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định phẫu thuật

- Sơ sinh có khó thở, tăng áp lực động mạch phổi: mổ cấp cứu thắt ống bằng đường ngoài màng phổi.
- Các trường hợp khác mổ phiên cắt ống động mạch.
- Mổ nội soi cho các trường hợp ống bé hơn 9mm.

2.2. Chống chỉ định phẫu thuật

- Có kèm tim bẩm sinh tím.
- Có đổi chiều.
- Các bệnh viêm nhiễm chưa ổn định.

2.3. Chuẩn bị trước mổ

An thần cho trẻ lớn.

2.4. Kỹ thuật mổ

- Bệnh nhân nằm nghiêng bên phải có độn ngang lưng.
- Đường mổ: liên sườn 3-4 sau bên, bên trái.
- Phẫu tích đoạn động mạch chủ trên và dưới ống, đặt dây an toàn.
- Phẫu tích ống động mạch, cặp 2 clamp, cắt và khâu 2 đầu ống bằng chỉ prolen 6,0.
- Đối với trẻ sơ sinh: đi ngoài màng phổi, thắt ống. Sau khi rạch da, tách và cắt cơ liền sườn. Dùng ngón tay hoặc tăm bông nhỏ đẩy và tách màng phổi khỏi thành ngực sau và bên để vào động mạch chủ. Tìm ống động mạch. Luồn chỉ buộc thắt ống động mạch ở phía động mạch chủ và động mạch phổi.
- Đặt dẫn lưu, giảm đau tại chỗ, đóng thành ngực.

Mổ nội soi: bệnh nhân nằm nghiêng trái. Đặt 3 cửa sổ: 1 cửa sổ cho ống soi, 2 cửa sổ làm việc, áp lực khí duy trì từ 2-4mmHg. Bóc tách ống động mạch. Cặp ống bằng 2 clip.

2.5. Chăm sóc và theo dõi sau mổ

- Hút liên tục dẫn lưu 6-8cm nước.
- Kháng sinh: cephalosporin thế hệ thứ nhất trong 48 giờ.
- Giảm đau bằng paracetamol đặt hậu môn trong vòng 24 giờ.
- Sau 3 giờ xét nghiệm Hb kiểm tra.
- Sau một ngày chụp phổi kiểm tra, rút dẫn lưu.
- Theo dõi phát hiện và xử lí các biến chứng:

+ Chảy máu sau mổ:
  - Dẫn lưu ra máu.
  - Hồi sức, truyền máu, theo dõi lâm sàng và Hb.
  - Mổ lại khi Hb tiếp tục xuống (5% lượng máu cơ thể /1 giờ trong 3-4 giờ liền).

+ Tràn dưỡng chấp:
  - Dẫn lưu ra dịch trắng như sữa.
  - Nuôi dưỡng tĩnh mạch.
  - Sau 1 tuần còn chảy → Xem xét chỉ định mổ.

TRÀN MỦ KHOANG MÀNG PHỔI VÀ DÀY DÍNH MÀNG PHỔI

Tràn mủ màng phổi là tình trạng tích tụ mủ trong khoang màng phổi. Tràn mủ lâu ngày không được điều trị hoặc điều trị không hiệu quả sẽ gây nên ổ cặn màng phổi hoặc tình tràng dày dính màng phổi.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Ho
- Sốt, sốt cao dao động.
- Khó thở, thở nhanh.
- Hội chứng 3 giảm.

1.2. Xét nghiệm

- Xquang: chụp ngực thẳng và nghiêng. Các hình ảnh có thể thấy: Hình ảnh tràn dịch màng phổi, có các khoang có mức nước hơi, trung thất bị đẩy sang phía đối diện, các khoang liên sườn bị giãn rộng hoặc xẹp.
- Siêu âm: hình ảnh tràn dịch hoặc ổ dịch khu trú.
- Cấy máu, cấy mủ màng phổi.
- Đo pH và glucose mủ màng phổi.
- Đo chất khí máu, điện giải đồ, protid máu.
- Xét nghiệm cần thiết khác; các xét nghiệm cơ bản chuẩn bị mổ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị trước mổ

- Kháng sinh: cloxacillin trước khi có kháng sinh đồ. Khi có kháng sinh đồ điều chỉnh theo kháng sinh đồ.
- Truyền máu nếu thiếu máu, bồi phụ nước điện giải, toan kiềm nếu có rối loạn.

2.2. Phẫu thuật

– Dẫn lưu màng phổi: tràn mủ màng phổi sớm trong tuần đầu, dịch loãng. Dẫn lưu khoang màng phổi khoang liên sườn 6-7 đường nách giữa. Sau mổ hút dẫn lưu liên tục kết hợp với điều trị kháng sinh. Có thể mổ nội soi để hút và rửa khoang màng phổi.

– Mở ngực: sau dẫn lưu màng phổi khoảng 1 tuần trẻ còn sốt, khó thở, chụp Xquang có hình ảnh dày dính hoặc ổ cặn: mở ngực liên sườn 4-5 trước bên, hoặc bên sau. Lấy hết các tổ chức xơ hoá, các cặn mủ, mủ. Bóc tách lấy bỏ lớp xơ dính bọc lấy màng phổi. Khâu rò phế quản nếu có. Rửa sạch khoang phổi bằng dung dịch betadin pha loãng. Đặt dẫn lưu khoang màng phổi.

2.3. Điều trị sau mổ

– Xét nghiệm: làm lại Hb

Sau 48 giờ chụp phổi kiểm tra.

– Kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc kháng sinh phổ rộng nếu nuôi cấy âm tính... Rút dẫn lưu khi hết dịch, phổi nở tốt.

THOÁT VỊ CƠ HOÀNH QUA LỖ SAU BÊN

Là hiện tượng các tạng từ ổ bụng chui lên lồng ngực qua lỗ khuyết bẩm sinh ở phía bên và sau của cơ hoành. Tỷ lệ: 1/12500. Tử vong cao: khoảng 30-50%.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- *Sơ sinh*

– Suy hô hấp ngay sau đẻ: khó thở, tím tái.

– Nghe: Rì rào phế nang cùng bên giảm.

Tim bị đẩy sang bên đối diện.

Nghe có tiếng nhu động của ruột lên ngực.

– Nhìn: bụng lép, ngực vồng.

• *Trẻ ngoài giai đoạn sơ sinh.* Có thể biểu hiện bằng các tình huống sau:

- Viêm phế quản phổi tái phát nhiều đợt.
- Khó thở.
- Tắc ruột.
- Các dấu hiệu khi khám lâm sàng giống như đã mô tả ở trên.

1.2. Cận lâm sàng

- Xquang

+ Chụp ngực: hình hơi của ruột trên lồng ngực, tim bị đẩy sang phía đối diện, mất liên tục của vòm hoành.

+ Chụp ngực có bơm cản quang vào dạ dày thấy dạ dày và ruột nằm trên ổ bụng.

- Siêu âm: sử dụng trong các trường hợp thoát vị cơ hoành bên phải không xác định được bằng lưu thông ruột: vòm hoành mất liên tục, gan nằm trên cơ hoành.
- Các xét nghiệm cần thiết: chất khí máu, công thức máu.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Cấp cứu ban đầu và vận chuyển

• *Nên làm*

- Đặt sonde dạ dày.
- Thở oxy qua mũi.
- Đặt nội khí quản nếu cần.
- Duy trì thân nhiệt.

• *Nên tránh*

Bóp bóng qua mặt nạ.

2.2. Hồi sức trước mổ

- Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan.
- Thở máy nếu cần.
- Thuốc làm giảm áp lực động mạch phổi.

2.3. Kỹ thuật mở

- Kỹ thuật quy ước: áp dụng cho mọi trường hợp.

Rạch da dưới bờ sườn. Đưa ruột ra ngoài ổ bụng. Khâu lại 2 mép cơ hoành bằng chỉ không tiêu mũi rời. Không dẫn lưu lồng ngực.

- Mổ nội soi: chỉ định chủ yếu cho trẻ ngoài giai đoạn sơ sinh.

Bệnh nhân nằm nghiêng. Dùng 3 trocat, 1 cho ống soi, 2 cho dụng cụ phẫu thuật. Bơm hơi với áp lực từ 2-4mm Hg. Khâu 2 mép cơ hoành bằng các mũi chỉ rời, nút buộc làm ngoài lồng ngực.

2.4. Theo dõi và chăm sóc sau mổ

- Truyền dịch trong ngày đầu.

- Thở máy cho bệnh nhân sơ sinh hoặc trẻ lớn nhưng hô hấp không tốt.

- Kiểm tra lại khí máu. Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan và điều trị tăng áp lực động mạch phổi nếu xuất hiện.

- Kháng sinh phổ rộng, giảm đau bằng paracetamol đặt hậu môn trong 24 giờ đầu.

THOÁT VỊ VÙNG RỐN BẨM SINH
(Omphalocele)

Thoát vị vùng rốn bẩm sinh (TVVRBS) là tình trạng vòng rốn (Umbilical ring) trong thời kỳ thai nhi không khép lại được, nguyên nhân thường do trung tràng sau thời kỳ phát triển ngoài ổ bụng, không trở lại vị trí bình thường trong ổ bụng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Hình thể: cổ bao thoát vị là vòng rốn rộng. Bao thoát vị là một màng trong vô mạch, gồm 3 lớp: phúc mạc, chất nhày Wharton và màng ối. Nội dung thoát vị thường là ruột non và đại tràng. Khoảng 50% các trường hợp có cả gan, lách và các cơ quan khác trong ổ bụng (các trường hợp thoát vị lớn).

– Kích thước: kích thước khác nhau (đo đường kính vùng cổ bao thoát vị tính bằng cm).

– Thể loại:

+ Thể thượng vị: cổ thoát vị nằm cao, hướng về phía mũi ức. Thường có kèm theo các dị dạng vùng hoành, ngực.

+ Thể hạ vị: cổ thoát vị nằm thấp, hướng về phía xương mu. Thường có kèm theo các dị dạng các cơ quan trong tiểu khung.

– Biến chứng:

+ Nhiễm trùng: bao thoát vị đục, có mùi, có mủ.

+ Bao thoát vị vỡ.

– Các dị dạng khác kèm theo:

+ Tim mạch, lồng ngực.

+ Tiêu hoá.

+ Tiết niệu...

Toàn trạng đẻ non thiếu cân, nhiễm trùng toàn thân...

1.2. Xét nghiệm

– Công thức máu, thời gian máu chảy, máu đông.

– Chất khí máu. Điện giải đồ.

– Xquang (tìm các dị dạng kèm theo).

– Cấy máu, cấy mủ (Khi có nhiễm trùng).

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị trước mổ

– Bồi phụ nước điện giải, toàn kiềm.

– Kháng sinh.

2.2. Phẫu thuật

– Nguyên tắc: đo áp lực bàng quang trước và trong mổ. Không làm tăng áp lực bàng quang một cách đáng kể. Sau phẫu thuật bóp bóng nhẹ tay, trẻ có khả năng tự thở.

– Trong các trường hợp bao thoát vị bé: cắt bỏ bao, khâu phục hồi toàn bộ các lớp phúc mạc - cân - cơ - da của thành bụng nếu áp lực bàng quang hoặc dạ dày < 25cm nước.

– Trong các trường hợp bao thoát vị lớn: bóc tách da, dùng da che phủ bao thoát vị; rạch da hai bên thành bụng giảm áp lực. Nếu có mảnh vá cân, dùng mảnh vá cân che phủ vùng khuyết.

– Tạo hình da kiểu Y - V hoặc các mảnh vá nhân tạo (Gortex) khi da không đủ để che phủ.

– *Chú ý:* Thoát vị vùng rốn bẩm sinh thường kèm theo các dị dạng đường tiêu hoá. Cần kiểm tra đường tiêu hoá khi vào ổ bụng.

2.3. Điều trị sau mổ

– Xét nghiệm: làm lại Hb, điện giải đồ, chất khí máu, protid máu.

– Bồi phụ nước điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch theo kết quả các xét nghiệm.

– Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

– Cho bú khi trẻ tự thở tốt, không nôn.

THOÁT VỊ QUA KHE THÀNH BỤNG BẨM SINH
(Gastrochisis)

Thoát vị qua khe thành bụng bẩm sinh (TVQKTBBS): là thoát vị ruột qua khe hở thành bụng thường là bên phải rốn, do tình trạng thoái hoá bất thường của tĩnh mạch rốn phải gây ra.

1. CHẨN ĐOÁN TVQKTBBS

– Hình thức: khe hở có đường kính khác nhau nằm ngay bên phải dây rốn, dây rốn bình thường, các quai ruột thoát ra ngoài không có phúc mạc che phủ.

– Toàn trạng: non yếu, thiếu cân.

– Các dị dạng kèm theo: thường có dị dạng quay ruột kèm theo.

– Biến chứng: nhiễm trùng; hoại tử, thủng ruột.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Điều trị trước mổ

- Bồi phụ nước điện giải, toan kiềm.
- Kháng sinh phổ rộng: cephalosporin thế hệ thứ 3.
- Duy trì thân nhiệt.

2.2. Phẫu thuật

- Nguyên tắc:

+ Kiểm tra sự lưu thông của đường tiêu hoá.

+ Đo áp lực bàng quang trước và trong mổ.

- Làm xẹp ruột bằng dồn phân su qua hậu môn.

- Đóng cân và cơ nếu áp lực ổ bụng < 25cm nước. Dùng mảnh nhân tạo vá cân hoặc bóc tách da, dùng da che phủ bao thoát vị nếu áp lực ổ bụng cao.

- Tạo hình da kiểu Y - V hoặc dùng các mảnh vá nhân tạo khi da không đủ để che phủ.

2.3. Điều trị sau mổ

- Xét nghiệm: làm lại Hb, điện giải đồ, chất khí máu, protid máu.
- Duy trì thân nhiệt.
- Thở máy, hỗ trợ hô hấp cho đến khi tự thở tốt.
- Bồi phụ nước điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch.
- Kháng sinh: cephalosporin thế hệ thứ 3.
- Cho bú khi trẻ tự thở tốt, đại tiện, không nôn.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT - U WILMS

U Wilms (ung thư nguyên bào thận - nephroblastoma) ở trẻ em đại đa số có tiên lượng tốt với hơn 90% bệnh nhân sống trung bình trên 4 năm sau khi được điều trị. Tiên lượng của căn bệnh này không chỉ phụ thuộc vào giai đoạn của u, đặc điểm giải phẫu bệnh, tuổi bệnh nhân và kích thước u, mà còn phụ thuộc vào sự hợp tác chẩn đoán điều trị giữa các bác sĩ ngoại nhi, các bác sĩ điều trị ung thư bằng tia xạ và hoá chất.

1. CHẨN ĐOÁN

Xem bài U nguyên bào thận.

2. PHÂN CHIA CÁC GIAI ĐOẠN CỦA U WILMS

2.1. Giai đoạn I

U giới hạn ở thận và được cắt hoàn toàn. Bề mặt khối u nguyên vẹn, u không bị vỡ trước hoặc trong khi cắt u. Các mạch máu ở rốn thận không bị xâm nhập.

2.2. Giai đoạn II

U vượt ra ngoài thận nhưng được cắt bỏ hoàn toàn, u có thể xâm lấn vào các tổ chức quanh thận và rốn thận. Mạch máu ngoài thận có thể bị thâm nhiễm hoặc chứa huyết khối. Khối u đã bị sinh thiết hoặc u bị vỡ khi cắt bỏ (giới hạn ở mạng sườn).

2.3. Giai đoạn III

U cắt bỏ không triệt để nhưng giới hạn trong ổ bụng. Có một hoặc nhiều biểu hiện sau:

- Có hạch ở rốn thận, ở chuỗi hạch động mạch chủ hoặc chỗ khác trong ổ bụng, khi xét nghiệm hạch có chứa tế bào di căn (hạch ở lồng ngực hoặc ngoài ổ bụng trong giai đoạn IV).

- Vỡ u trước hoặc trong mổ lan toả phúc mạc (vượt qua mạng sườn) hoặc u xâm nhập qua bề mặt phúc mạc.

- Di căn ở bề mặt phúc mạc.

- Khối u vượt quá diện cắt đại thể hoặc vi thể.

– U không thể cắt bỏ vì thâm nhiễm vào các tổ chức quan trọng (vital structure).

2.4. Giai đoạn IV

Có di căn đường máu vào phổi, gan, xương...

2.5. Giai đoạn V

Có u ở cả hai thận khi chẩn đoán lúc đầu (5% các bệnh nhân).

3. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật chiếm vai trò chủ đạo trong điều trị u Wilms. Đường mổ là đường bụng ngang trên rốn rộng rãi (qua phúc mạc). Phải thao tác nhẹ nhàng tránh làm vỡ khối u. Cắt thận triệt để và sinh thiết hạch là giải pháp tối ưu. Phải đi vào cuống thận trước để cắt buộc tĩnh mạch và động mạch trước để tránh lan toả các tế bào u. Cắt niệu quản càng thấp càng tốt. Cần kiểm tra tĩnh mạch thận xem có huyết khối hay không, cắt thận bán phần hiện không có chỉ định (ngoại lệ là các trường hợp u rất bé tình cờ được phát hiện trên khám siêu âm screening. Phải xem xét cả thận đối diện (sờ nắn và nhìn sau khi mở cân Gerota). Bắt buộc phải lấy sinh thiết các hạch ở rốn thận, quanh động mạch chủ, động mạch chậu và động mạch thân tạng. Lấy sinh thiết thêm những hạch ở chỗ khác nếu nghi ngờ bị di căn. Đánh dấu bằng clip titan diện cắt u, u còn sót, các chỗ có hạch, cắt bỏ thận cùng với các tổ chức xung quanh rộng rãi, khi cần phải cắt tuyến thượng thận và một phần cơ hoành cực trên u, cắt gan (hạ phân thuỳ), cắt ruột để có thể cắt u triệt để (en bloc).

Những trường hợp trong mổ thấy u không thể cắt được thì sinh thiết và chỉ định điều trị hoá chất, sau đó mổ lại thường có thể cắt được.

Khi có huyết khối ở tĩnh mạch chủ dưới đã xác định được vị trí cực trên của huyết khối siêu âm trước mổ thì mở tĩnh mạch chủ (sau kẹp clamp) lấy huyết khối.

Các trường hợp u quá lớn một bên không cắt được, u cả 2 thận, có huyết khối trong tĩnh mạch cửa phía trên các tĩnh mạch trên gan thì phải chỉ định điều trị hoá chất trước mổ. Điều trị hoá chất sau khi đã sinh thiết u bằng kim qua da.

Khi phẫu thuật viên kết hợp cùng với bác sĩ giải phẫu bệnh xác định được giai đoạn và tổ chức học của u có thể lập ra phác đồ điều trị thích hợp cho trường hợp cụ thể dựa trên giai đoạn và tổ chức học của u.

3.1. Giai đoạn I (không phụ thuộc tổ chức học của u)

Cắt thận triệt để, sinh thiết hạch, 18 tuần điều trị hoá chất với vincristin và pulse - intensive dactinomyein (85,5 - 98,7% bệnh nhân sông trên 2 năm).

3.2. Giai đoạn II

– Tổ chức học thuận lợi: điều trị như giai đoạn I (97% bệnh nhân sống trên 2 năm).

– Tổ chức học không thuận lợi:

+ Không phân hoá khu trú (focal anaplasia): cắt thận triệt để, sinh thiết hạch, chiếu tia xạ ổ bụng và 24 tuần điều trị vincristin, doxorubicin, pulse - intensive dactinomycin.

+ Không phân hoá lan toả (diffuse anaplasia): cắt thận triệt để, sinh thiết hạch, chiếu tia xạ ổ bụng và 24 tuần điều trị vincristin, doxorubicin, etoposid, cyclophosphamid và mesna (70% sông trên 2 năm).

3.3. Giai đoạn III

– Tổ chức học thuận lợi: cắt thận, sinh thiết hạch, chiếu tia xạ ổ bụng, và 24 tuần điều trị vincristin, doxorubicin, và pulse - intensive dactinomycin (97% bệnh nhân sống trên 2 năm).

– Tổ chức học không thuận lợi:

+ Không phân hoá khu trú (focal anaplasia): điều trị như giai đoạn II.

+ Không phân hoá lan toả (diffuse anaplasia): điều trị như giai đoạn II (56% bệnh nhân sống trên 2 năm).

Khi u không cắt được vì có thâm nhập nhiều vào tĩnh mạch chủ dưới chia trên các tĩnh mạch trên gan - sinh thiết u và điều trị hoá chất. Nếu vẫn mổ cắt u khi có huyết khối lên tới tâm nhĩ - phải chuẩn bị tuần hoàn ngoài cơ thể. Khi điều trị hoá chất dùng vincristin và dactinomycin có hoặc không có doxorubicin. Khi dùng cả 3 thuốc này mà u không nhỏ lại mới điều trị thêm tia xạ. Phẫu thuật khi u đã nhỏ lại đủ để cắt, thường sau 6 tuần. Trước khi điều trị hoá chất phải sinh thiết u (có thể sinh thiết bằng kim qua da).

3.4. Giai đoạn IV

– Tổ chức học thuận lợi: cắt thận, sinh thiết hạch, chiếu tia xạ ổ bụng tuỳ theo mức độ u, chiếu xạ hai bên phổi khi có di căn phổi, và 24 tuần điều trị với vincristin, doxorubicin, và pulse - intensive dactinomycin (89% bệnh nhân sống trên 2 năm).

– Tổ chức học không thuận lợi:

+ Không phân hoá khu trú (focal anaplasia): điều trị như tổ chức học thuận lợi.

+ Không phân hoá lan toả (diffuse anaplasia): cắt thận, sinh thiết hạch, chiếu tia xạ ổ bụng tuỳ theo mức độ u, chiếu xạ hai bên phổi khi có di căn phổi, và 24 tuần điều trị với vincristin, doxorubicin, etoposid, cyclophosphamid và mesna (17% bệnh nhân sống trên 4 năm).

3.5. Giai đoạn V

Sinh thiết thận hai bên và sinh thiết hạch. Sau 6 tuần điều trị hoá chất đánh giá lại bệnh nhân. Nếu chẩn đoán hình ảnh không thấy u nhỏ lại thêm nữa - phẫu thuật lần 2: cắt thận bán phần khi cắt được hết u, nêu không lại sinh thiết một lẫn nữa. Điều trị hoá chất hoặc/ và tia xạ tiếp theo phụ thuộc vào kết quả điều trị đợt đầu (qua kết quả sinh thiết). Nếu chưa có kết quả thích đáng ở đợt đầu - điều trị liều cao hơn.

3.6. U Wilms tái phát

Liều cao ifosfamid, etoposid, và carboplatin kết hợp với tự cấy ghép tuỷ sống. Hoặc chế độ cyclophosphamid và etoposid (CE) thay đổi với carboplatin và etoposid (PE) (5 đợt). Bệnh nhân điều trị không kết quả - cấy ghép tuỷ sống. Tất cả bệnh nhân đều phải điều trị tia xạ (52% số bệnh nhân sống trên 3 năm).

4. THEO DÕI

Siêu âm ổ bụng và chụp ngực định kỳ để phát hiện kịp thời tái phát và di căn.

GÃY XƯƠNG

1. ĐẶC ĐIỂM XƯƠNG TRẺ EM

– Xương trẻ em mềm và dễ uốn cong, nhiều lỗ xốp, do đó chịu được biến dạng và nén ép.

– Xương trẻ em tự nó có thể làm thẳng được nhưng không phải là tất cả.

Cốt mạc vững lên duy trì liên tục do đó giúp ngăn ngừa di lệch và dễ liền xương.

– Trong gãy xương trẻ em tổn thương sụn tiếp hợp cao từ 10-15% ít gặp gãy vụn trừ chấn thương mạnh.

– Sụn tiếp hợp yếu hơn dây chằng bao khớp, gân, do đó có cùng một lực chấn thương người lớn có thể tách hoặc rách dây chằng - trật khớp nhưng trẻ em lại có thể bị tổn thương sụn tiếp hợp dẫn đến rối loạn phát triển xương.

– Ổ gãy tự nó kích thích sự phát triển của xương nhờ tăng cấp máu cho sụn tiếp hợp.

– Xương trẻ em liền nhanh do cốt mạc liên tục, sự cấp máu phong phú, trẻ càng nhỏ liền xương càng sớm (sơ sinh 2-3 tuần, 7-10 tuổi là 6 tuần, trên 10 tuổi là 8-10 tuần).

Không liền xương ở trẻ em thường không xảy ra (trừ một số chấn thương nặng gãy hở, viêm, xương bệnh lý).

– Do đó phẫu thuật chỉnh lại ổ gãy không có, chỉ định ở trẻ em vì ảnh hưởng tới sự liền xương.

2. PHÂN LOẠI GÃY XƯƠNG CÓ TỔN THƯƠNG SỤN TIẾP HỢP

Salter và Halrris chia làm 5 nhóm:

– Nhóm 1: tách đầu xương khỏi hành xương.

– Nhóm 2: đường gãy theo khu vực nở to của sụn tiếp hợp làm thay đổi đầu dưới và xuyên ra ngoài hành xương.

– Nhóm 3: gãy đầu xương trong khớp, mặt tách kéo dài từ khu vực yếu của tế bào nở to sau đó kéo dài song song với sụn tiếp hợp ra ngoại vi (hay gặp ở xương chày).

– Nhóm 4: đường gãy bắt đầu từ mặt khớp kéo dài xuyên qua đầu xương đi hết phần dày nhất của sụn tiếp hợp, sau đó đi qua một phần hành xương (hay gặp ở đầu dưới xương cánh tay).

– Nhóm 5: trong trường hợp khép hoặc dạng một lực ép lớn chuyển qua đầu xương tới một phần sụn tiếp hợp ép lớp tế bào mầm của tế bào sụn, di lệch tối thiểu nhưng dễ nhầm với bong gân. (hay gặp trong khớp gối, cổ chân).

3. CHẨN ĐOÁN

– Bệnh sử khó xác định với trẻ nhỏ.

– Gãy hoàn toàn có đủ triệu chứng.

+ Đau vùng gãy

+ Bớt lực vận động.

+ Sưng nề.

+ Biến dạng.

+ Có thể có bầm tím.

– Xquang: ở trẻ em cần được chụp toàn bộ 2 khớp trên dưới ổ gãy và chụp đối xứng để so sánh, ở trẻ nhỏ có tổn thương đầu xương dài, trong đó tâm cốt hoá chưa xuất hiện trên Xquang, nên chẩn đoán sẽ gặp khó khăn.

4. ĐIỀU TRỊ

Tuỳ theo mức độ tổn thương, tuổi để có quyết định xử trí.

– Điều trị bảo tồn là chính, với gây mê và tê vùng kéo nắn hoặc kéo liên tục > bất động bột trên dưới, thời gian theo lứa tuổi, bất động trên dưới khớp của ổ gãy.

– Tiếp xúc chính xác mặt gãy là không cần thiết và gấp góc ở đầu xương < 20 là chấp nhận được.

– Điều trị phẫu thuật khi có các yếu tố sau:

+ Tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy hở, chèn ép khoang hoặc có tổn thương khác kèm theo.

+ Điều trị bảo tồn thất bại.

+ Gãy phạm khớp độ IV.

4.1. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay

– Gây mê kéo nắn bó bột nếu thất bại mổ xuyên đinh Kirschner cố định ngoại vi.

Bột ở tư thế cẳng tay sấp. 7-10 ngày thay bột tránh di lệch thứ phát trong bột.

– Nếu gãy hở tổn thương mạch, thần kinh, mổ kết xương.

4.2. Gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay

– Gây mê: nắn bột ngực vai cánh tay dang 90° gấp trước, 60° và xoay trung gian.

– Mổ: khi kéo nắn thất bại, gân cơ nhị đầu chèn ổ gãy xuyên đinh Kirschner.

4.3. Gãy thân xương cánh tay

– Gây mê: nắn bột ngực vai cánh tay cẳng tay.

– Mổ khi tổn thương thần kinh, mạch máu, hở.

4.4. Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay

– Gãy không di lệch: bó bột chụp lại sau 2 tuần.

– Gãy di lệch: mổ cố định bên trong.

4.5. Gãy mỏm trên lồi cầu trong xương cánh tay

– Ít di lệch: bó bột.

– Di lệch rõ: phẫu thuật cố định.

Nếu trẻ lớn lấy bỏ mảnh gãy và cố định gãy.

4.6. Gãy Monteggia - gãy xương và sai khớp (gãy 1/3 trên xương trụ và sai khớp quay trụ trên).

– Nắn bó bột sớm.

– Nếu thất bại kết xương trụ đặt lại đầu xương quay và tái tạo dây chằng vòng khi cần thiết.

4.7. Gãy hai xương cẳng tay

– Gãy ít hoặc không có di lệch: bột cẳng bàn tay.

– Di lệch nhiều nên chỉnh bột bất động.

+ Gãy 1/3 trên: để cẳng tay ngửa tối đa.

+ Gãy 1/3 giữa: cẳng tay trung gian.

+ Gãy 1/3 dưới: cẳng tay sấp tối đa.

4.8. Gãy Galeazzi và sai khớp quay trụ dưới (gãy 1/3 dưới xương quay).

Gây mê nắn bó bột.

4.9. Gãy xương ngón và bàn tay

– Gãy vụn đầu dưới đốt ngón - nẹp.

– Gãy giữa đốt - nắn chỉnh nẹp từ khuỷu tới ngón.

– Gãy xương bàn tay - nắn bó bột.

– Gãy chữ T - Mổ xuyên đinh Kischner.

4.10. Gãy cổ xương đùi

– Điều trị có nhiều phương pháp:

+ Kéo liên tục.

+ Nắn chỉnh - nẹp Thomas.

+ Mổ nắn chỉnh cố định trong bằng nẹp vít.

– Biến chứng:

+ Hoại tử vô khuẩn.

+ Biến dạng Coxavara.

+ Lùi sớm đầu xương - ngắn chi.

4.11. Gãy thân xương đùi

– Chống sốc: do mất máu và đau.

– Gây mê kéo nắn bó bột có thể chấp nhận được di lệch chồng <2cm và gấp góc không quá 20° (ở trẻ dưới 10 tuổi).

– Mổ có biến chứng mạch, thần kinh, gãy hở hoặc theo nguyện vọng của gia đình.

4.12. Gãy xương bánh chè

– Ít di lệch: bất động bột với gối duỗi.

– Di lệch: khâu lại mặt ngoài và trong cơ tứ đầu và nắn lại xương.

1.13. Gãy thân xương chày mác: nắn chỉnh bó bột.

1.14. Gãy cột sống

- Không liệt: kéo liên tục - giường bột trong 2 tháng.
- Có liệt: mổ cố định hoặc dính khớp.

1.15. Gãy xương chậu: chống sốc.

Tuỳ vị trí và tổn thương cụ thể để điều trị.

Gãy không vững có làm rời cung xương chậu.

- Gãy ép trước sau tạo lên gãy cung xương chậu và khớp mu - bất động khớp háng ở tư thế xoay trong.
- Gãy ép ngoài: gãy cả 2 xương chậu + 2 xương mu - nằm giường bột.

1.16. Gãy xương trong sâm khoa

- Gãy thân xương dài: băng hoặc nẹp tuỳ vị trí.
- Gãy sụn tiếp hợp.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Biến chứng ngay

- Sốc.
- Gãy hở.
- Chèn ép khoang.
- Tím ngay khi nắn có thể xảy ra.

5.2. Biến chứng sớm

- Rối loạn dinh dưỡng.
- Hội chứng Volkman.

5.3. Biến chứng muộn

- Liệt thần kinh.
- Vẹo trục và can lệch.
- Tiêu chỏm hoặc đầu xương sụn.
- Viêm xương.
- Khớp giả.

CỨNG DUỖI KHỚP GỐI

Cứng duỗi khớp gối (CDKG) là tình trạng bệnh lý với hình thái khớp gối hạn chế gấp ở vị trí trung gian do xơ hoá cơ tứ đầu đùi (thường do tiêm kháng sinh trong cơ ở trẻ em).

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Tiền sử có tiêm kháng sinh trong cơ tứ đầu đùi.
- Xương bánh chè nhỏ và cao hơn bên đối diện.
- Chu vi vòng đùi nhỏ.
- Lõm da (rõ khi gấp gối, có thể có 2 lõm da).
- Da mỏng, khả năng đàn hồi và nếp gấp giảm.
- Không có khả năng tự co cơ.
- Dáng đi bất thường: luôn dang và xoay đùi ra ngoài.
- Không gấp được khớp gối hoặc gấp hạn chế.

1.2. Xquang - xét nghiệm

- Loãng xương đầu dưới xướng đùi, đầu trên dưới chày.
- Xương bánh chè nhỏ và loãng xương, nằm cao hơn bên lành.
- Lồi cầu xương đùi bẹt, biến dạng mặt khớp xương chày.
- Gãy xương đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày.
- Các xét nghiệm khác cần thiết cho phẫu thuật điều trị.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Chỉ định

- Góc gấp gối dưới 60°.
- Góc gấp chủ động và thụ động không thay đổi.
- Thời gian mang bệnh trên 1 năm và đã được điều trị vật lý không kết quả.
- Lực cơ tứ đầu đùi đạt từ 3 điểm trở lên.

2.2. Nguyên tắc trong phẫu thuật CDKG

- Tuỳ thuộc tổn thương nhân thấy trong mổ.
- Không dập khuôn theo một kỹ thuật được chọn sẵn.
- Thứ tự cắt, tách cơ:

+ Cơ rộng ngoài.
+ Cơ rộng giữa.
+ Cơ rộng trong.
+ Cơ thẳng đùi.
+ Tách xơ dính đơn thuần.

2.3. Kỹ thuật phẫu thuật

2.3.1. Kỹ thuật THOMPSON T.C. 1944

- Tách rõ 4 cơ của cơ tứ đầu đùi.
- Cắt cơ rộng giữa.

Đây là kỹ thuật ít tổn thương cơ tứ đầu đùi.

2.3.2. Kỹ thuật BENNETT G.E. 1922

- Tạo hình cơ tứ đầu hình chữ V.
- Cơ và gân được khâu ở góc gấp gối 80°.

Kỹ thuật không phải bóc tách cơ nên ít chảy máu.

2.3.3. Kỹ thuật PAYRE. 1917

(LENART G. 1975 mô tả lại kỹ thuật PAYRE. 1917).

- Kỹ thuật được nới dài cơ thẳng đùi và rộng giữa.
- Tổn thương cơ tứ đầu nặng nề, gây mất duỗi.

2.3.4. Kỹ thuật của JUDET J. 1956, 1980

- Cắt và làm trượt cơ tứ đầu, chảy máu.
- Dải chậu chày nới dài chữ Z 1/3 dưới đùi (1956).

V 1/3 trên đùi (1980).

2.3.5. N.N. Hưng. 1984

Thực hiện khi cơ tứ đầu xơ hoá nặng nề.

- Chuyển dải chậu chày và cơ căng cân đùi cho cơ tứ đầu.
- Chuyển trực tiếp bằng quấn bọc hoặc nối tăng cường.

3. TẬP LUYỆN SAU PHẪU THUẬT

- Tập vận động 3 ngày sau phẫu thuật, gấp gối tối đa 90 độ.
- Lần tập vận động đầu tiên do phẫu thuật viên trực tiếp thực hiện.
- Sau lần tập đầu tiên, điều dưỡng viên thực hiện ngày 2 lần.
- Hướng dẫn cha mẹ bệnh nhân tập vận động cho bệnh nhi liên tục trong 3-6 tháng.

4. BIẾN CHỨNG

- Hoại tử mép da theo đường mổ gặp 31%.

Khắc phục bằng tạo hình da chữ Z.

- Gãy xương đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày.

SAI KHỚP HÔNG BẨM SINH
(Loạn sản khớp hông bẩm sinh)

Loạn sản khớp hông bẩm sinh bao gồm sai khớp một phần, loạn sản ổ cối, và sai khớp toàn bộ của đầu xương đùi với ổ cối.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Ortolani test: nhẹ nhàng dang, khép gấp hông phát hiện sai khớp đầu xương đùi với ổ cối.
- Barlow test: tăng vận động phát hiện sai khớp một phần hoặc sai khớp ra sau bằng ép trực tiếp theo trục dọc xương đùi trong khi khớp hông khép.

– Galeazzi sign: đầu xương đùi không chỉ sai lệch mà còn lên trên do có sự ngắn của xương đùi.

1.2. Xquang

– Đường Perkins: đường thẳng.

– Đường Hilgenreiner: đường ngang.

Xác định vị trí đầu xương đùi.

– Đường Shenton: vòng cung cổ bịt.

Bình thường chỉ số ổ cối bằng hoặc nhỏ hơn 30°.

2. ĐIỀU TRỊ

Chia làm 5 nhóm tuổi:

(1). Sơ sinh tới 6 tháng tuổi, (2). Trẻ nhỏ, 6-18 tháng tuổi, (3). Tuổi chập chững từ 18 tới 36 tháng, (4). Trẻ nhỏ và bé từ 3 tới 8 tuổi và (5). Trẻ lớn, trên 8 tuổi.

2.1. Từ sơ sinh tới 6 tháng tuổi

Nắn bột, bột theo tư thế sản khoa trong 6 tuần - 3 tháng.

2.2. Từ 6 tháng đến 18 tháng

– Bột hoặc

– Phẫu thuật:

+ Cắt cơ khép, cơ thắt lưng chậu, cắt rìa ổ cối.

+ Tạo hình bao khớp.

2.3. Từ 18 tháng đến 36 tháng tuổi

2.3.1. Phẫu thuật

– Chuẩn bị trước mổ:

Vô khuẩn vùng khớp hông, mông và sinh dục.

– Kỹ thuật:

Chọn lựa kỹ thuật tuỳ thuộc vào góc cổ xương đùi, chỉ số ổ cối:

+ Trẻ nằm ngửa, kê độn mông.

+ Thì 1: rạch da mặt sau ngoài mông, mặt trước khớp hông, kéo dài về mặt ngoài đùi.

Cắt cơ thẳng đùi, thắt lưng chậu.

+ Thì 2: cắt xương chậu, tạo hình ổ cối.

Kết hợp xương.

+ Thì 3: tạo hình bao khớp

Cắt bao khớp, cắt Lymbus.

+ Thì 4: cắt xương đùi tương ứng liên mấu chuyển

Cắt tạo chêm xương, làm ngắn xương 1-2cm.

Xoay ngoài khoảng 15-30°.

Kết hợp xương.

2.3.2. Theo dõi sau mổ

Theo dõi chèn ép bột.

Bột giữ trong 6 tuần.

Sau 6 tuần bỏ bột, tập vận động.

2.4. Trẻ từ 3 tuổi tới 8 tuổi

Tuỳ thuộc chiều dài chi, chỉ số ổ cối, góc cổ - thân xương đùi.

- Tạo hình bao khớp có hoặc không.
- Tạo hình ổ cối với cắt xương chậu có hoặc không.
- Tạo hình góc cổ - thân xương đùi với cắt xương đùi.

Trong trường hợp cần thiết, cắt cơ khép, cơ thắt lưng chậu.

2.5. Trẻ lớn (trên 8 tuổi)

Tuỳ thuộc vào chiều dài chi, tình trạng ổ cối, tình trạng đầu xương đùi.

Phẫu thuật theo Chiari:

- Kỹ thuật:

Bệnh nhân nằm ngửa, kê độn mộng.

Rạch da mặt trước hông.

Bộc lộ và cắt nguyên ủy cơ may, cơ thẳng đùi (phục hồi sau khi cắt xương chậu).

Cắt xương chậu trên nguyên uỷ cơ may.

- Theo dõi sau mổ:

Theo dõi chèn ép bột.

Bột giữ trong 8 tuần.

Sau 8 tuần bỏ bột, tập vận động.

3. KHÁNG SINH VÀ GIẢM ĐAU KHI MỔ

- Kháng sinh:

+ Tarcefoksym 100mg/kg/ngày x 5-7 ngày.

+ Gentamicin 5mg/kg/ ngày x 5-7 ngày.

- Giảm đau sau mổ:

Paracetamol, Dafangan < 60mg/kg/ngày, chỉ sử dụng 2-3 ngày sau mổ.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BÀN CHÂN KHOÈO BẨM SINH

Hình thái tổn thương chung của bàn chân khoèo thường thấy với bàn chân thuổng khép, ngửa và lõm. Tuy nhiên còn một số tổn thương ít gặp là hình thái xoáy trong xương chày.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Bàn chân thuổng, khép, ngửa.
- Chú ý một số biến dạng kết hợp: lõm, xoay trong của cẳng chân..

1.2. Xquang

- Đánh giá góc tạo thành giữa trục xương sên - gót.
- Đánh giá tia trong: trục xương sên, thuyền, chêm I, xương bàn I.
- Đánh giá tia ngoài: trục xương gót, hộp, xương bàn V.

2. ĐIỀU TRỊ

Có hai phương pháp điều trị bàn chân khoèo bẩm sinh: điều trị bảo tồn bằng nắn, băng bột và phẫu thuật.

2.1. Điều trị bảo tồn bằng nắn, băng bột

2.1.1. Nguyên tắc

– Điều trị tại nhà hộ sinh, một vài ngày sau khi trẻ ra đời.

– Bàn chân có khả năng đưa biến dạng Varus thụ động về vị trí trung gian (0°).

– Nắn chỉnh và băng, bột từng thì; ưu tiên sửa chữa biến dạng vẹo trong và ngửa.

– Hướng dẫn cho cha mẹ bệnh nhân có thể tự nắn, băng và theo dõi trong quá trình điều trị.

– Đánh giá kết quả khách quan sau 6 lần thay bột (2 tuần một lần thay bột) và có thể sau 3 đến 5 tháng; những trường hợp tiến triển kém hoặc đáp ứng chậm cần được chỉ định phẫu thuật.

– Không nắn chỉnh và băng bột vói trẻ co cứng dính khớp nhiều nơi bẩm sinh.

2.1.2. Kỹ thuật

- *Kỹ thuật Kite 1932*

– Nắn chỉnh nhẹ nhàng các biến dạng bàn chân.

– Bó bột đùi, bàn chân. Sau 3-4 ngày cắt bột hình "múi cam", hình "chêm" mặt ngoài bàn chân để chỉnh dần Varus.

– Hết biến dạng Varus, lại tiếp tục cắt "chêm", "múi cam" phía mu cổ chân, chỉnh thuổng bàn chần.

- *Kỹ thuật Sturin A.V. 1955*

– Thì 1: nắn chỉnh và bột từ 1-3 trên cẳng chân xuống tới khớp Lisfran. Nắn chỉnh vị trí khép lại tại khớp này, bột từ 1/3 trên cẳng chân tới ngón chân.

– Thì 2: cắt băng bột của thì 1 từ 1/3 trên cẳng chân tới khớp Chopart, nắn chỉnh tư thế thuổng bàn chân.

2.2. Phẫu thuật

2.2.1. Nguyên tắc

– Điều trị, nắn chỉnh và băng bột thất bại hoặc biến dạng bàn chân đáp ứng kém, chậm.

– Phẫu thuật được thực hiện càng sớm (theo tuổi) kết quả càng tốt, kỹ thuật càng đơn giản.

– Thực hiện phẫu thuật nhẹ nhàng tránh tổn thương mặt sụn khớp và tâm cốt hoá.

– Đánh giá mức độ biến dạng và tổn thương giải phẫu bệnh cần được kết hợp giữa lâm sàng và Xquang. Trên cơ sở tổn thương này lựa chọn kỹ thuật thích hợp cho từng bệnh nhân cụ thể.

– Lựa chọn kỹ thuật thực hiện trên trẻ cần hạn chế mức độ tối đa thực hiện trên xương.

– Làm dài gân cơ, chuyển gần cơ tránh quá mức; tạo cân bằng lực cơ, không gây biến dạng ngược lại biến dạng ban đầu.

– Bất động bột trong 3-5 tháng, sau bỏ bột trẻ cần được đi giầy chỉnh hình, điều trị vật lý phục hồi chức năng bàn chân.

– Thực hiện kỹ thuật tuân thủ theo phân chia nhóm tuổi theo tình trạng cốt hoá xương tụ cốt bàn chân.

2.2.2. Kỹ thuật phẫu thuật

a. Chuẩn bị trước mổ

– Vệ sinh, làm sạch toàn chi bên phẫu thuật từ nếp bẹn tới ngón chân.

– Băng vô khuẩn bàn chân trước khi chuyển đi mổ.

b. Kỹ thuật phẫu thuật: (theo nhóm tuổi)

• *Nhóm thứ nhất (Dưới 24 tháng tuổi)*

– Rạch da mặt trong bàn chân từ khớp chêm I bàn I tới dưới mắt cá chân trong kéo dài về gốc chi khoảng 10cm.

– Bộc lộ gân chày sau, cắt rời hoặc làm dài.

– Bộc lộ gân gấp chung và gấp riêng ngón I làm dài.

Cắt các dây chằng và bao khớp: dây chằng Deltoid, dây chằng chày thuyền, dây chằng bao khớp sên - gót, sên - thuyền.

– Bộc lộ gân Achilles, nới dài.

• *Nhóm thứ hai (> 24 tháng - ≤6 tuổi)*

– Thực hiện như với trẻ dưới 24 tháng tuổi.

– Chuyển gân cơ chày trước về xương hộp hoặc nền xương bàn III hoặc IV.

• *Nhóm thứ ba (6 tuổi - ≤9 tuổi)*

– Thực hiện như với trẻ 2- 6 tuổi

– Trong trường hợp cần thiết làm dính khớp gót hộp.

– Phẫu thuật đóng cứng khớp chỉ thực hiện cho trẻ lớn có biến dạng nặng nề, đi lại đau, mất chức năng khớp hoặc không thể chỉnh hình bằng các phẫu thuật khác.

c. Kỹ thuật thực hiện can thiệp vào 3 khớp

– Khớp sên - gót (Lambrinudi).

– Khớp sên - thuyền.

– Khớp gót - hộp.

3. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

3.1. Theo dõi bột

– Tình trạng chèn ép bột.

– Thay bột sau 3 tuần phẫu thuật.

– Thay bột lần thứ hai: sau 9 tuần (từ ngày phẫu thuật).

– Giữ bột đủ 5 tháng.

3.2. Kháng sinh và giảm đau khi mổ

– Kháng sinh:

+ Tarcefoksym 100mg/kg/ngày x 5-7 ngày

+ Gentamicin 5mg/kg/ngày x 5-7 ngày

– Giảm đau sau mổ:

Paracetamol, Dafangan < 60mg/kg/ngày, chỉ sử dụng 2-3 ngày sau mổ.

VIÊM XƯƠNG, TỦY XƯƠNG

Viêm xương, tủy xương (VXTX) là trạng thái viêm mủ tất cả các thành phần của xương.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

Phân chia giai đoạn trong VXTX:

- Giai đoạn cấp: trong 48 - 72 giờ đầu.
- Giai đoạn trung gian: ngoài 48 giờ tới 3 tuần.
- Giai đoạn mạn tính: có xương chết, có rò mủ.

• *Giai đoạn cấp và trung gian*

- Hội chứng nhiễm khuẩn điển hình

  Sốt

  Nôn

  Co giật hoặc li bì

  Bạch cầu cao, tốc độ máu lắng cao.

- Đau: đau tập trung ở vùng hành xương.

Đau phát sinh tự nhiên, đau tăng lên khi vận động và khi được sờ nắn.

- Sưng nề tại chỗ: thực tế là sưng nề lan rộng.

• *Giai đoạn mạn tính*

- Viêm rò kéo dài.
- Dịch mủ viêm thối, có kèm theo mảnh xương chết.
- Có đợt bột phát cấp của giai đoạn mạn tính (lâm sàng như trong giai đoạn cấp và trung gian).

Với màu sắc da không đồng nhất.

1.2. Xét nghiệm - Xquang

- Công thức máu: số lượng bạch cầu và tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao. Tốc độ lắng máu tăng cao.

– Chọc hút vùng hành xương (trong 72 giờ đầu) hoặc thân xương (sau 72 giờ) có mủ.

– Chụp phóng xạ đồ nếu có điều kiện.

– Siêu âm.

– Chụp cộng hưởng từ.

– Xquang:

Dấu hiệu Xquang trong viêm xương, tuỷ xương thường xuất hiện muộn.

+ Trong giai đoạn cấp hoặc trung gian: phản ứng cốt mạc thấy được trên Xquang thường ngoài 2 đến 3 tuần.

+ Trong giai đoạn mạn tính:

. Điển hình với hình ảnh xương chết.

. Ổ viêm khuyết xương.

. Xương xơ kết (xơ chai).

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc điều trị

– Nguyên tắc điều trị trong viêm xương, tuỷ xương giai đoạn cấp và trung gian:

+ Dẫn lưu mủ triệt để

+ Giảm áp lực ống tuỷ sớm

+ Kháng sinh liệu pháp và

+ Bất động.

– Nguyên tắc điều trị trong viêm xương, tuỷ xương giai đoạn mạn tính:

+ Làm sạch ổ viêm (tổ chức viêm, xương chết).

+ San bằng, lấp đầy ổ khuyết viêm xương.

+ Dẫn lưu triệt để.

+ Kháng sinh liệu pháp.

2.2. Kháng sinh liệu pháp

Nguyên tắc:

– Sử dụng theo kháng sinh đồ.

– Thời gian sử dụng liên tục trong 6 tuần (tiêm tĩnh mạch và uống).

2.3. Phẫu thuật khoan xương tưới rửa kháng sinh

- Kỹ thuật khoan xương, đặt hệ thống tưới rửa kháng sinh:

+ Rạch da trực tiếp qua vùng viêm mủ, theo đường rạch cổ điển.

+ Làm rạch ổ viêm, mủ.

+ Khoan xương dọc theo xương.

+ Bơm rửa sạch ống tuỷ bằng dung dịch natri clorua 0,9%.

+ Đặt catheter số 6 hoặc 8 trong ống tuỷ.

+ Đặt dẫn lưu ngoài xương.

- Dung dịch tưới rửa:

Dung dịch chloramphenicol 0,05% x 2.000ml / 24 giờ hoặc

Dung dịch natriclorua 0,9% + gentamicin 80mg x 2.000ml/24 giờ.

Liên tục tưới rửa trong 7 ngày.

2.4. Điều trị sau khi ra viện

- Giữ bột liên tục 6 tuần (từ ngày phẫu thuật).

- Kháng sinh:

+ Theo đường uống.

+ Theo kháng sinh đồ, với liều bằng tiêm tĩnh mạch cloxacilin 50mg/kg/ngày.

+ Đủ 6 tuần (từ ngày phẫu thuật).

VIÊM MỦ KHỚP

Viêm mủ khớp là hậu quả của viêm xương, tuỷ xương mà vùng hành xương nằm trong bao khớp hoặc có thể ổ viêm xương phá vỡ tổ chức khớp đưa mủ vào trong khớp.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn.

- Vùng khớp lấp đầy rãnh tự nhiên.

- Giả liệt quay trong viêm mủ khớp vai sơ sinh.
- Sai khớp hông (nếu có) thường gặp sai khớp hông thể chậu.
- Chọc dò khớp, có hoặc chưa hút được mủ khớp.

1.2. Xquang

- Dấu hiệu sai khớp hoặc sai khớp một phần.
- Khe khớp doãng rộng.
- Hình ảnh viêm xương vùng hành xương sát với khớp viêm mủ.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc phẫu thuật

- Phẫu thuật cấp cứu.
- Dẫn lưu mủ triệt để.
- Khánh sinh liệu pháp.
- Bất động.

2.2. Kỹ thuật phẫu thuật

2.2.1. Phẫu thuật vào khớp theo đường mặt trước khớp hông

(Shede hoặc Hueter)

- Ưu điểm:

+ Tư thế bệnh nhân thuận lợi (Nằm ngửa).

+ Thao tác phẫu thuật không khó khăn nhất là trong những trường hợp có sai khớp.

+ Vết mổ ở mặt trước khớp nên chăm sóc sau mổ thuận tiện.

- Nhược điểm:

Dẫn lưu mủ không triệt để

2.2.2. Phẫu thuật vào khớp theo đường mặt sau khớp (OBER)

- Ưu điểm:

Dẫn lưu mủ tốt.

- Nhược điểm:

+ Vào khớp phải qua một lớp cơ dày.

+ Do đường mổ ở mặt sau khớp nên chăm sóc sau mổ khó khăn.

2.2.3. Đường mổ vào những khớp khác theo kỹ thuật cổ điển

2.3. Phẫu thuật, tưới rửa kháng sinh ổ khớp

- Rạch da và mở khớp theo nguyên tắc cổ điển.
- Đặt catheter số 6 hoặc 8 trong khớp và đặt dẫn lưu ngoài khớp.
- Đóng kín bao khớp.

2.4. Dung dịch tưới rửa

- Dung dịch chloramphenicol 0,05% x 2.000ml / 24 giờ hoặc
- Dung dịch natriclorua 0,9 % + gentamicin 80mg x 2.000ml/ 24 giờ
- Liên tục tưới rửa trong 48 giờ.

2.5. Bất động sau phẫu thuật

- Bất động theo tư thế cơ năng của từng khớp.
- Thời gian bất động: 6 tuần (kể từ ngày mổ).

2.6. Điều trị sau khi ra viện

- Giữ bột liên tục 6 tuần (từ ngày phẫu thuật).
- Kháng sinh:

+ Theo đường uống.

+ Theo kháng sinh đồ, với liều bằng tiêm tĩnh mạch cloxacilin 0mg/kg/ngày.

- Đủ 6 tuần (từ ngày phẫu thuật).

Chương 16

GÂY MÊ PHẪU THUẬT

TIỀN MÊ Ở TRẺ EM

1. MỤC ĐÍCH CỦA TIỀN MÊ

– Tạo điều kiện thuận lợi tách trẻ em ra khỏi bố mẹ ruột một cách nhẹ nhàng, để tạo điều kiện thuận lợi cho việc gây mê.

– Những tác dụng khác có thể đạt được do tác dụng dược lý của thuốc mê.

+ Giảm sự lo lắng, an thần, dễ quên, gây ngủ.

+ Ngăn chặn những stress sinh lý (tránh nhịp tim nhanh ở bệnh nhân tim bẩm sinh có tím).

+ Làm giảm tổng liều thuốc mê.

+ Làm giảm khả năng hít phải dịch acid dạ dày.

+ Cắt được các phản xạ thần kinh thực vật.

+ Làm giảm tiết nước bọt và sự bài tiết.

+ Làm giảm buồn nôn và nôn.

+ Làm giảm đau trong mổ.

2. NHỮNG SỰ CÂN NHẮC TRƯỚC KHI TIỀN MÊ

– Thời gian thoả đáng cho thuốc có tác dụng (tuỳ thuộc vào thuốc tiền mê).

– Cân nhắc đường đưa thuốc vào (đường nào làm cho trẻ ít sợ nhất sẽ đạt được lợi ích hơn dự báo).

– Bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc tiền mê được sử dụng không? (rối loạn tâm thần, tăng áp lực nội sọ, khó thở, thiếu khối lượng tuần hoàn...).

– Những tác dụng phụ của thuốc có làm ảnh hưởng tới sự thiếu khối lượng tuần hoàn, suy hô hấp, tăng nhịp tim.

– Trẻ em < 6 tháng không cần tiền mê (vì dễ tách mẹ, dễ suy hô hấp).

– Tuổi vị thành niên đặc biệt nhạy cảm về thân thể và dễ mất sự kiềm chế.

– Những bệnh nhân đã có sự khó chịu lần vào viện trước đó.

– Những bệnh nhân không thể giao tiếp được hoặc không có sự hợp tác.

– Bố mẹ bệnh nhân có được vào phòng mổ không? Sự xuất hiện của bố mẹ như là liều thuốc tiền mê, giảm sự lo lắng của bệnh nhân đáng kể.

– Nên dán EMLA (Entectic mixture of local anesthetics 25% lidocain + 25% prilocain) tránh gây đau khi tiêm, dán trước khi tiêm 1 giờ, không dùng cho sơ sinh.

3. NHỮNG NHÓM THUỐC TIỀN MÊ

3.1. Nhóm benzodiazepin

- *Diazepam*

– Tác dụng:

+ Làm giảm sự lo lắng, an thần, ít ảnh hưởng tới tuần hoàn, hô hấp, ít khi gây nôn và buồn nôn.

+ Hấp thu qua đường ruột tốt hơn tiêm bắp.

+ Dễ kết tủa và là nguyên nhân gây cảm giác nóng, đau, khi tiêm tĩnh mạch.

+ Liều thấp có tác dụng ngược lại: hưng phấn, kích thích...

+ Thời gian bắt đầu tác dụng chậm nhưng kéo dài.

– Liều lượng:

0,1- 0,2mg/kg/TM; 0,5mg/kg/uống, đặt hậu môn, TB.

- *Midazolam*

– Tác dụng:

+ Thời gian tác dụng nhanh, sử dụng rộng rãi trong tiền mê, không ảnh hưởng tới tuần hoàn, hô hấp.

+ Tác dụng ngắn tốt cho mổ cấp cứu và mổ trong ngày.

– Liều lượng: 0,5mg/kg/uống; lmg/kg/đặt hậu môn; 0,08 - 0,5mg/kg/TB; 0,2-0,3mg/kg/nhỏ mũi.

3.2. Nhóm barbitural

Phenobarbital hoặc secobarbital:

– Tác dụng:

+ An thần, giảm đau, nhưng làm giảm tuần hoàn và suy hô hấp.

+ Gây ngứa và có cảm giác khó chịu, đau lâu khi tiêm bắp.

– Liều lượng: 2-3mg/kg/uống; 2-4mg/kg/ đặt hậu môn; 3-4mg/kg/ TB.

3.3. Nhóm Opioid

Morphin hoặc meperidin:

– Tác dụng:

+ Làm an thần giảm đau, có ức chế tuần hoàn, hô hấp, gây buồn nôn và nôn, ngứa và có cảm giác khó chịu.

+ Kết hợp với barbiturat và scopolamin có tác dụng giảm đau tốt, đặc biệt với bệnh nhân bị bệnh tim có tím.

– Liều lượng: morphin: 0,1 - 0,2mg/kg/TM, TB; meperidin 1-2mg/kg/ TM, TB.

3.4. Nhóm anticholinergic

Atropin và scopolamin:

– Tác dụng:

+ Giảm tiết nước bọt, giảm tiết dịch (Có thể gây sốt, co giật, mẫn đỏ, khô miệng).

+ Nên cho nhóm thuốc này khi phẫu thuật: có co kéo đường thở, hoặc dây thần kinh X.

+ Co kéo màng bụng, mổ mắt hoặc trước đó có dùng succinylcholin và ketamin.

+ Atropin có tác dụng lên dây thần kinh X tốt hơn scopolamin nhưng scopolamin có tác dụng giảm đau và ít khô miệng hơn atropin.

– Liều lượng: Abropin 0,02mg/kg/TB, uống. 0,01mg/kg TM.

Scopolamin 0,02mg/kg/TB. 0,01mg/kg/TM.

4. NHỮNG THUỐC VỪA DÙNG LÀM TIỀN MÊ VỪA DÙNG LÀM KHỞI MÊ

– Ketamin dùng tiền mê rất tốt cho bệnh nhân bất hợp tác. Nhược điểm tăng tiết dịch có thể gây nôn, co thắt thanh quản (do bảo vệ đường thở), nhịp tim nhanh và tăng HA.

– Khi dùng ketamin nên dùng kết hợp với nhóm thuốc antisalagogue để giảm thiểu tiết nước bọt và tiết dịch.

Liều lượng: ketamin 2-5mg/kg/TB; 3mg/kg/nhỏ mũi; 8-10mg/kg/bơm hậu môn.

Thiopental và propofol với liều nhỏ làm cho bệnh nhân ngủ ngay tránh được sự lo lắng.

Liều lượng: Thiopental 1-2mg/kg/TM.

Propofol 0,5-1mg/kg/TM.

GÂY MÊ PHẪU THUẬT TIM BẨM SINH CÓ SHUNT TRÁI - PHẢI

– Shunt trái - phải là shunt thông giữa động mạch và tĩnh mạch mà dòng máu được chảy từ nơi có áp lực cao tới nơi có áp lực thấp (trái qua phải). Những thương tổn này làm tăng tuần hoàn phổi. Nhóm bệnh này thường làm suy tim phải.

– Những thương tổn bao gồm: thông liên thất; thông liên nhĩ; PCA; cửa sổ chủ phổi.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

– Điều trị tốt tất cả những rối loạn về chức năng của tim mà do thương tổn gây ra cho tới ngày trước mổ.

– Điều trị và phòng ngừa viêm nội tâm mạc, viêm phổi, phế quản...

– Tránh hạ đường huyết, đặc biệt những bệnh nhân có xanh tím (có thể cho uống nước đường trước mổ 2 giờ hoặc uống sữa trước mổ 3 giờ).

– Đối vối trẻ lớn, đêm trước mổ cho an thần tốt tránh lo lắng, hồi hộp mất ngủ. Có thể cho uống midazolam 0,5-0,7mg/kg hoặc seduxen 0,2mg/kg.

2. TIỀN MÊ

– Thận trọng với trẻ có suy tim nặng.

– Tránh bọt khí gây tắc mạch khi tiêm truyền (bọt khí từ tĩnh mạch qua shunt vào hệ thống tuần hoàn chung).

– Đối với trẻ em < 6 tháng không cần tiền mê.

– Đối với trẻ em > 6 tháng có hợp tác cho bố hoặc mẹ cùng vào phòng mổ úp halothan, sevofluran từ từ cho tới khi ngủ tốt tiến hành truyền tĩnh mạch, khởi mê...

– Nếu trẻ không hợp tác, cho tiền mề theo những công thức sau:

+ Midazolam: 0,5mg/kg uống. 0,08 - 0,5mg/kg, tiêm bắp. 0,2-0,3mg/kg nhỏ mũi hoặc

+ Seduxen: 0,1- 0,5/mg/kg uống, đặt hậu môn, tiêm bắp hoặc

+ Morphin: 04-0,2mg/kg, tiêm bắp.

+ Atropin: 0,1-0, 2mg/kg, tiêm bắp.

+ Ketamin: 1-2mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch (tốt cho trẻ có xanh tím, và liều này không làm tăng áp phổi).

– Đối với trẻ lớn có thể lấy ven và tiền mê ở ngoài phòng mổ hoặc trong phòng mổ tuỳ mức độ hợp tác của trẻ.

3. KHỞI MÊ

3.1. Thuốc mê

– Có thể dùng nhóm thuốc mê bốc hơi như: halothan, isofluran, sevofluran 1-2% hoặc có thể dùng nitrousoxyd 50% để làm giảm cung lượng tim, giảm HA và làm tăng sức cản ở phổi làm máu lên phổi được hạn chế (bất lợi khi có shunt phải - trái, tăng áp lực, giảm tưới máu phổi).

– Có thể dùng thuốc mê tĩnh mạch như:

+ Thiopental (3-5mg/kg, TM) hoặc propofol (2-2,5mg/kg TM) hoặc

+ Etomidat (0,3mg/kg, TM).

+ Ketamin không nên dùng vì tăng mạch, tăng huyết áp dẫn tới tăng shunt trái phải.

3.2. Thuốc giãn cơ

– Rocuronium (0,6mg/kg, TM) hoặc

– Norcuron (0,1mg/kg, TM) hoặc

– Succinylcholin (2mg/kg, TM).

– Atropin (0,1-0,2mg/kg, TM). Tránh làm chậm nhịp tim và ngừng tim.

4. DUY TRÌ MÊ

– Có thể dùng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi như đã nêu trên. Liều lượng tuỳ thuộc vào tình trạng bệnh nhân.

– Thuốc giảm đau

+ Fentanil: 5-7μg/kg, TM. Liều đầu (tổng liều 50-100μg/kg).

+ Sufentanil: 5-15mg/kg hoặc

+ Morphin: 0,1-0,2mg/kg, TM.

– Thở máy hoặc bóp bóng bằng tay duy trì thở vào với áp lực dương tính (làm tăng sức cản tuần hoàn phổi sẽ làm giảm máu về phổi).

– Giảm nồng độ oxy thở vào hạn chế máu lên phổi (oxy làm giãn mạch máu phổi).

– Theo dõi trong gây mê: quan trọng bậc nhất trong gây mê là duy trì mạch, huyết áp ở mức độ thấp của giới hạn sinh lý và tránh các phản xạ bất lợi khi mổ lồng ngực.

– Nhịp nhanh thất và rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, thường xảy ra ngay sau khi mổ, đôi khi bền bỉ và phải can thiệp.

– Nếu có tăng áp phổi trước mổ thì sau khi đóng ống thông sẽ làm tăng hậu gánh thất phải, làm giảm áp là cần thiết bằng cách tăng nồng độ oxy thở vào và các thuốc giãn mạch: Isoproterenol (Isuprel) 0,1-1μg/phút.

– Khi có dấu hiệu hoặc có triệu chứng suy tim thở máy là cần thiết.

5. GIẢM ĐAU SAU MỔ

– Giảm đau sau mổ tim là hết sức quan trọng vì ổn định được tuần hoàn và hô hấp.

– Thuốc giảm đau có thể được dùng:

– Morphin: 0,1- 0,2mg/kg,TM (suy hô hấp và giải phóng histamin) hoặc fentanil: 1-2μg/kg TM (làm suy hô hấp, mạch chậm).

– Nếu có thể luồn catheter khoang ngoài màng cứng để giảm đau sau mổ (nên đặt trong lúc gây mê).

GÂY MÊ PHẪU THUẬT TIM BẨM SINH CÓ SHUNT PHẢI - TRÁI

– Shunt phải - trái là shunt thông giữa tĩnh mạch và động mạch với sự tắc nghẽn dòng máu làm cho dòng máu đổi chiều từ phải sang trái. Máu tĩnh mạch trực tiếp vào hệ thống mạch chung bởi tâm thất trái.

– Những thương tổn gây nên shunt phải - trái, không những thông giữa tim phải và tim trái mà còn làm tăng sức cản dòng máu lên phổi. Những trẻ này biểu hiện thiếu oxy và tím.

– Những thương tổn bao gồm: tứ chứng Fallot; hẹp động mạch phổi; hẹp van ba lá.

– Mục đích gây mê bệnh nhân có shunt phải - trái, trước và trong mổ là tăng cường sự tưới máu phổi cải thiện sự trao đổi oxy.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

– Đối với trẻ sơ sinh có thể truyền prostaglandin E1 0,03 - 0,1μg/kg/phút (làm giãn mạch phổi, tăng máu lên phổi cải thiện oxy hoá để phòng tụt huyết áp, mạch chậm, loạn nhịp, suy thở hoặc ngừng thở, sốt cao).

– Có thể mổ chữa tạm thời cung cấp một sự tưới máu phổi thoả đáng để trẻ có thể chịu đựng được tới khi mổ chữa toàn bộ.

– Mục đích gây mê bệnh nhân có shunt phải - trái là: cải thiện tưới máu phổi bằng cách duy trì hoặc tăng sức cản của đại tuần hoàn và làm giảm sức cản tiểu tuần hoàn.

– Tiền mê tốt để ngăn chặn trẻ khóc và kích động (tăng sức cản phổi làm tăng thêm tồi tệ shunt phải - trái).

– Prostaglandin nên được truyền tiếp trong khi mổ.

– Điều trị dự phòng viêm nội tâm mạc.

– Thời gian có bữa ăn cuối cùng tuỳ thuộc vào tuổi: bệnh nhân < 1 tuổi nhịn ăn trước 4 giờ, nước đường trước 2 giờ; Bệnh nhân 1-2 tuổi, nhịn ăn trước 6 giờ, nước đường trước 2 giờ; Bệnh nhân > 2 tuổi, nhịn ăn trước 8 giờ. Tránh hạ đường huyết và đặc biệt ở bệnh nhân có tím.

2. TIỀN MÊ

Ketarain: 1,5 - 2mg/kg tiêm bắp.

Midazolam: 0,5mg/kg uống, 0,2-0,3mg/kg nhỏ mũi: 0,08 - 0,5mg/kg TB.

3. KHỞI MÊ

Khởi mê với 100% oxy (Có tác dụng như một thuốc đặc hiệu giãn mạch phổi, giảm sức cản mạch máu phổi).

– Những thuốc mê tĩnh mạch có thể được chọn lựa:

Ketamin 2-3mg/kg, TM hoặc

Etomidat 0,3mg/kg, TM hoặc

Propofol: 1-2mg/kg, TM (tiêm chậm tránh tụt HA) hoặc thiopental: 2-5mg/kg, TM (tiêm chậm tránh tụt HA).

– Những thuốc mê bốc hơi có thể được chọn lựa:

Halothan: 1-2% (Chú ý: Khi bệnh nhân có suy tim phải nặng không dùng).

Sevofluran: 1-2%.

– Những thuốc giãn cơ có thể được chọn lựa:

Pancuronium: 0,5mg/kg (tiêm chậm, mạch, HA không thay đổi. Tiêm nhanh có thể làm mạch nhanh và tăng HA).

Rocuronium: 0,6mg/kg, TM hoặc

Norcuron: 0,1mg/kg.

4. DUY TRÌ MÊ

– Nên duy trì mê với một trong các thuốc mê tĩnh mạch như: ketamin, etomidat, propofol, thiopental. Liều lượng tỷ lệ nghịch với mức độ suy tim.

– Những thuốc mê bốc hơi có thể kết hợp (halothan, sevofluran) nhưng phải hết sức thận trọng với những bệnh nhân suy tim nặng. Tỷ lệ % tỷ lệ nghịch với mức độ suy tim.

– Giảm đau với các thuốc dòng họ morphin

Morphin: 0,1 - 0,2mg/kg (làm giảm cả hai SVR và PVR).

Fentanil: 5-7μg/kg (tổng liều có thể 50μg/kg).

• *Theo dõi trong mổ:* mạch, HA, (nên do HA xâm nhập khi có điều kiện), nhiệt độ...

• *Những thuốc được chỉ định và chống chỉ định trong gây mê bệnh nhân có tím nặng*

– Những thuốc có thể được sử dụng:

+ Oxy 100%: có tác dụng đặc hiệu như một thuốc giãn mạch phổi → giảm áp phổi.

+ Morphin: an thần giảm đau, giảm áp phổi.

+ Ketamin: duy trì sức cản hệ thống, an thần giảm đau, tăng tưới máu phổi.

+ Phenylephrin: tăng sức cản hệ thống <SVR>.

+ Propranolol: chậm nhịp tim cải thiện máu đi qua chỗ tắc nghẽn van, giảm co thắt phễu.

+ Halothan: giảm nhịp tim, không ảnh hưởng tới sự co bóp của cơ tim.

+ Thiopental: không ảnh hưởng tới sự co bóp của cơ tim

– Những thuốc mê chống chỉ định hoặc không được sử dụng:

+ Atropin: tăng nhịp tim → giảm tống máu qua chỗ tắc nghẽn van phổi.

+ Isfluran enfluran: làm giảm tuần hoàn hệ thống, tăng nhịp tim.

+ N_2O: Giảm FiO_2; Có thể tăng áp phổi.

+ Epinephrin: có thể là nguyên nhân co thắt thất phải đẩy máu ra mạch, tăng nhịp tim.

+ Halothan: không dùng khi có suy thất phải nặng.

5. GIẢM ĐAU SAU MỔ

Morphin: 0,1-0,2mg/kg TM hoặc

Fentanil: 1-2μg/kg TM.

GÂY MÊ PHẪU THUẬT TIM BẨM SINH CÓ THƯƠNG TỔN HỖN HỢP

– Những thương tổn hỗn hợp bao gồm: những thương tổn máu bị trộn lẫn giữa máu tĩnh mạch và máu động mạch. Có thể có tắc nghẽn hoặc không có tắc nghẽn, dẫn tới tím và suy tim.

– Những thương tổn bao gồm: còn ống động mạch, chuyển vị các mạch máu lớn; bất thường toàn bộ tĩnh mạch phổi trở về; hai đường ra của thất phải; hội chứng thiểu sản tim trái.

– Vì tất cả máu tĩnh mạch và máu động mạch là "vũng máu" trước khi tim đẩy máu vào hệ thống mạch, cho nên cải thiện oxy hoá bằng cách tăng tới máu phổi là không có thể.

– Tăng tới máu phổi hoặc tăng sức cản hệ thống sẽ không cải thiện được oxy hoá mà còn tồi tệ hơn suy thất.

– Sự cố gắng cải thiện tới máu phổi bằng cách tăng FiO_2 và SVR sẽ "ăn cắp" sự lưu thông từ động mạch chủ, có thể dẫn đến thiểu năng mạch vành.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

Điều trị tốt tất cả những rối loạn về chức năng tim mà do thương tổn gây ra cho tới ngày trước mổ.

Điều trị phòng ngừa viêm nội tâm mạc, viêm phế quản...

Tránh hạ đường huyết (có thể cho uống nước đường trước mổ 2 giờ hoặc uống sữa trước 3 giờ).

Đối với trẻ lớn đêm trước mổ uống midazolam 0,5-0,7mg/kg hoặc seduxen 0,2mg/kg.

2. TIỀN MÊ

Ketamin và midazolam với liều thấp (liều thấp với bệnh nhân suy tim nặng) hoặc.

Không tiền mê mà cho vào phòng mổ khởi mê từ từ với halothan liều thấp.

(Ít ảnh hưởng tới mạch và sức cản ngoại biên).

3. KHỞI MÊ

– Những thuốc mê có thể được dùng:

Halothan liều thấp và tăng từ từ cho tới khi đủ độ mê hoặc kết hợp với nitrous oxyd (hạn chế FiO_2 sẽ giúp ngăn chặn "ăn cắp" máu vào động mạch vành, trong khi đó giảm được nồng độ halothan theo yêu cầu.

– Những thuốc giãn cơ có thể được dùng:

Pancuronium: 0,5mg/kg hoặc

Rocuronium: 0,6mg/kg hoặc

Norcuron: 0,1mg/kg

4. DUY TRÌ MÊ

– Thuốc mê, thuốc giãn cơ được dùng như phần khởi mê.

Thuốc giảm đau: để duy trì được tính ổn định nên dùng với liều cao dòng họ morphin như fentanil, sufentanil. Thuốc này không làm ảnh hưởng đến mức độ quan trọng nhịp tim, sức co bóp hoặc sức cản hệ thống.

– Dịch truyền natriclorua 0,9% 5ml/kg/giờ.

– Theo dõi trong mổ: theo dõi các chức năng sống của bệnh nhân như: mạch, huyết áp (nếu có điều kiện theo dõi huyết áp xâm nhập là tốt nhất), nhiệt độ, SpO_2, $EtCO_2$...

– Tuỳ tình trạng bệnh nhân nếu tốt có thể rút nội khí quản nếu có suy tim nặng nên cho thở máy duy trì tránh thở gắng sức làm tồi tệ thêm suy tim.

5. GIẢM ĐAU SAU MỔ

Morphin: 0,1-0,2mg/kg TM hoặc

Fentanil: 1-2µg/kg TM

Trên đây là những nguyên tắc chung để gây mê cho những bệnh nhân có thương tổn phức tạp. Khi gây mê cụ thể cho mỗi loại thương tổn cần chú ý thêm từng đặc điểm của mỗi loại thương tổn và đánh giá đúng mức độ suy tim, để chọn thuốc mê và phương pháp gây mê thích hợp hơn.

GÂY MÊ PHẪU THUẬT TIM BẨM SINH CÓ THƯƠNG TỔN TẮC NGHẼN

– Những thương tổn tắc nghẽn có thể là tắc nghẽn van hoặc van bị đóng đai ngăn cản thất bóp máu đi ra. Dẫn tới giảm cung lượng tim đi vào tuần hoàn phổi hoặc tuần hoàn chung và tăng quá tải của thất gây nên suy thất.

– Suy tim sung huyết là đặc trưng của nhóm bệnh này.

– Thương tổn bao gồm: hẹp van hai lá; hẹp van động mạch phổi; hẹp van động mạch chủ; hẹp van ba lá; hẹp cung động mạch chủ.

– Sự tắc nghẽn dòng chảy thất trái ở trẻ em thì nặng hơn người lớn bởi vì tính khốc liệt của sự tắc, khả năng chịu đựng thiếu máu cơ tim kém hơn người lớn và khó khăn trong việc điều trị.

– Sự chênh áp của thương tổn tắc nghẽn sẽ trực tiếp tới kỹ thuật gây mê.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN: như bệnh nhân có thương tổn phối hợp ở trên.

2. TIỀN MÊ

Ketamin: 2mg/kg TB (liều này không ảnh hưởng tới tim, huyết áp) hoặc

Midazolam: 0,5mg/kg, TB hoặc

Seduxen: 0,2mg/kg, TM

3. KHỞI MÊ

– Những thuôc mê tĩnh mạch có thể dùng:

Thiopental: 2mg/kg, TM hoặc

Propofol: 1mg/kg, TM

– Những thuốc mê bốc hơi có thể dùng:

Có thể dùng được tất cả các thuốc mê bốc hơi nhưng tỷ lệ % thấp.

– Những thuốc giãn cơ có thể được dùng:

Pancuronium, rocuronium, norcuron. Liều lượng như trên.

4. DUY TRÌ MÊ

– Đối với những bệnh nhân có chênh áp > 50mmHg, và có suy tim do ứ huyết, kỹ thuật gây mê tốt nhất là dùng liều cao nhóm opiate (fentanil, sufentanil). Duy trì được nhịp tim chậm và ảnh hưởng tối thiểu tới chức năng thất hoặc sức cản mạch máu.

– Không được để nhịp tim nhanh sẽ làm tăng tiêu thụ oxy và làm giảm máu qua chỗ bị tắc.

– Tiền gánh cải th[illegible] tối đa lưu lượng phía bên kia thương tổn. Theo dõi áp lực trung tâ[illegible] sẽ giúp ngăn chặn quá tải của thất, trong khi vẫn duy trì được tiền gá[illegible].

– Những bệnh nhân có sự chênh áp cao, nhóm các thuốc bốc hơi có thể là nguyên nhân không có ảnh hưởng tới co thắt của tim, giảm sức cản của mạch máu, không làm tồi tệ hơn chênh áp bằng cách đó dòng máu qua được chỗ tắc.

– Đối với bệnh nhân có chênh áp < 40mmHg và dòng chảy tốt ở phía bên kia chỗ tắc sẽ có khả năng chịu đựng được những kỹ thuật gây mê khác nhau và có thể dùng được nhóm thuốc mê bốc hơi.

– Truyền dịch trong mổ với dung dịch natriclorua 0,9% 5ml/kg/giờ.

Trên đây là những nguyên tắc chung để gây mê cho bệnh nhân có thương tổn tắc nghẽn, nhưng chi tiết cho mỗi loại tắc nghẽn có những đặc thù riêng. Vì vậy phải có sự tham khảo thêm cho mỗi loại tắc riêng.

GÂY MÊ MỔ HẸP EO ĐỘNG MẠCH

* Hẹp eo động mạch chủ là sự tắc nghẽn động mạch chủ bẩm sinh.

* Triệu chứng lâm sàng tuỳ thuộc vào vị trí tắc và sự liên quan tới ống thông động mạch (PCA).

Bệnh được chia làm hai loại:

– Loại trước ống thông: vị trí thường ở eo động mạch và kèm theo những dị tật khác chiếm gần 90% bệnh nhân. Tưới máu cho phần dưới cơ thể qua ống thông động mạch (PCA).

– Loại sau ống thông: không có triệu chứng gì cho tới khi ống thông được đóng lại. Tưới máu cho phần dưới cơ thể nhờ vào hệ thống tuần hoàn bằng hệ của động mạch trên xương đòn, bờ rìa xương bả vai và động mạch liên sườn phát triển mạnh.

Cơ chế bệnh sinh:

– Suy tim ở thời thơ ấu và cao HA ở chi trên (dấu hiệu cơ bản).

– Khi chênh áp > 40mmHg hoặc HA hệ thống > 180mmHg thì có chỉ định phẫu thuật.

Kỹ thuật gây mê:

Sự chênh áp của thương tổn tắc nghẽn quyết định tới kỹ thuật gây mê.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

– Dự phòng viêm nội tâm mạc.

– Loại trước ống: đặt catheter để đo huyết áp xâm nhập ở bên tay phải (không tiêm ở tay trái).

– Loại sau ống: đặt catheter ở động mạch rốn hoặc ở chi dưới. Theo dõi huyết áp nhằm đánh giá sự tưới máu cho chi trên và chi dưới.

– Đặt catheter để đo áp lực tĩnh mạch trung ương theo dõi lượng dịch tối đa cho tiền gánh (tránh quá tải thất).

– Theo dõi ECG và SpO_2, đặt sonde bàng quang để theo dõi nước tiểu.

2. TIỀN MÊ

– Ketamin: 2mg/kg, TM (liều này không ảnh hưởng tới nhịp tim và PVR hoặc

– Midazolam: 0,5mg/kg, TM hoặc

– Seduxen: 0,2mg/kg, TM.

3. KHỞI MÊ

– Những thuốc mê tĩnh mạch có thể dùng:

Thiopental: 2mg/kg, TM hoặc

Propofol 1mg/kg.

– Những thuốc mê có thể dùng:

Có thể dùng được tất cả các loại thuốc mê bốc hơi nhưng tỷ lệ % thấp.

– Những thuốc giãn cơ có thể được dùng:

Pancuronium, rocuronium, norcuron. Liều lượng như gây mê thông thường.

4. DUY TRÌ MÊ

– Theo như nguyên tắc chung trong kỹ thuật gây mê bệnh nhân có thương tổn tắc nghẽn.

– Điểm khác biệt trong gây mê hẹp eo động mạch chủ là:

– Tránh HA quá cao gây chảy máu não, tổn thương thần kinh tuỷ sống do thiếu máu. Vì vậy trong gây mê cần chú ý:

– Cặp thử động mạch (test ĐM) có thể được tiến hành. Nếu HAĐM tăng lên 25-30mmHg có nghĩa tuần hoàn bàng hệ không thoả đáng cần phải cho thuốc hạ HA và lúc này cần phải được mở ra và sau khi khống chế được HA thì clamp có thể được cặp lại.

– Sử dụng nhóm thuốc mê bốc hơi liều cao như halothan, isofuran... để hạ HA.

– Các loại thuốc giãn mạch như: sodium, nitroprussid hoặc trimetaphan, loxen truyền TM để khống chế HA. Propranolol có thể được sử dụng để làm giảm nhịp tim khi cần (liều có thể lên tới 0,06mg/kg).

– Ngừng truyền thuốc giãn mạch và bù lại khối lượng máu mất thoả đáng trước khi mở clamp 5-10 phút (tránh tụt HA đột ngột sau khi mở clamp).

– Nếu khi đã sử dụng các thuốc trên mà HA không hạ được thì có thể truyền lượng dịch quá nhiều hoặc liều lượng các thuốc giãn mạch chưa thoả đáng.

– Nếu có thể hạ thân nhiệt xuống 33°C (bảo vệ thần kinh tuỷ sống).

– Bỏ clamp ở phía ngoại biên trước, đầu gần bỏ sau.

– Trước khi bỏ clamp nên chống nhiễm toan bằng sodium - bicarbonat.

– Cao HA sau mổ thường xuyên xảy ra. Nguyên nhân phức tạp nhưng có thể do phản xạ tự nhiên, đau và hệ thống renin - angiotensin. Điều trị bằng thuốc giãn mạch, chẹn beta và lợi niệu.

– Sau mổ có thể có đau bụng (do cường giao cảm, viêm mạc treo ruột, thiếu máu ở ruột non).

5. GIẢM ĐAU SAU MỔ

– Morphin: 0,1-0,2mg/kg, TM.

– Fentanil: 1-2μg/kg, TM.

– Giảm đau bằng thuốc hoặc gây tê ngoài màng cứng có luồn catheter với marcain + morphin.

GÂY MÊ PHẪU THUẬT THÔNG THƯỜNG CÓ KÈM BỆNH TIM BẨM SINH HOẶC MẮC PHẢI

Có nhiều bệnh nhân được vào mổ phiên hoặc mổ cấp cứu có kèm bệnh tim bẩm sinh hoặc mắc phải, ở nhiều mức độ khác nhau. Có bệnh nhân đã được điều trị để làm giảm mức độ của bệnh, có bệnh nhân chưa được điều trị hoặc không có biểu hiện lâm sàng.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ: đánh giá các mức độ của bệnh tim.

- Mức độ tím và mức độ suy tim.
- Mức độ tiến triển của bệnh.
- Mức độ chịu đựng gắng sức.
- Thuốc đã được điều trị.
- ECG, Xquang lồng ngực.

Tham khảo các số liệu siêu âm, thông tim.

- Qp/Qs (loại và mức độ của shunt).
- Áp lực độ dốc qua chỗ tắc.
- Sức co bóp của cơ tim.

2. TIỀN MÊ

- Sau khi đã tham khảo các xét nghiệm và khám lâm sàng, bác sĩ gây mê cần có chẩn đoán xác định, bệnh nhân bị bệnh tim thuộc loại nào (shunt trái - phải; shunt phải - trái; hỗn hợp hay tắc nghẽn). Tiền mê dựa trên cơ sở:
  - Tuổi bệnh nhân, mức độ suy tim hiện hành, tím và mức độ suy hô hấp.
  - Thuốc tiền mê như đã nêu ở trên bệnh nhân mổ tim.

3. KHỞI MÊ

Các thuốc mê, các thuốc giãn cơ thường dùng như các loại thương tổn đã nêu ở trên.

4. DUY TRÌ MÊ

- Thuốc mê, thuốc giãn cơ như đã nêu ở trên. Chú ý khi dùng halothan nên dùng ở liều thấp tránh làm thay đổi huyết động.

– Thuốc giảm đau: không nên dùng liều cao đối với shunt phải - trái và shunt trái - phải trừ khi có ý đồ thở máy sau khi mổ.

– Dịch truyền trong mổ: natriclorua 0,9% 5ml/kg/giờ.

– Sau mổ nên được theo dõi sát ở Khoa Điều trị tích cực để thở máy, chức năng hô hấp, tim mạch...

5. GIẢM ĐAU SAU MỔ

Morphin: 0,1-0,2mg/kg, TM.

Fentanil: 1-2μg/kg, TM.

GÂY MÊ PHẪU THUẬT THOÁT VỊ CƠ HOÀNH

*Những trẻ bị thoát vị cơ hoành bẩm sinh thường có sự thương tổn phổi nặng nề.

*Do những tiến bộ khoa học gần đây, người ra cho rằng sự giảm sinh phổi đồng thời với sự thiếu hụt cơ hoành. Trước đây người ta cho rằng cơ chế về cơ giới chèn ép phổi.

*Tỷ lệ tử vong vẫn còn cao vì phổi vẫn không được cải thiện mặc dù bệnh nhân đã được điều trị đóng lỗ thoát vị.

*Vị trí lỗ thoát vị cơ hoành thường nằm ở phía sau bên trái, tuỳ lỗ thoát vị to nhỏ mà các phủ tạng có thể chui qua lên lồng ngực như dạ dày, ruột non, lách...

*Chẩn đoán xác định dựa vào Xquang, có thể chụp dạ dày với thuốc cản quang, cần chẩn đoán phân biệt với nang phổi, khí phế thũng phổi.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

– Thoát vị cơ hoành không phải là loại phẫu thuật cấp cứu.

– Bệnh nhân phải được chăm sóc đặc biệt ở hồi sức tăng cường ít nhất 24 giờ hoặc hơn.

– Chức năng tuần hoàn phổi phải được cải thiện và ổn định.

– Khả năng hô hấp của bệnh nhân với áp lực trung bình đường thở thấp và khí máu phải được cải thiện và chấp nhận được.

2. TIỀN MÊ

Atropin: 0,02mg/kg, TM.

3. KHỞI MÊ

– Bệnh nhân được chuyển vào phòng mổ nhẹ nhàng, tránh thô bạo gây khó thở.

– Đặt sonde dạ dày để hút hơi và dịch làm giảm áp lực lồng ngực và trong ổ bụng.

– Cho bệnh nhân thở khí mê halothan tự nhiên (không úp Mask bóp bóng - tránh đưa hơi vào dạ dày làm tăng áp lực lồng ngực và ổ bụng làm tăng sự suy hô hấp).

– Khi trẻ ngủ tốt tiến hành đặt nội khí quản.

– Sau khi đã đặt nội khí quản bệnh nhân phải được cho fentanil 20μg/kg/giờ.

Thuốc nay có thể có lợi cho giảm sức cản của tuần hoàn phổi.

– Cho thêm thuốc giãn cơ đầy đủ verocunium 0,1mg/kg, ngăn ngừa sự chống máy, giảm thiểu tối đa về nhu cầu chuyển hoá và làm giảm sự rủi ro tổn thương phổi do khí. Tràn khi do áp lực là một biến chứng thường gặp trong gây mê thoát vị cơ hoành. Nếu nghi ngờ phải đặt sonde dẫn lưu lồng ngực.

4. DUY TRÌ MÊ

– Bệnh nhân phải được ủ ấm tốt, nhiệt độ 36-37°C. Nếu thở máy, không khí cũng phải được sưởi ấm.

– Thở máy hoặc bóp bóng bằng tay tần số và volume để duy trì được $pCO_2 < 40mmHg$, $pO_2 > 60mmHg$. Chú ý: đặt máy hoặc bóp bóng không được để áp lực cao tránh gây vỡ phế nang gây tràn khí.

– Nếu đặt máy và bóp bóng thông thường mà tình trạng bệnh nhân không được cải thiện thì phải thay đổi chế độ thở máy với tần số cao và áp lực thấp.

– Theo dõi thường xuyên SpO_2 $EtCO_2$, HA, nước tiểu và có thể CVP.

– Bệnh nhân thoát vị cơ hoành thường có giảm oxy huyết, trong trường hợp này nên cho thuốc giảm hậu gánh bằng cách cho sodiumnitropusid truyền TM 0,5-10μg/kg/phút; hoặc nitroglycerin 0,5-20μg/kg/phút (tránh tụt HA khi truyền).

– Một số bệnh nhân có thể có nhu cầu tăng cường sức bóp của cơ tim và cải thiện tưới máu phổi (có thể truyền TM dobutamin 1-10μg/kg/phút).

– Trước khi đóng ngực (mổ nội soi) hoặc kết thúc cuộc mổ không được bóp bóng áp lực cao để làm giãn nở phổi tránh gây tổn thương phổi.

– Sau mổ bệnh nhân phải được chuyển tới Khoa Hồi sức tăng cường để thở máy với tần số cao và áp lực thấp để cải thiện dần chức năng hô hấp và được theo dõi sát.

– Trong mổ thoát vị cơ hoành lượng máu mất là tối thiểu, truyền dịch chỉ để bù lại lượng dịch mất sinh lý (qua ruột, nước tiểu, mồ hôi...). Tránh hạ đường huyết trước và sau mổ.

– Huyết áp động mạch phải được theo dõi sát và được xem như chỉ dẫn cho sự bù dịch.

5. GIẢM ĐAU SAU MỔ

Morphin sulfat 0,1-0,2mg/kg. TM, TB, dưới da.

GÂY MÊ PHẪU THUẬT TEO THỰC QUẢN

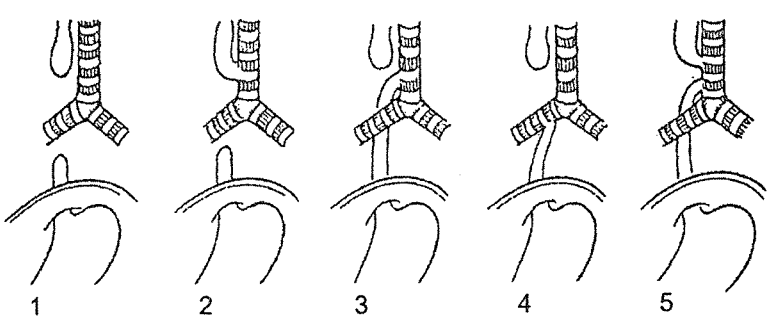
*Sự chít hẹp thực quản với lỗ rò khí quản là một khuyết tật bẩm sinh với tỷ lệ 1/3000 - 1/4000 trẻ mới sinh.

*Bệnh đã được Thomas Gibson mô tả vào năm 1698, nhưng mãi tới năm 1939 trẻ được cứu sống đầu tiên bởi Drs Logan và Ladd. Bằng thắt đường rò khí quản và mở thông dạ dày.

*Sự sai sót xuất hiện giữa ngày thứ 21-34 của sự phát triển bào thai.

Phân loại teo thực quản

Dựa vào các kiểu đường rò và thương tổn giải phẫu Ladd và Gross chia làm 5 kiểu.



– Tỷ lệ teo thực quản có rò với khí quản chiếm tối 90% các trường hợp, chỗ rò thường gần với carina.

– Chẩn đoán sớm là hết sức quan trọng, ngăn chặn được tổn thương phổi do hít phải dịch dạ dày, dịch tiết gây viêm phổi.

– Cần phát hiện các dị tật kèm theo để có thái độ xử trí thích hợp.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

Để bệnh nhân ở tư thế đầu cao tránh sặc nước bọt và thường xuyên hút nước bọt.

2. TIỀN MÊ: atropin 0,02mg/kg, TM.

3. KHỞI MÊ

– Cho bệnh nhân thở khí mê halothan tự nhiên, khi bệnh nhân ngủ tốt tiến hành đặt nội khí quản (NKQ).

– Hoặc có thể đặt NKQ bằng cách cho bệnh nhân thở khí mê halothan + giãn cơ norcuron 0,01/kg + fentanil 1-2μg/kg, tổng liều có thể lên tới 10-15μg/kg.

– Chú ý bóp bóng tránh áp lực cao đưa khí vào dạ dày gây trào ngược vào phổi.

– Không nên đặt NKQ "sống" tránh phù nề thanh quản, gây khó thở sau mổ.

– Kỹ thuật đặt NKQ: đặt nội khí quản về phía bên phải và rút dần ra ngay trên carina (chỗ rò thường nằm ở vị trí gần carina) bằng cách để ống nghe ở phổi bên trái vừa bóp bóng vừa nghe, khi nào thấy tiếng rì rào phế nang thì dừng lại.

– Có thể quay mặt vát của NKQ sang bên trái để tránh NKQ vào chỗ rò khí phế quản.

– Phải đảm bảo chắc chắn NKQ nằm ở vị trí mong muốn khi đã thay đổi tư thế (kiểm tra ngay sau khi đặt tư thế, đặc biệt ở nách bên trái).

– Có thể điều chỉnh NKQ ngay sau khi phẫu thuật viên mở ngực tìm được đường rò.

4. DUY TRÌ MÊ

– Bằng các thuốc mê bốc hơi như halothan, foran, norcuron, fentanil liều lượng tuỳ thuộc vào tình trạng bệnh nhân.

– Trong mổ cần theo dõi sát sự tắc ống NKQ do sự co kéo, chèn ép khí quản, vì vậy phẫu thuật viên phải mổ nhẹ nhàng tránh tổn thương tới việc thông khí, gắn ống nghe vào nách bên trái theo dõi rì rào phế nang liên tục và SpO_2.

– Hút NKQ ngắt quãng là cần thiết trong tiến hành phẫu thuật.

– Trong mổ theo dõi: mạch, HA, SpO_2, CO_2, nhiệt độ.

– Duy trì lúc đầu 4ml/kg/giờ dung dịch dextrose 10% + thêm dung dịch ringer (200ml dextrose + 20ml ringer).

– Truyền máu ít khi được chỉ định, duy trì hematocrit > 40%.

– Tiêu chuẩn rút NKQ: bệnh nhân tỉnh, mở mắt, thở tốt và các thông số SpO_2, CO_2, HA đảm bảo ở giới hạn bình thường.

– Có thể giải giãn cơ atropin 0,02mg/kg, neostigmin 0,07mg/kg.

– Sau mổ đối với trẻ non yếu có thể để NKQ và thở máy ở Khoa Điều trị tích cực.

5. GIẢM ĐAU SAU MỔ

Có thể dùng morphin: 0,05 - 0,1mg/kg TM. Chỉ được dùng ở hồi tỉnh hoặc ở điều trị tích cực và theo dõi sát hô hấp

GÂY MÊ HỒI SỨC TRONG MỔ VIÊM HOẠI TỬ RUỘT NON

*Viêm hoại tử ruột non là một cấp cứu thường gặp ở trẻ em.

*Chỉ định điều trị ngoại khoa thường là giai đoạn đã có dấu hiệu viêm phúc mạc và có sốc nặng (sốc nhiễm trùng, nhiễm độc, giảm khối lượng tuần hoàn...). Do vậy yêu cầu gây mê hồi sức là: tiếp tục điều trị sốc trong giai đoạn gây mê. Chọn thuốc tiền mê, thuốc mê, thuốc giãn cơ và phương pháp gây mê thích hợp.

1. NHÓM 1: Bệnh nhân trong tình trạng lơ mơ, li bì (gần 20%).

1.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

– Đánh giá đầy đủ tình trạng, mức độ và giai đoạn của bệnh để tìm thời điểm gây mê mổ an toàn (thời gian thoát sốc thường phải được kéo dài 5-7 giờ).

– Đánh giá mức độ mất nước.

– Khám tinh thần, thần kinh: tỉnh táo, vật vã, kích thích hay li bì nôn mê.

– Khám tuần hoàn: huyết áp, mạch và tuần hoàn ngoại vi.

– Khám hô hấp: tần số, chất lượng thở...

– Khám thận: mức độ bài tiết nước tiểu ml/kg/giờ.

– Các chỉ tiêu về sinh hoá: hematocrit, điện giải đồ và protid máu.

I.2. Tiền mê

Chỉ tiền mê bằng atropin 0,01 - 0,02mg/kg, TM.

I.3. Khởi mê

– Ketamin: 3-5mg/kg, TM (tốt cho bệnh nhân có tụt HA) hoặc

– Thiopental: 3-5mg/kg hoặc

– Propofol: 2mg/kg (khi dùng thiopental và propofol: cần chú ý bù lủ dịch, tiêm chậm tránh tụt HA).

– Thuốc giãn cơ: myorelaxin 2mg/kg đặt NKQ và norcuron 0,01mg/kg.

– Pavulon 0,07 - 1mg/kg...

.4. Duy trì mê

Có thể duy trì mê bằng các thuốc mê bốc hơi hoặc thuốc mê TM và iảm đau, giãn cơ như thông thường.

. NHÓM 2: Bệnh nhân tỉnh táo hoặc vật vã kích thích.

.1. Chuẩn bị bệnh nhân: như trên.

.2. Tiền mê

– Atropin 0,01-0,02µg/kg TB.

– Ketamin 3mg/kg TB. Trẻ lớn có thể dùng seduxen 0,2- 0,3mg/kg hoặc

– Hypnovel 0,2mg/kg.

2.3. Khởi mê

– Propofol: 1-2mg/kg, TM hoặc

– Ketamin: 1-2mg/kg,TM hoặc

– Thiopental: 2-5mg/kg, TM hoặc

– Fluothan, Isofruran: 1-2%.

– Giãn cơ như norcuron, pavulon...

2.4. Duy trì mê

– Dùng các thuốc như khởi mê.

– Trong mổ theo dõi: mạch, huyết áp, nhiệt độ, mức độ mất máu, mất nước ... để điều chỉnh thuốc mê, thuốc giảm đau chức năng sinh lý ở mức độ bình thường...

3. HỒI SỨC TRONG GÂY MÊ

Đặc trưng của sốc trong viêm hoại tử ruột non là giảm thể tích, giảm natri và giảm protid máu (nguyên nhân thành ruột non bị viêm hoại tử, gây nên hiện tượng tắc mạch dẫn đến thoát dịch, thoát huyết tương, đặc biệt natri và protein đi vào trong lòng ruột và vào khoang ổ bụng). Tình trạng này vẫn tiếp tục cho tới khi thương tổn được loại bỏ.

Vì vậy trong gây mê bệnh nhân phải được bù lại lượng nước, natri, protein bị mất trước mổ và tiếp tục mất trong mổ.

Cách tốt nhất để đánh giá thoả đáng việc bù dịch là giám sát các chỉ số:

– Nhịp tim.

– Huyết áp động mạch.

– Huyết áp TM trung ương

– Lượng nước tiểu bằng ml/kg/giờ (tối thiểu phải đạt được 1ml/kg/giờ).

– Căn cứ vào các thông số trên để có thái độ xử trí thoả đáng việc bù dịch, trợ tim hoặc lợi niệu...

Nếu có điều kiện bù theo điện giải đồ và protid máu.

Nếu không làm được điện giải đồ thì bù natriclorua 0,9% và glucose 5% tỷ lệ 1/1, số lượng 10-20ml/kg.

– Để tăng áp lực thẩm thấu trong máu có thể truyền:

Huyết tương khô, plasma tươi, dextran với số lượng 10-20ml/kg hoặc có thể truyền máu nếu có kèm với sự mất máu.

– Nếu bệnh nhân vẫn trong tình trạng mất nước mà hematocrit < 36%, hemoglobin < 12g/l thì bệnh nhân có thiếu máu đáng kể. Có thể dựa vào công thức truyền máu ở trẻ em là truyền 10ml/kg thì hemoglobin tăng 3g/l, hematocrit tăng được 10%.

– Sau khi kết thúc cuộc mổ đánh giá lại tình trạng lâm sàng và các chỉ số: mạch, huyết áp, huyết áp tĩnh mạch trung ương, nước tiểu và các xét nghiệm hoá sinh để có thái độ tiếp theo.

GÂY MÊ TRONG MỔ NỘI SOI Ổ BỤNG

*Kỹ thuật nội soi ở ổ bụng để chẩn đoán và điều trị được bắt đầu ở Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1997 đến 2001 đã được sử dụng rộng rãi với nhiều loại phẫu thuật khác nhau: trong lĩnh vực tiêu hoá, tiết niệu, lồng ngực...

*Ưu điểm của mổ nội soi: giảm nhiễm trùng vết mổ, thời gian điều trị phục hồi nhanh, thẩm mĩ.

*Hậu quả của bơm CO_2 vào ổ bụng để mở rộng trường mổ gây nên những biến loạn về tuần hoàn và hô hấp đó là những vấn đề đặt ra cho người làm gây mê hồi sức.

– Khi áp lực trong ổ bụng tăng cao dẫn tới chèn ép tĩnh mạch chủ dưới làm giảm dòng chảy trong tĩnh mạch chủ về nhĩ phải dẫn tới lưu lượng tim giảm.

– Khi áp lực ổ bụng càng tăng dẫn tới tăng hậu gánh, dẫn tới suy giảm chức năng thất trái.

– Về mặt hô hấp: khi áp lực ổ bụng tăng cao thông qua cơ hoành thì áp lực trong lồng ngực và trong đường thở cũng tăng theo dẫn tới giảm thông khí phế nang.

– Thường kèm theo tình trạng ưu thán khi bơm hơi ổ bụng. Đó là do có sự hấp thu CO_2 của màng bụng và áp lực ổ bụng cao.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

– Thăm khám kỹ bệnh nhân ngày hôm trước mổ đối với bệnh nhân mổ phiện.

+ Nếu bệnh nhân có bệnh đường hô hấp kèm theo như nang phổi, khí phế thũng thì không có chỉ định phương pháp mổ nội soi vì những thay đổi về cơ chế thông khí trong mổ nội soi ổ bụng khi cần phải tăng thông khí để điều chỉnh ưu thán dễ dẫn tối nguy cơ vỡ nang phổi và vỡ phế nang gây tràn khí màng phổi.

+ Bệnh nhân có nguy cơ tăng áp lực nội sọ cũng không nên chọn phương pháp mổ nội soi trong ổ bụng.

+ Bệnh nhân suy tim cũng coi là chống chỉ định.

– Cho an thần đêm trước mổ, vệ sinh sạch sẽ, nhịn ăn trước mổ 6 giờ.

2. TRONG MỔ

2.1. Chuẩn bi bệnh nhân

– Đặt sonde đái

– Chuẩn bị dụng cụ gây mê nội khí quản và các phương tiện cấp cứu.

– Lắp đặt hệ thống theo dõi.

+ Điện tim, HA, nhiệt độ, SpO_2.

+ Máy theo dõi khí thở nhất là $EtCO_2$ quan trọng vì nó cho ta biết sự hấp thụ CO_2 màng bụng, sự trao đổi CO_2 của phổi, chuyển hoá của tế bào để qua đó ta có cách xử trí kịp thời như tăng không khí, giảm áp lực ổ bụng, hoặc nếu cần chuyển phương pháp phẫu thuật sang mổ ổ bụng.

+ Chuẩn bị kỹ máy kiểm soát áp lực ổ bụng là rất quan trọng.

Chỉ để áp lực bơm của máy ở mức bằng hoặc thấp hơn 1/10 HA tối đa của bệnh nhân theo lứa tuổi.

(Ví dụ HA tối đa của bệnh nhân là 80mmHg thì đặt áp lực của máy tối đa chỉ là 8mmHg).

+ Đo HA động mạch.

+ Đo PCV.

+ Nếu chưa có điều kiện phải theo dõi chặt chẽ trên lâm sàng biểu hiện của ưu thán và thay đổi của huyết động.

2.2. Tiền mê

- Trẻ < 1 tuổi có thể không tiền mê mà đưa vào phòng mổ úp Mask với khí mê halothan.

- Trẻ lớn hơn:

  Atropin 0,01mg/kg. TB

  Seduxen 0,2-0,3mg/kg. TB

  Ketamin 3 - 5mg/kg. TB

- Trẻ hợp tác được tiền mê với seduxen tiêm tĩnh mạch.

2.3. Khởi mê và duy trì mê

- Khi khởi mê cho bệnh nhân thở khí mê halothan cho đến khi mê và duy trì mê bằng Isofluran trong suốt quá trình mổ với nồng độ 0,75 - 1,5%.

- Fentanil khởi mê 5-7µg/kg và tổng liều có thể 10- 20µg/kg tuỳ loại phẫu thuật nặng, nhẹ hoặc nhanh, lâu mà vẫn đảm bảo cho bệnh nhân tự thở sau mổ và rút nội khí quản.

- Giãn cơ verocunium 0,1mg/kg.

2.4. Lưu ý

- Không nên chọn phương pháp gây tê vùng để nội soi ổ bụng.

- Gây mê toàn thân với thông khí nhân tạo là phương pháp tối ưu vì phải dùng giãn cơ thật tốt để đạt mức giãn cơ tốt nhất nhằm giảm áp lực trong ổ bụng tránh gây những hậu quả xấu cho huyết động và hô hấp.

- Nên chọn thuốc mê ít ảnh hưởng đến cơ tim như Isofluran.

- Dùng thuốc giảm đau họ morphin và lưu ý cho giảm đau thật tốt trong quá trình bơm hơi.

- Có thể dùng loại thuốc mê thông thường nhưng nên nhớ phải duy trì giãn cơ và giảm đau sâu trong suốt quá trình mổ.

– Cần có sự hợp tác với phẫu thuật viên để thống nhất về áp lực bơm hơi, tư thế bệnh nhân, thời gian bơm hơi và nếu cần phải chuyển sang phẫu thuật mở bụng.

2.5. Sau mổ

Chỉ rút nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, hết tác dụng của thuốc giãn cơ, huyết động ổn định, thông khí tốt, nhiệt độ bình thường.

Làm lại các xét nghiệm: Hb, hematocrit, điện giải đồ.

Giảm đau sau mổ rất cần thiết vì ngoài tổn thương của phẫu thuật nội soi ổ bụng còn làm giãn các cơ thành bụng nên vấn đề giảm đau phải được đặt ra cho bệnh nhân.

Morphin 0,1mg/kg/5 giờ (tiêm tĩnh mạch).

GÂY MÊ MỔ MEGACOLON

*Trẻ thường bị suy dinh dưỡng, viêm ruột.

*Protid máu thấp.

*Điện giải đồ thường ở mức thấp.

*Mổ kéo dài thường trên 3 giờ.

1. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

– Đêm hôm trước mổ cho an thần với trẻ lớn.

– Lắp tất cả các phương tiện theo dõi trong quá trình mổ như: mạch, huyết áp, điện tim, SpO_2, $EtCO_2$...

– Đặt sonde đái.

– Chuẩn bị dụng cụ giống gây mê NKQ chung.

2. TIỀN MÊ

– Trẻ < 1 tuổi có thể không tiền mê và đưa vào phòng mổ úp Mask với halothan hoặc sevofluran.

– Trẻ lớn hơn có thể tiền mê với ketalar 3-5mg/kg hoặc midazolam 0,2mg/kg hoặc seduxen 0,2mg/kg.

– Hoặc chỉ tiền mê với seduxen tĩnh mạch nếu trẻ hợp tác.

3. KHỞI MÊ VÀ DUY TRÌ MÊ

Cho bệnh nhân thở khí mê halothan 3-4% cho đến khi bệnh nhân mê và duy trì với nồng độ từ 0,75 - 1,5% trong suốt quá trình mổ.

– Hoặc khởi mê bằng ketalar hoặc propofol hoặc thiopental với liều khởi mê và duy trì như gây mê nội khí quản chung.

– Fentanil 5-7μg/kg liều đầu và tổng liều có thể từ 10-20μg/kg trong thời gian mổ (trung bình 3 giờ) vẫn đảm bảo cho bệnh nhân tự thở vào giai đoạn sau mổ và rút nội khí quản.

– Giãn cơ verocunium 0,1mg/kg

Sau đó đặt NKQ.

– Có thể gây tê qua khe cùng + NKQ để mổ.

Chú ý:

Vì mổ Megacolon là loại phẫu thuật kéo dài trung bình 3 giờ nên: cần duy trì tốt mức độ giãn cơ sau 45 phút hoặc 60 phút cho thêm 1/2 liều đầu. Đặc biệt thì tầng sinh môn nên cho thêm một liều giãn cơ bằng liều đầu và giảm đau tốt.

4. TRUYỀN DỊCH TRONG MỔ

– Dung dịch natri clorua 9‰ truyền tốc độ 15-20ml/kg giờ đầu.

Những giờ sau 10ml/kg.

– Có thể truyền dịch trong mổ theo:

+ Lượng dịch duy trì: 4ml/kg/giờ cho 10kg đầu trọng lượng cơ thể.

2ml/kg/giờ cho 10kg tiếp theo.

1ml/kg/giờ cho mỗi kg từ thứ 21 trở lên.

+ Lượng dịch thiếu hụt = Lượng dịch duy trì x số giờ nhịn ăn trước mổ.

Ví dụ: Trẻ nặng 32 kg thì lượng dịch duy trì là:

(4 x 10) + (2 x 10) + (1ml x 12) = 72ml/giờ.

Trẻ nhịn ăn 8 giờ thì lượng dịch thiếu hụt là: 72ml x 8 giờ = 576ml.

Số lượng dịch này được bù như sau:

– 1/2 lượng dịch thiếu hụt + dịch duy trì trong giờ đầu.

– 1/4 lượng dịch thiếu hụt + dịch duy trì trong giờ thứ hai.

– 1/4 lượng dịch thiếu hụt + dịch duy trì trong giờ thứ ba.

– Có thể truyền plasma tươi nếu bệnh nhân có protid máu thấp.

5. SAU MỔ

– Sau mổ bệnh nhân phải được theo dõi tại phòng hồi tỉnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp, dẫn lưu).

– Các tai biến trong và sau mổ giống như gây mê NKQ chung.

– Làm lại các xét nghiệm: Hb, hematocrit, điện giải đồ.

– Giảm đau sau mổ là cần thiết:

Morphin 0,1mg/kg/5 giờ (tiêm tĩnh mạch)

Hoặc có thể luồn catheter qua khe cùng và tiêm thuốc tê lidocain 3mg/kg + morphin 25µg/kg để giảm đau.

CHĂM SÓC THEO DÕI BỆNH NHÂN SAU GÂY MÊ

Bệnh nhân sau mổ, ít nhiều còn tác dụng của các thuốc gây mê nên:

– Ý thức bệnh nhân chưa trở lại bình thường.

– Mọi chức năng hô hấp, tuần hoàn... còn nhiều nguy cơ.

– Bệnh nhân cần được theo dõi chăm sóc thật cẩn thận từ phòng mổ đến phòng hồi tỉnh.

Những vấn đề cần chú ý sau:

1. BỆNH NHÂN CHUYỂN TỪ PHÒNG MỔ RA PHÒNG HỒI TỈNH

1.1. Tiêu chuẩn

– Tinh thần: bệnh nhân tỉnh mở mắt, khóc hoặc cấu véo biết đau.

– Hô hấp: thở đều, thở sâu, $SpO_2 > 95\%$.

– Tuần hoàn: HA bình thường, mạch quay đều rõ.

1.2. Tư thế vận chuyển bệnh nhân

– Không được thay đổi tư thế đột ngột.

– Bế bệnh nhân nhẹ nhàng từ bàn mổ sang cáng.

– Đầu hơi ngả phía sau và nghiêng đầu về một phía.

– Bác sĩ gây mê và y tá phụ mê chuyển bệnh nhân.

– Khi chuyển bệnh nhân quan sát nhịp thở và tình trạng chung.

1.3. Bệnh nhân đưa ra phòng hồi tỉnh

– Giường bệnh nhân phải chuẩn bị chu đáo, đệm ga hoặc chiếu, chăn, gối kê vai, túi chườm khi cần thiết...

– Có đủ các phương tiện cấp cứu: bóng bóp, đèn NKQ, ống NKQ, sonde hút, thuốc cấp cứu...

– Tư thế, bệnh nhân như khi vận chuyển bệnh nhân.

– Cho bệnh nhân thở oxy

– Cặp nhiệt độ, lấy mạch ngay.

– Người phụ mê:

+ Hoàn thành bảng gây mê hồi sức đầy đủ.

+ Bàn giao cụ thể tình trạng bệnh nhân trong quá trình mổ và gây mê, các xét nghiệm nếu có, thuốc, dịch truyền... để y tá ở phòng hồi tỉnh nắm được nhất là những bệnh nhân mổ nặng.

1.4. Y tá phòng hồi tỉnh theo dõi bệnh nhân và cho điểm theo tiêu chuẩn sau:

	Điểm
– Tinh thần	
+ Tỉnh tự nhiên, mở mắt, khóc to	2đ
+ Kích thích mở mắt, khóc	1đ
+ Kích thích không đáp ứng	0đ
– Hô hấp	
+ Tần số thở lần/phút bình thường, thở đều, thở sâu SpO_2 >95%.	2đ
+ Thở yếu, thở rít hoặc thở ngáy SpO_2 <95%	1đ
+ Ngừng thở, thở ngắt quãng	0đ
– Tuần hoàn	

+ Mạch quay số lần/phút bình thường, huyết áp bình thường hoặc nhỏ hơn 20% so với trước mổ. 2đ

+ Mạch quay nhanh nhỏ hơn 50% so với trước mổ. 1đ

+ Mạch quay khó bắt, hoặc không bắt được, HA giảm 60% so với trước mổ. 0đ

– Vận động

+ Cử động tự nhiên 2đ

+ Cử động khi kích thích 1đ

+ Không cử động khi kích thích 0đ

– Sonde dẫn lưu (nếu có): số lượng ml, màu sắc.

– Nước tiểu: số lượng ml, nếu không có sonde dẫn lưu nước tiểu thì theo dõi số lần đái, số lượng khoảng?

– Tình trạng đau của bệnh nhân báo cáo bác sĩ cho thuốc giảm đau kịp thời.

– Theo dõi ghi chép đầy đủ chú ý trong 2 giờ đầu.

+ 30 phút /lần đối với bệnh nhân mổ bình thường.

+ 10-15 phút /lần đối với bệnh nhân mổ nặng.

Thực hiện y lệnh thuốc dịch truyền sau mổ.

Tóm lại:

Đánh giá tình trạng bệnh nhân, những diễn biến đặc biệt báo bác sĩ gây mê hồi sức để xử lý kịp thời.

2. BỆNH NHÂN CHUYỂN LÊN KHOA NGOẠI

– Bệnh nhân tỉnh hoàn toàn: khóc, gọi hỏi biết.

– Thở tốt, thở đều và thở sâu $SpO_2 > 96\%$.

– Tuần hoàn: mạch, huyết áp bình thường.

– Nhiệt độ bình thường hoặc $< 38°C$.

Y tá phòng hồi tỉnh có sổ bàn giao cụ thể cho y tá khoa ngoại tình trạng từng bệnh nhân, các y lệnh đã thực hiện và chưa thực hiện, các xét nghiệm (nếu có) để tiếp tục theo dõi và chăm sóc bệnh nhân.

GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

I. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

Bộ gây tê ngoài màng cứng vô trùng.

- 1 kim Tuohy cỡ 19G dùng ở trẻ dưới 20kg, cỡ 18G dùng ở trẻ trên 20kg.
- 1 catheter ngoài màng cứng.
- 3 bơm tiêm 5ml, 10ml, 20ml.
- 3 kim tiêm cỡ 243, 18G, 16G.
- 1 lọ lidocain 21% hoặc 1%.
- 2 ống nước cất 12ml.
- 1 kẹp sát trùng
- 8 miếng gạc
- 1 toan lỗ.
- 1 đôi găng

II. KỸ THUẬT GÂY TÊ

Trẻ được gây mê toàn thân theo dõi trên monitoring ECG, HA, SpO_2, $EtCO_2$.

- Tư thế bệnh nhân: trẻ được nằm nghiêng bên trái đầu gối gấp vào bụng, cong lưng tôm giống tư thế gây tê tuỷ sống ở người lớn, đầu được kê bằng một gối nhỏ, hô hấp được kiểm soát tốt.

- Vị trí chọc kim: nên sử dụng kỹ thuật chọc đường giữa cột sống, vị trí chọc kim tuỳ thuộc vào vùng phẫu thuật cần vô cảm, thường chọc D8 - L5.

- Kỹ thuật gây tê: dùng kim số 18G chọc một lỗ mồi qua da ở vị trí định chọc kim Tuohy, khi chọc kim Tuohy bao giờ cũng phải để cả nòng kim, đặt chuôi kim ở trong lòng bàn tay phải, 2 ngón tay cái và ngón trỏ giữ chặt thân kim, mu bàn tay trái áp lên da lưng bệnh nhân, 2 ngón tay cái và ngón trỏ trái giữ mức chọc kim và hỗ trợ tay phải đẩy kim vào. Sau khi chọc qua da, kim qua tổ chức lỏng lẻo dễ dàng, chỉ gặp sức cản nhỏ khi qua dây chằng liên gai, chú ý chọc kim sâu chừng nửa mm một. Độ sâu kim tính từ da vào tới dây chằng vòng thường được tính bằng 1mm x cân nặng của bệnh nhân. Khi kim chọc qua dây chằng vòng bao giờ cũng gặp một sức cản, biểu hiện bằng cảm giác sựt, ngay lập tức dừng kim để tránh chọc vào tuỷ sống.

– Xác định khoang ngoài màng cứng: bằng kỹ thuật mất sức cản của bơm tiêm có chứa huyết thanh và bóng khí. Chọc kim Tuohy vào sâu qua dây chằng liên gai tới gần khoảng cách đã tính bằng 1mm x cân nặng bệnh nhân, rút nòng kim và gắn bơm tiêm 10ml có 3-4ml huyết thanh có bóng hơi, tiếp tục chọc kim sâu từng nửa mm một, mỗi lần chọc sâu thêm phải dừng kim hút bơm tiêm kiểm tra xem có máu hoặc nước não tuỷ chảy ra không, nếu không có bơm nhẹ bơm tiêm tìm cảm giác mất sức cản. Ngay khi kim qua dây chằng vòng sẽ có cảm giác sựt, sức cản bơm tiêm mất, hút ra không có dịch não tủy, hoặc máu, cố định vị trí của kim và đổi bơm tiêm thuốc tê thử liều test 2-3ml thuốc tê có adrenalin theo dõi trên monitoring ECG, mạch không đổi sau 1 phút, từ từ bơm hết thuốc tê, hoặc luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng (không nên luồn sâu quá 5cm).

– Liều lượng thuốc: Tùy theo vị trí của kim và vùng phẫu thuật có thể thay đổi:

Vị trí chọc cao, thuốc tê cần 0,5ml/kg cân nặng.

Vị trí chọc thấp ở vùng thắt lưng cần 0,75ml/kg cân nặng.

Thuốc tê lidocain 1-2% từ 5-7mg/kg cân nặng, narcain 0,125 - 0,25% từ 2 - 2,5mg/kg. Thuốc tê được pha thêm 5µg adrenalin/ml để dài thời gian giảm đau có thể pha thêm morphin từ 20 - 70µg/kg cân nặng tuỳ theo từng lứa tuổi của tuổi trẻ. Trẻ sơ sinh không nên pha thêm các thuốc dòng họ morphin.

3. BIẾN CHỨNG VÀ PHIỀN NẠN CỦA GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

– Thất bại về kỹ thuật: không chọc đúng khoang ngoài màng cứng, chọc vào tuỷ sống, tụ máu hoặc nhiễm trùng khoang ngoài màng cứng, đứt catheter.

– Tụt huyết áp: thường gặp ở người lớn nhưng ít gặp ở trẻ em dưới 8 tuổi.

– Gây tê tuỷ sống toàn bộ: do bơm thuốc tê vào khoang dưới nhện.

– Suy hô hấp: do quá liều morphin.

– Phiền nạn của gây tê: nôn, rét run, nhức đầu, đau nơi tiêm, bí đái, ngứa.

Chương 17

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BẠI NÃO

Bại não là tổn thương não không tiến triển xảy ra vào giai đoạn trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh đến 5 tuổi; Biểu hiện bằng các rối loạn về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán bại não theo thể lâm sàng

1.1.1. Bại não thể co cứng: có hai tiêu chuẩn sau:

– Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

+ Tăng trương lực cơ ở các chi bị tổn thương.

+ Giảm khả năng vận động riêng biệt tại từng khớp.

+ Dấu hiệu tổn thương hệ tháp.

+ Tăng phản xạ gân xương ở các chi bị tổn thương.

+ Có các phản xạ nguyên thuỷ.

+ Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ, co rút tại các khớp.

+ Cảm giác: có thể rối loạn điều hoà cảm giác.

+ Thần kinh sọ não: có thể bị liệt.

+ Các dấu hiệu khác: đa động gân gót, co rút tại các khớp, cong vẹo cột sống, động kinh...

– Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau.

1.1.2. Thể múa vờn: có hai tiêu chuẩn sau:

– Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

+ Trương lực cơ thay đổi (lúc tăng lúc giảm) ở tứ chi.

+ Giảm khả năng vận động thô.

+ Có các vận động không hữu ý.

+ Dấu hiệu tổn thương ngoại giáp: rung giật múa vờn.

+ Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng ở các chi bị tổn thương.

+ Có các phản xạ nguyên thuỷ.

+ Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ, ít co rút tại các khớp.

+ Cảm giác: có thể rối loạn điều hoà cảm giác.

+ Thần kinh sọ não: có thể bị liệt.

+ Các dấu hiệu khác: động kinh, rối loạn nhai nuốt, điếc ở tần số cao...

– Chậm phát triển trí tuệ ở các mức độ khác nhau.

1.1.3. Thể thất điều (mất điều phối): Có hai tiêu chuẩn sau:

– Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

+ Giảm trương lực cơ toàn thân.

+ Rối loạn hoặc mất điều phối vận động hữu ý (quá tầm, rối tầm), không thực hiện được động tác tinh vi, rối loạn thăng bằng đầu cổ và thân mình, dáng đi như người say rượu.

+ Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ.

+ Có các phản xạ nguyên thuỷ.

+ Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp.

+ Cảm giác: có rối loạn điều hoà cảm giác.

+ Thần kinh sọ não: có thể bị liệt.

+ Các dấu hiệu khác: cong vẹo cột sống động kinh...

– Chậm phát triển trí tuệ ở các mức độ khác nhau.

1.1.4. Thể nhẽo (giảm trương lực): có hai tiêu chuẩn sau:

– Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương:

+ Giảm trương lực cơ toàn thân.

+ Giảm vận động hữu ý.

+ Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng nhẹ.

+ Có các phản xạ nguyên thuỷ.

+ Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ hoặc co rút tại các khớp.

+ Cảm giác: có rối loạn điều hoà cảm giác.

+ Thần kinh sọ não: có thể bị liệt.

+ Các dấu hiệu khác: cong veo cột sống, động kinh, có dấu hiệu Bakinski.

- Chậm phát triển trí tuệ ở các mức độ khác nhau.

1.1.5. Thể phối hợp co cứng và múa vờn: có hai tiểu chuẩn sau:

- Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh trung ương giống thể co cứng và múa vờn.

- Chậm phát triển trí tuệ ở các mức độ khác nhau.

1.2. Xét nghiệm

- Điện não đồ: hoạt động điện não cơ bản bất thường, có các hoạt động kịch phát điển hình hoặc không điển hình, khu trú hoặc toàn thể hoá.

- Siêu âm qua thóp: để tìm các tổn thương khu trú như chảy máu não, giãn não thất...

- Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ: xác định một số tổn thương não.

- Chụp Xquang: xác định dị tật cột sống, khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân kèm theo

- Đo thính lực, thị lực.

- Các xét nghiệm khác: CK, LDH để loại trừ bệnh cơ; T3, T4, THS để loại trừ suy giáp.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

2.1. Điện trị liệu

2.1.1. Tử ngoại

- Chỉ định: bại não có còi xương-SDD, bại não thể nhẽo.

- Chống chỉ định: bại não có kèm theo động kinh, lao phổi tiến triển, suy thận, suy gan cấp.

– Phương pháp: tử ngoại bước sóng 280-315nm.

– Thời gian: liều đỏ da độ 1 sau tăng dần lên (tổng liều 1-5 phút/lần) x 20-30 ngày/đợt.

2.1.2. Điện thấp tần: là dòng điện một chiều có điện thế không đổi trong thời gian điều trị.

* Chỉ định: trẻ bại não không có động kinh lâm sàng.

* Chống chỉ định: bại não có động kinh trên lâm sàng; bệnh nhân thể co cứng nặng.

* Các phương pháp điện thấp tần.

– Gavanic dẫn $CaCl_2$ cổ:

+ Chỉ định: cho bệnh nhi chưa kiểm soát được đầu cổ, chưa biết lẫy.

+ Mục đích: tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng đầu- cổ.

+ Kỹ thuật điện cực: cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch $CaCl_2$ đặt vào vùng cổ (C_5-$_7$); Cực đệm mang dấu(-) đặt ở vùng thắt lưng (L_4-$_5$). Cường độ: 0,3-0,5mA/cm^2 điện cực.

+ Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày x 20-30 ngày.

– Gavanic dẫn $CaCl_2$ lưng:

+ Chỉ định: cho trẻ chưa nâng thân mình lên (chưa biết ngồi).

+ Mục đích: tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng thân.

+ Kỹ thuật điện cực: cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch $CaCl_2$ đặt vào vùng thắt lưng (L_{4-5}); Cực đệm mang dấu (-) đặt vào vùng cổ (C_{5-7}) hoặc giữa 2 bả vai. Cường độ: 0,3-0,5mA/cm^2 điện cực.

+ Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần/ngày x 20-30 ngày.

– Dòng Gavanic ngược toàn thân:

+ Chỉ định: cho trẻ thể co cứng liệt tứ chi.

+ Mục đích: giảm trương lực nhóm cơ gập mặt lòng khớp cổ chân nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

+ Kỹ thuật điện cực: hai cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào vùng cơ dép hai bên; Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng giữa hai bả vai hoặc thắt lưng. Cường độ: 0,3-0,5mA/cm^2 điện cực.

+ Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

– Dòng Gavanic ngược khu trú chi trên:

+ Chỉ định: cho trẻ thể co cứng liệt nửa người.

+ Mục đích: giảm trương lực nhóm cơ gập mặt lòng khớp cổ tay nhằm đưa bàn tay về vị trí trung gian.

+ Kỹ thuật điện cực: cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào phần dưới cẳng tay liệt (điểm vận động của các cơ gập mặt lòng khớp cổ tay); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng 1/3 giữa (cơ hai đầu) cánh tay. Cường độ: 0,3-0,5mA/cm^2 điện cực. Thời gian điều trị:15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

– Dòng Gavanic ngược khu trú chi dưới:

+ Chỉ định: cho trẻ bệnh nhân thể co cứng liệt nửa người.

+ Mục đích: giảm trương lực nhóm cơ gập mặt lòng khớp cổ chân (cơ sinh đôi, dép) nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

+ Kỹ thuật điện cực: cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào vùng cơ dép bên liệt (bắp chân); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng giữa hai bả vai hoặc thắt lưng. Cường độ: 0,3-0,5 mA/cm^2 điện cực. Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

– Dòng Gavanic ngắt quãng (xung chữ nhật hoặc tam giác) khu trú (T/R):

+ Chỉ định: cho trẻ thể co cứng (bàn chân thuổng, bàn tay gập mu quá mức, co rút gập hình thành tại gối...).

+ Mục đích: không phải kích thích lên cơ trực tiếp mà kích thích lên thần kinh bị ức chế. Phương pháp này còn gọi là thể dục trị liệu.

+ Kỹ thuật điện cực: cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào điểm vận động của cơ định kích thích (cơ gập mu bàn tay, cơ chày trước, cơ đầu đùi...); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng đầu gần của chi tương ứng (hoặc C_{4-6} hoặc vùng thắt lưng) Cường độ: dò cường độ và giữ lại ở liều có co cơ tối thiểu. Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

2.2. Thuỷ trị liệu

– Chỉ định: trẻ bại não không có động kinh trên lâm sàng.

– Chống chỉ định: trẻ bại não có động kinh trên lâm sàng.

– Mục đích: thư giãn, giảm trương lực cơ, tăng khả năng vận động có ý thức.

– Phương pháp: bồn nước xoáy, bể bơi (nhiệt độ nước 36-38°C).

– Thời gian: 20-30 phút.

2.3. Vận động trị liệu

2.3.1. Nguyên tắc

– Theo các mốc phát triển về vận động thô của trẻ:

Kiểm soát đầu cổ → lẫy→ ngồi → quỳ→ bò → đứng → đi → chạy.

– Theo thể lâm sàng bại não.

– Hoàn thành mốc vận động trước rồi mới chuyển sang mốc sau.

2.3.2. Mục tiêu và các bài tập cụ thể

– Duy trì tầm vận động tối đa tại các khớp lớn:

+ Bài tập vận động thụ động, có trợ giúp, chủ động theo tầm hoặc hết tầm tại các khớp lớn.

+ Thay đổi tư thế nằm: chơi, ngủ đúng cho từng thể lâm sàng.

– Phá vỡ các phản xạ bất thường.

+ Bài tập tạo thuận tay, chân.

+ Bài tập tạo thuận tư thế đầu cổ.

+ Bài tập phá vỡ phản duỗi chéo, nâng đỡ hữu hiệu.

– Tăng khả năng kiểm soát đầu cổ.

+ Kỹ thuật tạo thuận nâng đầu cổ: trên sàn, trên gối tam giác, trên gối tròn, trên bóng...

+ Kỹ thuật day dọc 2 bên gai sau cột sống.

+ Đai nâng cổ.

– Tăng khả năng lẫy:

+ Bài tập lẫy thụ động, có trợ giúp trên sàn.

+ Tư thế nằm nghiêng có gối lót.

– Tăng khả năng ngồi:

+ Bài tập vận động thụ động, trợ giúp trẻ nằm ngồi dậy.

+ Bài tập thăng bằng ngồi có trợ giúp: trên sàn, trên bóng, trên bàn thăng bằng, trên đùi...

+ Ngồi đứng tư thế trên ghế đặc biệt: ghế góc, ghế có bộ phận tách hai chân.

– Tăng khả năng quỳ bò:

+ Bài tập quỳ bốn điểm có trợ giúp: trên sàn, trên gối tròn, trên đùi...

+ Bài tập bò có trợ giúp.

– Tăng khả năng đứng:

+ Bài tập quỳ trên hai chân, một chân có trợ giúp: trên sàn...

+ Bài tập ngồi đứng dậy có trợ giúp từ ghế, trên sàn...

+ Tập ngồi xổm đứng dậy.

– Tăng khả năng đi:

+ Bài tập thăng bằng đứng trên từng chân.

+ Tập đi có trợ giúp: kỹ thuật viên, thanh song song, khung tập đi, xe đẩy, nạng, gậy.

2.4. Ngôn ngữ trị liệu

– Huấn luyện về giao tiếp sớm:

+ Kỹ năng tập trung.

+ Kỹ năng bắt chước.

+ Kỹ năng chơi đùa.

+ Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh.

+ Kỹ năng xã hội.

– Huấn luyện kỹ năng ngôn ngữ:

+ Kỹ năng hiểu ngôn ngữ.

+ Kỹ năng diễn đạt bằng ngôn ngữ.

– Huấn luyện kỹ năng nhà trường:

+ Kỹ năng trước khi đến trường.

+ Kỹ năng nhà trường.

2.5. Hoạt động trị liệu

– Huấn luyện khả năng sử dụng hai tay sớm: kỹ năng cầm đồ, kỹ năng với cầm.

– Huấn luyện khả năng sinh hoạt hàng ngày sớm: kỹ năng ăn uống, kỹ năng mặc quần áo, đi giầy dép, kỹ năng vệ sinh cá nhân, kỹ năng tắm rửa, đánh răng rửa mặt.

– Huấn luyện khả năng nội trợ: kỹ năng đi chợ tiêu tiền, kỹ năng nấu nướng.

– Huấn luyện kỹ năng nghề nghiệp: chọn nghề, học nghề cho phù hợp, giao thông.

2.6. Dụng cụ chỉnh hình

– Nẹp dưới gối, trên gối, áo cột sống, nẹp bàn tay,đai nâng cổ.

– Dụng cụ trợ giúp: ghế ngồi bại não, khung và xe tập đi, xe lăn.

2.7. Giáo dục

– Huấn luyện các kỹ năng giáo dục tiền học đường.

– Huấn luyện kỹ năng giáo dục đặc biệt và giáo dục hoà nhập.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BẠI LIỆT

Bại liệt là một bệnh nhiễm trùng cấp tính có tính chất lây lan, do virus bại liệt gây ra, lây theo đường tiêu hoá. Virus này có ái tính đặc biệt với tế bào thần kinh vận động của sừng trước tuỷ xám. Đặc điểm của bệnh này là liệt mềm ở một cơ hoặc một nhóm cơ.

1. CHẨN ĐOÁN: dựa vào đặc điểm tiến triển lâm sàng.

1.1. Giai đoạn ủ bệnh

Trung bình từ 7-14 ngày, hoàn toàn yên lặng, nhưng là giai đoạn có khả năng lây lan bệnh cao.

1.2. Giai đoạn khởi phát

Trung bình 3-6 ngày, không có triệu chứng đặc hiệu; trẻ có thể có:

– Hội chứng nhiễm khuẩn hô hấp: sốt 38-39°C, sổ mũi, đau họng.

– Biểu hiện bệnh màng não nhẹ: đau đầu, nôn, ỉa chảy, cứng gáy.

– Trẻ có thể bị đau ở các cơ sắp bị liệt trong vài ngày sau.

1.3. Giai đoạn liệt

Kéo dài khoảng 7-14 ngày.

– Đặc điểm liệt do bại liệt: liệt xuất hiện đột ngột, liệt nhanh trong 1-3 ngày. Khu trú liệt thường gặp liệt cơ của các chi (gốc chi hay bị liệt nặng hơn ngọn chi). Trong các thể liệt nặng, liệt hướng lên cao có thể có các rối loạn chức năng hô hấp, toần hoàn, liệt tứ chi và dẫn đến tử vong.

– Tính chất liệt: liệt mềm; trương lực cơ giảm; cơ lực giảm; liệt không đồng đều; không có tính đối xứng; phản xạ gân xương giảm hoặc mất bên liệt; không có rối loạn cảm giác; teo cơ xuất hiện nhanh; có thể có rối loạn cơ tròn; tri thức hoàn toàn bình thường.

– Các dấu hiệu khác: hạ sốt, đau cơ giảm dần, dấu hiệu rối loạn cơ tròn và màng não giảm dần trong 7 ngày sau liệt.

1.4. Giai đoạn phục hồi

Bắt đầu từ khi bị liệt khoảng 2 tuần đến 6 tháng. Thường thì cơ nào liệt trước thì sẽ phục hồi trước. Khả năng phục hồi tuỳ mức độ liệt:

Thể nhẹ (30%) có thể phục hồi hoàn toàn.

Thể vừa (30%) có thể phục hồi.

Thể nặng (30) để lại di chứng.

Thể rất nặng (10%) có thể dẫn đến tử vong.

1.5. Giai đoạn di chứng

Giai đoạn này được tính từ 6 tháng sau khi liệt: liệt vĩnh viễn, teo cơ, co rút cơ biến dạng khớp, lệch trục, dẫn đến giảm chức năng vận động.

2. XÉT NGHIỆM

– Xét nghiệm virus có ý nghĩa giám sát dịch tễ bệnh bại liệt. Các bệnh phẩm cần thiết gồm: dịch hầu họng, phân, nước não tuỷ, dịch tổ chức trong các tuần đầu để cấy phân lập virus; huyết thanh trong giai đoạn cấp và giai đoạn phục hồi để chẩn đoán huyết thanh bại liệt.

– Điện cơ đồ: trẻ nhỏ khó đánh giá. Trẻ lớn: mất hoặc giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh của dây thần kinh bị thương tổn.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

3.1. Nguyên tắc

– Can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện bệnh.

– Phục hồi chức năng tuỳ thuộc vào giai đoạn của bệnh và toàn diện: nhiệt trị liệu, vận động trị liệu, điện trị liệu, dụng cụ chỉnh hình.

3.2. Mục tiêu

– Giảm đau.

– Ngăn ngừa teo cơ, co rút, biến dạng.

– Tăng cường cơ lực và vận động chức năng.

– Duy trì tầm hoạt động khớp.

3.3. Các kỹ thuật cơ bản

3.3.1. Giai đoạn khởi phát và giai đoạn liệt

Nhiệt ấm, xoa bóp nhẹ nhàng, thay đổi tư thế nằm, đặt tư thế tốt.

3.3.2. Giai đoạn phục hồi

– Nhiệt trị liệu: chườm parafin, túi chườm nóng

– Điện trị liệu: dòng điện Gavanic ngắt quãng kích thích cơ.

– Vận động: xoa bóp cơ của chi liệt. Vận động tăng tiến từ vận động thụ động đến vận động có trợ giúp và chủ động. Kết hợp với kỹ thuật rung cơ ở tần số cao. Bài tập kéo giãn nhẹ nhàng ở các cơ bị co rút. Đặt tư thế ngồi, nằm tốt.

– Dụng cụ chỉnh hình: băng thun, dây treo tay, dụng cụ nâng bàn chân rủ, nẹp bàn tay, bàn chân.

3.3.3. Giai đoạn di chứng

Vận động trị liệu, điện trị liệu, hoạt động trị liệu, dụng cụ chỉnh hình.

a. Vận động trị liệu

- *Bài tập 1: Xoa bóp cơ*

– Tư thế:

Bệnh nhân nằm ngửa.

Bên liệt quay về phía kỹ thuật viên.

– Kỹ thuật: các động tác được thực hiện từ ngọn chi đến gốc chi. Xoa vuốt cơ, miết cơ, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ.

• *Bài tập 2: Vận động hết tầm các khớp*

– Tư thế: Bệnh nhân ngồi hoặc nằm.

Bên liệt quay về phía kỹ thuật viên.

– Kỹ thuật:

(1) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp vai

– Gấp và duỗi:

+ Một tay kỹ thuật viên cố định khớp vai, tay kia cầm ở cẳng tay.

+ Từ từ gập tay về phía đầu sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu và ra sau.

– Dạng và khép:

+ Một tay kỹ thuật viên cố định khớp vai, tay kia cầm ở cẳng tay.

+ Từ từ dạng tay ra sau đó đưa lại vị trí ban đầu và qua ngực sang phía bên đối diện.

– Tập xoay khớp vai vào trong và ra ngoài:

+ Kỹ thuật viên dạng khớp vai người bệnh đến 90 độ và gấp khớp khuỷu 90°.

+ Vận động cẳng tay người bệnh về phía mặt giường với lòng bàn tay ở phía dưới tức là xoay khớp vai vào trong.

+ Tiếp tục vận động đưa cẳng tay lên phía đầu với lòng bàn tay ở phía trên, mu bàn tay ở phía dưới tức là vận động xoay khớp vai ra ngoài.

(2) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp khuỷu

– Gấp và duỗi khớp khuỷu:

+ Tay người bệnh duỗi sát thân, lòng bàn tay ở phía trên.

+ Kỹ thuật viên dùng ngón trỏ và ngón giữa tay phải giữ ngón cái của người bệnh và đặt ngón tay cái của mình về mu bàn tay người bệnh còn các ngón khác ở trước cổ tay để giữ cổ tay ở tư thế duỗi thẳng. Sau đó gấp khớp khuỷu tay lại, đưa khớp cổ tay người bệnh về phía khớp vai rồi duỗi khớp khuỷu về vị trí ban đầu.

– Xoay ngửa, xấp cẳng tay:

+ Tay người bệnh ở tư thế hơi gấp khớp khuỷu.

+ Kỹ thuật viên dùng tay phải nắm giữ bàn tay phải của người bệnh và duỗi thẳng ngón trỏ qua mặt trước khớp cổ tay để giữ khớp cổ

tay thẳng sau đó xoay ngửa lòng bàn tay người bệnh lên, rồi quay sấp lòng bàn tay người bệnh tức là quay sấp cẳng tay.

(3) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp cổ tay.

– Gấp duỗi khớp cổ tay:

+ Tay người bệnh ở tư thế gấp khuỷu 90°.

+ Kỹ thuật viên giữ ngón cái của người bệnh giữa ngón trỏ và ngón giữa tay phải mình, ngón tay cái đặt phía mu bàn tay người bệnh đồng thời dùng bàn tay trái nắm giữ bàn tay người bệnh. Sau đó kỹ thuật viên gấp khớp cổ tay người bệnh về phía lòng bàn tay. Rồi vận động duỗi khớp cổ tay theo hướng ngược lại tức là gấp khớp cổ tay về phía mu.

– Nghiêng trụ và nghiêng quay khớp cổ tay:

+ Tay phải người bệnh ở tư thế gấp 90°.

+ Kỹ thuật viên (KTV) giữ ngón tay cái của người bệnh giữa ngón trỏ và ngón giữa bàn tay phải của mình và đặt ngón tay cái ở phía mu bàn tay người bệnh đồng thời dùng tay trái nắm giữ để đỡ cẳng tay người bệnh. Rồi giữ cổ tay bệnh nhân thẳng bàn tay trái, dùng tay phải nghiêng bàn tay bệnh nhân về phía ngón tay cái.

(4) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp bàn ngón

– Gấp và duỗi đốt bàn ngón:

+ Tay bệnh nhân ở tư thế gấp khuỷu đến 90°, khuỷu tay chống trên mặt giường.

+ KTV úp bàn tay phải của mình lên phía mu bàn tay bệnh nhân, bàn tay trái giữ cẳng tay người bệnh. KTV dùng bàn tay mình gấp các ngón tay bệnh nhân, bắt đầu từ những đốt xa đến những đốt gần như là cuộn các ngón tay của bệnh nhân lại cho đến khi tất cả các ngón tay đã gấp, tạo thành một nắm đấm. Sau đó duỗi các ngón tay ra như ban đầu.

– Dạng và khép các ngón:

+ Bàn tay bệnh nhân đặt úp sấp trên mặt giường, các ngón tay duỗi thẳng.

+ KTV dùng ngón tay cái và ngón trỏ nắm giữ 2 bên đầu một ngón tay của bệnh nhân và dùng tay trái nắm giữ vào các khớp cổ tay bênh nhân. KTV giữ ngón tay bệnh nhân thẳng sau đó di chuyển dạng ra xa ngón tay cạnh. Tập như vậy với tất cả các ngón.

(5) Kỹ thuật vận động hết tầm tại ngón cái

– Gấp và duỗi các đốt ngón cái

+ Tay bệnh nhân ở tư thế gấp khuỷu, bàn tay xoay ngữa, các ngón duỗi thẳng.

+ Kỹ thuật viên dùng ngón cái và ngón trỏ tay trái kẹp giữ hai bên ngón tay cái của bệnh nhân rồi gấp ngón tay vào lòng bàn tay. Sau đó duỗi ngón tay cái ra. Tiếp tục lặp lại động tác như trên.

– Đối chiếu ngón cái.

+ Tay bệnh nhân ở tư thế gấp khuỷu.

+ KTV giữ bàn tay bệnh nhân trong lòng bàn tay phải của mình, dùng ngón cái giữ các ngón tay bệnh nhân duỗi thẳng. Di chuyển ngón tay cái bệnh nhân từ phía lòng bàn tay ra ngoài rồi tiếp tục vận động về phía lòng bàn tay đến đối diện với các ngón khác cho tới ngón út.

(6) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp háng

– Gấp và duỗi:

+ Bệnh nhân nằm sát mép giường. KTV đứng về phía bên phải bệnh nhân bàn tay trái đỡ dưới khoeo, bàn tay phải đỡ gót chân.

+ Nâng chân bệnh nhân lên gấp gối lại giữ không để chân bệnh nhân dạng hoặc xoay.

+ Di chuyển từ từ gối bệnh nhân về phía ngực, chuyển bàn tay từ khoeo lên gối và tiếp tục gấp chân cho tới mức tối đa rồi trở lại tư thế duỗi ban đầu.

Khi duỗi chân bệnh nhân ra KTV cần lưu ý chuyển tay trái đỡ từ phía trước gối xuống khoeo như lúc ban đầu.

– Dạng và khép:

+ Bệnh nhân nằm ngửa trên giường, KTV đứng về phía bên phải bệnh nhân, bàn tay trái đặt đỡ dưới khoeo, tay phải nắm đỡ gót chân bệnh nhân.

+ Sau đó dạng chân ra, giữ chân ở mức ngang phẳng với mặt giường rồi khép chân trở về vị trí ban đầu.

– Tập xoay khớp háng vào trong và ra ngoài:

Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi thẳng, KTV đứng ở phía bên phải bệnh nhân, tay trái đặt trên gối, tay phải đặt trên khớp cổ chân sau đó xoay chân bệnh nhân vào trong, rồi tiếp tục xoay chân bệnh nhân ra ngoài.

(7) Kỹ thuật tập vận động hết tầm tại khớp gối

– Bệnh nhân nằm ngửa sát mép giường bên phải, KTV đứng phía bên phải bệnh nhân, tay trái đặt dưới khoeo, tay phải nắm giữ gót chân bệnh nhân để gấp khớp háng và gấp khớp gối lại.

– Sau đó KTV nâng chân bệnh nhân lên khỏi mặt giường rồi từ từ duỗi thẳng khớp gối ra. Sau đó đưa bàn chân trở lại mặt giường ở vị trí ban đầu rồi tiếp tục tập như đã miêu tả ở trên.

(8) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp cổ chân

Gập mặt lòng và gập mặt mu khớp cổ chân:

– Bệnh nhân nằm ngửa, KTV đứng về phía bên phải, tay phải nắm giữ gót chân, cẳng tay đỡ bàn chân, tay trái đặt lên trên khớp gối để giữ cho chân bệnh nhân thẳng.

– Sau đó gấp cổ chân lại bằng cách kéo gót chân bệnh nhân xuống và mũi bàn chân gấp về phía mu. Khi khớp cổ chân đã gấp đến mức tối đa KTV tiếp tục vận động duỗi khớp cổ chân rồi lại thực hiện động tác như đã nói ở trên.

(9) Kỹ thuật vận động hết tầm tại ngón chân

Gập và duỗi đốt ngón chân:

– Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi, KTV đặt ngón tay cái phải trên những ngón chân bệnh nhân ở phía mu và 3 ngón cuối cùng ở phía lòng trên khớp bàn ngón, còn bàn tay trái nắm giữ vùng cẳng chân sát khớp cổ chân để giữ cho bàn chân vững chắc.

– Sau đó gấp các ngón chân bệnh nhân về phía lòng. Rồi KTV đặt các ngón tay ở dưới những ngón chân bệnh nhân và duỗi các ngón chân ra.

• *Bài tập 3: Vận động chủ động*

(1) Kỹ thuật vận động chủ động-đề kháng cơ Delta bó trước

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi trên ghế lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế KTV: đứng sau bệnh nhân, một tay cố định tại bả vai, tay kia đặt tại 1/3 dưới mặt trước cánh tay.

– Kỹ thuật viên làm mẫu gập vai và yêu cầu bệnh nhân làm theo. KTV chỉ cần cố định tại vai và bệnh nhân gập vai.

– Nếu tập có đề kháng: KTV tạo sức đề kháng tại mặt trước cánh tay khi bệnh nhân gập vai:

(2) Kỹ thuật vận động chủ động - đề kháng cơ Dellta bó giữa và cơ trên gai.

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi trên ghế lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế kỹ thuật viên: đứng sau bệnh nhân một tay cố định tại bả vai, tay kia đặt tại 1/3 dưới mặt ngoài cánh tay.

– KTV làm mẫu dạng vai và yêu cầu bệnh nhân, làm theo. KTV chỉ cần cố định tại vai và bệnh nhân dạng vai.

– Nếu tập có đề kháng: KTV tạo sức đề kháng tại mặt ngoài cánh tay khi bệnh nhân dạng vai.

(3) Kỹ thuật vận động chủ động - đề kháng cơ Dellta bó sau

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi trên ghế lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế KTV: đứng bên cạnh bệnh nhân, một tay cố định bả vai tay kia đặt tại 1/3 dưới mặt sau cánh tay.

– KTV làm mẫu duỗi vai và yêu cầu bệnh nhân làm theo, KTV chỉ cần cố định tại vai và bệnh nhân duỗi vai.

– Nếu tập có đề kháng: KTV tạo sức đề kháng tại mặt sau cánh tay khi bệnh nhân duỗi vai.

(4) Kỹ thuật vận động chủ động - đề kháng cơ chày trước

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi trên ghế lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế KTV: ngồi bên cạnh bệnh nhân, một tay cố định tại khớp cổ chân, tay kia đặt tại mu bàn chân.

– KTV làm mẫu gập mặt mu bàn chân và yêu cầu bệnh nhân làm theo. KTV chỉ cần cố định tại cổ chân và bệnh nhân gập mặt mu bàn chân.

– Nếu tập có đề kháng: KTV tạo sức đề kháng tại mu bàn chân khi bệnh nhân gập mặt mu bàn chân.

(5) Kỹ thuật vận động chủ động - đề kháng cơ tứ đầu đùi

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi trên ghế lưng thẳng 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế KTV: đứng bên cạnh bệnh nhân một tay cố định tại khớp gối, tay kia đặt tại 1/3 dưới mặt trước cẳng chân.

– KTV làm mẫu duỗi gối và yêu cầu bệnh nhân làm theo, KTV chỉ cần cố định tại gối và bệnh nhân duỗi gối.

– Nếu tập có đề kháng: KTV tạo sức đề kháng tại mặt trước cẳng chân khi bệnh nhân duỗi gối.

(6) Kỹ thuật vận động chủ động - đề kháng cơ tam đầu đùi

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm sấp trên giường lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế KTV: ngồi đối diện bệnh nhân, một tay cố định tại khoeo chân, tay kia đặt tại 1/3 dưới mặt sau cẳng chân

– KTV làm mẫu gập gối và yêu cầu bệnh nhân làm theo. KTV chỉ cần cố định tại khoeo chân và bệnh nhân gập gối.

– Nếu tập có đề kháng: KTV tạo sức đề kháng tại mặt sau cẳng chân khi bệnh nhân gập gối.

(7) Kỹ thuật vận động chủ động - đề kháng cơ thắt lưng đáy chậu

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi trên ghế lưng thẳng 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế kỹ thuật viên: đứng bên cạnh bệnh nhân, một tay cố định tại mào chậu, tay kia đặt tại 1/3 dưới mặt trước đùi.

– KTV làm mẫu gập háng và yêu cầu bệnh nhân làm theo, KTV chỉ cần cố định tại mào chậu và bệnh nhân gập háng.

– Nếu tập có đề kháng thì KTV tạo sức đề kháng tại mặt trước đùi khi bệnh nhân gập háng.

- *Bài tập 4: Kéo giãn thụ động*

(1) Kỹ thuật kéo giãn khớp háng

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm sấp trên giường lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân, khớp gối gập 90°.

– Tư thế KTV: đứng bên cạnh bệnh nhân, một tay cố định tại mông và ấn xuống, tay kia đặt tại mặt trước khớp gối làm động tác duỗi và khép háng.

(2) Kỹ thuật kéo giãn khớp gối

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế KTV: đứng bên cạnh bệnh nhân một tay cố định tại 1/3 dưới mặt trước đùi và ấn xuống, tay kia đặt ở 1/3 trên mặt sau cẳng chân và nâng lên.

(3) Kỹ thuật kéo giãn khớp cổ chân

– Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa hoặc sấp lưng thẳng, 2 tay xuôi theo thân.

– Tư thế KTV: đứng bên cạnh bệnh nhân, một tay cố định tại 1/3 dưới mặt trước cẳng chân và ấn xuống, tay kia ôm lấy xương gót, lòng bàn chân bệnh nhân tỳ lên cẳng tay của KTV và làm động tác gập mặt mu.

b. Điện trị liệu

Dòng Gavanic ngắt quãng (xung tam giác) khu trú (T/R).

– Mục đích: không phải kích thích lên cơ trực tiếp mà kích thích lên thần kinh bị ức chế. Phương pháp này còn gọi là thể dục trị liệu.

– Dòng điện thấp tần không đổi một chiều Gavanic: Tần số 100-1000Hz, điện thế 220V, thời gian xung/thời gian nghỉ = 1/2. Cường độ: khi thấy co cơ tối thiểu.

– Kỹ thuật điện cực: cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào điểm vận động của cơ định kích thích (cơ gập mu bàn tay, cơ chày trước, cơ tứ đùi đầu...); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng đầu gần của chi tương ứng (hoặc C_{4-6} hoặc vùng thắt lưng).

– Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

c. Hoạt động trị liệu

Huấn luyện trẻ em các kỹ năng độc lập, mặc - cởi quần áo độc lập, tắm rửa đi vệ sinh độc lập.

d. Dụng cụ

– Dụng cụ trợ giúp: dụng cụ nâng bàn chân, đai treo tay, ròng rọc tập tay, thanh song song, khung tập đi, nạng, gậy.

– Dụng cụ chỉnh hình: nẹp bàn tay, nẹp dưới gối, nẹp trên gối, nẹp trên khớp háng, đo nẹp cột sống.

e. Phẫu thuật chỉnh hình

Chỉ định trong trường hợp co rút nặng, tiên lượng sau phẫu thuật trẻ sẽ tốt hơn (VD: ngắn chi bên liệt, bàn chân thuổng).

Lưu ý: Sau phẫu thuật bệnh nhân phải được tiếp tục vật lý trị liệu và đeo dụng cụ chỉnh hình.

3.4. Theo dõi bệnh nhân

Bệnh nhân được theo dõi định kỳ 3-6 tháng/1lần cho đến tuổi trưởng thành.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ XƠ HÓA CƠ ỨC ĐÒN CHŨM

Xơ hoá cơ ức đòn chũm là tình trạng xơ hoá một phần cơ ức đòn chũm do tư thế bào thai hoặc tai biến khi sinh dẫn đến hạn chế tầm vận động của cột sống cổ.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- *Dấu hiệu sớm: 0-3 tháng tuổi*

– Có khối u vùng cơ ức đòn chũm với các tính chất sau:

+ Phát hiện ngay sau sinh. Cảm giác to nhanh trong những tháng đầu.

+ Không nóng, đỏ, đau, mật độ chắc.

+ Không di động được hoặc di động nhẹ theo cơ ức đòn chũm.

– Hạn chế tầm vận động tại cổ: thường phát hiện muộn khi trẻ 2 đến 3 tháng tuổi.

+ Đầu trẻ nghiêng sang bên có khối xơ, do cơ ức đòn chũm bị xơ cứng nên không thể kéo dài ra như bên lành được.

+ Hạn chế nghiêng sang bên lành và xoay hai bên.

- *Dấu hiệu muộn: > 3 tháng tuổi*

– Có khối u như trên nhưng mật độ chắc hơn nhiều.

– Hạn chế tầm vận động cột sống cổ rất nhiều, khối xơ khó kéo giãn.

– Vẹo cột sống cổ, vẹo cột sống lưng, biến dạng lồng ngực.

– Lác mắt.

1.2. Xét nghiệm

Chọc dò khối u thấy trên tiêu bản có hình ảnh:

- Hồng cầu: giai đoạn đầu (xuất huyết).
- Tế bào xơ: giai đoạn sau (xơ hoá).
- Không thấy bạch cầu đa nhân hoặc tế bào ác tính.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch: sốt, sưng, nóng, đỏ đau. Chọc hạch có bạch cầu đa nhân.
- Khối u vùng cổ: chọc dò khối u thấy trên tiêu bản có tế bào lành hoặc ác tính.
- Vẹo cổ do còi xương, tổn thương đốt sống cổ: không có khối u, liệt dây thần kinh số XI.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM

2.1. Nguyên tắc

Can thiệp ngay sau khi phát hiện khối xơ.

Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân tập tại nhà trong 3 tháng đầu.

Khám thường quy sau 1,2,3 tháng cho đến khi khỏi.

Điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng sau 3 tháng tuổi nếu kết quả kém.

2.2. Mục tiêu

- Làm mềm khối xơ.
- Duy trì tầm vận động của cột sống cổ.
- Ngăn ngừa biến dạng thứ phát xảy ra ở sọ mặt và cột sống cổ.

2.3. Kỹ thuật phục hồi chức năng

2.3.1. Vận động trị liệu

a. Bài tập 1: Xoa bóp cơ ức đòn chũm

- Tư thế bệnh nhân:

+ Đặt nằm nghiêng sang bên không có khối xơ để bộc lộ bên có khối xơ (trên đùi KTV, hoặc trên gối), đầu bệnh nhân thấp hơn vai.

+ Đầu, vai, hông thẳng hàng theo một trục ngang.

– Kỹ thuật:

+ Một tay KTV cố định khớp vai, hông.

+ Tay kia (bên đầu trẻ) dùng 1 hoặc 2 ngón tay xoa bóp theo chiều kim đồng hồ.

+ Thời gian: 5-10 phút/lần x 6-8 lần trong ngày.

b. Bài tập 2: Kéo giãn cơ ức đòn chũm

– Tư thế bệnh nhân:

+ Đặt nằm nghiêng sang bên không có khối xơ để bộc lộ bên có khối xơ (trên đùi KTV hoặc trên gối), đầu bệnh nhân thấp hơn vai.

+ Đầu, vai, hông thẳng hàng theo một trục ngang.

– Kỹ thuật:

+ Một tay KTV cố định khớp vai, hông, kéo nhẹ khớp vai về phía hông.

+ Tay kia (bên đầu trẻ) ngón cái tỳ vào góc hàm, các ngón khác đặt vào phần xương chũm, phần dưới bàn tay tỳ nhẹ vào đầu trẻ và kéo xuống từ từ, nhẹ nhàng. Giữ khoảng 30 giây sau đó thả ra và làm lại như trên.

Chú ý: Nếu trẻ khóc, chống đối, tím tái thì dừng lại ngay.

Thời gian: 5-10 phút/lần x 6-8 lần/ngày

Có thể xen kẽ bài tập 1 và 2.

c. Bài tập 3: Đặt nằm nghiêng hai bên.

– Đặt nằm nghiêng hai bên bằng cách dùng gối dài kê ở phía sau lưng (qua vai và hông) để đảm bảo trẻ nằm nghiêng hoàn toàn (tránh nằm ngửa, nghiêng đầu).

– Thay đổi tư thế nằm nghiêng sang từng bên sau mỗi bữa ăn (hoặc 2-4 giờ/lần).

Những điểm cần lưu ý:

– Ba bài tập trên được thực hiện cho đến khi trẻ khỏi hoàn toàn.

– Thực hiện khi khối u không có nóng, đỏ, đau.

– Kéo giãn nhẹ nhàng, không kéo giãn tối đa ngay tức khắc mà kéo giãn từ từ.

– Không tập khi trẻ khóc, chống đối.

– Tập trước khi cho ăn.

– Theo dõi dấu hiệu khó thở, tím tái thì ngừng tập.

d. Bài tập 4. Tập lẫy (khi trẻ 3 tháng tuổi)

– Tư thế bệnh nhân: trẻ nằm ngửa trên đệm.

– Kỹ thuật:

+ Chân phía dưới duỗi.

+ Gập khớp gối và khớp háng chân phía trên.

+ Xoay khớp háng chân bên trên ở tư thế gập gối, háng và nhẹ nhàng đưa chéo qua người trẻ.

2.3.2. Điện trị liệu

Dòng điện thấp tần một chiều không đổi Gavanic (Tần số 100-1000 Hz, điện thế 220V, cường độ 0,1-0,5 mA/1cm^2 điện cực).

– Chỉ định: trẻ trên 3 tháng, đã thực hiện các bài tập vận động không có kết quả.

– Phương pháp:

+ Gavanic dẫn $CaCl_2$ cổ: cực tác dụng: (+) $CaCl_2$ đặt giữa C_4 đến C_7.

Cực đệm: (-) đặt ở thắt lưng.

+ Gavanic dẫn KI vào khối xơ: cực tác dụng (-) đặt ở khối xơ.

Cực đệm (+) đặt giữa C_4 - C_7.

2.3.3. Phẫu thuật chỉnh hình

Chỉ định: trẻ trên 2 tuổi, vẹo cổ nặng. Không quay được cổ sang bên có khối xơ.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ CHẬM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ

Chậm phát triển trí tuệ là một nhóm các rối loạn về sự phát triển trí tuệ của trẻ do các nguyên nhân xảy ra trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh.

Trẻ chậm phát triển trí tuệ có thể từ loại nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Tiêu chuẩn chung

(1) Khả năng đáp ứng chậm chạp hoặc không đáp ứng với điều người khác nói, với mọi việc diễn ra xung quanh.

(2) Khả năng diễn đạt không rõ ràng: các suy nghĩ, tình cảm nhu cầu bản thân.

(3) Khả năng tiếp thu chậm: về ngôn ngữ lời nói và ngôn ngữ không lời.

(4) Khả năng hiểu chậm: về những điều họ nghe, sờ, nhìn.

(5) Khả năng ra quyết định chậm kể cả việc đơn giản.

(6) Khả năng tập trung kém trong mọi trường hợp.

(7) Khả năng nhớ hạn chế: trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng nhiều, trí nhớ dài hạn ít bị ảnh hưởng hơn.

(8) Kém điều hợp vận động toàn thân hoặc các vận động khác như khó khăn (mút, nhai, ăn, sử dụng bàn tay).

(9) Chậm phát triển:

– Vận động thô (lẫy, ngồi, bò, đứng, đi).

– Vận động tinh (sử dụng bàn tay).

(10) Rối loạn hành vi: đập phá, đập đầu vào vật...

(11) Khám thần kinh:

– Trương lực cơ: bình thường hoặc giảm nhẹ toàn thân.

– Tình trạng cơ: bình thường, không có liệt.

– Phản xạ: phản xạ gân xương bình thường hoặc giảm nhẹ. Babinski: âm tính. Các phản xạ nguyên thuỷ âm tính.

- Các dây thần kinh sọ não: ít bị ảnh hưởng.
- Các hội chứng: tháp, ngoại tháp, tiểu não âm tính.

1.2. Xét nghiệm

1.2.1. Đánh giá chỉ số IQ: trẻ chậm phát triển trí tuệ có chỉ số IQ < 70%.

- Tets Denver: đánh giá 4 lĩnh vực: cá nhân - xã hội, vận động tinh, ngôn ngữ, vận động thô.
- Đánh giá chỉ số IQ: chưa được triển khai tại Việt Nam.
- Chẩn đoán mức độ chậm PTTT: theo ICD 10 của WHO.

+ Mức độ 1 (nhẹ): IQ từ 55 - 70%, giáo dục hoà nhập.
+ Mức độ 2 (trung bình): IQ từ 40-54%, có thể hoà nhập.
+ Mức độ 3 (nặng): IQ từ 20 - 39%, cần trợ giúp.
+ Mức độ 4 (Rất nặng): IQ < 20%, cần chăm sóc đặc biệt.

1.2.2. Xét nghiệm khác

- CT Scanner sọ não: tìm các tổn thương thực thể tại não.
- Điện não đồ: tìm hiểu các hoạt động điện của tế bào não.
- Nhiễm sắc thể: xác định dạng chậm phát triển tinh thần.
- Định lượng hormon: T3, T4, TSH

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

2.1. Nguyên tắc

Phục hồi chức năng (PHCN) sớm, đều đặn, toàn diện, phối hợp với chương trình PHCN tại nhà và PHCN dựa vào cộng đồng.

2.2. Phương pháp

- Điện trị liệu: điện thấp tần, ánh sáng.
- Vận động: xoa bóp.
- Các kỹ thuật tạo thuận cho lẫy, ngồi, bò, đứng đi.
- Ngôn ngữ trị liệu: kích thích kỹ năng giao tiếp sớm.
- Huấn luyện kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ.
- Hoạt động trị liệu: huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay.

Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày.

– Thuốc: động kinh, hormon giáp trạng, cerebrolysin, điều trị còi xương nếu có.

– Dụng cụ trợ giúp: nẹp chỉnh hình.

2.2.1. Điện và vận động trị liệu: dựa vào khám và đánh giá mốc phát triển của trẻ.

Mốc vận động	Điện trị liệu	Vận động trị liệu
Lẫy, lật	1. Tử ngoại ngắn 60 giây, tăng 5giây/lần 2. Galvanic dẫn $CaCl_2$ qua cổ. Cực tác dụng (+) $CaCl_2$ ở C_3-C_7 Cực đệm (-) ở L_4-L_5 Cường độ: 0,1 đến 0,5 mA/cm^2 Thời gian: 15-30 phút/lần x 20 lần/đợt	1. Xoa bóp cơ chân, tay, lưng 2. Kỹ thuật tạo thuận thăng bằng đầu cổ. 3. Tạo thuận lẫy lật
Ngồi, bò	1. Tử ngoại ngắn 60 giây, tăng 5giây/lần 2. Gavanic dẫn $CaCl_2$ qua lưng. Cực tác dụng (+) $CaCl_2$ ở L_4 - L_6 Cực đệm (-) ở giữa 2 bả vai Cường độ: 0,1 đến 0,5 mA/cm^2 Thời gian: 15-30 phút/lần x 20 lần/đợt	1. Xoa bóp cơ chân, tay, lưng. 2. Tạo thuận ngồi và thăng bằng ngồi. 3. Tạo thuận quỳ, bò và thăng bằng quỳ, bò.
Đứng, đi	1. Tử ngoại ngắn 60 giây, tăng 5giây/lần 2. Gavanic dẫn $CaCl_2$ toàn thân Cực tác dụng (+) $CaCl_2$ ở cơ sinh đôi dép 2 chân Cực đệm (-) ở L_4-L_6 Cường độ: 0,1 đến 0,5 mA/cm^2 Thời gian: 15-30phút/lần x 20 lần/đợt.	1. Xoa bóp cơ chân, tay, lưng 2. KT tạo thuận đứng, đi 3. Bài tập thăng bằng đứng, đi

2.2.2. Ngôn ngữ trị liệu

a. Huấn luyện kỹ năng giao tiếp sớm

• *Bước 1: Đánh giá khả năng giao tiếp sớm (Xem kỹ trong phiếu đánh giá)*

– Đánh giá khả năng tập trung: gồm nhìn, lắng nghe, thời gian, suy nghĩ.

– Khả năng bắt chước và lần lượt:

+ Những cử động trên nét mặt

+ Các hoạt động

+ Các hoạt động với đồ chơi

+ Âm thanh

+ Từ

– Khả năng chơi: là cách trẻ học tìm hiểu môi trường xung quanh, chơi có luật, chơi tưởng tượng...

– Đánh giá về cử chỉ và tranh ảnh: cử chỉ là vận động chủ ý của cơ thể được nhắc lại nhiều có mục đích.

– Đánh giá về kỹ năng xã hội và sử dụng ngôn ngữ: đây là kỹ năng để trẻ xây dựng mối quan hệ với mọi người.

Những kỹ năng này bao gồm:

+ Lần lượt, đáp ứng

+ Chú ý và chia sẻ sự chú ý

+ Sử dụng giao tiếp một cách có ý nghĩa

+ Giao tiếp rõ ràng

+ Có đối đáp

+ Là thành viên của nhóm

Tất cả các kỹ năng này được lần lượt đánh giá qua năm giai đoạn giao tiếp sớm. Sau đó chuyển sang bước 2.

• *Bước 2: Lập chương trình huấn luyện cho trẻ:* dựa vào bước đánh giá, chọn 1-2 kỹ năng cho từng đợt điều trị...

Cụ thể từ trang 31 - trang 71 trong tài liệu "Giao tiếp với trẻ em"

• *Bước 3: Đánh giá kết quả đợt huấn luyện và lập chương trình huấn luyện tại nhà*

b. Huấn luyện kỹ năng ngôn ngữ:

• *Huấn luyện kỹ năng hiểu ngôn ngữ*

Nguyên tắc dạy hiểu ngôn ngữ:

– Trẻ phải hiểu, biết ý nghĩa của âm thanh, từ và câu trước khi nói.

– Nói chuyện nhiều với trẻ, dùng ngôn ngữ đơn giản, nói chậm, to.

– Sử dụng dấu hiệu để giúp trẻ hiểu.

– Chỉ sử dụng một vài đồ vật hoặc tranh ảnh, chỉ một người hướng dẫn.

– Động viên khen thưởng đúng lúc.

Cụ thể:

Bước 1: đánh giá (Xem phiếu đánh giá các kỹ năng về ngôn ngữ).

Bước 2: lập chương trình về huấn luyện.

(Xem trang 74 đến trang 122 trong tài liệu "Giao tiếp với trẻ em").

Bước 3: đánh giá kết quả lập chương trình huấn luyện tại nhà.

- *Huấn luyện kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ*

Mục tiêu: trẻ sẽ tự nói/làm dấu/chỉ vào các bức tranh

Bước 1: đánh giá.

Bước 2: lập chương trình huấn luyện.

Chọn 1 đến 2 kỹ năng cho một đợt huấn luyện.

(Xem trang 126 đến trang 183 trong chương trình "Giao tiếp với trẻ em").

Bước 3: đánh giá kết quả, lập chương trình huấn luyện tại nhà.

2.2.3. Hoạt động trị liệu

– Huấn luyện kỹ năng vận động tinh bàn tay: với, cầm, thả vật, và phối hợp hai tay.

– Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày:

+ Huấn luyện kỹ năng ăn uống.

+ Huấn luyện kỹ năng vệ sinh thân thể: đánh răng, rửa mặt, rửa tay...

+ Huấn luyện kỹ năng cởi, mặc quần áo, giầy dép.

+ Huấn luyện kỹ năng đi vệ sinh:

Di chuyển vào nhà vệ sinh: kỹ năng xe lăn

Vệ sinh sau đại tiểu tiện.

+ Huấn luyện kỹ năng nội trợ, nấu nướng...

+ Tư vấn nghề nghiệp.

2.2.4. Thuốc

Thuốc động kinh:

Depakin (20 - 30mg/kg/24giờ).

Tegretol (10 - 20mg/kg/24giờ)

Gardenal (5 - 15mg/kg/24giờ)

Diazepam (0,3 - 0,5mg/kg/24giờ)

Sodanton (5 - 10mg/kg/24giờ)

Hormon giáp trạng: L-thyroxin, thyreoidin (30mg/kg/24 giờ).

Cerebrolysin: 0,2ml/kg/24 giờ x 20 - 30 ngày/đợt.

Sau 2-3 tháng có thể nhắc lại.

Còi xương: Ostram, cancinol, vitamin D_3, D_2 (Sterogyl, Infadin).

2.2.5. Dụng cụ trợ giúp: nẹp chỉnh hình trên gối, dưới gối.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ TỰ KỶ

Tự kỷ là một dạng bệnh trong nhóm rối loạn phát triển thâm nhập ảnh hưởng đến nhiều mặt của sự phát triển nhưng nhiều nhất là về kỹ năng giao tiếp và quan hệ xã hội.

Theo phân loại quốc tế ICD 10 và DMS IV tự kỷ được chia làm 2 loại:

– Tự kỷ điển hình: tự kỷ bẩm sinh (chậm phát triển và/ hoặc các triệu chứng xuất hiện ngay sau khi sinh đến trước 3 tuổi).

– Tự kỷ không điển hình (mắc sau 3 tuổi).

Tiền sử phát triển bình thường tới 12 - 30 tháng tuổi.

Sau đó ngừng phát triển đột ngột hoặc thoái triển.

Các triệu chứng khác của tự kỷ xuất hiện.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Phát hiện sớm tự kỷ

1.1.1. Các triệu chứng không đặc hiệu: trước 12 tháng tuổi.

– Tăng động: trẻ kích động khó ngủ, khóc nhiều, khó dỗ dành, hay bị cơn "đau quặn" bụng do đầy hơi? khó chịu không lý do.

– Hoặc trẻ thờ ơ, yên lặng, dường như thích ở một mình, ít đòi hỏi được cha mẹ chăm sóc.

– Khả năng tập trung kém: không chú ý hoặc tập trung như các trẻ cùng tuổi khác.

1.1.2. Các triệu chứng đặc hiệu hơn (sau 12 tháng tuổi) có liên quan đến kỹ năng giao tiếp và xã hội

– Mất đáp ứng với âm thanh (có thể bị điếc hoặc khiếm thính).

– Ít hoặc không cười trong giao tiếp.

– Không có hoặc giảm kỹ năng giao tiếp không lời (không hoặc ít bập bẹ).

– Khó tham gia vào các trò chơi.

– Các tác động qua lại bằng phát âm, hoạt động giảm.

– Hành vi quan sát bằng mắt đặc biệt (có thể quay đi, tránh không nhìn chăm chăm, ánh mắt đờ đẫn trống vắng hoặc chán không nhìn...).

– Giọng nói và âm thanh lặp đi lặp lại đơn điệu.

– Bị cuốn hút mạnh mẽ với một vật nhất định.

– Tham gia kém vào những hoạt động thông thường mang tính xã hội.

1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán: theo DSM-IV

Có ít nhất 6 tiêu chuẩn từ (1) (2) (3) với ít nhất 2 tiêu chuẩn từ (1) và 1 tiêu chuẩn từ (2) và (3).

1.2.1. Khiếm khuyết về chất lượng quan hệ xã hội, biểu hiện ít nhất bằng 2 trong số biểu hiện sau

– Khiếm khuyết rõ rệt về sử dụng các hành vi không lời như mắt nhìn mắt, thể hiện bằng nét mặt, tư thế cơ thể và các cử chỉ nhằm điều hành quan hệ xã hội.

– Kém phát triển mối quan hệ bằng hữu tương ứng với mức phát triển.

– Thiếu tìm kiếm sự chia sẻ niềm vui, các mối quan tâm hay thành tích với người khác (ví dụ: không biết khoe, mang cho người khác xem những thứ mình thích).

– Thiếu sự quan hệ xã hội hoặc tình cảm.

1.2.2. Khiếm khuyết về chất lượng giao tiếp và có ít nhất một trong các biểu hiện sau

– Chậm hoặc hoàn toàn không phát triển kỹ năng nói (không cố gắng thay thế bằng các kiểu giao tiếp khác như điệu bộ hoặc nét mặt).

– Những trẻ có thể nói được thì có khiếm khuyết rõ rệt về khả năng khởi xướng và duy trì hội thoại với người khác.

– Sử dụng ngôn ngữ trùng lặp và dập khuôn hoặc sử dụng ngôn ngữ lập dị.

– Thiếu các trò chơi đa dạng hoặc giả vờ hoặc chơi bắt chước mang tính xã hội phù hợp với mức phát triển.

1.2.3. Những hành vi, mối quan tâm, hoạt động gò bó trùng lặp, định hình và có ít nhất một trong các biểu hiện sau

– Mối bận tâm bao trùm với một hoặc nhiều kiểu thích thú mang tính định hình bất thường cả về cường độ và độ tập trung.

– Bị cuốn hút rõ rệt, không khoan nhượng với những hoạt động hoặc những nghi thức đặc biệt.

– Có những cử chỉ, cử động mang tính lặp lại hoặc rập khuôn (vê hoặc xoắn vặn tay hoặc những cử động phức tạp của cơ thể).

– Bận tâm dai dẳng với những chi tiết của vật.

1.2.4. Chẩn đoán mức độ: dựa theo bảng đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ em (C.A. R.S)

Đánh giá 15 lĩnh vực:

1. Quan hệ với mọi người.
2. Bắt chước.
3. Đáp ứng tình cảm.
4. Động tác cơ thể.
5. Sử dụng đồ vật.
6. Thích nghi với sự thay đổi.
7. Phản ứng thị giác.
8. Phản ứng thính giác.
9. Phản ứng qua vị giác và khứu giác.
10. Sự sợ hãi hoặc hồi hộp.

11. Giao tiếp bằng lời.

12. Giao tiếp không lời.

13. Mức độ hoạt động.

14. Đáp ứng trí tuệ.

15. Ấn tượng chung về tự kỷ.

Mỗi lĩnh vực cho từ 1 đến 4 điểm.

Nhận định: Từ 15-30 điểm: không tự kỷ.

Từ 31-36 điểm: tự kỷ nhẹ và vừa.

Từ 37-60 điểm: tự kỷ nặng.

1.2.5. Xét nghiệm

– Test Denver: cá nhân - xã hội, vận động tinh tế thích ứng, ngôn ngữ, vận động thô.

– Điện não đồ.

– CT. Scanner sọ não.

– Nhiễm sắc thể.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ TỰ KỶ

2.1. Nguyên tắc

– Phát hiện sớm và can thiệp sớm tự kỷ.

– Nhóm phục hồi chức năng sớm: bác sĩ nhi khoa, nhà tâm lý, nhà tâm thần học, chuyên gia ngôn ngữ. Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, giáo viên đặc biệt và cha mẹ trẻ.

– Chương trình phục hồi chức năng phù hợp với mức độ bệnh: kiên trì và đều đặn theo đợt tại trung tâm phục hồi chức năng phối hợp chương trình huấn luyện tại nhà.

2.2. Kỹ thuật phục hồi chức năng

2.2.1. Huấn luyện kỹ năng giao tiếp

- *Chương trình huấn luyện mức độ ban đầu về các kỹ năng*

– Kỹ năng chú ý.

– Kỹ năng bắt chước.

- Kỹ năng tiếp nhận ngôn ngữ.

- Kỹ năng thể hiện ngôn ngữ.

- Kỹ năng trước khi đến trường.

- Kỹ năng tự chăm sóc.

• *Chương trình huấn luyện mức độ vừa về các kỹ năng:* các kỹ năng như trên ở mức độ cao hơn.

• *Chương trình huấn luyện mức độ cao về các kỹ năng:* như các kỹ năng trên ở mức độ cao và thêm:

- Ngôn ngữ trừu tượng.

- Kỹ năng trường học.

- Kỹ năng xã hội.

2.2.2. Huấn luyện về hành vi

- Tập trung vào những hành vi không thích hợp hoặc khó khăn: tìm nguyên nhân loại bỏ hay giảm sự tác động của nguyên nhân.

- Dạy cho trẻ kỹ năng học mới.

- Chương trình huấn luyện phải song song tại nhà, ở trường như nhau.

2.2.3. Huấn luyện hội nhập về âm nhạc

Huấn luyện hội nhập về âm thanh cho trẻ bị quá mẫn về âm thanh hoặc tăng nhạy cảm với âm thanh.

2.2.4. Huấn luyện điều hoà các giác quan

Điều trị điều hoà về giác quan tuỳ thuộc vào giác quan nào bị tổn thương (Xúc giác, thị giác, thính giác, mùi vị, thăng bằng). Kỹ thuật này dùng để tăng hoặc giảm đáp ứng của trẻ với các kích thích khác nhau.

2.2.5. Huấn luyện về nhìn

Dùng các bài tập tăng cường sức nhìn, đeo kính màu đặc biệt, kỹ thuật đặc biệt khác nhằm giúp trẻ không sử dụng liếc mắt, không theo dõi bằng mắt, tập trung nhìn vào vật.

2.2.6. Điều trị bằng chơi

2.2.7. Điều trị bằng thuốc

Không có thuốc điều trị tự kỷ nhưng có thể dùng một số thuốc để giảm những biểu hiện đặc trưng như: hung hãn, co giật, tăng động, hành vi bị ám ảnh, lo lắng...

- Thuốc làm giảm tăng động (Clonidin 0,5mg: 1/2 đến 1 viên/ngày).
- Thuốc làm giảm hung tính (Haloperidol 1,5mg: dò liều).
- Thuốc điều chỉnh cảm xúc (Tegretol 200mg: 10mg/kg).
- Không tập trung (Fluoxetin, Setroline).
- Động tác lặp lại định hình (Zoloft).
- Cebrolysin: 0,2mg/kg/24 giờ x 20 ngày.
- Marinplus, Pho-L: 1 viên/ngày.
- Thuốc tăng cường tuần hoàn não (Nootropil, Lucidrin...).

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ BỆNH PHỔI

1. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1.1. Chỉ định: phối hợp điều trị các bệnh sau:

- Áp xe phổi.
- Tràn mủ màng phổi.
- Hen phế quản.
- Tràn dịch màng phổi do lao.
- Giản phế quản.
- Viêm tiểu phế quản.

1.2. Chống chỉ định

Tràn dịch, tràn mủ màng phổi chưa dẫn lưu.

Ung thư phổi, u phổi.

Suy hô hấp nặng.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

2.1. Mục tiêu

– Thông thoáng đường thở (tăng thải đờm dãi).

– Tăng cường chức năng trao đổi khí: tăng diện tích trao đổi khí, tăng cường chức năng các cơ tham gia vào quá trình hô hấp.

– Ngăn ngừa các biến chứng: viêm phổi kéo dài, xẹp phổi, teo phổi, xơ phổi, cong vẹo cột sống và cứng khớp vai.

2.2. Một số kỹ thuật phục hồi chức năng

2.2.1. Kỹ thuật dẫn lưu theo tư thế

- *Mục tiêu*

Giải phóng đờm dãi.

Tăng diện tích trao đổi khí.

- *Kỹ thuật*

– Tiếp xúc và giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu cách điều trị.

– Đánh giá: nhịp thở, tím tái.

– Kỹ thuật dẫn lưu tư thế phụ thuộc vào thuỳ phổi bị tổn thương.

Thuỳ đỉnh: bệnh nhân nửa nằm nửa ngồi.

Thuỳ giữa: nằm ngửa kê đệm cao phần lưng bên tổn thương trên giường nghiêng 30°, đầu dốc xuống dưới.

Thuỳ dưới: Nằm sấp trên giường nghiêng 30°, đầu dốc xuống dưới.

– Thời gian 1-5 phút.

– Phối hợp kỹ thuật vỗ rung với dẫn lưu theo tư thế.

– Kích thích ho có hiệu quả.

– Tiến hành vào buổi sáng và buổi chiều sau ngủ dậy, trước khi ăn.

– Thay đổi tư thế bệnh nhân: đặt nằm nghiêng đều hai bên 2 giờ/lần.

2.2.2. Kỹ thuật vỗ

- *Mục tiêu*

Long đờm và dịch xuất tiết, ứ đọng

Chống dính màng phổi

- *Kỹ thuật*

– Tiếp xúc và giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu cách điều trị.

– Đánh giá: nhịp thở tím tái.

– Tư thế bệnh nhân: theo tư thế dẫn lưu thùy phổi tổn thương.

– Kỹ thuật viên khum bàn tay, các ngón tay khép, vỗ vào thành ngực bằng cách lắc nhẹ cổ tay. Vỗ nhịp nhàng và di chuyển trên thành ngực với lực đều nhau, nhịp đều và tốc độ đều.

– Thời gian: 3-5 phút/lần ở người lớn và trẻ lớn.

1-3 phút/lần ở trẻ nhỏ.

– Nên phối hợp với dẫn lưu theo tư thế thuỳ phổi tổn thương.

– Kích thích ho có hiệu quả.

2.2.3. Kỹ thuật rung

- *Mục tiêu*

Làm long đờm và dịch xuất tiết ứ đọng.

Chống dính màng phổi.

- *Kỹ thuật*

– Tiếp xúc và giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu cách điều trị.

– Đánh giá: nhịp thở, tím tái.

– Tư thế bệnh nhân: theo tư thế dẫn lưu thuỳ phổi tổn thương.

– Kỹ thuật viên: rung chỉ nên làm vào thì thở ra. Bàn tay kỹ thuật viên đặt vào thành ngực, ấn và rung nhẹ vào thì thở ra. Vị trí bàn tay có thể thay đổi tuỳ theo từng kỹ thuật viên.

– Thời gian: 3-5 phút/lần ở người lớn và trẻ lớn.

1-3 phút/lần ở trẻ nhỏ.

– Nên phối hợp với dẫn lưu theo tư thế thuỳ phổi tổn thương

– Kích thích ho có hiệu quả.

2.2.4. Kỹ thuật ho có hiệu quả

- *Mục tiêu*

Long đờm và giải phóng đờm theo phế nang → phế quản → khí quản → ra ngoài.

- *Kỹ thuật*

– Tiếp xúc và giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu cách điều trị.

– Đánh giá: nhịp thở tím tái.

– Tư thế bệnh nhân: theo tư thế dẫn lưu thuỳ phổi tổn thương.

– Kỹ thuật:

+ Ho có trợ giúp:

Ấn mạnh và nhanh trên vùng xương ức vào cuối thì thở ra.

Thở ra ngoài và cuối cùng là thổi ra mạnh.

Thổi từng nấc, vừa thở ra vừa thổi mạnh.

+ Ho chủ động:

Hít vào sâu, đẩy bụng to lên, giữ lại một chút.

Đầu hơi gập, hắt hơi thổi mạnh ra.

2.2.5. Kỹ thuật tập thở

- *Mục tiêu*

Tăng dung tích thở.

Tăng sự trao đổi khí.

Tăng độ giãn nở, đàn hồi của phổi và lồng ngực.

- *Kỹ thuật*

– Tiếp xúc và giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu cách điều trị

– Đánh giá: nhịp thở, tím tái.

– Tư thế bệnh nhân: tư thế bệnh nhân phải được thoải mái.

– Kỹ thuật:

Trẻ lớn: hướng dẫn thở sâu.

Trẻ nhỏ: thổi bóng bay, thổi bóng xà phòng, kích thích khóc to.

– Thời gian 5-10 phút/lần x 3 lần/ngày, trước ăn.

- *Thở bằng cơ hoành*

Là một kiểu thở ít tốn sức và có hiệu quả làm giãn nở phần đáy phổi đồng thời làm giải phóng chất đờm dãi ở đó.

– Nếu bệnh nhân nhỏ: đặt tay vào góc sườn hoành theo nhịp thở của bệnh nhân. Tay kỹ thuật viên nhẹ nhàng ấn xuống và đẩy nhẹ khi bệnh nhân thở ra.

– Nếu bệnh nhân lớn: cho bệnh nhân thở ra một hơi dài. Thót bụng, hạ thấp xương sườn dưới. Hít bụng thật sâu đẩy bụng tròn lên. Kỹ thuật viên yêu cầu bệnh nhân tiếp tục thở như vậy. Bệnh nhân cần phải cảm thấy sự thay đổi do động tác thở. Khi bệnh nhân thở đúng rồi yêu cầu bệnh nhân thở độc lập.

- *Thở ngực*

Sự tập luyện này giúp cho bệnh nhân bành trướng những vùng phổi trước đó ít hoạt động và thuộc loại bài tập luyện có sức đề kháng, có bệnh nhân giúp tuỳ từng trường hợp.

– Thở vùng đỉnh: các ngón tay đặt dưới xương đòn và lồng ngực (chỉ đặt bằng các ngón tay chứ không bằng cả bàn tay). Dùng bàn tay đối bên.

– Thở vùng ngoài trên: bàn tay đặt trên lồng ngực, dưới nách, ngón cái hướng ra trước. Dùng bàn tay đối bên.

– Thở vùng sau: lòng bàn tay đặt trên lồng ngực phía sau.

– Thở vùng đáy: bàn tay đặt trên các xương sườn dưới.

2.2.6. Kỹ thuật thư giãn

- *Mục tiêu*

Giảm căng thẳng thần kinh và giảm căng cơ.

Giảm đau.

Chống biến dạng như gù, vẹo cột sống, cứng khớp vai.

- *Kỹ thuật*

– Giải thích cho bệnh nhân (hoặc gia đình) mục đích của thư giãn.

– Bệnh nhân ở tư thế thoải mái an toàn.

– Xoa bóp cơ đai vai.

– Tập vận động chủ động khớp vai và cột sống.

– Thư giãn toàn thân hay cử động nhịp nhàng các chi.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ LIỆT TAY DO TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay xảy ra trong lúc sinh gây liệt hoặc giảm vận động, cảm giác của các cơ cánh tay. Nguyên nhân do đứt đoạn hoặc giãn một hoặc tất cả các dây thần kinh trụ, quay, giữa từ đám rối thần kinh cánh tay do thủ thuật kéo tay, vai khi lấy thai ra.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

1.1.1. Triệu chứng chấn thương phần mềm cơ quanh khớp vai

Đau: do đụng giập phần mềm khi thực hiện thủ thuật kéo, cầm.

Đỏ tím: do xuất huyết phần mềm.

Phù nề: do đụng giập.

Hạn chế vận động khớp vai thụ động, chủ động do trẻ đau.

1.1.2. Triệu chứng thần kinh

– Liệt mềm ngoại biên: tuỳ thuộc vào mức độ tổn thương và vị trí tổn thương mà có các kiểu liệt khác nhau.

– Các kiểu liệt cổ điển:

+ Liệt thần kinh quay: bàn tay rủ cổ cò:

Mất khả năng duỗi các khớp bàn ngón, hạn chế dạng ngón I.

+ Liệt thần kinh trụ: bàn tay móng chân chim.

Khi nắm bàn tay, các ngón IV, V và một phần ngón III không gập hết được, không gập được đốt cuối ngón V.

+ Liệt dây thần kinh giữa: bàn tay khỉ.

Khi nắm bàn tay, ngón I và ngón II không gấp lại được

– Trương lực cơ giảm: Độ rắn chắc của cơ giảm.

Độ gấp doãi cơ tăng.

Độ ve vẩy tăng (chủ yếu ở ngọn chi).

– Cơ lực giảm.

– Thử cơ bằng tay (MMT) để đánh giá độ liệt của từng nhóm cơ.

Độ 0: không có co cơ tối thiểu.

Độ 1: có co cơ khi cử động.

Độ 2: thực hiện được vận động nhưng không hết tầm ở vị trí loại bỏ trọng lực.

Độ 3: thực hiện hết tầm vận động, kháng lại trọng lực, không kháng lại sức đề kháng.

Độ 4: thực hiện hết tầm vận động, kháng lại trọng lực và sức đề kháng vừa hoặc nhẹ.

Độ 5: thực hiện hết tầm vận động, kháng lại trọng lực và sức đề kháng tối đa.

– Dinh dưỡng: teo cơ so với bên lành (xuất hiện muộn).

– Phản xạ gân xương giảm hoặc mất bên tay liệt.

– Cảm giác: rối loạn cảm giác (giai đoạn đầu), không mất cảm giác.

1.1.3. Hạn chế vận động các khớp: đo bằng thước đo độ.

1.1.4. Các triệu chứng khác: có thể gãy xương đòn, xương cánh tay, trật khớp vai.

1.2. Xét nghiệm

– Điện cơ đồ:

Trẻ nhỏ khó đánh giá.

Trẻ lớn: mất hoặc giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh của dây bị tổn thương.

– Xquang: chụp khớp vai thẳng để loại trừ tổn thương xương khớp kèm theo (gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, trật khớp vai).

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM

2.1. Vận động trị liệu

– Trong 1, 2 tuần đầu sau đẻ không can thiệp vì trẻ còn đau do chấn thương.

– Từ tuần thứ 3 bắt đầu tập vận động.

2.1.1. Bài tập 1: Xoa bóp cơ cánh tay

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa.

  Tay bên liệt quay về kỹ thuật viên KTV.

  Bộc lộ phần điều trị.

- Kỹ thuật: các động tác được thực hiện từ:

  Ngón tay→ bàn tay→ cẳng tay→ cánh tay → vai (bên liệt).

  Xoa vuốt cơ, miết cơ, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ.

2.1.2. Bài tập 2: Vận động hết tầm các khớp

- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa.

Tay bên liệt quay về phía KTV. Bộc lộ phần điều trị

- Kỹ thuật:

(1) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp vai

Gấp và duỗi:

Một tay cố định khớp vai. Tay kia giữ ở cẳng tay. Từ từ gập tay về phía đầu sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu và ra sau.

Dạng và khép, xoay khớp vai vào trong và ra ngoài:

Một tay cố định khớp vai. Tay kia cầm ở cẳng tay. Từ từ dạng tay ra sau đó đưa trở lại vị trí ban đầu và qua ngực sang phía bên đối diện.

(2) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp khuỷu.

Gấp và duỗi khớp khuỷu, xoay ngửa cẳng tay:

Một tay giữ tại khớp cổ tay. Tay kia nắm lấy bàn tay và từ từ ngửa bàn tay lên.

(3) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp cổ tay.

Gập mặt mu khớp cổ tay, nghiêng trụ và nghiêng quay khớp cổ tay.

(4) Kỹ thuật vận động hết tầm tại khớp bàn ngón:

Duỗi đốt bàn ngón, dạng và khép các ngón.

(5) Kỹ thuật vận động hết tầm tại ngón cái

Duỗi đốt ngón cái: tay trẻ ở tư thế gập khớp khuỷu, KTV giữ bàn tay trẻ sao cho các ngón duỗi thẳng. Tay kia giữ hai bên ngón cái của trẻ, luỗi ngón cái ra: dạng ngón cái, gập ngón cái về các ngón khác.

2.1.3. Bài tập 3: Vận động chủ động

Tư thế bệnh nhân: đặt trẻ ngồi trong lòng mẹ, mặt quay về KTV.

Kỹ thuật: KTV giữ tay lành. Đưa đồ chơi có màu sắc, tiếng động về phía tay liệt để khuyến khích trẻ với - cầm bằng tay liệt.

2.1.4. Bài tập 4: Tư thế đúng

Ngồi: treo tay ở tư thế gập khuỷu 90°.

Nằm: nằm nghiêng, tay bị liệt ôm gối tròn.

2.2. Điện trị liệu: dòng điện thấp tần ngắt quãng (điện kích thích cơ).

- Mục đích: kích thích hoạt động của các cơ bị liệt.
- Thời gian: 15 - 30 phút/lần x 15 - 20 đợt/lần.
- Kỹ thuật điện cực:

Cực tác dụng: (-) hoặc (--) đặt tại cơ bị liệt.

Cực đệm: (+) đặt tại cột sống cổ.

Thời gian xung/thời gian nghỉ = 1/2.

Cường độ: khi thấy co cơ tối thiểu.

2.3. Thuốc

- Thuốc giảm đau: cho trước khi tập 30 phút nếu trẻ bị đau do tập.
- Calci và vitamin D để phòng còi xương khi trẻ trên 3 tháng tuổi.

2.4. Phẫu thuật

Có thể phẫu thuật nối dây thần kinh trong trường hợp xác định được có đứt đoạn thần kinh.

2.5. Đánh giá kết quả

Thử cơ bằng tay.

Đo tầm vận động của các khớp.

Theo dõi định kỳ cho đến khi trẻ lớn.

Có thể điều trị bằng châm cứu vì đây là liệt ngoại biên.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ CONG VẸO CỘT SỐNG

Cong vẹo cột sống là tình trạng cong của cột sống sang phía bên của trục cơ thể và vẹo (xoay) của các thân đốt sống theo trục của mặt phẳng ngang.

Cong vẹo cột sống có thể xảy ra đơn thuần hoặc phối hợp với các biến dạng khác của cột sống là gù ở vùng ngực hoặc ưỡn ở vùng thắt lưng.

* Nguyên nhân:

– Bẩm sinh: mất nửa đốt sống cổ, xẹp đốt sống.

– Mắc phải: do tư thế ngồi sai, u xơ thần kinh, di chứng bại liệt, di chứng lao cột sống, bệnh cơ thần kinh...

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Cột sống cong vẹo sang phía bên hoặc ưỡn ra trước, gù ra sau so với trục giải phẫu của cột sống, có thể là một đường cong hoặc hai đường cong.

– Xương bả vai hai bên không cân đối.

– Nghiệm pháp quả rọi: thả quả rọi mà mốc là gai sau của đốt sống C_7 sẽ phát hiện rõ độ cong của cột sống.

– Xuất hiện những ụ gồ ở vùng lưng, mà đỉnh các ụ gồ đó thường trùng với chỗ cong vẹo nhất của cột sống, thường thấy rõ nhất khi yêu cầu bệnh nhân đứng cúi lưng.

– Đối diện với bên xuất hiện ụ gồ thường là vùng lõm, đây là hậu quả tình trạng xoay của các thân đốt sống.

– Hai vai mất cân xứng với đặc điểm một bên nhô cao và thường ngắn hơn bên đối diện do tình trạng co kéo của các nhóm cơ vùng lưng.

– Khung chậu bị nghiêng lệch và cũng bị xoay.

– Trên thân mình có thể xuất hiện những vùng da đổi màu (màu bã cà phê).

– Vùng lưng, đặc biệt là vùng thắt lưng có thể xuất hiện những đám lông...

– Có thể phát hiện thấy tình trạng chênh lệch chiều dài hai chân hoặc các dị tật khác của hệ vận động.

– Thử cơ bằng tay: phát hiện các cơ liệt.

1.2. Xét nghiệm

– Chụp Xquang cột sống thẳng và nghiêng: để đánh giá độ cong vẹo của cột sống, ngoài ra còn giúp đánh giá tuổi xương và các dị tật bẩm sinh vùng cột sống.

Trên phim thẳng: đo góc COBB.

Cách đo: xác định đoạn cong, xác định đốt sống đầu tiên và cuối cùng của đoạn cong. Kẻ đường thẳng qua bờ trên của đốt sống trên và bờ dưới của đốt sống dưới. Kẻ hai đường thẳng vuông góc với hai đường thẳng trên. Đo góc tạo bởi hai đường thẳng vuông góc.

– Chụp Xquang khớp háng hoặc các thân xương thấy có sự chênh lệch chiều dài chi và biến dạng tại các khớp.

– Chụp cắt lớp vi tính điện toán khi nghi ngờ có sự chèn ép thân đốt sống hoặc đĩa đệm.

– Chụp cộng hưởng từ khi nghi ngờ có khối chèn ép tuỷ.

– Các xét nghiệm hỗ trợ khác như điện cơ đồ, men cơ, sinh thiết công thức máu, lắng máu, Mantoux... khi có nghi ngờ (theo nguyên nhân).

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

2.1. Nguyên tắc

Can thiệp sớm ngay khi phát hiện ra cong vẹo cột sống.

Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân, hoặc bệnh nhân tập luyện tại nhà.

Khám thường quy sau 3, 6 tháng/lần.

2.2. Mục tiêu

– Nắn sửa các biến dạng vùng cột sống, khung chậu, lồng ngực.

– Duy trì và tăng cường tầm vận động và khả năng vận động của cột sống.

– Phòng ngừa sự phát triển của các biến dạng.

– Phòng ngừa các bệnh thứ phát của hệ vận động, hệ hô hấp, hệ tim mạch...

2.3. Kỹ thuật phục hồi chức năng

2.3.1. Vận động trị liệu

Chỉ định cho cong vẹo cột sống ở mọi lứa tuổi và độ nặng nhẹ khác nhau.

a. Bài tập 1: Tăng tầm vận động của cột sống lưng

– Mục tiêu: + Gia tăng tầm vận động gập của cột sống lưng.

+ Kéo giãn nhóm cơ duỗi lưng.

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: ngồi, hai chân duỗi thẳng và áp sát, hai tay đưa ra phía trước.

+ Tư thế KTV: ngồi cạnh và làm mẫu.

+ Tiến hành: bệnh nhân duỗi thẳng, hai chân áp sát. Hai tay đưa ra trước lưng gập càng gần các ngón càng tốt.

b. Bài tập 2: Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân

– Mục tiêu: + Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân.

+ Tăng cường linh hoạt của cột sống.

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, hai tay đan sau gáy, hai chân duỗi thẳng.

+ Tư thế KTV: đứng cạnh hoặc quỳ bên cạnh, một tay cố định trên hai đùi và một tay cố định trên hai cẳng chân.

+ Tiến hành: KTV cố định hai chân, bệnh nhân hai tay đan sau gáy, gập thân và xoay thân, khuỷu sang bên đối diện.

c. Bài tập 3: Kéo giãn cơ ở phần lõm của đường cong

– Mục tiêu:

+ Kéo giãn các nhóm cơ phía lõm của đường cong thắt lưng trái.

+ Phòng ngừa co rút cột sống thắt lưng.

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: nằm sấp, hai tay bám chặt hai bên cạnh bàn.

+ Tư thế KTV: đứng cạnh bệnh nhân và đỡ hai tay mặt trước đùi bệnh nhân.

+ Tiến hành: bệnh nhân giữ thân trên của mình cố định. KTV kéo giãn đốt sống vùng thắt lưng sang trái.

d. Bài tập 4: Kéo giãn cơ ở phần lõm của đường cong

– Mục tiêu:

+ Kéo giãn phía lõm của đường cong ngực phải.

+ Tăng tính linh hoạt và duy trì tầm vận động của cột sống lưng

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng sang phía có đường cong, thả người xuống mép bàn.

+ Tư thế KTV: đứng và giữ hông bệnh nhân.

+ Tiến hành: bệnh nhân thả người xuống mép bàn, tay phía trên duỗi thẳng qua đầu, cuộn một khăn tắm kê vào đỉnh của đường cong. Giữ tư thế này 3-5 phút.

e. Bài tập 5: Kéo giãn cột sống

– Mục tiêu:

+ Kéo giãn cột sống.

+ Tăng cường tính đàn hồi của thân mình.

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: đứng hai tay gập 180°, duỗi thẳng.

+ Tư thế KTV: đứng cạnh

+ Tiến hành: hai tay bệnh nhân bám vào xà ngang, gắng cho gót chân rời khỏi sàn.

f. Bài tập 6

– Mục tiêu:

+ Tập mạnh nhóm cơ nghiêng thân.

+ Kéo giãn phía lồi của đường cong ngực phải.

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng.

+ Tư thế KTV: đứng sau

+ Tiến hành: bệnh nhân nằm nghiêng về phía trái và nhấc thân lên khỏi sàn để kéo giãn phía lồi của đường cong ngực phải.

g. Bài tập 7

– Mục tiêu:

+ Cải thiện chức năng hô hấp và tim mạch.

+ Tăng cường độ giãn nở của lồng ngực.

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: nằm ở tư thế nửa nằm nửa ngồi

+ Tư thế KTV: đứng cạnh

+ Tiến hành: bệnh nhân thở sâu và hít ra từ từ. Hai tay bệnh nhân đặt dưới cơ hoành.

h. Bài tập 8

– Mục tiêu:

Cải thiện tư thế cột sống.

– Kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: ngồi, người cúi về trước.

+ Tư thế KTV: ngồi sau, hai bàn tay đặt sau lưng và đáy phổi.

+ Tiến hành: bệnh nhân hít vào thật sâu và thở ra từ từ, đảm bảo có sự giãn nở của lồng ngực.

i. Bài tập 9: Tập bơi

k. Bài tập 10: Luyện tập thể thao

2.3.2. Điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình

– Chỉ định:

+ Tuổi: ở trẻ trai < 18 tuổi và trẻ gái < 17 tuổi.

+ Góc COBB > 25° và < 60°.

+ 8° < độ xoay của cột sống < 25°, đo trên thước đo độ xoay (Scoliometer).

+ < 25° nhưng cong vẹo tiến triển nhanh trong 3 tháng (5°).

– Có loại áo nẹp chỉnh hình:

+ Boston

+ Minwauker

+ Chêneau

+ Lyon

+ Mieder

– Theo dõi: 3 tháng đến khám lại một lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần.

– Chống chỉ định: khi trẻ đã trưởng thành > 22 - 25 tuổi, nẹp chỉnh hình không có hiệu quả, độ cong không tồi đi, độ vẹo > 60°, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, tâm lý.

2.3.3. Phẫu thuật chỉnh hình

– Góc COBB > 45°.

– Khi sự cong vẹo ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan khác.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH

Trật khớp háng bẩm sinh là tình trạng chỏm xương đùi của một hoặc cả hai bên khớp háng bị trật ra khỏi vị trí bình thường của khớp háng, có thể xuất hiện ngay sau sinh hoặc một vài tuần đầu sau sinh.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

• *Vị trí trật khớp háng:* trước trên, trước dưới, sau trên, sau dưới, trung tâm. Nhưng thường gặp là vị trí sau trên và thường có kèm theo các dị tật bẩm sinh khác.

• *Phân loại*

– Trật khớp háng đơn thuần hoặc phối hợp với dị tật bẩm sinh khác của hệ vận động như cứng khớp bẩm sinh, bàn chân khoèo bẩm sinh, não úng thuỷ, gai đôi cột sống...

– Khớp háng không ổn định: chiếm tỷ lệ cao nhất (trên 60%), do cơ và dây chằng.

– Bán trật khớp háng: một phần chỏm xương đùi bị trật khỏi ổ chảo, thường không có biến dạng ở chỏm, xương đùi, cổ xương đùi, tại ổ chảo.

– Trật khớp háng hoàn toàn: chỏm xương đùi nằm hoàn toàn ngoài ổ chảo với các biến dạng của chỏm cổ xương đùi và ổ chảo.

- *Lâm sàng*

– Hạn chế vận động khớp háng: ở tư thế gấp và dạng khớp háng.

– Chênh lệch chiều dài hai chân: bên bị trật khớp háng ngắn hơn bên đối diện, nhưng sẽ khó phát hiện khi trật khớp háng cả hai bên.

– Nếp lằn mông, đùi, khoeo chân bên trật cao hơn bên lành.

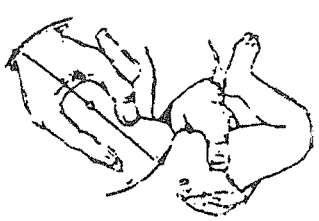
– Bàn chân đổ ra ngoài khi trẻ nằm duỗi chân.

– Dáng đi khập khiễng nếu trật khớp háng hai bên.

– Ổ khớp rỗng.

– Nghiệm pháp Barlow: khi gập và khép háng chỏm xương đùi trượt ra ngoài ổ chảo tạo nên tiếng kêu "lục cục" (ở trẻ dưới 6 tháng tuổi).

Nghiệm pháp Ortolani



Nghiệm pháp Barlow



– Nghiệm pháp Ortolani: ngược lại với Tes Barlow: khi dạng và duỗi khớp háng chỏm xương đùi trượt ra ngoài ổ chảo tạo nên tiếng kêu "lục cục" ở trẻ dưới 6 tháng tuổi.

1.2. Xét nghiệm

1.2.1. Chụp khớp háng thẳng

– Chỏm xương đùi di chuyển lên trên và ra ngoài.

– Đường Hilgenreiner nằm ngang đi qua đáy ổ cối (bình thường chỏm nằm dưới đường này).

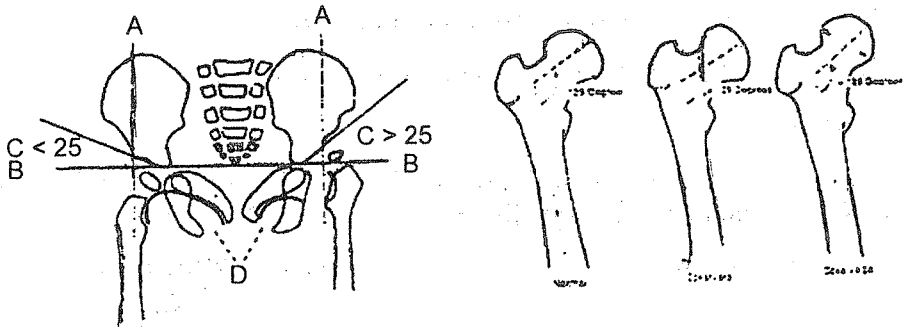
– Đường Ombredanne đứng dọc, vuông góc với đường Hilgenreiner và đi qua điểm ngoài cùng của ổ cối (bình thường chỏm này nằm phía trong đường này).

– Trật khớp háng ở trẻ dưới 6 tháng tuổi (chỏm xương đùi chưa xuất hiện trên Xquang).

+ Vòng cung cổ bịt bị gãy.

+ Đo chỉ số ổ cối (bình thường dưới 30° ở trẻ sơ sinh).

– Trật khớp háng ở trẻ trên 5 tuổi: có thể thấy góc cổ xương đùi lớn hơn 125° (Coxavalga).



1.2.2. Siêu âm khớp háng

Tiêu chuẩn đánh giá trật khớp háng:

– Góc ổ cối > 90° (Bình thường = 90°).

– Độ che phủ của ổ cối < 50% (bình thường che phủ ≥ 50% chỏm xương đùi).

– Vị trí của sụn viền: sụn viền bị đẩy lên trên và vào trong (bình thường: kẻ một đường ngang từ sụn viền, đường này sẽ đi qua sụn chữ Y).

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

2.1. Nguyên tắc

– Can thiệp sớm ngay sau khi sinh bằng các biện pháp nẹp chỉnh hình, bó bột chỉnh hình.

– Phẫu thuật: khi điều trị bằng nẹp chỉnh hình, bó bột không kết quả hoặc trẻ trên 6 tháng tuổi không có khả năng điều trị bảo tồn.

2.2. Mục tiêu

– Chỉnh chỏm xương đùi vào vị trí đúng trong ổ chảo.

– Duy trì chỏm xương đùi ở vị trí đúng trong ổ chảo ổn định trong khoảng thời gian tối thiểu 12 tuần nhằm kích thích hình thành trục đồng tâm giữa chỏm xương đùi và ổ chảo.

– Nắn chỉnh chống xoay trước của cổ và thân xương đùi: do có một tỷ lệ cao phối hợp giữa trật khớp háng và xoay trước của cổ và thân xương đùi.

– Phẫu thuật: nếu trần ổ chảo quá dốc thì điều trị bảo tồn chắc chắn thất bại bắt buộc phải can thiệp bằng phẫu thuật sớm.

2.3. Các kỹ thuật phục hồi chức năng cơ bản

2.3.1. Nẹp chỉnh hình

– Các loại nẹp hay dùng:

+ Nẹp Pavlik Harness: là loại nẹp đai mềm, được ưa thích và chỉ định rộng rãi nhất.

+ Nẹp kiểu gối Freijka: là loại nẹp tiện dụng, chỉ định cho những trường hợp khớp háng lỏng lẻo.

+ Nẹp khớp háng làm bằng xốp mềm: là loại nẹp hiện đang được sản xuất và chỉ định điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Nhi.

– Thời gian đeo nẹp:

+ Ngay sau sinh đến khi trẻ 12 tháng tuổi.

+ Liên tục đeo cả ngày và đêm trong 6 tháng đầu.

+ Đeo nẹp vào đêm trong 6 tháng tiếp theo.

2.3.2. Bó bột chỉnh hình

– Chỉ định: tất cả trẻ được chẩn đoán trật khớp háng bẩm sinh đến sớm trước 6 tháng.

– Nguyên liệu: vải cotton hoặc giấy vệ sinh, bột bó.

– Thuốc: thuốc giảm đau (Paracetamol, efferangan...), thuốc khử trùng (Betadin).

– Người bệnh: trẻ được đặt nằm trên bàn bó bột, bộc lộ toàn bộ vùng thắt lưng và chi dưới.

– Kỹ thuật bó bột:

+ Quấn toàn bộ vùng thắt lưng, đùi, cẳng bàn chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh.

+ Quấn bột từ vùng thắt lưng, đùi cẳng chân và bàn chân, bó bột tư thế ếch lưng - chậu - chân, tư thế gấp và dạng khớp háng.

+ Giữ chân trẻ ở tư thế này đến khi bột khô.

+ Cố định bột trong 2 tuần.

+ Tháo bột, làm vệ sinh sạch chân trẻ, bôi betadin vào chỗ loét, xước.

– Theo dõi sau bó bột tại nhà: nếu các ngón chân sưng, tím, đau, cần tháo bột ngay tránh hoại tử.

– Thời gian bó bột: 2 tuần/đợt, khoảng 10-15 đợt.

2.3.3. Theo dõi bệnh nhân thường quy

Khám thường quy, chụp khớp háng kiểm tra 3 tháng/lần trong hai năm đầu.

2.3.4. Các phương pháp thực hiện tại cộng đồng

Giữ trẻ ở tư thế dạng rộng khớp háng và gập gối bằng cách:

– Đóng bỉm vệ sinh.

– Cõng hoặc địu trẻ.

– Đặt trẻ nằm sấp khi ngủ.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ DỊ TẬT BÀN CHÂN KHOÈO BẨM SINH

Bàn chân khoèo bẩm sinh là một dị tật bàn chân xảy ra trong thời kỳ bào thai gồm:

– Rối loạn vị trí khớp giữa xương gót - sên - ghe và xương gót - hộp: xương ghe bị kéo vào trong về phía mắt cá trong; khớp gót - hộp bị trật vào trong; phần đầu, cổ xương sên kéo vào trong; phần sau của xương gót bị kéo ra ngoài; xương gót xoay trong.

– Bất thường mô mềm và các cơ: chày sau, gập ngón dài, dây chằng gót - mác, sên - mác, bao sau khớp cổ chân bị ngắn và co rút.

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

– Khép và nghiêng trong phần trước và phần giữa bàn chân. Đo góc nghiêng trong (Varus): góc tạo bởi trục xương chày và trục đi qua ngón II bằng thước đo tầm vận động của khớp.

– Bàn chân ở tư thế thuổng (ở phần trước). Đo góc gập mặt lòng nghiêng trong (Equinus); góc tạo bởi trục xương chày và trục song song mép ngoài ngón V bằng thước đo tầm vận động của khớp.

– Mép ngoài bàn chân cong do khớp xương gót - hộp bị kéo vào trong.

– Nếp lằn da sau gót bàn chân rõ.

– Nếp lằn da phần giữa bàn chân rõ: ngăn cơ khép và gập ngón cái.

– Khoảng giữa mắt cá trong và xương ghe không sờ thấy.

– Ngắn ngón chân cái.

– Teo cơ cẳng chân.

– Dùng tay không thể gập mu, lòng bàn, nghiêng ngoài bàn chân để đưa bàn chân về vị trí trung gian.

– Các dị tật khác kèm theo: trật khớp háng, cứng khớp gối, trật khớp xương bánh chè, cứng khớp khuỷu, bàn tay khoèo.

1.2. Xét nghiệm

- *Xquang*

– Chụp khớp cổ chân và bàn chân (thẳng, nghiêng).

Phim Xquang	Bình thường	Bàn chân khoèo
Phim thẳng:		
1. Góc sên - gót	25°-50°	15°-0°
2. Góc sên - xương bàn ngón I	0° đến -10°	< - 20°
3. Góc sên - xương bàn ngón V	0°	-5° đến -20°
Phim nghiêng:		
1. Góc sên - gót	25°-50°	< 20° đến 0°
2. Góc chày - gót	40° đến -15°	> 70°

– Chụp khớp háng thẳng: khi có nghi ngờ trật khớp háng.

- *Siêu âm khớp háng:* khi có nghi ngờ trật khớp háng.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

2.1. Nguyên tắc

– Can thiệp sớm ngay sau khi sinh bằng các biện pháp bó bột, băng dính...

– PHCN toàn diện: bó bột chỉnh hình theo đợt, bài tập kéo giãn, nẹp chỉnh hình, phẫu thuật.

– Phẫu thuật: khi bó bột không có kết quả hoặc trẻ trên 6 tháng tuổi không có khả năng bó bột.

2.2. Các kỹ thuật cơ bản

2.2.1. Bó bột chỉnh hình

– Chỉ định cho tất cả trẻ được chẩn đoán bàn chân khoèo bẩm sinh đến trước 12 tháng tuổi. Chống chỉ định: trẻ đến muộn sau 12 tháng có tổn thương bàn chân nặng.

– Cán bộ thực hiện: bác sĩ PHCN, kỹ thuật viên VLTL – PHCN.

– Nguyên liệu: vải cotton hoặc giấy vệ sinh, bó bột.

– Thuốc: thuốc giảm đau (Paracetamol, efferangan...), thuốc khử trùng (Betadin).

– Người bệnh: trẻ được nằm trên bàn bó bột, bộc lộ toàn bộ chi dưới.

– Bó bột chỉnh hình: thời gian bó bột: 2 tuần/đợt x 8 - 10 đợt.

Các bước tiến hành sau:

• *Giai đoạn 1: Chỉnh bàn chân nghiêng trong dần dần.*

– Thời gian: 4 đợt đầu.

– Kỹ thuật bó bột:

(1) Quấn toàn bộ đùi, cẳng chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh.

(2) Quấn bột toàn bộ bàn chân, cẳng chân và 1/2 dưới đùi ở tư thế:

– Khớp gối gập 70°.

– Nghiêng ngoài bàn chân dần dần để chỉnh về trung gian + gót thẳng trục với xương chày.

– Giữ nguyên bàn chân thuổng.

– Giữ bàn chân ở tư thế này cho đến khi bột khô.

(3) Cố định bột trong 2 tuần.

(4) Tháo bột trước 1 ngày bó đợt tiếp, vệ sinh sạch chân trẻ rồi bôi betadin vào chỗ xước, loét.

(5) Đánh giá: khi độ nghiêng trong bàn chân dần về 0° thì chuyển sang giai đoạn sau.

• *Giai đoạn 2: Chỉnh bàn chân thuổng dần về 0° trong lúc giữ nguyên độ nghiêng trong 0°*

– Thời gian: 4 đợt tiếp theo.

– Kỹ thuật bó bột:

(1) Quấn toàn bộ đùi, cẳng chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh.

(2) Quấn bột toàn bộ bàn chân, cẳng chân và 1/2 dưới đùi.

– Khớp gối gập 70°.

– Gập mu bàn chân bằng tay dần dần + giữ nguyên Varus = 0°.

– Giữ bàn chân ở tư thế này cho đến khi bột khô.

(3) Cố định trong bột 2 tuần.

(4) Tháo bột trước 1 ngày bó bột đợt sau, vệ sinh sạch chân trẻ rồi bôi betadin vào chỗ xước, loét.

(5) Đánh giá: độ thuổng 0° + độ nghiêng trong 0° thì chuyển sang giai đoạn sau.

• *Giai đoạn 3: Chỉnh bàn chân về vị trí nghiêng ngoài 5° và gập mu bàn chân 5°*

– Thời gian: 2 lần cuối.

– Kỹ thuật bó bột:

(1) Quấn toàn bộ đùi, cẳng chân bằng vải cotton hoặc giấy vệ sinh.

(2) Quấn bột toàn bộ bàn chân, cẳng chân và 1/2 dưới đùi.

– Khớp gối gập 70° - 90°.

– Gập mu bàn chân 5° + xoay ngoài bàn chân 5° (mép ngoài của bàn chân cao hơn mép trong).

– Giữ bàn chân ở tư thế này cho đến khi bột khô.

(3) Cố định trong bột 2 tuần.

(4) Tháo bột + vệ sinh sạch chân trẻ rồi bôi betadin vào chỗ xước, loét.

(5) Đánh giá: độ thuổng 0-5° + độ nghiêng trong 0-5° thì chuyển sang giai đoạn đeo nẹp.

Lưu ý:

– Bài tập kéo giãn thụ động tại khớp cổ chân - bàn chân: tập trong lúc không bó bột giữa các đợt và trước khi bó bột.

– Theo dõi sau bó bột tại nhà:

Nếu các ngón chân sưng, tím, đau thì cần tháo bột ngay tránh hoại tử.

Sau khi bột đã được tháo cần rửa sạch chân trẻ, rồi bôi betadin vào chỗ xước, loét.

2.2.2. Phương pháp dùng băng hoặc buộc dây

– Đặt trẻ nằm ngửa gập gối.

– Quấn vải đệm lót quanh bàn chân, gối và đùi.

– Quấn băng dính phủ lên trên đệm lót từ mép ngoài bàn chân, lên mu bàn, xuống lòng bàn chân, qua gối sang phía bên kia (mặt trong đùi, cẳng chân).

– Quấn băng dính lần 2 quanh cẳng chân để giữ băng dính lần 1.

Lưu ý:

– Cứ 2 -3 ngày thít chặt thêm một lớp băng dính mới lên trên lớp cũ.

– Sau 7 ngày tháo tất cả băng dính và đệm lót ra.

– Ngày thứ 8 băng lại lần mới như cách mô tả trên.

– Hằng ngày tập vận động bàn chân trong băng cho trẻ: bài tập kéo giãn thụ động tại khớp cổ chân - bàn chân.

2.2.3. Nẹp chỉnh hình

– Chỉ định khi đã hoàn chỉnh bó bột chỉnh hình theo đợt: độ thuổng 0 - 5°; độ nghiêng trong 0 - 5°.

– Nẹp dưới gối bằng polypropylen không khớp + giầy hoặc dép bên ngoài: được chỉ định ngay sau khi tháo bột.

– Thời gian đeo nẹp: cả ngày lẫn đêm, cứ 2 giờ tháo ra kiểm tra và xoa bóp nhẹ nhàng.

– Kiểm tra nẹp định kỳ 2 tháng/lần hoặc khi nẹp chật.

– Theo dõi và đánh giá thường quy cho đến khi 3 tuổi.

2.2.4. Vận động trị liệu

– Bài tập 1: xoa bóp vùng ngón chân, mu bàn chân (cơ gấp mu các ngón chân) về phía dưới cẳng chân (cơ sinh đôi, dép).

Bài tập 2: Bài tập kéo giãn thụ động tại khớp chân - bàn chân: làm theo thứ tự từ sau bàn chân đến trước bàn chân rồi khớp cổ chân.

+ Bước 1: kéo nhẹ xương gót xuống phía dưới (kéo giãn gân Asin).

+ Bước 2: kéo nhẹ xương gót ra phía ngoài (để sửa lại phần trước bàn chân bị nghiêng trong).

+ Bước 3: kéo nhẹ phần trước bàn chân về phía trước.

+ Bước 4: đẩy nhẹ xương sên ra phía sau và kéo nhẹ phần trước bàn chân ra phía ngoài để sửa lại phần trước bàn chân bi khép và nghiêng trong.

+ Bước 5: kéo nhẹ xương gót xuống dưới và đẩy phần trước bàn chân lên trên để sửa lại tư thế cổ chân bị gấp vào mặt lòng bàn chân.

+ Bước 6: chỉnh nghiêng trong bàn chân bằng nắn chỉnh 3 điểm: gót kéo ra ngoài + phần trước bàn chân kéo ra ngoài + phần giữa mép ngoài bàn chân đẩy vào trong.

3. THEO DÕI

3.1. Khi thực hiện kỹ thuật

Nếu trẻ khóc, tím tái, ngừng bó bột, cần khám bác sĩ.

3.2. Sau khi thực hiện kỹ thuật

Các dấu hiệu trật bột: các ngón chân, sưng, tím, đau, cần khám bác sĩ.

3.3. Tai biến và xử lý

– Nếu các ngón chân sưng tím đau, cần tháo bột ngay tránh hoại tử.

– Sau khi bột đã được tháo cần rửa sạch chân trẻ, rồi bôi betadin vào chỗ xước, loét...

– Nếu có nhiễm trùng da: dùng kháng sinh.

MỤC LỤC

Lời nói đầu 3

Chương 1: BỆNH LÝ SƠ SINH

Sơ sinh non tháng 9

Vàng da tăng bilirubin tự do 12

Chăm sóc bệnh nhân trong quá trình chiếu đèn 16

Thay máu ở trẻ vàng da tăng bilirubin tự do 17

Co giật ở trẻ sơ sinh 18

Viêm ruột hoại tử sơ sinh 20

Viêm màng não mủ sơ sinh 22

Nhiễm trùng máu sơ sinh 24

Đa hồng cầu sơ sinh 26

Giảm natri máu sơ sinh 29

Giảm calci máu sơ sinh 31

Tăng natri máu sơ sinh 33

Tăng kali máu sơ sinh 34

Hạ đường huyết sơ sinh 36

Chương 2: CẤP CỨU - NGỘ ĐỘC - TAI NẠN

Nhận biết và xử trí các dấu hiệu đe dọa chức năng sống ở trẻ em 40

Ngừng tim 55

Sốc 59

Sốc giảm thể tích tuần hoàn 66

Sốc phản vệ 69

Sốc tim 72

Rối loạn toan kiềm 77

Nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch 85

Hội chứng suy hô hấp cấp 91

Điều trị suy thở bằng máy thở 94

Thở máy với áp lực dương cuối thì thở ra - PEEP và PEEP với tần số cao - HF/PEEP 98

Phù não ở trẻ em 99

Suy đa tạng 102

Đau ngực 109

Cơn tím 117

Đuối nước 118

Bỏng 123

Cách xử trí khi bị côn trùng đốt 127

Ong đốt 130

Hạ natri máu 133

Hạ kali máu 136

Tăng natri máu 137

Tăng kali máu 140

Nguyên tắc tiếp cận và xử lý ngộ độc cấp ở trẻ em 142

Ngộ độc paracetamol 147

Ngộ độc digitalis 154

Ngộ độc chì 157

Ngộ độc cấp thuốc chuột Trung Quốc 163

Lọc máu theo phương pháp thẩm phân màng bụng ở trẻ em 166

Quy trình sử dụng máy sốc điện 170
Xâm hại trẻ em 173
Tiếp cận trẻ tự tử 181
Chương 3: BỆNH HÔ HẤP
Viêm phế quản phổi do vi khuẩn 184
Viêm tiểu phế quản cấp tính 187
Viêm thanh quản cấp 190
Khó thở thanh quản 192
Hen phế quản trẻ em 195
Viêm mủ màng phổi 198
Dị vật đường thở 201
Liệu pháp oxy 205
Chương 4: BỆNH TUẦN HOÀN
Bệnh thấp tim 208
Phòng bệnh thấp tim 211
Suy tim cấp 213
Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn 217
Tứ chứng Fallot 222
Viêm mủ màng ngoài tim 226
Còn ống động mạch 229
Cơn thiếu oxy cấp trong Fallot 4 232
Cơn nhịp nhanh trên thất 234
Cơn nhịp nhanh thất 236
Tim chậm 238

Tăng huyết áp 244
Bệnh Kawasaki 252
Chương 5: BỆNH TIÊU HOÁ
Tiêu chảy cấp 255
Tiêu chảy kéo dài 260
Táo bón 265
Đau bụng chức năng 267
Loét dạ dày tá tràng 271
Viêm ruột non hoại tử 276
Luồng trào ngược dạ dày thực quản 279
Hội chứng kích thích ruột 282
Xuất huyết tiêu hoá 285
Suy gan cấp - Hôn mê gan 290
Dị vật tiêu hóa 294
Nội soi đường tiêu hoá trên 297
Nội soi đại - trực tràng 299
Chương 6: BỆNH DINH DƯỠNG
Suy dinh dưỡng nặng 301
Còi xương do thiếu vitamin D 304
Thiếu vitamin A 307
Chương 7: BỆNH THẬN - TIẾT NIỆU
Viêm cầu thận cấp tiên phát 310
Viêm cầu thận trong Schönlein – Henoch 313
Viêm thận do lupus ban đỏ hệ thống 316

Hội chứng thận hư tiên phát 318
Hội chứng thận hư tiên phát kháng steroid 322
Suy thận cấp 324
Suy thận mạn tính 327
Nhiễm khuẩn đường tiểu 331
Viêm bàng quang chảy máu 334
Chương 8: BỆNH NỘI TIẾT - CHUYỂN HOÁ - DI TRUYỀN
Bướu cổ đơn thuần 336
Suy giáp trạng bẩm sinh 338
Cường giáp trạng 341
Viêm tuyến giáp cấp mủ 344
Tuyến ức phì đại 345
Hội chứng và bệnh Cushing 347
Đái tháo nhạt 349
Suy thượng thận cấp 351
Bệnh Addison 352
Tăng sản thượng thận bẩm sinh 354
Bệnh lùn tuyến yên 358
Đái tháo đường 360
Hạ đường huyết trong đái tháo đường 362
Hôn mê đái tháo đường nhiễm toan chuyển hoá 364
Tinh hoàn ẩn (lạc chỗ) 366
Hội chứng Turner 368
Vàng da ứ mật do thiếu citrin trẻ em 370

Chương 9: BỆNH HUYẾT HỌC

Thiếu máu cấp 374

Thiếu máu thiếu sắt 377

Thiếu máu tan máu tự miễn 379

Beta - Thalassemia 381

Suy tuỷ xương 384

Xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát 386

Hemophilia 388

Đông máu rải rác trong mạch 390

Bạch cầu cấp 394

Chương 10: BỆNH THẦN KINH

Co giật do sốt 399

Trạng thái động kinh 400

Bệnh động kinh 402

Hôn mê 407

Hội chứng tăng áp lực sọ não 409

Xuất huyết não - màng não ở trẻ nhỏ 412

Xuất huyết não ở trẻ lớn 413

áp xe não 415

Viêm đa rễ và dây thần kinh ngoại biên 417

Viêm tuỷ cắt ngang 418

Chương 11: BỆNH TÂM THẦN

Trạng thái kích động tâm thần 420

Rối loạn phân ly 422

Rối loạn lo âu 426
Rối loạn tic 428
Trầm cảm 432
Các liệu pháp tâm lý 435
Rối loạn dạng cơ thể 443
Rối loạn tăng hoạt động, giảm chú ý 445

Chương 12: BỆNH CƠ

Bệnh nhược cơ 448
Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne 450
Thoái hoá cơ tuỷ 453

Chương 13: BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Viêm gan virus cấp 456
Sốt Dengue/Sốt xuất huyết Dengue 458
Bệnh sởi 461
Sốt rét 463
Ho gà 466
Uốn ván 469
Thương hàn 471
Hội chứng lỵ 474
Viêm não Nhật Bản 475
Viêm màng não mủ 478
Viêm màng não lao 481

Chương 14: BỆNH UNG BƯỚU

U lympho không Hodgkin 484

U nguyên bào thận 489
U nguyên bào thần kinh 493
Sarcom cơ vân 498
U tuỷ thượng thận 503
U vỏ thượng thận gây nam hoá 504
Hội chứng Conn tiên phát 505
U não 506
U tuỷ 508

Chương 15: PHẪU THUẬT

Teo thực quản 510
Tạo hình thực quản 512
Luồng trào ngược dạ dày thực quản 515
Tắc tá tràng 517
Teo và hẹp ruột 519
Tắc ruột phân su 521
Lồng ruột cấp ở trẻ bú mẹ 523
Viêm ruột thừa trẻ em 525
Viêm ruột non hoại tử ở trẻ em 527
Phình đại tràng bẩm sinh 530
Dị tật hậu môn trực tràng 533
Teo đường mật bẩm sinh 536
Giãn đường mật bẩm sinh 538
Rò trực tràng - tiền đình bẩm sinh 541
Áp xe gan do giun đũa 542

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa 544
Thận ứ nước do tắc phần nối bể thận - niệu quản 547
Thận niệu quản đôi 549
Túi sa niệu quản 551
Phình to niệu quản tiên phát 553
Luồng trào ngược bàng quang - niệu quản 555
Dị tật lỗ tiểu thấp 557
Tinh hoàn không xuống bìu 560
Xoắn tinh hoàn 562
Giãn tĩnh mạch tinh 563
Thoát vị bẹn 564
Thoát vị màng não tuỷ 566
Viêm mủ màng tim 568
Lõm lồng ngực bẩm sinh 570
Còn ống động mạch 572
Tràn mủ khoang màng phổi và dày dính màng phổi 574
Thoát vị cơ hoành qua lỗ sau bên 575
Thoát vị vùng rốn bẩm sinh 577
Thoát vị qua khe thành bụng bẩm sinh 579
Điều trị phẫu thuật - U Wilms 581
Gãy xương 585
Cứng duỗi khớp gối 590
Sai khớp hông bẩm sinh 592
Điều trị phẫu thuật bàn chân khoèo bẩm sinh 595

Viêm xương, tuỷ xương 599

Viêm mủ khớp 601

Chương 16: GÂY MÊ PHẪU THUẬT

Tiền mê ở trẻ em 604

Gây mê phẫu thuật tim bẩm sinh có shunt trái - phảI 607

Gây mê phẫu thuật tim bẩm sinh có shunt phải - trái 610

Gây mê phẫu thuật tim bẩm sinh có thương tổn hỗn hợp 612

Gây mê phẫu thuật tim bẩm sinh có thương tổn tắc nghẽn 614

Gây mê mổ hẹp eo động mạch 616

Gây mê phẫu thuật thông thường có kèm bệnh tim bẩm sinh hoặc mắc phải 619

Gây mê phẫu thuật thoát vị cơ hoành 620

Gây mê phẫu thuật teo thực quản 622

Gây mê hồi sức trong mổ viêm hoại tử ruột non 624

Gây mê trong mổ nội soi ổ bụng 627

Gây mê mổ Megacolon 630

Chăm sóc theo dõi bệnh nhân sau gây mê 632

Gây tê ngoài màng cứng 635

Chương 17: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Phục hồi chức năng cho trẻ bại não 637

Phục hồi chức năng cho trẻ bại liệt 644

Phục hồi chức năng cho trẻ bị xơ hoá cơ ức đòn chũm 654

Phục hồi chức năng cho trẻ chậm phát triển trí tuệ 658

Phục hồi chức năng cho trẻ bị tự kỷ 663

Phục hồi chức năng cho trẻ bị bệnh phổi 668

Phục hồi chức năng cho trẻ bị liệt tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay 673

Phục hồi chức năng cho trẻ bị cong vẹo cột sống 677

Phục hồi chức năng cho trẻ trật khớp háng bẩm sinh 682

Phục hồi chức năng cho trẻ bị dị tật bàn chân khoèo bẩm sinh 687

Mục lục 693

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: số 352 - Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Email: xuatbanyhoc@fpt.com.vn
Số điện thoại: 04.37625934 - Fax: 04.37625923

HƯỚNG DẪN
CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TRẺ EM

Chịu trách nhiệm xuất bản

TỔNG GIÁM ĐỐC
CHU HÙNG CƯỜNG

Chịu trách nhiệm nội dung

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
BSCKI. NGUYỄN TIẾN DŨNG

Biên tập:	BS. NGUYỄN THỊ LAN
Sửa bản in:	NGUYỄN THỊ LAN
Trình bày bìa:	NGUYỆT THU
Kt vi tính:	BÙI THÚY DUNG

In 1.000 cuốn, khổ 16x24 cm tại Công ty in Y học. Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 25-2015/CXBIPH/84-214/YH. Số xuất bản: 95/QĐ-XBYH ngày 23/03/2015. In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2015.