

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

**PHÁC ĐỒ
ĐIỀU TRỊ NGOẠI NHI
2013**

(Xuất bản lần thứ 1)

**Chủ biên: TTUT.TS.BS. HÀ MẠNH TUẤN
TS.BS. TRƯƠNG QUANG ĐỊNH**

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh
2013**

Xuất bản lần thứ 1 - 2013

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Địa chỉ: 14 Lý Tự Trọng, Phường Bến Nghé, Quận I
Thành phố Hồ Chí Minh

Website: www.benhviennhi.org.vn

LỜI NÓI ĐẦU

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe trẻ em, các vấn đề liên quan đến ngoại khoa ngày càng được quan tâm do số lượng và tầm quan trọng của nó. Tổ chức y tế thế giới thống kê gần 15% trẻ em mắc bệnh có nhu cầu được điều trị ngoại khoa. Tại Việt Nam cũng từ 15 đến 20% bệnh nhập viện cần được điều trị phẫu thuật.

Bệnh lý trẻ em cần can thiệp ngoại có thể từ đơn giản đến phức tạp nhưng nó đòi hỏi nhân viên y tế cần phải được đào tạo bài bản, cơ sở vật chất cần được trang bị đầy đủ và nhất là phải có đội ngũ phối hợp làm việc hiệu quả từ tiền phẫu, gây mê, phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu để đảm bảo chất lượng và an toàn trong chăm sóc sức khỏe ngoại khoa cho trẻ em.

Nhằm đáp ứng yêu cầu trên, phác đồ điều trị ngoại Nhi là một trong những tài liệu không thể thiếu cho các bác sĩ ngoại đang tham gia công tác khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng như các cơ sở y tế có khám và điều trị các bệnh lý ngoại.

Với mục tiêu không ngừng học tập và trao đổi kinh nghiệm trong điều trị cũng như chăm sóc bệnh nhi. Bệnh viện Nhi Đồng 2 xuất bản ấn phẩm lần 1 **“Phác Đồ Điều Trị Ngoại Nhi năm 2013”**. Hy vọng tập sách này sẽ là cơ sở pháp lý cho mọi hoạt động chuyên môn và là người bạn đồng hành luôn gắn bó với các bác sĩ trong công tác khám và điều trị hàng ngày.

Đây là công trình trí tuệ của tập thể y bác sĩ bệnh viện Nhi Đồng 2 với sự tham gia của bộ môn Ngoại Nhi - Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh và trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch Thành Phố Hồ Chí Minh. Phác đồ đã được cập nhật những kiến thức mới.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bộ môn Ngoại Nhi - Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh cùng các giáo sư, bác sĩ đã dành thời gian quý báu để hỗ trợ viết bài cũng như xem và góp ý để hoàn thành ấn bản này.

Ấn bản lần thứ nhất này được biên soạn với nhiều nỗ lực, cập nhập hóa các kiến thức mới một cách thận trọng, nhưng chắc chắn vẫn còn một số thiếu sót. Rất mong sự góp ý của Quý đồng nghiệp, để lần ấn hành sau được hoàn thiện hơn.

TP. Hồ Chí Minh, ngày 01 tháng 09 năm 2013

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN
TTUT.TS.BS.HÀ MẠNH TUẤN

BAN BIÊN SOẠN

CHỦ BIÊN

TS.BS. HÀ MẠNH TUẤN

TS.BS. TRƯƠNG QUANG ĐỊNH

HIỆU ĐÍNH

ThS.BS. ĐẶNG ĐỖ THANH CẦN

ThS.BS. TRẦN VĨNH HẬU

ThS.BS. TRƯƠNG ĐÌNH KHẢI

PGS.TS.BS. TRƯƠNG NGUYỄN UY LINH

PGS.TS.BS. LÊ TẤN SƠN

ThS.BS. PHẠM NGỌC THẠCH

ThS.BS. TRẦN THANH TRÍ

BSCKIL TRỊNH HỮU TÙNG

BS. LÊ VĂN TÙNG

TRÌNH BÀY

BSCKI. HỒ LỮ VIỆT

ThS.BS. PHẠM NGỌC THẠCH

CN. ĐẶNG MINH XUÂN

CỘNG TÁC VIÊN

BS. NGUYỄN QUANG ANH
BSCKI. VÕ QUỐC BẢO
BSCKI. VƯƠNG MINH CHIỀU
BSCKI. ĐẶNG NGỌC DŨNG
BSCKI. NGUYỄN THÀNH ĐÔ
ThS.BS. PHAN TẤN ĐỨC
BSCKI. NGUYỄN QUỐC HẢI
ThS.BS. CHÌU KÍN HẦU
BS. LÂM THIÊN KIM
BS.CKI. TRƯƠNG ANH MẬU
ThS.BS. VŨ TRƯỜNG NHÂN
BS. HỒ MINH NGUYỆT
BS. NGUYỄN THỊ NGỌC NGÀ
BS. NGÔ HỒNG PHÚC
BS. NGUYỄN TRẦN VIỆT TÁNH
BSCKI. BÙI HẢI TRUNG
ThS.BS. THẠCH LỄ TÍN
ThS.BS. LÊ PHƯỚC TÂN
ThS.BS. NGUYỄN ANH TUẤN
ThS.BS. NGUYỄN THANH TRÚC
ThS.BS. LÊ TRÒN VUÔNG
BS. TRẦN QUỐC VIỆT
BS. NGÔ TẤN VINH
BS. CKI ĐẶNG XUÂN VINH
BS. LÊ NGUYỄN YÊN

BV Nhi đồng 2

MỤC LỤC

Chương 1: ĐẠI CƯƠNG

1. Chăm sóc bệnh nhi ngoại khoa.....	3
2. Một số vấn đề trong ung bướu nhi.....	9
3. Ghép tạng ở trẻ em.....	16
4. Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật.....	23
5. Phẫu thuật nội soi ở trẻ em	26
6. Đại cương tắc đường tiêu hóa bẩm sinh	29
7. Chẩn đoán và tư vấn tiền sản	32

Chương 2: NGOẠI TỔNG HỢP CẤP CỨU-SƠ SINH-TIÊU HÓA

8. Lòng ruột	43
9. Chấn thương và vết thương ngực.....	46
10. Chấn thương và vết thương bụng.....	51
11. Thủng dạ dày	56
12. Đau bụng cấp	59
13. Viêm ruột thừa.....	63
14. Dị dạng hậu môn trực tràng.....	67
15. Thoát vị hoành bẩm sinh.....	72
16. Teo ruột non.....	76
17. Thoát vị rốn và hở thành bụng.....	79
18. Tắc tá tràng.....	82
19. Tắc ruột phân su, viêm phúc mạc phân su, hội chứng nút phân su.....	85
20. Teo thực quản bẩm sinh.....	89
21. Bệnh Hirschsprung	94
22. Teo đường mật.....	98
23. Rò cạnh hậu môn	102
24. Dẫn đường mật chính bẩm sinh	104
25. Ruột xoay bất toàn.....	108
26. Hẹp môn vị phì đại	110

27. Hẹp eo động mạch chủ.....	113
28. Thông liên nhĩ.....	117
29. Thông liên thất.....	120
30. Tứ chứng Fallot	124
31. Ống tăng sinh môn.....	129
32. Một số vấn đề trong ung bướu nhi.....	131
33. Bướu nguyên bào gan ở trẻ em.....	137
34. Bướu ác thận trẻ em.....	142
35. Bướu trung thất.....	149
36. Khí phế thũng	153
37. Nang phế quản bẩm sinh.....	155
38. Bướu nguyên bào thần kinh.....	158
39. Dị dạng nang tuyến bẩm sinh ở phổi.....	164
40. Bướu tế bào mầm ở trẻ em.....	167

Chương 3: NGOẠI NIỆU

41. Bàng quang thần kinh.....	175
42. Chấn thương thận.....	177
43. Vết thương thận.....	181
44. Vỡ bàng quang.....	182
45. Vỡ niệu đạo.....	184
46. Chấn thương và vết thương cơ quan sinh dục ngoài.....	186
47. Hội chứng bùi cấp.....	188
48. Tật lỗ tiểu thấp.....	193
49. Phì đại âm vật.....	197
50. Phình niệu quản.....	199
51. Hẹp da quy đầu.....	201
52. Van niệu đạo sau.....	203
53. Sỏi niệu.....	208
54. Tinh hoàn ẩn.....	211

55. Thận và niệu quản đôi.....	215
56. Thận ứ nước do hẹp khúc nối bể thận- niệu quản	219
57. Vùi dương vật	222
58. Trào ngược bàng quang	224
59. Chẩn đoán trước sinh dị tật hệ niệu	229
60. Phẫu thuật điều trị bệnh lý ống bẹn	236

Chương 4: NGOẠI CHỈNH TRỰC

61. Cấp cứu phòng trẻ em.....	245
62. Điều trị bướu máu	249
63. Viêm xương – tủy xương cấp	254
64. Vẹo cổ do u cơ ức đòn chũm	256
65. Vẹo cột sống bẩm sinh.....	258
66. Gãy xương đòn	260
67. Gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay.....	261
68. Gãy thân xương cánh tay	263
69. Gãy trên hai lồi cầu xương cánh tay	264
70. Gãy chỏm quay	267
71. Gãy Monteggia	272
72. Gãy hai xương cẳng tay	274
73. Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay	276
74. Gãy xương bàn tay.....	279
75. Ngón tay cò súng	282
76. Trật khớp háng bẩm sinh	284
77. Gãy thân xương đùi	286
78. Gãy hai xương cẳng chân	288
79. Chân khoèo bẩm sinh.....	290

Chương 5: NGOẠI THẦN KINH

80. Cấp cứu chấn thương sọ não trẻ em.....	295
81. Điều trị ngoại khoa chấn thương sọ não trẻ em	298

82. Chấn thương cột sống và tủy sống ở trẻ em.....	302
83. Hội chứng tăng áp lực nội sọ	305
84. Đầu nước trẻ em	308
85. U não trẻ em	313
86. U Tủy	316
87. Xuất huyết não vùng màng	320
88. Dị dạng mạch máu não	323
89. Dị tật dính khớp sọ sớm.....	328
90. Dị tật cột sống chẻ đôi	333
91. Điều trị ngoại khoa nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.....	338
92. Tụ mủ dưới màng cứng.....	341
Chương 6: RĂNG HÀM MẶT-MẮT-TAI-MŨI-HỌNG	
93. Áp xe quanh chóp chân răng cấp.....	345
94. Áp xe thành sau họng	347
95. Chấn thương hàm mặt.....	350
96. Chấn thương mắt	356
97. Dị tật bẩm sinh ở mắt.....	360
98. Dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt.....	366
99. Dị vật đường thở.....	378
100. Rò trước tai	381
101. Bệnh chảy máu vùng hàm mặt.....	383
102. Bệnh chảy máu mũi	385
103. Tắc lệ đạo ở trẻ em	387
Chương 7: VẬT LÝ TRỊ LIỆU	
104. Vật lý trị liệu gãy xương chi dưới.....	391
105. Vật lý trị liệu gãy xương chi trên.....	394
106. Vật lý trị liệu bỏng.....	396
107. Vật lý trị liệu tổn thương đám rối thần kinh cánh tay	399
108. Vật lý trị liệu trật khớp háng bẩm sinh	401

109. Vật lý trị liệu vẹo cổ	405
110. Vật lý trị liệu chân khớp.....	409
111. Vật lý trị liệu liệt mặt.....	415
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	417

BV Nhi đồng 2

BV Nhi đồng 2

Chương 1
ĐẠI CƯƠNG

BV Nhi đồng 2

CHĂM SÓC BỆNH NHI NGOẠI KHOA

I. QUẢN LÝ BỆNH NHI TRƯỚC KHI MỔ

- Giải thích kỹ càng cho thân nhân bệnh nhi hay bệnh nhân lớn hiểu được vấn đề cần điều trị.
- Đánh giá lâm sàng cẩn thận: chú ý dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu mất máu, thiếu dịch, shock hay tiền shock; phân loại bệnh để tiên lượng cuộc phẫu thuật: thoát vị rốn, hở thành bụng, teo thực quản, đa chấn thương...
- Làm bilan tiền phẫu và một số xét nghiệm cần thiết: huyết đồ, CRP, chức năng gan, chức năng thận, Ion đồ, đông máu toàn bộ, XQ phổi, XQ bụng hay siêu âm, chụp CT scan nếu cần...
- Đánh giá tình trạng đau.
- Cung cấp đầy đủ nước, điện giải, kháng sinh phòng ngừa hay kháng sinh điều trị.
- Đăng ký máu, chế phẩm máu nếu cần.
- Hội chẩn khoa Hồi sức nếu tình trạng bệnh nhân nặng hay không ổn định.
- Khám lâm sàng cẩn thận: đánh giá sinh hiệu, tình trạng đau, dấu hiệu mất máu, thiếu dịch.
- Thiết lập các đường truyền tĩnh mạch, nếu có đường truyền tĩnh mạch trung tâm (catheter rốn ở trẻ sơ sinh) hay catheter động mạch xâm lấn càng tốt. Kiểm tra catheter cảnh trong với X-quang phổi để phát hiện có tai biến tràn khí hay tràn dịch màng phổi.

II. SAU PHẪU THUẬT

1. Những bước ban đầu

- Thời gian hậu phẫu tính từ sau khi đóng vết mổ.
- Lau sạch vùng da xung quanh vết mổ, sau đó băng vết mổ.
- Bệnh nhi được theo dõi đến khi rút nội khí quản hoặc chuyển đến đơn vị hậu mê hoặc hồi sức. Một bác sĩ trong nhóm phẫu thuật cần có mặt vào thời điểm rút nội khí quản và hỗ trợ khi chuyển bệnh nhi.
- Nếu sau rút nội khí quản bệnh nhi thở chậm hoặc không đủ sâu để trao đổi khí thì cần tiếp tục theo dõi trong phòng mổ đến khi hô hấp cải thiện.

- Chú ý thân nhiệt và tránh hạ thân nhiệt bằng cách chiếu đèn hồng ngoại, dùng máy sưởi, quần trẻ trong chăn hoặc tăng nhiệt độ phòng.
- Biên bản phẫu thuật gồm chẩn đoán, phương pháp mổ, tường trình cuộc mổ, những bác sĩ tham gia mổ và biên bản theo dõi các dấu sinh hiệu, thuốc, dịch truyền dùng trong mổ.

2. Tiếp nhận

- Bệnh nhi cần được đánh giá trước khi chuyển và tại thời điểm tiếp nhận ở đơn vị chăm sóc sau mổ.
- Các đánh giá gồm: sinh hiệu, cân nặng lúc nhập, tri giác, khám các cơ quan.
- Bác sĩ tiếp nhận sau đó cần viết ra kế hoạch chăm sóc cụ thể cho bệnh nhi bao gồm: tư thế, các hỗ trợ hô hấp, dịch truyền, thuốc, cách chăm sóc và theo dõi.

3. Tư thế

- Trong phần lớn các trường hợp hậu phẫu, bệnh nhi nên được cho nằm ngửa ở tư thế đầu cao 30° - 45° .
- Các chỉ định khác tùy vào loại phẫu thuật và có thể xem xét ý kiến của phẫu thuật viên.

4. Các hỗ trợ hô hấp

- Bệnh nhi cần được đánh giá để có những hỗ trợ hô hấp cần thiết.
- Các đánh giá bao gồm: sự thông thoáng đường thở, tần số thở, thể tích khí lưu thông (độ nhấp nhô của lồng ngực), mức độ oxy hóa máu, CO_2 trong máu nếu cần.
- Các hỗ trợ hô hấp bao gồm: hút đàm nhớt, đặt airway, oxy, NCPAP, thở máy.
- Nên điều chỉnh FiO_2 ở mức thấp nhất nhưng vẫn đảm bảo oxy hóa máu ($\text{PaO}_2 \geq 80\text{mmHg}$ hoặc $\text{SaO}_2/\text{SpO}_2 \geq 92\%$).

5. Dịch truyền

- Bệnh nhi hậu phẫu không thể dung nạp ngay với nuôi ăn bằng đường tiêu hóa nên cần cung cấp dịch truyền và năng lượng qua đường tĩnh mạch, sau đó mới chuyển dần qua nuôi ăn bằng đường tiêu hóa.
- Giai đoạn 1: phục hồi dịch và sự cung cấp nước cho mô
 - + Thời điểm: càng sớm càng tốt, cần đạt được trong 1 - 2 ngày đầu.
 - + Mục tiêu: thiết lập sự cân bằng về dịch và điện giải

- + Dịch/điện giải cần cung cấp = nhu cầu + lượng mất đi
- + Lượng dịch và Natri cần bù chia đều trong 24 giờ, Kali cần bù chia đều trong 72 giờ.
- + Tốc độ đường 5 - 8 mg/kg/phút.
- + Dịch nhu cầu:

Cân nặng	Dịch nhu cầu hằng ngày
0 - 10 kg	100 ml/kg/ngày
10 - 20 kg	1000 ml + 50 ml/kg/ngày > 10 kg
> 20 kg	1500 ml + 20 ml/kg/ngày > 20 kg

- + Dịch thêm vào theo lượng nước mất:

Lượng nước mất	Lượng thêm vào
5%	50 ml/kg
10%	100 ml/kg
15%	150 ml/kg

- + Điện giải nhu cầu:

	Nhu cầu (mEq/100 ml dịch)	Sản phẩm
Na	3	Natriclorua 10%
K	2	Kaliclorua 10%
Ca	0,5 - 1	Canxiclorua 10%, Canxigluconate 10%

- + Điện giải thêm vào:

		Lượng Na ⁺ /K ⁺ thiếu (mEq/kg)		
Na ⁺ /máu (mEq/L)	Mất nước	5%	10%	15%
140	Đẳng trương	3,5	7	14
>150	Ưu trương	1,5	3	6
<130	Nhược trương	5,5	11	22

Nếu trẻ còn tiếp tục mất nước, cần bù thêm lượng dịch mất tiếp tục

Nguồn dịch	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	HCO₃⁻ (mEq/L)
Dạ dày	50	10 - 15	150	0
Tụy	140	5	50 - 100	100
Mật	130	5	100	40
Ileostomy	130	15 - 20	120	25 - 30
Tiêu chảy	50	35	40	50

Lưu ý:

- Điều chỉnh nồng độ Glucose của dịch cần bù theo đường huyết. Đảm bảo tốc độ đường: 5-8mg/kg/phút. Nếu Dextrostix thấp thì tăng tốc độ truyền đường 12-15 mg/kg/phút bằng cách pha thêm Glucose 30% vào dịch truyền.
 - Chỉ bù Kali khi trẻ có nước tiểu, nên dựa vào ion đồ máu. Lượng Kali bù được truyền trong 72 giờ. Nên kiểm tra Kali máu mỗi 6 giờ nếu Kali máu < 3 mEq/kg.
 - Nếu trẻ có toan chuyển hóa, Natri cần bù phải trừ đi phần Natri trong Bicarbonate.
 - Giai đoạn 2: cung cấp đủ năng lượng và thành phần dinh dưỡng cho chuyển hóa.
 - + Thời điểm: sau khi đạt được cân bằng dịch và điện giải cho cơ thể.
 - + Mục tiêu: cung cấp đủ năng lượng và thành phần dinh dưỡng cần thiết cho chuyển hóa của trẻ.
- Nếu đánh giá trẻ có thể nuôi ăn qua đường tiêu hóa thì bắt đầu cho ăn lại lượng nhỏ tăng dần với thức ăn từ lỏng đến đặc dần (nước đường → sữa → bột → cháo → cơm) tùy theo lứa tuổi.
- + Nếu đánh giá trẻ không dung nạp với nuôi ăn bằng đường tiêu hóa trong 3 - 5 ngày, đặc biệt là trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ thì cần nuôi ăn qua đường tĩnh mạch toàn phần và tiến hành sớm khi có thể.

	Ngày 1 (g/kg/ngày)	Ngày 2 (g/kg/ngày)	Ngày 3 (g/kg/ngày)	Tỉ lệ năng lượng (%)
Protein	1,5	2	2,5 - 3	10 - 16
Lipid	1	2	3	40
Glucose	5	10	15	44 - 50

+ Nhu cầu năng lượng để duy trì sự phát triển bình thường:

Cân nặng	Nhu cầu năng lượng
0 - 10 kg	100 kCal/kg
10 - 20 kg	1000 kCal + 50 kCal/kg > 10 kg
> 20 kg	1500 kCal + 20 kCal/kg > 20 kg

+ Năng lượng tăng thêm:

- 12% mỗi độ tăng trên 37°C.
- 20 - 30% với phẫu thuật lớn.
- 40 - 50% với nhiễm trùng nặng.
- 50 - 100% với suy dinh dưỡng kéo dài.

6. Thuốc

- Kháng sinh:

+ Lựa chọn kháng sinh dựa vào:

- Vị trí phẫu thuật.
- Loại tác nhân thường gặp.
- Kháng sinh thường dùng: Cefazolin, Cefotaxim...

- Giảm đau:

+ Paracetamol

+ Morphine

- Kháng tiết:

+ Zantac

+ Omeprazole

7. Cách chăm sóc và theo dõi

- Chăm sóc sau phẫu thuật tùy thuộc từng loại bệnh khác nhau: chăm sóc tích cực hay chăm sóc thường quy.
- Theo dõi: nhằm phát hiện sớm các dấu hiệu trở nặng sau phẫu thuật.
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Đánh giá tưới máu mô: TRC, lượng nước tiểu mỗi giờ.
- Đánh giá tri giác: thang điểm Glasgow, thang điểm AVPU.

- Đánh giá lượng máu hay dịch bị mất qua: ống dẫn lưu, vết mổ, hậu môn tạm...
- Kiểm tra bilan nhiễm trùng (huyết đồ, CRP, Lactate máu, cấy máu, cấy dịch vết mổ, khí máu động mạch...) sau 72 giờ dùng kháng sinh hay khi trẻ sốt cao.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ TRONG UNG BƯỚU NHI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Mỹ (1997), tử vong do ung thư đứng hàng thứ hai sau tai nạn và đứng trước dị tật bẩm sinh.

- Trong nhóm bệnh lý toàn thân, được kể đến là: ung thư máu (leukemia) và ung thư lymphome (lymphoma). Trong nhóm ung thư máu (leukemia) chú ý nhóm thường gặp là bạch cầu cấp dòng lympho và bạch cầu cấp dòng tủy. Trong ung thư lymphom (lymphoma) được chia thành nhóm Hodgkin và không Hodgkin.
- Trong nhóm bướu đặc (solid tumors), hay nói khác đi là nhóm hệ cơ quan, xuất độ thường gặp theo trình tự là: hệ thần kinh trung ương, nguyên bào thận, nguyên bào thần kinh, bướu tế bào mầm, sarcom cơ vân,...Chúng ta cần lưu ý đến lứa tuổi, vị trí, xếp giai đoạn, giải phẫu bệnh và điều trị đa mô thức (phẫu trị, hóa trị, xạ trị...).
- Xếp giai đoạn trong ung bướu nhi và hướng điều trị tùy theo quan điểm của từng nhóm nghiên cứu quốc tế như: SIOP: Societe Internationale D'oncologie pediatrique (1971), UKCCSH: United Kingdom Children's Cancer Study Group, COG: Children's Oncology Group, GPOH... Trong thực tế lâm sàng, để dễ nhớ, có thể dựa vào hệ thống phân loại T, N, M (1943-1952) của Pierre Denoix (1912-1990).
- Cần lưu ý các bệnh và hội chứng di truyền có liên quan đến việc tầm soát, theo dõi và tiên lượng các loại ung thư liên quan.

II. BỆNH VÀ HỘI CHỨNG DI TRUYỀN

- Hội chứng Beckwith - Wiedemann (rộng khóe miệng, lưỡi to, tạng lớn, khiếm khuyết thành bụng). Hội chứng này thường kết hợp với bệnh lý bướu có nguồn gốc phôi như bướu Wilms, bướu nguyên bào gan. Gien bị đột biến trong hội chứng này là p57KIP2, ở vị trí nhiễm sắc thể 11p15.5.
- Bệnh đa polyp gia đình: Kingston lần đầu tiên mô tả sự kết

hợp giữa bệnh đa polyp gia đình và bướu nguyên bào gan (1982). Tác giả ghi nhận bướu nguyên bào gan xảy ra ở cùng lúc anh em ruột với hội chứng này. Gen bị đột biến là gen APC (Adenomatous Polyposis Coli) ở vị trí nhiễm sắc thể 5q21.22.

- Bướu nguyên bào gan kết hợp với hội chứng Li - Fraumeni với gen TP 53, vị trí 17p13, hay hiếm gặp hơn với hội chứng Praderwilli, Aicardi, Gardner.
- WAGR (Wilms, Anirida, Genitourinary malfomation, mental Retardation).
- Denys - Drash (viêm vi cầu thận cấp, hội chứng thận hư, lưỡng giới giả, Wilms).

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Tình huống cấp cứu
 - + Biểu hiện lâm sàng: trong bệnh lý bướu trung thất ở trẻ em hội chứng tĩnh mạch chủ trên và hội chứng trung thất thường gặp trong cấp cứu ung thư. Tràn dịch màng phổi và màng tim cũng được phát hiện trong bệnh lý này.
 - + Xuất huyết nội do bướu vỡ: chảy máu cấp do bướu gan, neuroblastoma, bướu Wilms vỡ. Chảy máu rỉ rả trong lymphoma mạc treo, bướu buồng trứng vỡ.
 - + Tắc ruột do dính trong lymphoma.
 - + Yếu và liệt chi, liệt các dây thần kinh sọ, tăng áp lực nội sọ là biểu hiện của bướu hệ thần kinh trung ương.
- Triệu chứng thực thể
 - + Bướu: vị trí, mật độ, kích thước, xâm lấn chung quanh, độ di động và từ đó liên hệ tới cơ quan tương xứng. Khi khám phải nhẹ nhàng và phải nhớ dạng nguyên bào là một khối bướu, đặc, hay vừa nang vừa đặc, hoại tử, xuất huyết
 - + Hạch vùng: phải chọn lọc hạch được sinh thiết để có thể cho kết quả đúng. Tiêu chuẩn chọn hạch:
 - o Hạch lớn hoặc vẫn lớn sau khi điều trị kháng sinh 2 - 3 tuần.
 - o Những hạch không lớn nhưng không giảm kích thước sau 5 - 6 tuần hoặc sau 10 - 12 tuần không trở về bình thường, đặc biệt những hạch có kèm triệu chứng toàn thân như sốt không giải thích được, sụt cân, gan to lách to.

- o Những hạch lớn kèm bất thường trên phim chụp ngực
- o Giá trị chẩn đoán xác định ung thư trẻ em tăng cao khi bệnh nhi có kèm thêm các triệu chứng hay dấu hiệu toàn thân như sốt, thiếu máu, gan lách to hay bất thường trên phim XQ ngực. Vùng hạch được chọn ưu tiên dọc theo cơ ức đòn chũm (dọc theo bó mạch cảnh) nhóm cao hay vừa, hoặc cũng có nhóm trên đòn. Hạch nách, bẹn được lựa chọn sau, chỉ chọn khi lâm sàng nghĩ đến khả năng ác tính cao.

Theo Pizzo - Poplack 2002

Triệu chứng / dấu hiệu	Khả năng ác tính
Mệt mỏi, sốt, bệnh lý hạch	Lymphoma, Leukemia, Ewing's, Neuroblastoma
Đầu, cổ: bệnh lý hạch	Neuroblastoma, tuyến giáp, sarcom mô mềm, lymphoma, leukemia
Lồng ngực: bệnh lý hạch	Lymphoma, leukemia (A.L.L)
Ổ bụng: gan lách to	Neuroblastoma, lymphoma, leukemia

+ Biểu hiện nội tiết: bướu nội tiết chiếm khoảng 4-5% tổng số bướu tân sinh ở trẻ em. Bướu tuyến thượng thận cũng nằm ở vị trí trên thận nhưng hiếm gặp và cần phải khảo sát sự liên quan chặt chẽ với các hormon như aldosterone (mineralocorticoid), glucocorticoid, androgen, catecholamin, ACTH. Bướu buồng trứng liên quan nội tiết nam hay nữ.

- o Một số dấu hiệu khác: cao huyết áp, thiếu máu, nhược cơ, tân sinh hậu nhãn cầu, xuất huyết âm đạo, tiểu máu, dẫn tĩnh mạch thừng tinh một bên ...

IV. DẤU ẤN SINH HỌC

- AFP (α Foeto - protein):

AFP là α_1 - globulin được sản xuất từ túi noãn hoàng và sau đó là tế bào gan và ống tiêu hóa. Thời gian bán hủy của AFP từ 5 - 7 ngày. Nồng độ AFP tăng trong thời kỳ thai và cao nhất từ tuần 12 - 14 của thai kỳ. Nồng độ AFP sẽ giảm dần theo thời gian và dưới 10mg/dl ở người trưởng thành hay trẻ em 1 tuổi. Theo Wu.J.T và Sudar K (1981) với trên 193 bệnh nhi, đã đưa ra số liệu bình thường sau: trẻ 2 tháng tuổi 30 - 400ng/ml; 6 tháng: < 30ng/ml; 12 tháng < 15ng/ml.

- + α FP tăng cao 80 - 90% ở bướu nguyên bào gan, khoảng 60% ở trẻ bị HCC và rất có giá trị trong bướu tế bào mầm. Tuy nhiên α FP có thể tăng ít trong bướu máu hay hamartoma gan
- **β - hCG (human Chorionic Gonadotropin):**
 - + hCG bản chất là glycoprotein, bao gồm hai đơn vị là α, β . hCG được tổng hợp bởi hợp bào nuôi của nhau nhằm duy trì sự sống của hoàng thể trong thời gian mang thai
 - + α - hCG là chuỗi peptid giống như các hormon khác như LH, FSH, TSH và không có ý nghĩa trong BTBMTE
 - + β - hCG, nồng độ thấp < 5mIU/ ml, T bán hủy 24h - 36h. β - hCG tăng cao biểu hiện sự hiện diện của clon hợp bào nuôi tiết hCG. Bệnh lý thường gặp là ung thư tế bào nuôi, tế bào khổng lồ hợp bào nuôi, embryonal và được phát hiện qua nhuộm peroxidase.
 - + β - hCG và AFP đều tăng gấp trong polyembryoma và trong embryonal carcinoma buồng trứng, germinoma (seminoma, dysgerminoma)
 - + β - hCG tăng sau hóa trị do diệt tế bào ung thư.
- **Dấu ấn sinh học khác:**
 - + LDH huyết thanh được dùng đánh giá sự phân hủy tế bào bướu.
 - + PLAP (placental alkaline phosphatase) tăng cao trong seminoma.
 - + CA - 125 (carbohydrate antigen) tăng cao trong nhóm biểu mô.
 - + CA-19-9, và nhóm máu Lewis - A cũng được đề cập trong nhóm teratoma nhưng có vai trò chưa rõ.

V. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- **Siêu âm:**
 - + Có vai trò chẩn đoán ban đầu.
 - + Có vai trò giới hạn trong việc khảo sát ranh giới khối u, số lượng ổ và cấu trúc liên quan.
- **CT, MRI:**
 - + Đánh giá chính xác số ổ, ranh giới, hạch vùng và cấu trúc lân cận.

- + Khảo sát ba thì: động mạch, tĩnh mạch, thì nhu mô với thuốc cản quang.
- + Dynamic CT: so sánh khả năng bắt thuốc của bướu và của chủ mô.

VI. XẾP GIAI ĐOẠN

Xếp giai đoạn được thực hiện sau phẫu thuật hay hóa trị lần đầu. Phẫu thuật viên thường chọn theo POG để nhớ, hoặc theo SIOP nếu hóa trị trước. Do đặc điểm riêng của mỗi nhóm bệnh lý, việc xếp giai đoạn và chọn phác đồ điều trị sẽ theo tiêu chuẩn quốc tế.

VII. GIẢI PHẪU BỆNH VÀ SINH HỌC PHÂN TỬ

Chẩn đoán giải phẫu bệnh căn cứ vào quan sát dưới kính hiển vi về hình thái tế bào và cấu trúc mô học tế bào. Tham khảo thêm về đặc điểm đại thể, dấu ấn sinh học... được phẫu thuật viên ghi chép cẩn thận trong phiếu giải phẫu bệnh.

Tuy nhiên, có những trường hợp khó khăn trong chẩn đoán, các nhà bệnh học phải dùng đến kỹ thuật hóa mô miễn dịch như Cytokeratin, Epithelial membrane antigen, Vimentin, Desmin...

Sinh học phân tử cũng có ý nghĩa quan trọng trong bệnh lý leukemia, giúp đánh giá tiên lượng, lựa chọn phác đồ điều trị thích hợp và theo dõi điều trị.

VIII. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ

Ung thư có thể được điều trị bằng phẫu trị, hóa trị, xạ trị, miễn dịch hay các phương pháp khác. Việc chọn lựa phương pháp điều trị phụ thuộc vào vị trí của khối bướu, giai đoạn của bệnh, và phác đồ điều trị cụ thể sẽ theo tiêu chuẩn của mỗi nhóm nghiên cứu quốc tế.

1. Phẫu trị

Phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn trong việc giải quyết yếu tố tại chỗ và tại vùng trong ung thư. Phẫu thuật tận gốc là phẫu thuật triệt mạch máu trước rồi cắt bỏ khối bướu và mô tế bào mỡ, hạch chung quanh thành một khối. Lưỡi dao mổ phải luôn đi trong ranh giới mô lành và không được làm rách vỏ bao giả hoặc làm vỡ bướu.

Sinh thiết bướu hay hạch di căn giúp xác định nguồn gốc ung thư và xếp giai đoạn.

Phẫu thuật cấp cứu trong những tình huống khẩn cấp như xuất huyết, khó thở, tắc ruột, chèn ép não đe dọa tụt não... nhưng phải cân nhắc và có hướng chẩn đoán xác định đặc tính của từng loại ung thư, đánh giá có đáp ứng với hóa trị hay không vì phần lớn nhóm bướu nguyên bào trẻ em đáp ứng tốt với hóa trị. Phẫu thuật viên ung thư cần cân nhắc thêm chỉ định tùy vào tình huống cụ thể và khả năng hồi sức tại cơ sở điều trị.

Phẫu thuật nhằm giảm tổng khối tế bào bướu sau đó hóa trị hay xạ trị phối hợp chỉ nhằm kéo dài thêm thời gian sống. Các kỹ thuật diệt tế bào ung thư như nhiệt lạnh, nhiệt độ cao, hay thuyên tắc mạch máu chỉ được dùng khi không thể thực hiện được các cách điều trị theo kinh điển.

2. Hóa trị

Ngày nay, hóa trị liệu đã có những thành tựu vượt bậc trong điều trị ung thư bằng thuốc với khả năng tiêu diệt chọn lọc trên tế bào ung thư và giảm thiểu nguy cơ tổn thương trên những tế bào lành. Chúng can thiệp vào chu kỳ tế bào theo các cách khác nhau nên hai hay nhiều thuốc thường được kết hợp cùng lúc với nhau làm tăng hiệu quả diệt tế bào ung thư. Hình thức này được gọi là "hóa trị phối hợp" hay đa hóa trị.

Đa hóa trị cũng giúp ngăn chặn tính kháng thuốc của tế bào ung thư.

Hóa trị trong ung thư trẻ em có hiệu quả trong việc làm giảm thể tích bướu, giảm lượng máu nuôi bướu và tiêu diệt các ổ di căn xa tạo thuận lợi cho phẫu thuật trong quan điểm điều trị đa mô thức.

Sau mỗi đợt điều trị cần đánh giá lại hiệu quả điều trị và độc tính của thuốc.

3. Xạ trị

Xạ trị liệu là sử dụng một dạng năng lượng (gọi là phóng xạ ion hoá) để diệt tế bào ung thư và làm teo nhỏ khối u. Xạ trị được sử dụng để giải quyết yếu tố tại chỗ và tại vùng trong ung thư.

Nguyên tắc chung điều trị tia xạ:

- + Chỉ điều trị tia xạ khi có chỉ định, chẩn đoán xác định, giải phẫu bệnh và xếp giai đoạn.
- + Xác định tổng thể phương án điều trị, vai trò và vị trí của tia xạ.
- + Chọn mức năng lượng, chùm tia thích hợp cho từng vị trí, xác định tổng liều, phương thức trải liều.

- + Xác định thể tích tia chính xác và mối quan hệ với các cơ quan phụ cận qua chụp X-quang, CT scan, MRI và qua máy mô phỏng.
- + Nghiên cứu cho liều xạ tối ưu giữa tổ chức lành và tổ chức bệnh.
- + Kiểm tra trường chiếu trên máy điều trị.
- + Đánh dấu các điểm, góc chiếu quan trọng so với mặt phẳng bàn điều trị.
- + Cố định bệnh nhân tốt, theo dõi bệnh nhân trong quá trình tia xạ thông qua hệ thống camera.
- + Chăm sóc da và niêm mạc vùng chiếu và toàn trạng bệnh nhân.

IX. KẾT LUẬN

Y học ngày nay ngày càng có nhiều tiến bộ trong nhiều lĩnh vực như hồi sức, dụng cụ phẫu thuật, máy xạ trị, và các thuốc hóa trị.

Ý thức xã hội về bệnh ung thư cũng thay đổi theo hướng tốt hơn.

Siêu âm là phương tiện rẻ tiền, dễ sử dụng trong việc tầm soát ung thư.

Phát hiện ung thư sớm, phối hợp điều trị đúng đã góp phần cải thiện tiên lượng sống và chất lượng sống cho bệnh nhi.

GHÉP TẠNG Ở TRẺ EM

I. MỞ ĐẦU

Ghép thận và ghép gan ngày nay đã được công nhận như là một phương thức điều trị chọn lọc cho trẻ em bị suy thận hoặc suy gan vào giai đoạn cuối. Trong lịch sử, ca ghép thận đầu tiên được thực hiện đầu tiên vào năm 1954 tại Boston trên 2 anh em sinh đôi cùng trứng bị viêm cầu thận. Đến năm 1963 Thomas E. Starzl's thực hiện ca ghép gan đầu tiên trên trẻ 3 tuổi bị TĐMBS tại Denver. Trường hợp ghép gan đầu tiên thực hiện tại Châu Âu vào năm 1971.

- **Các loại ghép:**

- + Ghép tự thân (autograft): ghép các mô vào cho chính cơ thể đó (ghép da).
- + Ghép đồng loại (allograft): ghép vào trong các các thể có cấu trúc gen khác nhau.
- + Ghép khác loài (xenograft): ghép các mô giữa các loài khác nhau.

- **Đáp ứng miễn dịch trong ghép:**

+ ***Giai đoạn nhận biết của miễn dịch trong ghép:***

- o Các phân tử MHC là những protein màng nằm trên các tế bào APC dưới dạng các kháng nguyên peptide được nhận diện bởi các tế bào lympho T. Protein MHC tìm thấy ở người được gọi là kháng nguyên bạch cầu người (HLA) nằm trên nhiễm sắc thể số 6, trong đó hai nhóm quan trọng đối với quá trình ghép: nhóm I bao gồm HLA A, B, C và nhóm II bao gồm HLA DR DP DQ.
- o Tế bào lympho CD8 chỉ có đáp ứng với peptide được trình bày bởi nhóm I HLA, và CD4 cho các kháng nguyên nhóm II HLA.

+ ***Giai đoạn đáp ứng miễn dịch:***

- o *Thải ghép tối cấp:* xảy ra vài phút sau ghép, do các nhóm máu không phù hợp hay do các kháng thể đã hình thành trước đó.
- o *Thải ghép cấp:* thường xảy ra từ ngày thứ 3 sau ghép, gây tổn thương chủ mô tạng ghép do đáp ứng miễn dịch người nhận chống lại kháng nguyên của người cho.

- o *Thải ghép mạn*: xảy ra vài tháng sau ghép, biểu hiện trên lâm sàng là bệnh cảnh suy tạng ghép không hồi phục.

II. GHEP GAN Ở TRẺ EM

1. Chỉ định

- Teo đường mật bẩm sinh.
- Bệnh lý tắc mật.
- Bệnh lý chuyển hóa.
- Suy gan tối cấp.
- Ung thư gan.

2. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:**
 - + HIV (+).
 - + Ung thư nguyên phát ngoài gan không thể cắt được.
 - + Bệnh lý ác tính di căn vào gan.
 - + Các bệnh lý ngoài gan tiến triển giai đoạn cuối.
 - + Nhiễm trùng toàn thân không kiểm soát.
 - + Tổn thương thần kinh không hồi phục.
- **Tương đối:**
 - + Nhiễm trùng toàn thân có thể kiểm soát một phần.
 - + Hôn mê gan tiến triển (grade IV).
 - + Huyết khối tĩnh mạch cửa.

3. Chuẩn bị trước mổ

- **Người nhận:** chú ý về mặt dinh dưỡng và chích ngừa cho người nhận.
- **Người cho:** thực hiện tuân tự nhóm máu, xét nghiệm vi trùng học, hình ảnh học.

4. Kỹ thuật ghép gan

- Đối với người cho, sử dụng kỹ thuật split graft để cắt phân thùy bên trái người cho, giữ lại động mạch thân tạng, tĩnh mạch (TM) cửa nhánh trái, TM gan trái và đường mật bên trái.
- Đối với người nhận, TM trên gan được nối vào TM chủ dưới theo kỹ thuật pyggy - back để mở rộng miệng nối, không dùng kính vi phẫu, dùng kính loupes phóng đại 4 lần để nối tận - tận động mạch gan. Kiểm tra miệng nối được bằng siêu âm Doppler ngay trong lúc mổ và 2 tuần sau mổ. Vì TM cửa trên trẻ bị TĐMBS thường bị thiếu sản, do vậy chúng tôi tái

tạo TM cửa bằng cách sử dụng mảnh ghép từ TM mạc treo tràng dưới của người cho. Đường mật được tái tạo theo kỹ thuật Roux en Y.

5. Chăm sóc sau mổ

- Theo dõi điều dưỡng: nhiệt độ, HA, mạch, nước xuất - nhập, các đường truyền trung ương (mỗi 4 - 6 giờ).
- Xét nghiệm: điện giải đồ, chức năng gan, CRP, GPT, GOT, GGT, huyết đồ, nồng độ Tacrolimus.
- Siêu âm gan: 1 lần/ngày trong 1 tuần, sau đó 2 lần/ tuần.
- Dinh dưỡng: giảm nhu cầu muối, nuôi ăn tĩnh mạch, qua đường ruột, đường miệng.
- Thuốc:
 - + Kháng sinh dự phòng: tùy theo mỗi trường hợp.
 - + Cao huyết áp: Aprical® (Huyền dịch uống của nifedipine) 1- 4 mg/kg/day (4 - 6 đường uống/ ngày); Dytenzide® (Chorothiazide + Aldactone) 1mg/kg/ngày.
 - + Phòng ngừa tắc mạch: Aspirine: 3mg/kg/ngày; Persantine® (dipyridamole): 7mg/kg/ngày trong 3 tháng sau ghép.
 - + Folic acid: 4 mg/ngày nếu sử dụng Bactrim®.

6. Điều trị thuốc ức chế miễn dịch

- Ngày 0: thời gian tính từ lúc khâu da đến 8 giờ sáng.
- Ngày 1: thời gian từ 8 giờ đến 24 giờ sau đó.
- **Tacrolimus (Prograf®)**
 - + Ngày 0: lúc 8 giờ sáng, nếu lưu lượng nước tiểu $>1.5\text{ml/kg/g}$ từ lúc bệnh nhân rời phòng mổ đến 20 giờ → dùng thuốc qua thông mũi dạ dày.
 - o **Liều thứ 1:** 0.1mg/kg
 - + Ngày 1: lúc 8 giờ sáng ; Định lượng Tacrolimus/máu
 - o **Liều thứ 2:** 0,1mg/kg
 - o **Liều thứ 3:** tùy thuộc mức Tacrolimus máu
 - + Bắt đầu từ ngày 2: liều được điều chỉnh theo nồng độ thuốc trong máu.
 - o **Nồng độ Tacrolimus/máu được giữ ở mức:**
 - Tháng đầu tiên : 10 - 12ng/ml
 - 1 – 6 tháng : 7 - 10ng/ml
 - 6 tháng - 1 tuổi : 5 - 7ng/ml
 - Sau 1 tuổi : 3 - 5ng/ml

- + Bơm thuốc qua thông dạ dày, mở vỏ bao thuốc, hòa tan thuốc với nước trong xilanh, sau đó bơm vào thông dạ dày. Bơm lại với cùng lượng nước, sau đó kẹp lại ống thông trong 1 giờ.
- ***Basiliximab (Simulect®) Chimeric monoclonal antibody, anti-receptor IL2***
 - + Ngày 0: trong vòng 8 tiếng sau khi tĩnh mạch cửa được mở kẹp
 - Bệnh nhân <35kg: 10mg TM
 - Bệnh nhân >35kg: 20mg TM
 - + Ngày 4:
 - Bệnh nhân <35kg: 10mg TM
 - Bệnh nhân >35kg: 20mg TM
- ***Steroids (Solu -Medrol® IV, Medrol® oral)***
 - + Solu-Medrol® IV
 - o Ngày 1 - 7 : 1mg/kg ngày
 - o Ngày 8 - 14 : 0.75mg/kg/ ngày
 - + Medrol®, Khi có thể ăn đường miệng
 - o Ngày 15 - 21 : 0.5mg/kg/ ngày
 - o Ngày 22 - 28 : 0.375mg/kg/ ngày
 - o Ngày 29 - 90 : 0.25mg/kg/ ngày
 - + Kế đến, nếu tiến triển tốt → Có thể sử dụng steroid luân phiên cách ngày:

Mg/kg/ngày	Ngày 1	Ngày 2
1 tháng	0.375	0.125
1 tháng	0.5	0
1 tháng	0.375	0
Tiếp theo ... tháng - 1 năm	0.25	0
Tiếp theo 2 tháng	0.125	0
Tiếp theo ngưng thuốc		

- ***Mycophenolate Mofetil (Cellcept®)***
 - + Khi có thể cho ăn bằng đường miệng.
 - + Liều: <20mg/kg/ngày (2 lần/ngày, đường miệng).
 - + Tác dụng phụ: chán ăn, tiêu chảy, giảm bạch cầu. Nếu có tác dụng phụ, giảm liều 50%.

III. GHÉP THẬN Ở TRẺ EM

1. Chỉ định

- Suy thận mạn giai đoạn cuối $GFR < 15 \text{ ml/phút/1,73m}^2$
- Ghép thận sớm trước khi lọc máu (pre-emptive transplantation) có thể thực hiện khi độ lọc $15\text{-}25 \text{ ml/phút/1,73m}^2$ nếu cặp cho - nhận thận có đủ điều kiện y khoa và pháp lý.

2. Chống chỉ định

- **Chống chỉ định tuyệt đối**
 - + Người nhận: nhiễm HIV, viêm gan siêu vi đang tiến triển, ung thư đang tiến triển, tổn thương thần kinh nặng, suy đa cơ quan, lao tiến triển.
 - + Người cho: không thỏa mãn các tiêu chí y khoa hoặc pháp lý.
- **Chống chỉ định tương đối**
 - + Bệnh gốc dẫn đến suy thận còn tiến triển.
 - + Bệnh gốc dẫn đến suy thận có nguy cơ tái phát cao.
 - + Béo phì hoặc suy dinh dưỡng nặng.
 - + Nhiễm trùng tiểu tái diễn, chưa được khống chế.
 - + Người cho > 60 tuổi hoặc người nhận $< 15 \text{ kg}$.
 - + Có các bệnh suy cơ quan hoặc bệnh chuyển hóa còn chưa ổn định.
 - + Bệnh tâm thần, tâm lý không ổn định, không hợp tác.
 - + Điều kiện xã hội, kinh tế không cho phép (vấn đề sử dụng thuốc sau ghép).

3. Chuẩn bị trước ghép

- **Chạy thận nhân tạo**
 - + Từ chiều hôm trước, phải kiểm tra bảo đảm Kali máu $< 4,5 \text{ mmol/l}$.
 - + Giữ cân nặng sau chạy thận cao hơn trọng lượng khô 5%.
 - + Không sử dụng Heparine.
- **Truyền dịch duy trì:** NaCl 0,9% để có cân > cân chuẩn 3 - 5%.
- **Thuốc ức chế miễn dịch:** bắt đầu từ tối hôm trước.
 - + Ciclosporine 2 mg/kg TTM 4 giờ lúc 22 giờ tối hôm trước mổ.
 - + MMF 600 mg/m^2 uống lúc 20 giờ.

- + SOLUMEDROL 250 mg/m² TTM 60 phút lúc 6 giờ sáng ngày mổ.
- + SIMULECT sẽ cho tại phòng mổ.
- **Thuốc hạ áp**
 - + Tránh sử dụng beta bloquant và ức chế men chuyển.

4. Sau ghép

- **Dịch truyền**
 - + Dịch đổ đầy: NaCl 0,9% hoặc Albumin 4%. Tránh dùng các dung dịch cao phân tử tổng hợp vì nguy cơ viêm thận mô kẽ, duy trì huyết áp bằng huyết áp người cho và CVP = 10 cmH₂O trong những giờ đầu, sau đó nếu nước tiểu của thận ghép > 2ml/kg/giờ, có thể nhắm CVP ở mức 6 - 8 cmH₂O.
 - + Dịch bù nước tiểu: NaCl 0,9% bù 100% theo lượng nước tiểu trong 12 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo CVP, đường huyết và điện giải.
- **Hạ áp:** Nicardipine TTM hoặc Nifedipine uống.
- **Chỉ định kháng đông**
 - + Thận người cho có bất thường số lượng mạch máu hoặc có “khó khăn trong khâu nối mạch máu lúc mổ”.
 - + Rối loạn đông máu theo chiều hướng tăng đông: thiếu protein C, thiếu protein S, thiếu Anti Thrombin III, D.Dimères tăng.
 - + Hội chứng thận hư nặng (tiền căn hoặc hiện tại), Lupus có kháng thể kháng Cardiolipine.
 - + Thải ghép cấp.
 - + Phẫu thuật lại.
 - + Người cho hoặc người nhận < 20kg.
- **Xét nghiệm**
 - + Máu: điện giải đồ, chức năng thận mỗi 6 giờ đến khi ổn định chức năng thận sau đó 1 lần/ ngày.
 - + Huyết đồ, protid, glycémie, T2 CsA, cấy máu, GDS: 1 lần/ ngày.
 - + Dextrostix mỗi giờ trong 12 giờ đầu sau đó 2 - 4 lần /ngày.
 - + Đông máu toàn bộ, D - Dimères , chức năng gan, CRP, Ca, phosphor, PAL 2 ngày/ lần.

- + Nước tiểu: TPTNT, đạm niệu, ion đồ niệu, ure, creatanin, cấy nước tiểu: 1lần/ ngày.
- + Doppler thận ghép: lúc mới xuống, N2, N4.
- + XQ phổi: lúc mới xuống , N1 sau đó tùy ca.

5. Thuốc ức chế miễn dịch

- Điều trị dẫn nhập

- + Basiliximab (simulect): liều 10mg: trẻ $\leq 30\text{kg}$; 20mg $> 30\text{kg}$.

- Điều trị duy trì

- + Corticoides.
- + FK506 (Prograf).
- + Mycophenolate mofetil.

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm trùng vết mổ (NTVM) chiếm khoảng 15% tỉ lệ nhiễm trùng bệnh viện, dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện cũng như làm tăng thêm chi phí điều trị.
- Nhiễm trùng (NT) xuất hiện khi vi khuẩn thường trú di chuyển sang vị trí vô khuẩn bình thường.
- Các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ NTVM: chủng và độc lực của vi khuẩn, cơ chế đề kháng của ký chủ, chăm sóc quanh phẫu thuật, và điều trị trong mổ.
- Mục tiêu của việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) là làm giảm tỉ lệ NTVM.
 - + KSDP được chỉ định đối với các phẫu thuật có tỉ lệ NT cao (cấy ghép và hậu quả của NT là nặng nề).
 - + KSDP nên bao phủ hầu hết các VK và hiện diện trong mô khi rạch da.
 - + Nồng độ điều trị nên duy trì trong suốt cuộc phẫu thuật
 - + KS điều trị là tiếp tục duy trì KS sau phẫu thuật tùy thuộc vào các vấn đề trong phẫu thuật.
 - + Việc tiếp tục sử dụng KSDP sau mổ là không cần thiết và không được khuyến cáo.
 - + Hậu quả của việc sử dụng KS không đúng là tác dụng phụ của KS và đề kháng KS lâu dài.

Bảng phân loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Định nghĩa
Sạch	PT không viêm nhiễm, không liên quan đến đường tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu. Đảm bảo tốt các nguyên tắc vô trùng trong lúc PT
Sạch-Nhiễm	PT ở đường hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, nhưng không vậy bản đáng kể
Nhiễm	PT nơi viêm nhiễm cấp tính (không có mủ), nơi có vết thương nhiễm rõ ràng. Ví dụ PT vậy bản rõ từ các tạng rỗng trong suốt quá trình PT hoặc kèm các chấn thương hở được PT trước 4 giờ.
Dơ	PT nơi có mủ, nơi có thông thương với tạng rỗng trước đây, hoặc kèm theo chấn thương hở trên 4 giờ.

II. ĐỊNH NGHĨA

- KSDP là kháng sinh được sử dụng trong vòng 1 giờ trước rạch da và không nên tiếp tục sau 24 giờ.
- KSDP chỉ được dùng trong các PT chương trình sạch, sạch nhiễm, và nhiễm. Các PT phức tạp, dơ, nên sử dụng KS điều trị.
- KSDP nên nhằm vào chủng vi khuẩn ở nơi PT.
- KSDP không cần thiết trong trường hợp BN đã dùng KS điều trị.
- Nên cho thêm một liều KS nếu PT kéo dài quá 3 giờ.

KHUYẾN CÁO DÙNG KSDP

Phẫu thuật	VK thường gặp	KS khuyến dùng	KS thay đổi
Tim mạch – Lồng ngực	Sta.epi,aureus, Strepto, Corynebacteria, Enteric-Gr(-) bacilli	Cefazoline	Clindamycin
Đầu & Cổ	Anaerobes, Sta aureus, Gr(-) bacille	Clindamycin	Cefazoline + Metronidazole
Mạch máu	Sta.epi,aureus, Gr (-) bacille, Enterococcus	Cefazoline	Clindamycin
Thần kinh - Sạch - Nứt sọ, rò dịch não tủy - Chấn thương xuyên thấu - Spine	Sta.aureus, epi Anaerobes, Sta.aureus, epi Sta, Strep, Gr (-) bacilli, Anaerobes Sta.aureus, epi	Cefazoline Cefazoline Ceftriaxone, Clindamycin Cefazolin	Clindamycin Clindamycin Clindamycin Clindamycin
Tổng quát - Viêm ruột thừa (chưa vỡ) - Đại tràng - Dạ dày- Thực quản- Đường mật - Vết thương thấu bụng	Enteric Gr(-) bacilli Enteric Gr(-) bacilli, Enterococ, Anaerobes Enteric Gr (-) bacilli, Gr (+) cocci Enteric Gr (-) bacilli, Enterococ, Anaerobes	Cefazolin+ Metronidazole Cefazolin+ Metronidazole Cefazolin Cefazolin+ Metronidazole	Clindamycin+ Aminoglycoside Clindamycin+ Aminoglycoside Clindamycin+ Aminoglycoside Clindamycin+ Aminoglycoside
Chỉnh hình - Gãy xương kín - Gãy xương hở	Sta. aureus, epi Sta, Strep, Gr(-) bacilli, Anaerobes	Cefazolin Cefazolin+ Gentamycin	Clindamycin Clindamycin+ Gentamycin
Tiết niệu Niệu- Sinh dục	Gr (-) bacilli, Enterococcus	Cefazolin	Ciprofloxacin

PHẪU THUẬT NỘI SOI Ở TRẺ EM

Những nguyên tắc chung trong phẫu thuật nội soi (PTNS) không thay đổi nhiều từ thập niên 80 đến nay:

- Trước phẫu thuật, phẫu thuật viên phải tư vấn cho thân nhân bệnh nhi bản chất của PTNS là gì, những ưu điểm và những nguy cơ của đường tiếp cận này.
- + Ưu điểm: ít đau, mau xuất viện, nhanh chóng trở về công việc hàng ngày, giảm nguy cơ dính ruột sau mổ, giảm nguy cơ và mức độ nhiễm trùng vết mổ và vết mổ thẩm mỹ là điều ngày càng được quan tâm.
- + Nguy cơ: chuyển mổ hở (1%) do dính nhiều vì phẫu thuật trước đó hoặc do giải phẫu không rõ ràng. Ngoài ra, tương tự mổ hở, PTNS cũng có nguy cơ tổn thương các tạng khác hoặc chảy máu.
- + Chống chỉ định của PTNS: ít gặp. Thường liên quan đến bệnh tim phổi chưa điều trị làm cơ thể không dung nạp được khi bơm hơi phúc mạc hay bơm hơi trong khoang màng phổi.
- Xét nghiệm và chuẩn bị bệnh nhân trước mổ không khác so với bệnh nhân mổ hở.

I. NHỮNG NGUYÊN TẮC CHUNG

- Áp lực CO₂ trong ổ bụng: 6 - 8mmHg đối với trẻ sơ sinh và 8 - 15mmHg đối với trẻ lớn hơn thường không gây xáo trộn về hô hấp và tuần hoàn. Lưu lượng CO₂: 1 - 2 lít/phút ở trẻ sơ sinh và cao hơn ở trẻ lớn. Chú ý việc dẫn cơ tốt, nếu không khoảng không thao tác sẽ giảm đáng kể dù áp lực và lưu lượng CO₂ đã tăng cao.
- Thông khí một bên phổi chỉ thực hiện ở trẻ lớn. Nhưng việc thông khí này không phải lúc nào cũng làm xẹp phổi hoàn toàn. Vì vậy, trong những trường hợp này hoặc những trường hợp không thể thông khí một bên phổi, chúng ta bơm CO₂ với lưu lượng 1 lít/phút với áp lực 4mmHg tăng dần cho đến khi có đủ khoảng không thao tác. Thông thường áp lực CO₂ 10 - 12mmHg không gây thay đổi hô hấp và huyết động học ở trẻ.

- Độ bão hòa oxy có thể giảm khi bắt đầu làm xẹp phổi nhưng sẽ nhanh chóng trở về bình thường trong vài phút.
- Hệ thống làm ấm và ẩm CO₂ bơm vào khoang màng phổi hay khoang màng bụng rất cần thiết ở trẻ sơ sinh để tránh hạ thân nhiệt và tránh làm tổn thương các cơ quan của trẻ sơ sinh vốn rất mỏng manh.
- Ống soi với mặt kính 30° - 45° thường được sử dụng trong hầu hết các PTNS. Đường kính ống soi 5mm nên được dùng vì tạo phẫu trường đủ sáng mà vẫn mang tính thẩm mỹ với đường vào tại rốn. Ống soi đường kính 3mm chỉ nên sử dụng ở trẻ sơ sinh hoặc PTNS lồng ngực.
- Ở trẻ sơ sinh, các cơ quan nhỏ, khó quan sát. Vì vậy, cần sử dụng các ống soi có độ phóng đại lớn.
- Các dụng cụ được tạo ra thích hợp với cân nặng của trẻ: trẻ càng nhẹ cần sử dụng các dụng cụ càng nhỏ và ngắn.
- Các dụng cụ cắt đốt mạch máu như Harmonic scalpel (Ethicon Endosurgery) hoặc Ligasure (Covidien), với đường kính 5mm thích hợp trong PTNS ở trẻ em, rất hữu ích trong PTNS cắt lách, phẫu thuật các tạng có mạch máu khá lớn (5-7mm) hoặc PTNS lồng ngực.
- Việc sử dụng các dụng cụ với đường kính khá nhỏ (1-2mm) mà không cần dùng trocars trong PTNS ở trẻ em sẽ tạo thuận lợi cho phẫu thuật mà vẫn tôn trọng tính ít xâm lấn của PTNS.

II. AN TOÀN CHO BỆNH NHI

- Ống thông tiểu thường chỉ cần khi phẫu thuật kéo dài hoặc phẫu thuật trong vùng tiểu khung. Ống thông dạ dày cần thiết cho những phẫu thuật ở vùng bụng trên.
- Khoang bụng bệnh nhi nhỏ. Vì vậy, không đặt các trocars quá gần nhau vì sẽ khó thao tác. Thành bụng bệnh nhi nhỏ nên thận trọng làm tổn thương cơ quan khi đặt các trocars. Khi vào đến phúc mạc, cần đổi phương đẩy trocars theo phương nằm ngang.
- Vào bụng qua ngã rốn và bằng phương pháp mở thường được sử dụng ở trẻ em vì tính an toàn cao.
- Nên sử dụng các túi khí mang bệnh phẩm ra khỏi ổ bụng nhất là khi bệnh phẩm bẩn hoặc nghi ác tính.

- Việc sử dụng các dụng cụ khâu nối tự động (stapler) ngày càng nhiều hơn vì rút ngắn thời gian phẫu thuật nhưng vẫn đảm bảo an toàn. Tuy nhiên, đường kính các dụng cụ này thường $\geq 10\text{mm}$ nên cân nhắc khi sử dụng được ở trẻ quá nhẹ cân.
- Dẫn lưu màng phổi chỉ được thực hiện trong những trường hợp có chàm thương phổi hoặc có nhiều dịch trong khoang màng phổi.
- Trong PTNS ổ bụng, các lỗ trocars $< 3\text{mm}$ và 5mm ngoài vị trí rốn hoặc ở trẻ lớn không cần đóng cân cơ. Các lỗ trocars khác nên được đóng lớp cân cơ.

ĐẠI CƯƠNG TẮC ĐƯỜNG TIÊU HÓA BẨM SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Tắc đường tiêu hóa bẩm sinh bao gồm những dị tật bẩm sinh gây tắc nghẽn đường tiêu hóa của trẻ sơ sinh, vị trí từ thực quản đến hậu môn.

II. CÁC BỆNH LÝ TRONG TẮC ĐƯỜNG TIÊU HÓA BẨM SINH

Nhóm bệnh lý teo ruột	Nhóm bệnh lý khác
Teo thực quản	Xoay ruột bất toàn
Teo tá tràng	Bệnh lý phân su
Teo hồi - hồi tràng	Bệnh Hirschsprung
Teo đại tràng	Dị dạng hậu môn trực tràng

III. BILAN TIỀN PHẪU CHO PHẪU THUẬT SƠ SINH

1. Xét nghiệm máu

- Huyết đồ.
- Đường máu, Lactate máu.
- Nhóm máu.
- Đăng ký 50ml hồng cầu lắng nhóm 0.
- Đăng ký plasma AB (khi có chỉ định).
- CRP.
- Ion đồ.
- Chức năng gan – thận.
- Chức năng đông máu.
- Khí máu (trong suy hô hấp, rối loạn kiềm toan).

2. Hình ảnh học

- X-quang ngực bụng không sửa soạn tư thế đứng.
- Siêu âm bụng.
- Siêu âm xuyên thóp.

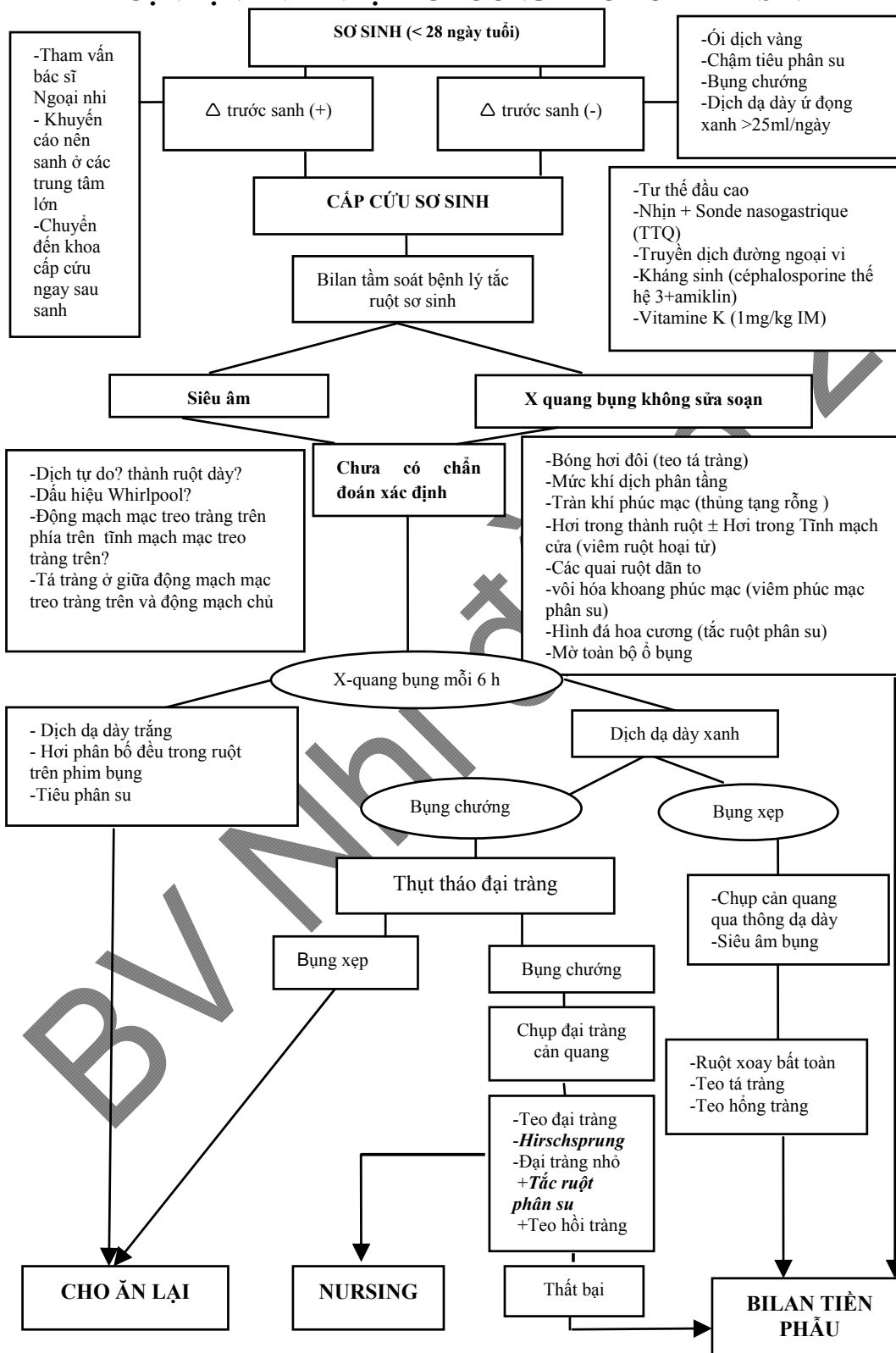
IV. BILAN TRUY TÌM DỊ TẬT PHỐI HỢP

Có thể thực hiện trước hoặc sau mổ tùy trường hợp nhưng phải hoàn tất trước khi xuất viện.

- Siêu âm tim.

- Siêu âm hệ tiết niệu.
- X-quang cột sống (tìm spina bifida).
- Nhiễm sắc thể đồ.
- Khám chuyên khoa (tùy trường hợp).

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN BỊ TẮC ĐƯỜNG TIÊU HÓA BẨM SINH



CHẨN ĐOÁN VÀ TƯ VẤN TIỀN SẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán tiền sản là để xác định tình trạng phát triển và bất thường của thai nhi. Trong thai kỳ, bất thường bẩm sinh chiếm khoảng 20 - 25% tử vong chu sản.

Chẩn đoán tiền sản nhằm mục đích:

- Phát hiện các dị tật bẩm sinh bất thường.
- Lập kế hoạch đối phó với các biến chứng có thể có của quá trình sinh đẻ.
- Lập kế hoạch đối phó với các vấn đề có thể xảy ra cho trẻ sơ sinh.
- Hướng dẫn quyết định chấm dứt hay tiếp tục thai nghén
- Tìm kiếm các bất thường có thể ảnh hưởng đến các lần mang thai kế tiếp.

Tư vấn tiền sản nhằm mục đích:

- Tư vấn cho cha mẹ biết rõ dị tật bẩm sinh mà thai nhi có thể mắc phải.
- Tư vấn cho cha mẹ các phương pháp truy tìm dị tật sau sanh, cũng như các biện pháp xử trí ban đầu khi phát hiện thấy dị tật.
- Tư vấn cho cha mẹ biết phương pháp và khả năng điều trị dị tật, tiên lượng gần và xa của bệnh nhi.
- Tư vấn cho cha mẹ chi phí và thời gian điều trị của bệnh nhi sau sanh.
- Giải thích và trấn an cho cha mẹ những lo lắng về dị tật của bệnh nhi, cùng ba mẹ tìm các biện pháp tháo gỡ những khó khăn (nếu có) mà họ đang vướng phải.

II. CÁC KỸ THUẬT VÀ XÉT NGHIỆM TRONG CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN

1. Siêu âm

Thường quy, đặc biệt trong các thai kì nguy cơ: mẹ trên 35 tuổi, mẹ bị tiểu đường, bất thường về hình thái hay nhiễm sắc thể ở thai kì trước đó, tăng alphafetoprotein...

Đo độ mờ da gáy tuần 10 - 15 của thai kì giúp phát hiện các trường hợp bất thường về nhiễm sắc thể (độ nhạy 60%).

2. Chọc ối

Thực hiện từ tuần 16 đến 20 của thai kì nhằm lấy các tế bào thai nhi trong dịch ối để phân tích nhiễm sắc thể, sinh hóa, sinh học phân tử...

Chọc ối là tiêu chuẩn vàng để phát hiện bất thường nhiễm sắc thể thai nhi.

Biến chứng gồm sảy thai (0,5%), rỉ ối sau chọc.

3. Chọc sinh thiết nhau

Thực hiện từ tuần 10 đến 14 của thai kì nhằm lấy các tế bào lông nhau để phân tích nhiễm sắc thể, sinh hóa, sinh học phân tử...

Có thể thất bại nếu lấy nhầm tế bào máu mẹ.

Biến chứng gồm sảy thai (0,5 - 1%) và mẹ bị nhạy cảm với yếu tố Rh.

4. Các marker sinh hóa

Định lượng bộ ba chất: alphafetoprotein, human chorionic gonadotropin, estriol không liên hợp trong máu mẹ ở tam cá nguyệt thứ 2 của thai kì để phát hiện bất thường về nhiễm sắc thể thai nhi. Tỷ lệ phát hiện hội chứng Down khoảng 69%. Kết quả dương tính là chỉ định chọc ối để phân tích nhiễm sắc thể thai nhi.

III. CÁC BẤT THƯỜNG Ở THAI NHI

1. Bất thường về tim mạch

- Tỷ lệ mắc là 5 - 10/1.000 trẻ sinh sống và 30/1.000 trẻ được sinh ra.
- Nguyên nhân do sự tương tác giữa gen và môi trường (mẹ tiểu đường, mắc bệnh về collagen, dùng thuốc có hại, nhiễm virus...).
- Gặp trong hơn 90% thai nhi có trisomy 18 hay 13; 50% thai nhi có trisomy 21; 40% thai nhi mắc hội chứng Turner.
- Nhóm nguy cơ: cha/mẹ hoặc thai kì trước mắc bệnh tim bẩm sinh, mẹ bị tiểu đường.

2. Thoát vị hoành bẩm sinh

- Tỷ lệ mắc: 1/2.000 - 1/5.000.
- Nguyên nhân: chưa rõ, làm giảm sản phổi do chèn ép kéo dài.
- Thoát vị hoành trái thường gặp gấp 5 lần bên phải.
- Phát hiện trên siêu âm tiền sản tuần 14 thai kì, dấu hiệu:
 - + Tạng bụng thoát vị vào lồng ngực.

- + Trung thất bị đẩy lệch sang bên lành.
- + Đa ối.
- Thường kèm theo dị tật ở tim, niệu sinh dục, ống tiêu hóa, thần kinh trung ương, nhiễm sắc thể.

3. Khiếm khuyết thành bụng

a. Thoát vị rốn (*exomphalos*)

- Tỷ lệ mắc: 1/4.000.
- Nguyên nhân: có thể liên quan đến gen, hội chứng Beckwith-Wiedemann, 50% trường hợp có trisomy 13 hoặc 18.
- Chẩn đoán tiền sản: hình ảnh bao túi thoát vị ở thành bụng trước với dây rốn cắm ở đỉnh túi.
- Tiên lượng: 90% sống sau mổ nếu không có dị tật phối hợp.

b. Hở thành bụng (*gastroschisis*)

- Tỷ lệ mắc: 1/4.000.
- Nguyên nhân: chưa rõ.
- Chẩn đoán tiền sản: hình ảnh dây rốn ở vị trí bình thường và các quai ruột thoát vị trôi nổi, phân tán rộng trong buồng ối.
- Tiên lượng: 90% sống sau mổ, tử vong thường do hội chứng ruột ngắn.

4. Bất thường ống tiêu hóa

a. Hẹp thực quản và rò khí - thực quản:

- Tỷ lệ mắc: 1/3.000.
- 20% trường hợp có trisomy 13 hoặc 18.
- Là một dị tật trong hội chứng VACTERL.
- Chẩn đoán tiền sản: khó phát hiện, biểu hiện bằng bóng hơi dạ dày nhỏ hoặc không thấy kết hợp với đa ối.
- Tiên lượng sống sau mổ là 95% nếu thai lớn hơn 32 tuần, không dị tật phối hợp, không trào ngược, viêm phổi hít.

b. Teo tá tràng:

- Tỷ lệ mắc: 1/5.000
- Dị tật phối hợp: trisomy 21, bất thường xương, dạ dày - ruột, tim, thận.

- Chẩn đoán tiền sản: đa ối, hình ảnh bóng đôi trên siêu âm.
- Tiên lượng sống sau mổ > 95% nếu không có dị tật phổi hợp.

c. *Tắc ruột non:*

- Tỷ lệ mắc: 1/2.000.
- Dị tật phổi hợp: bất thường về niệu dục, cột sống, tim mạch.
- Chẩn đoán tiền sản: khó phát hiện, hình ảnh các quai ruột dẫn, đa ối.
- Tiên lượng sống sau mổ > 95% nếu thai lớn hơn 32 tuần, không có dị tật phổi hợp, không cắt bỏ nhiều ruột lúc mổ.

5. Khối u bụng

a. *Nang buồng trứng:*

- Thường xuất hiện sau tuần 25 thai kì.
- Phần lớn là lành tính và tự mất trong giai đoạn sơ sinh.
- Biểu chứng: tụ dịch ổ bụng, xoắn, nhồi máu, vỡ nang.
- Chẩn đoán tiền sản: hình ảnh nang thường một bên và một vách ngăn.

b. *Nang mạc treo:*

- Chẩn đoán tiền sản: hình ảnh nang một hay nhiều vách, kích thước đa dạng, thường ở đường giữa.

c. *Nang gan:*

- Hiếm gặp.
- Thường nằm ở gan phải, vách đơn.
- Thường ít gây triệu chứng.
- Biểu chứng: tắc mật, nhiễm trùng, chảy máu.

d. *Nang ruột đôi:*

- Rất hiếm gặp.
- Hình ảnh cấu trúc dạng ống hay nang, nhiều kích thước.
- Đơn độc hoặc phối hợp với các bất thường ống tiêu hóa khác.

e. *U quái cùng cụt:*

- Tỷ lệ mắc 1/40.000.
- Dạng nang hay đặc hay cả hai.
- Đa ối thường gặp do đa niệu thai nhi, shunt động tĩnh mạch.
- Tử vong trước sinh: 50% (sinh non do đa ối).

6. Bất thường hệ thận niệu

a. Đánh giá tiền sản: dựa trên một hệ thống lâm sàng và xét nghiệm.

- Thời điểm làm siêu âm:
 - Lần 1: 18 - 24 tuần.
 - Lần 2: 28 - 34 tuần.
- Mức độ ứ nước: đường kính trước sau bể thận ở tam cá nguyệt III giúp tiên lượng dị tật hệ niệu (CAKUT.)
 - $< 9\text{mm}$: 12%.
 - 9-15mm: 45%.
 - $> 15\text{mm}$: 88%.

Lưu ý:

- Nếu DAP (đường kính trước sau bể thận) $\geq 15\text{mm}$: phải thực hiện siêu âm ngay sau sinh.
- Nếu DAP $< 15\text{ mm}$, thực hiện từ N2-N7 sau sinh để truy tìm nguyên nhân.
- Ứ nước một bên hay hai bên. Mức độ bù trừ và tưới máu của thận đối bên.
- Tình trạng bàng quang
 - Có nước tiểu không.
 - Mức độ ứ nước (van niệu đạo sau).
 - Có bè hoặc túi thừa (trabeculation).
- Các dị tật bẩm sinh đi kèm.
- Nước ối: có kèm thiếu ối: túi ối $\leq 2\text{cm}$.
- Các xét nghiệm khác.
 - Sinh hóa dịch ối: *Na* ($< 100\text{ mmol/l}$) β -2 microglobulin ($< 508\text{ mmol/l}$).
 - Nhiễm sắc thể đồ.

Không một xét nghiệm nào có thể đánh giá toàn diện và có vai trò quyết định thái độ xử trí.

b. Nguyên nhân các bất thường hệ niệu trong chẩn đoán tiền sản

- **Thiểu sản thận**
 - Teo hai bên: 1/4.000. Trẻ sinh ra thường không thích nghi với cuộc sống hoặc chết từ trong bụng mẹ.
 - Teo một bên: 1/1.300.
 - Nam/ nữ = 2,5/1.

- Khả năng phát hiện khó nếu teo một bên và chức năng thận thai nhi bình thường: 59 - 80%.

- **Thận ứ nước**

Nguyên nhân:

- Chức năng 63%.
- Khúc nối bể thận niệu quản 11%.
- Trào ngược bàng quang niệu quản 9%.
- Megaureter 4%.
- Loạn sản thận dạng đa nang 2%.
- Ureterocele 2%.
- Van niệu đạo sau 1%.
- Khác.

7. Bất thường hệ thần kinh trung ương

Dị tật hệ thần kinh trung ương gồm những dị tật bẩm sinh của sọ não và cột sống. Các dị tật này rất đa dạng và dự hậu rất khác nhau. Một số các trường hợp hay gặp:

a. Bệnh đầu nước (Hydrocephalus):

- Khi có dẫn não thất gây tăng áp lực nội sọ. Đo đường kính ngã ba não thất AD qua SA thóp: bình thường $AD \leq 10$ mm, dẫn não thất (Ventriculomegaly) khi $AD \geq 10$ mm (nhẹ: 10 – 12mm, trung bình 13 – 15mm, nặng ≥ 15 mm).
- Dẫn não thất nhẹ hay trung bình thường tự giới hạn, ít khi cần can thiệp. Có 85% trường hợp thai nhi bị dẫn não thất nặng tiếp tục tiến triển thành đầu nước thật sự cần phẫu thuật đặt VP shunt sau sanh. Hiếm khi, tình trạng đầu nước nặng gây cản trở chuyển dạ.
- Chỉ định phẫu thuật khi có biểu hiện đầu nước thực sự với dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ, vòng đầu tăng nhanh >1 cm/tuần. Một khi đã phải đặt VP shunt bệnh nhân thường lệ thuộc suốt đời vào shunt với tỉ lệ shunt mất chức năng vào khoảng 50%, nhiễm trùng shunt khoảng 20% sau một năm và tỉ lệ này tiếp tục tăng 5 - 10%/năm. Do đó, cần phân biệt cẩn thận các nguyên nhân gây đầu nước tắc nghẽn để phẫu thuật nội soi mở thông sàn não thất III. Đây là phẫu thuật ít xâm lấn với tỉ lệ thành công khoảng 80-90% và bệnh nhân không phải lệ thuộc shunt.

b. Thoát vị não - màng não (Encephalocele):

- Thường tập trung vòm sọ 80%; còn lại ở vùng tiếp hợp trán - mũi, sàn sọ 20%. Khối thoát vị có thể chỉ có dịch não tủy hoặc gồm cả nhu mô não.
- Khối thoát vị vùng chẩm thường rất lớn có thể gây cản trở chuyển dạ. Tuy nhiên, đa số có thể sanh thường qua ngã âm đạo. Nếu chỉ thoát vị màng não thì tiên lượng khá tốt, nếu thoát vị não thường có thiếu sót thần kinh và biến chứng đầu nước sau đó.
- Phẫu thuật thoát vị não vùng tiếp hợp, sàn sọ trước rất phức tạp cần phối hợp mổ trong và ngoài màng cứng. Đôi khi cần đến nội soi qua mũi và hỗ trợ của chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.

c. Thoát vị tủy - màng tủy hở (Myelomeningocele):

- Đây là dị tật rất nặng của cột sống với nhiều di chứng thần kinh: tỉ lệ rối loạn cơ vòng >90%, đầu nước 85-90%, dị tật Chiari khoảng 100%, vẹo cột sống, chân khoèo 30-40%. Tuy nhiên, có đến 75% trẻ có chỉ số IQ >80.
- Phẫu thuật đóng khối thoát vị ngay sau sanh 24 - 36 giờ để phòng ngừa nhiễm trùng nhưng không giúp cải thiện thiếu sót thần kinh.
- Sau mổ, cần theo dõi sát vòng đầu trẻ và thóp trước để phát hiện sớm đầu nước tiến triển. Tiên lượng sau mổ 85% trẻ có thể sống đến trưởng thành với sự hỗ trợ của nẹp chỉnh hình chân, thông tiểu ngắt quãng... Trẻ thường tử vong do biến chứng của shunt và tật Chiari.

d. U mỡ chóp tủy (Lipomyelomeningocele):

- Gặp khá thường xuyên với khối u mỡ vùng lưng-thắt lưng và nhiều dấu hiệu chỉ điểm ngoài da như u máu, hố lõm nhỏ, túm lông, thay đổi sắc tố da...đây là dị tật cột sống hở đôi khi kín nên không có nguy cơ nhiễm trùng nhưng có nhiều di chứng thần kinh (30 - 50%): yếu cơ, rối loạn cơ vòng, rối loạn cảm giác, vẹo cột sống, đau...
- Chỉ định mổ hiện còn chưa thống nhất giữa mổ phòng ngừa sau 2 tháng tuổi và mổ khi có triệu chứng khiếm

khuyết thần kinh. Mục tiêu phẫu thuật là cắt một phần u mỡ và quan trọng là giải phóng tủy bị dính. Tiên lượng sau mổ 75% ổn định, 19% cải thiện, 6% nặng hơn. Các biến chứng hay gặp: rối loạn cơ vòng (10 - 20%), tổn thương rễ chùm đuôi ngựa, rò dịch não tủy.

BV Nhi đồng 2

BV Nhi đồng 2

Chương 2
NGOẠI TỔNG HỢP
CẤP CỨU-SƠ SINH-TIÊU HÓA

BV Nhi đồng 2

LỒNG RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Là trạng thái bệnh lý được tạo ra do một đoạn ruột chui vào đoạn ruột kế cận gây nên hội chứng tắc ruột theo cơ chế bít nút và thắt nghẹt.

2. Tần suất

- 1.6 - 4/ 1.000 trẻ sinh sống.
- Tỷ lệ nam:nữ = 2:1.
- 80 - 90% xảy ra ở trẻ dưới 24 tháng, đỉnh cao 3 - 6 tháng.
- Kinh điển lồng ruột thường xảy ra ở trẻ dinh dưỡng tốt.

3. Phân loại

- Lồng ruột hồi - đại tràng khi van hồi manh tràng và ruột thừa nằm ở vị trí bình thường.
- Lồng ruột hồi-manh-đại tràng khi ruột thừa đi vào trong khối lồng.
- Lồng ruột hồi-hồi-tràng hay đại-đại tràng đơn thuần: hiếm gặp 5%.

4. Nguyên nhân

- 95% lồng ruột không rõ nguyên nhân.
- 4% có nguyên nhân: có thể gặp ở bất cứ tuổi nào nhưng đặc biệt chú ý tuổi sơ sinh hay trên 5 tuổi (túi thừa Meckel, polyp ruột, nang ruột đôi, Henocho-Scholein...).
- 1% sau phẫu thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử: thường ở trẻ trai bụ bẫm, 3 - 9 tháng tuổi.

- Khóc thét từng cơn: đánh giá thời điểm lồng.
- Nôn ...
- Xanh tái.
- Bỏ bú.
- Tiêu chảy máu sau thời điểm đau bụng 6 - 12 giờ.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Khối lồng: bầu dục, chắc, di động theo khung đại tràng, sờ đau.
- Thăm trực tràng thấy máu theo găng.

3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ.
- Ion đồ.
- X-quang bụng không sửa soạn có độ chính xác là 25 - 50%: mờ hố chậu phải, dấu tắc ruột nếu đến trễ.
- Siêu âm: có thể lên đến 100% nếu người siêu âm có kinh nghiệm.
 - + Diện cắt ngang: hình bia với trung tâm tăng âm, ngoại vi giảm âm.
 - + Diện cắt dọc: hình ảnh Sandwich.
 - + Nguyên nhân lồng ruột.

4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định:
 - + Hội chứng tắc ruột kèm một trong những dấu hiệu sau:
 - o Tiêu máu.
 - o Khó thở.
 - o Siêu âm.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Ly.
 - + Tắc ruột do giun.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bồi hoàn nước điện giải.
- Đặt thông dạ dày nếu ối.
- Kháng sinh khi tình trạng bệnh nặng và có khả năng phẫu thuật.
- Đăng ký máu nếu cần.
- Chuẩn bị phòng mổ.

Bơm hơi tháo lồng:

Chống chỉ định: đến muộn.

- + Tình trạng sốc.
- + Tắc ruột hoàn toàn.
- + Thủng ruột.

Thực hiện:

- + Đặt thông dạ dày và thông trực tràng.
- + Vô cảm: tiền mê hoặc gây mê qua nội khí quản.

- + Bơm với áp lực 80 - 100mmHg.
- + Không bơm quá 3 lần.

Sau bơm hơi tháo lồng:

- + Bỏ thông dạ dày và trực tràng khi bụng xẹp.
- + Bắt đầu cho bú lại sau tháo lồng 3 giờ.
- + Siêu âm kiểm tra nếu cần.

2. Phần thuật

Khi có chống chỉ định tháo lồng bằng hơi hay tháo lồng bằng hơi thất bại.

Mở mổ:

- Đường mổ ngang trên rốn bên phải.
- Khối lồng chưa hoại tử: tháo lồng bằng tay, tìm nguyên nhân thực thể. Có thể cắt ruột thừa.
- Khối lồng hoại tử: cắt nối ruột.

3. Sau mổ

- Tiếp tục bù nước và điện giải.
- Thông dạ dày được lấy đi khi có lại nhu động.

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương ngực là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai sau chấn thương đầu ở trẻ em.
- Phần lớn trẻ bị chấn thương ngực thường có tổn thương khác kèm theo (đầu, bụng).
- Chấn thương ngực kín chiếm 85% (tai nạn xe cộ, té ngã).
- Tổn thương thường gặp là dập phổi, tràn khí, tràn máu màng phổi, tràn máu màng tim.
- Lồng ngực trẻ em chứa nhiều sụn, khả năng đàn hồi cao nên khó gãy khi bị lực tác động, nhưng dễ làm tổn thương các cơ quan bên trong (phổi, tim) → dập phổi là tổn thương thường gặp nhất.
- Tràn khí màng phổi áp lực thường xảy ra hơn do trung thất trẻ em chưa cố định tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử: cơ chế, thời điểm chấn thương, sơ cứu đã thực hiện.

2. Thăm khám

- Dấu hiệu suy hô hấp: tím tái, thở nhanh, rút lõm ngực.
- Thành ngực: trầy xước, bầm máu, không đối xứng, mảng sườn di động, phì phò khí nơi tổn thương.
- Tĩnh mạch cổ nổi trong chèn ép tim, tràn khí màng phổi áp lực.
- Gõ: vang/đục.
- Phé âm giảm một bên.
- Tiếng tim mờ trong tràn máu màng tim.

3. Cận lâm sàng

- Công thức máu, Hct, nhóm máu.
- X-quang ngực thẳng/nghiêng.
- Siêu âm ngực bụng.
- Đo SaO₂ khi có suy hô hấp.
- Đo ECG, mắc monitor theo dõi nhịp tim khi nghi ngờ tổn thương tim.

III. XỬ TRÍ

1. Các tổn thương đe dọa nghiêm trọng đến sinh mạng bệnh nhi

- **Tràn khí màng phổi áp lực:**
 - + Đau ngực cùng bên, khó thở, thở nhanh, bồn chồn.
 - + Giảm hay mất phế âm bên tổn thương, gõ vang, khí quản bị đẩy lệch sang bên lành, tĩnh mạch cổ nổi (không thấy ở trẻ đang mất máu nhiều).
 - + X-quang: tràn khí màng phổi, khoang liên sườn giãn, trung thất bị đẩy lệch.
 - + Xử trí: ngay lập tức không chờ kết quả X-quang
 - o Chọc giải áp màng phổi bằng kim 14 - 16G, vị trí liên sườn 2 đường trung đòn.
 - o Đặt ống dẫn lưu màng phổi khoang liên sườn 4 hay 5 đường nách trước, hút liên tục với áp lực âm để ngăn ngừa tái phát.
- **Tràn máu màng phổi lượng nhiều:**
 - + Thường do tổn thương mạch máu liên sườn, động mạch vú trong.
 - + Khó thở, thở nhanh.
 - + Sốc.
 - + Phế âm giảm, gõ đục bên tổn thương.
 - + X-quang: phế trường mờ đồng nhất, đẩy trung thất sang bên đối diện.
 - + Trường hợp nhẹ: chỉ cần đặt dẫn lưu màng phổi.
 - + Trường hợp nặng: chuẩn bị sẵn 2 đường truyền tĩnh mạch lớn và máu cùng nhóm trước khi đặt dẫn lưu màng phổi.
 - + Chỉ định mở lồng ngực khi:
 - o Lượng máu lấy ra lần đầu lớn hơn 20ml/kg.
 - o Lượng máu tiếp tục mất > 2ml/kg/giờ trong 4 giờ.
 - o Thất bại trong dẫn lưu màng phổi (do xơ phổi, mũ màng phổi).
- **Tràn máu màng tim có chèn ép:**
 - + Khó thở, thở nhanh, tím tái.
 - + Sốc.
 - + Tĩnh mạch cổ nổi.
 - + Tiếng tim mờ.

- + Siêu âm tim có dịch trong khoang màng tim.
- + X-quang bóng tim to kèm điện thế ngoại vi thấp trên ECG.
- + Xử trí:
 - o Thở oxy, truyền dịch, truyền máu nếu có sốc.
 - o Chọc hút màng tim là phương pháp chẩn đoán cũng như điều trị cấp cứu: chọc dưới mũi ức theo hướng dẫn của siêu âm.
 - o Phẫu thuật mổ dẫn lưu màng ngoài tim khi máu tái lập nhanh và có dấu chèn tim tái phát.
- Mảng sườn di động:
 - + Do gãy ≥ 2 xương sườn liên tiếp và gãy ≥ 2 chỗ trên cùng một xương sườn.
 - + Rất hiếm gặp ở trẻ em.
 - + Mảng sườn thường bầm máu, nhạy đau và di động nghịch chiều với cử động hô hấp dẫn đến tắc lư trung thất $\rightarrow$ bệnh nhân sốc nặng, ngưng tim, chết đột ngột.
 - + X-quang: hình ảnh gãy các xương sườn.
 - + Xử trí: cố định thành ngực, giảm đau, thở máy áp lực dương.

2. Các tổn thương có khả năng đe dọa đến sinh mạng bệnh nhi

- Dập phổi:
 - + Là tổn thương thường gặp nhất.
 - + Khó thở, thở nhanh, tím tái.
 - + Phổi có ran nổ.
 - + X-quang: hình ảnh đông đặc thùy phổi, xẹp phổi.
 - + Xử trí:
 - o Thở oxy/cannula
 - o Thở NCPAP khi thất bại với oxy.
 - o Đặt nội khí quản giúp thở với PEEP 5 - 10 cmH₂O khi thất bại với CPAP.
 - o Hạn chế dịch (truyền dịch quá tải gây hội chứng suy hô hấp cấp tính).
 - o Giảm đau tốt.
- Tổn thương khí phế quản:
 - + Rất hiếm gặp.
 - + Được tìm thấy trong các trường hợp do tai nạn bị đè ép hay trong các vết thương ngực hở.

- + Triệu chứng bao gồm:
 - o Đau ngực, khó thở, tím tái.
 - o Ho ra máu.
 - o Thở rít.
 - o Phù vùng cổ, mặt, ngực.
 - o Tràn khí trung thất.
 - o Tràn khí màng phổi áp lực.
- + Xử trí:
 - o Đặt ống dẫn lưu ngực khi có tràn khí.
 - o Chọc kim giải áp cấp cứu → mở khí quản.
 - o Soi khí quản: lấy hết máu, chất tiết, dị vật.
 - o Xác định thương tổn → phẫu thuật, điều trị đặc hiệu.
- Dập cơ tim:
 - + Triệu chứng:
 - o Đau ngực sau xương ức, loạn nhịp tim, tụt huyết áp.
 - o Tăng của các men tim.
 - o Thay đổi ECG, loạn nhịp tim, block.
 - o Siêu âm tim: thấy vùng tổn thương trên cơ tim.
 - o X-quang ngực: bóng tim to.
 - o Chọc rò màng ngoài tim: có máu.
 - + Xử trí:
 - o Chọc hút màng ngoài tim giải áp cấp cứu → dẫn lưu màng ngoài tim.
 - o Phẫu thuật giải quyết thương tổn khi dẫn lưu không hiệu quả.
- Vỡ hoặc đứt thực quản:
 - + Rất hiếm gặp trong chấn thương kín, có thể gặp trong tổn thương xuyên thấu.
 - + Triệu chứng:
 - o Đau ngực sau xương ức, khó nuốt, phù vùng mô mềm ở cổ, sốt.
 - o Các dấu hiệu nhiễm trùng của viêm trung thất.
 - o X-quang có thể thấy khí dưới da, trong trung thất.
 - o Chụp thực quản cản quang.
 - o CT scan.
 - o Nội soi thực quản.

- + Xử trí:
 - o Khâu phục hồi ngay và mở hồng tràng hoặc dạ dày ra da để nuôi ăn.
 - o Phát hiện muộn: đưa thực quản cổ ra da, mở bụng thắt buộc đầu xa và mở dạ dày ra da nuôi ăn.
- Tồn thương cơ hoành:
 - + Nghĩ nhiều khi vết thương tại vùng mũi xương ức hay đường ngang vú.
 - + Có thể gặp: vỡ cơ hoành lỗ nhỏ hay lớn và thoát vị hoành.
 - + Thoát vị hoành thường không gặp ngay sau chấn thương mà thường là nhiều ngày, nhiều tuần sau đó, nên dễ bị bỏ sót.
 - + Một nửa các trường hợp không được tìm thấy trong lần thăm khám đầu tiên, 1/3 trường hợp phát hiện trong lúc mổ.
 - o Triệu chứng: khó thở, giảm nhịp thở, đau bụng, ói.
 - o Chẩn đoán: X-quang ngực có đặt thông dạ dày, CT scan ngực phát hiện tạng thoát vị lên lồng ngực.
 - o Xử trí: phẫu thuật khâu cơ hoành.

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bụng là một trong ba nơi thường bị tổn thương ở trẻ em, sau đầu và tay chân.
- Tỷ lệ tử vong do chấn thương bụng là khoảng 8,5%.
- Bụng là nơi dễ bị bỏ sót những thương tổn gây tử vong trong chấn thương trẻ em.
- Chấn thương bụng kín chiếm 80%.

II. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỤNG TRẺ EM

- Cơ thành bụng mỏng hơn người lớn, đặc biệt là ở trẻ ≤ 2 tuổi, nên sự bảo vệ các cấu trúc bên trong kém hơn.
- Xương sườn mềm dẻo, đàn hồi $\rightarrow$ giảm khả năng bảo vệ các tạng bên trong (gan, lách).
- Tạng đặc có kích thước lớn, chứa lượng mỡ thấp, dính lỏng lẻo trong bụng làm giảm khả năng hấp thu lực tác động do đó dễ dàng bị di động và xé rách (thận).
- Lách trẻ em là tạng dễ bị tổn thương nhất trong chấn thương bụng kín.
- Ruột chưa cố định hoàn toàn vào thành bụng (đại tràng phải, chậu hông) nên dễ bị xé rách do lực nén ép hay giảm tốc đột ngột.
- Bàng quang còn nằm cao trên xương mu nên dễ bị tổn thương khi lực tác động vào vùng bụng dưới.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Cơ chế chấn thương, thời điểm, phương tiện gây chấn thương.
- Các triệu chứng xảy ra sau khi bị chấn thương (đau bụng, nôn, tiểu tiện...).
- Sơ cứu ban đầu đã thực hiện.

2. Thăm khám

- Toàn thân: có thể sốc mất máu (da xanh, niêm nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ...).
- Nhìn: vết trầy xước, bầm máu, vết thương xuyên thấu, bụng chướng.
- Sờ nắn: điểm đau khu trú hay toàn thể, tìm dấu đề kháng thành bụng.

- Gõ bụng: mất vùng đục trước gan, dấu đục vùng thấp.
- Khám vùng lưng, hội âm, thăm trực tràng.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:
 - + Công thức máu, Hct, nhóm máu.
 - + Tổng phân tích nước tiểu.
 - + Chức năng gan, thận.
 - + Men tụy.
- Hình ảnh:
 - + X-quang ngực bụng đứng: hơi tự do ổ bụng, vị trí cơ hoành, tổn thương ngực, cột sống phù hợp.
 - + Siêu âm: phát hiện dịch tự do ổ bụng nhưng không cho biết chính xác mức độ tổn thương tạng đặc.
 - + CT scan có cản quang: đánh giá chính xác mức độ tổn thương tạng đặc.
 - + Chọc hút ổ bụng, rửa màng bụng: nhạy trong xuất huyết nội và tổn thương tạng rỗng nhưng xâm lấn và không đặc hiệu.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cấp cứu ngay tình trạng nguy kịch.
- Khám và đánh giá các tổn thương.
- Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân.

2. Chỉ định mổ thăm sát (nội soi hoặc mổ hở)

- Nghi ngờ vết thương thấu bụng.
- Xuất huyết trong ổ bụng sau khi truyền máu $\geq 40\text{ml/kg}$ mà huyết động học không ổn định hay Hct vẫn $\leq 25\%$.
- Hơi tự do trong ổ bụng.
- Nghi ngờ có thủng tạng rỗng hay viêm phúc mạc.
- Vỡ, thủng cơ hoành.
- Vỡ bàng quang trong phúc mạc.
- Chọc dịch ổ bụng ra : dịch mật, dịch đục, nước tiểu.

3. Điều trị bảo tồn

- Theo dõi lâm sàng: sinh hiệu, tình trạng bụng.
- Theo dõi cận lâm sàng: CTM, Hct, X-quang, siêu âm nhiều lần để so sánh với lần trước.

V. CÁC LOẠI TỔN THƯƠNG CÓ THỂ GẶP

1. Chấn thương lách

- Thường gặp nhất, phân độ tổn thương dựa trên CT scan.
 - + Độ I: tụ máu dưới bao hoặc trong nhu mô, không rách bao.
 - + Độ II: nứt bề nhu mô ngoài rốn lách.
 - + Độ III: nứt bề nhu mô tại rốn lách.
 - + Độ IV: đứt cuống lách.
- Chỉ định cắt lách: vỡ lách độ IV.

2. Chấn thương gan

- Thường gặp chỉ sau chấn thương lách, phân độ tổn thương dựa trên CT scan.
 - + Độ I:
 - o Máu tụ dưới bao glisson < 10% bề mặt.
 - o Rách bao glisson và nhu mô gan < 1 cm chiều sâu.
 - + Độ II:
 - o Máu tụ dưới bao 10 - 50% bề mặt hoặc < 10cm đường kính.
 - o Tổn thương nhu mô gan 1 - 3 cm, sâu < 1cm, vết thương gan ở ngoại vi.
 - + Độ III:
 - o Máu tụ dưới bao > 50% bề mặt hoặc máu tụ > 50cm đường kính.
 - o Tổn thương nhu mô gan > 3cm, sâu vào nhu mô gan, vết thương gan ở trung tâm.
 - + Độ IV:
 - o Vỡ nhu mô 25 -75% của thùy gan.
 - o Máu tụ trong nhu mô gan rất lớn và lan tỏa.
 - + Độ V:
 - o Vỡ nhu mô gan > 75% của thùy gan.
 - o Tổn thương hệ thống mạch máu ngoài gan và tĩnh mạch trên gan.
 - + Độ VI: rách rời gan.
- Phần lớn chấn thương gan trẻ em ở độ 1, 2, 3.

3. Chấn thương tụy

- Không thường gặp và thường kèm với tổn thương khác.
- Thường do vật cứng đập vào vùng thượng vị.
- Chia làm 4 độ
 - + Độ I: dập tụy.

- + Độ II: rách tụy diện tích nhỏ.
- + Độ III: có tổn thương ống tụy.
- + Độ IV: dập rách tụy nghiêm trọng.
- Xử trí:
 - + Độ I, II: điều trị bảo tồn.
 - + Độ III: chụp mật tụy ngược dòng xác định đoạn ống tụy bị tổn thương, nếu đứt hoàn toàn phải cắt một phần tụy.
 - + Độ IV: phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu ra ngoài, có thể phải nối tụy - ruột theo Roux en Y.

4. Vỡ tá tràng

- Thường do lực nén ép mạnh, giảm tốc đột ngột.
- Chia làm 4 độ:
 - + Độ I: máu tụ thành tá tràng, thủng không hoàn toàn.
 - + Độ II: thủng tá tràng hoàn toàn, đơn thuần.
 - + Độ III: thủng tá tràng kèm chấn thương tụy, không tổn thương ống tụy.
 - + Độ IV: chấn thương trầm trọng tá tràng và tụy.
- Xử trí:
 - + Độ I: điều trị bảo tồn.
 - + Độ II, III: khâu nối lỗ thủng.
 - + Độ IV: phẫu thuật cắt khối tá tụy (Whipple).

5. Vỡ, thủng tạng rỗng

- Biểu hiện lâm sàng: viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng có hoặc không kèm huyết nội.
- Xuất huyết nội: biểu hiện như chấn thương các tạng đặc nhưng thường diễn tiến chậm hơn.

Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng:

- + Tổng trạng: sốt, vẻ mặt nhiễm trùng, tri giác và sinh hiệu thay đổi trong giai đoạn trễ.
- + Bụng chướng, ít di động, da thành bụng nề đỏ.
- + Nghe nhu động ruột giảm do liệt ruột.
- + Ấn đau, đề kháng thành bụng, dấu hiệu cảm ứng phúc mạc.
- + Gõ vang, mất vùng đục trước gan.
- + Thăm trực tràng đau túi cùng Douglas, có thể máu theo găng.
- + Chọc dò dịch ổ bụng đục, có thể có phân.
- + Hình ảnh học: có hơi tự do trong ổ bụng.

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối.
 - + Xử trí trong phẫu thuật có thể xén mép, khâu lỗ thủng, cắt nối ruột hoặc làm hậu môn tạm tùy vị trí thủng, vết thủng, tình trạng ổ bụng và tình trạng bệnh nhân. Rửa bụng và dẫn lưu ổ bụng.

BV Nhi đồng 2

THŨNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trong bài này chỉ đề cập thủng dạ dày ở trẻ sơ sinh.
- Tần suất: 1/2.900, nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ tử vong 25 - 50%.
- Thủng dạ dày sơ sinh được phân ra như thủng tự nhiên hay nguyên phát, thiếu máu nuôi, sang chấn, tuy nhiên đa số do kết hợp nhiều yếu tố.
- Thủng dạ dày nguyên phát xảy ra phần lớn ở bờ cong lớn, không có nguyên nhân, có thể do căng chướng quá mức hoặc thiếu máu. Xảy ra ở trẻ sanh đủ tháng, sanh non, hay nhẹ cân so với tuổi thai.
- Thủng dạ dày do thiếu máu là sự phối hợp nhiều yếu tố: stress do sanh non, sanh ngạt, nhiễm trùng và viêm ruột hoại tử.
- Thủng dạ dày sang chấn do căng chướng khi thông khí bằng mask, thông khí áp lực dương, hoặc do đặt nội khí quản vào dạ dày hay đặt thông dạ dày không chính xác.
- Vài nguyên nhân khác: teo ruột, stress chu sinh, dùng Corticoid, hay kháng viêm không steroid.
- Thủng dạ dày thường liên quan đến loét, được bao quanh bởi mô hoại tử và thiếu máu nuôi.
- Lỗ thủng lớn từ 0,5 - 8 cm, vị trí thường gặp: ở mặt trước dạ dày, phần phình vị.

II. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng lâm sàng: rất khác nhau, thường biểu hiện trong 5 ngày đầu tiên sau sinh.
- Bỏ bú, nôn ra máu.
- Chướng bụng đột ngột, nhanh chóng tăng dần.
- Tổng trạng xấu đi nhanh.
- Suy hô hấp, huyết động học không ổn định, có thể kèm dấu hiệu sốc: giảm thân nhiệt, rối loạn vận mạch: xanh tím, co mạch ngoại biên, thiếu niệu...
- Bụng gồ cứng, đề kháng, phản ứng thành bụng.
- Trẻ nhỏ thủng dạ dày thứ phát trên cơ địa có rò khí thực quản, hẹp tá tràng, thoát vị hoành, ruột xoay bất toàn...

- Cận lâm sàng:
 - + X-quang bụng đứng không sửa soạn: 90% không thấy bóng hơi dạ dày, liềm hơi dưới hoành một hoặc hai bên, khối khí lớn hình yên ngựa, ổ bụng mờ, thông dạ dày nằm trong ổ bụng, có thể thấy hơi trong thành ruột hay hơi trong tĩnh mạch cửa nếu kết hợp với viêm ruột hoại tử...
 - + X-quang dạ dày cản quang thấy chất cản quang trong ổ bụng.
 - + Siêu âm: dịch ổ bụng, các quai ruột dẫn.
 - + Huyết đồ, Hb, Hct.
 - + Cây máu, khí máu động mạch.
 - + Đông máu toàn bộ.
 - + Ion đồ.
- Chẩn đoán xác định: bệnh sử với diễn tiến bệnh nhanh, tổng trạng xấu đi đột ngột.
 - + Lâm sàng bụng chướng tăng dần, có phản ứng thành bụng.
 - + X-quang bụng có hơi tự do.
- Chẩn đoán phân biệt: các nguyên nhân làm tổng trạng xấu đi nhanh + bụng chướng:
 - + Nhiễm trùng huyết, tràn khí trung thất, xuất huyết não, tim mạch ...
 - + Bệnh Hirschsprung, tắc tá tràng, tắc ruột phân su...
- Điều trị:
 - + Nguyên tắc điều trị:
 - + Kiểm soát hô hấp, đặt nội khí quản nếu bụng căng chướng quá mức ảnh hưởng hô hấp.
 - + Truyền máu, truyền dịch chống sốc, theo dõi lượng nước tiểu.
 - + Điều chỉnh rối loạn đông máu.
 - + Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh phổ rộng.
 - + Đặt thông dạ dày hút cách quãng áp lực thấp.
 - + Phẫu thuật nên được thực hiện ngay khi tình trạng bệnh nhân ổn định.
 - + Có thể chọc hút ổ bụng bằng kim nếu bụng căng chướng quá mức làm ảnh hưởng xấu đến hô hấp.
- Phương pháp phẫu thuật:
 - + Rạch da đường ngang trên rốn, đường rạch da đủ rộng để bộc lộ được toàn bộ dạ dày.

- + Thăm sát toàn bộ ổ bụng, kiểm tra kỹ các thương tổn và tình trạng ổ bụng, kiểm tra toàn bộ dạ dày.
- + Cắt bỏ mép lỗ thủng cho tới mô có máu nuôi tốt, khâu lại một hoặc hai lớp, có thể khâu liên tục.
- + Nếu lỗ thủng quá to → cắt bán phần dạ dày, thực hiện miệng nối thực quản dạ dày.
- + Nếu lỗ thủng ở phần xa dạ dày → cắt bán phần dưới dạ dày, nối dạ dày tá tràng theo Bilioth 1.
- + Nếu bệnh nhân quá nặng và hoại tử gần như toàn bộ dạ dày và không cho phép khâu nối thì ta tiến hành mở ra dạ phần xa dạ dày còn lại, và khâu lại mỏm cụt phần thực quản và hút liên tục. Phẫu thuật lần hai sau vài tuần.
- + Rửa sạch bụng với nước muối ấm.
- + Dẫn lưu.
- Sau mổ:
 - + Duy trì kháng sinh phổ rộng, thuốc kháng H₂
 - + Nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn.
 - + Đặt thông dạ dày để giảm áp lực.
 - + Tiếp tục điều chỉnh các rối loạn trước mổ: nước, điện giải, rối loạn đông máu, chức năng gan thận.
 - + Nếu bệnh nhân ổn định → X-quang dạ dày cản quang một tuần sau mổ, và cho ăn lại.
- Biến chứng:
 - + Xì miệng nối.
- Tái khám: 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng, 1 năm

ĐAU BỤNG CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- **Định nghĩa:** đau bụng cấp là đau bụng vừa mới xảy ra đột ngột hoặc từ từ, diễn tiến tăng dần, đôi khi có lúc giảm, trên một trẻ trước đó khỏe mạnh, và không kéo dài quá 7 ngày, không có tiền căn chấn thương.
- Đau bụng là triệu chứng thường gặp trong nhi khoa, chiếm khoảng 10% lý do nhập viện trong cấp cứu nhi. 2/3 đau bụng có nguyên nhân nội khoa và 1/3 có nguyên nhân ngoại khoa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Bệnh cảnh: tuổi, bệnh mạn tính (như lao, bệnh lý huyết học,...), tiền căn phẫu thuật vùng bụng, giai đoạn dậy thì.
- Các tính chất của cơn đau: thời gian xuất hiện cơn đau; khởi phát: đột ngột hay âm ỉ; vị trí đau, cường độ, hướng lan; yếu tố tăng giảm đau; tiến triển hiện tại của cơn đau: giảm, tăng hay không đổi (sau điều trị trước đó); các triệu chứng kèm theo: tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu, thần kinh...

2. Khám

- Tổng quát: tri giác, tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, thân nhiệt, nhịp thở, nước tiểu.
- Bụng: bệnh nhi cởi hết quần áo, nằm ngửa, chân gập.
 - + Nhìn: vết bầm máu, sẹo mổ, vết trầy sát, vết thương thành bụng, di vật, bụng chướng, bụng không thở, quai ruột nổi, da phù nề tấy đỏ.
 - + Sờ: một số điểm đau có giá trị chẩn đoán.
 - o Điểm Mác Burney, điểm Lanz, điểm Clado đau trong ruột thừa viêm, sung huyết.
 - o Hố chậu phải (dấu hiệu cơ thăn, Rovsing): viêm ruột thừa.
 - o Vùng hạ sườn phải: viêm túi mật cấp.
 - o Điểm mũi ức: giun chui ống mật.
 - o Vùng tam giác Chauffard Rivet: bệnh đường mật chính hay tụy.
 - o Điểm Mayo Robson: viêm tụy cấp.

- o Điểm niệu quản: cơn đau quặn thận.
- o Phản ứng dội, cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng trong viêm phúc mạc.
- o Khối u: vị trí, kích thước, hình dạng, mật độ, bề mặt, bờ, di động, đau.
- o Gan, lách, thận.
- o Thăm trực tràng.
 - ✓ Tiếng kêu Douglas: viêm phúc mạc, bụng có máu.
 - ✓ Túi cùng Douglas căng phồng: áp xe.
 - ✓ Thành phải trực tràng đau: viêm ruột thừa tiêu khung, viêm phần phụ.
 - ✓ Trực tràng không có phân: tắc ruột.
 - ✓ Máu dính găng: lồng ruột.
- + Gõ: mất vùng đục trước gan, đục vùng thấp.
- + Nghe: ít có giá trị.
- Khám cơ quan khác: hô hấp, tim mạch, tai mũi họng, tiết niệu - sinh dục, thần kinh, khớp, da.

3. Cận lâm sàng: được định hướng bởi khám lâm sàng

- Xét nghiệm máu: công thức máu, CRP Ion đồ, BUN, creatinin, Amylase, lipase, Bilirubin, alkaline phosphatase, transaminase...
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm bụng có thể thấy: khối lồng ruột; hình ảnh ruột thừa viêm; khối thoát vị bẹn; dịch tự do/khu trú trong ổ bụng; hình ảnh viêm hạch mạc treo; sỏi, giun trong đường mật; thành túi mật dày trong viêm túi mật cấp; các tổn thương gan, lách, thận; các khối u trong ổ bụng.
- X-quang bụng không sửa soạn:
 - + Liềm hơi dưới hoành trong thủng tạng rỗng.
 - + Dịch trong khoang phúc mạc.
 - + Quai ruột dẫn với mực nước hơi trong tắc ruột hay viêm phúc mạc.
 - + Quai ruột đơn độc trong liệt ruột phản ứng khi tiếp xúc với ổ viêm trong khoang phúc mạc.
 - + Các nốt vôi hóa → sỏi phân/sỏi tiết niệu/sỏi đường mật/khối u, hạch vôi hóa...
 - + Hình ảnh cắt cụt khung đại tràng trong trường hợp lồng ruột.

4. Chẩn đoán bệnh căn

- Dựa vào bệnh cảnh lâm sàng và kết quả xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân.
- Các nguyên nhân ngoại khoa thường gặp:
 - + Lòng ruột cấp.
 - + Viêm ruột thừa cấp.
 - + Tắc ruột cơ học.
 - + Thủng tạng rỗng.
 - + Thoát vị bẹn nghẹt.
 - + Xoắn tinh hoàn hay xoắn phần phụ.
- Cần loại một số trường hợp đau bụng có nguyên nhân không phải ngoại khoa: sốt xuất huyết, viêm phổi, viêm cơ tim, viêm màng não, Henoch Schonlein,...

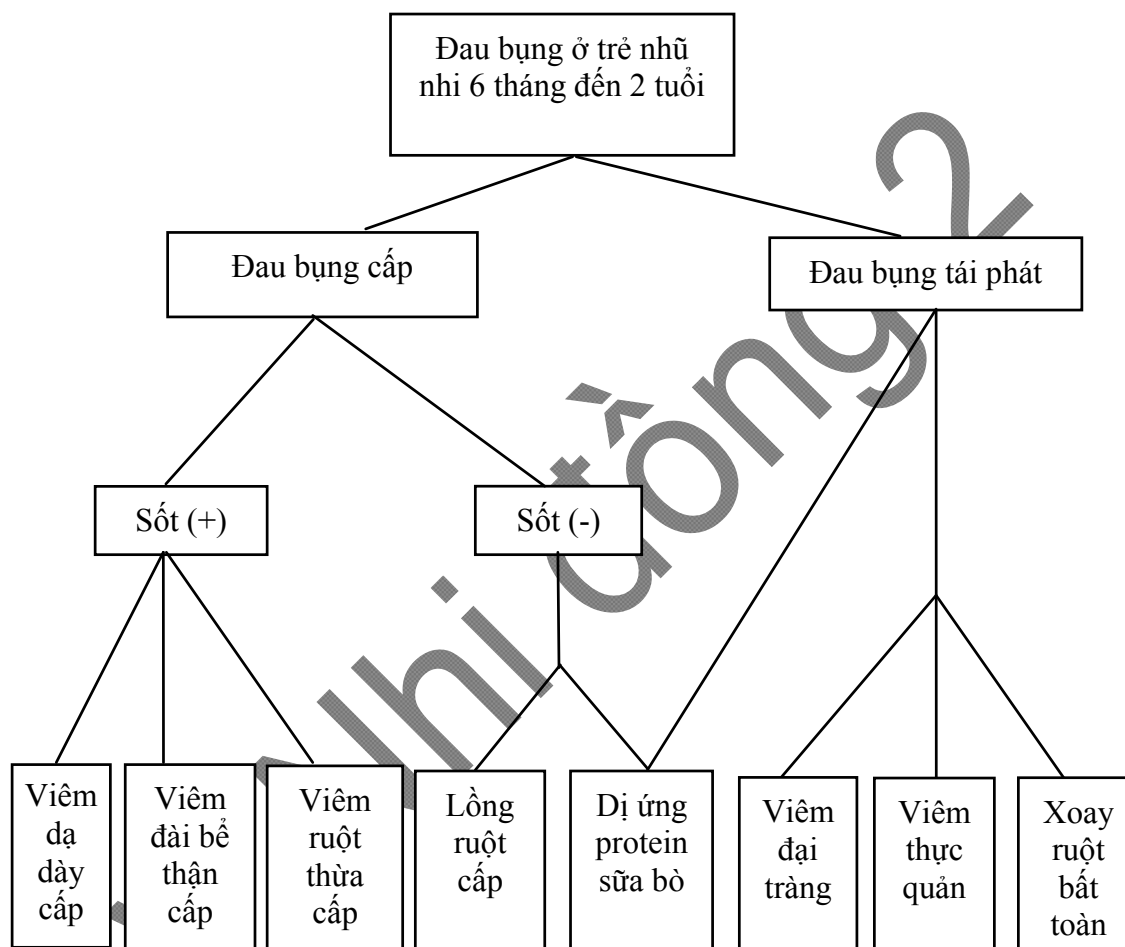
III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo bệnh căn đã chẩn đoán xác định.
- Theo dõi tại nhà với điều kiện:
 - + Loại trừ các nguyên nhân ngoại khoa.
 - + Có thể liên hệ dễ dàng với gia đình.
 - + Theo dõi đều đặn nhiệt độ, nước tiểu, và lưu thông ruột.
 - + Thăm khám trẻ đều đặn có hệ thống.
- Nhập viện ngắn hạn: khi không thể xác định chẩn đoán ngay rõ ràng.
 - + Nhịn ăn uống.
 - + Quan sát thực tế cơn đau, theo dõi sự tiến triển qua thăm khám nhiều lần.
 - + Xét nghiệm cận lâm sàng.
- Có ba tình huống xảy ra:
 - + Xuất hiện các triệu chứng lâm sàng mới → chẩn đoán xác định.
 - + Biến mất hoàn toàn cơn đau, nghĩ nhiều đến nguyên nhân như “co thắt” hay “tâm lý”.
 - + Tồn tại một bệnh cảnh không rõ ràng đưa đến phải can thiệp phẫu thuật trong trường hợp đau bụng khu trú cố định, kèm với nôn ói, đôi khi rất khó khám, thậm chí có một phản ứng phúc mạc mơ hồ.

2. Phẫu thuật khi có chẩn đoán xác định hoặc không loại trừ được đau bụng do nguyên nhân ngoại khoa

Lưu đồ chẩn đoán bệnh căn đau bụng cấp trên trẻ nữ nhi từ 6 tháng đến 2 tuổi



VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Viêm ruột thừa cấp là cấp cứu thường gặp nhất trong thực hành ngoại nhi. Chẩn đoán viêm ruột thừa nhiều lúc gặp khó khăn, đặc biệt là ở trẻ nhỏ. Thăm khám và theo dõi diễn tiến lâm sàng là yếu tố quan trọng nhất để chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật.
- 90% ruột thừa nằm ở hố chậu phải.

2. Tần suất

- Dưới 5 tuổi: 5%
- Đỉnh điểm từ 7 - 12 tuổi
- Tỷ lệ viêm phúc mạc ruột thừa cao nhất ở 3 - 4 tuổi
- Tỷ lệ: Nam/Nữ từ 1,3/1 đến 1,6/1

3. Phân loại

- Viêm ruột thừa sung huyết, viêm ruột thừa nang mủ, viêm ruột thừa hoại tử, viêm ruột thừa thủng nhưng phổ biến chia làm viêm ruột thừa chưa biến chứng và viêm ruột thừa có biến chứng.

4. Bệnh sinh: tắc nghẽn trong lòng ruột thừa là khởi đầu của viêm ruột thừa. Nguyên nhân của tắc nghẽn không phải lúc nào cũng rõ ràng, có thể do: *Sỏi phân, tăng sinh của nang bạch huyết ở ruột thừa, carcinoid tumor, vật lạ, nhiễm khuẩn* (Yersinia, Salmonella, Shigella), *virus* (sởi, thủy đậu), *ký sinh trùng* (giun đũa)...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Viêm ruột thừa chưa có biến chứng

- **Triệu chứng cơ năng:** đau bụng: 80 - 100%.
 - + Đau tiên thường đau ở vùng thượng vị hoặc quanh rốn, dần dần khu trú lại ở hố chậu phải.
 - + Đau liên tục, tăng dần theo thời gian.
- **Rối loạn tiêu hóa:**
 - + Nôn: (60 - 80%) thường gặp ở trẻ nhỏ.
 - + Tiêu lỏng: (15 - 17%) thường gặp ở trẻ nhỏ.
 - + Tiêu lắt nhắt, tiêu buốt: trẻ lớn 10%, trẻ nhỏ 28%.

- **Triệu chứng thực thể:**

- + Ấn đau và đề kháng ở hố chậu phải (90 - 96%), có thể ở vị trí khác nếu ruột thừa ở vị trí bất thường.
- + Điểm Mac Burney (+).
- + Thăm trực tràng: ít có giá trị ở trẻ nhỏ.

- **Triệu chứng toàn thân:**

- + Sốt thường gặp, ở trẻ nhũ nhi có thể lên đến 39 – 40°C.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng trên 10.000, đa nhân trung tính chiếm đa số.
- Siêu âm bụng: ruột thừa chứa dịch, đè ép không xẹp, đường kính $\geq 6\text{mm}$. Hình ảnh tăng âm mạc nối lớn, có dịch ở hố chậu phải, ổ bụng.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Những nguyên nhân gây đau bụng cấp thường gặp.
 - o Viêm dạ dày - ruột.
 - o Nhiễm trùng tiểu.
 - o Viêm thùy dưới phổi phải.
 - o Viêm hạch mạc treo.
 - o Xoắn mạc nối lớn.
 - o Xoắn tinh hoàn.
 - o Xoắn u nang buồng trứng.
 - o Thai ngoài tử cung.
 - o Dị tật đường tiết niệu.
 - o Viêm túi thừa Meckel.
 - o Lòng ruột.
 - o Tắc ruột do dính.

3. Viêm ruột thừa có biến chứng

- Bệnh nhân thường tới khám khi đã có triệu chứng từ 2 đến 3 ngày.
 - + Viêm phúc mạc khu trú, áp xe ruột thừa:
 - o Đau liên tục, lan tỏa vùng hố chậu phải hay bụng phải.
 - o Ấn đau, đề kháng vùng hố chậu phải hay bụng phải.
 - o Áp xe ruột thừa: sờ thấy một khối ở hố chậu phải, có phản ứng thành bụng.
 - o Dấu hiệu nhiễm trùng rõ: sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng.

- + Viêm phúc mạc toàn thể:
 - o Đau lan tỏa khắp bụng.
 - o Bụng chướng, đề kháng khắp bụng hoặc có cảm ứng phúc mạc ở giai đoạn muộn.
 - o Dấu hiệu nhiễm trùng rõ, nhiễm độc nặng, dấu hiệu mất nước, toàn trạng suy sụp.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.
 - + Viêm phúc mạc tiên phát do phế cầu, nhiễm trùng huyết.
 - + Viêm phúc mạc mật.
 - + Viêm tụy hoại tử xuất huyết.
 - + Xoắn ruột hoại tử.
 - + Lao phúc mạc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị trước mổ

- Viêm ruột thừa chưa có biến chứng:
 - + Phẫu thuật càng sớm càng tốt.
 - + Kháng sinh dự phòng (liều duy nhất trước mổ 30 - 60 phút): cephalosporin thế hệ thứ 1, thứ 2 hay beta - lactam phối hợp với ức chế beta – lactamase.
- Viêm ruột thừa không biến chứng:
 - + Kháng sinh phổ rộng, đường toàn thân cho cả gram âm và yếm khí. Kết hợp kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 với Metronidazole +/- Aminoglycosides.
 - + Bồi hoàn nước điện giải, thăng bằng kiềm toan.
 - + Thông dạ dày, thông tiểu.
- Phẫu thuật:
 - + Mổ hở:
 - o Viêm ruột thừa chưa có biến chứng: vào bụng theo Mac Burney hay Rocky Davis, cắt ruột thừa không vùi gốc.
 - o Viêm phúc mạc khu trú: vào bụng theo Mac Burney hay đường ngang hố chậu phải, cắt ruột thừa lau hoặc rửa bụng, có thể dẫn lưu ổ bụng.
 - o Viêm phúc mạc toàn thể: vào bụng theo đường ngang bên hố chậu phải, cắt ruột thừa rửa và dẫn lưu ổ bụng.

+ Phẫu thuật nội soi:

o Ưu điểm:

- Quan sát toàn bộ ổ bụng cho phép loại trừ các chẩn đoán phân biệt.
- Vết mổ nhỏ.
- Ít đau.
- Thời gian nằm viện ngắn.
- Ít biến chứng.

o Chống chỉ định trong viêm phúc mạc toàn thể có chướng bụng nhiều.

2. Sau mổ

- Kháng sinh điều trị tiếp tục ít nhất 5 - 7 ngày sau mổ và khi lâm sàng ổn định trong viêm ruột thừa có biến chứng.
- Ăn lại sau 24 giờ đối với viêm ruột thừa có biến chứng khu trú.
- Ăn lại khi có nhu động ruột đối với viêm phúc mạc toàn thể.
- Dẫn lưu nên rút sớm sau 24 - 48 giờ.

IV. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

1. Nhiễm trùng

- Vết mổ.
- Trong ổ bụng: áp xe tồn lưu.

2. Rò manh tràng

3. Chảy máu

4. Tắc ruột

DI DẠNG HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Di dạng hậu môn trực tràng xảy ra 1/5.000 - 1/4.000 trẻ sinh sống.
- Nam nhiều hơn nữ.
- Khoảng 60% kèm các dị tật khác: tim mạch, hệ niệu dục, đường tiêu hóa, bất thường nhiễm sắc thể, cột sống. Túi cùng trực tràng càng cao bất thường kèm theo càng nhiều.

II. PHÂN LOẠI: Theo Peña

Nam	Nữ
Rò hậu môn da Rò trực tràng – niệu đạo Niệu đạo hành Niệu đạo tiền liệt tuyến Rò trực tràng – bàng quang Không hậu môn không rò Teo trực tràng	Rò hậu môn da Rò tiền đình Không hậu môn không rò Teo trực tràng Tồn tại ổ nhóp Các bất thường phức tạp khác

- Phần lớn trẻ gái có dạng thấp hoặc trung gian. Khoảng 80-90% có rò.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sau sanh có hoặc không có hội chứng tắc ruột.
- Khám vùng tầng sinh môn có những trường hợp sau:
 - + **Nam:**
 - o Không hậu môn có đường rò dưới da: rò hậu môn da.
 - o Không hậu môn và có phân su trong nước tiểu:
 - Rò trực tràng - bàng quang.
 - Rò trực tràng - niệu đạo.
 - o Không hậu môn và không có phân su trong nước tiểu:
 - Không hậu môn ± rò.
 - o Có lỗ hậu môn, không tiêu phân su và không đặt được thông trực tràng:
 - Teo trực tràng.

+ **Nữ:**

- o Không hậu môn có đường rò dưới da: rò hậu môn da.
- o Không hậu môn và có đường rò ở hố tiền đình: rò tiền đình.
- o Không hậu môn và có phân su rò ra âm đạo: không hậu môn có rò âm đạo.
- o Không hậu môn và không có phân su rò ra âm đạo: không hậu môn $\pm$ rò.
- o Có hậu môn, không tiêu phân su và không đặt được thông trực tràng: teo trực tràng.
- o Chỉ có một lỗ ở tầng sinh môn ra phân su và nước tiểu: tồn tại ổ nhóp.

2. X-quang: tư thế đầu dốc ngược hoặc tư thế đầu thấp mông cao 24 giờ sau sanh.

- Điểm P (pubis): điểm giữa phần cốt hóa của xương mu.
- Điểm C (coccyx): điểm xương cụt, lấy điểm cốt hóa thấp nhất của xương cụt.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Trong 24 giờ đầu

- Nhịn ăn, đặt thông dạ dày.
- Dịch truyền nuôi ăn tĩnh mạch.
- Kháng sinh.
- Tầm soát các dị tật phối hợp.

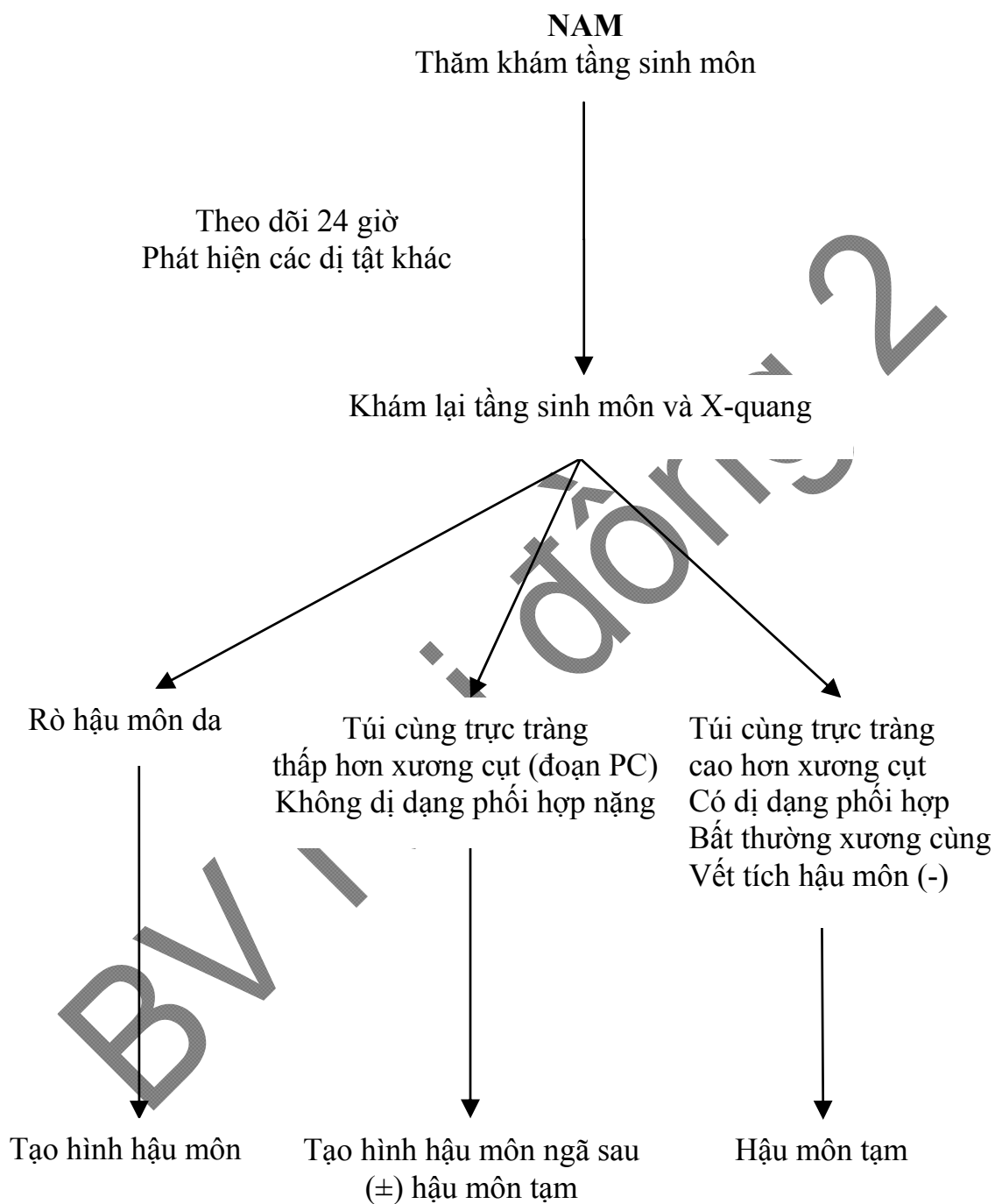
2. Phẫu thuật

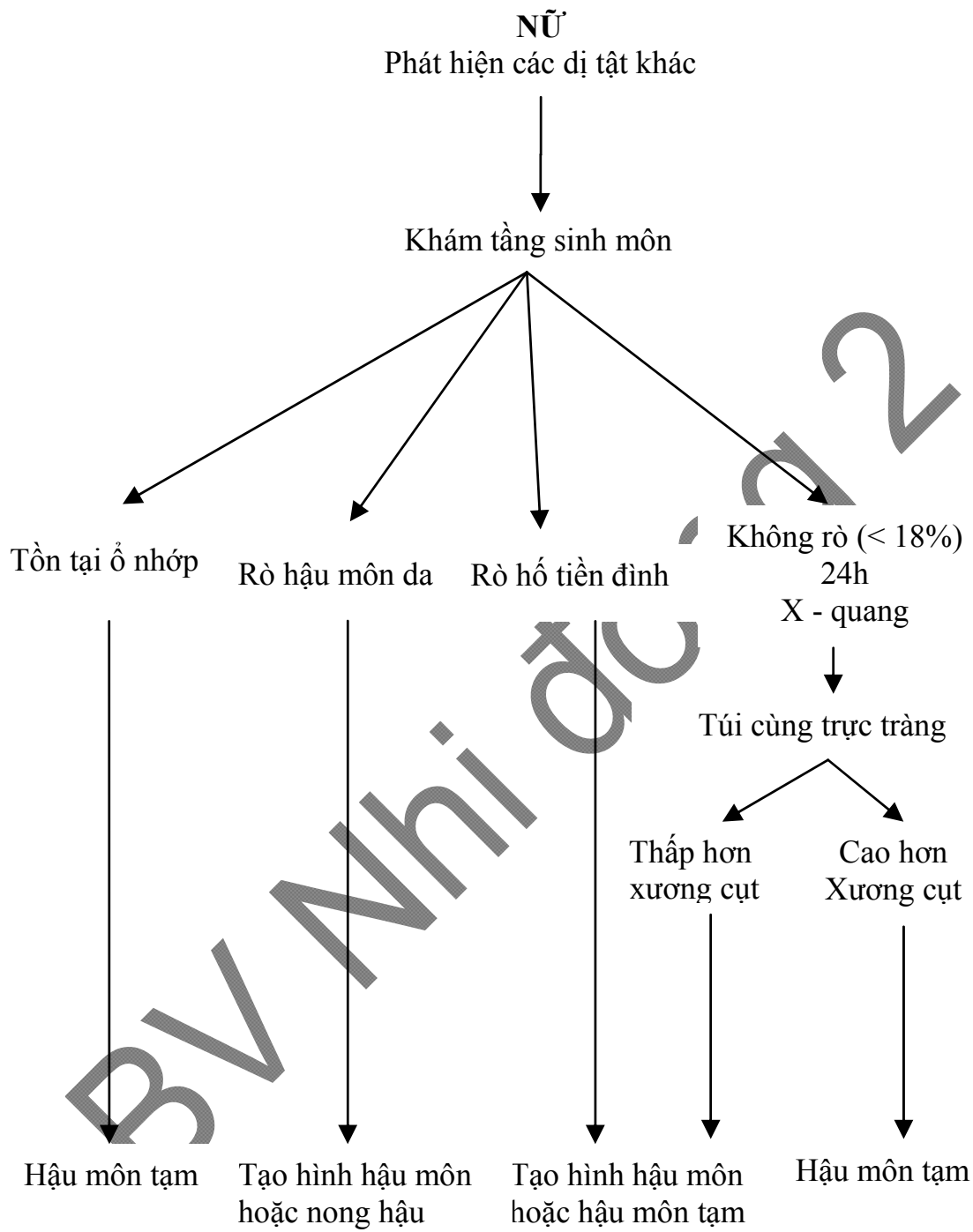
- Tạo hình hậu môn 1 thì.
- Phẫu thuật 3 thì:
 - + Thì 1: làm hậu môn tạm đại tràng xuống kiểu hai đầu rời.
 - + Thì 2: tạo hình hậu môn ngã sau sau 4 - 8 tuần, có thể kết hợp nội soi.
 - + Thì 3: đóng hậu môn tạm sau 4 - 8 tuần khi hậu môn đã được nong đến kích thước đúng theo tuổi bệnh nhi.
- Nong hậu môn: 10 - 14 ngày sau tạo hình hậu môn, kéo dài ít nhất 6 tháng.

Tần suất nong	Kích thước nong theo tuổi
Tháng thứ 1: mỗi ngày	1 - 3 tháng: 12
Tháng thứ 2: mỗi 3 ngày	4 - 8 tháng: 13
Tháng thứ 3: mỗi tuần	9 - 12 tháng: 14
3 tháng kể: mỗi tháng	1 - 3 tuổi: 15
	4 - 12 tuổi: 16
	Trên 12 tuổi: 17

BV Nhi đồng 2

3. Sơ đồ xử trí một trường hợp dị dạng hậu môn trực tràng





THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Thoát vị hoành bẩm sinh là một dị tật bẩm sinh, biểu hiện bởi sự khiếm khuyết của cơ hoành và qua đó, các tạng trong ổ bụng thoát vị vào trong lồng ngực.

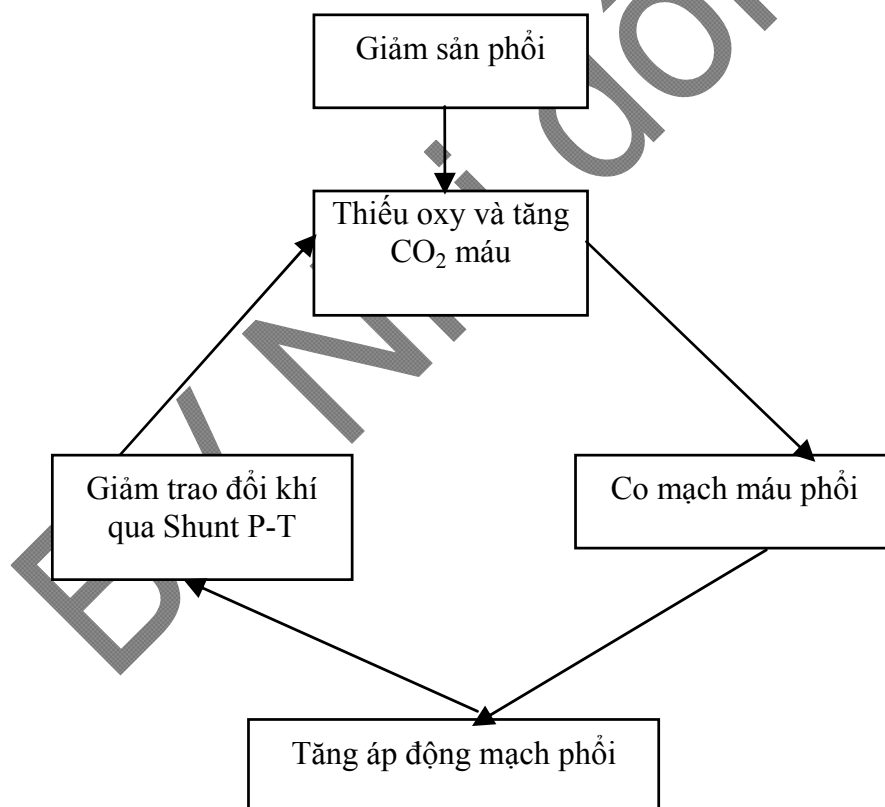
2. Tần suất

- Tỷ lệ mắc từ 1/5.000 đến 1/2.500 trẻ sinh sống.

3. Phân loại

- Thoát vị hoành trái (qua khe Bochdaleck) chiếm khoảng 80%.
- Thoát vị hoành phải chiếm 20%.
- Thoát vị qua khe sau xương ức (thoát vị Morgagni) ít gặp.

4. Sinh lý bệnh



II. CHẨN ĐOÁN

1. Biểu hiện lâm sàng

- Bệnh cảnh và độ nặng của thoát vị hoành phụ thuộc vào bên thoát vị, số lượng cơ quan nội tạng lên ngực, mức độ tăng áp phổi và giảm sản phổi.
- Hầu hết trẻ có biểu hiện suy hô hấp ngay sau sinh hoặc vài giờ sau sinh. Riêng các trường hợp thoát vị hoành bên phải, triệu chứng thường không điển hình.
- Triệu chứng thường gặp là tím tái, thở nhanh, co lõm hố ức, rên rĩ.
- Khám lâm sàng thấy bụng lõm lồng thùy, tăng kích thước đường kính trước sau của lồng ngực và tiếng tim lệch sang một bên. Không nghe phế âm bên thoát vị, nhưng có thể nghe nhu động ruột trên ngực. Thăm khám còn giúp tìm thấy những dị tật bẩm sinh khác đi kèm.
- Hầu hết ở các trẻ bị thoát vị hoành bẩm sinh, các triệu chứng sẽ tiến triển trong 24 giờ đầu sau sinh, mặc dù các triệu chứng cũng có thể biểu hiện muộn sau 24 giờ, thậm chí vài tháng sau hoặc trễ hơn.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, CRP, chức năng gan thận, đông máu toàn bộ, nhóm máu, khí máu động mạch.
- Hình ảnh học:
 - + X-quang ngực bụng: giúp chẩn đoán xác định với hình ảnh:
 - o Bóng hơi của ruột ở lồng ngực.
 - o Không thấy vòm hoành.
 - o Trung thất bị đẩy lệch sang phía đối bên thoát vị hoành và chỉ thấy một phần nhỏ của phổi bên phía thoát vị.
 - o Trong trường hợp hình ảnh X-quang không rõ ràng, có thể nhầm lẫn với kén phổi, cần chụp lại X-quang sau khi đặt thông dạ dày. Hình ảnh thông dạ dày trong lồng ngực hoặc chụp tiêu hóa trên có cản quang giúp chẩn đoán xác định.
 - + Siêu âm cũng có thể giúp ích cho việc chẩn đoán xác định thoát vị hoành bẩm sinh, đo kích thước lỗ thoát vị và tìm dị tật phổi hợp ở tim, não và thận.

3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: hình ảnh X-quang.
- Phân biệt: nang phế quản, khí phế thũng, các nang phổi bội nhiễm, xẹp thùy dưới phổi.
- Tiền sản: bằng siêu âm sản khoa với hình ảnh dạ dày, bóng các quai ruột chứa dịch và một số trường hợp thấy gan trên ngực hoặc không thấy bóng hơi dạ dày ở ổ bụng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Hồi sức trước mổ (Nội khoa)

- Mục tiêu duy trì pH > 7,3, SaO₂ trước ống động mạch > 85% với FiO₂ 55-60%.

2. Phẫu thuật

- Nguyên tắc:
 - + Phẫu thuật trì hoãn sau khi ổn định tình trạng hô hấp và điều chỉnh rối loạn kiềm toan.
 - + Đưa tạng xuống ổ bụng.
 - + Phục hồi cơ hoành.
- Phương pháp:
 - + Phẫu thuật mở:
 - o Thường dùng đường dưới bờ sườn bên trái hoặc phải tùy vị trí thoát vị ở bên trái hoặc phải.
 - o Nhẹ nhàng đưa các tạng xuống ổ bụng.
 - o Khâu lỗ thoát vị bằng chỉ soie 2-0, mũi chữ U rời.
 - o Dùng miếng vá nhân tạo trong trường hợp lỗ thoát vị quá lớn hoặc khiếm khuyết trên ½ cơ hoành.
 - o Kiểm tra xoay ruột bất toàn.
 - o Đóng bụng thường khó khăn, không nên dùng dẫn cơ, nếu cần thì để hở cân thành bụng.
 - + Phẫu thuật nội soi:
 - o Nội soi ổ bụng: thực hiện ở trẻ lớn.
 - o Nội soi lồng ngực: có thể áp dụng cho sơ sinh khi toàn trạng ổn định.

3. Hậu phẫu

- Hút sạch đờm nhớt ở đường hô hấp trên, dùng thuốc an thần, giảm đau, cân bằng điện giải, dịch truyền, tiếp tục hút thông dạ dày, để đầu cao, thường xuyên kiểm tra pH máu và PCO₂ bằng khí máu.

- Thở máy sau mổ: nồng độ Oxy cần được giảm từ từ vì một sự thay đổi nhẹ FiO_2 cũng có thể làm co động mạch phổi đáng kể, gây nên sự tái thành lập tuần hoàn bào thai và tăng áp động mạch phổi. Cai máy bắt đầu bằng việc giảm FiO_2 , áp lực đỉnh đường thở và cuối cùng là nhịp thở.
- Siêu âm tim trong giai đoạn này giúp phát hiện cao áp phổi.
- Điều trị tăng áp động mạch phổi.

4. Biến chứng

- Tràn khí màng phổi, xẹp phổi là biến chứng quan trọng nhất ở bệnh nhi, cần cố gắng giảm chấn thương áp lực bằng cách giảm thông khí phút, giảm áp lực đường thở và tránh dẫn lưu màng phổi sau mổ.
- Biến chứng nhiễm trùng như viêm phổi, nhiễm trùng huyết ít gặp.
- Thoát vị hoành tái phát gặp trong 5% - 20% các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh được điều trị phẫu thuật nói chung, và 40% - 50% cho các trường hợp sử dụng mảnh ghép nhân tạo theo dõi trong 3 năm đầu.

TEO RUỘT NON

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Teo ruột non là sự gián đoạn hoàn toàn lưu thông của lòng ruột non.

2. Tần suất

- 1/1.000 trẻ sinh sống
- Teo hồng - hồi tràng: teo tá tràng = 2:1
- Không có sự khác biệt giữa nam và nữ

3. Phân loại

Thể		Kiểu teo	Mạc treo
I		Màng ngăn	Bình thường
II		Dây xơ	Không gián đoạn
III	a	Gián đoạn 2 đầu tận	Khuyết mạc treo
	b	Teo hồng tràng, đoạn xa xoắn quanh mạch máu mạc treo	Khuyết mạc treo
IV		Teo nhiều chỗ	

4. Bệnh sinh

- Tổn thương mạch máu mạc treo ruột.
- Xoắn ruột, lồng ruột trong thai kỳ.
- Ruột bị kẹt trong dị dạng thành bụng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Chẩn đoán trước sanh:
 - + Đa ối.
 - + Quai ruột dẫn.
 - + Nôn dịch mật.
- Phần lớn không tiêu phân su 24 giờ đầu sau sanh.
- Bụng chướng 12 - 24 giờ sau sanh.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Vàng da.
- Bụng chướng, quai ruột nổi.
- Bụng nề đỏ khi biến chứng viêm phúc mạc.
- Thông dạ dày có dịch mật.
- Thăm trực tràng hay thông trực tràng không có phân, có thể dịch nhày trắng.

- Tìm dị tật phối hợp.

3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ.
- Đông máu toàn bộ.
- Ion đồ.
- Đường huyết.
- Chức năng gan, thận.
- Khí máu động mạch.
- X-quang bụng không sửa soạn:
 - + Quai ruột dẫn, mức khí dịch.
 - + Nốt vôi hóa hoặc hơi tự do nếu có viêm phúc mạc bào thai.

4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định:
 - + Lâm sàng: nôn dịch vàng xanh, bụng chướng, không tiêu phân su.
 - + X-quang: quai ruột dẫn, không có hơi trong trực tràng.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Tắc ruột phân su.
 - + Hirschsprung.
 - + Xoắn ruột.
 - + Thoát vị nội.
 - + Ruột đôi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt khi tình trạng bệnh nhân ổn định.
- Tái lập lưu thông ruột.

2. Phương pháp mổ

- Đường mổ ngang trên rốn.
- Thăm sát toàn bộ đường tiêu hóa tìm thể loại teo ruột và dị tật phối hợp.
- Bơm nước muối vào túi cùng xa nhằm phát hiện teo ruột nhiều nơi.
- Nối ruột tận - tận một thì:
 - + Tình trạng bệnh nhi ổn định.
 - + Đoạn ruột bên dưới mạch máu nuôi tốt.

- + Cắt bỏ 2 đầu túi cùng.
 - o Cắt bỏ túi cùng trên dẫn lớn nếu nằm xa góc Trietz.
 - o Làm nhỏ khâu kính túi cùng trên và đặt thông qua miệng nối nếu nằm gần góc Trietz.
- + Nối ruột bằng chỉ đơn sợi.
- Dẫn lưu ruột ra da: kiểu Mikulicz, Bishop-Koop hay Santulli.
- Đóng dẫn lưu ruột ra da sau 15 - 45 ngày sau tùy theo thể trạng của bệnh nhi.

3. Sau mổ

- Nằm đầu cao.
- Duy trì thân nhiệt.
- Hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị sốc nếu có.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, toan kiềm.
- Dẫn lưu dạ dày, nuôi ăn tĩnh mạch. Bắt đầu cho ăn qua đường tiêu hóa khi thông dạ dày ra dịch trong.

IV. THEO DÕI

1. Theo dõi và điều trị biến chứng

- Xì miệng nối: xảy ra từ ngày thứ 4 – 6.
 - + Bụng chướng.
 - + Truy mạch ngoại biên, tím tái, thở nhanh.
 - + X-quang bụng không sửa soạn: hơi tự do trong ổ bụng.
 - + Xử trí: đưa ruột ra da.
- Miệng nối không hoạt động: 3 tuần.
 - + Bụng chướng.
 - + Chưa đi tiêu.
 - + X-quang: quai ruột dẫn lớn.
 - + Xử trí: tùy vào tình trạng bệnh nhi:
 - o Đưa ruột ra da.
 - o Cắt đoạn ruột dẫn lớn và nối lại.

2. Tái khám

- Lịch tái khám: sẽ theo dõi mỗi tháng trong 6 tháng đầu. Sau đó sau 3 - 6 tháng trong 1 năm đầu.
- Các dấu hiện cần theo dõi: nôn ói, hội chứng kém hấp thu, cân nặng, phát triển về thể chất.
- Chăm sóc đoạn ruột đưa ra da, thời điểm đóng dẫn lưu ruột ra da.

THOÁT VỊ RỖN VÀ HỖ THÀNH BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị rốn: khiếm khuyết cơ trung tâm thành bụng cho phép các tạng trong ổ bụng thoát ra ngoài ở chân cuống rốn, được bao bọc bởi lớp màng trong suốt.
- Thường kèm dị tật phối hợp (72%): tim mạch (20%), thần kinh trung ương, tiêu hóa, sinh dục, cơ xương, hội chứng di truyền như Trisomy 13, 15, 18, 21, hội chứng Beckwith-Wiedemann (12%), ngũ chứng Cantrell, hội chứng đường giữa dưới...
- Hở thành bụng: khiếm khuyết lớp cơ bên phải chân cuống rốn làm cho các tạng thoát ra ngoài, thường là ruột, thỉnh thoảng có gan, tinh hoàn hoặc buồng trứng. Hở thành bụng thường đi kèm ruột xoay bất toàn, teo ruột (10-15%), túi thừa Meckel. Hiếm gặp dị tật có liên quan đến di truyền. Lỗ khiếm khuyết thường nhỏ hơn 4cm.
- Thoát vị rốn tần suất 1/4.000 trẻ sinh sống.
- Hở thành bụng 1/10.000-1/6.000, trẻ thường sanh non, gặp trên những bà mẹ trẻ, nhỏ hơn 20 tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Thoát vị rốn: siêu âm tiền sản có thể phát hiện hình ảnh cuống rốn cắm vào túi có các tạng thoát vị, khối thoát vị nằm ở đường giữa ngay chân cuống rốn, có màng bao mờ, không có mạch máu, có thành bụng thiểu sản. Sự phát triển của ổ bụng tỉ lệ nghịch với kích thước khối thoát vị.
 - + Hở thành bụng: dây rốn bình thường, lỗ khiếm khuyết thường bên phải cuống rốn, cơ thành bụng bình thường, ổ bụng kém phát triển, tạng thoát vị thường là ruột, đôi khi là dạ dày, hiếm gặp gan, tinh hoàn, buồng trứng.
- Cận lâm sàng:
 - + Huyết đồ.
 - + Đông máu toàn bộ.
 - + Đường huyết.
 - + Chức năng gan thận, ion đồ.

- + X-quang phổi.
- + Siêu âm tim, siêu âm xuyên thóp tìm các dị tật phổi hợp trong trường hợp thoát vị rốn.
- Điều trị:
 - + Nguyên tắc điều trị:
 - o Bù đủ dịch (200 - 300ml dịch/kg/24giờ đầu).
 - o Tránh hạ thân nhiệt.
 - o Đặt thông dạ dày giải áp.
 - o Giữ ấm khối thoát vị, bảo vệ tránh chấn thương các tạng trong khối thoát vị bằng túi chất dẻo vô trùng.
 - o Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh phổ rộng.
 - o Đảm bảo chức năng hô hấp, tim mạch, thận ổn định.
 - o Đánh giá các vấn đề đi kèm như sanh non, suy hô hấp.
 - o Phẫu thuật nên được thực hiện ngay khi tình trạng huyết động học ổn định.
 - + Phương pháp phẫu thuật:
 - o Phục hồi thành bụng một thì: khi áp lực ổ bụng < 20mmHg.
 - o Kéo dẫn thành bụng.
 - o Làm sạch phân su trong đại tràng.
 - o Giải áp dạ dày và ruột.
 - o Thăm sát toàn bộ ổ bụng, kiểm tra kỹ các dị tật của ruột trước khi đưa vào ổ bụng, nếu có teo ruột mà đoạn ruột còn tốt có thể cắt nối ruột, nếu ruột viêm nhiễm, phù nề nhiều, có thể đưa vào ổ bụng và mổ thì 2 vài tuần sau đó.
 - o Phục hồi thành bụng hai thì: tăng áp lực ổ bụng > 20mmHg gây cản trở hô hấp, cản trở hồi lưu các tĩnh mạch chi dưới, thận, ruột.
 - o Sử dụng kỹ thuật Silo với túi chất dẻo.
 - o Tạng sẽ đưa dần vào ổ bụng trong 1 - 2 tuần.
 - o Phục hồi thành bụng.
 - + Sau mổ:
 - o Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương, áp lực đường thở.
 - o Nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn.
 - o Tiếp tục điều chỉnh các rối loạn trước mổ: nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan, rối loạn đông máu.

- o Giữ thông dạ dày hút liên tục cho đến khi phục hồi chức năng ruột. Nếu sau 3 tuần chức năng ruột chưa phục hồi, chụp X-quang cản quang kiểm tra.
- + Biện chứng - theo dõi
 - Biện chứng sớm:
 - o Tăng áp lực ổ bụng: bụng căng chướng, nước tiểu giảm, toan máu kéo dài.
 - o Bụng vết mổ.
 - o Hoại tử ruột, tắc ruột.
 - o Rò tiêu hóa.
 - o Suy thận, tổn thương gan.
 - o Suy hô hấp.
 - o Nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng vết mổ.
 - Biện chứng muộn: do tăng áp lực ổ bụng khi đóng bụng thì 1 hoặc thì 2.
 - o Thoát vị thành bụng.
 - o Trào ngược dạ dày thực quản.
 - o Viêm thực quản.
 - o Tắc ruột do dính.
 - o Thoát vị bẹn.
- Tái khám: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm.

TẮC TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Teo và hẹp tá tràng là sự gián đoạn lưu thông bẩm sinh hoàn toàn (atresia) hoặc không hoàn toàn (stenosis) của tá tràng. Đây là loại tắc ruột cao điển hình ở trẻ sơ sinh.

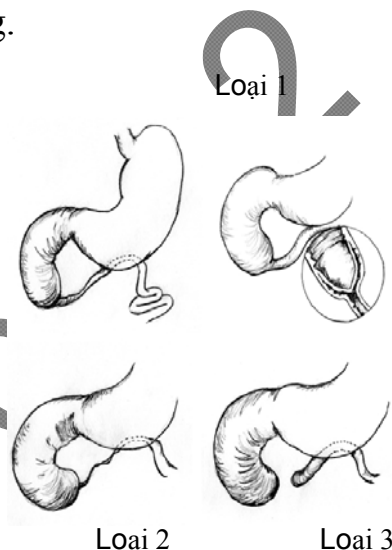
2. Tần suất 1/5.000 - 10.000 trẻ sinh sống.

3. Sinh bệnh học

Phân loại teo tá tràng:

- **Loại 1** (90%): tắc tá tràng do màng ngăn có hoặc không có lỗ thông.
- **Loại 2**: thể dây xơ nối 2 túi cùng với nhau.
- **Loại 3**: thể gián đoạn mạc treo, 2 túi cùng hoàn toàn tách biệt nhau.

Đoạn đầu tá tràng trên chỗ tắc dẫn to, ngược lại dưới chỗ tắc sẽ teo nhỏ. 85% vị trí tắc dưới bóng Vater.



II. CHẨN ĐOÁN

Phân loại teo tá tràng

a. Chẩn đoán trước sinh

- Đa số trường hợp phát hiện vào tháng 7 - 8 thai kỳ.
- Siêu âm tiền sản gợi ý: tình trạng đa ối (32 - 81%), hình ảnh dạ dày và đoạn đầu tá tràng dẫn to ứ dịch (44%).

b. Lâm sàng

- Ói dịch có mật trong vài giờ sau sinh là dấu hiệu sớm nhất và thường gặp nhất. Phải nghi ngờ có tắc ruột cao nếu thông dạ dày trong giờ đầu sau sinh ra hơn 20ml dịch ứ đọng.
- Bụng xẹp, vùng thượng vị thường chướng nhẹ do dạ dày và tá tràng dẫn to.
- Nếu tổn thương dạng màng ngăn có lỗ thông thì trẻ có biểu hiện lâm sàng thường muộn hơn.

- Dị tật kèm theo (VACTERL):
 - + Hơn 50% có kèm theo các dị tật bẩm sinh khác.
 - + 30% có kèm theo \$ Down.
 - + Dị tật tim đơn thuần #30%.
 - + 25% có kèm theo các dị tật đường tiêu hóa khác.



Hình ảnh bóng đôi

c. Cận lâm sàng

- Siêu âm: hình ảnh dạ dày dẫn to ứ dịch, đoạn đầu tá tràng dẫn to giúp gợi ý tắc ruột cao.
- X-quang bụng đứng không sửa soạn:
 - + Là xét nghiệm đầu tay.
 - + Hình ảnh bóng đôi (double bubble sign) là dấu hiệu đặc thù của teo tá tràng. Trường hợp có ít hơi vùng thấp phải nghĩ đến bán tắc tá tràng, xoay ruột bất toàn, hoặc thậm chí có xoắn ruột.
- Chụp thực quản - dạ dày - tá tràng có cản quang: giúp chẩn đoán phân biệt ruột xoay bất toàn, bán tắc tá tràng.
- Các xét nghiệm khác:
 - + Ion đồ.
 - + Siêu âm tim và bụng tim dị tật phối hợp.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Hội chứng ĐM mạc treo tràng trên.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phẫu thuật cấp cứu có trì hoãn khi đã hồi sức nội khoa ổn định.
- Chỉ mổ khẩn khi chưa loại trừ xoay ruột bất toàn có xoắn ruột

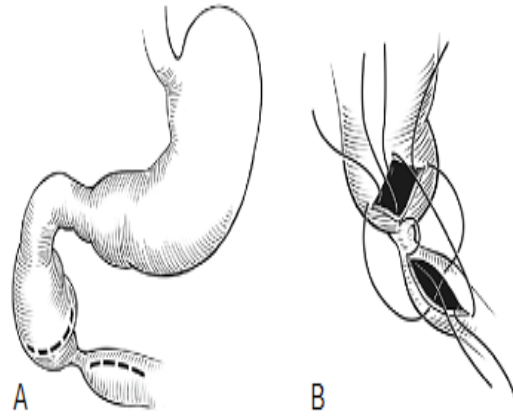
2. Chuẩn bị trước mổ

- Đặt lưu ống thông dạ dày.
- Điều trị rối loạn nước điện giải.
- Nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn.

3. Phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật: mở hoặc nội soi ổ bụng

- Xác định vị trí bóng Vater.
- Nối tá - tá tràng bên - bên theo Kimura.
- Kiểm tra sự thông thương đường tiêu hóa.
- Có thể đặt thông dạ dày qua miệng nối.
- Tắc tá tràng do màng ngăn: phẫu thuật xẻ dọc, xén màng ngăn tá tràng, khâu ngang.



4. Hậu phẫu

Phẫu thuật Kimura

- Kháng sinh tĩnh mạch.
- Nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn trong thời gian đầu hậu phẫu.
- Lưu ống thông dạ dày.
- Diễn tiến tốt khi: dịch dạ dày bớt xanh, chuyển sang dịch trong; và lượng dịch $< 1\text{ml/kg/giờ}$. Bắt đầu cho nhấp nước đường qua ống thông dạ dày.

5. Biến chứng

- Sớm:
 - + Hẹp miệng nối.
 - + Rò miệng nối.
 - + Chậm hoạt động miệng nối.
- Muộn:
 - + Tá tràng khồng lồ.
 - + Viêm loét dạ dày - tá tràng.
 - + Trào ngược tá tràng - dạ dày, dạ dày thực quản.
 - + Tắc ruột do dính.

IV. TIỀN LƯỢNG

Tỉ lệ sống còn $> 90\%$.

TẮC RUỘT PHÂN SU, VIÊM PHỨC MẠC PHÂN SU, HỘI CHỨNG NÚT PHÂN SU

TẮC RUỘT PHÂN SU

I. ĐẠI CƯƠNG

1. **Định nghĩa:** là tình trạng tắc ruột do nút phân su bít kín lòng ruột. 10% liên quan đến bệnh quánh niêm dịch, 90% bệnh nhân bị tắc ruột phân su có liên quan đến liên quan đến bệnh quánh niêm dịch (mucoviscidose).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán trước sanh

- Từ 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ thấy hình ảnh dẫn hay tăng sáng các quai ruột.
- Biến chứng của tắc ruột phân su có thể đưa đến giả nang ở bụng với vôi hóa thành nang.

2. Chẩn đoán sau sanh

- Ôi dịch vàng, chướng bụng.
- Quan sát thấy quai ruột dẫn 1/4 dưới bụng phải.
- Thăm trực tràng chỉ thấy nút nhầy.
- Chẩn đoán di truyền học: khoảng trên 20 đột biến nhiễm sắc thể được định danh.
- Immunoreactive trypsin trên giọt máu khô.
- Test mồ hôi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. **Nursing:** rửa ruột bằng gastrographine, acétylcystéine (thành công 50%, nguy cơ thủng ruột 10%).

2. Phẫu thuật:

- **Nghiệm pháp bơm rửa:** nếu tắc ruột phân su không biến chứng: đặt 1 cathéter vào chỗ mở ruột, rửa với gastrographine, cho đến khi thấy nước đi xuống đến đoạn đại tràng nhỏ bên dưới.
- **Mở hồi tràng ra da:** nếu sau khi bơm rửa không thấy ruột thông. Sau đó có thể đóng hồi tràng sau 6 đến 8 tuần.

VIÊM PHÚC MẠC DO PHÂN SU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một viêm phúc mạc vô trùng do thủng ruột xảy ra bên trong thời kỳ bào thai làm phân su tràn vào khoang phúc mạc. Viêm phúc mạc hóa học xảy ra với các kết thể và vôi hóa trong ổ bụng. Thường chỗ thủng sẽ được bao bọc tạo nên một nang giả chiếm hết gần 1/3 thể tích khoang bụng.
- Viêm phúc mạc phân su có tần suất là 1/35.000 trẻ ra sinh sống, ở trẻ da đen nhiều hơn da trắng.
- Thủng đường tiêu hóa trong thời kỳ bào thai do nhiều nguyên nhân: có tắc đường tiêu hóa hay không.
- Nguyên nhân gây tắc đường tiêu hóa: teo ruột, xoắn ruột, tắc ruột phân su, bệnh Hirschsprung, dây chằng bẩm sinh, thoát vị nội, hội chứng nút phân su...
- Phân loại: 3 loại
 - + **Viêm phúc mạc dính:** phúc mạc dày cộm nham nhở và hạt vôi rải rác hay tụ thành đám. Các quai ruột kết lại với nhau, có chỗ thành mảnh quánh, có chỗ như những bọc chứa dịch phân, tất cả được phủ bởi chất fibrine thành màng mỏng hoặc thành sợi xơ.
 - + **Viêm phúc mạc kết bọc:** toàn bộ ruột dính kết lại với nhau, kích thước bé như ruột gà, quấn trong một bọc màu thâm tím và cả bọc bị dồn về thành bụng sau như dán vào trước cột sống và nước phân su lỏng bỏng tràn đầy ổ bụng.
 - + **Viêm phúc mạc tự do:** ngoài thương tổn của nguyên nhân gây nên thủng, thương tổn còn lại của đường tiêu hóa là một lỗ thủng qua đó phân su và dịch tiêu hóa tràn ngập ổ bụng. Các quai ruột bơi tự do trong nước phúc mạc hoặc chỉ có một ít giả mạc làm dính lỏng lẻo một số quai ruột.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Bụng chướng ngay sau khi sinh.
- Nôn.
- Không tiêu phân su.
- Thành bụng phù nề, có khi thấy các quai ruột cuộn lên dưới một thành bụng mỏng căng.

- Gõ đục ở vùng thấp.
- Tràn dịch tinh mạc.

2. Cận lâm sàng

- X-quang bụng đứng không sửa soạn:
 - + Mờ toàn bộ ổ bụng, nhìn kỹ nhận ra lác đác có vài bóng hơi thường dồn về một góc bụng dưới.
 - + Hình ảnh một quai ruột dẫn to chiếm gần toàn bộ ổ bụng.
 - + Những hạt vôi hóa rải rác khắp ổ bụng hoặc dồn về mạn sườn phải hay tụ lại thành một mảng cản quang lớn.
 - + Hình ảnh mức nước hơi duy nhất toàn ổ bụng.
 - + Hơi tự do trong ổ bụng.
- Siêu âm:
 - + Nốt vôi, dịch ổ bụng, quai ruột chướng hơi.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Cổ chướng tự do trong ổ bụng do nước tiểu.
- Tắc ruột do nguyên nhân cơ học.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chỉ định phẫu thuật

- Có biểu hiện tắc ruột.
- Có biểu hiện thủng ruột.

2. Chuẩn bị trước mổ

- Đặt thông dạ dày.
- Duy trì thân nhiệt.
- Bồi hoàn nước điện giải.
- Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan.
- Chích vitamin K.
- Kháng sinh đường toàn thân.

3. Phẫu thuật

- Rạch da đường ngang trên rốn.
- Đánh giá thương tổn: loại vpm, vị trí thủng, nguyên nhân, dị tật phối hợp.
- Gỡ dính, cắt bỏ màng xơ.
- Cắt bỏ đoạn ruột mất chức năng.
- Nối ruột thì 1 hoặc dẫn lưu 2 đầu ruột ra da.
- Nếu dẫn lưu ra da, nối ruột lại thì 2 sau 2 tuần.

4. Chăm sóc sau mổ

- Nằm đầu cao.

- Duy trì thân nhiệt.
- Hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị sốc nếu có.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, toan kiềm.
- Dẫn lưu dạ dày, nuôi ăn tĩnh mạch. Bắt đầu cho ăn qua đường tiêu hóa khi thông dạ dày ra dịch trong.

IV. THEO DÕI

1. Theo dõi và điều trị biến chứng

- Xì miệng nổi: xảy ra từ ngày thứ 4 – 6
 - + Bụng chướng.
 - + Trụy mạch ngoại biên, tím tái, thở nhanh.
 - + XQ bụng không sửa soạn: hơi tự do trong ổ bụng.
 - + Xử trí: đưa ruột ra da.
- Miệng nổi không hoạt động: 3 tuần
 - + Bụng chướng.
 - + Chưa đi tiêu.
 - + XQ: quai ruột dẫn lớn.
 - + Xử trí: tùy vào tình trạng bệnh nhi:
 - Đưa ruột ra da.
 - Cắt đoạn ruột dẫn lớn và nối lại.

2. Tái khám

- Lịch tái khám: sẽ theo dõi mỗi tháng trong 6 tháng đầu. Sau đó sau 3 - 6 tháng trong 1 năm đầu.
- Các dấu hiệu cần theo dõi: nôn ói, hội chứng kém hấp thu, cân nặng, phát triển về thể chất.
- Chăm sóc đoạn ruột đưa ra da, thời điểm đóng dẫn lưu ruột ra da.

HỘI CHỨNG NÚT PHÂN SU HAY HỘI CHỨNG ĐẠI TRÀNG TRÁI NHỎ

- Thường là cùng một bệnh lý phân su, với mức độ tổn thương trầm trọng khác nhau do rối loạn nhu động ruột bên trong tử cung, do tắc nghẽn đoạn xa của đại tràng bởi các nút nhầy. Hội chứng này gặp ở trên 50% trẻ có mẹ bị tiểu đường.
- X-quang đại tràng cản quang giúp cho chẩn đoán và cũng là một phương pháp điều trị.
- Cần phải loại trừ bệnh Hirschsprung.

TEO THỰC QUẢN BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Sự gián đoạn lưu thông của thực quản, có kèm sự thông thương giữa thực quản và khí quản trong đa số trường hợp.

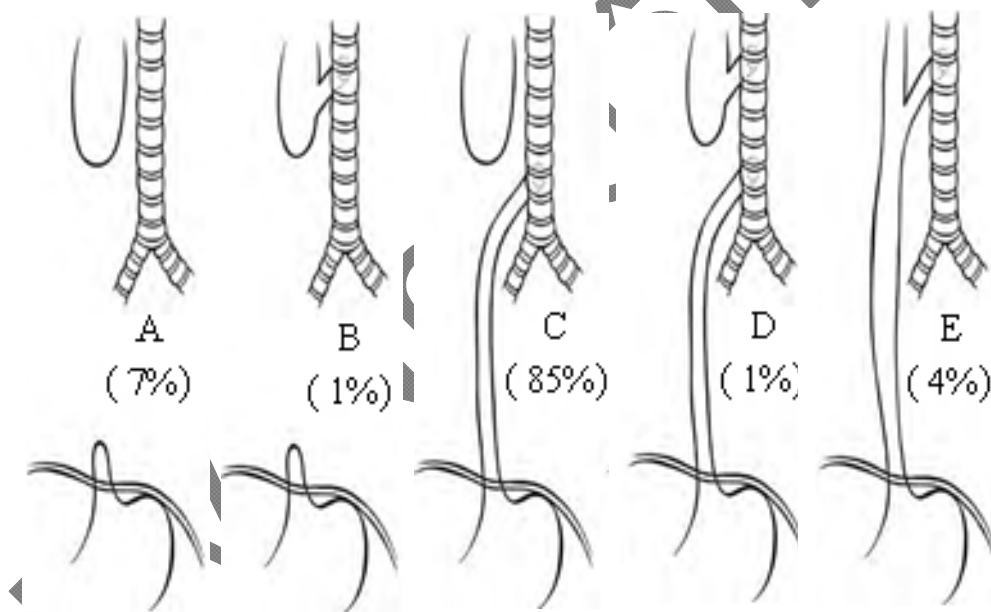
2. Phôi thai

Teo thực quản xảy ra do rối loạn sự phát triển trong bào thai ở giai đoạn từ 4 - 6 tuần. Teo thực quản hường kết hợp với một số dị tật khác như tim, cột sống, tiết niệu, tiêu hóa.

3. Tần suất

1/4.500 - 1/3.000 trẻ sinh sống.

4. Phân loại



Phân loại teo thực quản

- **A**: teo thực quản đơn thuần không có đường rò.
- **B**: có đường rò khí quản - túi cùng trên thực quản.
- **C**: có đường rò khí quản - túi cùng dưới thực quản.
- **D**: có đường rò khí quản - 2 túi cùng trên và dưới thực quản.
- **E**: rò khí quản - thực quản không teo.

5. Dị tật phổi hợp (30 - 50%): thường gặp nhất là dị tật tim mạch (13 - 34%), dị dạng hậu môn trực tràng (10 - 16%), dị tật tiết niệu sinh dục (5 -14%)... (VACTERL).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Đa ối, sanh non.
- Bú bị ho sặc sụa tím tái, nghẹt thở.

2. Triệu chứng

- Loại C:
 - + Sùi nước bọt liên tục ra mũi, miệng, tái lập nhanh sau khi hút sạch (sùi bọt cua).
 - + Suy hô hấp, tím tái từng cơn, viêm phổi.
 - + Bụng chướng.
- Loại A: Bụng xẹp, tình trạng phổi thường nhẹ.
- Loại B: giống loại A.
- Loại D: giống loại C.
- Loại E: khó chẩn đoán sớm, hay bị viêm hô hấp tái diễn; soi phế quản giúp chẩn đoán xác định.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: công thức máu, CRP, chức năng gan thận, đông máu toàn bộ, nhóm máu, khí máu động mạch.
- Hình ảnh học:
 - + X-quang ngực thẳng:
 - o Thông dạ dày cuộn hoặc dừng lại trong lồng ngực.
 - o Xác định túi cùng trên: đặt ống thông dạ dày có cản quang hoặc bơm không khí.
 - o Hơi trong dạ dày, ruột non; bóng đôi nếu có kèm theo teo tá tràng.
 - o Tình trạng phổi, chỉ số tim - ngực.
 - o Dị tật cột sống, xương sườn.
 - + Siêu âm bụng, siêu âm tim: xác định vị trí cung động mạch chủ và tìm dị tật phổi hợp.

4. Chẩn đoán

- Xác định:
 - + Lâm sàng: trào nước bọt ở miệng, không đặt thông vào được dạ dày.

- + X-quang ngực thẳng: vị trí thông dạ dày, hơi trong đường tiêu hóa.
- Phân biệt: túi thừa thực quản, thực quản đôi, hẹp thực quản, mềm sụn khí quản...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân tiền phẫu:
 - + Cân nặng.
 - + Viêm phổi, mức độ suy hô hấp.
 - + Có rò khí thực quản hay không?
 - + Dị tật kèm theo, vị trí cung động mạch chủ.
- Chuẩn bị tiền phẫu:
 - + Đặt thông dẫn lưu túi cùng trên thực quản.
 - + Nằm tư thế chống trào ngược: đầu cao 45^0
 - + Giữ ấm.
 - + Hỗ trợ hô hấp.
 - + Kháng sinh.
 - + Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan, hạ đường huyết.
 - + Vitamin K1.
- Mục tiêu phẫu thuật:
 - + Cắt khâu đường rò.
 - + Tái lập lưu thông thực quản.

2. Phương pháp phẫu thuật

- Phẫu thuật một thì:
 - + Thực hiện ở loại C hoặc D khi hai đầu thực quản gần nhau (dưới 2 đốt sống), tình trạng toàn thân ổn định, không có dị tật nặng phối hợp.
 - + Phẫu thuật mở hay nội soi:
 - o Đường mổ đối diện với cung động mạch chủ ở khoang liên sườn III hoặc IV.
 - o Vào khoang màng phổi, mở màng phổi thành vào trung thất sau.
 - o Cột cắt tĩnh mạch đơn, đường rò túi cùng dưới có thể bắt đầu từ khí quản ngay dưới tĩnh mạch đơn.
 - o Cắt khâu đường rò sát khí quản bằng chỉ prolene 5 - 0 mũi rời.

- o Di động túi cùng trên.
- o Khâu nối thực quản tận - tận bằng chỉ PDS 5 - 0 hoặc 6 - 0 mũi rời.
- o Dẫn lưu màng phổi. Đóng ngực.
- Phẫu thuật nhiều thì:
 - + Mở dạ dày nuôi ăn và cột đường rò, hút liên tục túi cùng trên; nối thực quản thì 2.
 - + Chỉ định khi: loại A và B; loại C có kèm nhiều dị tật nặng phổi hợp, hai đầu túi cùng xa nhau không thể nối ngay được.
- Tạo hình thực quản thay thế: chuyển vị dạ dày lên lồng ngực (gastric pull - up).

3. Hậu phẫu

- Nằm đầu cao.
- Ủ ấm.
- Thông dạ dày lưu trung bình từ 5 - 7 ngày để dẫn lưu dịch dạ dày.

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng và điều trị

- Biến chứng sớm:
 - + Thông khí kém gây xẹp phổi, điều trị bằng thở máy.
 - + Viêm phổi: điều trị bằng kháng sinh.
 - + Rò miệng nối (10 - 20%):
 - o Biểu hiện: dịch dẫn lưu màng phổi màu vàng, xanh hoặc sữa.
 - o Xử trí: nhịn ăn, thông dạ dày, dẫn lưu màng phổi, kháng sinh.
 - + Xì chỗ khâu đường rò khí - thực quản:
 - o Biểu hiện: dẫn lưu màng phổi ra khí.
 - o Xử trí: phẫu thuật.
- Biến chứng muộn:
 - + Hẹp miệng nối (17 - 59%): trẻ bị nôn khí bú, chậm lên cân. Chẩn đoán dựa vào X-quang thực quản cản quang và nội soi thực quản. Xử trí nong thực quản.
 - + Trào ngược dạ dày thực quản (39 - 72%): thường gặp, điều trị với Motilium hoặc Primperan uống và thuốc kháng tiết axit dạ dày.
 - + Rò khí thực quản tái phát (3 - 15%): ít gặp. Biểu hiện: viêm phổi liên tục, ho, sặc khi bú. Chẩn đoán: soi thực quản, chụp thực quản cản quang. Điều trị: phẫu thuật.

- + Mềm sụn khí quản (20%): điều trị cần thiết trong trường hợp nặng với phẫu thuật cố định động mạch chủ (aortopexy).
- Tiên lượng:

**Phân loại tiên lượng sau mổ teo thực quản
dựa vào cân nặng và dị tật tim ⁽⁵⁾**

Nhóm	Đặc điểm	Sống sót
I	CNLS >1500g và không có dị tật tim	97%
II	CNLS <1500g hoặc có dị tật tim nặng	59%
III	CNLS <1500g và có dị tật tim nặng	22%

2. Tái khám

- Theo dõi mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó mỗi 3 - 6 tháng, sau đó mỗi năm.

BỆNH HIRSCHSPRUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là tình trạng vắng bẩm sinh các tế bào hạch thần kinh của các đám rối cơ ruột từ cơ thắt trong làm mất dẫn truyền nhu động ở đoạn ruột bệnh lý, gây ứ phân và hơi phía trên.
- Thường gặp nhất là ở trực tràng và đại tràng sigma (75-80%), đến đại tràng góc lách (8,5%), đại tràng ngang (2,5%), toàn bộ đại tràng (10%), hồi tràng và hồi tràng (1%).
- Tần suất: 1/5.000 trẻ sinh sống, nam/nữ: 4/1.

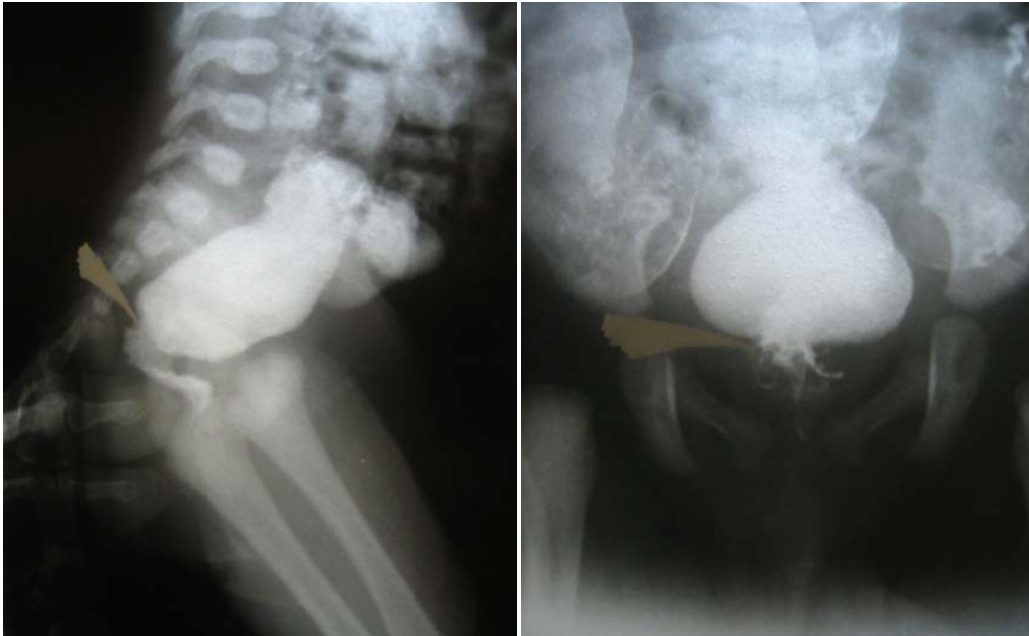
II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

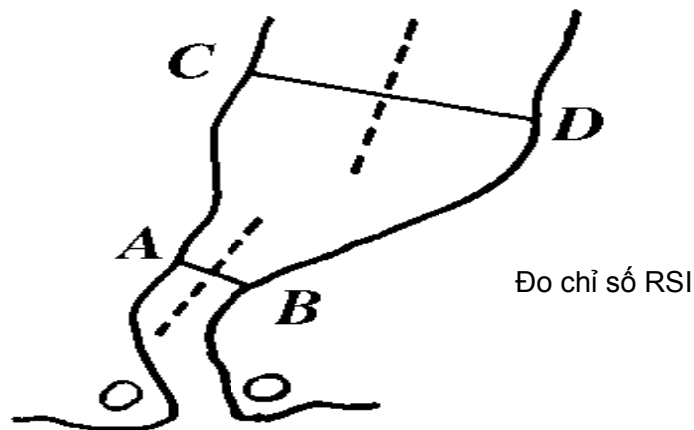
- Chậm tiêu phân su sau 24 giờ sau sanh, chướng bụng, tăng nhu động ruột, nôn ói, khi có tiêu chảy nên nghĩ đến viêm ruột.
- Trẻ lớn: tiêu bón xen kẽ những đợt tiêu lỏng, những đợt bán tắc ruột lặp đi lặp lại, chậm lên cân, bụng chướng, gõ vang, u phân ở bụng.
- Thở nhanh, mạch nhanh, sốt trong nhiễm trùng huyết
- Thăm trực tràng: bóng trực tràng rộng, tăng trương lực hậu môn, dấu hiệu tháo cống.

2. Cận lâm sàng

- X-quang bụng đứng không sửa soạn: hình ảnh tắc ruột thấp, các quai ruột dẫn, mực nước hơi, vắng hơi vùng chậu và bóng trực tràng.
- Hình ảnh X-quang đại tràng cản quang thẳng, nghiêng gồm 3 đoạn: đoạn vô hạch hẹp, cứng, đờ, bờ nhẵn; đoạn chuyển tiếp hình phễu và đoạn dẫn. Đo chỉ số RSI (AB/CD): có giá trị chẩn đoán khi < 1 .



Hình ảnh đoạn hẹp, dẫn trên phim đại tràng cản quang thẳng nghiêng



- Sinh thiết trực tràng (Swenson): là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh Hirschsprung. Lấy một mảnh thành trực tràng, trên đường lược 2 – 3.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Tắc ruột sơ sinh chức năng: nhiễm trùng huyết, suy giáp, sang chấn sản khoa...
- Teo ruột non.
- Tắc ruột phân su.
- Loạn sản thần kinh ruột.

IV. BIẾN CHỨNG

- Viêm ruột: tiêu chảy cấp, chướng bụng, sốt, tiến triển có thể gây loét, thủng ruột, xảy ra ở tất cả các đoạn ruột.
- Thủng ruột: thường ở vùng chuyển tiếp, manh tràng hay ruột thừa, do viêm ruột, đặt thông trực tràng, chụp cản quang. Biểu hiện của tình trạng viêm phúc mạc.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giải quyết tình trạng tắc nghẽn.
- Nâng đỡ tổng trạng.
- Điều trị viêm ruột.

2. Điều trị tạm thời

- Thụt tháo hàng ngày.
- Hậu môn tạm: khi thụt tháo thất bại, có biến chứng viêm ruột, thủng ruột.

3. Điều trị triệt để

- Chuẩn bị trước mổ:
 - + Làm sạch đại tràng.
 - + Kháng sinh dự phòng: Cephalosporin thế hệ 3.
- Phương pháp phẫu thuật:
 - + Hạ đại tràng qua ngã hậu môn.
 - + Trường hợp vô hạch đoạn dài: nội soi ổ bụng hỗ trợ.
 - + Trường hợp vô hạch toàn bộ đại tràng: phẫu thuật Duhamel cải biên.
- Chăm sóc sau mổ:
 - + Nhịn 24-48 giờ.
 - + Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ 3 + Aminoglycosid + Metronidazole.

4. Biến chứng

- Biến chứng sớm:
 - + Xì miệng nối: do căng, thiếu máu, hở miệng nối, khâu hẹp khâu kín đại tràng không thích hợp.
 - + Nhiễm trùng vết mổ.
 - + Rối loạn đi tiêu.

- Biểu chứng muộn:
 - + Táo bón.
 - + Viêm ruột.
 - + Són phân.
 - + Hẹp miệng nổi.
 - + Rò trực tràng-âm đạo, trực tràng-niệu đạo, rò tầng sinh môn
 - + Còn sót đoạn vô hạch.

5. Tái khám: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, mỗi năm.

BV Nhi đồng 2

TEO ĐƯỜNG MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. **Định nghĩa:** teo đường mật là sự gián đoạn của đường mật làm tắc nghẽn sự lưu thông của mật.

- Phôi thai: hệ thống đường mật xuất phát từ hai thành phần khác nhau mà điểm móc là chạc ba chỗ ống túi mật đổ vào ống mật chủ. Bất thường ở phần nào sẽ gây bất sản đoạn đường mật tương ứng.
- Tần suất: 1/10.000- 1/16.700 trẻ sinh sống, trẻ gái gấp 1,4 – 1,7 lần trẻ trai.
- Phân loại: 3 loại
 - + Loại I (11,9%): vị trí teo tại ống mật chủ, đường mật phía trên chỗ teo dẫn thành một nang.
 - + Loại II (2,5%): vị trí teo tại ống gan chung.
 - + Loại III (84,1%): toàn bộ đường mật trong và ngoài gan đều bị teo.

- Nguyên nhân: hiện tượng viêm quanh hệ thống đường mật trong thời kỳ chu sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. **Bệnh sử:** vàng da kéo dài trên 2 tuần sau sinh.

2. **Triệu chứng lâm sàng**

- Vàng da.
- Phân bạc màu.
- Gan to.
- Nước tiểu sậm màu.

3. Cận lâm sàng

- Bilirubine toàn phần, trực tiếp, gián tiếp.
- Alkaline phosphatase, gamma - glutamyl transferase.
- Chẩn đoán xác định:
 - + Siêu âm: không thấy túi mật.
 - + Xạ hình đường mật: dịch mật ứ đọng trong hệ thống đường mật.
 - + Cộng hưởng từ đường mật: quan sát được toàn bộ đường mật cho biết dạng teo đường mật.
 - + Chụp đường mật cản quang trong lúc mổ.
 - + Sinh thiết gan: tăng sinh ống mật, xơ hóa khoảng cửa.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Bilan viêm gan.
 - + Nhiễm trùng bào thai: TORCH.
 - + Alpha1 – antitrypsine.

4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định:
 - + Vàng da kéo dài trên 2 tuần, phân bạc màu, gan to.
 - + Bilirubin trực tiếp tăng.
 - + Siêu âm không thấy túi mật.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Vàng da sinh lý.
 - + Viêm gan.
 - + Nang ống mật chủ.
 - + Hội chứng mật đặc.
 - + Thiếu sản đường mật.
 - + Hội chứng Alagille's.
 - + Một số bệnh khác: bất đồng nhóm máu Rh - ABO, tán huyết...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chuẩn bị trước mổ

- Cung cấp vitamin K vài ngày trước mổ.
- 24 – 48 h trước mổ: ngưng ăn và thụt tháo.
- Ngay trước mổ: kháng sinh dự phòng phổ rộng.

2. Chỉ định phẫu thuật

Càng sớm càng tốt, ngay khi có chẩn đoán xác định, tốt nhất từ 4 - 8 tuần tuổi, không quá 100 ngày tuổi.

3. Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật Kasai mổ hở hoặc mổ nội soi.

- Rạch da đường dưới sườn phải.
- Làm thủ thuật hạ gan để bộc lộ phần cửa gan.
- Di động túi mật ra khỏi giường túi mật → bơm thuốc cản quang vào túi mật để chụp hệ thống đường mật.
- Dùng túi mật làm trục để bóc tách phần đường mật xơ teo, bộc lộ tĩnh mạch cửa và động mạch gan.
- Chọn một đoạn hồng tràng cách góc Treitz 15 - 25 cm, dài 60 cm để nối với cửa gan theo kiểu tận - tận.
- Nối hồng tràng - hồng tràng theo kiểu tận - bên.
- Sinh thiết gan.
- Đặt ống dẫn lưu dưới gan.
- Đóng vết mổ.

4. Sau mổ

- Nuôi ăn tĩnh mạch cho đến khi ăn uống hoàn toàn bằng đường miệng.
- Kháng sinh phổ rộng dự phòng nhiễm trùng.
- Cung cấp các loại vitamin, đặc biệt là vitamin tan trong dầu A, D, E, K.

5. Ghép gan: sau khi đã thực hiện phẫu thuật Kasai

Chỉ định:

- Phẫu thuật Kasai thất bại sớm: vàng da, tiêu phân bạc màu, hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa.
- Phẫu thuật Kasai thất bại muộn: xơ gan, hội chứng gan phổi.

IV. THEO DÕI

1. Biện chứng và điều trị

- Nhiễm trùng đường mật: sốt, vàng da, bạch cầu tăng, bilirubin tăng.
- Kháng sinh phổ rộng diệt vi trùng Gram âm.
- Không có dịch mật.
- Cân nhắc việc mổ lại.
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa: xuất huyết do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản, cường lách, bàng bụng.
- Xem xét chỉ định ghép gan.

2. Tái khám

- Sau 1 tuần xuất viện.
- Sau đó sau 1 tháng - 3 tháng - 6 tháng.
- Chế độ ăn giàu triglycerid chuỗi trung bình (dầu dừa, dầu cọ).
- Bổ sung các vitamin tan trong dầu A, D, E, K.

BV Nhi đồng 2

RÒ CẠNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Rò cạnh hậu môn là hậu quả của tình trạng viêm nhiễm trùng hốc hậu môn.

2. Tần suất

- 96% trường hợp ở trẻ <12 tháng tuổi.
- Thường gặp nam nhiều hơn nữ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Áp xe cạnh hậu môn: sưng, nóng, đỏ, đau.
- Lỗ rò cạnh hậu môn rỉ dịch, mủ.
- Vị trí ở 2 bên, hiếm khi ở đường giữa.

2. Cận lâm sàng

Không cần thiết, dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng đủ để chẩn đoán bệnh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh.
- Phẫu thuật xẻ rò.

2. Phương pháp phẫu thuật

- Bệnh nhi nằm tư thế sản phụ khoa.
- Dùng que thăm rò xác định đường rò từ lỗ rò ngoài da cạnh hậu môn đến lỗ rò trong ống hậu môn.
- Xẻ đường rò trên que thăm rò bằng dao đốt điện.
- Dùng curet cạo sạch đường rò.
- Cầm máu.
- Để hở vết mổ.

3. Điều trị sau phẫu thuật

- Dùng kháng sinh.
- Chăm sóc vết mổ mỗi ngày.

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng

- Tái phát.

- Châm lạnh vết mổ.
- Nhiễm trùng.

2. Tái khám

- 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

Hình ảnh minh họa phương pháp phẫu thuật



Các bước trong xử đường rò

DẪN ĐƯỜNG MẬT CHÍNH BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

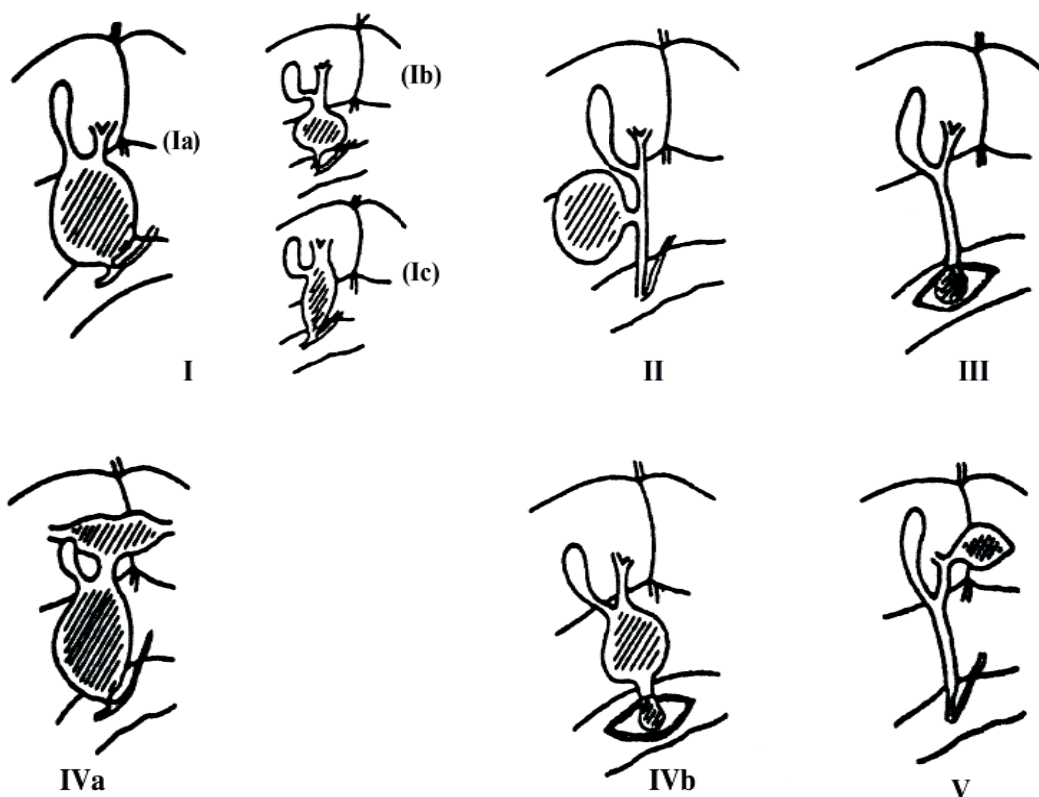
1. Định nghĩa

Tình trạng dẫn bẩm sinh dạng cầu hay dạng thoi của đường mật trong và ngoài gan.

2. Dịch tễ học

- Ở các nước phương Tây, tần suất bệnh từ 1/13.000 đến 1/2.000.000.
- Ở các nước phương Đông, tần suất lên đến 1/1.000.
- Tỷ lệ nữ/nam: 3 - 4/1.

3. Phân loại: phân loại theo Todani (1977).



Phân loại theo Todani

- o Loại I: nang OMC đơn thuần.
 - Ia: dạng cầu.
 - Ib: dẫn một đoạn OMC thành nang.
 - Ic: dạng thoi.
- o Loại II: túi thừa đường mật ngoài gan.
- o Loại III: sa OMC.

- o Loại IV: nang OMC kết hợp với dẫn đường mật trong gan.
 - IVa: dẫn đường mật trong và ngoài gan phối hợp.
 - IVb: dẫn đường mật ngoài gan thành nhiều nang.
- o Loại V: dẫn đường mật trong gan thành một hoặc nhiều nang.

4. Bệnh sinh

Giả thiết kênh chung mật - tụy dài (KCMT), được chấp nhận nhiều nhất.

KCMT dài → góc hợp lưu giữa OMC và ống tụy chính (OTC) không còn nhọn và chỗ nối này không chịu sự kiểm soát của cơ vòng bóng gan - tụy → trào ngược tự do dịch tụy vào đường mật → viêm đường mật tái phát → đoạn cuối OMC hẹp dần → tăng áp lực trong lòng đường mật → nang.

II. LÂM SÀNG

1. Triệu chứng

Tam chứng: vàng da, đau bụng và khối dưới sườn phải ngày càng ít gặp.

Có thể không có triệu chứng và chỉ được phát hiện khi đã có biến chứng.

- Vàng da:
 - + Xuất hiện thành từng đợt.
 - + Đôi khi kết hợp với sốt và rét run: dấu hiệu của nhiễm trùng đường mật.
- Đau bụng:
 - + Con đau quặn mật ở 1/4 trên phải của bụng, thường kèm theo nôn ói.
 - + Do nang quá căng, hay do viêm đường mật do dịch tụy trào ngược vào nang.
- Khối dưới sườn phải:

Khu trú ở 1/4 bụng phải, nhẵn, ranh giới rõ và có thể thay đổi kích thước theo thời gian.

2. Biến chứng

Nhiễm trùng đường mật, sỏi mật, viêm túi mật, áp xe gan, viêm tụy, vỡ thủng nang, xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, ác tính hóa...

III. CẬN LÂM SÀNG

1. **Siêu âm:** phương pháp khảo sát tốt nhất, độ nhạy 97%.

- Hình ảnh OMC dẫn dạng nang, dẫn đường mật trong gan (nếu có).

- Giúp xác định liên quan giữa nang và các cấu trúc xung quanh.

2. Chụp cắt lớp vi tính, mật - tụy cộng hưởng từ, xạ hình

3. Chụp đường mật trong khi mổ

- Cung cấp những thông tin giải phẫu chính xác nhất về đường mật cần thiết cho phẫu thuật, tránh được tổn thương OTC khi mổ.
- Khảo sát được KCMT, hạn chế sót sỏi đường mật trong gan, thấy được nút đạm trong KCMT, hình ảnh của hẹp ống gan.

4. XN sinh hóa máu: bilirubin TT, bilirubin TP, AST, ALT, amylase, lipase.

IV. ĐIỀU TRỊ

❖ Phẫu thuật cần được đặt ra sớm

❖ Kháng sinh dự phòng trước mổ

1. Dẫn lưu nang ra ngoài

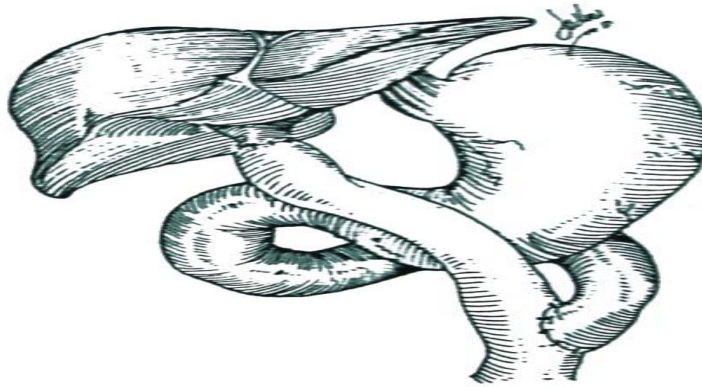
- Thực hiện trong những trường hợp: sơ sinh hay nhũ nhi quá yếu, vàng da nặng kéo dài, nhiễm trùng đường mật nặng, rối loạn chức năng gan và chức năng đông máu nặng, thủng hay vỡ nang.
- Phẫu thuật triệt để sẽ được tiến hành khoảng 6 - 8 tuần sau.

2. Cắt bỏ toàn bộ nang

Kỹ thuật:

- Đường mổ: ngang dưới sườn phải.
- Bộc lộ rõ khoảng cửa.
- Cột cắt động mạch túi mật, bóc tách túi mật khỏi giường túi mật.
- Bóc tách nang khỏi các cấu trúc lân cận. Trong trường hợp nang quá dính hay quá to, khó bóc tách trọn nang, chủ động mở nang và bóc tách từ bên trong, tránh gây tổn thương cho các cơ quan lân cận.
- **Phía dưới**, phẫu tích đến đoạn hẹp cuối của OMC sát với OTC và KCMT. Cắt trọn phần cuối nang, khâu kín đầu dưới OMC.
- **Phía trên**, phẫu tích đường mật dần lên đến ống gan chung, cắt nang và túi mật thành một khối để tránh bỏ sót thương tổn
- **Nối ống gan - hồng tràng theo Roux-en-Y**: được sử dụng nhiều nhất hiện nay.

Quai ruột được chọn tạo hình đường mật cách góc tá - hồng tràng từ 20 - 30cm và có độ dài khoảng 40 - 50cm.



Nơi nối gan nối tràng theo Roux en Y

V. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

1. Biến chứng sớm

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.
- Rò miệng nối mật ruột:
 - + Thường giảm dần trong vòng 3 tuần sau mổ với dẫn lưu hiệu quả.
 - + Trường hợp nặng hoặc dẫn lưu không hiệu quả, cần mổ lại.
- Rò miệng nối ruột - ruột.
- Xuất huyết tiêu hóa.
- Tắc ruột do dính.
- Viêm tụy cấp và rò tụy: có thể do tổn thương OTC khi bóc tách đoạn cuối OMC; điều trị: dẫn lưu dạ dày và nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn trong vài tuần.

2. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng đường mật thường do hẹp miệng nối mật ruột.
- Sỏi mật.
- Hẹp miệng nối mật - ruột.
- Ác tính.
- Viêm tụy và sỏi tụy.
- Ung thư tụy: hiếm gặp.
- Suy gan: do xơ gan hay tăng áp TMC.

VI. TÁI KHÁM

- 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, và mỗi năm sau đó.
- Siêu âm
- Chức năng gan.

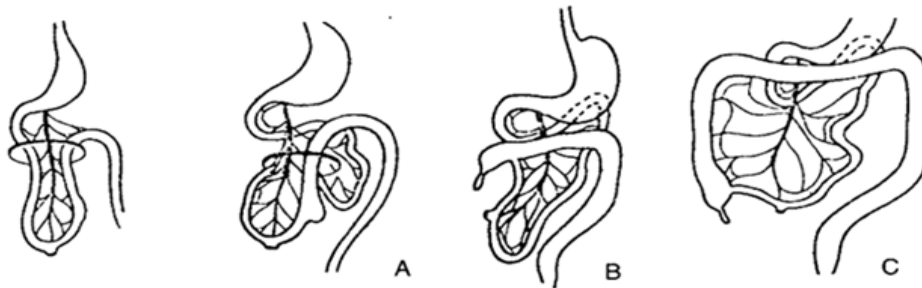
RUỘT XOAY BẤT TOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ruột xoay bất toàn là một bất thường bẩm sinh trong đó ruột xoay và cổ định không hoàn toàn trong quá trình phát triển của bào thai.
- Hình thái lâm sàng từ không triệu chứng cho đến xoắn ruột.
- Ruột xoay bất toàn xảy ra ở 0,5 - 1% dân số. Có biểu hiện triệu chứng là 1/6.000.

II. PHÔI THAI

- Ruột gồm hai quai, quai tá hồng tràng và quai manh đại tràng xoay quanh động mạch mạc treo tràng trên.
- Giai đoạn 1: quai tá hồng tràng xoay ngược chiều kim đồng hồ ra phía sau động mạch mạc treo tràng trên rồi lên $\frac{1}{4}$ trên trái ổ bụng.
- Giai đoạn 2: quai manh đại tràng xoay 180° từ $\frac{1}{4}$ dưới trái lên phía trước quai tá hồng tràng.
- Giai đoạn 3: quai manh đại tràng tiếp tục xoay 90° ngược chiều kim đồng hồ đến $\frac{1}{4}$ dưới phải.



Quá trình ruột xoay trong phát triển bào thai

- Dạng thường nhất của ruột xoay bất toàn là quai manh đại tràng dừng lại ở giai đoạn 2 lúc này quai manh đại tràng rất gần quai tá hồng tràng, chân mạc treo ngắn, dễ xoắn ruột.

III. CÁC BẤT THƯỜNG KÈM THEO

- Thoát vị hoành bẩm sinh.
- Khiếm khuyết thành bụng.
- Tắc tá tràng.

IV. LÂM SÀNG

- Hội chứng tắc ruột cao do xoắn ruột hoặc dây chằng Ladd.
- Nôn là triệu chứng thường gặp, thường có dịch mật.
- Ngoài ra: đau bụng, tiêu chảy, chán ăn, tiêu máu, chướng bụng.
- Khám lâm sàng: phụ thuộc vào có hay không có xoắn ruột.
- Đột ngột quấy khóc, ói.
- Bụng có thể chướng nhẹ lệch sang phải, ấn đau.
- Giai đoạn trễ: tiêu máu, bụng chướng, da thành bụng nề đỏ, suy sụp nhanh chóng, sốc nhiễm trùng nhiễm độc.

V. CẬN LÂM SÀNG

- X-quang bụng đứng không sửa soạn.
- Dạ dày giãn to, giảm hơi vùng thấp.
- X-quang dạ dày tá tràng cản quang.
- Hình ảnh góc tá hỗng tràng bên phải cột sống.
- Dấu corkscrew và mỏ chim.
- Siêu âm hoặc CT scan bụng.
- Tĩnh mạch mạc treo tràng trên không nằm bên phải động mạch mạc treo tràng trên.
- Dấu whirlpool.

VI. ĐIỀU TRỊ: phẫu thuật ngay khi có nghi ngờ xoắn ruột

- Chuẩn bị tiền phẫu.
- Chống sốc, điều chỉnh rối loạn nước điện giải.
- Đường truyền tĩnh mạch.
- Đặt thông dạ dày, thông tiểu.
- Kháng sinh phổ rộng.
- Đăng ký máu.
- Nguyên tắc phẫu thuật:
 - + Tháo xoắn.
 - + Cắt dây chằng Ladd, giải phóng manh tràng và đại tràng phải ra khỏi thành bụng sau.
 - + Mở rộng chân mạc treo để đưa manh tràng và đại tràng sang trái, đưa ruột non sang phải.
 - + Cắt ruột thừa ($\pm$).

HỆP MÔN VỊ PHÌ ĐẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

- 1. Định nghĩa:** hẹp môn vị phì đại là sự phì đại của các lớp đặc biệt là lớp cơ vòng của môn vị, làm hẹp và dài ống môn vị.
- 2. Tần suất:** 1 - 4/1.000 trẻ sinh sống, tỷ lệ nam/nữ: 4/1, gặp ở trẻ da trắng nhiều hơn da vàng và da đen.
- 3. Nguyên nhân:** chưa rõ ràng.

II. CHẨN ĐOÁN

- 1. Bệnh sử:** nôn, ọc sau bú thường xảy ra khi trẻ được 2 - 4 tuần tuổi.
- 2. Triệu chứng lâm sàng**
 - **Cơ năng:**
 - + Nôn: vọt, lúc đầu thưa, sau mỗi lần bú là một lần nôn. Vào giai đoạn mất bù, số lần nôn ít hơn số lần bú, dịch nôn không có mật.
 - + Háo đói: sau nôn bé háo hức đòi bú.
 - + Tổng trạng mất nước.
 - + Chậm lên cân.
 - **Thực thể:**
 - + Dấu mất nước: mắt trũng, da mát chậm hay rất chậm.
 - + Dạ dày tăng co bóp: thường thấy ngay sau bú và trước khi nôn.
 - + Sờ được u cơ môn vị ở hạ sườn phải.
 - + Vàng da do hiện tượng đối cấp tính với gan chưa trưởng thành.
- 3. Cận lâm sàng**
 - **X-quang bụng không sửa soạn:** dạ dày giãn to.
 - **X-quang dạ dày tá tràng cản quang (cản quang tan trong nước):** “dấu hiệu sợi dây” là hình ảnh điển hình của bệnh.
 - **Siêu âm:** độ nhạy 91 - 100%, độ đặc hiệu 100%. Tiêu chuẩn chẩn đoán: bề dày lớp cơ môn vị > 4mm, chiều dài kênh môn vị > 16mm.
 - **Ion đồ:** hạ Na^+ , hạ K^+ , hạ Cl^-
 - **Xét nghiệm tiền phẫu:** chức năng gan thận.
- 4. Chẩn đoán**
 - **Chẩn đoán xác định:**
 - + Nôn vọt, háo đói sau nôn.

- + Sờ được u cơ môn vị.
- + Siêu âm: u cơ môn vị > 4x16mm.
- **Chẩn đoán phân biệt:**
 - + Co thắt môn vị.
 - + Trào ngược dạ dày - thực quản.
 - + Lạc chỗ tâm - phình vị.
 - + Thoát vị qua khe thực quản.
 - + Tắc tá tràng trên bóng Vater.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: phẫu thuật có trì hoãn.

- Làm trống dạ dày: đặt thông dạ dày, nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch.
- Bồi hoàn nước điện giải và nâng đỡ tổng trạng:
 - + Mất nước nặng: Bolus 20 ml/kg NaCl 0,9%.
 - + Duy trì bằng Glucose 5% trong NaCl 0,45% + 20 - 30 mEq/l KCl với tốc độ gấp 1,25 - 2 lần tốc độ dịch truyền căn bản.
 - + Ion đồ mỗi 6h.
- Phẫu thuật Fredet-Ramstedt: mở cơ môn vị ngoài niêm mạc.

2. Phương pháp phẫu thuật

- Rạch da ngang bụng $\frac{1}{4}$ trên phải hoặc vòng cung trên rốn.
- Đưa u cơ môn vị ra ngoài thành bụng.
- Rạch dọc chiều dài hết phần u cơ môn vị (chú ý ranh giới giữa môn vị và tá tràng: trắng xám của môn vị và hồng của tá tràng, hoặc tĩnh mạch môn vị).
- Dùng phần tù của kelly hay mosquito tách nhẹ nhàng hết chiều sâu của u cơ môn vị đến lớp niêm mạc.
- Nếu tổn thương niêm mạc tá tràng (dịch mật chảy ra), khâu lại đường rạch bằng mũi rời .
 Xoáy u cơ môn vị một góc 45 – 90°, rạch một đường khác và làm tương tự như trên.
- Cầm máu bằng dao điện khi chảy máu.
- Cho môn vị vào lại ổ bụng, bơm 50 - 100 ml khí vào ống thông dạ dày để kiểm tra.
- Khâu vết mổ.

3. Sau mổ

- Rút ống thông dạ dày ngay khi bé tỉnh.
- Trong trường hợp bị thủng tá tràng có thể lưu sonde trong 24h sau mổ.
- Tiếp tục nuôi ăn tĩnh mạch cho đến khi bé ăn uống lại hoàn toàn bằng đường miệng.
- Bắt đầu ăn lại sau mổ 6 giờ với lượng 15ml sữa, tăng 10 - 15 ml mỗi 3 giờ cho đến khi đủ lượng nhu cầu (nếu bệnh nhân không ói).

IV. THEO DÕI

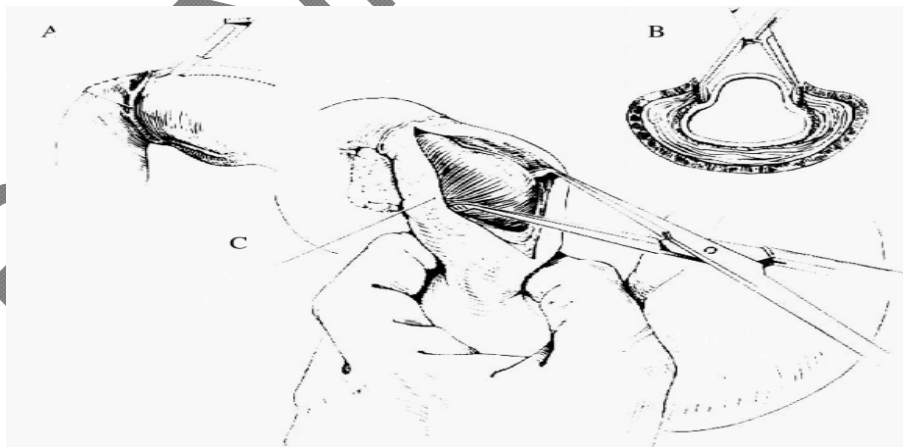
1. Biến chứng

- Nôn ngay sau mổ: do viêm dạ dày và trào ngược dạ dày thực quản → chống trào ngược.
- Nôn sau mổ trên 7 - 10 ngày: cắt cơ môn vị chưa hết → cần mổ lại.
- Thủng tá tràng không nhận biết trong cuộc mổ: ói, chướng bụng, sốt và viêm phúc mạc → mổ lại khâu lỗ thủng, xẻ cơ môn vị ở một đường khác.

2. **Xuất viện** khi ăn hoàn toàn bằng đường miệng.

3. **Tái khám** sau 1 tuần - 3 tháng - 6 tháng.

V. HÌNH ẢNH



Hình. Kỹ thuật xẻ cơ môn vị ngoài niêm mạc

HẸP EO ĐỘNG MẠCH CHỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: tổn thương bẩm sinh trong đó lòng động mạch chủ bị hẹp tại eo, nơi tiếp giáp giữa động mạch chủ ngang và động mạch chủ xuống, ngang động mạch dưới đòn trái và trước mặt ống động mạch.

2. Tần suất

- 0,2 - 0,6/1.000 trẻ sinh sống.
- Chiếm 5 - 8% các dị tật tim bẩm sinh.
- Thương tổn kèm theo:
Đơn độc (82%), Thông liên thất (11%), Van động mạch chủ hai mảnh (27 - 46%), Hẹp đoạn xa cung động mạch chủ (50 - 65%), Dị tật tim khác (8%).

II. SINH LÝ BỆNH

Trường hợp hẹp eo ĐMC nặng, đóng ống động mạch sẽ dẫn đến shock tim do hẹp đường thoát thất trái dẫn đến suy tim trái, tăng áp lực nhĩ trái, shunt trái phải qua lỗ bầu dục và phù phổi.

Hậu quả của suy tim trái là suy thận cấp và viêm ruột hoại tử.

Trẻ với hẹp eo ĐMC nhẹ thường không biểu hiện suy tim cấp do tim bù trừ qua các cơ chế:

- Phì đại cơ tim.
- Tăng thể tích cuối tâm trương.
- Tăng kích thích hệ thống thần kinh giao cảm.
- Tạo tuần hoàn bàng hệ.

Tuy nhiên, nếu không sửa chữa kịp thời, phần lớn bệnh sẽ diễn tiến qua suy tim trong vòng 6 tháng đầu đời.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Tăng áp chi trên hay giảm tưới máu chi dưới (Tăng huyết áp với khác biệt huyết áp tâm thu chi trên và chi dưới 10 mmHg).
- Trẻ sơ sinh có thể gặp bối cảnh cấp tính như sốc tim, trụy mạch.
- Âm thổi tâm thu dọc bờ trái xương ức.

2. Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ:
 - + Dày thất phải, 2 - 3 tuổi có biểu hiện dày thất trái.
 - + Các đạo trình bên trái đều có sóng T đảo.
- X-quang tim phổi:
 - + Bóng tim to và tăng tuần hoàn phổi.
 - + Dấu số 3 ở cung động mạch chủ.
 - + Dấu khuyết bờ sườn dưới ở các xương sườn cao.
- Siêu âm tim:
 - + Khảo sát toàn bộ cung động mạch chủ và các tổn thương phối hợp.
 - + Độ chênh áp qua nơi hẹp.
- CT scan ngực.

IV. ĐIỀU TRỊ

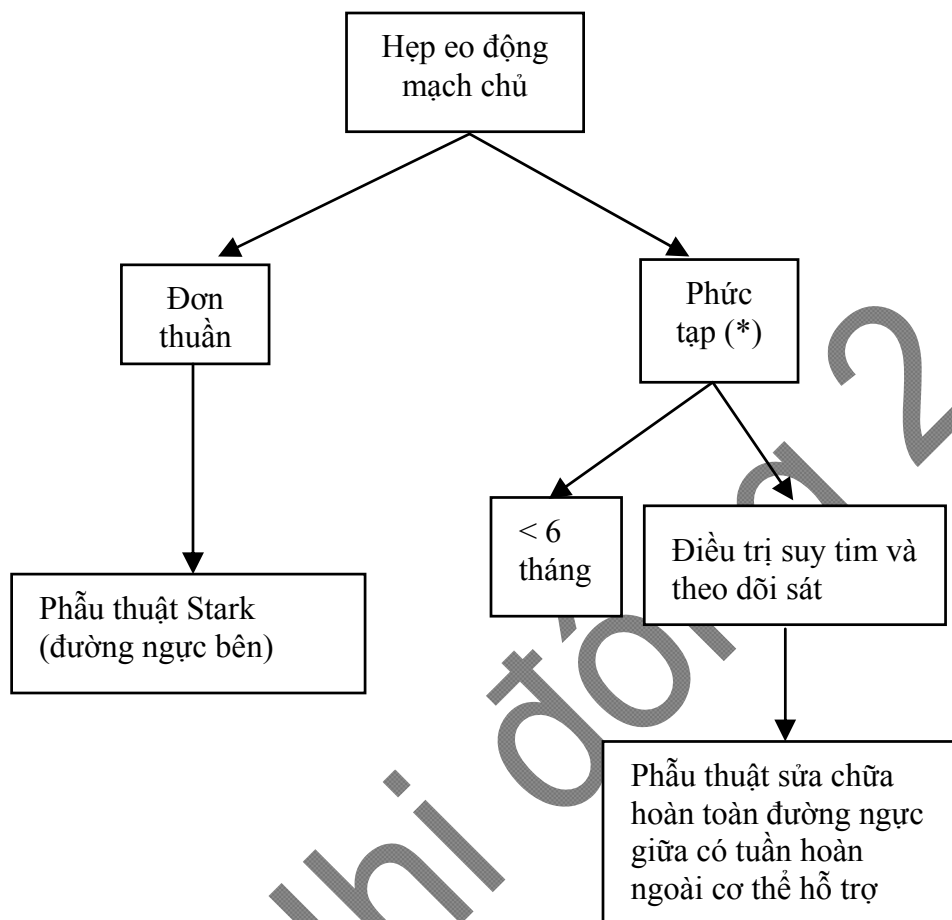
1. Nội khoa

- Ở trẻ sơ sinh có suy tim sung huyết nhằm mục đích ổn định huyết động.

2. Ngoại khoa

- Thời điểm phẫu thuật:
 - + Không có triệu chứng: phẫu thuật trước 18 tháng – 24 tháng.
 - + Đối với hẹp eo ĐMC nặng: phẫu thuật chương trình trong vòng 1 hoặc 2 tuần.
 - + Đối với trường hợp suy thất trái, không đáp ứng với prostaglandin: phẫu thuật khẩn.
- Chỉ định:
 - + HA tăng trên 95% phân vị đối với giới và tuổi.
 - + Dày thất trái.
 - + Trường hợp có suy tim ứ huyết ở trẻ sơ sinh phải can thiệp sớm khi tình trạng lâm sàng ổn định.

Sơ đồ hướng tiếp cận và điều trị hẹp eo động mạch chủ



(*): Hẹp eo ĐMC kèm theo các dị tật phối hợp như thông liên thất, hẹp đường thoát thất trái... hoặc hẹp eo ĐMC kèm thiếu sản đoạn dài (ĐMC đoạn ngang).

V. THEO DÕI

Biến chứng sớm:

1. Xuất huyết

2. Tăng huyết áp nghịch đảo sau mổ

- Sớm: tăng độ nhạy cảm của thụ thể áp lực động mạch chủ và động mạch cảnh.
- Trễ (48 - 72 giờ): hậu quả của tăng renin và angiotensin tuần hoàn.
- Có thể gây viêm mạch mạc treo ruột thứ phát sau phản ứng viêm cấp, gây ra xuất huyết tiêu hóa.

3. Liệt

- Tỷ lệ 1,5 - 4%.
- Một nghiên cứu thấy có liên quan đến thời gian kẹp động mạch chủ > 49 phút và bất thường động mạch dưới đòn.
- Có thể ngăn ngừa bằng cách giảm thời gian kẹp động mạch, hạ thân nhiệt trung bình (34 – 35°C), tăng huyết áp chi trên và hạ huyết áp chi dưới.

4. Phình mạch: tăng nguy cơ ở bệnh nhân tạo hình động mạch bằng mảnh ghép, bệnh nhân > 15 tuổi và tái hẹp.

Biến chứng muộn:

Tái hẹp

- Định nghĩa khi chênh áp sau can thiệp > 20 mmHg.
- Tăng nguy cơ ở trẻ < 2 – 3 tháng tuổi, < 5 kg.
- Kỹ thuật tạo miệng nối tận tận có suất độ tái hẹp thấp nhất.

THÔNG LIÊN NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Tổn thương do khiếm khuyết vách liên nhĩ.
- Tần suất:
 - + 1/1.500 trẻ sinh sống.
 - + Nữ/nam: 2/1.

2. Phân loại

- TLN thứ phát (ostium secundum): chiếm 80% trường hợp.
- TLN nguyên phát (ostium primum).
- TLN vùng xoang tĩnh mạch (sinus venosus).
- TLN vùng xoang mạch vành (unroofed coronary sinus).

3. Sinh lý bệnh

- Hệ quả sinh lý bệnh chính của thông liên nhĩ là hình thành luồng thông trong tim, thường là thông trái - phải, làm tăng gánh tâm trương tim phải.
- Thất trái sẽ dẫn và phì đại, đẩy vách liên thất qua bên trái làm hạn chế chức năng thất trái.
- Ngoài ra, phì đại thất trái làm cho việc tưới máu mạng mạch vành dưới nội mạc khó khăn trong thời kỳ tâm thu.
- Dẫn nhĩ trái là một yếu tố thuận lợi cho rối loạn nhịp như rung nhĩ, cuồng nhĩ.
- Tăng lượng máu lên phổi có thể làm tăng kháng lực mạch máu phổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào áp lực của tâm nhĩ và độ dẫn của thất phải.
- Hầu như không có triệu chứng lâm sàng ở tuổi nhỏ, triệu chứng lâm sàng xuất hiện khi lưu lượng máu phổi tăng 1,5 - 2,5 lần lưu lượng máu hệ thống.
- Ngực gò, không tăng cân, suy dinh dưỡng, mệt khi gắng sức.
- Nghe âm thổi hẹp chức năng động mạch phổi, T2 tách đôi khi lưu lượng máu lên phổi tăng.

- Âm thổi tâm thu của hở van 3 lá và âm thổi tâm trương của hở van động mạch phổi khi tăng áp động mạch phổi.

2. Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ:
 - + Trục lệch phải.
 - + Rối loạn dẫn truyền.
 - + Tăng áp động mạch phổi.
- X-quang tim phổi:
 - + Dẫn nhĩ phải, thất phải, động mạch phổi.
 - + Tăng tuần hoàn phổi.
- Siêu âm tim:
 - + Xác định vị trí kích thước lỗ thông, độ nặng.
- Thông tim

III. ĐIỀU TRỊ

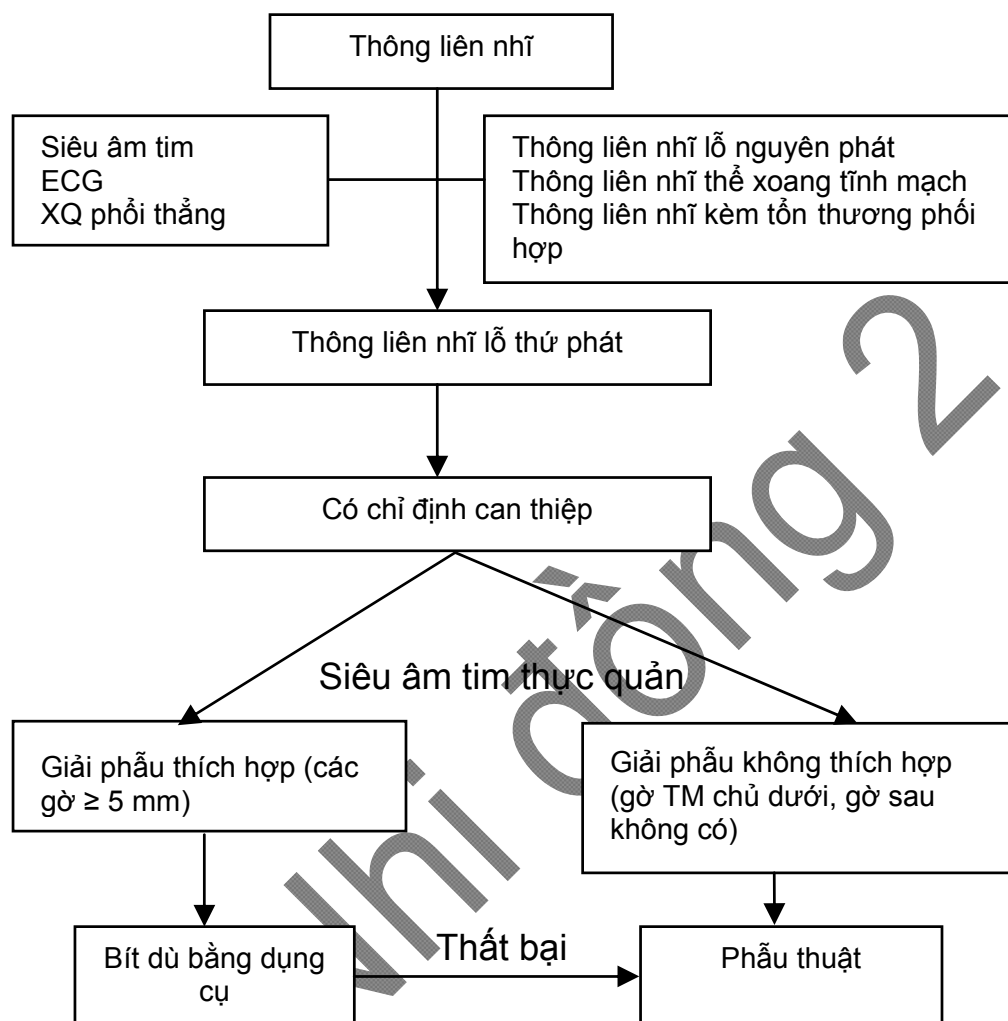
1. Nội khoa

- Có tính hỗ trợ, chống bội nhiễm và nâng cao tổng trạng chờ phẫu thuật hoặc thông tim can thiệp

2. Ngoại khoa

- Chỉ định:
 - + $Q_p/Q_s \geq 1,5/1 < 2$ tuổi nếu có triệu chứng lâm sàng bội nhiễm, hô hấp, suy dinh dưỡng, suy tim....
- Chống chỉ định:
 - + Tăng kháng lực mạch máu phổi không hồi phục: kháng lực mạch máu phổi = $8 - 12 \text{ đv Wood/m}^2$ và không đáp ứng với các liệu pháp gây dẫn mạch máu phổi (100% oxy, khí NO...).

Lưu đồ điều trị thông liên nhĩ



- Kỹ thuật:
 - + Thông tim: được áp dụng ngày càng rộng rãi để đóng thông liên nhĩ. Tỷ lệ thành công 80 - 90%.
- Phẫu thuật:
 - + Đường mổ giữa xương ức hoặc đường ngực bên.
 - + Đóng lỗ thông trực tiếp nếu lỗ thông nhỏ hoặc bằng miếng màng ngoài tim nếu lỗ thông lớn.

IV. THEO DÕI

- Tràn dịch màng tim.
- Rối loạn nhịp.

THÔNG LIÊN THẤT (TLT)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Một tổn thương tim bẩm sinh do khiếm khuyết bẩm sinh vách liên thất có thể do một hay nhiều lỗ thông giữa hai tâm thất trái phải.

2. Tần suất

- TLT đơn thuần chiếm 1,5 - 2,5% trẻ sinh sống.
- 20 - 25% bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em.

3. Phân loại

- Theo Van Praagh và cộng sự:
 - + Phân nhận (Inlet).
 - + Phần cơ (Muscular).
 - + Phần dải nón hoặc vách nón gần (Septal band or proximal conal septum).
 - + Phần dải thành hoặc vách nón xa (parietal band or distal conal septum).

II. SINH LÝ BỆNH

Các yếu tố ảnh hưởng huyết động:

- Kích thước lỗ thông liên thất.
- Kháng lực mạch máu phổi.
- Kháng lực hệ thống.
- Các dị tật tim phổi hợp như thông liên nhĩ, ống động mạch, tắc đường thoát thất trái, phải hoặc cung động mạch chủ.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào kích thước lỗ thông và kháng lực mạch máu phổi.
- Thường gặp là TLT lỗ lớn với tăng áp động mạch phổi (ALĐMP) tiến đến mạch máu phổi tắc nghẽn (MMPTN) và TLT có hẹp động mạch phổi (ĐMP) thứ phát.
 - + TLT lỗ nhỏ: ($< 1/3$ đường kính vòng van ĐMC)
 - o Không rối loạn về huyết động.
 - o Trẻ có vẻ ngoài khỏe mạnh.
 - o Âm thổi tâm thu (ATTT) KLS 3 – 4.
 - o Vận tốc dòng máu qua TLT $> 4\text{m/s}$.

- o Không dẫn buồng tim trái.
- + TLT lỗ vừa và lớn: ($\geq 1/3$ đường kính vòng van ĐMC)
 - o Có rối loạn huyết động.
 - o Chậm lớn có biến dạng lồng ngực.
 - o Tím đối xứng.
 - o Dấu hiệu Harzer (+).
 - o ATTT thu giảm dần và biến mất.
 - o ATTT thu do hẹp động mạch phổi.
 - o Vận tốc máu qua TLT $< 3,5\text{m/s}$.
 - o Dẫn buồng tim trái.

2. Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ:
 - + Dấu tăng gánh tâm trương thất trái, block nhánh không hoàn toàn, lớn thất phải.
- X-quang tim phổi:
 - + TLT lỗ vừa: kích thước tim lớn, tuần hoàn phổi tăng trung tâm và ngoại biên.
 - + TLT lỗ lớn có tiến triển bệnh lý MMPTN: kích thước tim trở lại bình thường, rốn phổi dần lớn và giảm đột ngột ngoại biên.
 - + TLT có kèm hẹp động mạch phổi: kích thước tim không lớn, phì đại thất phải, tuần hoàn phổi giảm trung tâm và ngoại biên.
- Siêu âm tim:
 - + Mặt cắt chuẩn cạnh ức trục dọc: TLT phần thoát, phần quanh màng.
 - + Mặt cắt cạnh ức trục ngang.
 - + Mặt cắt 3 buồng mỏm, 4 buồng dưới sườn.
- Ngoài ra còn có thông tim.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa

- Nhằm mục đích giảm thiểu biến chứng bội nhiễm phổi, suy tim ứ huyết và duy trì tăng trưởng bình thường.
- Đối với thông liên thất lỗ nhỏ thường không triệu chứng và có thể tự đóng (80%): không cần can thiệp nội và ngoại khoa.

2. Ngoại khoa

- Chỉ định:
 - + Suy tim có hồi phục kèm hoặc không chậm tăng cân.
 - + Thông liên thất lỗ lớn không thể tự đóng (có hay không có triệu chứng).
 - + Hở van động mạch chủ hoặc sa van động mạch chủ.
 - + Trẻ lớn không có triệu chứng nhưng $Q_p/Q_s > 2$.
- Đường mổ:
 - + Nhĩ phải thường được dùng cho TLT phần màng, buồng nhận và phần cơ.
 - + Qua động mạch phổi: TLT phần phễu, Doubly Committed.
 - + Qua động mạch chủ: được dùng để sửa các tật phối hợp như sa van động mạch chủ.
 - + Thất phải, thất phải: ít được sử dụng.
- Kỹ thuật:
 - + Đóng thông liên thất với miếng màng ngoài tim đã xử lý hoặc màng nhân tạo (mũi liên tục hoặc mũi rời).
 - + Tỷ lệ tử vong $< 2\%$.
 - + Tỷ lệ block nhĩ thất $\approx 2\%$.

V. THEO DÕI

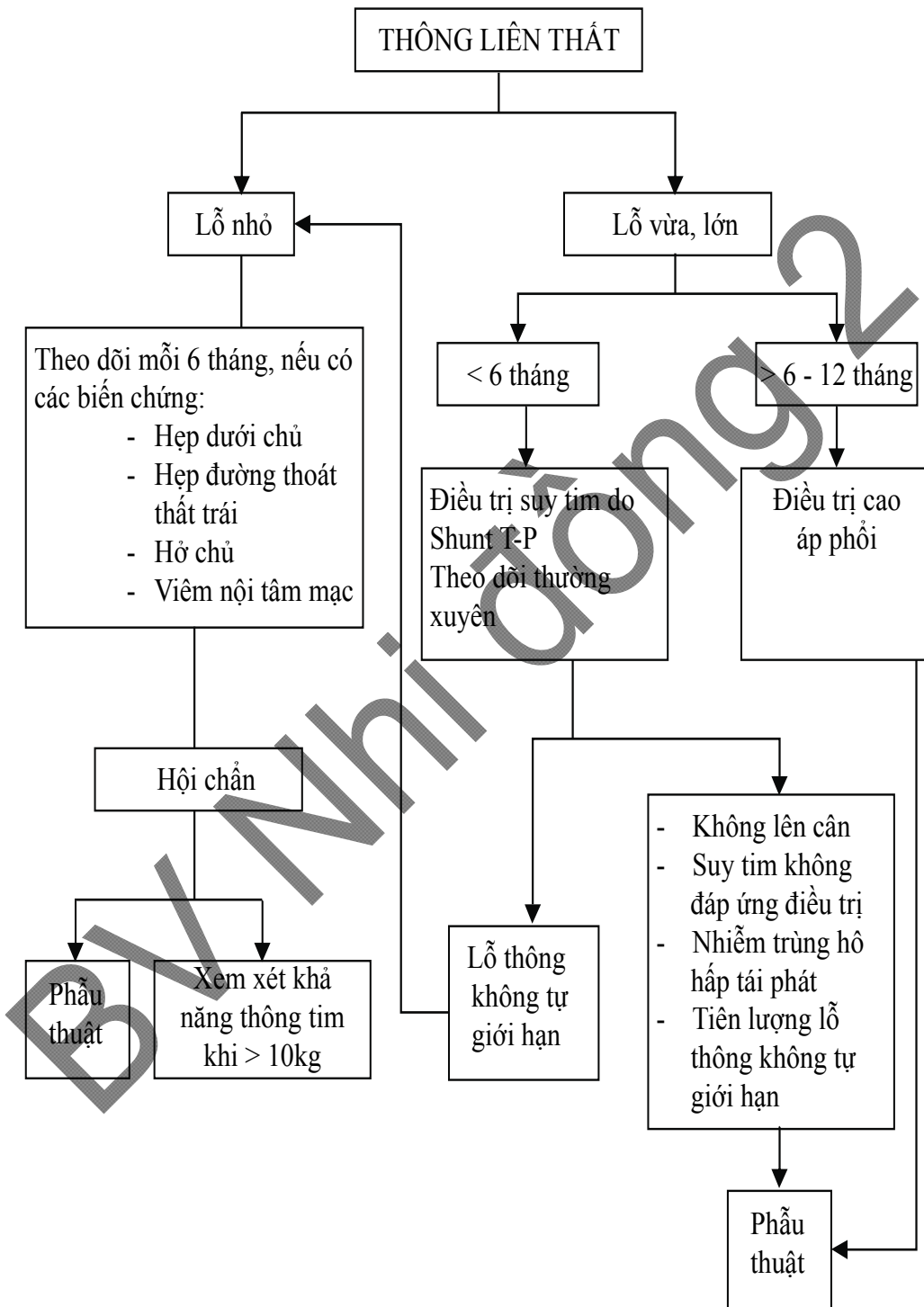
1. Theo dõi hậu phẫu

- Cao áp động mạch phổi.
- Rối loạn chức năng tâm thất (hội chứng cung lượng tim thấp).
- Rối loạn nhịp.

2. Biến chứng hậu phẫu: hiếm gặp.

- Suy thất phải, trái.
- Thông liên thất tồn lưu: ít khi cần phải phẫu thuật can thiệp.
- Rối loạn nhịp.
- Tràn dịch màng tim.

Lưu đồ điều trị thông liên thất



TỨ CHỨNG FALLOT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Bệnh tim bẩm sinh tím bao gồm: thông liên thất, hẹp đường thoát thất phải, động mạch chủ cưỡi ngựa và phì đại thất phải.

2. Tần suất

- 3 - 5/10.000 trẻ ra đời còn sống. Chiếm 6% trẻ có bệnh tim bẩm sinh.
- Nam nhiều hơn nữ.
- Dị tật phối hợp: bất thường mạch vành, động mạch chủ quay phải, thông liên nhĩ, tồn tại ống động mạch, kênh nhĩ thất.

II. SINH LÝ BỆNH

- Ba yếu tố quyết định sự thay đổi huyết động:
 - + Độ nặng của hẹp đường thoát thất phải.
 - + Kích thước lỗ thông liên thất.
 - + Mức độ kháng lực mạch máu hệ thống.
- Mức độ bão hòa oxy biểu hiện ở mức độ khác nhau; từ không tím cho đến tím rất nặng. Trong trường hợp tím nặng do lượng máu lên phổi giảm, nguồn máu lên phổi được bổ sung thông qua ống động mạch hoặc tuần hoàn bàng hệ (MAPCAs).

III. CHẨN ĐOÁN

❖ Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn đường thoát thất phải (giảm lưu lượng máu lên phổi).
- Các biểu hiện lâm sàng chính bao gồm:
 - + Tím:
 - Hầu hết xuất hiện vào 3 tháng tuổi.
 - Tím toàn diện và đồng đều.
 - Tăng khi gắng sức.
 - + Ngồi xổm.
 - + Con tím:
 - Thường xảy ra khi trẻ gắng sức.
 - Kéo dài 15 - 30 phút.

- Trẻ thở mạnh, tím nhiều hơn và đường thở bình thường.
- Có thể dẫn tới tử vong.
- + Ngón tay và ngón chân dùi trống.
- + Âm thổi tâm thu LS3, LS4 trái sát xương ức.
- ❖ **Cận lâm sàng**
 - Điện tâm đồ:
 - + Thường nhịp xoang.
 - + Trục tim lệch phải.
 - + Dấu hiệu dày thất phải và tăng gánh tâm thu thất phải.
 - X-quang tim phổi:
 - + Bóng tim thường không lớn.
 - + Các nhánh động mạch phổi nhỏ, phế trường sáng.
 - Siêu âm tim:
 - + Có thể chẩn đoán xác định tứ chứng Fallot và lượng giá mức độ nặng.
 - Mặt cắt cạnh ức trục dọc: thông liên thất lỗ lớn phần quanh màng và động mạch chủ cuối ngựa có thể thấy được.
 - Mặt cắt cạnh ức trục ngắn: đường thoát thất phải, van động mạch phổi, vòng van động mạch phổi, thân động mạch phổi và các nhánh động mạch phổi chính.
 - Ước lượng chênh áp qua các chỗ hẹp bất thường động mạch vành và các tôn thương phổi hợp.
 - Ngoài ra, thông tim, chụp cắt lớp và cộng hưởng từ.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa

- Điều trị tạm thời:
 - + Điều trị thiếu máu và thiếu sắt.
 - + Cấp cứu cơn tím.
 - + Cải thiện độ bão hòa oxy.

2. Ngoại khoa

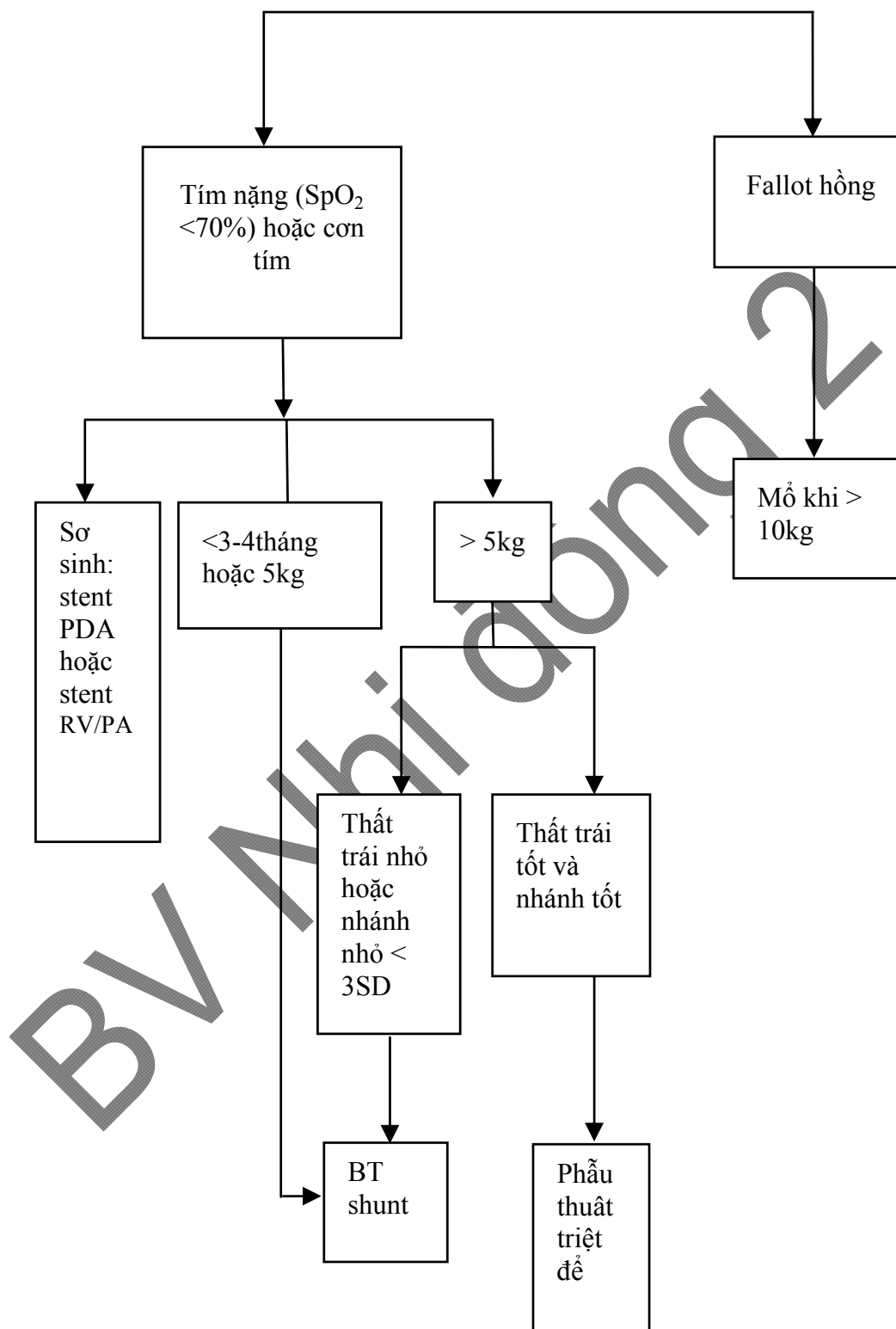
- Thời điểm phẫu thuật:

Thông thường đối với các trường hợp không triệu chứng, phẫu thuật thực hiện 1 thì sửa chữa hoàn toàn khi trẻ > 10kg.

Đối với các trường hợp có triệu chứng: 1 hoặc 2 thì (thì 1: BT shunt và thì 2: sửa chữa hoàn toàn).

- Chỉ định đối với BT shunt: nhánh động mạch phổi nhỏ, 2 thất mất cân xứng, nhiều lỗ thông liên thất, chống chỉ định tuần hoàn ngoài cơ thể.
- Chỉ định phẫu thuật khẩn:
 - + Tình trạng thiếu oxy trầm trọng, liên quan đến hẹp đường thoát thất phải tiến triển với mức độ bão hòa oxy dưới 75 - 80%.
 - + Con tím nặng.
 - + Phụ thuộc vào prostaglandin từ ngay sau sinh (nhiều khả năng tử chứng Fallot kèm teo động mạch phổi).
- Phẫu thuật triệt để:
 - + Nguyên tắc:
 - Nới rộng đường thoát thất phải (cố gắng bảo tồn vòng van động mạch phổi).
 - Đóng thông liên thất.
 - Đường tiếp cận thông qua nhĩ - phổi được xem là đường tiếp cận lý tưởng do tránh được xé cơ thành thất phải.
 - Trong trường hợp hẹp vòng van ĐMP nhiều, cần phải xẻ vòng van và nới rộng đường thoát thất phải bằng miếng patch xuyên vòng van.
 - Tỷ lệ tử vong: 2 - 5%.

Lưu đồ điều trị Fallot đơn thuần



V. THEO DÕI

1. Theo dõi hậu phẫu

- Hội chứng giảm cung lượng tim (LCOS) do:
 - + Suy tâm trương và tâm thu thất phải.
 - + Suy thất trái (ít gặp).
 - + Rối loạn nhịp không kiểm soát.
 - + Thông liên thất tồn lưu.
- Rối loạn nhịp

2. Theo dõi lâu dài: biến chứng có thể gặp.

- Suy chức năng thất phải.
- Hẹp đường thoát thất phải.
- Hẹp động mạch phổi.
- Hở van động mạch phổi.
- Thông liên thất tồn lưu.
- Rối loạn nhịp.
- Đột tử.

ỔNG TÀNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ổng tạng sinh môn (rò hậu môn tiền đình/hậu môn bình thường) được định nghĩa là một đường rò từ ống hậu môn đổ ra tiền đình âm đạo hoặc môi lớn trên bệnh nhân có lỗ hậu môn bình thường hoặc hậu môn tăng sinh môn trước.
- Hiếm gặp trên thế giới nhưng gặp nhiều ở Việt Nam hơn các dị dạng hậu môn trực tràng chính danh khác ở nữ, khoảng 30 cases/năm. Ít gặp dị dạng phối hợp, nếu có, thường là rò hậu môn da hoặc hẹp hậu môn.
- Về mặt phôi thai: ống tạng sinh môn (rò hậu môn hòm thuyền) do khe hở giữa gò đáy chậu và hai bên được các nếp gấp sinh dục bắc cầu qua.

II. CHẨN ĐOÁN

- Khởi phát sớm từ 1 tuần đến 3 tháng, đỉnh cao tuần 3- 6. Biểu hiện lúc khởi đầu thường là viêm tiến triển tại bộ phận sinh dục (thường là tiền đình / môi lớn) , chảy mủ kèm xì phân lúc đi cầu, hiếm gặp chỉ có lỗ rò ở bộ phận sinh dục.
- Lỗ rò phía đường tiêu hóa tại đường lược (12 giờ), phía bộ phận sinh dục rò tiền đình hoặc môi lớn (hòm thuyền: 6 giờ).

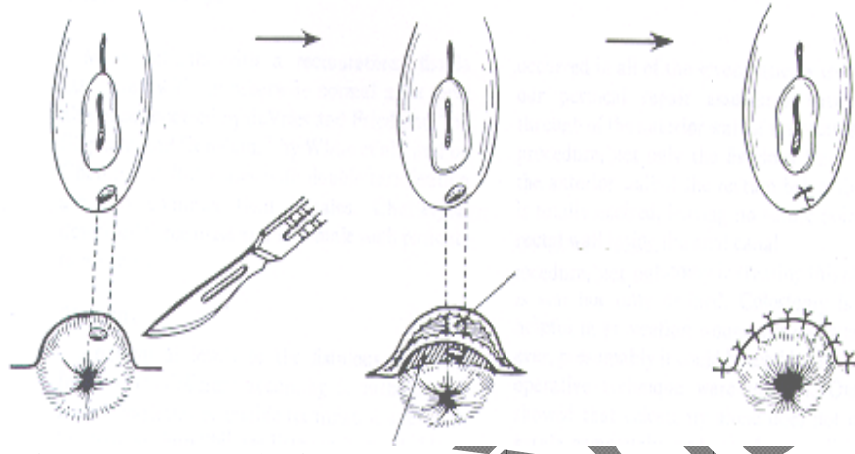
III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa để ổn định tình trạng viêm nhiễm (Cefaclor 20mg/kg/ngày chia 2-3 lần).
- Phẫu thuật vá rò ít nhất 3 tháng sau khi ổn định tình trạng viêm quanh đường rò, tốt nhất khoảng 4-6 tháng tuổi.
- Xác định chính xác vị trí lỗ rò (có thể sử dụng Xanh methylene) để can thiệp phẫu thuật một lần duy nhất (có thể mở hậu môn tạm trong trường hợp thương tổn lan rộng ở bộ phận sinh dục).
- Không nong hậu môn và tránh táo bón sau mổ 1 tháng bằng Sorbitol.

2. Phẫu thuật

- Phương pháp: phẫu thuật Tsuchida có thể áp dụng mọi kích thước đường dò nhưng giới hạn là lỗ rò đường tiêu hóa phải ở vị trí thuộc ống hậu môn.



- Biến chứng sớm: Tái phát rò.
 - Nếu có chỉ xảy ra trong 10 ngày đầu do đường khâu quá căng hoặc nhiễm trùng, có khả năng tự lành,
 - Điều trị kháng sinh sau tái phát (như giai đoạn cấp).
 - Thực hiện lại phẫu thuật sau 3 tháng.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ TRONG UNG BƯỚU NHI

I. MỞ ĐẦU

Ung thư là một nhóm các bệnh liên quan đến việc phân chia tế bào một cách vô tổ chức và những tế bào đó có khả năng xâm lấn những mô khác bằng cách phát triển trực tiếp vào mô lân cận hoặc di căn.

Ở trẻ em, lứa tuổi thường gặp nhiều nhất < 5 tuổi.

Nam/nữ: 2/1.

Tỷ lệ sống sót đối với trẻ nhỏ là rất cao trong các trường hợp bướu nguyên bào thần kinh, bướu Wilms và bướu nguyên bào võng mạc, bướu tế bào mầm và tương đối cao (80%) đối với leukemia, nhưng lại không tốt đối với các loại ung thư khác.

Tử vong do ung thư đứng hàng thứ hai ở trẻ em.

Trong nhóm bệnh lý toàn thân, được kể đến là: leukemia và lymphoma.

- Leukemia: thường là bệnh bạch cầu nguyên bào lympho cấp.
- Lymphoma được chia thành hai nhóm: Hodgkin và không Hodgkin.

Trong nhóm bướu đặc (nhóm hệ cơ quan) mức độ thường gặp theo trình tự là: hệ thần kinh trung ương, nguyên bào thận, nguyên bào thần kinh, bướu tế bào mầm, sarcom cơ vân...

Chúng ta cần lưu ý đến lứa tuổi, vị trí, xếp giai đoạn (T, N, M) và điều trị đa mô thức (phẫu trị, hóa trị, xạ trị...).

II. BỆNH VÀ HỘI CHỨNG DI TRUYỀN

Liên quan đến việc tầm soát, theo dõi và tiên lượng các loại ung thư liên quan.

- Đột biến ở gene BRCA1 và BRCA2 liên quan đến tăng nguy cơ ung thư buồng trứng.
- Hội chứng Li - Fraumeni (sarcom xương, sarcom mô mềm, bướu não) do đột biến của p53.
- Hội chứng Turcot (bướu não và polyp đại tràng).
- Bệnh polyp tuyến gia đình là một đột biến di truyền trong gen APC dẫn đến phát triển sớm ung thư đại tràng.
- U nguyên bào võng mạc trẻ em là ung thư di truyền.

- Hội chứng Beckwith - Wiedemann (rộng khóe miệng, lưỡi to, tạng lớn, khiếm khuyết thành bụng). Hội chứng này thường kết hợp với bệnh lý bướu có nguồn gốc phôi như bướu Wilms, bướu nguyên bào gan. Gen bị đột biến trong hội chứng này là p57KIP2, ở vị trí nhiễm sắc thể 11p15.5.
- WAGR (bướu Wilms, tật không móng mắt, bất thường hệ niệu dục, chậm phát triển trí tuệ).
- Denys - Drash (viêm vi cầu thận cấp, hội chứng thận hư, lưỡng giới giả, bướu Wilms).

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

➤ **Tình huống cấp cứu**

Biểu hiện lâm sàng về hô hấp, hội chứng tĩnh mạch chủ trên, hội chứng trung thất trên, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim thường gặp trong bướu trung thất.

Xuất huyết nội do bướu vỡ:

- Chảy máu cấp do bướu gan, neuroblastoma vỡ.
- Chảy máu rỉ rả trong nephroblastoma, lymphoma mạc treo, bướu buồng trứng vỡ.

Tắc ruột do dính trong lymphoma.

➤ **Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng của ung thư được phân làm ba nhóm chính:

- **Triệu chứng tại chỗ:** các khối bướu bất thường hay phù nề, chảy máu, đau và/hoặc loét. Chèn ép vào mô xung quanh có thể gây ra các triệu chứng như vàng da, bí tiểu, tiêu bón...
- **Triệu chứng của di căn:** hạch, ho, gan to, đau xương, gãy xương ở những xương bị tổn thương và các triệu chứng thần kinh
- **Triệu chứng toàn thân:** sụt cân, chán ăn, tiết nhiều mồ hôi, thiếu máu và các hội chứng cận ung thư đặc hiệu, đó là tình trạng đặc biệt được gây ra bởi ung thư đang hoạt động, chẳng hạn như huyết khối hay thay đổi nội tiết tố.

IV. DẤU HIỆU SINH HỌC

➤ **α FP (α Foeto - protein)**

Có tính đặc hiệu khá cao, dễ chẩn đoán và theo dõi diễn tiến bệnh.

Rất có giá trị trong bướu nguyên bào gan, bướu tế bào mầm.

- **βHCG, CEA, LDH, Catécholamine VMA, CA 125, CA19-9.**

V. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

➤ **Siêu âm**

Có vai trò chẩn đoán ban đầu.

Có giới hạn trong việc khảo sát ranh giới khối bướu, số lượng ổ, cấu trúc liên quan.

CT, MRI:

- Đánh giá chính xác số ổ, ranh giới, hạch vùng và cấu trúc lân cận.
- Khảo sát 3 thì: động mạch, tĩnh mạch, thì nhu mô với thuốc cản quang.
- Dynamic CT: so sánh khả năng bắt thuốc của bướu và của chủ mô.

VI. XẾP GIAI ĐOẠN

Xếp giai đoạn được thực hiện sau phẫu thuật hay hóa trị lần đầu. Phẫu thuật viên thường chọn theo POG để nhớ, hoặc theo SIOP nếu hóa trị trước (châu Âu).

VII. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ

Ung thư có thể được điều trị bằng phẫu trị, hóa trị, xạ trị, miễn dịch hay các phương pháp khác. Việc chọn lựa phương pháp điều trị phụ thuộc vào vị trí của khối bướu, giai đoạn của bệnh, cũng như tổng trạng của bệnh nhân.

1. Phẫu trị

Nếu khối bướu còn khu trú, phẫu thuật là phương pháp thường được lựa chọn. Bên cạnh việc cắt bỏ khối bướu nguyên phát, phẫu trị cần thiết cho phân loại giai đoạn, ví dụ như xác định độ lan tràn của bệnh, xem thử đã có di căn đến các hạch bạch huyết vùng hay chưa

Đôi khi, phẫu thuật cần thiết cho kiểm soát triệu chứng, như chèn ép tủy sống hay tắc ruột, khó thở, xuất huyết.

Nguyên tắc phẫu trị:

- Cắt ung thư thành một khối.
- Nguyên tắc phẫu thuật lần đầu: có nhiều khả năng thành công hơn các phẫu thuật làm lại. Lưỡi dao mổ phải luôn luôn đi giữa ranh giới giữa mô lành và mô ác, tức là mô “vừa đủ”, không quá ít cũng không quá lỗ.

- + Mức độ rộng của phẫu thuật tùy thuộc vào diễn tiến tự nhiên của từng cơ quan mang ung thư và ngay cả cùng cơ quan cũng phải tùy thuộc vào độ ác tính, độ xâm nhiễm của loại giải phẫu bệnh.
- + Phẫu trị phải tạo điều kiện thuận lợi cho sự kết hợp với các phương pháp điều trị khác như xạ trị và hóa trị.
- + Phải luôn luôn xếp giai đoạn của từng bệnh trước khi tiến hành phẫu trị.
- Các nguyên tắc đó nhằm đạt các mục tiêu:
 - Đảm bảo an toàn về mặt ung thư học.
 - Bảo tồn được chức năng của cơ quan.
 - Đạt yếu tố thẩm mỹ cần thiết.

2. Hóa trị

Hóa trị liệu là điều trị ung thư bằng thuốc có khả năng tiêu diệt tế bào ung thư. Chúng can thiệp vào phân bào theo các cách khác nhau. Hầu hết các dạng hóa trị đều nhắm vào các tế bào phân chia nhanh chóng và không đặc hiệu cho tế bào ung thư. Vì vậy, hóa trị có khả năng làm tổn thương các mô lành, nó cũng tiêu diệt các tế bào khỏe của cơ thể trong tủy xương và tế bào tiêu hóa trong ruột. Nó cũng làm hư hại các cơ quan khác như lá lách, thận, tim, phổi... đặc biệt là các mô có tần suất thay thế nhanh chóng (ví dụ như niêm mạc ruột). Những tế bào này thường tự sửa chữa sau khi hóa trị.

Vì một số thuốc hoạt động tốt khi phối hợp với nhau hơn là dùng đơn độc, nên hai hay nhiều thuốc thường được kết hợp cùng lúc với nhau. Đó được gọi là "hóa trị phối hợp", hầu hết các phác đồ hóa trị ở dạng phối hợp.

Các chỉ định hóa trị chính bao gồm:

- Hóa trị gây đáp ứng: cho các ung thư giai đoạn tiến xa.
- Hóa trị hỗ trợ: sau điều trị tại chỗ tại vùng các ung thư giai đoạn sớm.
- Hóa trị tân hỗ trợ: hóa trị trước điều trị tại chỗ tại vùng các ung thư giai đoạn sớm.
- Hóa trị tại chỗ: nhằm làm tăng nồng độ thuốc có hiệu quả tại tổn thương bằng nhiều kỹ thuật (bơm thuốc vào các xoang hốc cơ thể, bơm thuốc vào động mạch ...).

Hai nguyên tắc cơ bản của hóa trị:

- Hóa trị có thể có hiệu quả làm giảm các triệu chứng liên quan đến bệnh ung thư nhưng các tác dụng phụ (độc tính) của thuốc phải luôn luôn được lưu ý.
- Luôn luôn cân nhắc mọi khía cạnh điều trị một cách toàn diện. Cần lưu ý đến các điểm của từng bệnh nhân cụ thể như:
 - + Các yếu tố liên quan đến bệnh lý và quá trình điều trị trước
 - + Thể trạng, bệnh phối hợp, các yếu tố hoàn cảnh kinh tế xã hội, tâm sinh lý ...

Tóm lại khi xem xét chỉ định hóa trị trước mỗi một bệnh nhân phải luôn luôn cân nhắc giữa một bên là ích lợi của hóa trị với một bên là những nguy hại có thể xảy ra.

3. Xạ trị

Xạ trị liệu (điều trị bằng tia X hay chiếu xạ) là sử dụng một dạng năng lượng (gọi là phóng xạ ion hoá) để diệt tế bào ung thư và làm teo nhỏ khối bướu. Xạ trị làm tổn thương hay hủy hoại các tế bào được điều trị ("mô đích") bằng cách làm tổn thương vật chất di truyền của chúng, khiến chúng không thể phát triển và phân chia. Mặc dù xạ trị làm tổn thương cả tế bào ung thư và tế bào lành, hầu hết các tế bào lành có thể hồi phục và hoạt động bình thường. Mục tiêu của xạ trị là làm tổn thương càng nhiều tế bào ung thư trong khi giới hạn tổn thương đối với mô lành lân cận.

Nguyên tắc chung điều trị tia xạ:

- Chỉ điều trị tia xạ khi có chỉ định và chẩn đoán xác định, song chắc chắn nhất là chẩn đoán mô bệnh học.
- Có phân loại lâm sàng TNM.
- Xác định tổng thể phương án điều trị, vai trò và vị trí của tia xạ.
- Chọn mức năng lượng, chùm tia thích hợp cho từng vị trí, xác định tổng liều, phương thức trải liều.
- Xác định thể tích tia chính xác và mối quan hệ với các cơ quan phụ cận qua chụp X-quang, CT scan, MRI và qua máy mô phỏng.
- Nghiên cứu cho liều xạ tối ưu giữa tổ chức lành và tổ chức bệnh.
- Kiểm tra trường chiếu trên máy điều trị.
- Đánh dấu các điểm, góc chiếu quan trọng so với mặt phẳng bàn điều trị.

- Cố định bệnh nhân tốt, theo dõi bệnh nhân trong quá trình tia xạ thông qua hệ thống camera.
- Chăm sóc da và niêm mạc vùng chiếu và toàn trạng bệnh nhân.

VIII. KẾT LUẬN

Ung thư nhĩ là căn bệnh chết chóc, nhưng điều này chỉ đúng cho một vài dạng cụ thể nào đó. Một số loại ung thư có tiên lượng còn tốt hơn các bệnh không ác tính như tim bẩm sinh.

Các bệnh lý ác tính diễn tiến và lan tỏa có ảnh hưởng quan trọng đến chất lượng sống của bệnh nhân và điều trị có thể có tác dụng phụ nặng nề. Ở giai đoạn tiến triển ung thư, nhiều bệnh nhân cần sẵn sàng tăng cường và ảnh hưởng đến người thân và bạn bè.

BUỚU NGUYÊN BÀO GAN Ở TRẺ EM

Bướu gan của trẻ em phần lớn ác tính, thường gặp nhất là bướu nguyên bào gan (BNBG) và ung thư tế bào gan (UTTBG). Ở Việt Nam, BNBG hiện diện 4,2% tổng số các bệnh ung thư trẻ em, xếp thứ 5 trong 10 loại ung thư thường gặp.

Những thất bại trong điều trị ung thư tế bào gan lại không xảy ra trong BNBG vì tổn thương của BNBG thường là một ổ và không xơ gan.

I. LỊCH SỬ

Năm 1898, Misick mô tả bướu quái của gan bé 6 tuần tuổi và tử vong. Năm 1962, Willis dùng tên gọi BNBG. Năm 1967, Ishak và Glunz đã đưa ra những tiêu chuẩn phân biệt giữa BTBG và BNBG.

II. BỆNH LÝ KẾT HỢP

- Dị tật bẩm sinh chiếm 5 - 6% gồm thận móng ngựa, chẻ vòm, thoát vị rốn.
- Hội chứng Beckwith - Wiedemann, Li - Fraumeni, bệnh đa polyp gia đình, ba nhiễm sắc thể 18...
- BNBG có thể sản xuất HCG (Human Chorionic Gonadotropin). Trẻ dậy thì sớm (giọng trầm, có lông mu, phì đại cơ quan sinh dục).

III. CHẨN ĐOÁN BUỚU NGUYÊN BAO GAN

1. Khám lâm sàng: bướu gan, trong 5 năm đầu cuộc sống trai > gái.

2. Siêu âm: khối bướu dạng đặc của gan, hoại tử, xuất huyết, có mạch máu tân sinh nuôi bướu, có vôi hóa.

3. Chụp cắt lớp điện toán: khối bướu có bao nhiêu ổ, kích thước, mối liên quan với mạch máu gan. Phát hiện hạch vùng, ổ di căn ở phổi, thuyên tắc.

4. Định lượng AFP trong máu và các xét nghiệm khác

- Tăng AFP trẻ >1 tuổi rất có ý nghĩa trong BNBG.
- Thiếu máu đẳng sắc, đẳng bào thường gặp, chiếm 70%. Số lượng tiểu cầu tăng cao hơn $500 \times 10^9/L$ được ghi nhận 35% và trên $800 \times 10^9/L$ với tỷ lệ 29%.

5. Bệnh lý hay hội chứng di truyền có liên quan BNBG

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT: chỉ đặt ra khi có bất kỳ dữ liệu nào không phù hợp.

V. XẾP GIAI ĐOẠN

Xếp giai đoạn tùy theo SIOP (Châu Âu), hay C.O.G (Mỹ).

+ Phân loại BNBG theo Evans.

Giai đoạn I: Cắt bướu hoàn toàn không sót bướu về mặt vi thể
Giai đoạn II: Cắt bướu nhưng còn sót bướu về mặt vi thể ở bờ phẫu thuật
Giai đoạn III: Cắt bướu nhưng còn sót bướu về mặt đại thể hay làm rơi vãi bướu, hay chỉ sinh thiết bướu
Giai đoạn IV: Có di căn ở thời điểm chẩn đoán

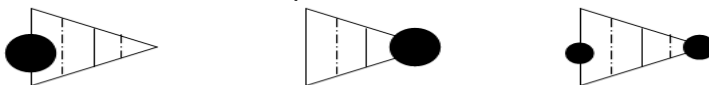
+ Phân loại theo giai đoạn BNBG theo SIOPEL

I.



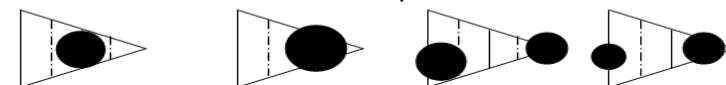
Mô “lành” còn lại 3 phần liên kết nhau.

II.



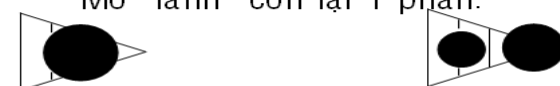
Mô “lành” còn lại 2 phần.

III.



Mô “lành” còn lại 1 phần.

IV.



Tổn thương chiếm hết các phần của gan.

V (tĩnh mạch gan), P (tĩnh mạch cửa), C (thùy đuôi), E (ngoài gan), M (di căn)

Theo PRETEXT hay POST – TEXT

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Phẫu thuật

Theo Andres, từ năm 1991 - 2006 có 4/78 trường hợp xếp giai đoạn I được phẫu thuật và không hóa trị với tỉ lệ sống 100%. Ehrlich đã đề cập vai trò chủ yếu của phẫu thuật trong quá trình

điều trị, đặc biệt vào giai đoạn I. Magololowkin có 9 trường hợp giai đoạn I, không hóa trị sau mổ, với kết quả mô học là dạng biểu mô thai đơn thuần và lưu ý hóa trị không cần thiết do độc tính của thuốc. Finegold cũng nêu trong thực hành, hóa trị trước mổ khi nghi BNBG mà không cố gắng thực hiện phẫu thuật trước là thực hành kém.

Nhưng các tác giả trong nhóm đều đồng ý hóa trị sau mổ BNBG giai đoạn II, III vì BNBG rất nhạy với thuốc, và với phác đồ phối hợp thuốc khác nhau tùy theo khả năng cắt bướu.

Phẫu thuật cắt bướu hoàn toàn khi bờ phẫu thuật không tìm thấy tế bào ác tính, cũng như không làm vỡ bướu trong lúc phẫu thuật. Năm 2003, Chamberlain và Blumgart đã ghi nhận bờ phẫu thuật an toàn khi cách khối bướu 1cm.

2. Hóa trị

Phác đồ điều trị BNBG chuẩn

Cisplatin	80mg/m ²	T TTM 24h	N1
Doxorubicin	30mg/m ²	TTM 24h	N1, 2

Hóa trị thực hiện 4 chu kỳ và thời gian nghỉ giữa 2 chu kỳ liên tiếp là 3 tuần hay 21 ngày.

Phác đồ điều trị BNBG nhóm nguy cơ cao

Carboplatin	500mg/m ²	TTM 1h	N1
Doxorubicin	30mg/m ²	TTM 24h	N1, 2
Xen giữa mỗi 2 tuần là:			
Cisplatin	80mg/m ²	TTM 24h	N1

Phác đồ điều trị BNBG có thể thay đổi tùy nhóm nghiên cứu khác nhau như: INT-0098 với C5V (Cisplatin, 5- Fluorouracil, Vincristin); GPOH với IFOS/CDDP/DOXO...

Phác đồ điều trị BNBG tái phát theo GPOH

Etoposide	100mg/m ²	TTM	N1-4
Carboplatin	200mg/m ²	TTM	N1-4

Thực hiện phác đồ này khi diễn tiến xấu (AFP tăng cao) trong quá trình điều trị hay tái phát ung thư tại bờ phẫu thuật.

3. Phẫu thuật sau hóa trị

Nhằm cắt bỏ khối bướu đã giảm kích thước, còn sót lại, hạch vùng do di căn hay thùy phổi bị di căn. Cắt thùy phổi do di căn chỉ được thực hiện:

- Bướu nguyên phát đã được cắt bỏ.
- Ổ di căn xuất hiện sau 6 tháng điều trị.
- Ổ di căn có đáp ứng điều trị với AFP < 25mg/ml.

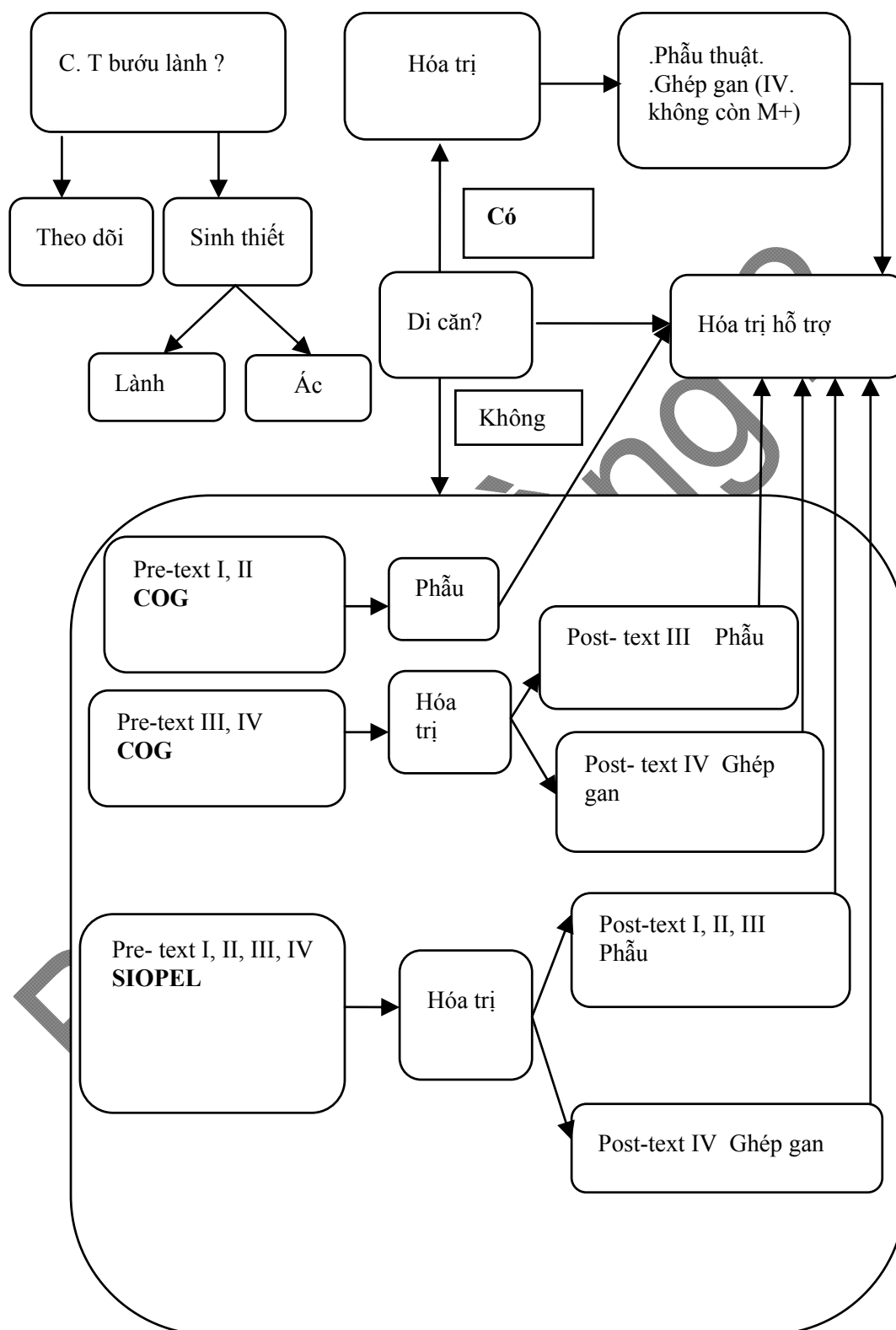
VII. THEO DÕI

- Định lượng AFP trong máu.
- Siêu âm định kỳ.
- AFP trong máu tăng mà không rõ lý do: chụp CT phổi, bụng, não.

VIII. PHẪU THUẬT GÉP GAN

- Tổn thương đa ổ, được xếp giai đoạn IV PRETEXT và không có chống chỉ định ghép gan. Ghép gan được thực hiện khi bờ phẫu thuật không tìm thấy tế bào ung thư và sau khi hóa trị
- Tổn thương chiếm hết 4 phần của gan theo PRETEXT và không giảm kích thước sau khi hóa trị
- Tổn thương nằm ở vị trí khoảng cửa và chiếm trọn 3 tĩnh mạch gan.
- Phẫu thuật ghép gan được thực hiện tại trung tâm ghép gan và do một đội ngũ chuyên trách thực hiện. Phẫu thuật được thực hiện sau 4 chu kỳ hóa. Địa chỉ điện tử đăng ký ghép gan (PLUTO) <http://pluto.cineca.org>

Sơ đồ điều trị bướu nguyên bào gan



BƯỚU ÁC THẬN TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Đặc điểm

Bướu ác thận thường gặp nhất, tỉ lệ 7% trong nhóm bướu ác đặc ở trẻ em. Bướu ác thận bao gồm: bướu nguyên bào thận (bướu Wilms 80% (WT), bướu nguyên - trung bì thận (Mesoblastic nephroma 3%), sarcom tế bào sáng (Clear cell sarcom 3%), bướu ác dạng cơ vân (Rhabdoid tumour 2%), carcinoma thận (Renal cell carcinoma (RCC)).

2. Tần suất

- Nữ > Nam: 1/ 0,92.
- Tuổi: 3t - 5t (WT 2 bên: 2,5t).

3. Lịch sử

- John Hunter (chết 1793), Walker (1897), Max Wilms (1867 - 1918) mô tả đầy đủ 1899.
- William Ladd (1938) mô tả kỹ thuật mổ.

4. Nguyên nhân

- Yếu tố nguy cơ: tia X, hóa chất (Hydrocarbon)
- Liên quan đột biến gen NST 11 (12 -15%) (WT1, WT2, WTX...), tiền căn gia đình (1 - 2%)

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Bướu vùng hông lưng nằm sâu, di động ít, không đau, chắc nhưng vài chỗ căng mềm, giới hạn tương đối rõ, có thể lấn qua đường giữa.
- Tiểu máu (15%): khi bướu xâm lấn vào bể thận hoặc mạch máu rốn thận.
- Đau bụng (10%): có xuất huyết trong bướu.
- Da niêm xanh (xuất huyết, vỡ bướu).
- + Toàn thân: chán ăn, sốt, ho, mệt mỏi (20%).
- + Dẫn tĩnh mạch thượng tĩnh: do tắc nghẽn tĩnh mạch thận trái hay tĩnh mạch chủ dưới.
- + Tăng huyết áp (10%).
- + Tam chứng kinh điển: phát hiện trễ, bao gồm: bướu bụng, tiểu máu, thận cầm.

- + Các dị tật phối hợp: không móng mắt, lỗ tiểu thấp, tinh hoàn ẩn, phì đại nửa người, hội chứng di truyền (WAGR, Denys -Drash, Beckwith - Wiedemann...).

2. Cận lâm sàng

- Huyết đồ.
- Chức năng gan, thận.
- TPTNT.
- Siêu âm tim: bướu trong tâm nhĩ phải.
- X-quang bụng: bóng thận to, không có nốt canxi.
- Siêu âm bụng ba chiều: vị trí, kích thước, vỏ bao giả, mạch máu, hạch vùng.
- CT scan bụng, ngực, não: vị trí, kích thước, vỏ bao giả, mạch máu, hạch vùng, di căn?
- Catecholamin niệu: chẩn đoán phân biệt.
- Các xét nghiệm tầm soát dị tật kèm theo.
- Chụp động mạch thận chọn lọc: bướu thận hai bên, bướu thận trong bệnh thận móng ngựa.
- Sinh thiết:
 - + Là tiêu chuẩn vàng để có kết quả mô học, thực hiện khi hóa trị trước.
 - + Sinh thiết lỗi, đi vào khoang sau phúc mạc, không xuyên ổ bụng. Phần gieo rắc do sinh thiết sẽ được cắt bỏ khi phẫu thuật.

3. Chẩn đoán

- **Chẩn đoán xác định:** hình ảnh CT scan
- **Chẩn đoán phân biệt**
 - + Nang thận lành tính, Xanthogranulomatous pyelophritis, bướu nguyên bào sợi cơ viêm
 - + Bướu nguyên bào thần kinh

4. Xếp giai đoạn

- Theo NWTSG: National Wilms' Tumor Study Group
 - + **Giai đoạn I**
 - o Bướu khu trú trong thận và cắt được hoàn toàn, không xâm lấn bao thận, không liên hệ rốn thận
 - + **Giai đoạn II**
 - o Bướu lan ra khỏi thận và cắt thận được hoàn toàn (hay bờ phẫu thuật (-), hạch vùng (-))
 - Xâm lấn bao thận

- Xâm lấn mạch máu rốn thận
- Sinh thiết trước phẫu thuật
- Gieo rắc bướu tại chỗ lúc phẫu thuật (spill)
- + **Giai đoạn III**
 - o Bướu còn sót lại về đại thể hay vi thể sau phẫu thuật
 - Không cắt bỏ được bướu
 - Bờ phẫu thuật còn tế bào bướu
 - Gieo rắc bướu trên phúc mạc
 - Hạch vùng bị di căn
 - Có thuyên tắc trên mặt cắt của bướu
- + **Giai đoạn IV**
 - o Di căn theo đường máu (phổi, gan, xương, não) hay hạch di căn ngoài ổ bụng
- + **Giai đoạn V**
 - o Bướu cả hai thận lúc chẩn đoán nên xếp giai đoạn mỗi bên theo tiêu chuẩn trên
- Theo SIOP: Societe Internationale d'Oncologie Pediatrique có sự khác biệt với NWTSG như sau
- + **Giai đoạn II**
 - o Hạch vùng (+), xâm lấn niệu quản.
- + **Giai đoạn III**
 - o Sinh thiết trước hay trong lúc mổ
 - o Hạch cạnh động mạch chủ dưới mạch máu thận bị di căn
 - o Vô bướu trước hay trong lúc mổ.

5. Chẩn đoán mô học: quan trọng trong điều trị

- Wilms' tumour FH 80%, UH 5%
- + Mô học thuận lợi: được cấu tạo bởi 3 thành phần: mầm gốc (blastema), thượng bì và mô đệm (stroma)
- + Mô học không thuận lợi: đặc trưng là sự thoái sản (tế bào đa dạng, không điển hình). Mô học không thuận lợi có tính kháng thuốc. Thoái sản khu trú tiên lượng tốt hơn thoái sản lan tỏa
- Mesoblastic nephroma 3%
- + Phát hiện từ trước sinh nghĩ đến bướu nguyên - trung bì thận, 85% dưới 2 tuổi. Dạng bướu ác với đặc tính xâm lấn và tái phát tại chỗ và về vi thể biểu hiện đa dạng tế bào.
- Clear cell sarcom 3%

- + Trẻ > 4 tuổi nghĩ thêm sarcom tế bào sáng của thận, loại này đứng thứ hai trong nhóm bướu ác thận trẻ em. M+ (não, xương.).
- Renal cell carcinoma . >10t, EGRF, 20% M+
- Rhabdoid tumour 2%. Ác, rốn thận, PTH, 18 tháng.
- Hiếm gặp hơn: RCC, PNET, NHL.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: phối hợp đa mô thức, kinh điển

Trẻ dưới 6 tháng WT: theo NWTSG hay SIOP.

- Giai đoạn I:

- + Dễ phẫu thuật, cần thiết phải cắt thận và không cần điều trị sau đó
- + Dạng bướu lành: cắt thận, giải phẫu bệnh: đa dạng tế bào, theo dõi sau mổ
- + Nguy cơ vỡ bướu khi phẫu thuật: có thể dùng đơn độc Vincristine trước mổ.
- **Giai đoạn II, III** điều trị như trẻ > 6 tháng nhưng liều điều trị bằng 2/3 – 1/2 liều chuẩn.
- + Trẻ trên 6 tháng, lựa chọn điều trị.

2. Các phương pháp

a. Phẫu thuật: phương pháp vừa điều trị vừa chẩn đoán giai đoạn

- Các phương pháp: thám sát, sinh thiết, cắt thận hay cắt 1 phần thận +/- sinh thiết hạch.
 - Phẫu thuật trước hay sau hóa trị hay kết hợp đa mô thức.
 - Bướu to (không thể sinh thiết, không đáp ứng hóa trị).
 - Nghi ngờ chẩn đoán, sinh thiết kim đi ngược với chẩn đoán.
 - Mổ cấp cứu trong trường xuất huyết không cầm do vỡ bướu.
- Tránh tuyệt đối làm xấu thêm bệnh khi phẫu thuật vỡ bướu hay gieo rắc thêm vào ổ bụng hay vùng chậu.

• Kỹ thuật mổ:

- Rạch da theo đường ngang hay dưới sườn vào ổ bụng.
- Thám sát ổ bụng.
- + Gan và hạch vùng dọc theo bó mạch chủ bụng. Hạch vùng nghi ngờ sẽ sinh thiết.
- + Thận đối diện được đánh giá và sẽ sinh thiết nếu nghi ngờ

- Tách mạc treo đại tràng và tá tràng (kỹ thuật Kocher) và đẩy vào trong.
- Mở phúc mạc thành sau.
- Xác định bó mạch thận, kiểm tra nhẹ nhàng hiện diện của bướu trong lòng mạch máu thận và tĩnh mạch chủ dưới. Kiểm tra mạch máu lân cận.
- Kẹp và thắt mạch máu thận.
- Cắt trọn khối bướu và lớp mỡ quanh thận.
- Cắt xa niệu quản gần tới bàng quang.
- Khâu lại phúc mạc thành sau.
- Lưu ý:
 - + Khía cạnh “vô trùng tế bào” trong ung thư và hạn chế tổn thương bó mạch sinh dục.
 - + Chỉ định cắt một phần thận thường được dùng trong ung thư thận hai bên.

b. Hóa trị: XEM THÊM NỘI KHOA

- Hóa trị trước hoặc sau phẫu thuật hay cả trước và sau phẫu thuật: Đáp ứng hóa trị chậm khi còn khối bướu, nhưng nên thực hiện.
- Bướu lớn một bên không cắt được, bướu hai bên hay có thuyên tắc tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch chủ dưới nên hóa trị trước mổ sau khi có kết quả giải phẫu bệnh lý.
- Giảm nguy cơ vỡ bướu do vỏ bao giả dày hơn.
- Kiểm soát được tái phát tại chỗ và di căn xa.
- Biến chứng do thuốc như: viêm phổi mô kẽ, bất thường trên siêu âm tim...
- Sau mỗi đợt hóa trị: đánh giá đáp ứng và độc tính thuốc.

c. Xạ trị: sau phẫu thuật

- Khi có u còn sót lại.
- Di căn hạch, phổi.
- Bướu dính vào phúc mạc.
- Giai đoạn IV, V.
- Mô học không thuận lợi.

3. Nhóm nghiên cứu NWTSG, SIOP

- SIOP: >6 tháng, không vỡ bướu: hóa trị trước do các dạng ác tính không phải WT thường gặp và không bắt buộc 100% có kết quả mô học. NWTSG: tất cả đều chỉ định phẫu thuật, trừ

- (1) WT 2 bên (2) thuyên tắc TMCD trên TM gan (3) xâm lấn cơ quan lân cận mà phẫu thuật sẽ cắt phải (trừ tuyến thượng thận) (4) Tổn thương di căn phổi lan tỏa sẽ hóa trị trước nhưng không trì hoãn phẫu thuật quá 12 tuần.
- Vincristin, Dactinomycin, Doxorubicin được dùng trong WT, và phối hợp thêm Etoposide, Carboplatin, Cyclophosphamide trong các dạng mô học khác.
 - COG: những nốt tròn của phổi được xem là di căn cho đến khi chứng minh được bằng mô học. SIOP: cắt trọn khối di căn phổi sau hóa trị thì không cần thiết xạ trị.

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng

- Tử vong do hóa trị và xạ trị thường cao hơn phẫu thuật.

2. Tiên lượng: phụ thuộc tuổi, tổng trạng, vị trí tái phát, mô học, thời gian lui bệnh, phác đồ điều trị ban đầu.

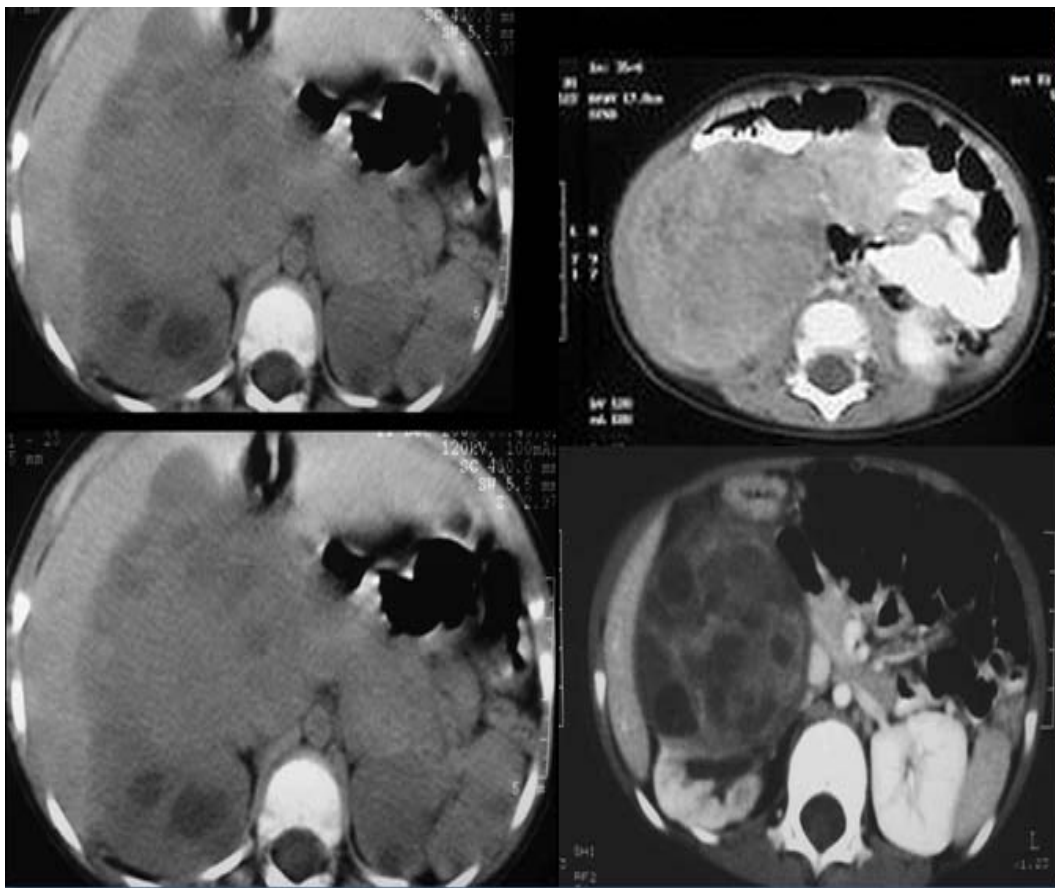
- Tiên lượng xấu nếu có di căn hạch, phổi, gan, não.

3. Tái khám: sau điều trị mỗi 6 tuần, sau đó 3 tháng x 8; 6 tháng x 6 bằng siêu âm, X-quang phổi, hay chụp CT scan.

- Theo dõi
 - + Huyết áp hàng năm.
 - + Creatinin máu trong 5 năm.
 - + Protein/creatinin niệu sáng sớm hàng năm.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bướu nguyên bào thận là điều trị kinh điển theo quan điểm Châu Âu và Mỹ, với tỉ lệ thành công cao. Thách thức còn lại của điều trị chỉ còn khu trú lại giai đoạn V (bướu Wilms 2 bên) và các dạng mô học khác.



Vỏ bao giả của bướu thận không liên tục, bướu đã vỡ và phát triển vào các cơ quan lân cận

BUỚU TRUNG THẤT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. **Đặc điểm:** bướu nguyên phát hoặc thứ phát, ác tính hoặc lành tính phát sinh ở vùng trung thất.

2. **Tần suất**

- Đa số là bướu tuyến ức, lymphom, bướu có nguồn gốc thần kinh và bướu tế bào mầm (> 80%).
- Nam/ nữ: 1,2 - 1,5/1.
- Bướu ác: 40 - 72%.

3. **Phân loại:** theo quan điểm của nhiều nhà phẫu thuật, trung thất được chia thành 3 phần:

- Trung thất trước trên.
- Trung thất giữa.
- Trung thất sau.

4. **Nguyên nhân**

- Trung thất trước trên:
 - + Các tổn thương thường gặp là: bướu tuyến ức, lymphoma, bướu tế bào mầm. Ít gặp hơn là các bướu xuất phát từ trung mô, mạch máu.
- Trung thất giữa:
 - + Các tổn thương thường gặp: là các nang của ống rốn ruột, bướu hạch nguyên phát hay thứ phát. Ít gặp hơn là các nang màng phổi, màng ngoài tim, nang thần kinh ruột, nang đường tiêu hóa.
- Trung thất sau:
 - + Các tổn thương: chủ yếu có nguồn gốc thần kinh. Ít gặp hơn là các bướu mạch máu, bướu trung mô và hạch.

II. CHẨN ĐOÁN

1. **Biểu hiện lâm sàng:** trễ

Thay đổi theo vị trí, độ lớn và tính chất của khối bướu.

- **Dấu hiệu hô hấp:** ho, khái huyết, thở rít, khó thở, khò khè.
- **Dấu hiệu về tiêu hóa:** khó nuốt, nôn liên tục do chèn ép thực quản
- **Dấu hiệu về thần kinh:**
 - + Hội chứng Claude-Bernard Horner.
 - + Khàn tiếng khó phát âm.

- + Liệt vòm hoành.
- + Rối loạn hô hấp, cao huyết áp, chảy nước bọt.
- **Dấu hiệu chèn ép tĩnh mạch:**
 - + Hội chứng tĩnh mạch chủ trên.
 - + Tuần hoàn bàng hệ trước ngực.
 - + Hội chứng tĩnh mạch chủ dưới
- **Dấu hiệu chèn ép ống ngực:**

Ít gặp, nếu có chèn ép thì có một hội chứng gồm có tràn dưỡng chấp lồng ngực, cổ chướng dịch dưỡng chấp, phù từ chi dưới đến chi trên.

- **Dấu hiệu thành ngực:**
 - + Sự nổi gồ lên do bướu đẩy thành ngực hay vùng cổ
- **Dấu hiệu toàn thân:**
 - + Hạch vùng cổ, trên xương đòn, thường do di căn
 - + Hội chứng toàn thân do bướu phóng thích nội tiết tố

Hội chứng	Loại bướu
Cao huyết áp	Bướu tế bào ưa Crôm, bướu hạt vàng, bướu hạch thần kinh, bướu nguyên bào thần kinh
Tăng Ca^{++}	Bướu cận giáp, bệnh Hodgkin
Hạ Ca^{++}	Bướu trung mô, u quái, sarcôm sợi, sarcôm thần kinh
Cường giáp	Bướu giáp hay ung thư giáp
Bệnh Cushing	Bướu dạng carcinoma
Tiêu chảy	Bướu hạch thần kinh, bướu nguyên bào thần kinh, bướu sợi thần kinh
Phì đại tuyến vú	Bướu tế bào mầm

2. Cận lâm sàng

- a. **Siêu âm ngực:** dùng để phân biệt bản chất bướu dạng đặc hay dạng nang, hướng đến sinh thiết. Những nang ở gần cổ hay gần cơ hoành sẽ được thấy rõ trên siêu âm.
- b. **X-quang ngực:** xét nghiệm thường quy giúp phát hiện gợi ý bướu trung thất.
- c. **CT scan ngực:**

- Có giá trị chẩn đoán cao trong bướu trung thất, cung cấp rõ hình ảnh về trung thất, về khối bướu (vị trí, kích thước, mật độ, liên quan giải phẫu với các cấu trúc lân cận...).
- Giúp tiên lượng khả năng gây mê, phẫu thuật.
- d. Cộng hưởng từ:** ưu thế hơn CT scan trong trường hợp:
 - Cần xác định chính xác trước mổ rằng bướu có xâm lấn mạch máu, thần kinh, cột sống.
 - Chống chỉ định định chụp CT cản quang do dị ứng hay suy thận.
- e. Các chất đánh dấu sinh học:** α FP, β HCG và CEA, catecholamine.
 - α FP, β HCG tăng: bướu tế bào mầm.
 - Catecholamine trong huyết tương và 1 số chất chuyển hoá trong nước tiểu (catecholamine, VMA, homovanilic acid) tăng: bướu hệ giao cảm hay bướu nguyên bào thần kinh.
- f. Tuỷ đồ:** phân biệt bướu nguyên bào thần kinh và bạch cầu cấp dòng lympho.

3. Chẩn đoán

- a. Chẩn đoán xác định:** hình ảnh CT scan.
- b. Chẩn đoán phân biệt:**
 - Hội chứng trung thất cấp: viêm mủ trung thất, áp xe trung thất, viêm mủ hạch trung thất.
 - Hội chứng trung thất mạn tính: xơ hoá trung thất hay viêm xơ mạn tính do lao.
 - Bệnh giả bướu trung thất: trên X-quang có thể thấy những bóng mờ cạnh trung thất, nhưng có nguyên nhân ngoài trung thất như: nang phế quản, bướu lao cạnh trung thất.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Chuẩn bị trước mổ

- Xét nghiệm máu: công thức máu, chức năng gan thận, đông máu toàn bộ, nhóm máu.
- Đánh giá chức năng hô hấp, tim mạch.
- Bướu có chèn ép vào cây phế quản, động mạch phổi hay tĩnh mạch chủ trên?
- Bướu có xâm lấn vào cơ quan kế cận, cột sống?

2. Phẫu thuật

- a. Nguyên tắc:** phẫu thuật lấy toàn bộ bướu hay một phần khối

bướu để tiến hành làm giải phẫu bệnh xác định bản chất khối bướu mang ý nghĩa điều trị và chẩn đoán .

b. Phương pháp

* *Phẫu thuật mở*

- Đường mổ qua ngã chẻ xương ức, đường ngực bên tùy thuộc vào vị trí khối bướu, kích thước khối bướu, mức độ xâm lấn vào các cơ quan xung quanh.
- Tránh làm tổn thương các cấu trúc lân cận.
- Nếu bướu dính vào màng ngoài tim phải mở màng tim và cắt bướu cùng phần màng tim này.
- Cắt bướu thành một khối.
- Các bướu nang lớn có vỏ bọc mỏng dễ vỡ khi bóc tách có thể chọc hút bớt ra.
- Bảo vệ lá thành trung thất.
- Dẫn lưu trung thất hay dẫn lưu kín khoang màng phổi.

* *Phẫu thuật nội soi*: bướu nang hay bướu nguồn gốc thần kinh có đường kính < 6 cm.

c. Hậu phẫu

- Rút dẫn lưu màng phổi sau 1 - 2 ngày.
- Tập vật lý trị liệu hô hấp sớm.

3. Những biện pháp điều trị hỗ trợ

- Hóa trị và xạ trị đều phải dựa vào bản chất tế bào học của khối bướu...

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng trong phẫu thuật bướu trung thất

a. Biến chứng sớm:

- Xuất huyết diện cắt bướu
- Tràn khí, tràn dịch màng phổi
- Tràn khí dưới da
- Suy hô hấp
- Xẹp phổi
- Nhiễm trùng vết mổ

b. Biến chứng muộn:

- Viêm phổi..
- Dày dính màng phổi
- Đau vết mổ giống như đau do viêm dây thần kinh sườn.

2. Tái khám: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, một năm.

KHÍ PHẾ THŨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Đặc điểm

Sự phát triển bất thường của đường dẫn khí dưới với đặc điểm tăng chứa khí ở một hay nhiều thùy phổi.

2. Tần suất

- Tần suất 1/20.000 đến 1/30.000.
- Nam/nữ: 3/1.

3. Nguyên nhân

- Không tìm thấy: 50%
- Tắc nghẽn phế quản: 25%
 - + Nội tại (thường gặp): khiếm khuyết về số lượng hay chất lượng của sụn thành phế quản; tổn thương trong lòng phế quản.
 - + Ngoại lai: chèn ép từ bên ngoài thành phế quản (ống động mạch, vòng mạch, khối bướu).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- 25-33% có biểu hiện lúc sanh, 50% lúc 1 tháng tuổi, hầu hết ở 6 tháng tuổi
- Độ nặng phụ thuộc vào kích thước của thùy phổi bị ảnh hưởng, sự chèn ép của nhu mô phổi xung quanh và mức độ đẩy lệch của trung thất.
- Triệu chứng điển hình: thở nhanh, tăng công thở và tím.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Suy hô hấp thường kèm theo khò khè do sự chèn ép đường thở.
- Bệnh phổi bệnh: rì rào phế nang giảm, gõ vang, rung thanh giảm.
- Mỏm tim có thể bị lệch.
- Phát hiện các dị tật bẩm sinh: tim mạch (14%), thận, tiêu hóa, xương khớp, da.

3. Cận lâm sàng

a. Hình ảnh học:

X-quang ngực thẳng nghiêng: thùy phổi lớn chứa đầy khí, xẹp phổi đối bên, trung thất bị đẩy lệch, vòm hoành dẹt. Ở sơ sinh có thể thấy khối mờ chứa dịch.

- CT scan hay MRI ngực: thiết lập chẩn đoán và cho thấy nguyên nhân tắc nghẽn ngoài hay trong đường dẫn khí

b. Xét nghiệm máu: CTM, CRP, cấy đàm...

4. Chẩn đoán

- Xác định: dựa vào CT scan hoặc MRI
- Phân biệt: tràn khí màng phổi, ứ khí mô kẽ phổi do thông khí quá mức, CCAM, phổi biệt trí, bướu trung thất...
- Tiền sản: dựa vào siêu âm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi bệnh.
- Điều trị bảo tồn: đặt ra ở trẻ lớn không có triệu chứng hoặc nhẹ.

2. Chỉ định phẫu thuật: khí phế thũng bẩm sinh gây suy hô hấp.

3. Phương pháp phẫu thuật: mổ mở ngực hay nội soi lồng ngực.

4. Chăm sóc sau mổ

- Giảm đau.
- Vật lý trị liệu hô hấp.

NANG PHẾ QUẢN BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Đặc điểm

- Tồn thương dạng nang, thường tìm thấy trong trung thất, nhu mô phổi hoặc đôi khi ở cổ.

2. Phôi thai

- Xuất hiện từ tuần thứ 4 đến 8 của thai kỳ, do sự nhô bất thường của ruột trước về phía bụng.

3. Tần suất

- 1/68.000 - 1/42.000

4. Phân loại

- Nang phế quản trung thất: 60 - 90%, bội nhiễm thấp, ít thấy mực nước hơi.
- Nang phế quản trong phổi 10 - 35%, bội nhiễm cao, thấy mực nước hơi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. **Bệnh sử:** đau ngực, rối loạn nuốt, nhiễm trùng phổi tái diễn.

2. **Triệu chứng lâm sàng:** hậu quả của sự chèn ép vào đường thở và khí quản, vị trí của nang quan trọng hơn kích thước.

- Không triệu chứng.
- Chán ăn, sụt cân, sốt.
- Đau ngực, ho, ho ra máu, khò khè, khó thở.
- Rối loạn nuốt, đau lưng.

3. Cận lâm sàng

a. X-quang ngực thẳng:

- Hình ảnh ban đầu được chỉ định ở trẻ rối loạn hô hấp.
- Diễn hình: khối bờ rõ, kích thước thay đổi, ở trung thất giữa quanh phế quản gốc; nếu có bội nhiễm hình ảnh giống khối bướu đặc hoặc có mực nước hơi.

b. CT scan hay MRI ngực:

- Khối bờ mềm mại, thành mỏng và có chứa chất tiết, mủ, máu, có thể có vôi hóa.

c. Xét nghiệm: CTM, CRP, cấy đàm...

4. Chẩn đoán

- Xác định: dựa vào CT scan hoặc MRI.
- Phân biệt: CCAM, phổi biệt trí, bướu trung thất...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

a. Chuẩn bị trước mổ:

- Điều trị ổn viêm phổi với kháng sinh.
- Hỗ trợ hô hấp.

b. Chỉ định phẫu thuật:

- Nang phế quản có triệu chứng.
- Nang phế quản không triệu chứng ở trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ.
- Nang phế quản tăng kích thước.

2. Phương pháp phẫu thuật

a. Phẫu thuật mở ngực:

- Cắt bỏ toàn bộ nang.
- Nếu thành nang dính chặt với các cấu trúc quan trọng nên được đốt điện nếu có thể.
- Nếu có sự thông thương giữa nang và cây khí phế quản thì phải được cắt khâu.
- Có thể phải cắt thùy phổi trong trường hợp nang phế quản trong nhu mô phổi.

b. Phẫu thuật nội soi lồng ngực:

- Được sử dụng trong trường hợp đơn giản, nang không dính chặt vào cấu trúc quan trọng và không thông thương với cây khí phế quản.
- Ưu điểm: thẩm mỹ, giảm đau, giảm nguy cơ dính xương sườn sau mổ.
- Nhược điểm: kỹ thuật khó, có thể tái phát do không lấy hết thành nang.

c. Chọc hút nang

- Qua thành ngực hoặc nội soi phế quản.
- Chỉ định: bệnh nhân không thích hợp để phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.
- Ưu điểm: can thiệp tối thiểu, có thể bơm chất xơ hóa như ethanol, bleomycin vào nang.
- Nhược điểm: giải pháp tạm thời, nguy cơ tái phát cao, nguy cơ thấp hóa ác.

3. Chăm sóc sau mổ

- Giảm đau.
- Vật lý trị liệu hô hấp.

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng

a. Biến chứng chung:

- Xẹp phổi, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương thần kinh lang thang hoặc thần kinh hoành, tràn dịch màng phổi.
- Xử trí: giảm đau tốt, thông khí và vật lý trị liệu sau mổ tốt, kháng sinh dự phòng, dẫn lưu màng phổi.

b. Biến chứng nặng:

- Rò thực quản hoặc khí quản: ống dẫn lưu màng phổi ra dịch bọt hoặc khí.
- Tái phát nang: hiếm gặp, do không cắt hết niêm mạc nang; xử trí: phẫu thuật.

2. Tái khám

- 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm.

BUỚU NGUYÊN BÀO THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Đặc điểm

- Bướu nguyên bào thần kinh (BNBTK) (Neuroblastoma) là bướu bào thai của hệ thần kinh giao cảm có nguồn gốc từ mào thần kinh, thường phát triển tại tuyến tuỷ thượng thận hoặc từ chuỗi hạch thần kinh giao cảm dọc hai bên cột sống.
- Bướu rất nhạy với hoá và xạ trị, kết quả điều trị bướu nguyên bào thần kinh ngày nay có nhiều tiến bộ rõ rệt, nhất là giai đoạn tổn thương bướu khu trú, hoặc ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi.

2. Tần suất

- Tần suất khoảng 9,5/1 triệu trẻ em, đứng hạng thứ 9 ung thư trẻ em, chiếm 15% trẻ chết do ung thư.
- Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 10 tuổi (96%), trong đó 75% trẻ dưới 5 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ gần tương đương (1,2/1).

3. Lịch sử

- 1864 Rudolf Virchow: u bụng trẻ em “glioma”, 1891: Felix Marchand: liên quan hệ giao cảm và tuỷ thượng thận, 1901: William Pepper 4s (gan, không di căn xương), 1910: James Homer Wright: neuroblastoma nguồn gốc mào TK, "Homer-Wright pseudorosettes."
- Brodeur là người đầu tiên đưa ra giả thuyết về sự tồn tại ít nhất 3 loại BNBTK khác nhau và đã đề xuất cơ chế di truyền các BNBTK giải thích tiến triển không đồng nhất của các khối bướu này. Bướu NBTk là một mô hình bướu đặc sử dụng các nghiên cứu sinh học và di truyền tế bào trong việc xác định chiến lược điều trị nhằm đạt được hiệu quả điều trị cao nhất.

4. Nguyên nhân

Chưa rõ, 1-2% bệnh nhân mắc BNBTK có tiền sử gia đình. Liên quan bệnh Hirschsprungs và Reclinghausen với gen NF1; hội chứng Turner, Noonan với gen PTPN11.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tuổi, giới.

- Bệnh thường khởi phát âm thầm, 50% đã có di căn lúc chẩn đoán bệnh.
- Toàn thể: sốt, da xanh.
- Rối loạn chức năng: tiêu hoá (đau bụng, chướng bụng), hô hấp (ho, viêm phổi, khó thở, tràn dịch màng phổi), thần kinh (liệt/giảm vận động, hội chứng Horner).
- Di căn: tủy xương, gan, da, (hốc mắt, bướu cục ở đầu), hạch to ngoại biên.
- ❖ Đặc điểm lâm sàng bướu tiên phát
 - Bướu thường gặp trong ổ bụng (40% tủy thượng thận, 25% hạch thần kinh giao cảm cạnh cột sống), hoặc những vị trí khác (15% lồng ngực, 5% vùng chậu, 3% vùng cổ, 12% rải rác chỗ khác). Trẻ nhỏ bướu thường ở lồng ngực và vùng chậu, trẻ lớn hơn thường bướu ở bụng.
- ❖ Đặc điểm lâm sàng di căn xa
 - Do đặc điểm âm thầm, các dấu hiệu trễ: do chèn ép rễ thần kinh (đau chân biếng đi), xuất huyết quanh 2 hốc mắt, thiếu máu, sốt kéo dài → cần phải nghĩ đến BNBTK.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm
 - + Thiếu máu: tổ chức Y tế thế giới
 - Mức độ thiếu máu nặng khi $Hb < 60 \text{ g/l}$.
 - Mức độ thiếu máu vừa khi $60 \text{ g/l} \leq Hb < 90 \text{ g/l}$.
 - Mức độ thiếu máu nặng khi $90 \text{ g/l} \leq Hb < 110 \text{ g/l}$ ở trẻ 6 tháng - 6 tuổi, hoặc khi $90 \text{ g/l} \leq Hb < 120 \text{ g/l}$ ở trẻ trên 6 tuổi.
 - + LDH huyết thanh (serum lactate dehydrogenase): marker sinh học
 - Chỉ số LDH: phân loại chỉ số LDH thành 3 nhóm để nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị (N: trị số bình thường của LDH = 420 UI/l).
 - $LDH \leq 1N$.
 - $1N < LDH < 3N$.
 - $LDH \geq 3N$.
 - + Ferritin huyết thanh: marker sinh học.

- + Catecholamine trong nước tiểu. Bướu không có hệ thống tạo catecholamines thường có hình thái mô học kém biệt hóa, do đó tiên lượng của loại này thường xấu.
- + VMA niệu: xét nghiệm VMA niệu trong nước tiểu 24h, ngưỡng tăng >2,5N (bình thường 50 $\mu\text{mol}/24\text{h}$) có giá trị chẩn đoán BNBTK.
- + Tủy xương: tìm tế bào ác tính.
- Chẩn đoán hình ảnh
 - + Siêu âm bụng: có giá trị khi tình cờ phát hiện sớm và theo dõi điều trị.
 - + X-quang bụng và ngực, một khối bướu ở trung thất hoặc sau phúc mạc, có hình ảnh calci hoá.
 - + CT scan, đánh giá bướu cạnh cột sống, mức độ xâm lấn rễ thần kinh, hoặc bướu hình quả tạ len vào khoảng liên đốt gây chèn ép tủy.
 - + $^{123}\text{I}/^{131}\text{I}$ - methyl iodobenzylguanadine (MIBG) - chất đánh dấu phóng xạ, có ái lực với những tế bào catecholergic - là phương tiện đáng tin cậy định vị bướu nguyên phát cũng như di căn.
 - + Technetium Tc 99 Scan đánh giá những di căn xương.
 - + Nhiễm sắc thể, 75% bướu nguyên bào thần kinh có bất thường nhiễm sắc thể, phổ biến nhất là do sự mất sắp xếp lại của nhánh ngắn nhiễm sắc thể 1, 14, 17, 19. Gen sinh ung nằm ở nhánh p36 của nhiễm sắc thể 1. Gen N - myc tiền ung nằm trên nhánh ngắn nhiễm sắc thể 2. Gen MDR tạo ra hiện tượng kháng nhiều thuốc.

3. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán hình ảnh: CT, MRI.
- Sinh thiết bướu: dễ chảy máu. Tủy đồ, sinh thiết hạch, bướu dưới da.
- Chẩn đoán giải phẫu bệnh: sự hiện diện của những tế bào điển hình là những tế bào tròn nhỏ, xanh, có nhân to đậm ít nhiễm sắc chất, có sự hiện diện của tơ sợi thần kinh, thể giả hoa hồng Homer- Wright, vùng hoại tử, xuất huyết và calci hoá.

Theo INPC (International Neuroblastoma Pathology Classification) phân loại BNBTK thành 4 nhóm như sau: *BNBTK*; *hạch BNBTK*, *hỗn hợp*; *hạch TK* và *hạch BNBTK, nố*.

Phương pháp miễn dịch tế bào (kỹ thuật miễn dịch-peroxydase) cho phép phân biệt BNBTk với một số các khối bướu khác có "tế bào tròn, nhỏ, màu xanh" như: sarcom Ewing, bướu nội bì thần kinh tiên phát (PNET), sarcom cơ vân, lympho non Hodgkin, bạch cầu cấp thể M7. Phương pháp này cho phép xác định được tế bào NBTK nếu có các phản ứng dương tính với NSE, chromagranine A, synaptophysine, PGP 9.5, GD₂, NB84.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Bướu Wilms.
- Bướu quái.
- Thận nước.
- Thận đa nang.

5. Xếp giai đoạn

- Theo SIOP:
 - + **Giai đoạn I:** bướu nằm trong giới hạn cơ quan bắt nguồn.
 - + **Giai đoạn II:** bướu lan ra ngoài cơ quan hay những tổ chức mà nó bắt nguồn nhưng không vượt quá đường giữa. Có thể có xâm lấn hạch khu vực vùng bên.
 - + **Giai đoạn III:** bướu lan rộng liên tục vượt quá đường giữa. Có thể có xâm lấn hạch khu vực hai bên.
 - + **Giai đoạn IV:** bệnh tiến triển vào xương, tủy xương, gan, hạch xa...
 - + **Giai đoạn V:** trẻ < 1 tuổi có bướu tiên phát ở giai đoạn I, II và di căn xa vào gan, da, tủy trừ di căn xương.
- Theo INSS: cho phẫu thuật (*International Neuroblastoma Staging System*).
 - + **Giai đoạn I:** bướu cắt bỏ hoàn toàn, vi thể (-); hạch cùng phía (-).
 - + **Giai đoạn IIA:** bướu cắt bỏ không hoàn toàn, hạch cùng phía (-).
 - + **Giai đoạn IIB:** cắt bỏ hoàn toàn hay không hoàn toàn, hạch cùng phía (+). Hạch bên đối diện (-).
 - + **Giai đoạn III:** khối bướu không thể cắt bỏ xâm lấn vượt qua đường giữa, có/không có xâm lấn hạch khu vực; hoặc khối bướu 1 bên có xâm lấn hạch bên đối diện; hoặc khối bướu ở giữa xâm lấn cả 2 bên không thể cắt bỏ hoặc có hạch xâm lấn 2 bên.

- + **Giai đoạn IV:** khối bướu tiên phát bất kỳ kèm theo di căn vào hạch xa, xương, tủy xương, gan và các cơ quan khác (trừ định nghĩa 4S).
- + **Giai đoạn V:** khối bướu tiên phát khu trú (giai đoạn 1, 2A hoặc 2B) kèm theo di căn vào gan, da và/ hoặc tủy xương trẻ < 1 tuổi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cắt bỏ bướu hoàn toàn đối với giai đoạn I ± hóa trị.
- Hóa và xạ trị theo phác đồ, sau đó phẫu thuật.

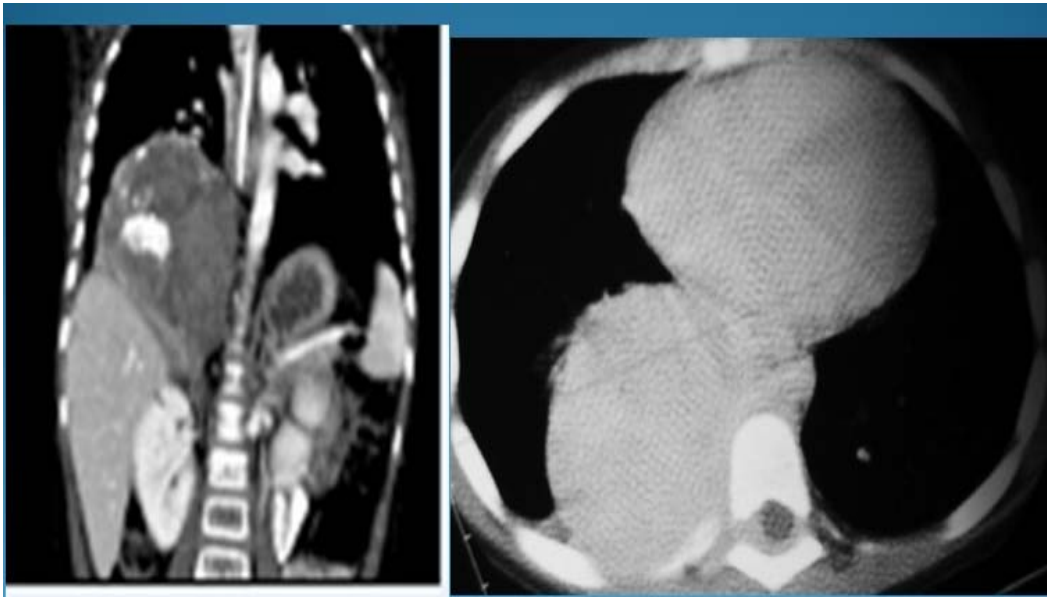
2. Điều trị: XEM THÊM NỘI KHOA

IV. THEO DÕI

- Chế độ dinh dưỡng:
 - + Trẻ cần chế độ dinh dưỡng cao để tăng trưởng và phát triển cơ thể, cũng như để hồi phục sau những ảnh hưởng có hại của liệu pháp trị liệu.
 - + Nuôi dưỡng bổ sung rất cần thiết trong điều trị. Nguồn dinh dưỡng được cung cấp bằng đường miệng tự nhiên hoặc qua thông dạ dày nếu bé không tự ăn được.
- Theo dõi lâu dài và thận trọng:
 - + Sau hoàn thành điều trị, bệnh nhi đã được trị liệu thành công cần theo dõi sát lâu dài và thận trọng đối với bất cứ dấu hiệu và triệu chứng của bệnh tái phát.
 - + Chăm sóc liên tục bao gồm kiểm soát catecholamines nước tiểu, khám thực thể và chẩn đoán hình ảnh.
 - + Tái phát thường xảy ra trong hai năm đầu sau điều trị nên chăm sóc sát và liên tục trong thời gian này.

V. TIỀN LƯỢNG

- Những yếu tố quyết định sự đáp ứng và kết quả điều trị:
 - + Giai đoạn, tuổi, những đặc tính sinh học của bướu quyết định kết quả.
 - + Đặc tính sinh học của bệnh nhi cũng ảnh hưởng đến hấp thu, phân phối, chuyển hóa và bài xuất thuốc.



Neuroblastoma của khoang sau phúc mạc và trung thất sau

DỊ DẠNG NANG TUYẾN BẨM SINH Ở PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

CCAM (Congenital Cystic Adenomatoid Malformation): dị dạng nang tuyến bẩm sinh đường hô hấp dưới.

2. Bệnh sinh

Là những khiếm khuyết trưởng thành trong quá trình tạo hình nhánh phổi, sang thương với niêm mạc dạng polyp, tăng lượng cơ trơn và mô đàn hồi trong vách nang, nhu mô không có mô sụn, tăng tiết nhầy, không viêm.

3. Tần suất

1/25.000 - 1/10.000

4. Phân loại

Stocker dựa vào kích cỡ nang và đặc điểm mô học chia CCAM ra 5 loại:

- Type 1: chiếm khoảng 65%, nang có kích thước 2 - cm. Các tế bào mang đặc điểm của phế quản.
- Type 2: chiếm khoảng 20 - 5%, nang có kích thước 0,5 - 2cm. Các tế bào mang đặc điểm của tiểu phế quản. Type này hay kèm dị tật: teo thực quản, teo ruột non, thiếu sản thận...
- Type 3: <10%, nang có kích thước < 0,5cm và các tế bào mang đặc điểm của tiểu phế quản và phế nang.
- Type 4: 2 - 4%, nang có thể có kích thước tới 7cm, được cho là xuất phát từ phế nang hoặc phần xa của tiểu thùy phổi.
- Type 0: < 3%, là dạng hiếm gặp nhất và được cho là xuất phát từ khí quản với các nang có đường kính < 0,5cm, với biểu mô trụ giả tầng có lông chuyên, sụn và biểu mô tiết nhầy.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Biến dạng lồng ngực do kích thước nang lớn.
- Khò khè, thở co kéo, tím tái... biểu hiện sớm trong giai đoạn sơ sinh: nang có kích thước trung bình.
- Nhiễm trùng đường hô hấp tái đi tái lại: phát hiện trễ, nhũ nhi và trẻ lớn: nang thường rất nhỏ.

- Chẩn đoán kèm các dị tật bẩm sinh: thường type II.
- Tình cờ chụp X-quang.

2. Cận lâm sàng

- Tiền sản: siêu âm doppler, MRI. Siêu âm tiền sản: sang thương dạng đặc hoặc nang lớn +/- phù thai do đẩy lệch trung thất và chèn ép tĩnh mạch chủ dưới.
- X-quang ngực: hình ảnh khối chiếm chỗ dạng đồng nhất hoặc nang +/- mức khí dịch.
- CTscan có cản quang độ nhạy gần như 100%, hình ảnh khối chiếm chỗ dạng đồng nhất hoặc nang +/- mức khí dịch.
- Các xét nghiệm tầm soát dị tật kèm theo: siêu âm bụng, xuyên thóp.

3. Chẩn đoán

- **Chẩn đoán xác định:** hình ảnh CT scan.
- **Chẩn đoán phân biệt**
 - + Phổi biệt trí.
 - + Nang phế quản.
 - + Khí phế thũng thùy bẩm sinh.
 - + Thoát vị hoành bẩm sinh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phẫu thuật

- Phẫu thuật sớm tối ưu hóa khả năng phát triển bù trừ của phổi lành
- Trì hoãn phẫu thuật có thể làm tăng nguy cơ bội nhiễm, suy hô hấp, ung thư.
- Phẫu thuật ngay khi tình trạng bệnh nhân ổn định.
- Sơ sinh có tổn thương hô hấp do nang: phẫu thuật khẩn.
- Không triệu chứng nhưng được phát hiện trong giai đoạn sơ sinh: phẫu thuật trong vòng 1 tháng hoặc trễ hơn sau khi đã có CTscan ngực có cản quang.

2. Phương pháp

- Đường mổ thường khoảng liên sườn 4 – 5.
- Kiểm soát mạch máu và phế quản chính trước khi cắt.
- Nên bộc lộ hệ mạch máu bất thường trong trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng.
- Cắt bỏ sang thương.
- Phẫu thuật trong thai kỳ: khi có hiện tượng phù thai, tử vong gần như 100%: cắt thùy phổi, dẫn lưu khoang màng phổi, shunt khoang màng phổi xoang ổi...

3. Hậu phẫu

- Rút dẫn lưu màng phổi sau 1 - 3 ngày.
- Tập vật lý trị liệu hô hấp sớm.

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng

- Trong mổ:
 - + Chảy máu trong đường thở.
 - + Suy hô hấp.
 - + Tràn khí trung thất đối bên.
 - + Liệt hai chi dưới.
- Sau mổ:
 - + Chảy máu có nguồn gốc từ động mạch phế quản.
 - + Xẹp phổi.
 - + Tràn khí dưới da.
 - + Hội chứng sau cắt phổi.
 - + Viêm phổi.

2. Tiên Lượng: phụ thuộc vào type của CCAM

- Với type 1 và 4 tiên lượng tốt.
- Type 2 và 3 tiên lượng xấu do kèm thiếu sản phổi và các dị tật bẩm sinh khác.

3. Tái khám: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 1 năm.

BUỚU TẾ BÀO MÀM Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Đặc điểm

Bướu tế bào mầm được phát triển từ tế bào mầm nguyên thủy mà thông thường những tế bào này sẽ tạo ra trứng và tinh trùng.

Các tế bào mầm sinh dục có thể sống và phát triển ở những vị trí dọc theo đường di chuyển của chúng.

2. Bệnh sinh

Tế bào mầm nguyên thủy, tế bào trung mô và tế bào mầm biểu mô là nguồn gốc của bướu tế bào mầm (sinh dục hay ngoài sinh dục) và nhóm bướu tế bào biểu mô. Quá trình di cư của tế bào mầm nguyên thủy vào tuần thứ năm, từ túi noãn hoàng xuống phần lưng của trung mô thận, trải dài từ N6 đến S2, tới mào sinh dục (genital crest) giải thích vị trí bướu thường gặp ở cạnh đường giữa như vùng cùng cụt, chậu, sau phúc mạc, tuyến tụy, hay “đi lạc” trung thất trước...

3. Tần suất

Gồm bướu tế bào mầm sinh dục và ngoài sinh dục. Hiếm gặp: tỉ lệ 2,4/1 triệu, và khoảng 1% - 2% ung thư trẻ em <15t.

Tuyến tụy (6%), trung thất (7%), sau phúc mạc (4%), cùng cụt (42%), buồng trứng (24%), tinh hoàn (8%) và các vị trí khác (8%).

4. Phân loại

- Bướu tế bào mầm sinh dục:

BUÔNG TRỨNG
DYSGERMINOMA
ENDODERMAL SINUS
TUMOR
TERATOMA
EMBRYONAL
CARCINOMA
MALIGNANT MIXED
GERM-CELL TUMOR
POLYEMBRYOMA
CHORIOCARCINOMA
GONADOBLASTOMA

TINH HOÀN
ENDODERMAL SINUS
TUMOR
EMBRYONAL
CARCINOMA
TERATOMA
TERATOCARCINOMA
GONADOBLASTOMA
OTHERS (SEMINOMA,
CHORIOCARCINOMA,
MIXED GERM-CELL)

- Bướu không là tế bào mầm sinh dục:

BUỒNG TRỨNG
SEX CORD STROMAL
(GRANULOSA, LEYDIG-
SERTOLI)
EPITHELIAL (SEROUS,
MUCINOUS,...)

TINH HOÀN
SEX CORD STROMAL
(LEYDIG, SERTOLI,
MIXED)

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Các dấu hiệu và triệu chứng của u tế bào mầm phụ thuộc vào vị trí và giải phẫu bệnh của u.
- Do cùng nguồn gốc tế bào mầm nguyên thủy, dù ở vị trí hay mô học khác nhau, các u đều có cùng hình thức di căn:
 - + Phổi.
 - + Gan.
 - + Hạch vùng.
 - + Hệ thần kinh trung ương.
 - + Xương và tủy xương (ít thông thường nhất).
- Tái phát thường xuất hiện sau 2 năm có chẩn đoán.

2. Cận lâm sàng

- Chất đánh dấu sinh học
 - + **Alpha - Fetoprotein (AFP):** tăng cao trong bướu quái ác, hay bướu túi noãn hoàng. AFP tăng sinh lý ở trẻ <1 tuổi.
 - + **β - hCG (human Chorionic Gonadotropin)**
 - β - hCG, nồng độ thấp < 5mIU/ ml, T bán hủy 24h - 36h. β - hCG tăng cao biểu hiện sự hiện diện của clon hợp bào nuôi tiết hCG, bệnh lý thường gặp là ung thư tế bào nuôi, tế bào khổng lồ hợp bào nuôi, embryonal carcinoma, và thường gặp trong germinoma.
 - β - hCG và AFP đều tăng gặp trong polyembryoma và trong embryonal carcinoma buồng trứng.
 - β - hCG tăng sau hóa trị do diệt tế bào ung thư, và cũng gặp trong ung thư gan, tụy, G.I, vú, phổi, bàng quang.

+ **Markers khác**

- LDH huyết thanh được dùng đánh giá sự phân hủy tế bào bướu.
- PLAP: placental alkaline phosphatase trong seminoma
- CA-125 (carbohydrate antigen) tăng cao trong nhóm biểu mô.
- CA-19-9, và nhóm máu Lewis-A cũng được đề cập trong nhóm teratoma nhưng có vai trò chưa rõ.

3. Xếp giai đoạn

- Phân loại theo C.O.G về BTBM của buồng trứng và tinh hoàn

+ **BUỒNG TRỨNG**

- Bướu giới hạn trong một hay hai buồng trứng, dịch rửa phúc mạc không có tế bào ác tính.
- Không có biểu hiện lâm sàng, hình ảnh học, mô học biểu hiện bệnh lan ra khỏi buồng trứng.
- Markers trở về bình thường sau phẫu thuật tương xứng với Th.
- Phúc mạc với glioma không có thành phần ác tính.
- Bướu còn sót về vi thể hay hạch vùng (+) $\leq 2\text{cm}$, dịch rửa phúc mạc không có tế bào ác tính.
- Markers (+) hay (-).
- Phúc mạc với glioma làm tăng giai đoạn.
- Bướu còn sót đại thể, hay chỉ sinh thiết.
- Hạch di căn $> 2\text{cm}$, dịch rửa phúc mạc có tế bào ác tính.
- Xâm lấn các tạng kế cận (mạc nối lớn, ruột, bàng quang).
- Markers (+) hay (-).
- Di căn xa, bao gồm gan.

+ **TINH HOÀN**

- Bướu khu trú ở tinh hoàn.
- Cắt trọn tinh hoàn mang bướu qua ngã bẹn hay qua ngã bìu nhưng không rơi vãi bướu.
- Không có biểu hiện lâm sàng, hình ảnh học, mô học biểu hiện bệnh lan ra khỏi tinh hoàn.
- Markers trở về bình thường sau phẫu thuật tương xứng với Th; thời điểm chẩn đoán với markers bình thường hay không biết; phải có kết quả hạch sau phúc mạc cùng bên (-).

- Cắt tinh hoàn qua ngã bìu còn sót về đại thể.
- Sót vi thể ở bìu hay ở thừng tinh cao (<5cm từ đầu gần).
- Hạch sau phúc mạc di căn ≤ 2 cm.
- Markers tăng sau phẫu thuật tương xứng với Th;
- Hạch di căn sau phúc mạc >2cm. Không xâm lấn tạng và ngoài ổ bụng.

III. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị BTBM là sự phối hợp của phẫu trị, hóa trị, và xạ trị. Cơ sở của điều trị đa mô thức là kết quả của giải phẫu bệnh lý, nhưng kết quả này tùy thuộc hoàn toàn vào nhà GPB với 2 khó khăn đặt ra:

- + Mô học của tinh hoàn và buồng trứng khác nhau và cả về tính chất ác tính. Riêng về tinh hoàn, một cụm tế bào ác tính có thể nằm len vào mô buồng lành tính nên khó xác định.
- + Hóa mô miễn dịch được thực hiện vẫn còn khó khăn trong giai đoạn hiện nay.

Về phẫu thuật, hoàn toàn khác với ung thư biểu mô buồng trứng (bệnh nhân > 14t) với phẫu thuật tận gốc là: cắt bỏ 2 phần phụ có mang buồng + tử cung + mạc nối lớn ± tạng bị xâm lấn thành một khối, phẫu thuật về nhi mang tính chất bảo tồn và theo dõi. Chỉ định phẫu thuật lần II cũng được đặt ra (second look), nhưng phẫu thuật đầu tiên quan trọng mà chỉ dựa vào markers và quan sát đại thể ở giai đoạn I, II nên có thể sai sót trong chỉ định bảo tồn.

Mô học	Vị trí nguyên phát	Giai đoạn	Điều trị
Bướu quái trưởng thành	Các vị trí	Khu trú	Phẫu thuật + theo dõi
Chưa trưởng thành (IT)	Các vị trí	Khu trú	Phẫu thuật + theo dõi
BTBM Ác	Tinh hoàn Buồng trứng Ngoài sinh dục	I II- IV ^a I II- IV I- II III- IV	Phẫu thuật + theo dõi Phẫu thuật + PEB Phẫu thuật + theo dõi /PEB? Phẫu thuật + PEB Phẫu thuật ^b + PEB Phẫu thuật ^b + PEB

BV Nhi đồng 2

Chương 3
NGOẠI NIỆU

BV Nhi đồng 2

BÀNG QUANG THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Bàng quang thần kinh là sự rối loạn chức năng đi tiểu gây ra do tổn thương hệ thống thần kinh chi phối hoạt động của bàng quang.

2. Nguyên nhân

- bẩm sinh:
 - + Sa tủy màng tủy (myelomeningocele).
 - + Tật đốt sống chẻ đôi ẩn (spina bifida occulta).
 - + Bất sản xương cùng (sacral agenesis).
- mắc phải:
 - + Chấn thương tủy sống.
 - + Bướu (u quái cùng cụt, neuroblastoma).
 - + Viêm tủy cắt ngang (transverse myelitis).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

Tiền căn có phẫu thuật liên quan đến cột sống (đã nêu trong phần nguyên nhân).

2. Triệu chứng lâm sàng

Tiểu không kiểm soát, nhiễm trùng tiểu.

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: thành bàng quang dày, mỏng; bể thận và niệu quản có dẫn hay không.
- Phim bàng quang lúc tiểu (Voiding CystoUrethrography: VCUG) cung cấp thông tin thành bàng quang có ngách (trabeculation), trào ngược bàng quang niệu quản, túi thừa bàng quang.
- Niệu động học: nếu được đo đầy đủ sẽ cung cấp các thông tin về thể tích bàng quang, khả năng co bóp của bàng quang, thể tích tồn lưu nước tiểu sau khi tiểu, vận động của cơ thắt niệu đạo, độ dẫn nở bọng đái (compliance), sự phối hợp của cơ bàng quang và cơ thắt niệu đạo.

4. Chẩn đoán

Dựa vào kết luận của niệu động học. Những trường hợp bệnh nhi nhỏ hơn 5 tuổi và những bệnh nhi không thể hợp tác để đo niệu

động học phải dựa vào tiền căn, lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bảo vệ sự nguyên vẹn chức năng thận.
- Phòng ngừa nhiễm trùng tiểu.
- Chống són tiểu.

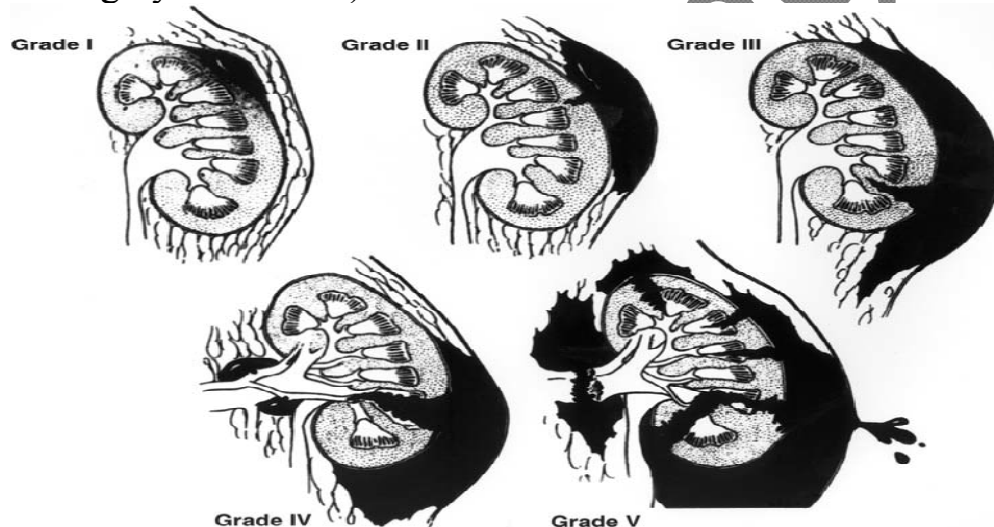
2. Chỉ định điều trị

- Đối với những trẻ dưới 5 tuổi, bilan không thấy tổn thương thận, lâm sàng có dạng són tiểu liên tục, việc đặt CIC không ra thêm nước tiểu, không cần làm gì thêm
- Thông tiểu sạch ngắt quãng (clean intermittent catheterisation): áp dụng cho những trường hợp bàng quang có thể tích không quá nhỏ hoặc giảm trương lực. Thể tích bàng quang (V) được tính theo công thức sau đây:
 - + 0 - 2 tuổi: $V = \text{Kg trọng lượng cơ thể} \times 7$
 - + 2 - 12 tuổi: $V = (\text{tuổi} \times 30) + 30$
- Phẫu thuật:
 - + Vesicostomy: chỉ định trong những trường hợp trẻ nhỏ có áp lực bàng quang cao, thương tổn đường tiết niệu trên không thể xử trí bằng thông tiểu sạch ngắt quãng hoặc thuốc.
 - + Thể tích bàng quang nhỏ, tăng trương lực: mở rộng bàng quang bằng ruột.
 - + Són tiểu: đai quàng cổ bàng quang, phẫu thuật Young – Dees.
 - + Không đặt thông tiểu ngắt quãng được qua đường tự nhiên: phẫu thuật Mitrofanoff.
- Phương pháp phẫu thuật:
 - + Vesicostomy: mở phần đỉnh bàng quang ra da ở vị trí giữa rốn và xương mu (kỹ thuật Blocksom).
 - + Mở rộng bàng quang bằng ruột: dùng hồi tràng, hồi manh tràng, đại tràng sigma.
 - + Phẫu thuật Mitrofanoff: cắt rời ruột thừa ra, giữ lại cuống mạch. Cầm đỉnh ruột thừa vào bàng quang theo kiểu flap-valve, gốc ruột thừa đưa ra ngoài thành bụng ở hố chậu. Tiến hành thông tiểu sạch ngắt quãng qua miệng ruột thừa.

CHẤN THƯƠNG THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một cấp cứu niệu khoa, thường gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương
- Trong tổn thương hệ niệu dục thì chấn thương thận thường gặp nhất. Do lớp mỡ quanh thận và cơ quanh bụng mỏng hơn, khung xương sườn yếu hơn, khoang sau phúc mạc tương ứng lớn hơn người lớn
- Nguyên nhân chấn thương thường do chấn thương vào vùng hông lưng. Thận độc nhất cũng hay gặp do thận lớn bù trừ
- Phân độ: có 5 độ theo AAST(American Association for the Surgery of Trauma)



Phân loại chấn thương thận

- Độ 1: tiểu máu vi thể hoặc đại thể, hematoma dưới vỏ bao, không trải rộng và không tổn thương xé rách nhu mô.
- Độ 2: khối máu tụ trong cân Gerota, tổn thương phần vỏ <1cm
 - Độ 3: tổn thương >1cm vùng vỏ thận
 - Độ 4: tổn thương trải rộng xuyên qua vỏ, tủy và hệ thống ống góp, tổn thương mạch máu thận đang chảy máu.
 - Độ 5: vỡ hoàn toàn thận, cuống thận bị đứt lìa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

- Cơ chế chấn thương: tai nạn xe, té ngã, bị đánh...
- Đau bụng cấp (hông lưng).
- Triệu chứng mất máu cấp.
- Tiểu máu vi thể hoặc đại thể.
- Cầu bàng quang (+) trong trường hợp chấn thương nặng.
- Khám lâm sàng có hồ thắt lưng đầy, hematoma vùng hông lưng, bụng chướng.
- Biểu hiện của chấn thương các tạng khác trong ổ bụng (gan, lách, thủng tạng rỗng)...

2. Cận lâm sàng

- Huyết đồ: Hct, Hb.
- Chức năng đông máu.
- Chức năng thận.
- Tổng phân tích nước tiểu: màu sắc, bạch cầu, hồng cầu, pH, protein, cặn lắng.
- Siêu âm: độ nhạy thấp so với CT scan (25 -70%), khối máu tụ, dịch ổ bụng, gợi ý một số thương tổn khác trong ổ bụng, khảo sát thân đối bên...
- UIV: ngày nay đã được thay thế bởi CT scan.
- CT scan (trong trường hợp huyết động học ổn định) độ nhạy và đặc hiệu cao giúp đánh giá tốt nhất mức độ tổn thương nhu mô, kích thước, vị trí của hematoma sau phúc mạc, tiên lượng được diễn tiến của chấn thương, các thương tổn phối hợp trong ổ bụng.
- Xạ hình thận: đánh giá chức năng thận hai bên.
 1. Chẩn đoán xác định Lâm sàng + Cận lâm sàng (CT scan).
 2. Chẩn đoán phân biệt.
- Sốc chấn thương và sốc mất máu do các nguyên nhân khác.
Tiểu máu không chấn thương thận.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị shock và các chấn thương đe dọa tính mạng trước
- Điều trị các tổn thương phối hợp.
- Điều trị tổn thương tại thận.

2. Điều trị nội khoa bảo tồn

- Áp dụng cho độ I-III: nghỉ ngơi tại giường và theo dõi (7 - 14 ngày), hồi sức, truyền máu, chống nhiễm trùng, tránh bón, điều chỉnh nước, điện giải.

3. Điều trị ngoại

a. *Chỉ định*: tương đối hơn là tuyệt đối

- Huyết động không ổn định - điều trị nội thất bại: chảy máu dai dẳng đe dọa tính mạng, khối máu tụ sau phúc mạc lan rộng, có mạch đập.
- Có rách và chảy nước tiểu ra ngoài (Urinary extravasation): có thể chọc hút dẫn lưu dưới siêu âm thậm chí độ IV, hoặc mổ thám sát nếu nghi đứt niệu quản/rách bể thận.
- Chấn thương độ V. Nếu huyết động ổn định, xem có tổn thương phối hợp không.
 - + Nếu có mổ bụng thám sát, đi đường giữa, xử lý tổn thương phối hợp + cắt thận.
 - + Nếu không có tổn thương phối hợp thì không cần cắt thận ngay.
- Có tổn thương mạch máu.

b. *Nguyên tắc phẫu thuật*:

- Hồi sức chống shock trước khi can thiệp phẫu thuật, hoặc vừa hồi sức vừa phẫu thuật trong trường hợp có tổn thương mạch máu lớn.
- Xử lý thương tổn tại thận và các thương tổn kết hợp trong ổ bụng.
- Xử lý tắc nghẽn (thường tổn thương tắc nghẽn mạch máu thận, thận không sống quá 12 giờ).
- Thời điểm phẫu thuật: trong trường hợp mổ cấp cứu (độ V hoặc có tổn thương phối hợp): sau khi hồi sức ổn định. Trong trường hợp phẫu thuật trì hoãn (tổn thương độ IV, urinoma): từ ngày thứ 7 trở đi.

4. Kỹ thuật

- Cắt thận: nếu tổn thương quá nặng hoặc đứt rời cuống thận, chú ý tổn thương phối hợp như tá tràng, tụy, TM chủ.
- Cắt thận bán phần: chú ý khâu đài bể thận tránh rò nước tiểu. Khâu nhu mô thận chú ý giữ vỏ bao thận.
- Giải quyết các thương tổn trong ổ bụng.

5. Theo dõi

- Theo dõi tiểu máu đại thể và vi thể trong 4 tuần đầu tiên: tiểu máu đại thể chấm dứt, tiểu máu vi thể có thể kéo dài từ 2 - 4 tuần.
- Tiểu máu thứ phát không phải là hiếm gặp trong vài tuần đầu nhưng hiếm khi cần can thiệp.

6. Biện chứng

a. Sớm:

- Khó thở—xe.
- Nhiễm trùng.
- Rò hệ niệu, urinoma.

b. Muộn:

- Tăng huyết áp.

VẾT THƯƠNG THẬN

Là cấp cứu Ngoại khoa, xuất hiện trong bệnh cảnh bị đâm bằng vật sắc nhọn. Hầu hết phải phẫu thuật cấp cứu. Vết thương thận có thể khâu cầm máu bằng chỉ tan chậm (vicryl), hoặc cắt thận bán phần. Nếu diễn tiến có tiểu máu đại thể kéo dài có khi phải phẫu thuật cắt thận tổn thương.

BV Nhi đồng 2

VỠ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một cấp cứu nội khoa, hiếm gặp ở trẻ em, thường do thầy thuốc gây ra.
- Vỡ bàng quang có thể trong hoặc ngoài phúc mạc, ở trẻ em thường là trong phúc mạc.
- Nguyên nhân: do thầy thuốc (herniotomy, cắt ruột thừa), chấn thương do vật tù (tai nạn giao thông), vỡ tự phát (sau tạo hình bàng quang bằng ruột, sỏi kẹt cổ bàng quang).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Bí tiểu.
- Đau hạ vị.
- Tiểu máu hoặc đặt thông tiểu ra máu.
- Dấu hiệu gãy xương chậu.
- Nếu đến trễ: dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc, chướng bụng, phản ứng thành bụng, gõ đục vùng thấp hai bên hạ vị, thăm trực tràng đau vùng túi cùng Douglas.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu: màu sắc, bạch cầu, hồng cầu.
- Siêu âm: dịch ổ bụng, dịch quanh bàng quang, bàng quang bị đẩy lên cao.
- X-quang: gãy xương chậu.
- Chụp bàng quang lúc đi tiểu: bàng quang bị đẩy lên cao, thuốc cản quang đọng bên ngoài bàng quang hoặc giữa các quai ruột và túi cùng Douglas.

3. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng + siêu âm, X-quang.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc chấn thương do các nguyên nhân khác.
- Tiểu máu do các nguyên nhân khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị shock, nhiễm trùng nhiễm độc.

- Điều trị tổn thương của bàng quang.
- Điều trị tổn thương phối hợp.

2. Điều trị ngoại

- Trong phúc mạc: mổ thám sát giải quyết tạng tổn thương phối hợp (nếu có), khâu lỗ thủng. Sau mổ mở Cystostomy hoặc đặt thông tiểu.
- Ngoài phúc mạc: thường có thể chỉ cần đặt thông liên tục, nhưng đối với những tổn thương do thầy thuốc gây ra ví dụ mổ thoát vị hay cắt ruột thừa thì nên khâu lại chỗ thủng.

3. Biến chứng

- Rò bàng quang.
- Trào ngược bàng quang niệu quản.
- Bàng quang thần kinh.

VỠ NIỆU ĐẠO

I. CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

3 cơ chế:

- Tổn thương niệu đạo hành do té đập vùng đáy chậu (stride hay straddle).
- Tổn thương niệu đạo sau và niệu đạo màng liên quan tới gãy khung chậu.
- Tổn thương do thầy thuốc: thao tác với dụng cụ, cắt da quy đầu, sau tạo hình hậu môn/trẻ không hậu môn.

II. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử

- Khai thác cơ chế chấn thương
- Dấu hiệu gợi ý chấn thương niệu đạo:
 - + Bầm tím vùng đáy chậu
 - + Chảy máu niệu đạo
 - + Tiểu máu
 - + Đau, bí tiểu
- Tất cả các trường hợp gãy xương chậu ở trẻ em đều phải nghĩ tới tổn thương niệu đạo sau hoặc niệu đạo màng

2. Khám

- Chảy máu niệu đạo, miệng sáo
- Cầu bàng quang (+)

III. CẬN LÂM SÀNG

- Nếu có một trong những triệu chứng sau (gợi ý chấn thương niệu đạo sau):
 - + Tam chứng kinh điển: tụ máu vùng đáy chậu/dương vật. Chảy máu miệng sáo/âm đạo. Bất thường khi đi tiểu.
 - + Khi có gãy khung chậu.
 - + Khi X-quang nghi ngờ nhiều có tổn thương cổ bàng quang.
 - + Chống chỉ định chụp X-quang niệu đạo. Có thể dùng siêu âm, X quang khung chậu nếu nghi ngờ có gãy xương đi kèm.
- Nếu không có chống chỉ định thì chụp niệu đạo cản quang ngược dòng (RGUG) hoặc Cystography.
- Trẻ gái trước và sau tuổi dậy thì, có thể chẩn đoán bằng CT, hoặc soi niệu đạo, âm đạo dưới gây mê.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Tùy vào vị trí thương tổn.
- Điều trị nhiễm trùng.
- Tái lập lưu thông nước tiểu.
- Phục hồi niệu đạo tổn thương.

2. Điều trị cụ thể

- Trong chấn thương niệu đạo trước:
 - + BN chấn thương niệu đạo có triệu chứng nên có chỉ định nhập viện theo dõi cho đến khi hết triệu chứng
 - + Tái lập lưu thông đường tiểu bằng cách đặt sonde tiểu lại ngay, tốt nhất dưới X-quang hay nội soi, lưu 5 - 21 ngày tùy thuộc tổn thương.
 - + Nếu không đặt lại được hoặc BN có biểu hiện chấn thương nặng (bí tiểu, vô niệu) → Cystostomy hoặc Vesicostomy → chụp VCUG, nếu không tổn thương niệu đạo → sau 3 tháng chụp RGUG (niệu đạo cản quang ngược dòng). Ở những trẻ hợp tác có thể thay thế bằng siêu âm. Sau 3 tháng tạo hình niệu đạo.
- Chấn thương niệu đạo sau:
 - + Mở bàng quang ra da.
 - + Phải đánh giá thêm chức năng của cổ bàng quang, về thời điểm can thiệp sửa chữa niệu đạo còn nhiều tranh cãi: bán khẩn trong vòng 2 ngày, trì hoãn trong vòng 2 - 14 ngày, muộn sau 3 tháng.

V. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. Hẹp niệu đạo

- Xẻ niệu đạo đoạn hẹp qua nội soi, lưu thông tiểu 2 - 3 ngày, nếu tái phát có thể xẻ lại 2 - 3 lần, nếu vẫn tái phát lại xem như thất bại với phương pháp này.
- Tạo hình niệu đạo. Đòi hỏi phải xác định được chiều dài và mức độ của đoạn hẹp:
 - + Xẻ ngang (excision) đoạn hẹp, di động hai đầu nối tận
 - + Xẻ dọc (laying open) và đặt lên trên đó 1 mảnh ghép (onlay graft).

2. Rối loạn đi tiểu hay rối loạn cương

Phục hồi cổ bàng quang, sling, đặt cơ vòng nhân tạo.

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG CƠ QUAN SINH DỤC NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bao gồm chấn thương dương vật, bìu, âm hộ (nữ).
- Là một cấp cứu Niệu nhi thường gặp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Khai thác tiền sử chấn thương: cơ chế chấn thương: bị đá vào bìu (vỡ tinh hoàn), té vào vật sắc nhọn (vết thương cơ quan sinh dục ngoài), bẻ dương vật lúc cương (gãy dương vật). Cần khai thác kỹ bệnh sử trong trường hợp vết thương cơ quan sinh dục ngoài ở bệnh nhi nữ để phát hiện những trường hợp xâm hại tình dục.
- Khai thác thời điểm chấn thương để có hướng xử trí thích hợp.

2. Khám lâm sàng

- Quan sát những thương tổn bên ngoài: trầy xước cơ quan sinh dục ngoài, vết bầm tím bìu dương vật (gãy dương vật), chảy máu vùng dây thừng, sưng to bìu (chấn thương tinh hoàn).
- Khám tìm điểm đau ở thân dương vật, khám hai tinh hoàn, có máu ở miệng sáo hay không, bệnh nhi nhỏ khó khám có thể thăm khám tại phòng mổ.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu.
- Siêu âm bụng, siêu âm bìu.
- X-quang bụng đứng không sửa soạn tìm tổn thương phổi hợp.
- Xét nghiệm công thức máu, chức năng đông máu.
- Chụp CT scan bụng.

III. ĐIỀU TRỊ

- Vết thương cơ quan sinh dục ngoài đơn giản: khâu thưa với chỉ tan.

Vết thương mất toàn bộ da bìu dương vật:

- + Nếu dưới 6 giờ hoặc vết thương được giữ vô trùng sau chấn thương: vùi chôn dương vật vào da bìu (nếu còn da bìu) hoặc da bụng, hai tinh hoàn chôn vào nếp bẹn.

- + Nếu vết thương dơ, nhiễm trùng có thể cắt lọc, thay băng đến khi lên mô hạt và chôn vào da bụng, bùi như trên
- Những thương tổn trên sau khi ổn định 6 tháng sẽ được phẫu thuật tạo hình lại dương vật, bìu.
- Chấn thương bìu nếu không loại trừ vỡ tinh hoàn có thể phẫu thuật thám sát, nếu vỡ tinh hoàn sẽ lấy máu tụ, khâu lại bao trắng tinh hoàn bị vỡ.
- Gãy dương vật (vỡ màng trắng thể hang): mổ lấy máu tụ, bơm rửa thể hang với Heparin pha loãng (0,1ml Heparin 5000UI pha trong 50 ml Normal salin 0.9%). Khâu lại màng trắng thể hang bằng chỉ khâu mạch máu (Prolene).
- Vết thương âm hộ: khâu với chỉ tan, nếu vết thương gần miệng sáo nên đặt thông tiểu trước khi khâu.

HỘI CHỨNG BÌU CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng bìu cấp là biểu hiện cấp tính tình trạng sưng, đỏ, đau vùng bìu và là một trong những cấp cứu nhi thường gặp. Các nguyên nhân gây hội chứng bìu cấp gồm có xoắn tinh hoàn, xoắn phần phụ tinh hoàn, viêm mào tinh - tinh hoàn, thoát vị bẹn nghẹt, tràn dịch tinh mạc cấp, bướng tinh hoàn, dẫn tĩnh mạch tinh, phù nề bìu vô căn, Henoch - Schlein. Trong đó xoắn tinh hoàn chiếm tỷ lệ cao trong các trường hợp hội chứng bìu cấp ở trẻ thiếu niên, đe dọa gây tổn thương tinh hoàn không hồi phục nếu bị xoắn kéo dài trên 8 giờ nên phải được theo dõi cấp cứu cho đến khi loại trừ được hoàn toàn.

II. XOẮN TINH HOÀN

1. **Định nghĩa:** xoắn tinh hoàn là xoắn các cấu trúc của thừng tinh, làm ngăn cản dòng máu đến tinh hoàn và mào tinh dẫn đến tinh hoàn có thể bị hoại tử.
2. **Tần suất:** tần suất mắc bệnh là 1:160 nam giới. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, 2/3 trường hợp ở tuổi thanh niên, hai đỉnh cao là chu sinh và dậy thì.
3. **Cơ chế:** hiện chưa được hiểu biết rõ ràng. Có những yếu tố liên quan như sự co kéo của cơ nâng tinh hoàn, cơ Dartos và tăng testosterone. Mức độ và thời gian xoắn quyết định thương tổn tinh hoàn (xoắn nhẹ sẽ làm tắc tĩnh mạch dẫn đến phù nề tinh hoàn và gây đau. Xoắn nặng hơn và kéo dài làm nghẽn tĩnh mạch và sau đó là động mạch, dẫn đến hoại tử tinh hoàn)
4. **Nguyên nhân và phân loại**
 - Xoắn ngoài bao tinh mạc: chiếm khoản 5%, xuất hiện trong thời kỳ bào thai, trong khi chuyển dạ (nhất là trường hợp đẻ khó, con so, nặng cân), trẻ sơ sinh, tinh hoàn không xuống bìu không được cố định vì vậy dễ bị xoắn
 - Xoắn trong bao tinh mạc: do bất thường vị trí bám của màng tinh hoàn vào thừng tinh (bám cao), tinh hoàn không được cố định và có thể xoắn.
 - Xoắn giữa mào tinh và tinh hoàn nếu có phân ly mào tinh - tinh hoàn.

5. Chẩn đoán

- Bệnh sử:
 - + Chú trọng triệu chứng khởi phát, đặc tính cơn đau, đánh giá độ trầm trọng các triệu chứng.
 - + Đau bìu là triệu chứng đầu tiên (80% trường hợp), đau đột ngột, dữ dội, tăng dần bắt đầu từ bìu lan đến bẹn. Một số ít trường hợp đau có thể khởi đầu từ hố chậu. 20% trường hợp có tiền sử chấn thương vùng bìu. Khoảng 1/3 trường hợp có tiền sử đau vùng bìu thoáng qua, có thể là do các đợt xoắn nhanh tự hết. Bệnh nhân có thể kèm theo buồn nôn, nôn, sốt nhẹ.
- Khám lâm sàng: quan sát vùng bẹn bìu, sờ bụng, bẹn, bìu, tinh hoàn, mào tinh hoàn.
 - + Ở tuổi thiếu niên biểu hiện với bìu căng lên, sưng to, phù nề ở tinh hoàn và dọc theo thừng tinh. Mất phản xạ da bìu. Tinh hoàn to chắc, nằm ở cao, một số ít trường hợp nằm ngang hơn bình thường, ấn đau tại tinh hoàn và dọc theo thừng tinh.
 - + Ở tuổi sơ sinh dấu hiệu bìu to, đỏ rất dễ bị bỏ sót vì ít đau, thường cho là do sang chấn sản khoa, nếu xoắn thừng tinh xảy ra trong thời kỳ bào thai thường biểu hiện một khối ở bìu bầm, mật độ chắc, không đau.
 - + Xoắn tinh hoàn ẩn: bệnh nhân thường xuất hiện một khối căng, nóng, đỏ, đau ở bẹn, khám tinh hoàn cùng bên không có ở bìu.
- Cận lâm sàng:
 - + Chụp đồng vị phóng xạ Tc99m (giảm máu tới tinh hoàn và không thấy có mạch máu trong tinh hoàn là dấu hiệu của xoắn tinh hoàn, trong khi luồng máu đến nhiều hơn trong viêm mào tinh hoàn, độ chính xác đạt tới 95%).
 - + Siêu âm Doppler màu (xác định luồng máu tới tinh hoàn)
- Trong điều kiện nước ta hiện nay chẩn đoán xoắn tinh hoàn vẫn chủ yếu dựa vào lâm sàng và siêu âm Doppler màu.

6. Điều trị

- Chỉ định phẫu thuật: đây là một cấp cứu nhi nên có chỉ định mổ khẩn ngay khi có chẩn đoán lâm sàng. Ngoài ra nếu lâm sàng không loại trừ được xoắn cũng có chỉ định mổ thám sát.

- + Phương pháp phẫu thuật: đối với trẻ lớn
 - Rạch da theo đường nếp bìu hay đường giữa bìu.
 - Đưa tinh hoàn ra ngoài và tháo xoắn.
 - Đánh giá tình trạng tinh hoàn qua màu sắc và khả năng chảy máu qua đường rạch bao tinh mạc.
 - Nghi ngờ: đắp gạc ẩm và chờ khoảng 20 phút nếu tinh hoàn hồng trở lại có thể giữ tinh hoàn.
 - Khâu cố định tinh hoàn bằng chỉ tan hay không tan ở 3 nơi
 - Tinh hoàn bị hoại tử hoặc không có khả năng hồi phục: cắt bỏ tinh hoàn (vì giữ lại sẽ có thể làm cho tinh hoàn đối diện không sản xuất được tinh trùng do cơ chế tự miễn).
 - Cố định tinh hoàn bên đối bên.

7. Theo dõi

- Bệnh nhân có thể xuất viện vào ngày hôm sau
- Các biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng, bung vết mổ
- Tái khám sau một tuần. Tinh hoàn hết đau, da bìu bớt sưng đỏ, hết đau.

III. XOẮN PHẦN PHỤ TINH HOÀN

1. **Định nghĩa:** phần phụ tinh hoàn là di tích phôi thai của phần trên ống Muller, tồn tại như một nang nước ở ống dẫn tinh, mào tinh và cực trên tinh hoàn (92%).
2. **Tần suất:** gặp nhiều hơn xoắn tinh hoàn, thường gặp nhất ở lứa tuổi tiền dậy thì.
3. **Lâm sàng:** ít cấp tính hơn xoắn tinh hoàn, đau ít hơn. Trường hợp điển hình khi khám sờ thấy một cục nhỏ di động, chắc, đau nằm giữa mào tinh và tinh hoàn, tinh hoàn bình thường. Da bìu có dấu hiệu đốm xanh blue-dot sign ở cực trên tinh hoàn, phản xạ da bìu còn.
4. **Điều trị:** nội khoa nếu có chẩn đoán xác định. Dùng kháng viêm không steroid.

Theo dõi: vài ngày sau bệnh sẽ hết triệu chứng đau.

IV. VIÊM MÀO TINH HOÀN

1. **Tuổi:** xảy ra bất kể lứa tuổi nào
2. **Nguyên nhân:** trào ngược nước tiểu nhiễm trùng hoặc các bệnh mắc phải lây qua đường tình dục như lậu hay Chlamydia

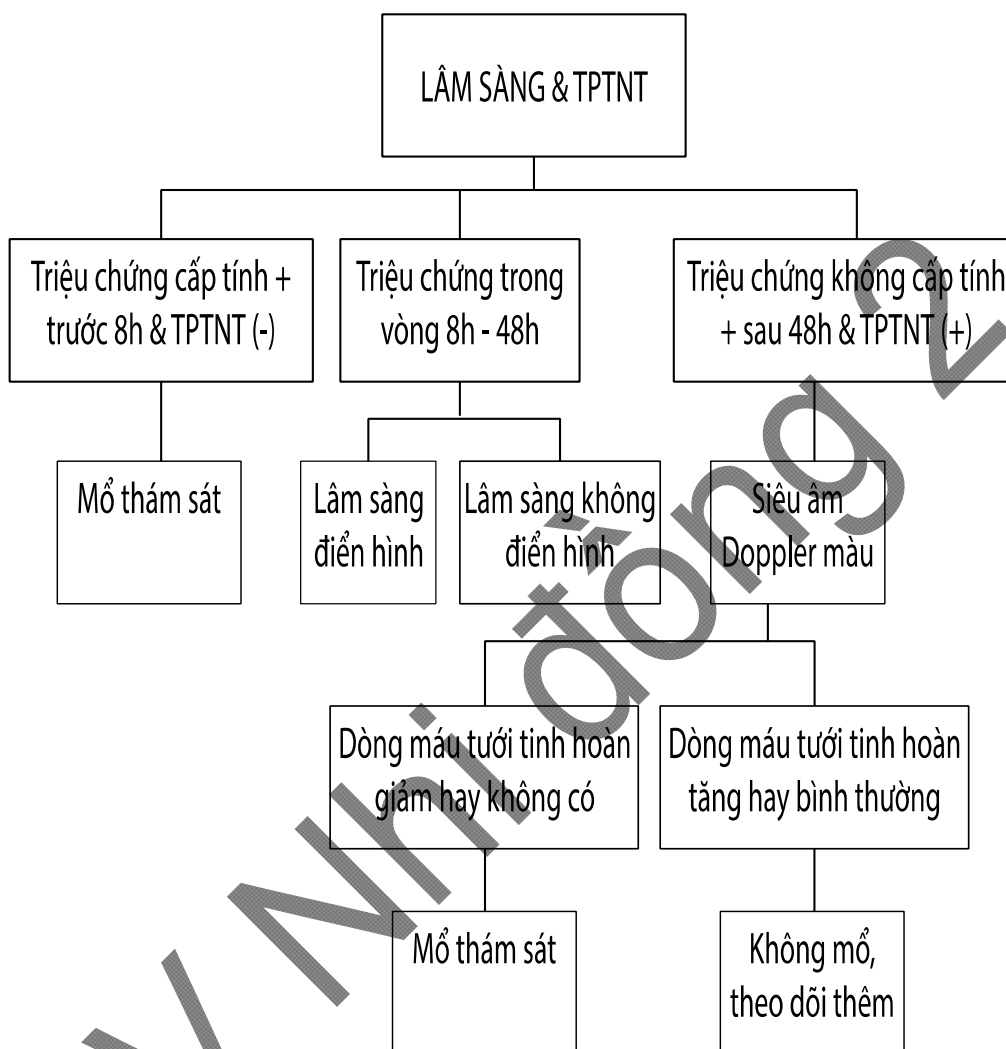
3. **Lâm sàng:** đau xuất hiện từ từ kèm sốt và các triệu chứng viêm đường tiết niệu như tiểu gắt, tiểu mủ. Khám sờ tinh hoàn không đau, mào tinh to, chắc và đau. Phản xạ da bìu (+)
4. **Cận lâm sàng:** tổng phân tích nước tiểu có bạch cầu, nước tiểu đục và cấy nước tiểu dương tính. Siêu âm Doppler màu thấy tăng luồng máu tới mào tinh, tinh hoàn
5. **Điều trị:** kháng sinh

V. VIÊM TINH HOÀN

Ít gặp ở trẻ em

1. **Nguyên nhân:** thường là do virus nhất là quai bị
2. **Lâm sàng:** khám thấy tinh hoàn đau, da bìu đỏ, phù nề, ấn dọc thừng tinh không đau. Phản xạ da bìu (+)
3. **Điều trị:** triệu chứng là chính, kháng sinh không có chỉ định

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



TẬT LỖ TIỂU THẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Tật lỗ tiểu thấp là hiện tượng lỗ sáo không đóng ở vị trí đỉnh quy đầu như bình thường, mà đóng lệch thấp về phía mặt bụng của dương vật

Sơ đồ phân loại tật lỗ tiểu thấp

- 3 tổn thương giải phẫu:

- + Vị trí lỗ sáo thay đổi từ quy đầu đến tầng sinh môn
- + Thiếu da quy đầu ở mặt bụng dương vật
- + Thường kèm theo cong dương vật.

2. Tàn suất: 1/300 trẻ nam

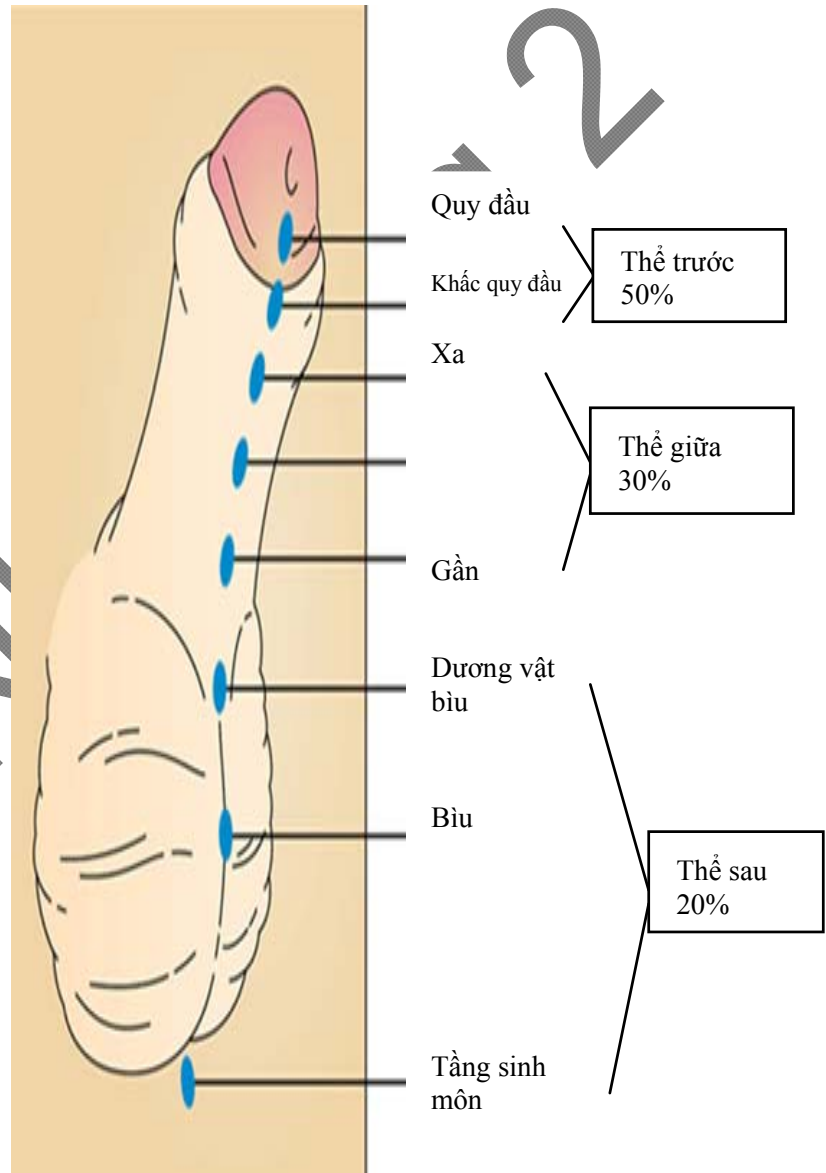
3. Phân loại

- Về phương diện thuật phẫu thuật người ta phân loại sau khi đã sửa cho dương vật thẳng.

- + **Thể trước:** lỗ sáo nằm ở vị trí từ dưới khác quy đầu ra trước.

- + **Thể giữa:** lỗ sáo nằm ở thân dương vật.

- + **Thể sau:** lỗ sáo từ vị trí từ giữa chỗ nối dương vật bìu đến tầng sinh môn.



II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tật lỗ tiểu thấp thường được chẩn đoán ngay sau sinh. Một số ít trường hợp chỉ phát hiện lỗ tiểu thấp sau khi da quy đầu bình thường đã được tuột ra.
- Lần thăm khám đầu tiên cần đánh giá toàn trạng, tiền sử sản khoa nhằm phát hiện các dị tật phối hợp.
- Khám tật lỗ tiểu thấp cần đánh giá:
 - + Vị trí lỗ sáo.
 - + Mức độ cong dương vật.
 - + Hình dạng của bìu, da quy đầu.
- Xác định vị trí của tinh hoàn 2 bên.

2. Các dị tật phối hợp

- Tinh hoàn ẩn (7-10%): tỉ lệ càng cao ở tật lỗ tiểu thấp thể sau. Bệnh nhân có lỗ tiểu thấp thể sau kèm tinh hoàn ẩn phải được khảo sát karyotype và nội tiết. Phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn trước khi phẫu thuật tật lỗ tiểu thấp.
- Chuyển vị dương vật bìu. Cần phẫu thuật tật lỗ tiểu thấp trước khi sửa tật chuyển vị.
- Nang tiền liệt tuyến (#20%, di tích ống Muller). Tỉ lệ cao hơn ở tật lỗ tiểu thấp thể sau.
- Thoát vị bẹn 9%.

III. ĐIỀU TRỊ

1. **Thời điểm:** lý tưởng là 6 - 18 tháng tuổi.

2. Nguyên tắc phẫu thuật

- Chỉnh dương vật thẳng.
- Tạo hình niệu đạo mới và đưa lỗ sáo về đỉnh quy đầu.
- Da che phủ dương vật đủ và thẩm mỹ.

3. Phương pháp phẫu thuật

- **Kỹ thuật mổ:**
 - + Cố gắng giữ sàn niệu đạo nếu có thể.
 - + Cố gắng phẫu thuật 1 thì nếu có thể.
 - + Vẽ đường mổ trước khi rạch da.
 - + Dùng lidocain – Adrenalin 1/100.000 hoặc ga-rô gốc dương vật giúp hạn chế chảy máu, dễ phẫu tích.

- **Chỉnh cong dương vật:**
 - + Cong dương vật do thiếu da mặt bụng dương vật (skin chordee, # 80%).
 - + Do thiếu sản mô thể xốp.
 - + Do phân bố không đều thể hang dương vật.
- **Tạo hình niệu đạo:**
 - + **Phẫu thuật 1 thì:**
 - Áp dụng cho tất cả tật lỗ tiểu thấp thể trước.
 - Các phẫu thuật 1 thì thường dùng Thiersch – Duplay, Snodgrass, Koff, Mathieu, MAGPI, Onlay flap, onlay tube.
 - + **Phẫu thuật 2 thì:** thường được áp dụng đối với tật lỗ tiểu thấp thể sau kèm cong dương vật nặng.
 - **Thì 1:** tạo sản niệu đạo mới, kèm chỉnh cong dương vật. Các loại vật liệu có thể dùng:
 - Da quy đầu và da thân dương vật (phẫu thuật lần đầu).
 - Phẫu thuật Bracka: dùng niêm mạc miệng, nếu sản niệu đạo có sẹo xấu nhiều
 - Trường hợp cong dương vật nặng: dùng mảnh ghép bì kết hợp với tạo sản niệu đạo mới bằng da quy đầu và da thân dương vật
 - **Thì 2:** tạo hình niệu đạo sẽ được thực hiện ít nhất 6 tháng sau thì 1 khi sản niệu đạo đã lành hẳn. Các phương pháp có thể áp dụng: Thiersch - Duplay, Snodgrass.

4. Hậu phẫu

- Băng ép 2 - 7 ngày bằng Urgotul.
- Lưu thông tiểu 7 - 14 ngày (Feeding tube hoặc Foley Silicone 8 - 10 Fr).
- Kháng sinh (uống/TM 7 - 14 ngày): Claforan 100mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần.
- Giảm đau thông thường: Paracetamol 15 mg/kg, dùng 3-4 lần/ngày.
- Chống co thắt trong thời gian còn lưu thông tiểu: Oxybutanyl (Driptane 5mg/viên) 0.1 – 0.15 mg/kg x 2 lần/ngày.
- Tránh táo bón : Sorbitol, Duphalac,...

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng

- Chảy máu.
- Rò niệu đạo.
- Hở vết mổ.
- Hẹp miệng sáo.
- Hẹp niệu đạo.
- Túi thừa niệu đạo.

2. Tái khám: sau 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng. Sau đó, theo dõi đến tuổi trưởng thành.

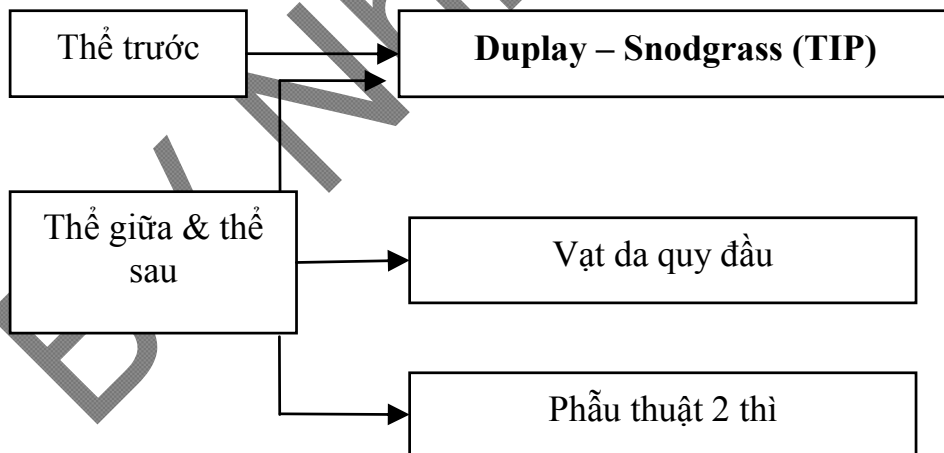
3. Đánh giá kết quả

- Trẻ có tiểu khó?
- Tia nước tiểu.
- Rò nước tiểu.
- Lành sẹo da dương vật.

Lưu ý: dặn dò bệnh nhân: tái khám ngay khi trẻ tiểu khó, tia nước tiểu yếu, có rò...

V. LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Sơ đồ 1. Các phương pháp tạo hình niệu đạo 1 thì



PHÌ ĐẠI ÂM VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Phì đại âm vật do tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh là một dạng của rối loạn phát triển giới tính (disorders of sexual development). Hình dáng bộ phận sinh dục ngoài bất thường nhưng vẫn có tử cung, âm đạo và 2 buồng trứng.

2. Phôi thai

Bộ phận sinh dục ngoài bị nam hóa do tác động của androgen trong tử cung vào thời kỳ quan trọng nhất của sự biệt hóa giới tính. Tần suất: thiếu 21- Hydroxylase là dạng thường gặp nhất của tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, tần suất ước chừng 1/15.000 trẻ sinh ra.

3. Phân loại

Đại đa số do nội tiết, phần nhỏ còn lại do nguồn gốc ngoại sinh từ androgen của người mẹ truyền qua trong thời kỳ mang thai.

4. Nguyên nhân

Thiếu 1 trong 3 enzyme trong quá trình sản xuất cortisol và aldosterone ở tuyến thượng thận: thiếu 21 - Hydroxylase (chiếm 90%), thiếu 11 β - Hydroxylase (nam hóa mạnh), thiếu 3 β -Hydroxysteroid dehydrogenase (nam hóa nhẹ nhất).

II. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh sử: có thể phát hiện trước sinh.
- Triệu chứng: âm vật dài như dương vật, lông mu, không sờ được tuyến sinh dục 2 bên. Theo Prader lâm sàng thay đổi từ chỉ có phì đại âm vật đơn thuần đến kèm theo tồn tại xoang niệu sinh dục. Âm đạo và niệu đạo thay đổi từ nhẹ (2 lỗ riêng biệt) đến nặng: có chung đường (tồn tại xoang niệu-sinh dục)
- Cận lâm sàng: thể thiếu 21- Hydroxylase có 17 OH progesterone tăng.
- Chẩn đoán: âm vật phì đại, tồn tại xoang niệu sinh dục đi kèm. Các xét nghiệm về nội tiết được xác định qua các nhà nội tiết.
- Chỉ định phẫu thuật: sau khi đã được điều trị nội khoa.

III. ĐIỀU TRỊ

- Nguyên tắc điều trị: nội khoa kết hợp ngoại khoa.
- Điều trị bảo tồn: âm vật không lớn.
- Điều trị phẫu thuật:
 - + Nguyên tắc phẫu thuật: tạo hình âm vật, âm đạo.
 - + Kỹ thuật phẫu thuật: cắt bớt thể hang để rút ngắn chiều dài âm vật, cắt bớt thể xóp (“quy đầu”), tạo hình âm đạo ngoài với kỹ thuật total urogenital mobilisation.
 - + Điều trị sau mổ: tiếp tục điều trị nội tiết.

IV. THEO DÕI-TÁI KHÁM

- Theo dõi và điều trị biến chứng.
 - + Biến chứng sớm: chảy máu.
 - + Biến chứng muộn: teo âm vật do tổn thương mạch máu nuôi âm vật.
- Tái khám: 3 tháng sau mổ và nội tiết.

PHÌNH NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thuật ngữ phình niệu quản bản thân nó không phải là một chẩn đoán, chỉ đơn thuần là mô tả tình trạng giãn to của niệu quản có thể kèm theo dẫn đài bể thận.
- Nguyên nhân:
 - + Phình niệu quản tắc nghẽn: thường do nguyên nhân nội tại (nguyên phát) (hẹp đoạn xa hoặc khúc nối bàng quang niệu quản - VUJ) hay ngoại lai (thứ phát) (khối u hoặc xơ sẹo).
 - + Phình niệu quản không trào ngược, không tắc nghẽn: cơ chế chưa rõ.
 - + Trào ngược bàng quang niệu quản.
- Trong thực hành lâm sàng, khi nói phình niệu quản đồng nghĩa với chẩn đoán phình niệu quản nguyên phát do nguyên nhân nội tại.
- Tỷ lệ thường gặp nam nhiều hơn nữ, trái nhiều hơn phải.

II. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh sử: tình huống phát hiện.
 - + Phát hiện trước sinh nhờ siêu âm thai.
 - + Bất thường trong nước tiểu: tiểu đục, tiểu máu.
 - + Tình trạng nhiễm trùng: sốt, lạnh run, tiêu chảy ở trẻ nhũ nhi.
 - + Kém phát triển, chậm lớn.
 - + Bụng chướng, u bụng.
- Khám lâm sàng: u bụng, bụng chướng.
- Cận lâm sàng: siêu âm, UIV, hình chụp bàng quang lúc tiểu (VCUG), xạ hình thận Tc - 99m DTPA với Lasix.
- Chẩn đoán phân biệt: phải loại trừ nguyên nhân trào ngược bàng quang niệu quản và van niệu đạo sau.

III. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN: bệnh nhi dưới 1 tuổi. Với bệnh trên 1 tuổi thì lâm sàng không triệu chứng, có chức năng thận bệnh > 45%.

IV. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

- Tắc nghẽn trên xạ hình thận, chức năng thận < 35%
- Nhiễm trùng tiểu nặng, hoặc tái phát

- Đau bụng, đau lưng kéo dài
- Tăng kích thước niệu quản, thận hoặc giảm chức năng thận bệnh trên xạ hình trong thời gian theo dõi

V. NGUYÊN TẮC PHẪU THUẬT

- Tái lập lưu thông
- Tránh trào ngược
- Tránh phẫu thuật cầm lại niệu quản ở trẻ dưới 1 tuổi: kỹ thuật khó, thao tác trên bàng quang nhỏ, đụng chạm cổ bàng quang nguy cơ tiểu mất tự chủ sau này

VI. PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

- Kỹ thuật: nằm ngửa, rạch da đường Pfannenstiel. Mở dọc bàng quang, tìm lỗ niệu quản, tách niệu quản ra khỏi bàng quang. Cắt bỏ đoạn hẹp. Nếu niệu quản lớn quá nên cắt bớt để làm nhỏ khẩu kính niệu quản (tapering) hoặc làm nhỏ niệu quản theo kỹ thuật Kalicinsky. Cầm lại niệu quản vào bàng quang theo Cohen. Đặt nòng niệu quản nếu tapering. Đóng lại bàng quang 2 lớp. Đặt thông tiểu.
- Điều trị sau phẫu thuật:
 - + Rút thông tiểu ngày thứ 4-5 .
 - + Rút stent ngày thứ 5-7.
 - + Kháng sinh điều trị đến ngày rút thông tiểu.
- Kháng sinh phòng ngừa 1 tháng sau mổ với Bactrim 1/3-1/2 liều điều trị uống vào buổi tối.

VII. ĐIỀU TRỊ THAY THẾ

- Cho trẻ dưới 1 tuổi có chỉ định phẫu thuật:
 - Mở niệu quản ra da (end ureterostomy)
- Đặt JJ ngược dòng lưu trong thời gian 6 tháng, có tỷ lệ nhỏ không cần phẫu thuật sau khi rút JJ vì không còn tắc nghẽn nữa.
- Nipple valve: cắt niệu quản sát vào bàng quang. Rạch bàng quang bề dài bằng chu vi niệu quản, cầm niệu quản vào bàng quang (không đường hầm) với chiều dài bên trong bàng quang cỡ 1cm.

VIII. THEO DÕI

- Tái khám sau 1 tháng, 1 năm, 2 năm. Đánh giá qua siêu âm về sự cải thiện kích thước thận và niệu quản.

HỆP DA QUY ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp da quy đầu sinh lý: da quy đầu không tuột được hoàn toàn xuống khác quy đầu ở trẻ dưới 3 tuổi, không kèm tiểu khó
- Lúc mới sinh là hẹp da quy đầu sinh lý. Từ 3 đến 4 tuổi, dương vật tăng kích thước, lớp mô thượng bì bị đào thải tích tụ dưới lớp da quy đầu tách dần da quy đầu ra khỏi quy đầu kết hợp với sự cương dương vật từng lúc làm da quy đầu tuột dần xuống đến khác quy đầu

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

- Viêm xơ chai quy đầu - da quy đầu (BXO).
- Trẻ nam có nguy cơ nhiễm trùng tiểu cao: bàng quang thần kinh, trào ngược BQ – NQ.
- Lý do tôn giáo.

III. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị nội khoa: Corticoid tại chỗ với cream triamcinolone 0,1% hay betamethasone 0,05% bôi da quy đầu 3 - 4 lần mỗi ngày trong 6 tuần kết hợp kéo căng da quy đầu nhưng không làm nứt rách da quy đầu cho trẻ dưới 8 tuổi có hiệu quả từ 70% - 80% (sau 8 tuổi hiệu quả không đáng kể).
- Cắt da quy đầu: khi điều trị nội khoa thất bại.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH CẮT DA QUY ĐẦU

- Lỗ tiểu thấp.
- Dương vật nhỏ (microgenis).
- Dính da dương vật – bìu.
- Cong dương vật không do lỗ tiểu thấp.
- Vùi dương vật.

Lưu ý: thủy tinh mạc, thoát vị bẹn to (phẫu thuật trước khi cắt da quy đầu).

V. KỸ THUẬT

* *Kỹ thuật cắt da quy đầu:*

- Tách dính da quy đầu và quy đầu.
- Kéo căng da dương vật.

- Cắt da và niêm mạc da quy đầu theo chu vi quy đầu, chừa niêm mạc cách khấc quy đầu khoảng 5 mm.
- Cầm máu (bằng dao điện tránh niệu đạo mặt bụng dương vật, cột).
- Khâu lại niêm mạc với da bằng chỉ tiêu 6.0.

VI. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu vết mổ: vị trí hay chảy máu là hai bên hãm dương vật và các mạch máu nhỏ ở tổ chức dưới da quy đầu.
- Thất nhiệt da quy đầu sau mổ: do cắt quá ít da và niêm mạc bao quy đầu.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Thiếu da: do cắt quá nhiều da.
- Rò niệu đạo: do tổn thương niệu đạo trong khi mổ.
- Hẹp lỗ sáo.
- Cắt phạm quy đầu và một phần dương vật: do quy đầu dính với bao quy đầu khi cắt.
- Sẹo xấu: hay gặp nhất là để lại 2 cánh da ở phần bụng dương vật sát hãm quy đầu, sẹo lồi.
- Vùi dương vật thứ phát.
- Dính da vào quy đầu.

VAN NIỆU ĐẠO SAU

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Sinh lý bệnh

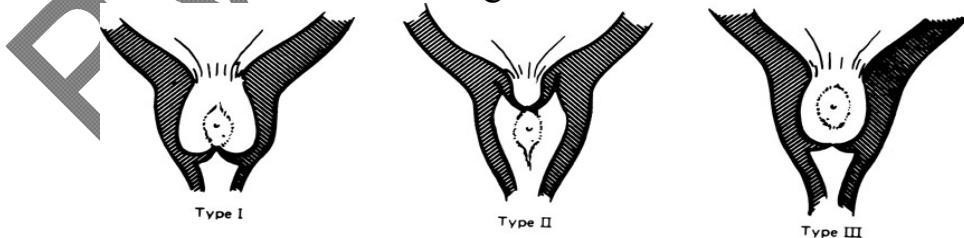
- Van niệu đạo sau gây ra tắc đường tiết niệu sau khi các cấu trúc khác của đường tiết niệu đã được hình thành. Đường tiết niệu bên trên van niệu đạo sau sẽ bị ảnh hưởng do áp suất bên trong tăng lên một cách bất thường. Điều này gây ra tổn hại cho niệu đạo sau, bàng quang, niệu quản và thận.
- Tắc nghẽn do van niệu đạo sau làm cản trở việc bài xuất nước tiểu gây ra thiếu ối. Nước ối góp phần trong sự phát triển phổi, thiếu ối sẽ gây ra giảm sản phổi.
- Chưa có giải thích phôi thai học cho van niệu đạo sau một cách thoả đáng. Có lẽ là một cấu trúc tương tự như màng trinh không thủng ở nữ. Van niệu đạo sau hình thành khi nếp gấp bụng bên (ventrolateral folds) của xoang niệu sinh dục không thoái hóa.

2. **Tần suất:** 1/8.000 đến 1/25.000 bé trai được sinh ra.

3. Thương tổn giải phẫu

Phân loại: theo Young (1919) gồm 3 típ van

- Loại I (phổ biến nhất): van xuất phát từ gò ống phóng tinh (seminal colliculus - verumontanum) và kéo dài đến thành sau của niệu đạo.
- Loại II: van kéo dài từ gò ống phóng tinh đến cổ bàng quang.
- Loại III (#5%): van hiện diện như một màng vòng khép chu vi niệu đạo với 1 lỗ ở chu vi giữa.



Phân loại van niệu đạo sau

Thương tổn đặc biệt:

- Áp lực tăng cao trong bàng quang chỉ tác động lên bàng quang gây ra túi thừa bàng quang và niệu quản, thận không bị ảnh hưởng.

- Thành bàng quang dày, kém đàn hồi, rối loạn đi tiểu dạng không kiểm soát.
- Trào ngược bàng quang niệu quản (TNBQ-NQ): chiếm 50% các trường hợp van niệu đạo sau. Trong số những trường hợp này, 40% là VURD syndrome. Khi có trào ngược, bệnh nhân nên được điều trị với kháng sinh phòng ngừa và cắt bao quy đầu để giảm nguy cơ nhiễm trùng tiểu về sau. Trong hầu hết những trường hợp van niệu đạo sau, TNBQ-NQ sẽ tự hết sau khi cắt van, trừ trường hợp khi phối hợp với chức năng thận quá kém. Cầm lại niệu quản khi niệu quản dần lớn và thành bàng quang dày, nhiều góc ngách có tỷ lệ biến chứng lên đến 15% - 30%.
- VURD SYNDROME (Valve, Unilateral Reflux, Renal Dysplasia): hội chứng van, trào ngược một bên, loạn sản thận). Thận và niệu quản bên kia không bị ảnh hưởng. Hầu hết áp lực trong bàng quang ở giai đoạn bào thai đều dồn vào thận bị trào ngược và thận bị trào ngược này có vai trò như một cơ quan bảo vệ (pop - off mechanism) giúp cho thận bên kia được nguyên vẹn.
- Nước tiểu thoát ra từ xoang thận, tích tụ dưới bao thận hoặc vỡ vào khoang quanh thận dẫn đến túi nước tiểu quanh thận (perirenal urinoma) rồi sau đó tràn vào ổ bụng gây báng bụng do nước tiểu (urinary ascites).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán trước sinh

- Siêu âm giúp chẩn đoán trước sinh van niệu đạo sau dựa vào hình ảnh dẫn bàng quang và ứ nước niệu quản đến bể thận kèm theo tình trạng thiếu ối.
- Van niệu đạo sau đứng hàng thứ 3 sau hẹp khúc nối bể thận niệu quản, megaureter trong dị dạng đường tiết niệu được chẩn đoán trước sinh.

2. Chẩn đoán lâm sàng

- Biểu hiện lâm sàng thường gặp xuất hiện ngay từ tuổi sơ sinh:
 - + Dòng nước tiểu yếu, tiểu nhỏ giọt.
 - + Tiểu muộn sau sinh, có khi hơn 24 giờ sau sinh.
 - + Nhiễm trùng tiểu.

- + Tình trạng nhiễm trùng toàn thân.
- + Suy thận cấp.
- Những trường hợp viêm niệu đạo sau gây tắc nghẽn trầm trọng, trẻ có biểu hiện bằng đường hô hấp và đối với những trường hợp này bệnh nhi sẽ tử vong trong bệnh cảnh hô hấp. Ngay cả khi đã được giải quyết tắc nghẽn đường tiết niệu.
- Ở trẻ lớn hơn, tắc nghẽn không trầm trọng, biểu hiện lâm sàng ít rõ ràng hơn như chậm kiểm soát đường tiểu (delayed continence) hoặc thậm chí tiểu dầm.

3. Cận lâm sàng

- **Siêu âm bụng:** phát hiện được tình trạng giãn rộng ở phần đầu của đoạn niệu đạo sau, bàng quang thành dày với nhiều hốc hay túi thừa, hai niệu quản giãn rộng, đài bể thận giãn rộng cả hai bên.



Hình 1. “keyhole sign” trên siêu âm: bàng quang thành dày giãn rộng, đoạn niệu đạo sau giãn rộng

- **Chụp bàng quang niệu đạo lúc tiểu (VCUG):** nên chụp cả hai tư thế thẳng và nghiêng để xác định chẩn đoán. Trên phim sẽ cho thấy phần niệu đạo sau dẫn, tổn thương chống đối của thành bàng quang, trào ngược bàng quang - niệu quản.
- **Các xét nghiệm khác:** chức năng thận, bilan nhiễm trùng, cấy máu và cấy nước tiểu...



Niệu đạo sau dẫn, trào ngược bàng quang niệu quản

III. ĐIỀU TRỊ

1. Hồi sức nội khoa

- Chống nhiễm trùng.
- Điều trị rối loạn nước điện giải
- Hỗ trợ hô hấp.

2. Dẫn lưu nước tiểu

- *Đặt thông tiểu lưu (khi có chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ):*
Đặt thông tiểu lưu (tốt nhất là feeding tube 8Fr hoặc 6Fr) để dẫn lưu nước tiểu và giảm áp đường tiết niệu.
- *Vesicostomy:*

Chỉ định: trẻ sinh non, niệu đạo nhỏ

Tình trạng bệnh nhi kém không thuận lợi cho phẫu thuật triệt để.

Không có phương tiện để cắt van.

3. Điều trị phẫu thuật

- Cắt van qua đường nội soi niệu đạo là phương pháp lý tưởng được lựa chọn hiện nay.
- Dùng ống soi niệu đạo 7.5 Fr (Burbee) hoặc dùng resector 9 Fr.
- Cắt van niệu đạo vị trí 12 giờ, hoặc 3 và 9 giờ.
- Đánh giá kết quả cắt van: đè vào bàng quang, nếu tia nước tiểu yếu thì cắt tiếp đến khi tia tiểu mạnh.
- Đóng vesicostomy sau khi cắt van.
- Lưu thông tiểu 5 - 7 ngày.

4. Hậu phẫu: tiếp tục hồi sức nội khoa và điều trị nhiễm trùng.

IV. THEO DÕI

1. Biến chứng

- Trong lúc nội soi có thể tổn thương cổ bàng quang, ụ núi, tuyến tiền liệt, cơ thắt ngoài... là nguyên nhân góp phần gây rối loạn dòng nước tiểu về sau.
- Nhiễm trùng là biến chứng thường gặp nhất.

2. Tái khám: sau 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng. Sau đó, theo dõi đến tuổi trưởng thành.

3. Đánh giá kết quả

- Tình trạng đi tiểu: tiểu khó, tia nước tiểu yếu?...
- Giảm triệu chứng tắc nghẽn, trào ngược hệ niệu trên.
- Kiểm tra chức năng thận định kỳ.

SỎI NIỆU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi niệu ít gặp ở trẻ em (khoảng 0.1-0.9/1.000 ca).
- Nam/Nữ: 2/1, tuổi thường gặp 3-9 tuổi ở nữ, $\leq 1-6$ tuổi ở nam.
- Yếu tố thuận lợi phát sinh sỏi: bất thường trong chuyển hóa gây sỏi niệu khoảng 44% (thường gặp nhất là tăng calci niệu $\rightarrow$ 20 - 30% sỏi calci), bất thường đường tiết niệu, tồn tại vật lạ trong cơ thể...
- Biểu hiện chủ yếu là nhiễm trùng đường niệu (tái phát và khó điều trị) thường do E.coli, Proteus và Gram âm.
- Có khuynh hướng xảy ra ở những trẻ dinh dưỡng kém, viêm nhiễm mạn tính, đặc biệt là trẻ sinh non, nằm bất động kéo dài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

- Đau bụng con (hông lưng), buồn nôn hay nôn ói.
- Tiểu máu đại thể hoặc vi thể, tiểu mủ.
- Bí tiểu.
- Thay đổi thói quen đi tiểu (số lượng, số lần..).
- Sốt, lạnh run.
- Cầu bàng quang (+).
- Chạm thận, rung thận (+).
- Đôi khi biểu hiện giống như một bướu Wilms': sụt cân, thiếu máu (suy thận mạn).

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: dấu “bóng lưng”, xác định được kích thước, độ dày mỏng của nhu mô thận, mức độ chướng nước của thận.
- KUB & UIV: thấy rõ hình dạng và vị trí của sỏi, cấu trúc giải phẫu của hệ tiết niệu, đánh giá được một phần chức năng của thận.
- CT scan có dựng hình hệ niệu: trong những trường hợp có bất thường hệ tiết niệu, sỏi không cản quang trên KUB.
- VCUG (Chụp bàng quang lúc đi tiểu): kiểm tra bế tắc đường tiểu dưới như van niệu đạo sau, hẹp niệu đạo và trào ngược bàng quang niệu quản.
- Xét nghiệm về bệnh lý chuyển hóa.
- TPTNT: BC, HC, pH, protein, cặn lắng.

- Chức năng thận: urê, creatinin/máu, acid uric/máu nếu sỏi không cản quang.

3. Chẩn đoán xác định: lâm sàng + cận lâm sàng.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Sỏi mật: được loại trừ trên phim UIV.
- Sỏi phân: thụt tháo sau đó chụp KUB kiểm tra.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bệnh lý chuyển hoá (nếu được) và các yếu tố thuận lợi tạo sỏi (hẹp khúc nối bể thận niệu quản, hẹp niệu đạo).
- Phẫu thuật lấy hết sỏi (sót sỏi là điều kiện thuận lợi tái phát sỏi).
- Tránh tái phát: kiểm soát chế độ ăn và tránh nhiễm trùng tiểu.
- Bảo tồn chức năng thận tối đa.

2. Điều trị nội khoa

- Sỏi < 6mm, không gây bế tắc hệ niệu (có thể sử dụng kháng sinh, kháng viêm, lợi tiểu, uống nhiều nước).
- Thuốc tan sỏi: chỉ có thể áp dụng trong trường hợp sỏi urat.
- Điều trị nội khoa như kháng sinh, kháng viêm để không chế nhiễm trùng, thận nhân tạo để chuẩn bị cho phẫu thuật tiếp theo.

3. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định:

- Điều trị nội khoa thất bại (X-quang, triệu chứng bệnh không giảm...).
- Sỏi có biến chứng: nhiễm trùng, tắc nghẽn, suy thận.

b. Các phương pháp:

- Tán sỏi qua da (PCNL).
- Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL).
- Tán sỏi nội soi.
- Phẫu thuật nội soi lấy sỏi.
- Mở mở lấy sỏi.

4. Điều trị ngoại khoa theo vị trí sỏi

a. Sỏi thận:

- Tán sỏi ngoài cơ thể: không giống như người lớn, vẫn cần phải gây mê và đảm bảo trẻ giữ yên tư thế, chỉ định ở trẻ lớn, sỏi nhỏ hoặc không có nhiễm trùng hệ niệu.
- Tán sỏi qua da: chưa nhiều báo cáo áp dụng ở trẻ em.
- Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi: sỏi bể thận đơn giản, sỏi khúc nối bể thận niệu quản.

- Mở mở lấy sỏi: sỏi bể thận kèm sỏi nhỏ, sỏi san hô, sỏi kèm hẹp khúc nối bể thận niệu quản.

b. Sỏi niệu quản:

- Tán sỏi qua nội soi bàng quang (thủy động lực, laser): sỏi niệu quản đoạn chậu, đoạn lưng thấp.
- Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi: sỏi niệu quản đoạn lưng.
- Mở mở lấy sỏi: thất bại khi tán sỏi nội soi, trẻ quá nhỏ, sỏi kèm hẹp niệu quản.

c. Sỏi bàng quang:

- Tán sỏi bằng laser: áp dụng cho sỏi có $d < 2\text{cm}$, sỏi lớn phải tán rất nhiều lần.
- Mở mở lấy sỏi: sỏi bàng quang kích thước lớn, sỏi kèm bế tắc đường tiết niệu (sau tạo hình bàng quang hoặc Mitrofanoff).

d. Sỏi kẹt niệu đạo: đây là một cấp cứu niệu khoa.

- Sỏi kẹt miệng sáo: mở miệng sáo vị trí 6 giờ để lấy sỏi.
- Sỏi kẹt niệu đạo dương vật: đẩy sỏi vào bàng quang bằng thông cứng (nếu được), nếu sỏi không di chuyển có thể mở niệu đạo vị trí thể xóp tiếp xúc thể hang để lấy sỏi.

5. Sỏi kẹt niệu đạo phía sau bìu: đẩy sỏi vào bàng quang bằng Benique (nếu dễ) sau đó tán sỏi.

6. Biến chứng phẫu thuật

- Nhiễm trùng.
- Mất máu.
- Tổn thương mạch máu thận, nhu mô thận.
- Tắc ruột, liệt ruột.
- Rối loạn thăng bằng kiềm toan.
- Rò tiết niệu và đường tiêu hoá.
- Sỏi tái phát.
- Suy thận mạn.

7. Hậu phẫu

- Xét nghiệm phân chất sỏi.
- Lưu thông tiểu 7 ngày nếu có mở bàng quang.
- Điều trị nhiễm trùng.
- Thuốc hỗ trợ chống sỏi tái phát.
- Thay đổi chế độ ăn uống và thói quen sinh hoạt.

TINH HOÀN ẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Mọi bất thường trên đường xuống của tinh hoàn (nội tiết, cơ học, thần kinh) khiến tinh hoàn không xuống bìu được gọi là tinh hoàn ẩn.
- Tần suất: Một bên nhiều hơn hai bên (khoảng 25% tổng số).
Bên phải thường gặp hơn bên trái.
Trẻ sinh thiếu tháng, nhẹ cân (33%).
Trẻ 1 tuổi khoảng 1%.

II. ĐỊNH NGHĨA

- Tinh hoàn ẩn (undescended testis): tinh hoàn không nằm trong bìu mà nằm dọc trong đường đi của nó (trong bụng, lỗ bẹn sâu, ống bẹn, lỗ bẹn nông).
- Tinh hoàn lạc chỗ: (ectopic testes) sau khi ra khỏi lỗ bẹn nông tinh hoàn đi lạc tới một vị trí khác mà không đến bìu (tàng sinh môn, củ mu, gờ mu, dây chằng bẹn, cân đùi). 80% xảy ra một bên, kích thước và chức năng thường bình thường.
- Tinh hoàn co rút (true retractile testis): tinh hoàn đi lên khỏi bìu (do cơ nâng bìu hoạt động quá mức và không dính hoàn toàn cực dưới tinh hoàn với bìu). Tự trở lại bìu khi hết kích thích, thường xảy ra hai bên.
- Tinh hoàn co rút cao (high retractile testis, gliding testis): tương tự tinh hoàn co rút, nhưng khó kéo tinh hoàn xuống bìu và khi buông tay tinh hoàn lập tức chạy lên lại.
- Không có tinh hoàn: (Anorchia) tinh hoàn không phát triển hay bất sản tinh hoàn (hiếm), có thể kèm bất thường ở thận, niệu quản, bìu.

III. NGUYÊN NHÂN

- Thần kinh sinh dục đùi.
- Khiếm khuyết hormon: gonadotropine và testosterone.
- Khiếm khuyết giải phẫu: bất thường dây chằng tinh hoàn bìu, mào tinh, mạch máu...

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- a. *Bệnh sử*: có giá trị trong việc phân biệt tinh hoàn co rút với tinh hoàn ẩn.
- b. *Khám*: nên khám hai tư thế nằm ngửa và ngồi xổm (frog-legged sitting position).
 - Tinh hoàn sờ được: co rút, lạc chỗ, trong ống bẹn.
 - Tinh hoàn không sờ được: trong bụng, không có.
 - Kích thước tinh hoàn (trong trường hợp có 1 tinh hoàn, tinh hoàn thường to), hình dạng bùi.
 - Khám tổng thể phát hiện dị tật đi kèm và sự phát triển của hệ sinh dục.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: không có giá trị phân biệt tinh hoàn trong ổ bụng với không có tinh hoàn.
- Đo Testosterone, liệu pháp HCG, nhiễm sắc thể nếu tinh hoàn ẩn kèm theo tật lỗ tiểu thấp, tinh hoàn ẩn 2 bên.
- Nội soi ổ bụng: có giá trị trên 95%, chẩn đoán và điều trị.

V. BIẾN CHỨNG TINH HOÀN ẨN

- Xoắn tinh hoàn: nguy cơ cao hơn tinh hoàn trong bùi.
- Vô sinh: giảm khả năng sinh sản ở cả tinh hoàn ẩn một bên hoặc hai bên. Tỷ lệ vô sinh ở THA hai bên cao hơn một bên.
- Hóa ác: nguy cơ ung thư tinh hoàn cao hơn ở trẻ có THA. Hai bên bị cao hơn một bên. Mổ THA vẫn còn nguy cơ ung thư.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Hạ tinh hoàn xuống bùi và cố định vào cân Dartos.
- Thời điểm phẫu thuật: 6 tháng tuổi.
- Điều trị sớm nhằm giảm nguy cơ xoắn, vô sinh và hóa ác, cải thiện chức năng nội tiết của tinh hoàn, hình dạng của bùi.
- Tinh hoàn co rút cao (gliding testis): chỉ định mổ như tinh hoàn ẩn.
- Tinh hoàn ẩn sau tuổi dậy thì: cố định ở bùi nếu dễ dàng, nếu khó hoặc bất thường (khó đưa xuống, teo nhỏ, mềm) nên cắt bỏ.

2. Điều trị nội khoa bằng hormon: còn tranh cãi.

3. Điều trị ngoại khoa

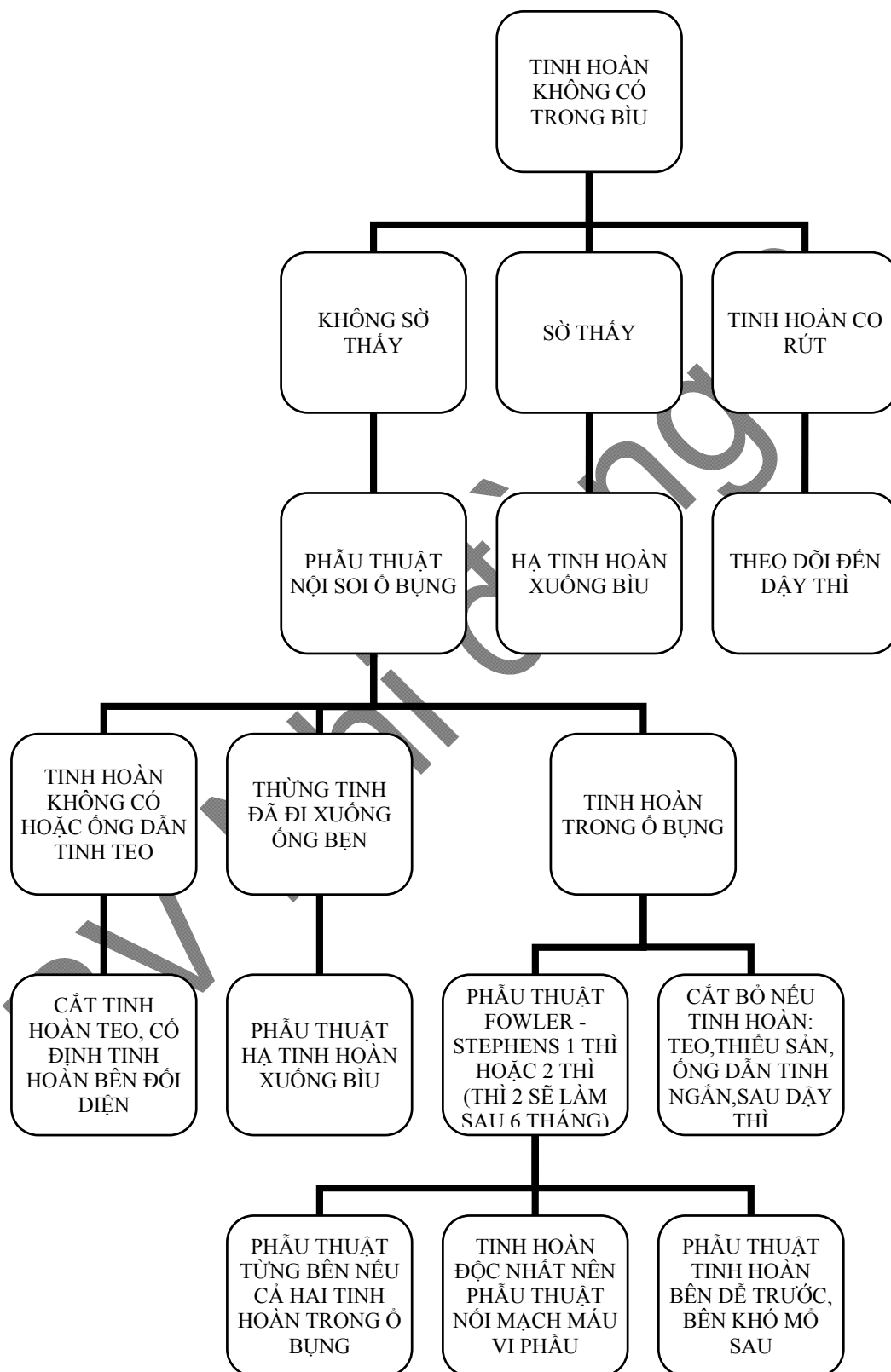
- Tinh hoàn ẩn sờ được: cột cắt ống phúc tinh mạc, cố định tinh hoàn vào giữa da bìu và cân Dartos.
- Tinh hoàn ẩn không sờ được: nội soi thám sát, đưa tinh hoàn xuống bìu bằng Stephens Fowler một thì hoặc 2 thì.

4. Biến chứng sau mổ

- Máu tụ vùng bẹn bìu: bẹn bìu to, bầm tím. Siêu âm loại trừ thoát vị bẹn nghẹt, điều trị nội khoa là chủ yếu, can thiệp nếu không loại trừ xoắn tinh hoàn.
- Tinh hoàn còn nằm trong ống bẹn: do cố định không chắc vào cân Dartos, phẫu thuật lại sau 6 tháng.
- Tổn thương thần kinh chậu bẹn: đau, dị cảm vùng bìu.
- Xoắn tinh hoàn.
- Tổn thương ống dẫn tinh.
- Teo tinh hoàn.

5. Theo dõi sau mổ: tái khám sau 6 tháng.

Sơ đồ điều trị tinh hoàn ẩn



THẬN VÀ NIỆU QUẢN ĐÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Thận và niệu quản đôi, còn gọi là niệu quản đôi, là dị dạng một khối thận có hai bể thận riêng biệt, mỗi bể thận có một niệu quản. Niệu quản đôi hoàn toàn khi đầu xa của hai niệu quản đổ riêng biệt ở hai vị trí. Niệu quản đôi không hoàn toàn khi đoạn xa của hai niệu quản nhập lại với nhau thành một, còn gọi là niệu quản chữ Y.

2. Phôi thai học

- Trong niệu quản đôi hoàn toàn: có 2 chồi niệu quản xuất phát từ ống Wolff sáp nhập vào hậu thận (blastema) để biệt hóa hậu thận này thành 2 bể thận. Niệu quản cực dưới nhập vào xoang niệu sinh dục trước nên trong bàng quang nó ở vị trí cao hơn niệu quản cực trên.
- Niệu quản đôi không hoàn toàn: một chồi niệu quản tách làm hai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Gần 60% phát hiện bằng siêu âm tiền sản.
- Ở trẻ nhỏ triệu chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng tiểu.
- Tiểu són liên tục ngoài những lần tiểu bình thường.
- Sa nang niệu quản ở nữ (hiếm gặp).

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: giúp xác định thận đôi, dẫn niệu quản cực trên, dịch nhiễm trùng trong bể thận cực trên, ureterocele.
- DMSA: nên làm thường quy để đánh giá sự phân bố chức năng 2 cực.
- UIV (IVU): cho biết cực trên còn hoạt động không, ureterocele.
- VCUG (MCU: Micturating cystourethrography) (phim bàng quang lúc tiểu): có trào ngược ở cực dưới không, trong trường hợp thận đôi hoàn toàn trào ngược hầu như chỉ xảy ra ở cực dưới, nếu có trào ngược hai cực thường là thận đôi không hoàn toàn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Chỉ giữ lại cực trên khi cực trên còn hoạt động trên UIV, DMSA.
- Nang niệu quản: chỉ xẻ nang nội soi khi cần bảo vệ chức năng cực trên.
- Trào ngược cực dưới: điều trị bảo tồn ít nhất đến 1 tuổi.

2. Điều trị phẫu thuật

- Cực trên mất chức năng: cắt cực trên và niệu quản cực trên. Một số trường hợp cần cắt nang niệu quản và cầm lại niệu quản cực dưới về sau (10 - 20%).
- Cực trên còn chức năng:
 - + Nối niệu quản cực trên vào bể thận cực dưới.
 - + Cầm lại 2 niệu quản vào bàng quang.

IV. THEO DÕI - TÁI KHÁM

1. Theo dõi và điều trị biến chứng

a. Biến chứng sớm:

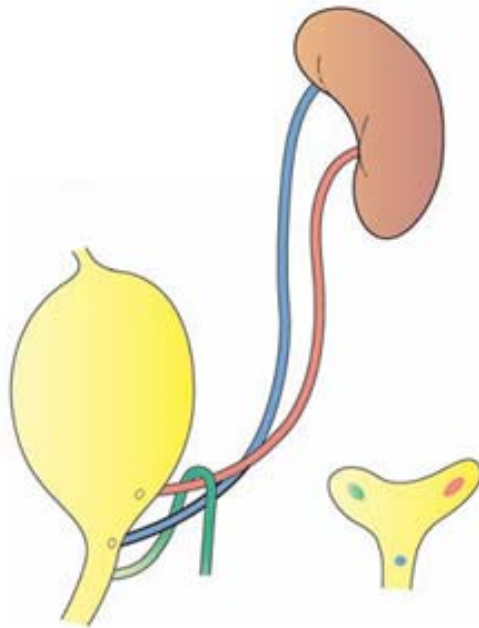
- Chảy máu sau cắt cực trên.
- Tắc miệng nối niệu quản cực trên - bể thận cực dưới.
- Tắc nơi cầm niệu quản vào bàng quang.

b. Biến chứng muộn:

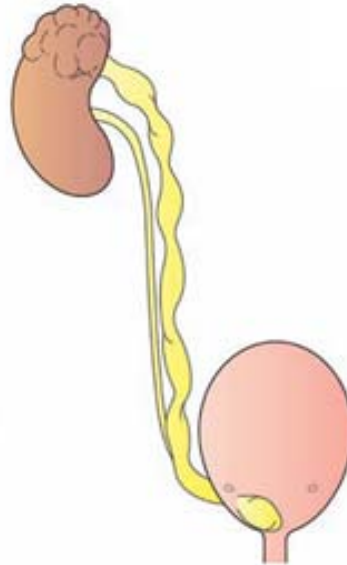
- Tắc miệng nối niệu quản cực trên - bể thận cực dưới.
- Tắc nơi cầm niệu quản vào bàng quang.

- 2. Tái khám:** 1 tháng, 1 năm, 2 năm trường hợp nối niệu quản cực trên - bể thận cực dưới hoặc cầm lại 2 niệu quản vào bàng quang.

V. HÌNH ẢNH

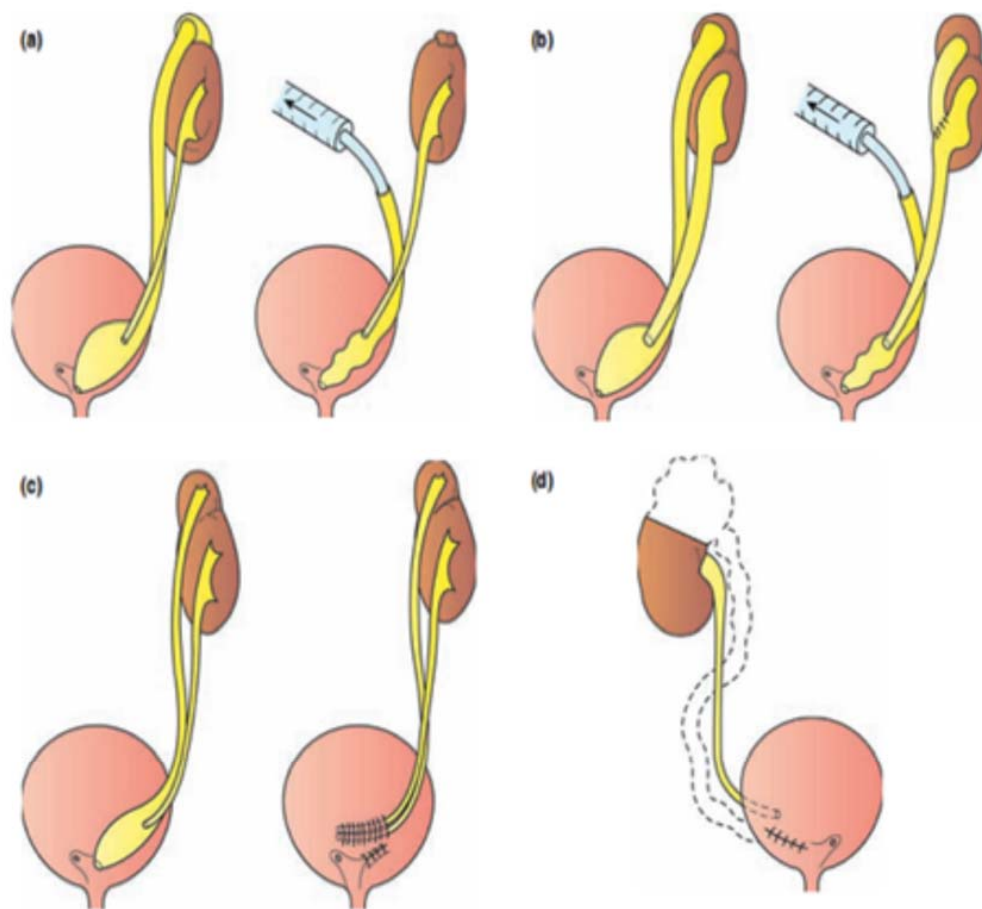


Thận đôi và mối tương quan giữa niệu quản cực trên và dưới với tam giác bàng quang



Thận đôi với nang niệu quản

BV



Những chọn lựa trong trường hợp mô hồ

- Cervix dưới bình thường, cervix trên không có chức năng: cắt cervix trên, xẻ đoạn gần niệu quản cervix trên, hút xẹp nang niệu quản.
- Cervix trên còn chức năng, cervix dưới dẫn: nối niệu quản cervix trên – bề thận cervix dưới, xẻ rộng miệng niệu quản đoạn còn lại, hút xẹp nang
- Cervix trên còn chức năng, cervix dưới không dẫn: xẻ nang, cầm lại 2 niệu quản.
- Cervix trên dẫn to mất chức năng, niệu quản dẫn lớn ngoằn ngoèo, có nang niệu quản: cắt cervix trên và toàn bộ niệu quản + xẻ nang niệu quản (thường cần phải cầm lại niệu quản cervix dưới). Điều trị phẫu thuật chuẩn đòi hỏi 2 thì tách biệt

THẬN Ứ NƯỚC DO HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN – NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thận ứ nước là do tắc nghẽn bẩm sinh dòng nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản, làm dẫn nở hệ thống thu thập nước tiểu gây nguy cơ giảm chức năng thận, nhiễm trùng tiểu hay tạo sỏi về sau.
- Tần suất chiếm khoảng 1/1.500, nam nhiều hơn nữ (65% ở nam), bên trái nhiều hơn phải (1,5/1), cả hai bên khoảng 5%
- Nguyên nhân:
 - + Nội tại: thường gặp nhất và thường là bẩm sinh, có thể do hẹp khẩu kính khúc nối niệu quản - bể thận, fibromuscular polyps, nếp gấp niệu quản bẩm sinh hay đoạn mất nhu động (aperistaltic segment)
 - + Ngoại lai: có thể do niệu quản bám vào bể thận ở vị trí cao làm cho khúc nối bị gấp góc, viêm, khối u, bất thường mạch máu cực dưới
- Ngoài ra, đôi khi có hẹp niệu quản mắc phải do chấn thương, phẫu thuật hay do trào ngược bàng quang - niệu quản

II. LÂM SÀNG

- Phát hiện trước sinh dựa vào siêu âm tiền sản (thai tuần thứ 15).
- Sau sinh: phát hiện tình cờ trên siêu âm bụng tổng quát, biểu hiện khác nhau tùy theo tuổi.
- Trẻ nhỏ: khối u bụng ở hố thận hay chiếm gần hết nửa ổ bụng, bề mặt u nhẵn, đều, không đau, kích thước không thay đổi. khối u ở bụng.
- Trẻ lớn: đau bụng, có thể kèm theo nôn, buồn nôn, nhiễm trùng tiểu, tiểu máu.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Siêu âm

Để chẩn đoán (trước sinh và sau sinh) và theo dõi diễn tiến.

- Đánh giá độ dày chủ mô thận, đo đường kính trước sau của bể thận, đánh giá mức độ ứ nước.
- Phân biệt với các bệnh lý khác như dẫn bể thận do trào ngược

bàng quang - niệu quản, tắc khúc nối bàng quang - niệu quản, loạn sản thận.

2. UIV (chụp hệ niệu cản quang đường tĩnh mạch)

- Chụp sau sinh 1 tháng.
- Cho biết chủ yếu về giải phẫu, các dấu hiệu chính: bài xuất thuốc cản quang chậm, dẫn bể thận, đài thận, cản quang qua khúc nối chậm (>20 phút), không thấy niệu quản cùng bên.
- Chụp UIV trong cơn đau.
- Thận cầm trên UIV không có nghĩa là thận mất hoàn toàn chức năng.

3. VCUg (chụp bàng quang - niệu đạo lúc tiểu)

Xét nghiệm thường quy vì 10% thận ứ nước do hẹp khúc nối bể thận - niệu quản phối hợp với trào ngược bàng quang - niệu quản.

4. Xạ hình thận với DTPA có test lasilix

- Đánh giá chức năng thận và tình trạng tắc nghẽn ở khúc nối.
- Tiêm thuốc lợi tiểu sau khi tiêm chất phóng xạ 20 phút: 50% chất phóng xạ phải được đào thải qua khúc nối trong 10 phút. Nếu lâu hơn 20 phút thì nghĩ có tắc ở khúc nối.
- Một số yếu tố làm sai lệch kết luận: chức năng thận kém (<20% độ lọc quả cầu), tình trạng thiếu nước trước khi làm xét nghiệm, tiêm thuốc lợi tiểu sớm trước khi phóng xạ bài tiết, trẻ sơ sinh dưới 2 tuần tuổi.
- Bệnh nhân phải được uống nước 2 giờ trước và đặt thông tiểu trong thời gian xét nghiệm.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bảo tồn

- Theo dõi trong năm đầu tiên sau sinh qua siêu âm.
- Không có triệu chứng (đau bụng, nhiễm trùng tiểu).
- Bể thận không tăng kích thước trong quá trình theo dõi.
- Chức năng tương đối mỗi thận ổn định hoặc cải thiện hơn trong quá trình theo dõi.

2. Chỉ định phẫu thuật: khi có thay đổi chức năng.

- Thận ứ nước độ 3 trên siêu âm và có tắc nghẽn trên xạ hình hay chức năng giảm < 40%.
- Thận dẫn nở có chức năng giảm.
- Kích thước bể thận tăng trong quá trình theo dõi mặc dù chức năng ổn định.

- Thận nước 2 bên kích thước vừa đến nặng.
- Phương pháp:
 - + Nguyên tắc:
 - Cắt bỏ đoạn hẹp và tạo hình lại khúc nối bể thận - niệu quản.
 - Chỉ khâu PDS 6.0, 7.0 nếu là ở trẻ sơ sinh.
 - Đặt nòng niệu quản và dẫn lưu bể thận: tùy trường hợp, tùy theo thói quen của phẫu thuật viên.
 - Dẫn lưu thận hoặc bể thận khi thận có chức năng quá kém (< 10%). Sau dẫn lưu 4 tuần, đánh giá lại chức năng thận: nếu nước tiểu ra tốt thì tạo hình, ngược lại nếu không còn bài tiết thì cắt bỏ thận.
 - + Kỹ thuật:
 - Kỹ thuật tạo hình bể thận theo Anderson - Hynes:
 - Đường mổ ngang phía bụng và đường lưng.
 - Vào hố thận ngoài phúc mạc.
 - Cắt bỏ khúc nối.
 - Kiểm tra sự lưu thông khúc nối niệu quản-bàng quang.
 - Cắt bớt một phần bể thận để làm hẹp bớt bể thận, cắt đầu trên niệu quản theo đường chéo.
 - Nối đầu trên niệu quản vào phần thấp nhất bể thận.
 - Đặt nòng niệu quản bằng ($\pm$ nephrostomy), JJ.
 - Dẫn lưu hố thận bằng minivac.
 - Nội soi sau phúc mạc hoặc xuyên phúc mạc.

V. BIẾN CHỨNG

- Rò miệng nối.
- Tắc miệng nối.
- Hẹp miệng nối.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Thông tiểu: ra nước tiểu hồng thì rút sau 24 giờ. Nếu nước tiểu vàng trong không có máu: chụp KUB kiểm tra thông JJ.
- Dẫn lưu minivac: rút sau 24 - 48 giờ nếu không ra gì thêm.
- Nếu có đặt transpyeloplastik stent: rút minivac sau khi rút stent. Kẹp stent sau 36 - 72 giờ, theo dõi đau bụng, ói, dẫn lưu minivac. Rút stent sau kẹp 5 ngày.
- Hẹn bệnh nhân nhập viện 1 tháng sau để rút JJ.
- Tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng.

VÙI DƯƠNG VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vùi dương vật là dị dạng bẩm sinh của bộ phận sinh dục ngoài đã được Keyes mô tả lần đầu tiên năm 1919. Trong dị tật này, thân dương vật và quy đầu bị vùi trong lớp da quy đầu liên tục với bìu hoặc thành bụng, nên không nhô lên khỏi lớp da trước xương mu. Nếu không được điều trị, dị tật này sẽ gây ra viêm quy đầu xơ chai (BOX).
- Dương vật bị vùi do nếp da và mỡ bụng che phủ nên còn gọi là dương vật bị giấu, dương vật ẩn, hay không thấy được. Không thấy được một phần hay toàn bộ dương vật còn do béo phì hoặc cắt hoàn toàn bao quy đầu.
- Hẹp bao quy đầu trong vùi dương vật là nguyên nhân gây nhầm lẫn trong chẩn đoán và thường dẫn đến điều trị sai lầm.

II. NGUYÊN NHÂN

- Căn nguyên chính xác chưa được biết rõ.
- Dương vật "bị giấu" hay "ẩn" (concealed, hidden penis): do da dương vật cố định kém vào gốc dương vật và cân Dartos không đàn hồi, hay bám cao vào thân dương vật.
- Dính da dương vật - bìu (webbed penis): bất thường gắn kết giữa dương vật và bìu.
- Dương vật "bị nhốt" (trapped penis): do vòng xơ bao quy đầu hay sẹo cứng sau cắt da quy đầu phát triển bên trên quy đầu (thường gặp ở trẻ cắt da quy đầu có hydrocele to, thoát vị bẹn to bị cắt quá nhiều da dương vật).

III. CHẨN ĐOÁN

- Biểu hiện của vùi dương vật chủ yếu là không thấy dương vật và hẹp bao quy đầu.
- Thân dương vật thấy được một phần hay không thấy được.
- Ấn ngón tay ở gốc dương vật kéo da dương vật và bao quy đầu về phía xương mu sẽ xác định được thân dương vật bình thường, khi buông tay ra thì thân dương vật lại biến mất trong ngấn da.

IV. ĐIỀU TRỊ

Nếu tuột bao quy đầu được thì không cần phẫu thuật.

- Phương pháp phẫu thuật cơ bản (Phẫu thuật Lipszyc):
 - + Rạch da vòng quanh chu vi bao quy đầu.
 - + Bóc tách lớp cân Dartos bất thường xuống đến gốc dương vật (degloving).
 - + Cố định gốc dương vật vào cân Buck tại 2 vị trí 3h và 9h với chỉ không tan.
 - + Che phủ vùng thiếu da thân dương vật bằng niêm mạc bao quy đầu.
 - + Khâu lại da và niêm mạc bao quy đầu.
- Theo dõi:
 - + Tái khám sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng.

V. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu.
- Phù.
- Nhiễm trùng.
- Vùi dương vật tái phát.

TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG NIỆU QUẢN NGUYÊN PHÁT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trào ngược bàng quang niệu quản là sự di chuyển ngược chiều của nước tiểu từ bàng quang lên đường tiết niệu trên. Bình thường, đoạn niệu quản nội thành hoạt động như một hệ thống van (Flap-valve) ngăn không cho nước tiểu di chuyển ngược lên khi áp lực bàng quang tăng cao.
- Có hai loại trào ngược bàng quang niệu quản:
 - + Nguyên phát: do cơ chế chống trào ngược hoạt động không hiệu quả.
 - + Thứ phát: xảy ra sau các bệnh lý van niệu đạo sau, bàng quang thần kinh, hội chứng Prune Belly...
- Trào ngược bàng quang–niệu quản khi kèm theo nhiễm trùng, tăng áp suất trong bàng quang hoặc cả hai sẽ gây ra tổn thương thận. Tổn thương thận biểu hiện dưới tình trạng cấp như viêm đài bể thận (pyelonephritis) hoặc mạn tính như bệnh lý thận do trào ngược (Reflux nephropathy), sẹo thận, bệnh lý thận mạn giai đoạn cuối.
- Trào ngược bàng quang–niệu quản có một tỉ lệ tự cải thiện cao # 20%/năm. Độ trào ngược càng nặng thì tỉ lệ tự cải thiện càng thấp. Mức độ tự cải thiện ở trẻ chẩn đoán trước sinh cao hơn ở trẻ bị trào ngược sau sinh, và trẻ càng nhỏ thì tỉ lệ cải thiện càng cao.

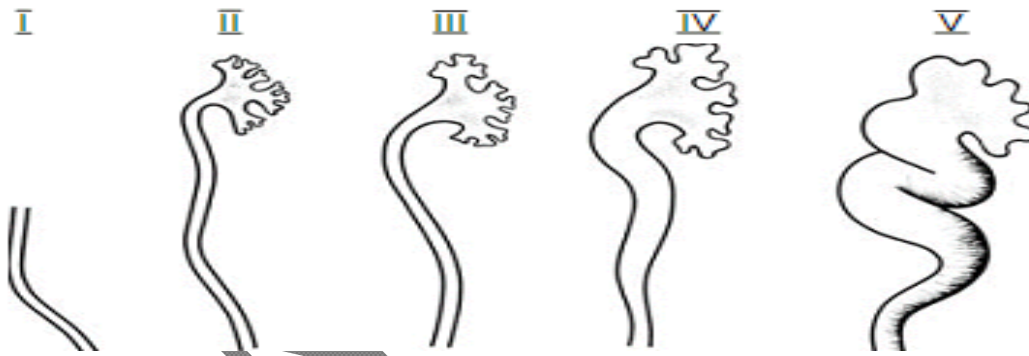
II. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán lâm sàng

- Lý do nhập viện thường gặp: sốt, tiểu đục, tiểu máu, són tiểu, đau bụng,...
- Trẻ thường có tiền căn nhiễm trùng tiểu tái đi tái lại nhiều lần.
- Biểu hiện lâm sàng có thể thay đổi tùy lứa tuổi:
 - + Trẻ nhỏ thường có tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng kèm biểu hiện rối loạn đi tiêu (tiêu chảy, tiêu lỏng, tiêu són nhiều lần...).
 - + Trẻ lớn: nhiễm trùng tiểu (sốt, tiểu đục, tiểu máu...), đau bụng vùng hạ vị.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm bụng: gợi ý trào ngược khi có dẫn niệu quản, đài bể thận.
- Chụp bàng quang có rặn tiểu (VCUG): giúp chẩn đoán xác định mức độ trào ngược, đánh giá được hình thái niệu đạo, bàng quang, niệu quản, bể thận.
- Phân loại mức độ trào ngược trên VCUG:
 - + Độ I: trào ngược chỉ ở niệu quản.
 - + Độ II: trào ngược lên đến bể thận và đài thận nhưng không dẫn.
 - + Độ III: trào ngược có dẫn nhẹ hoặc vừa bể thận và niệu quản. Các góc nhọn ở đài thận bé còn.
 - + Độ IV: niệu quản, bể thận, đài thận dẫn, các góc nhọn ở đài thận bé mất.
 - + Độ V: nhu mô thận mỏng, niệu quản ngoằn ngoèo.



Phân loại trào ngược BQ-NQ

- Xạ hình thận (DMSA): giúp đánh giá sẹo thận, chức năng thận.
- Các xét nghiệm khác: chức năng thận, bilan nhiễm trùng, cấy máu và cấy nước tiểu...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kết hợp điều trị nội - ngoại khoa và theo dõi bệnh lâu dài.

2. Nội khoa

- Trào ngược độ I, II, III: kháng sinh dự phòng hằng ngày (dùng 1 lần vào ban đêm trước khi đi ngủ):
 - + Trimethoprim 1- 2mg/kg/ngày (kiểm tra huyết đồ mỗi 6 tháng).
 - + Cefaclor 10 mg/kg/ngày.

- Tránh táo bón, dùng thêm anticholinergic nếu có triệu chứng rối loạn đi tiểu kiểu bàng quang tăng kích thích.
- Theo dõi: tổng phân tích nước tiểu hoặc cấy nước tiểu mỗi 3 tháng và bất cứ lúc nào có triệu chứng về đường tiểu hoặc sốt.
- Trong quá trình theo dõi, nhiễm trùng tiểu tái phát trên 2 lần thì xem xét chỉ định can thiệp ngoại khoa.

3. Ngoại khoa

a. Can thiệp qua nội soi.

+ Chỉ định:

- Trào ngược bàng quang – niệu quản nguyên phát độ II, III.
- Phẫu thuật cầm lại niệu quản thất bại.

+ Phương pháp:

- Dùng ống soi bàng quang 9 - 14 Fr.
- Dùng kim cứng hoặc mềm đưa qua kênh thao tác chích ở vị trí 6 giờ, dưới niêm mạc 2 - 3 mm.
- Chất tiêm: Deflux®
- Phẫu thuật về trong ngày.
- Tiếp tục kháng sinh dự phòng sau 1 tháng.
- Chụp bàng quang lúc tiểu kiểm tra sau 6 tháng.

b. Phẫu thuật

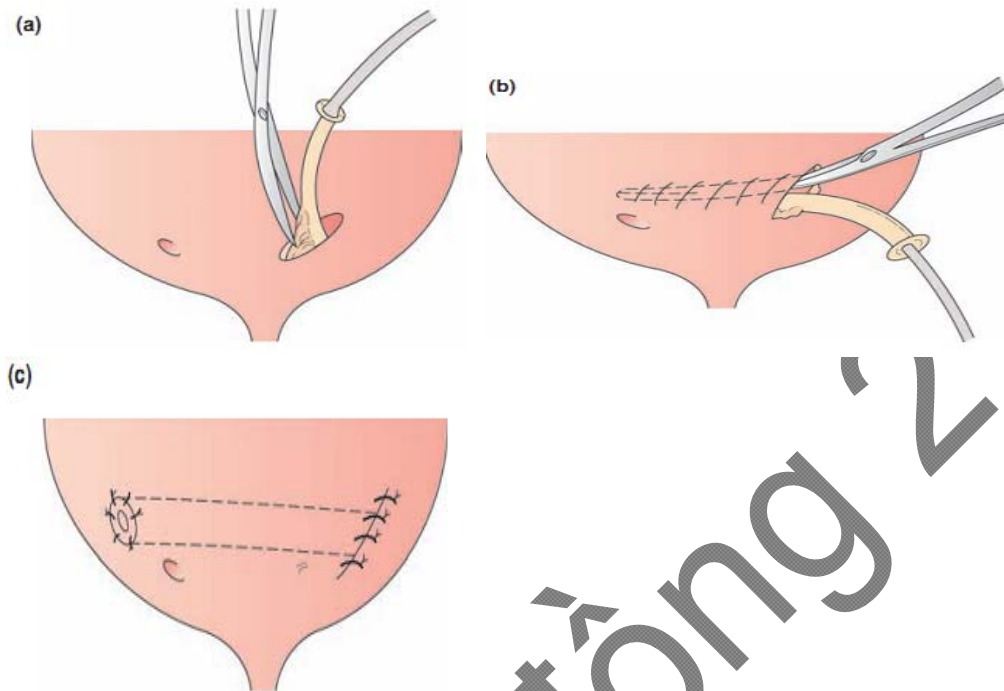
* Nguyên tắc:

- o Không phẫu thuật ở trẻ dưới 1 tuổi.
- o Trào ngược nặng (độ IV, V) có kèm theo sẹo thận.
- o Nhiễm trùng tiểu tái đi tái lại nhiều lần.

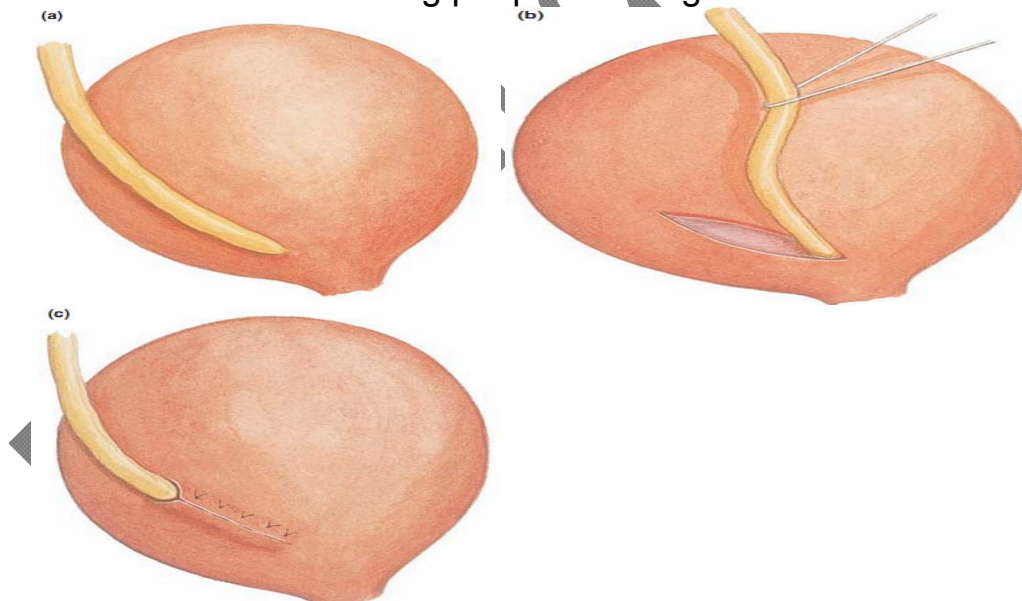
* Phương pháp phẫu thuật

- o Phương pháp Cohen: được sử dụng rộng rãi nhất hiện nay, cầm ngang qua tam giác niệu.

Phương pháp cầm niệu quản Cohen



Phương pháp Lich-Gregoir



Vesicostomy: nhằm thoát lưu nước tiểu, giảm áp bàng quang làm giảm trào ngược. Chỉ định cho trẻ nhỏ có trào ngược nặng, kèm tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc suy giảm chức năng thận. Đóng vesicostomy lúc 2 hoặc 3 tuổi khi phẫu thuật giải quyết triệt để trào ngược.

- Hậu phẫu:
 - Rút thông niệu quản sau 5 ngày.
 - Rút thông tiểu sau 7 ngày.
 - Kháng sinh điều trị 7 - 14 ngày. Tiếp tục kháng sinh dự phòng sau 1 tháng.

IV. THEO DÕI

- Biện chứng:
 - + Trào ngược tái phát.
 - + Hẹp hoặc tắc đoạn niệu quản nội thành.
- Tái khám: sau 6 tháng, 1 năm. Sau đó, theo dõi đến tuổi trưởng thành.
- Đánh giá kết quả: tổng phân tích nước tiểu, siêu âm kiểm tra kích thước niệu quản, thận.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH DỊ TẬT HỆ NIỆU

Nghiên cứu và xử trí những trường hợp chẩn đoán trước sinh có bất thường đường tiết niệu dựa vào:

- Đa số bé sinh ra có bên ngoài và sức khỏe bình thường. Điều này đặc biệt đúng trong những trường hợp thương tổn một bên, ở những trẻ này dấu chứng lâm sàng chỉ có trong ít hơn 5% các trường hợp. Trong thương tổn hai bên thì bé sinh ra có những triệu chứng lâm sàng thích hợp, tuy nhiên trẻ có chẩn đoán bệnh lý niệu 2 bên được sinh ra đa số không triệu chứng và bên ngoài cũng bình thường.
- Chỉ một số nhỏ trẻ được chẩn đoán trước sinh có bệnh lý niệu khoa (<5%) bị suy thận nặng cần đến hỗ trợ về thận học và đa số trẻ bệnh không cần đến can thiệp phẫu thuật sớm.

I. SIÊU ÂM TIỀN SẢN

- Siêu âm tiền sản thực hiện vào giữa tuần lễ thứ 15 và 20 có độ nhạy cao về việc cung cấp những thông tin chính xác về dị dạng bẩm sinh giúp đưa ra quyết định chấm dứt thai kỳ. Độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm cho việc phát hiện bất thường đường tiết niệu bị ảnh hưởng bởi chất lượng của phương tiện và người thực hiện chẩn đoán hình ảnh.
- Dị dạng thận lạc chỗ, thận teo khó chẩn đoán nếu không kèm theo dẫn đường tiết niệu. Đa số các dị dạng tiết niệu có thể gây tử vong được phát hiện vào tam cá nguyệt (trimester) thứ 2, nhưng những dị dạng không trầm trọng có gây ra dẫn đường tiết niệu như UPJO, VUR, niệu quản đôi không nhất thiết là có dẫn để có thể được phát hiện được vào thời điểm này. Tuổi thai là yếu tố quan trọng nhất để xác định độ nhạy của chẩn đoán trước sinh về niệu khoa.

II. CHẤM DỨT THAI KỲ

- Với sự phổ biến và độ chính xác của chẩn đoán tiền sản, phụ huynh của các quốc gia tiên tiến đang có khuynh hướng chọn lựa chấm dứt thai kỳ ngay những trường hợp thai nhi có mang những dị dạng không chết người nhưng dự hậu cho chất

lượng cuộc sống kém. Phụ huynh phải được thông báo về một đứa trẻ bị suy thận và phải chịu những phẫu thuật, chạy thận và ghép thận. Dị tật lộ ổ nhóp và lộ bàng quang cũng đang là đối tượng cho chấm dứt thai kỳ. Tại Anh chỉ còn 2 trung tâm được chính phủ cho phép điều trị 2 dị tật này. Tại Boston, Hoa kỳ chấm dứt thai kỳ được thực hiện 65% bà mẹ được chẩn đoán trước sinh có trẻ bị tật cột sống chẻ đôi, 46% van niệu đạo sau, 31% brune belly, 25% lộ bàng quang.

III. XỬ TRÍ SAU SINH

- Kháng sinh phòng ngừa: nên bắt đầu cho tất cả trẻ em được phát hiện bệnh lý niệu khoa trước sinh, cho đến khi có kết quả của những khảo sát hình ảnh sau sinh, đặc biệt là phim bàng quang lúc tiểu. Ngoại trừ:
 - + Dẫn nhẹ bể thận duy nhất có đường kính trước sau bể thận <10mm và các đài thận bình thường.
 - + Thận đa nang có thận đối diện hoàn toàn bình thường.
 - + Thận lạc chỗ không có dẫn bể thận, niệu quản.
- Siêu âm sau sinh: thực hiện tùy theo những dấu hiệu siêu âm trước sinh. Những trường hợp cần nhanh chóng siêu âm sau sinh khi siêu âm sinh gợi ý có tắc nghẽn đường tiết niệu dưới như dẫn đường tiết niệu trên cả 2 bên, thành bàng quang dày, dẫn niệu quản...
- Dẫn bể thận 2 bên mà không dẫn niệu quản, thành bàng quang không dày nên thực hiện siêu âm vào ngày thứ 3 - 7 sau sinh. Dẫn bể thận một bên (thận đối diện bình thường) siêu âm vào ngày 10 - 14 sau sinh.

IV. PHIM BÀNG QUANG LÚC TIỂU (VCUG)

Chỉ định tuyệt đối trong những trường hợp sau:

- Bàng quang bất thường, đặc biệt thành dày.
- Dẫn hai bên niệu quản bể thận.
- Dẫn niệu quản (một hoặc 2 bên) trên siêu âm trước hoặc sau sinh.
- Thận đôi.
- VCUG là phương tiện chẩn đoán có xâm lấn và gây đau (có nguy cơ gây nhiễm trùng tiểu), vì vậy không nên thực hiện thường quy nếu chỉ có dẫn bể thận và đường kính trước sau <15mm (không dẫn niệu quản và hoặc đài thận).

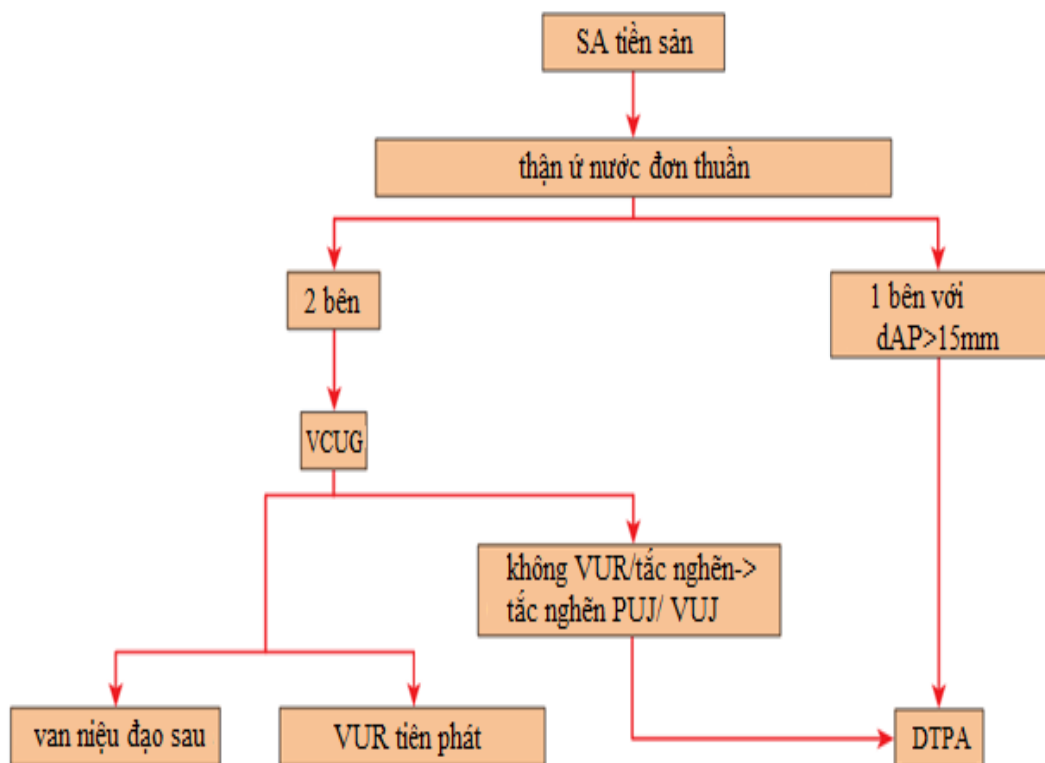
- Nếu không thực hiện VCUG, phụ huynh phải được dặn dò cần kiểm tra khi có sốt hoặc biểu hiện không bình thường ở đường tiết niệu (nước tiểu đục...).

V. XẠ HÌNH

- 99m Tc DMSA dùng để xác định sự mất chức năng hoàn toàn của một thận đa nang và tổn thương nhu mô thận trong trào ngược bàng quang niệu quản bẩm sinh.
- 99m MAG - 3 và DTPA dùng để chẩn đoán tắc nghẽn. Tuy nhiên những thông tin trên đường biểu diễn của xạ đồ ngay với lợi tiểu không chính xác ở những trẻ em vài tuần tuổi, tốt nhất nên trì hoãn đến sau 1 tháng.

VI. DẪN NHỆ BỂ THẬN

- Dẫn bể thận từ 5 - 10mm đường kính trước sau thường là dấu chứng thoáng qua và biến mất hoặc cải thiện nhẹ bớt đến hơn 50% vào tam cá nguyệt thứ 3. Rất hiếm có kèm theo bất thường nhiễm sắc thể ở thai nhi.

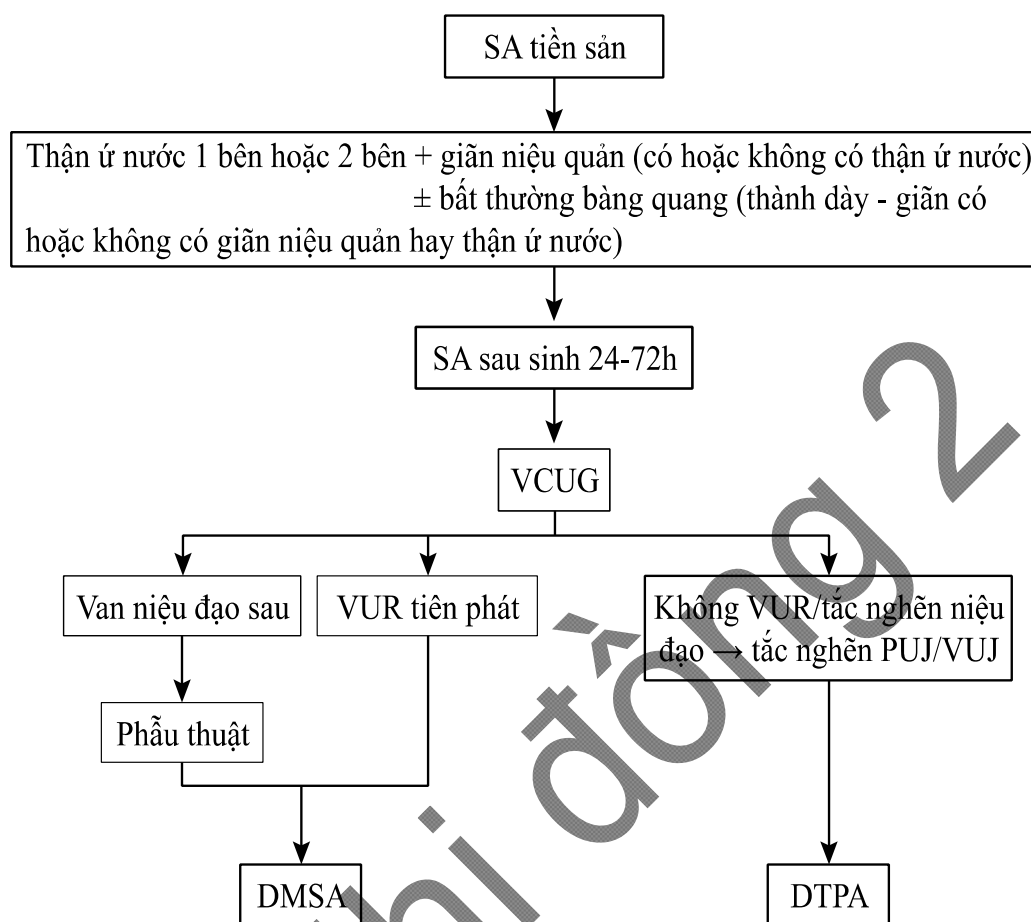


Hình 1. Hướng tiếp cận trường hợp siêu âm tiền sản phát hiện thận ứ nước đơn thuần

VUR: Vessicoureteral Reflux (Trào ngược bàng quang niệu quản).

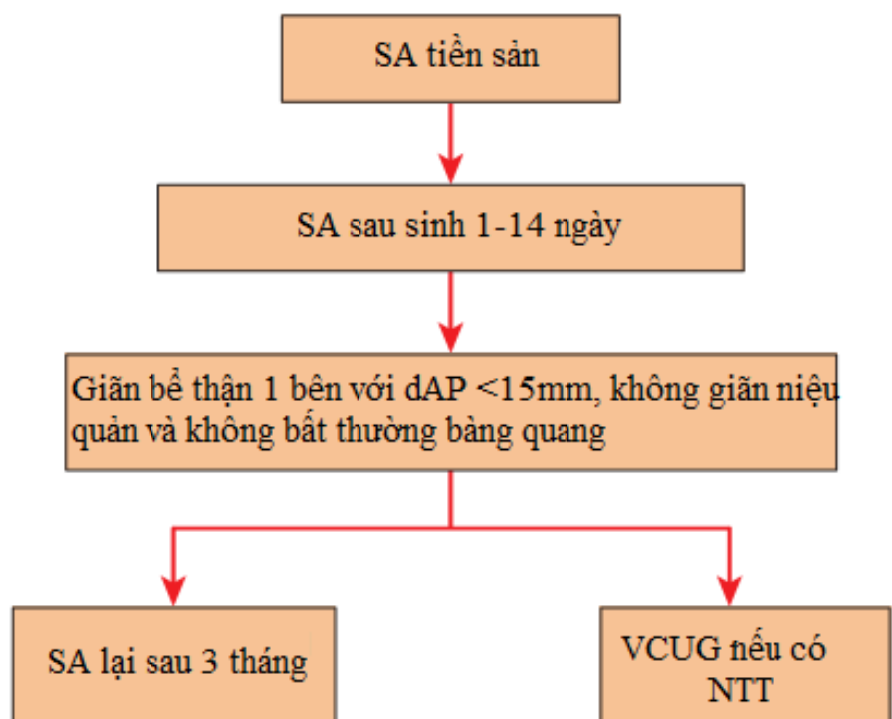
PUJ: Pyeloureteral Junction (Khúc nối bể thận niệu quản).

VUJ: Vessicoureteral Junction (Khúc nối bàng quang niệu quản).

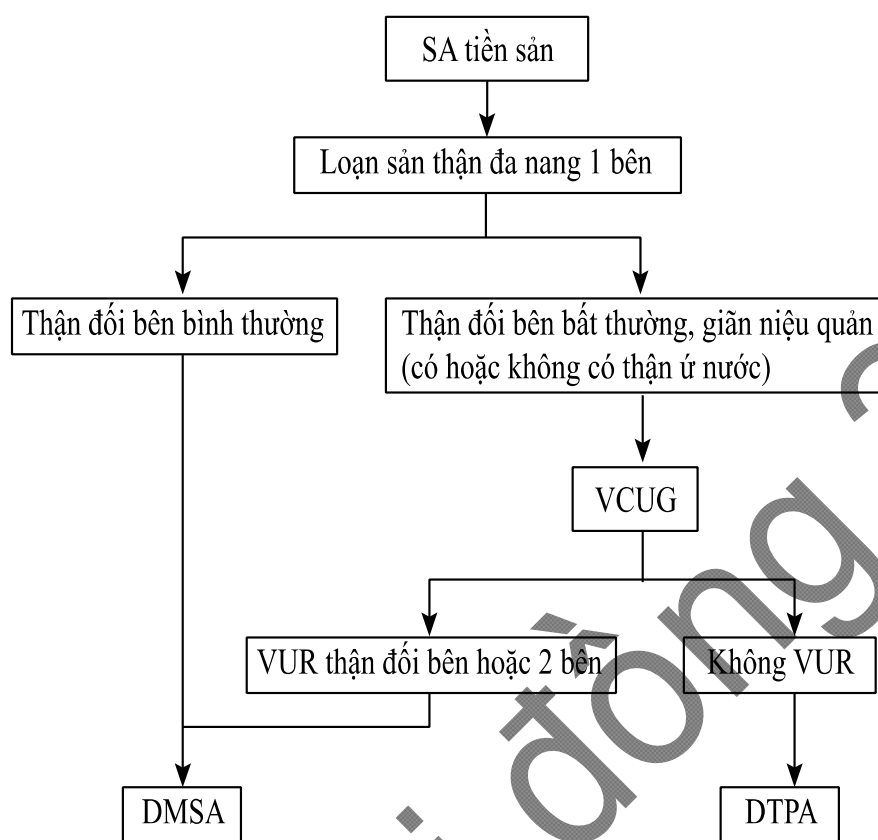


Hình 2. hướng tiếp cận trường hợp siêu âm tiền sản phát hiện thận ứ nước kèm giãn niệu quản hoặc bất thường bàng quang.

VCUG: X-quang bàng quang lúc tiểu



Hình 3. Hướng tiếp cận trường hợp siêu âm tiền sản phát hiện thận ứ nước đơn thuần mức độ nhẹ



Hình 4. hướng tiếp cận trường hợp siêu âm tiền sản phát hiện loạn sản thận đa nang

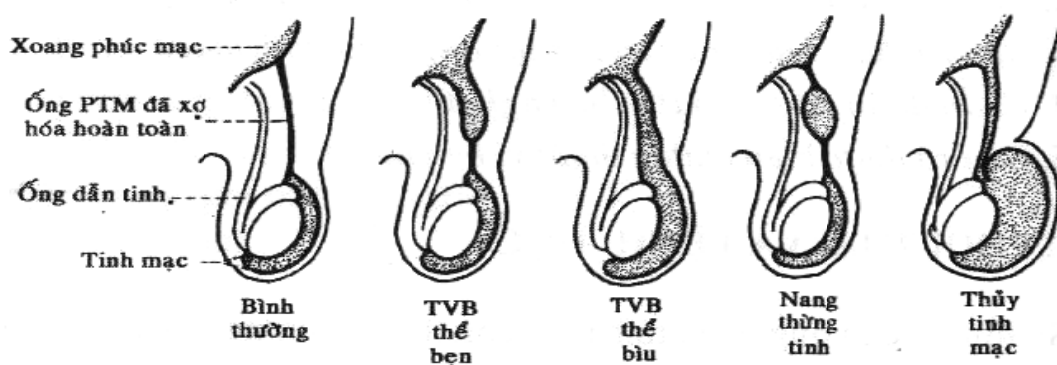
PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ống BỤNG

I. PHÔI THAI VÀ BỆNH HỌC

Sự tồn tại của ống phúc tinh mạc còn thông thương là yếu tố chủ yếu trong thoát vị bẹn bẩm sinh và thủy tinh mạc bẩm sinh (hydrocele). Ống phúc tinh mạc thông thương là một thoát vị bẹn tiềm ẩn và chỉ khi nó chứa một thành phần của nội tạng bụng mới trở nên thoát vị bẹn thật sự. Khác biệt của thoát vị bẹn và thủy tinh mạc bẩm sinh là đường kính là đường kính của ống phúc tinh mạc và chất được chứa bên trong túi: thoát vị bẹn có chứa thành phần nào đó trong ổ bụng, còn thủy tinh mạc thì chỉ chứa ổ bụng.

Ống phúc tinh mạc phát triển trong suốt tháng thứ 3 của thai kỳ như một phần trôi ra của xoang phúc mạc thường xuyên qua lỗ bẹn sâu. Vào thời kỳ này, tinh hoàn đang phát triển còn nằm trong ổ bụng (ngoài phúc mạc). Tinh hoàn bắt đầu đi xuống sau tháng thứ 7 cùng với sự phát triển của ống phúc tinh mạc vào bìu.

Bình thường ống phúc tinh mạc tự bít lại từ lỗ bẹn sâu đến tinh hoàn sau khi tinh hoàn đã nằm ở bìu. Phần xa bọc lấy tinh hoàn trở thành tinh mạc, phần trên đó biến thành dây xơ. Tùy theo mức độ tắc không hoàn toàn của ống phúc tinh mạc sẽ để lại về sau thoát vị bẹn gián tiếp bẩm sinh hoặc thủy tinh mạc (Hình 1). Thời điểm ống phúc mạc bít lại vẫn còn là điều chưa rõ ràng, còn gây tranh cãi. Một số cho rằng 1 tỷ lệ cao ống phúc tinh mạc vẫn còn tồn tại sau nhiều năm.



Hình. Ống phúc tinh mạc xơ hóa và các thể bệnh lý khác nhau

Thực tế lâm sàng cho thấy có một tần suất khá cao về sự thông thương của ống phúc tinh mạc ở những trẻ bình thường trong nhiều tháng sau sinh.

II. TẦN SUẤT

Bệnh lý ống phúc tinh mạc được thể hiện nhiều nhất trong các khoa phẫu thuật nhi. Tỷ lệ gặp từ 0,8 - 4,4% ở trẻ em. Ở trẻ sinh non, tần suất lên đến 30% tùy theo tuổi thai.

Tuổi: gặp nhiều nhất ở năm đầu tiên, đỉnh cao là tháng thứ nhất

Phái tính: bé trai có thoát vị bẹn 6 lần nhiều bé gái (3/1 – 10/1) (Marc Rowe). Bé gái sinh non cũng có tỷ lệ cao hơn bé gái lớn, bên phải nhiều hơn bên trái. Ở bé trai, 60% bên phải, 30% bên trái, 10% có 2 bên. Tỷ lệ này ở nữ cũng tương tự.

III. HÌNH THÁI LÂM SÀNG

Thoát vị bẹn biểu hiện bằng một khối tròn ở bẹn, có khuynh hướng di chuyển về phía bìu khi trẻ khóc, rặn đi cầu. Hiệu này có thể xuất hiện ngay sau sinh hoặc nhiều tuần, tháng, năm sau đó. Dấu hiệu lâm sàng là 1 u trời lên, xuyên qua lỗ bẹn nông, bên ngoài củ mu và lớn lên khi áp suất trong ổ bụng tăng. Khi bé ở trạng thái bình thường, khối thoát vị có thể tự chui ngược vào bụng hoặc có thể được đẩy ngược lên trên ra sau.

Nên phân biệt với tinh hoàn co rút nằm ngoài lỗ bẹn nông vì bẹn phồng lên dễ lầm lẫn với thoát vị bẹn nhẹ nhàng kéo tinh hoàn xuống bìu và quan sát lại bẹn. Tinh hoàn ẩn có thể, cùng tồn tại với thoát vị bẹn nên phải được xác định kỹ, vì trong phẫu thuật phải cố định tinh hoàn ở bìu sau khi cột ống phúc tinh mạc.

Thường thoát vị bẹn được cha mẹ hoặc thầy thuốc phát hiện. Dấu bệnh sử đã rõ nhưng việc khám lại để xác định vẫn là điều cần thiết. Ở trẻ nhũ nhi, trong trạng thái bình thường, nếu khối thoát vị không xuống bìu thì có thể cho bé nằm ngửa, kéo 2 chân thẳng, kéo 2 tay ngược lên đầu. Hầu hết các bé sẽ vùng vẫy và áp lực ổ bụng tăng lên làm cho khối thoát vị xuất hiện. Ở trẻ lớn, hợp tác, có thể bảo trẻ ho hoặc thổi bong bóng để kích thích sự xuất hiện của khối thoát vị.

Ở trẻ không quá mập và nội tạng đã lên bụng, túi thoát vị nhỏ có thể xác định bằng cách day nhẹ đầu ngón tay lên ngay dưới lỗ bẹn nông: 2 mặt của túi thoát vị cọ sát nhau như tiếng lụa kêu (silk sign).

IV. XỬ TRÍ

Khuynh hướng ngày nay thoát vị bẹn được giải quyết sớm, nghĩa là bất cứ tuổi nào từ trẻ sinh non hoặc trẻ có bệnh lý khác nặng hơn đi kèm. Thái độ này nhằm phòng ngừa biến chứng nghẹt, đặc biệt rất thường xảy ra ở trẻ dưới 1 tuổi. Một lý do khác nữa là TVB không thể tự lành như thủy tinh mạc.

Nguyên tắc xử trí phẫu thuật:

Nam: thoát vị bẹn ở trẻ em là loại gián tiếp, do tồn tại ống phúc tinh mạc, do đó chỉ cần tách ống phúc tinh mạc ra khỏi ống dẫn tinh và mạch máu, sau đó cột cắt ống phúc tinh mạc.

Nữ: từ 20% - 24% các trường hợp thoát vị bẹn ở nữ là thoát vị trượt: vòi trứng và buồng trứng dính vào thành túi. Vì thế luôn luôn mở túi chứa và quan sát bên trong trước khi cắt túi chứa. Nếu có thoát vị trượt, không nên tách vòi trứng hoặc buồng trứng ra khỏi túi mà cắt một phần phúc mạc cố dính cơ quan này và đẩy chúng vào ổ bụng, xong khâu vòi túi chứa.

V. THOÁT VỊ BẸN NGHẸT

Gồm thoát vị không lên (incarcerated hernia) và thoát vị bẹn tắc nghẹt (strangulated hernia).

Thoát vị không lên là tình huống mà nội tạng bụng không thể dễ dàng được đẩy lên vào ổ bụng. Trong trường hợp này, mạch máu đến nuôi không bị tắc và nội tạng trong túi chứa không bị tổn hại.

Thoát vị bẹn tắc nghẽn là tình huống nội tạng trong túi chứa bị ép chặt trên đường đi của nó xuyên qua ống bẹn và trở nên hoại tử (gangrenous).

Ở người lớn, thoát vị không lên có thể thích nghi trong nhiều năm, trong khi ở trẻ em, loại thoát vị này nếu không được hầu hết sẽ dẫn đến tắc nghẹt (strangulated) vì nhồi máu nội tạng trong túi chứa. Khởi đầu, khi nội tạng đi qua ống bẹn, áp lực sẽ làm tổn hại đến hệ bạch huyết và các tĩnh mạch hồi lưu. Sau đó, nội tạng bị sưng lên sẽ làm tăng áp lực trong ống bẹn dẫn đến tắc hoàn toàn cả hệ động mạch. Kế đến là hiện tượng thiếu máu (ischemia) và thủng nội tạng. Ở bé gái, buồng trứng thoát vị có thể dẫn đến tắc nghẹt.

VI. CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT

Trẻ nhập viện với tình trạng bứt rứt, quấy khóc, bỏ bú, đau bụng và có thể nôn ói. Vùng bẹn có 1 khối u căng có thể xuống bìu. Khi có hiện tượng thiếu máu, đau nhiều hơn, ói có mật. Máu có thể có trong phân. Khối u căng hơn, da trên khối u có thể đổi màu, thân nhiệt tăng và dấu hiệu tắc ruột trở nên rõ ràng. Tình hoàn mới đầu bình thường, nhưng về sau sẽ lớn hơn, cứng do ứ máu ở tĩnh mạch.

VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT

Xoắn tinh hoàn: diễn hình là đau đột ngột, ói, tinh hoàn bị kéo lên gốc bìu. Điều cần ghi nhớ là có nhiều trường hợp triệu chứng không diễn hình, rất ít đau, thậm chí không đau (10%). Thăm khám thấy khối u vùng bẹn bìu (inguinoscrotal) tròn trắng, rất đau. Trong mọi trường hợp, nếu chẩn đoán không rõ ràng, nên quyết định phẫu thuật vì yếu tố thời gian rất quan trọng trong việc cứu tinh hoàn,

hơn nữa viêm tinh hoàn hay mào tinh hoàn không hề là chống chỉ định của phẫu thuật.

Thủy tinh mạc hay u nang thừng tinh: bệnh sử rõ ràng có từ trước đó, không đau khi thăm khám, u tròn, căng, di động. Chiều đèn giúp xác định rõ.

Viêm hạch bẹn - đùi: có tổn thương nhiễm trùng ở vùng có hệ bạch huyết chi phối. Các hạch này đau, không di động. Ấn dọc thừng tinh không đau.

Xoắn phần phụ tinh hoàn: đau đột ngột ở bìu. Thăm khám có thấy 1 đốm sạm màu nằm sát vào cực trên tinh hoàn. Ở bệnh nhi lớn, biết hợp tác, có thể sờ nắn tinh hoàn không đau ngoài 1 đốm sạm đặc biệt sẫm màu. Không cần điều trị phẫu thuật, chỉ cần giảm đau.

VIII. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THOÁT VỊ BỆNH NGHỆT

Thoát vị bẹn không lên nếu không có dấu hiệu tắc nghẹt, nên được nắn trước. Nguyên tắc là cho bệnh nhi an thần nhằm dẫn cơ thành bụng, giảm áp suất trên cổ túi thoát vị. Tư thế trên đờ lên bụng giúp tạo nên sức kéo nhẹ trên nội tạng trong túi chứa. Đắp ấm ở vùng bẹn bìu nhằm giảm đau. Sau 1 giờ rưỡi đến 2 giờ, nếu túi thoát vị không lên thì thử đẩy nhẹ từ dưới ngược lên. Nếu

không kết quả, phải tiến hành phẫu thuật. Trong mọi trường hợp, không bao giờ được phép thực hiện biện pháp này dưới gây mê.

Đến 81% thoát vị bẹn không lên được nắn thành công không cần phẫu thuật khẩn. Bệnh nhi được mổ sau 24 - 48 giờ nhằm giảm bớt phù nề và chuẩn bị tốt hơn.

IX. NGUYÊN TẮC PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN NGHỆT

Chuẩn bị như mọi phẫu thuật tắc ruột: đặt thông dạ dày, bù dịch và điện giải, kháng sinh phòng ngừa. Xử lý các tình huống:

Sau gây mê, nếu túi thoát vị tự lên: nên tiến hành phẫu thuật và việc kiểm tra ruột hầu như không cần thực hiện vì nếu ruột đã hoại tử sẽ không tự lên được.

Sau khi rạch da, nếu:

- Ruột chày vào ổ bụng trước khi mở túi chứa thì nên mở túi chứa, kiểm tra có dấu vết của thủng ruột hay không: máu, mùi phân. Nếu có dấu hiệu ruột hoại tử, nên tiến hành kiểm tra ruột, trường hợp khó khăn vì lỗ bẹn sâu hẹp, nên mở thêm một đường mổ ngang ở vùng hố chậu phải.
- Nếu ruột còn sau khi mở túi chứa và đẩy ruột vào ổ bụng khó khăn thì có thể mở rộng phía trên lỗ bẹn sâu ở phần trong của cơ chéo trong.
- Nếu ruột ở trạng thái khó xác định còn tốt hay không thì phải được đắp với gạc ẩm tối thiểu 5 phút. Sau đó theo dõi mạch đập của mạc treo và nhu động ruột. Nếu không khả quan phải cắt bỏ đoạn ruột hư.

Trường hợp túi chứa bị rách, không thể cột theo kiểu thông thường thì có thể khâu từng mối rời hoặc liên tục.

X. BIẾN CHỨNG THOÁT VỊ BẸN NGHỆT

Tổn thương ruột không hồi phục: rất ít, tỷ lệ ghi nhận khoảng 1,5%.

Tổn thương tinh hoàn: mạch máu nuôi tinh hoàn bị chèn ép do nội tạng nghẹt. Tỷ lệ tổn thương tinh hoàn trong thoát vị bẹn nghẹt xảy ra từ 2,6 - 5%. Tinh hoàn bị tái nhợt (cyanotic) trong thoát vị bẹn nghẹt từ 11 - 29%. Tổn thương teo tinh hoàn về sau ít hơn, từ 0 - 19% và đây là lý do thoát vị bẹn được phẫu thuật rất

sớm. Trừ trường hợp tinh hoàn bị hoại tử rõ rệt, nó không được cắt bỏ. Ở bé gái, không có thoát vị bẹn nghẹt ruột mà chỉ có buồng trứng nghẹt và hay xảy ra ở bé dưới 6 tháng.

Thủy tinh mạc và u nang thờng tinh:

U nang thờng tinh chỉ là một dạng của thủy tinh mạc không thờng thờng, sự phân biệt này có tính cách lý thuyết vì ống phúc mạc quá nhỏ tương như đã bị tắc.

Thủy tinh mạc kinh điển có dạng bầu dục, chắc so với thoát vị bẹn, ấn vào thấy căng, di động và không đau. Sau giấc ngủ, bìu nhỏ lại vì dịch chảy ngược vào bụng. Khám kỹ sẽ thấy thủy tinh mạc không lên khỏi lỗ bẹn nông, đây cũng là một khác biệt so với thoát vị bẹn. Soi đèn là biện pháp chẩn đoán chính xác.

Thủy tinh mạc có khuynh hướng tự khỏi từ 12 tháng đến 18 tháng đầu tiên nên không cần điều trị trong thời gian này, trừ trường hợp có phối hợp với thoát vị bẹn. Sau 2 tuổi, thủy tinh mạc không thể tự khỏi.

Phẫu thuật ống phúc tinh mạc như trong thoát vị bẹn và để hở đầu dưới. Không nên lột “túi nước” vì dễ gây xuất huyết, cũng không cần lột túi. Hiếm khi có tụ dịch trở lại ở phần xa của túi chứa.

BV Nhi đồng 2

Chương 4
NGOẠI CHÍNH TRỰC

BV Nhi đồng 2

CẤP CỨU PHỎNG TRẺ EM

I. TÁC NHÂN GÂY PHỎNG

- Phỏng do lửa, nhiệt.
- Phỏng do nước sôi.
- Phỏng do điện.
- Phỏng do hoá chất.

II. TỔN THƯƠNG PHỎNG

- Tổn thương mô do tác dụng trực tiếp của nóng, hóa chất, điện
- Chia độ phỏng có bốn độ:
 - + Độ I: viêm đỏ da.
 - + Độ II: tổn thương ở biểu bì và trung bì (phồng nước, lột da).
 - + Độ III: tổn thương toàn bộ các lớp của da.
 - + Độ IV: tổn thương các lớp sâu dưới da: cơ, xương.

III. ĐIỀU TRỊ PHỎNG

1. **Cách ly bệnh nhân** khỏi tác nhân gây phỏng, làm mát chỗ phỏng, dùng khăn sạch che lên chỗ phỏng rồi chuyển đến cơ sở y tế.
2. **Trường hợp phỏng nhẹ**
 - Chăm sóc vết phỏng, bôi thuốc (Biafine, Siliverine).
 - Kháng sinh (chích hoặc uống).
 - Giảm đau (paracetamol).
 - Thuốc an thần: siro phenergan.
3. **Trường hợp phỏng nặng:** cần hồi sức tích cực
Các điểm chú ý:
 - Diện tích trên 30%: tính như 30%.
 - Chú ý giờ bị phỏng (để tính dịch truyền), tác nhân, độ sâu.
 - Không đánh giá thấp phỏng vùng đầu mặt ở trẻ nhỏ (dưới 1 tuổi), không bỏ sót các tổn thương đi kèm.
- 3.1. **Chỉ định truyền dịch:** lập 2 đường truyền nếu phỏng nặng
 - Phỏng độ II diện tích $\geq 15\%$.
 - Phỏng độ III, độ IV diện tích $\geq 10\%$.
 - Hoặc nhẹ hơn nhưng kèm thương tổn kết hợp hoặc phỏng vùng đầu mặt.

3.2. Cách thức truyền: công thức BROOKE

A = Dịch bù mất do phỏng:

- Dung dịch đại phân tử (Hes 6%): $0,5 \text{ ml} \times \text{Kg} \times \text{diện tích phỏng}$.
- Lactate Ringer: $1,5 \text{ ml} \times \text{Kg} \times \text{diện tích phỏng}$

B = Dịch duy trì:

- ≤ 2 tuổi: Natrichlorid 45% Glucose 5%: 120 ml/Kg/ngày , cho 10 Kg đầu.
- > 2 tuổi: Natrichlorid 45% Glucose 5% 100 ml/Kg/ngày , cho 10 Kg đầu, 50 ml/Kg cho 10 kg kế và 20 ml/Kg cho số kg kế nữa.

Ngày thứ 1:

- $\frac{1}{2}$ tổng lượng dịch: $\frac{1}{2} (A+B)$ truyền trong 8 giờ đầu (tính từ giờ bị phỏng).
- $\frac{1}{2}$ tổng lượng dịch còn lại truyền trong 16 giờ kế tiếp.

Ngày thứ 2: $\frac{1}{2} A + B$

- $\frac{1}{2}$ lượng dịch bù: $\frac{1}{2} A$ (chiếm 1 đường truyền phân bố đều trong 24 giờ).
- Dịch duy trì: $+ B$ (đường truyền thứ 2).

Ngày thứ 3:

- Nếu Hct còn cao, lập lại như ngày thứ hai.
- Cho ăn uống lại bình thường. Chú ý dinh dưỡng đủ năng lượng.

3.3. Theo dõi

- Sinh hiệu. Hct mỗi 8 giờ ở bệnh nhân nặng.
- Đặt sonde tiêu để theo dõi nước tiểu mỗi giờ ($>1 \text{ ml/Kg/ giờ}$).
- SGOT, SGPT, Uré, Créatinin, Ion đồ + HCO_3^- sau 24 giờ.

3.4. Thuốc

- Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ 3, 100 mg/Kg/ngày .
- Amikaye: 15 mg/kg/ngày (khi có nước tiểu).
- Ranitidine: 3 mg/kg/ngày (phòng xuất huyết tiêu hóa/bệnh nhân phỏng nặng).
- Giảm đau: Paracetamol 60 mg/kg/ngày + Morphin (nếu cần)
- Calcium chlorua 10% (truyền TM), Vitamin C.

3.5. Tắm phỏng

- Cho bệnh nhân mới vào trừ bệnh nhân nặng, đang sốc, nên có 1 đường truyền + giảm đau trước tắm.

Ketamine 500mg: 1 mg/kg (TB).

Hypnovel 5mg: $0,1 \text{ mg/kg}$ (TB).

Bôi thuốc phỏng: Biafine, Siliverine.

3.6. Những trường hợp phỏng sâu → cắt lọc, sau đó ghép da mỏng.

IV. DI CHỨNG PHỎNG

1. Di chứng sẹo ở da: sẹo xơ, sẹo phì đại, sẹo lồi.

2. Sẹo co rút

- Khi vết phỏng đã liền sẹo.
- Sẹo co rút thường ở: nách, khuỷu tay, khuỷu chân, các ngón tay chân.

3. Sẹo dính

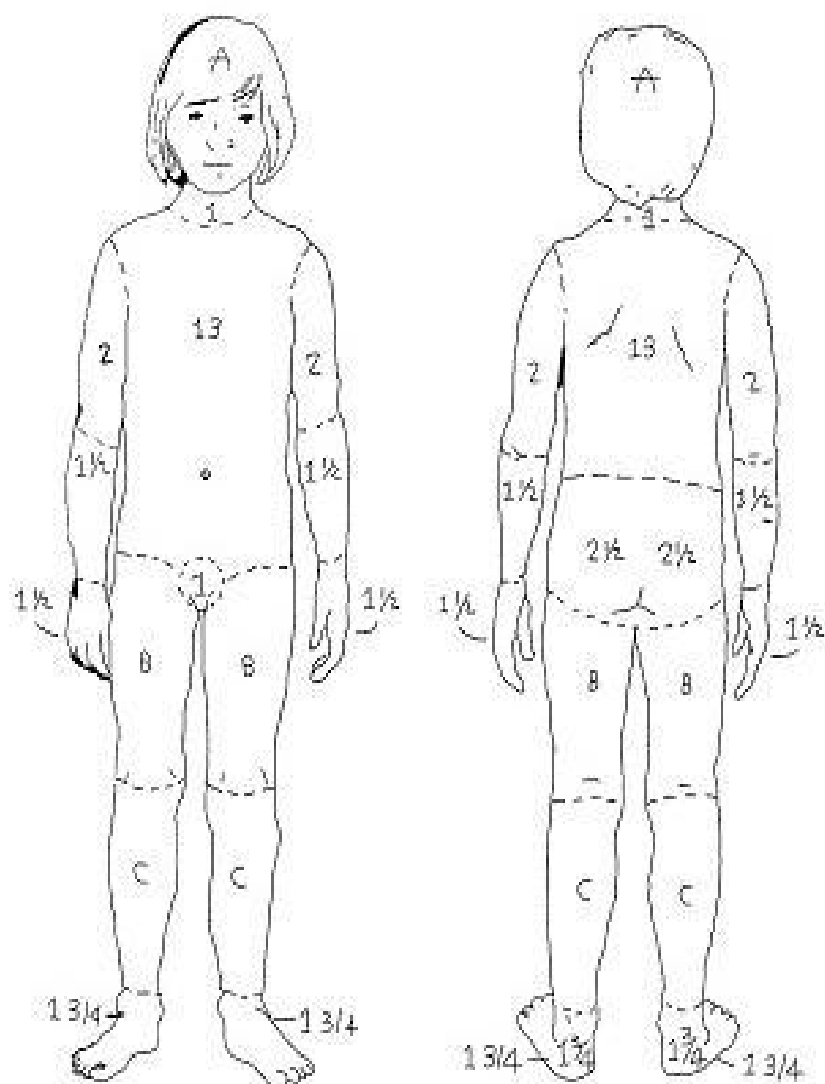
- Thường gặp kẽ các ngón tay chân.
- Ít gặp như dính cằm cổ ngực.

Để hạn chế di chứng phỏng chúng ta nên tập vật lý trị liệu cho bệnh nhân.

4. Điều trị di chứng phỏng: mổ cắt sẹo, làm Z plastic, ghép da, chuyển vật da.

V. PHÒNG NGỪA

- Là trách nhiệm của phụ huynh của các cháu.
- Giáo dục tuyên truyền bằng các thông tin đại chúng.
- Cách tốt nhất: tránh các em tiếp xúc với lửa, nước sôi, thức ăn nóng, đèn dầu, ổ điện ...



Bảng ước lượng diện tích phỏng theo LUND và BROWDER

	< 1 tuổi	1 tuổi	5 tuổi	10 tuổi	15 tuổi
A 1/2 ĐẦU	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2
B 1/2 ĐŨI	2 3/4	3 1/4	4	4 1/4	4 1/2
C 1/2 CẰNG CHÂN	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3 1/4	3 1/2

Đánh giá diện tích phỏng

ĐIỀU TRỊ BƯỚU MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bướu máu là các sang thương bẩm sinh gồm những mô lành tính nhưng vị trí không đúng chỗ gồm các động mạch và mao mạch bị dẫn và nhiều mạch máu tăng sinh tụ thành bướu.
- Bướu máu là loại bướu hay gặp nhất ở trẻ em. Hầu hết các bướu máu thường xuất hiện ngay khi sinh hay những tuần đầu sau sinh, phát triển nhanh từ 8 - 18 tháng tuổi, sau đó thoái triển từng thời kỳ tự nhiên và có thể hết khi trẻ 5 - 8 tuổi, để lại một lớp da bình thường hoặc vết sẹo phẳng. Tuy nhiên có nhiều trường hợp bướu máu rất lớn, là nguyên nhân phá hủy mô hay phối hợp với giảm tiểu cầu và có nguy cơ đe dọa đời sống.
- Việc hiểu biết về phân loại giải phẫu bệnh học đã rõ ràng nhưng việc điều trị bướu máu cho tới nay vẫn còn nhiều bàn cãi. Đa số các tác giả điều trị theo kinh nghiệm cá nhân và tùy thuộc từng trường hợp cụ thể. Theo dõi và không can thiệp là phương pháp được ưu tiên chọn lựa.

II. PHÂN LOẠI BƯỚU MÁU

- Có rất nhiều phân loại khác nhau dựa trên đặc tính lâm sàng, mô học, phối hợp và huyết động học. Từng thể loại không có đặc trưng riêng biệt, điển hình mà đa số là phối hợp, cùng một chỗ có thể có 2, 3 thể loại khác nhau.
- Trong cách phân loại giải phẫu bệnh thường dùng nhất bướu máu gồm các dạng mao mạch (capillary hemangioma), dạng hang (cavernous hemangioma), dạng hỗn hợp (mixed) và bệnh bướu máu (hemangiomatosis).
 - + *Bướu máu mao mạch*: xuất hiện như một vết son hay mảng màu rượu chát trên cùng một mặt phẳng da, ấn xuống không mất màu. Những mao mạch chằng chịt thành một mạng lưới trong lớp bì (intradermal hemangioma), không làm thay đổi cấu trúc tầng da.
 - + *Bướu máu dạng hang hay dạng tĩnh mạch*: thường lớn, nhô khỏi mặt da. Trong đa số trường hợp bướu lan rộng và xâm lấn mô dưới da, có thể làm thay đổi cấu trúc vùng lân cận.

Bướu gồm những hang tĩnh mạch chứa đầy máu, ngăn cách nhau bằng những thành mỏng mô liên kết, xen kẽ có những đám tụ tập của những tế bào nội mô.

- + *Bướu máu dạng hỗn hợp*: thường gồm cả thể hang và mạch bạch huyết, gặp nhiều nhất ở tuyến mang tai, thương tổn nằm cả trong bì và dưới da. Thể hỗn hợp này hình như là thể duy nhất có nguy cơ hóa ác, nhất là khi phát triển nhanh ở vùng đầu và cổ. Tổn thương lan rộng lớp da, xâm lấn mô và gây biến dạng tại chỗ.
- + *Bướu tế bào nội mô mạch máu (hemangioendothelioma)*: ít gặp hơn các dạng trên. Nếu có thì thường ở gan, cấu trúc ưu thế là các tế bào nội mô giữa một màng lưới thưa mao mạch
- Trên lâm sàng thường mô tả các biểu hiện lâm sàng như bướu dạng trái dâu (strawberry nevus) hay vết mảng rượu chát (port wine nevus, port wine stain), cần phân biệt bướu máu thực sự với giãn mạch (telangiectasia) và búi dẫn huyết mạch (cirsoide hemangioma) và nhất là phân biệt với bướu mạch bạch huyết (lymphangioma).

III. DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN CỦA BƯỚU MÁU

- Bướu xuất hiện ngay sau sanh hay vài tuần vài tháng sau sanh, có thể thay đổi từ một vết nhỏ như nốt ruồi son, một mảng hồng, hồng đậm màu lên dần, có thể gồ lên thành mảng
- Bướu lớn dần theo người em bé tùy trường hợp, có thể phát triển rất nhanh hay chậm tùy theo từng vị trí. Những bướu máu ở vùng gần niêm mạc như môi, mắt, vùng cổ, tuyến nước bọt, tuyến dưới hàm phát triển rất nhanh. Những bướu ở bề mặt da tứ chi, ngực bụng thì phát triển chậm hơn nhiều.
- Bướu lớn nhất vào khoảng tháng thứ 6 - 10. Sau một năm đầu là bắt đầu quá trình thoái hóa tự nhiên. Bướu có thể biến mất hoàn toàn hay một phần vào lúc 5 tuổi và kéo dài tới 8 tuổi. Thoái hóa phụ thuộc một phần vào vị trí và có kèm dò động tĩnh mạch hay không. Thoái hóa diễn tiến bằng sự lột màu, xuất hiện nhiều đường vạch trong sang thương. Bướu có thể bị loét, nhiễm trùng tại chỗ, chảy máu (chảy máu thường xảy ra, chảy nhiều và rất nguy hiểm nếu không cầm máu kịp thời). Hiện tượng tắc mạch xảy ra và tiến triển trong khối bướu sẽ thay thế dần dần mô bướu. Sự thoái hóa bắt đầu từ trung tâm

bướu, bắt đầu bằng một mảng trắng lợt hay một vùng hoại tử đen, lan rộng dần và xóa dần màu đỏ hồng của bướu. Mặc dù bờ ngoại biên của bướu trong suốt thời gian thoái hóa vẫn tiếp tục lan, nhưng vẫn chậm hơn sự lan rộng vùng thoái hóa nên dần dần bướu sẽ thoái hóa.

IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Chẩn đoán lâm sàng không phải luôn luôn đơn giản, nhất là loại bướu máu hỗn hợp và nằm sâu trong cơ.
- Luôn cần nhờ tới siêu âm để xác định mức độ xâm lấn và liên quan của bướu với các vùng lân cận, đo chính xác kích thước bướu trong không gian ba chiều. Kiểm tra tổng quát những bệnh nhân có bướu máu ngoài da có thể sẽ phát hiện bướu ở trong ổ bụng (trong gan, trong mạc treo) trong não (bằng cách chụp X-quang cắt lớp nếu bướu máu ở vùng đầu cổ).
- Siêu âm Doppler màu giúp chẩn đoán và phát hiện rò động tĩnh mạch trong bướu nhằm đánh giá tiến triển của bướu. Nếu các rò động tĩnh mạch ngày càng giảm số lượng thì sang thương bướu sẽ ngày càng thoái hóa. Ngược lại nếu các rò giữ nguyên hay tăng lên thì cần các biện pháp can thiệp hợp lý kịp thời.
- Nhiều trường hợp cần chụp động mạch có cản quang để xác định mạch máu chính nuôi bướu và tương quan với cơ quan lân cận.

V. ĐIỀU TRỊ

Trong lịch sử điều trị bệnh, rất nhiều phương pháp đề nghị, chứng tỏ không có cách điều trị nào là tuyệt đối và các tác giả thường điều trị theo kinh nghiệm cá nhân. Các phương pháp được nêu bao gồm:

1. Theo dõi diễn tiến bệnh đơn thuần, không can thiệp

Nếu không có nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng, **không can thiệp** và **theo dõi** sự thoái hóa diễn tiến tự nhiên của bướu là phương pháp chọn lựa ưu tiên:

- Khám tổng quát, mô tả kỹ theo phân loại và đo kích thước bướu. Tốt nhất là ghi lại trị số đo trên hình ảnh siêu âm, 3 chiều: dài, rộng và sâu.

- Chụp hình, đánh giá và theo dõi định kỳ: đánh giá bằng mắt thường sự tiến triển của bướu. Đây là hình thức tốt nhất để thuyết phục cha mẹ bệnh nhi, nhất là những người đến sau.
- Tránh tuyệt đối các can thiệp tấn công: đa số cha mẹ, thậm chí nhiều bác sĩ không đủ kiên nhẫn chờ đợi kết quả lâu dài, nhưng cần tránh tuyệt đối các can thiệp mạnh ngay từ đầu như dùng Corticoid quá liều hay mổ cắt rộng, ghép da, vì hậu quả xấu do điều trị sai thường rất khó khắc phục.
- Băng ép, xoa bóp (massage) nhẹ nhàng vùng bướu thường phối hợp trong giai đoạn chờ đợi này.
- Khuyến cha mẹ kỹ lưỡng để hợp tác điều trị. Đây thực sự là vấn đề khó khăn và rất cần thiết, là chìa khóa của thành công của điều trị bằng theo dõi và không can thiệp.
- Thời gian theo dõi tối thiểu là 5 năm liên tục.

2. Dùng Corticosteroid tại chỗ hay toàn thân (Steroid therapy)

- Khoảng 1/3 số bướu máu đáp ứng tốt với điều trị corticosteroid. Điều trị Prednisone 2mg/kg/ngày mỗi 10 ngày, sau đó giảm liều 10 ngày kế tiếp. Đáp ứng xảy ra sau 1 tháng điều trị. Trẻ nhỏ dưới 6 tháng có khuynh hướng đáp ứng tốt hơn.
- Chích corticosteroid có tác dụng tại chỗ vào sang thương đạt được hiệu quả đáng kể và ít nguy hiểm hơn dùng đường toàn thân. Trong cách điều trị tại chỗ này, steroid làm giảm thể tích bướu máu.
- Phối hợp hợp lý việc theo dõi và chích tại chỗ sẽ mang lại an tâm và tin tưởng cho cha mẹ bệnh nhi trong suốt thời gian chờ đợi thoái triển tự nhiên của bướu máu.

3. Dùng propranolol

Liều 2 mg/kg/ngày từ 6 - 12 tháng, với điều kiện không có chống chỉ định của tim mạch.

4. Các phương pháp khác

Được một số nơi áp dụng: băng ép; chích chất gây xơ; Argon và Carbon Dioxide laser; điều trị bằng Interferon Alfa 2a.

VI. KẾT LUẬN

- Bướu máu là một trong những loại bướu hay gặp nhất ở trẻ em. Phân loại lâm sàng và mô học rất cần thiết cho điều trị. Việc điều trị bướu máu cho tới nay vẫn còn bàn cãi. Đa số các tác

giả điều trị theo kinh nghiệm cá nhân và tùy thuộc từng trường hợp cụ thể. Theo dõi và không can thiệp là phương pháp được chọn lựa ưu tiên.

- Nắm được phân loại lâm sàng và giải phẫu bệnh học bướu máu, hiểu biết về sự thoái triển tự nhiên của bướu máu sẽ áp dụng đúng các chỉ định điều trị trong thực tế.

BV Nhi đồng 2

VIÊM XƯƠNG – TỦY XƯƠNG CẤP Ở TRẺ EM

I. ĐẶC ĐIỂM

- Đây là tình trạng viêm tĩnh mạch cấp trong tủy xương do du khuẩn huyết.
- Thường xảy ra ở vùng đầu xương gần sụn tăng trưởng do cấu tạo mạch máu đặc biệt của vùng này.
- Độ tuổi thường gặp 5 - 6 tuổi, nam nhiều hơn nữ.
- Nơi xuất phát nhiễm trùng thường là từ da, các vết thương nhiễm trùng, vùng tai mũi họng, hệ tiêu hóa, tiết niệu...
- Vi trùng thường gây bệnh là Staphylococcus aureus, Streptococcus, Hemophilus influenza (< 2 tuổi)...

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán phải kết hợp các yếu tố lâm sàng, sinh hóa, và hình ảnh học để tiến hành điều trị nhanh, không chờ kết quả vi trùng học.

1. Lâm sàng

- Có điểm đau khu trú hay dấu hiệu đi khập khiễng, kết hợp với một bệnh cảnh nhiễm trùng.
- Đôi khi có tiền sử chấn thương vừa mới xảy ra.
- Điểm đau thường ở đầu thân xương, vòng quanh xương, giới hạn cử động vì đau.
- Sốt vừa hoặc sốt cao.
- Cố gắng tìm nơi nhiễm trùng xuất phát.

2. Cận lâm sàng

- Cây máu tìm vi trùng ở các ổ nhiễm xuất phát trước khi dùng kháng sinh.
- Bilan nhiễm trùng: các yếu tố đều tăng: bạch cầu đa nhân trung tính, VS, CRP, Fibrinogen.
- X-quang thẳng và nghiêng ít có giá trị trong các ngày đầu:
 - + Giai đoạn sớm: sưng, phù mô mềm.
 - + Sau 3 - 4 ngày phản ứng màng xương, mất đồng nhất ở đầu thân xương.
- Sau 10 ngày: hình ảnh hủy xương, xương mới mọc, xương chết.
- Siêu âm cần thiết để tìm các abscess dưới màng xương hay biến chứng viêm khớp.

III. ĐIỀU TRỊ

- Kháng sinh:
 - + Dùng ngay sau khi cấy máu.
 - + Kết hợp tĩnh mạch oxacillin (100mg/kg/ngày) + amikacin (15mg/kg/ngày).
 - + Sau đó điều chỉnh theo kháng sinh đồ và theo đáp ứng điều trị.
 - + Thời gian dùng kháng sinh 3 tháng.
 - + Khi dấu hiệu lâm sàng cải thiện (sau 7 ngày) có thể dùng kháng sinh đường uống.
- Bất động chi bằng nẹp bột để tránh gãy xương bệnh lý.
- Dẫn lưu ngoại khoa nếu có abscess dưới màng xương.
- Theo dõi: dựa vào lâm sàng, xét nghiệm máu và X-quang mỗi tuần trong giai đoạn đầu.

VỆO CỔ DO U CƠ ỨC ĐÒN CHŨM

I. ĐẠI CƯƠNG

Vẹo cổ là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em, có tần suất cao hơn ở những trẻ sinh ngôi mông, tỉ lệ khoảng 1/300 trẻ sinh sống. Nguyên nhân hiện tại cũng chưa được biết rõ nhưng có giả thuyết nổi bật liên quan đến sang chấn sản khoa làm ảnh hưởng đến cơ ức đòn chũm

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Có thể phát hiện được trong những tháng đầu tiên với những triệu chứng sau:



Cơ ức đòn chũm

- Trẻ nhìn sang một bên
- Sờ thấy khối u vùng cổ bên vẹo
- Hộp sọ biến dạng, đầu bất đối xứng
- Xương gò má, trán, hàm dưới lệch về bên bị ảnh hưởng
- Đối với trẻ lớn khả năng quan sát và kỹ năng vận động bị ảnh hưởng thể hiện rõ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị bảo tồn

Tập vật lý trị liệu tích cực trong 1 năm đầu tiên.

2. Can thiệp phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật khi điều trị bảo tồn không đạt hiệu quả hoặc ở những trẻ có hạn cử động xoay hơn 15 độ so với bên bình thường sau 6 tháng tập vật lý trị liệu.

Cắt chỗ bám cơ ức đòn chũm + đeo nẹp cổ cứng.

BV Nhi đồng 2

VỆO CỘT SỐNG BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vệo cột sống bẩm sinh là tình trạng cột sống vệo sang một bên gây ra bởi một khiếm khuyết bẩm sinh thường xảy ra vào tuần thứ 3 - thứ 6 của thai kỳ.
- Vệo cột sống có thể phát hiện ở bất cứ thời điểm nào trong cột sống thường là ở tuổi vị thành niên đang ở giai đoạn phát triển mạnh.
- Vệo cột sống là vô căn, 10% thứ phát do bệnh lý thần kinh cơ.
- Tần suất: 1/10.000.
- Nữ/Nam: 6/4.

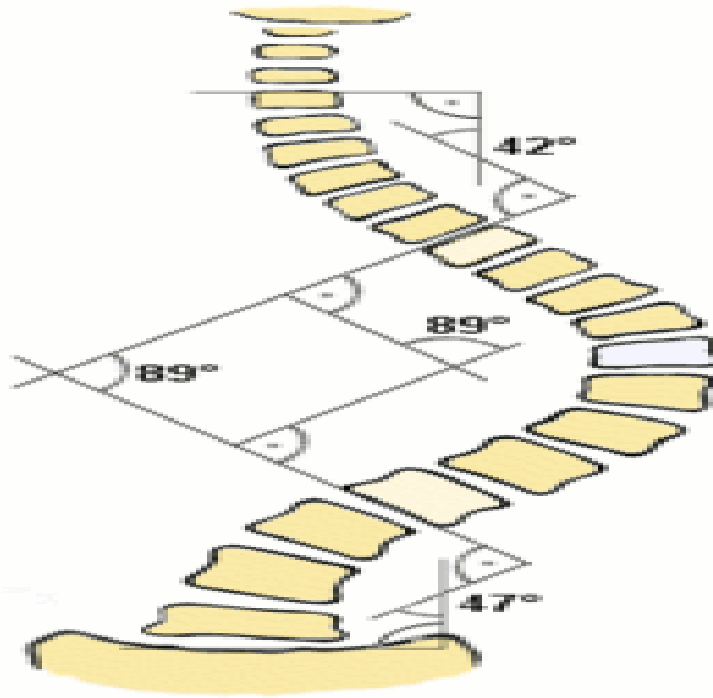
II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường phát hiện tình cờ.
- Nhìn thấy vùng vệo cột sống.
- Mất cân đối 2 vai, 2 hông.
- Biến dạng lồng ngực.
- Teo cơ.

2. Cận lâm sàng

- X-quang: thẳng, nghiêng, Bending (T,P).
- CT scan.
- MRI.



Mức độ vẹo cột sống

III. ĐIỀU TRỊ

- Mục tiêu điều trị là để trẻ tăng trưởng với một cột sống cân bằng tránh biến chứng.

1. Không phẫu thuật

- Mặc áo thân trong trường hợp vẹo cột sống nhẹ, góc Cobb < 45° hoặc tuổi chưa dậy thì.
- Kiểm tra độ vẹo bằng X-quang mỗi 6 tháng.

2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:
 - + Góc Cobb > 45°.
 - + Diễn tiến nhanh.
 - + Ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, thần kinh.
- Phương pháp mổ: đặt dụng cụ lõi sau nắn chỉnh vẹo cột sống.

IV. BIẾN CHỨNG

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.
- Tổn thương tuỷ sống.
- Tử vong.

GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương đòn gặp nhiều nhất ở vùng vai và chi trên (chiếm 8% đến 15% các loại gãy xương ở trẻ em).

Nguyên nhân thường gặp do té ngã, tai nạn lưu thông, sang chấn trong sản khoa. Đây là loại gãy xương lành tính vì rất dễ liền xương.

II. CÁC THỂ LÂM SÀNG

- ❖ Trẻ em thường gãy cành tươi
 - Gãy đầu trong gần xương ức: hiếm gặp, ít di lệch (chiếm khoảng 3% đến 5%).
 - Gãy đầu ngoài gần mỏm cùng: ít di lệch nếu không đứt dây chằng quạ đòn (chiếm khoảng 10% đến 21%).
 - Gãy 1/3 giữa: thường gặp nhất (chiếm khoảng 76% đến 85%).

III. CHẨN ĐOÁN

Thường chẩn đoán dễ, dựa vào:

- Cơ chế chấn thương, sang chấn sản khoa.
- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Sung đau, mất cơ năng khớp vai (không giơ tay lên đầu được).
 - + Vai xệ, tay lành đờ tay đau.
 - + Sờ thấy xương gãy gồ lên dưới da (biến dạng kiểu bậc thang).
 - + Ấn đau chói và có tiếng lạo xạo vùng xương đòn.
- X-quang: xác định loại gãy và đường gãy.

IV. ĐIỀU TRỊ

Phần lớn là điều trị bảo tồn với mang đai số 8 trong 3-4 tuần.

V. BIẾN CHỨNG VÀ DỰ HẬU

- Cal lệch: đối với trẻ con cal lệch không đáng ngại vì còn tự điều chỉnh.
- Khớp giả: hiếm gặp, cần điều trị bằng kết hợp xương, ghép xương.

GÃY CỔ PHẪU THUẬT XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là gãy đầu trên xương cánh tay, đường gãy nằm ở cổ phẫu thuật xương cánh tay, chiếm tỉ lệ khoảng 5% gãy xương ở trẻ em
Ở trẻ sơ sinh thường gãy là do sang chấn trong sản khoa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Sinh khó? (trẻ sơ sinh).
- Té đập vai hay té chống tay? (trẻ lớn).

2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau và sưng nề vùng vai.
- Dấu nhát rìu ở vai.
- Dấu bầm tím muộn lan rộng vùng nách.
- Sờ ấn tìm điểm đau chói ở đầu trên cánh tay.

3. Cận lâm sàng

X-quang vai thẳng.

III. CHẨN ĐOÁN

- Xác định: dấu gãy xương + X-quang.
- Phân biệt:
 - + Gãy xương đòn.
 - + Liệt đám rối cánh tay.
 - + Viêm nhiễm vùng vai.

IV. ĐIỀU TRỊ

Đa số là điều trị bảo tồn

- Nếu gãy gài, di lệch không đáng kể: bất động khớp vai bằng bột Desault.
- Nếu gãy có di lệch ít (thường là gập góc mở ra sau), chỉ nắn sửa gập góc và bất động như trên.
- Nếu gãy không gài: cần kéo nắn để 2 đầu gài nhau và bó bột ngực vai cánh tay (dạng vai) như trên.
- Nếu gãy không vững, sau khi nắn sửa trực, xuyên kim qua da để cố định, nẹp bột.

V. DỰ HẬU

Nếu tiến triển tốt thì xương sẽ lành sau 3 tuần. Nếu bệnh nhân tích cực luyện tập khớp vai thì chức năng vận động hồi phục tốt.

GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Là những gãy xương từ dưới cổ phẫu thuật xương cánh tay đến trên 2 lồi cầu xương cánh tay.

II. PHÂN LOẠI

- Vị trí gãy: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

III. TRIỆU CHỨNG

- Biến dạng gập góc, ngắn chi vùng cánh tay.
- Ấn đau chói, tiếng lạo xạo xương và cử động bất thường (không cử động được cánh tay) vùng xương gãy.
- Dấu hiệu bàn tay rũ, cổ cò (nếu có liệt thần kinh quay).

IV. CẬN LÂM SÀNG

- X-quang cánh tay thẳng, nghiêng.
- Chẩn đoán: dấu hiệu gãy xương + X-quang.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Bảo tồn: đa số trường hợp

- Không cần phải nắn thật chính xác nếu gãy xương vững, di lệch chùng ngắn ($< 2\text{cm}$) và gập góc nhẹ ($< 30^\circ$).
- Kỹ thuật:
 - + Bột treo (hanging cast): bột chỉ bó đến trên chỗ gãy 2 cm và dùng sức nặng của bột để trị kéo cánh tay cho thẳng trục

2. Phẫu thuật: nắn xuyên kim/C-arm hay mổ mở.

- Điều trị bảo tồn thất bại: xương còn di lệch nhiều, di lệch xa.
- Có biến chứng tổn thương thần kinh (liệt thần kinh quay).

VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tái khám sau 1 và 4 tuần.
- Bỏ bột sau 4 - 6 tuần.
- Lấy kim sau 3 - 6 tháng.
- Tập vật lý trị liệu sớm.

GÃY TRÊN HAI LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Là gãy thuộc về đầu dưới xương cánh tay. Đường gãy nằm trên 2 lồi cầu xương cánh tay, thường gặp ở trẻ từ 5 đến 7 tuổi và đỉnh cao thật sự là 5 năm đầu, nam nhiều hơn nữ tỉ lệ 3/2.

2. Nguyên nhân và cơ chế

Té chống tay, khuỷu duỗi: đầu trên xương quay đẩy đoạn gãy xa di lệch ra sau, gọi là gãy duỗi (chiếm 95% trường hợp).

Té chống khuỷu, khuỷu gấp: móm khuỷu đẩy đoạn gãy xa di lệch ra trước, gọi là gãy gấp (chiếm 5% trường hợp).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

- Hỏi bệnh:
 - + Cơ chế: té chống tay hay té chống khuỷu?
 - + Thời gian bị chấn thương?
 - + Đã điều trị gì trước chưa?
- Khám bệnh:
 - + Đau nhiều vùng khuỷu, mất cơ năng, vận động khớp rất đau.
 - + Dấu nhát rìu ở khuỷu tay.
 - + Bầm máu ở nếp gấp khuỷu (bầm tím Kirmisson).
 - + Khám cảm giác và vận động tay gãy để phát hiện tổn thương thần kinh.
 - + Bắt mạch tay gãy để phát hiện tổn thương mạch máu đi kèm.
- Cận lâm sàng:
 - + X- quang khuỷu thẳng, nghiêng.
- Chẩn đoán xác định:
 - + Dựa vào lâm sàng và X-quang.
 - + Phân loại theo Wilkins:
 - o Loại 1: không di lệch.
 - o Loại 2: di lệch với vỏ xương phía sau còn nguyên.
 - o Loại 3A: di lệch vào trong, ra sau.
 - o Loại 3B: di lệch ra ngoài, ra sau.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Lành xương vững chắc.
- Giữ được tâm vận động khớp khuỷu.
- Giữ được góc mang.
- Ưu tiên xử trí tổn thương phối hợp.

2. Điều trị trước phẫu thuật

- Nẹp cố định tay bị gãy,
- Hỗ trợ thuốc giảm đau Paracetamol đặt hậu môn liều 10 - 15mg/kg,
- Kháng sinh dự phòng Cefazolin trong trường hợp xuyên đinh qua da,

3. Điều trị gãy trên 2 lồi cầu

- Loại 1: được điều trị bảo tồn bằng cách bó bột cánh bàn tay với tư thế khuỷu gấp 90°
- Loại 2: được điều trị bằng nắn kín ổ gãy dưới C-arm và xuyên kim qua da trong cấp cứu. Có thể điều trị bằng cách nắn ổ gãy và bó bột cánh bàn tay khuỷu gấp 90° nếu không có C-arm.
- Loại 3: nên được điều trị bằng nắn kín ổ gãy dưới C-arm và xuyên kim qua da trong cấp cứu vì là loại gãy không vững. Trong trường hợp không có C-arm hoặc nắn thất bại thì chuyển mổ nắn xuyên kim. Nếu gãy có kèm tổn thương thần kinh, mạch máu đi kèm thì ưu tiên mổ nắn xuyên kim đồng thời thăm sát mạch máu thần kinh.

4. Điều trị sau phẫu thuật

- Thuốc giảm đau Paracetamol đường uống.
- Kháng sinh chích 5 ngày nếu mổ mở.
- Xuất viện ngày hôm sau nếu nắn xuyên kim qua da dưới C-arm.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Tái khám

- Chụp X-quang khớp khuỷu kiểm tra tuần 1 và tuần 3.
- Rút đinh sau 3 - 6 tuần tùy kết quả lâm sàng và X-quang.
- Vật lý trị liệu khớp khuỷu nếu cứng khớp nhiều.

2. Biến chứng

- Tổn thương thần kinh trụ.
- Cal lệch khuỷu vẹo trong (cubitus varus).
- Hội chứng chèn ép khoang.

GÃY CHÔM QUAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy chỏm quay là gãy đầu trên xương quay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Cơ chế té chống khuỷu hay chống bàn tay.
- Thời gian chấn thương.
- Điều trị trước đó.

2. Triệu chứng lâm sàng

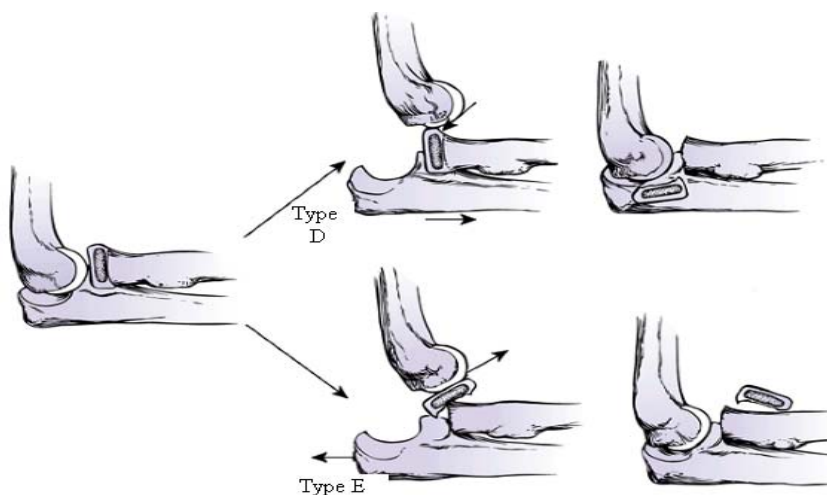
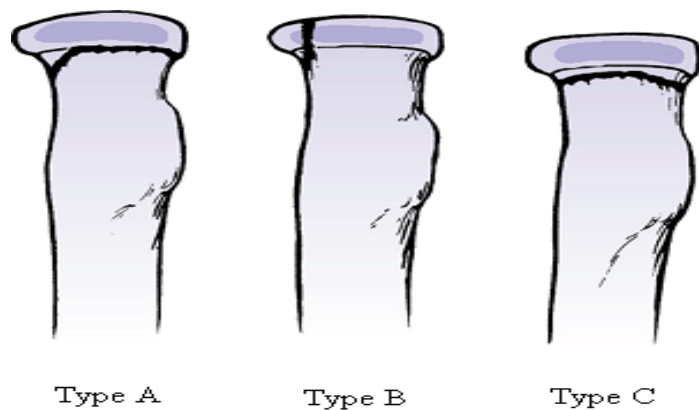
- Sưng đau vùng khuỷu.
- Hạn chế vận động gấp duỗi, sấp ngửa.
- Đau chói khi ấn.
- Khám mạch quay, thần kinh quay để tìm tổn thương mạch máu thần kinh đi kèm.

3. Cận lâm sàng

X-quang khuỷu thẳng, nghiêng

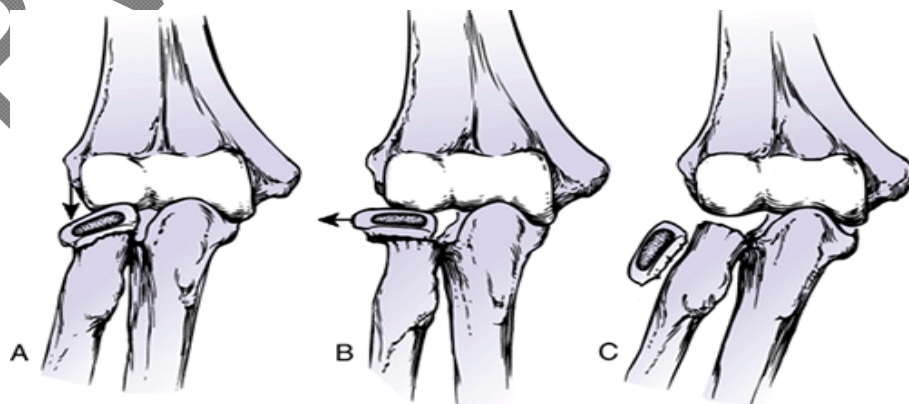
4. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng và X-quang giúp chẩn đoán xác định gãy xương.
- Phân loại theo đường gãy của Willkins kết hợp với Jeffery và Newman.
- Type A: gãy bong sụn tiếp hợp kiểu Harris Salter I-II.
- Type B: gãy bong sụn tiếp hợp kiểu Harris Salter IV.
- Type C: gãy vùng hành xương của đầu trên xương quay.
- Type D: gãy chỏm quay khi nắn trật khớp khuỷu.
- Type E: gãy chỏm quay khi trật ra của khớp khuỷu.



Phân loại theo đường gãy

- Phân loại theo sự di lệch:
 - + Loại 1: di lệch gấp góc.
 - + Loại 2: di lệch sang bên.
 - + Loại 3: di lệch hoàn toàn.



Phân loại theo sự di lệch

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bất động vững chắc ổ gãy.
- Phục hồi mặt khớp.
- Vật lý trị liệu sớm để phục hồi chức năng vận động khớp.

2. Điều trị trước phẫu thuật

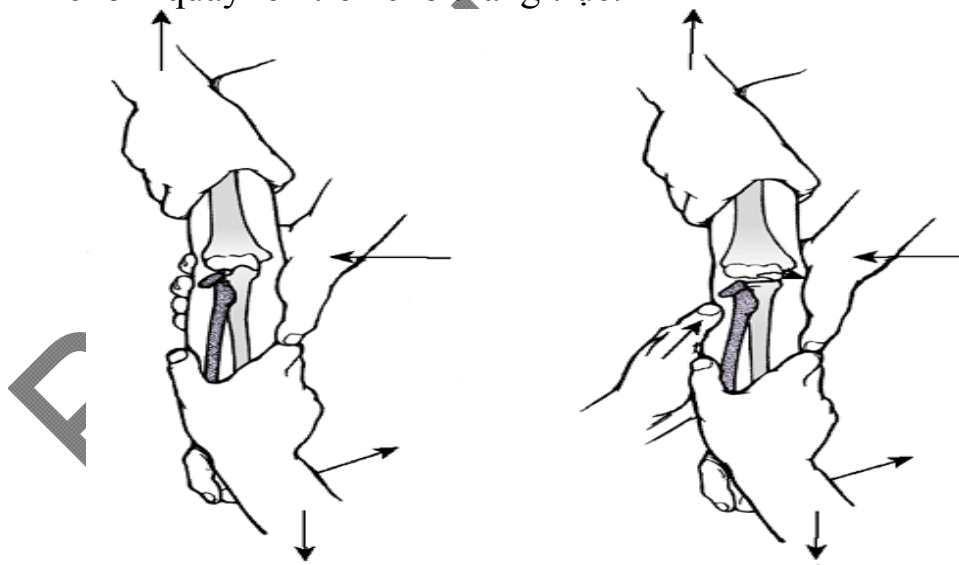
- Nẹp cổ định tay bị gãy.
- Giảm đau: paracetamol 15mg/kg/6 giờ.

3. Điều trị gãy chỏm quay

- Gập góc $<30^\circ$: bó bột cánh bàn tay.
- Gập góc $30 - 45^\circ$: nắn kín ổ gãy dưới C-arm và bó bột cánh bàn tay.
- Gập góc $>45^\circ$ hoặc nắn kín thất bại: phẫu thuật kết hợp xương

4. Kỹ thuật nắn gãy chỏm quay theo Patterson

- Người phụ: 1 tay giữ ở đầu gần cánh tay, tay còn lại giữ ở đầu xa cánh tay. Kéo dọc trục xương cánh tay.
- Người nắn: 1 tay giữ ở 1/3 giữa cẳng tay, kéo dọc trục cẳng tay, để khuỷu ở tư thế varus, dùng ngón cái tay còn lại đẩy chỏm quay lên trên cho thẳng trục.



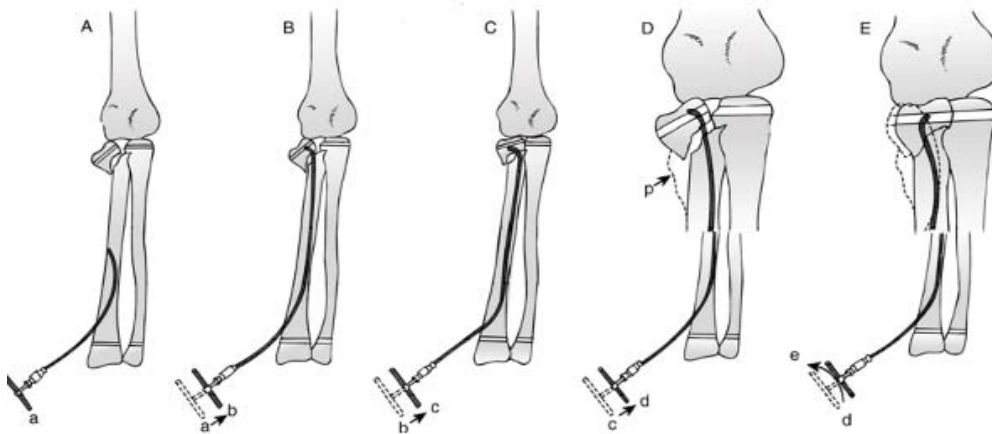
Kỹ thuật nắn gãy chỏm quay

5. Kỹ thuật nắn ổ gãy với kim Kirschner qua da

- Tư thế vai dang 90° , ngửa cẳng tay
- Xuyên 1 kim Kirschner qua da ở mặt ngoài cẳng tay và dưới ổ gãy.
- Dùng kim nắn chỉnh cho ổ gãy thẳng trục dưới C-arm.

6. Kỹ thuật xuyên kim Kirschner nội tủy

- Tư thế vai dang 90° , ngửa cẳng tay.
 - Rạch da khoảng 1cm đầu dưới xương quay.
 - Khoan vỏ xương ở vị trí hành xương của đầu dưới xương quay gần sụn đầu xương.
 - Uốn cong 1,5cm đầu kim Kirschner khoảng $20 - 30^\circ$
 - Đưa kim Kirschner vào lòng tủy, đóng kim cho đến dưới lồi cầu ngoài.
 - Xoay kim 180° để nắn chỉnh cho chỏm quay ở vị trí trung tính.
- Cắt kim và khâu da.



Kỹ thuật xuyên kim Kirschner

7. Kỹ thuật mổ kết hợp xương



Kỹ thuật mổ kết hợp xương

- Rạch da theo đường Boyd.
- Lấy máu tụ, mảnh gãy vụn, cắt dây chằng vòng.
- Nắn lại chỏm quay cho thẳng trục.
- Xuyên 1 kim Kirschner từ mỏm quay qua mặt gãy đến đầu gần xương quay hoặc xuyên kim từ lồi cầu xương cánh tay qua khớp đến chỏm quay.
- Khâu lại dây chằng vòng nếu bị rách.
- Đóng vết mổ từng lớp.

IV. THEO DÕI

- Tái khám một tuần đầu và 4 - 6 tuần sau chụp X-quang kiểm tra.
- Bỏ bột và rút kim khoảng 4 - 6 tuần sau.
- Tập vật lý trị liệu để lấy lại tầm vận động khớp khuỷu.

BV Nhi đồng 2

GÃY MONTEGGIA

I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy 1/3 trên xương trụ kèm trật khớp quay trụ trên (do đứt dây chằng vòng).

II. PHÂN LOẠI

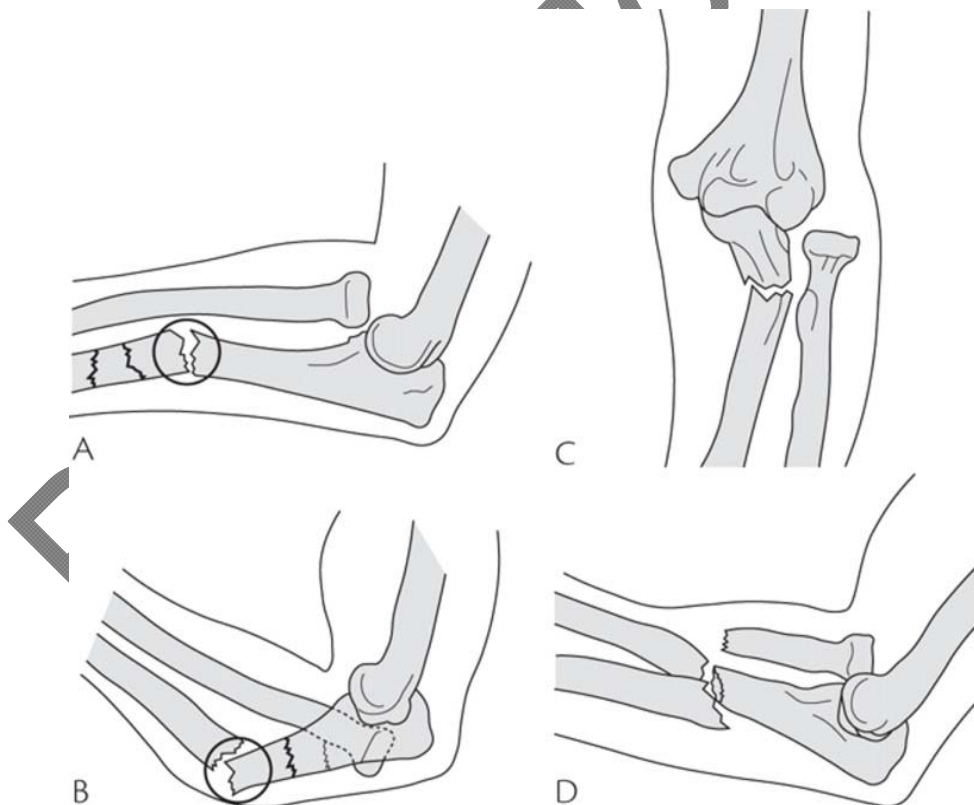
Theo Bado chia làm 4 type (hình A-B-C-D):

Type 1 (thể uốn): chỏm xương quay trật ra trước, xương trụ gãy gấp góc mở ra sau.

Type 2 (thể gấp): chỏm xương quay trật ra sau xương trụ gãy gấp góc mở ra trước (ít gặp).

Type 3 (sang bên): chỏm xương quay trật sang bên (vào trong hay ra ngoài) với ổ gãy xương trụ mở góc ra ngoài hay vô trong.

Type 4: gãy 1/3 trên hai xương cẳng tay kèm trật chỏm quay ra trước.



Phân loại gãy Monteggia

III. TRIỆU CHỨNG

Dấu hiệu gãy xương trụ:

- Sưng đau ở 1/3 trên xương trụ
- Biến dạng gập góc mở ra sau (thể uốn) hoặc mở ra trước (thể gập) ở 1/3 trên xương trụ

Dấu hiệu trật khớp quay trụ trên

- Chỏm quay không còn ở vị trí bình thường (ở trước mỏm trên lồi cầu khi khuỷu gập và dưới mỏm này khi khuỷu duỗi), bệnh nhân bị hạn chế sắp ngửa cẳng tay
- Cận lâm sàng: XQ khuỷu thẳng, nghiêng
- Chẩn đoán: dấu hiệu lâm sàng + X-quang

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Bảo tồn: nắn, bó bột cánh bàn tay giữ bột 6 tuần:

- Dùng trong các gãy mới.
- Kỹ thuật: chú ý nắn hết di lệch chồng của xương trụ thì chỏm xương quay mới có thể vào được. Khi nắn hết di lệch chồng của xương trụ sẽ nắn đẩy chỏm quay vào. Bó bột cánh bàn tay.
- Type I, III, IV: bó bột cánh bàn tay với khuỷu gập 110° .
- Type II: bó bột cánh bàn tay với khuỷu gập 70° .

2. Phẫu thuật: nếu nắn không vào, nên mổ sớm để đặt lại khớp và kết hợp xương trụ.

- Xương trụ gãy sẽ được cố định bằng kim Kirschner.
- Chỏm quay nắn vào nếu dễ bị trật lại, cần tái tạo dây chằng vòng.
- Trường hợp đến muộn chỏm quay khó nắn vào (nếu nắn vào cũng dễ gây cứng khớp về sau) nên cắt bỏ chỏm.
- Nếu chỏm quay không dễ dàng bị trật lại thì sau mổ nên cho bệnh nhân tập vận động sớm để tránh hạn chế sắp ngửa.

V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Bỏ bột sau 4 - 6 tuần.
- Rút đinh sau 6 - 8 tuần.
- Tập vật lý trị liệu để tránh hạn chế sắp ngửa.

GÃY HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là gãy của thân 2 xương cẳng tay.
- Chiếm 15-20% các gãy xương ở vùng cánh tay. Gặp ở mọi lứa tuổi. Là loại gãy xương có di lệch tương đối phức tạp, nhất là gãy ở 1/3 trên, nắn chỉnh khó khăn.

Phân loại

- Theo vị trí gãy.
 - + Gãy 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới.
- Theo tuổi.
 - + Gãy tạo hình: xương quay bị cong không thấy đường gãy.
 - + Gãy cánh tươi: xương chỉ gãy một bên vỏ xương, vỏ còn lại chỉ bị uốn cong.
- Theo tính chất.
 - + Gãy kín hoặc gãy hở.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Cơ chế chấn thương: té chống bàn tay, hay té chống khuỷu? lực tác động trực tiếp vào cẳng tay?
- Thời điểm chấn thương.

2. Khám lâm sàng

- Biến dạng gập góc, chùng ngấn, bậc thang vùng cẳng tay.
- Tiếng lạo xạo và ấn đau chói vùng xương gãy ở cẳng tay.
- Sưng đau và cử động bất thường (mất sấp ngửa) vùng cẳng tay.
- Khám cảm giác và vận động tay bên gãy.
- Bắt mạch cổ tay bên gãy tìm dấu chèn ép khoang.

3. Cận lâm sàng: X-quang: cẳng tay thẳng, nghiêng.

4. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu lâm sàng của gãy xương+hình ảnh X-quang có gãy xương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

- Lành xương vững chắc.
- Giữ được sấp ngửa cẳng tay.

2. Điều trị

- Bảo tồn: nắn xương bó bột
 - + Chỉ định
 - o Gãy kín, gãy hở độ 1.
 - o Gãy cành tươi, gãy tạo hình, gãy kiểu ‘nén’.
 - + Kỹ thuật
 - o Gãy kiểu ‘nén’: nẹp bột cánh bàn tay ở thể khuỷu gấp 90° và cẳng tay trung tính.
 - o Gãy tạo hình: nắn các biến dạng ‘cong’ của cẳng tay, sau đó bó bột cánh bàn tay ở thể khuỷu gấp 90° và cẳng tay trung tính.
 - o Gãy cành tươi: nắn gấp góc mở ra trước hay ra sau, sau đó bó bột cánh bàn tay ở thể ngửa hay sấp hoàn toàn với khuỷu gấp 90° (sấp nếu mở góc ra sau và ngược lại).
 - o Gãy có di lệch:
 - o Gãy 1/3 trên 2 xương cẳng tay. Sau nắn chỉnh bó bột cánh bàn tay ở thể khuỷu gấp 90° và cẳng tay ngửa hoàn toàn.
 - o Gãy 1/3 giữa, 1/3 dưới 2 xương cẳng tay sau nắn bó bột cánh bàn tay ở thể khuỷu gấp 90° và cẳng tay ở thể trung tính.
- Phẫu thuật: mổ mở hoặc nắn xương xuyên kim/C-arm.
 - + Điều trị bảo tồn thất bại (sau 2 lần nắn).
 - + Gãy hở độ 2 trở lên.
 - + Cal lệch làm hạn chế sấp ngửa cẳng tay.
 - + Có tổn thương kèm của mạch máu & thần kinh.
 - + Gãy phức tạp.
 - + Gãy tái phát sau 1 thời gian ngắn.

3. Hậu phẫu

- Giảm đau: Paracetamol.
- Trường hợp phẫu thuật: dùng kháng sinh dự phòng.
- Kháng sinh tĩnh mạch 5 ngày nếu mổ mở gãy hở.

IV. THEO DÕI

- Bỏ bột sau 4 - 6 tuần.
- Rút kim sau 6 - 8 tuần.
- Tập vật lý trị liệu: lấy tầm vận động các khớp.

GÃY LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là gãy đầu dưới xương cánh tay, đường gãy thấu khớp nằm từ mỏm trên lồi cầu đến rỗng rọc xương cánh tay, chiếm khoảng 17% các loại gãy đầu dưới xương cánh tay.

Nguyên nhân và cơ chế:

- Té chống khuỷu trong tư thế dạng, phía trong mỏm khuỷu và xuống nên cứng làm bể lồi cầu ngoài gây di lệch.
- Té chống tay khuỷu duỗi và cánh tay dạng, di lệch thường gặp do các cơ trên lồi cầu kéo xuống (làm lệch mặt khớp và xoay).

II. CHẨN ĐOÁN

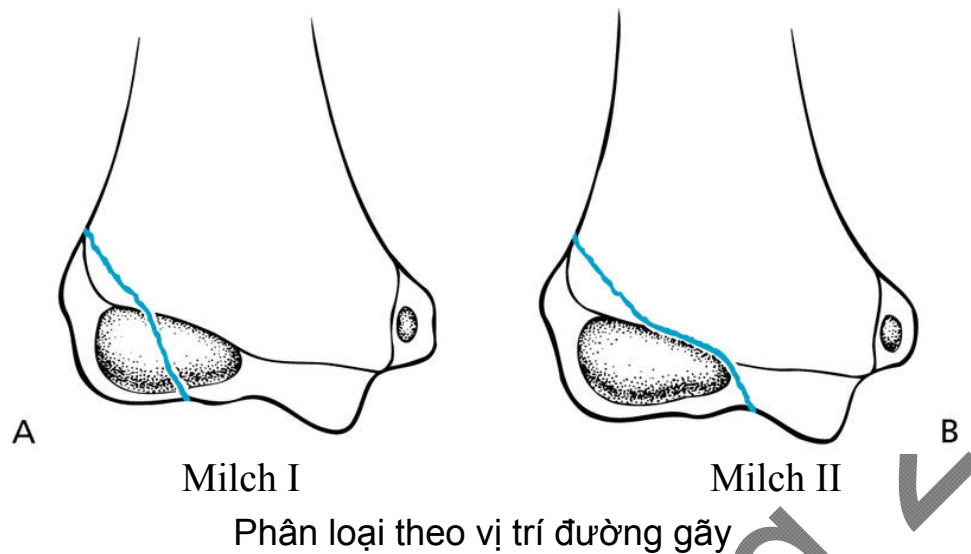
1. Công việc chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:**
 - + Cơ chế té chống tay hay chống khuỷu?
 - + Thời gian bị chấn thương?
 - + Đã điều trị gì trước chưa?
- **Khám bệnh:**
 - + Đau ở mỏm trên lồi cầu ngoài khi sờ nắn và khép căng tay hết sức thì đau tăng.
 - + Dấu nhất riu ở phía ngoài khuỷu tay.
 - + Bầm máu ở mặt ngoài khuỷu tay.
- **Cận lâm sàng:**
 - + X-quang khuỷu thẳng, nghiêng.

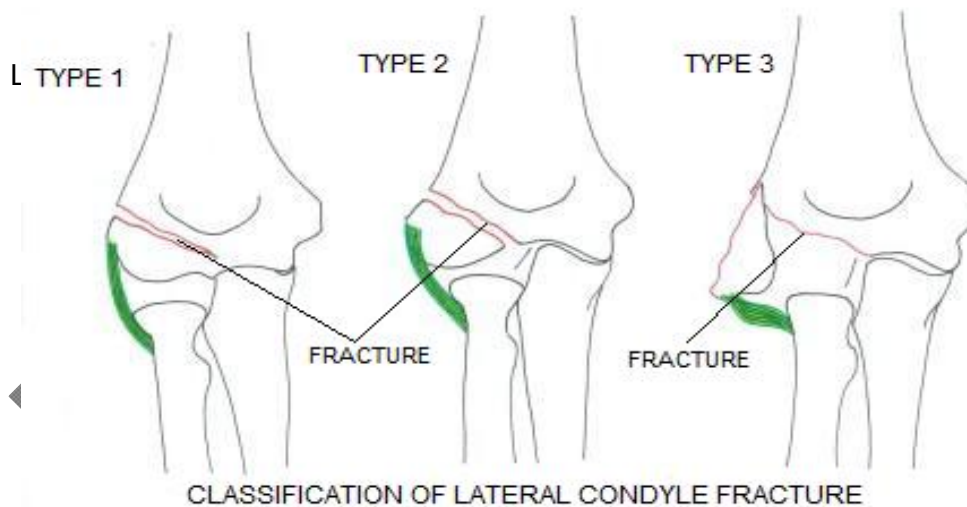
2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và X-quang

- Phân loại theo vị trí đường gãy:
 - + Milch I: đường gãy đi từ mỏm trên lồi cầu ngoài đến rãnh lồi cầu - rỗng rọc.
 - + Milch II: đường gãy đi từ mỏm trên lồi cầu ngoài đến rỗng rọc.



- Phân loại theo sự di lệch:
 - + **Loại 1:** không di lệch, đường gãy đi đến vùng sụn khớp khuỷu nhưng sụn khớp còn nguyên
 - + **Loại 2:** di lệch mức độ trung bình, trên X-quang mặt gãy cách xa $>2\text{mm}$
 - + **Loại 3:** di lệch hoàn toàn, có thể mặt gãy lật ra ngoài



III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Lành xương vững chắc.
- Giữ được tâm vận động khớp khuỷu.
- Giữ được góc mang.

2. Điều trị trước phẫu thuật

- Nẹp cố định tay bị gãy.
- Hỗ trợ thuốc giảm đau: Paracetamol đặt hậu môn 10 - 15mg/kg.
- Kháng sinh dự phòng Cefazolin trong trường hợp phẫu thuật.

3. Điều trị gãy lồi cầu ngoài

- **Loại 1:** được điều trị bảo tồn bằng cách bó bột cánh bàn tay với tư thế khuỷu gấp 90° độ hoặc xuyên kim dưới C- arm nếu có máy.
- **Loại 2:** được điều trị bằng nắn kín ổ gãy dưới C- arm và xuyên kim qua da trong cấp cứu.
- **Loại 3:** đây là loại gãy không vững nên cần phải mổ cấp cứu để kết hợp xương gãy.

4. Điều trị sau phẫu thuật

- Thuốc giảm đau Paracetamol đường uống.
- Kháng sinh chích 5 ngày nếu mổ mở.
- Xuất viện ngày hôm sau nếu xuyên đinh kín dưới máy C- arm.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- X- quang khuỷu kiểm tra tuần 1 và tuần 3.
- Rút đinh sau 6 - 8 tuần.
- Tập vật lý trị liệu để lấy lại tầm vận động khớp khuỷu.

V. BIẾN CHỨNG

- Liệt muôn thần kinh quay.
- Khớp giả.
- Cal lệch.

GÃY XƯƠNG BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương bàn tay là gãy xương trong vùng bàn tay, thường gặp gãy xương đốt bàn ngón tay và đốt ngón tay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Cơ chế chấn thương.
- Thời gian chấn thương.
- Điều trị trước đó.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Sưng đau vùng chấn thương.
- Vết bầm máu.
- Hạn chế vận động.
- Biến dạng.
- Cử động bất thường.
- Tiếng lạo xạo xương.

3. Cận lâm sàng

X-quang bàn tay thẳng, nghiêng.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng và X-quang giúp chẩn đoán xác định gãy xương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Xương lành vững chắc.
- Không giới hạn vận động nơi gãy xương.

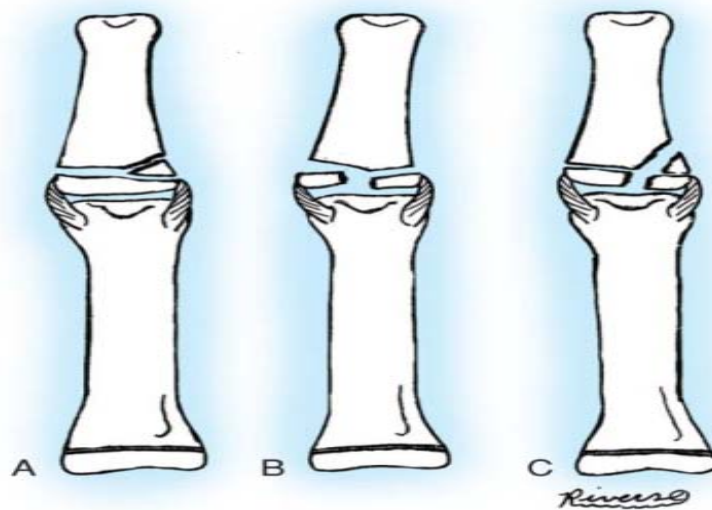
2. Điều trị trước phẫu thuật

- Nẹp cố định chỗ gãy.
- Thuốc giảm đau paracetamol 15mg/kg/6giờ.
- Kháng sinh dự phòng cefazolin nếu có phẫu thuật.

3. Điều trị gãy xương bàn tay

- Gãy xương bàn ngón tay
 - + Thường nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột.
 - + Phẫu thuật khi di lệch xoay, gãy nhiều xương bàn, gãy đầu xương bàn ngón có tổn thương khớp.

- + Đối với gãy nền xương bàn ngón I bó bột với ngón I dạng, phẫu thuật khi gãy Salter - Harris type III cố định với kim Kirschner.
- Gãy xương đốt ngón tay
 - + Gãy nền xương:
 - Salter-Harris type I và II nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột
 - Salter-Harris type III và IV nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột. Phẫu thuật cố định với kim Kirschner khi nắn kín thất bại, di lệch > 25% bề mặt khớp.



A, gãy Salter-Harris type II. **B**, gãy Type III. **C**, gãy type IV, hiếm

- + Gãy thân xương: nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột. Nếu thất bại phẫu thuật cố định với kim Kirschner.
 - + Gãy chỏm xương: thường phẫu thuật cố định với kim Kirschner vì chỏm thường di lệch xoay và gập góc nặng.
 - + Gãy kèm tổn thương khớp: không di lệch nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột. Nếu di lệch, phẫu thuật cố định với kim Kirschner.
- 4. Kỹ thuật mổ gãy đầu xương bàn tay hay xương đốt ngón tay**
- Rạch da đường dọc bên qua đầu xương gãy.
 - Cắt mô mềm, bóc tách thần kinh, mạch máu.
 - Bộc lộ đầu xương gãy, không làm tổn thương đầu xương, vòng sụn và màng xương.
 - Lấy máu tụ và các mảnh xương gãy vụn.

- Nắn xương thẳng trục.
- Xuyên 2 kim Kirschner qua hành xương hay đầu xương..
- Đóng vết mổ từng lớp.
- Nẹp hoặc bó bột cố định.

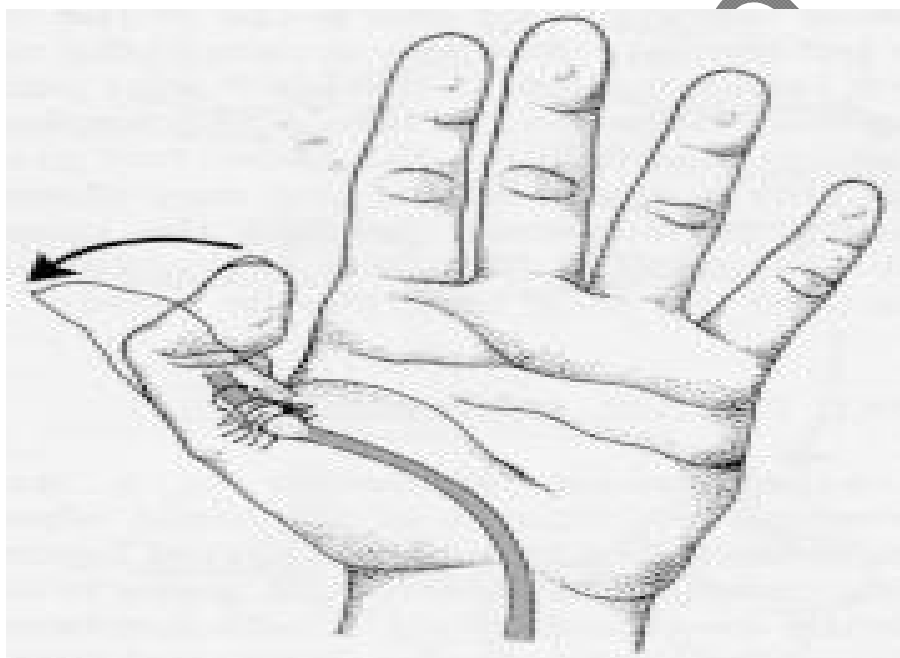
IV. THEO DÕI

- Tái khám mỗi tuần.
- Rút kim Kirschner sau 4 tuần.

BV Nhi đồng 2

NGÓN TAY CÒ SÚNG (TRIGGER FINGER)

Đại cương: ngón tay cò súng là một tình trạng đau do kẹt các ngón tay tư thế nắm hay mở bàn, thường xảy ra ở bất cứ ngón tay của bàn tay: ngón cái, ngón nhẫn, ngón giữa có tư thế như cò súng, khi được kéo ra thì nó phát ra tiếng kêu ‘cục’, nếu như bị nặng thì sẽ bị khoá chặt ở tư thế cong. Thông thường, ngón tay cò súng xảy ra đối với ngón cái, ngón trỏ, có thể xuất hiện cùng một lúc nhiều ngón tay và có thể xảy ra trên hai bàn tay.



Ngón tay cò súng

1. Dấu hiệu lâm sàng: thường có những dấu hiệu sau

- Ngón tay hơi cứng khó gập, và nghe tiếng cục khi duỗi thẳng, sờ thấy khối u ở dưới vị trí mà gân bị kẹt.
- Trường hợp nặng hơn, ngón tay dính chắc mà không thể duỗi ra được.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân của ngón tay cò súng là sự phình to của một đoạn gân gập ngón tay khiến gân không thể trượt bình thường qua ròng rọc A1.

3. Điều trị

- Những trường hợp nhẹ

Đối với những trường hợp trẻ nhỏ < 1 tuổi: nẹp ngón tay giữ cố định trong vòng 6 tuần ở tư thế duỗi khớp liên đốt.

- Những trường hợp nặng hơn

- + Phẫu thuật được chỉ đặt ra khi các phương pháp điều trị nội khoa không đáp ứng: giải phóng gân gấp bằng cách xẻ rỗng rọc A1 giữ gân gấp (A1 pulley).
- + Tập vật lý trị liệu sớm sau mổ.

BV Nhi đồng 2

TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ở trẻ sơ sinh, nhũ nhi, trật khớp háng là bẩm sinh hay chấn thương sau sinh vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau
- Trên thế giới, trật khớp háng bẩm sinh đã được ghi nhận từ rất lâu (Hippocrate), nhưng vẫn chưa thống nhất với nhau hoàn toàn về bệnh sinh, giải phẫu bệnh học và điều trị
- Tần suất: 1/800 - 1/1.000, nữ nhiều hơn nam
- Nguyên nhân: không rõ ràng, thường xảy ra ở trẻ gái, con so, sinh đôi, đa thai, ngôi mông, ngôi bất thường

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử: trẻ sơ sinh có yếu tố thuận lợi hoặc phát hiện đi khập khiễng ở tuổi biết đi hoặc phát hiện tình cờ

2. Lâm sàng

- Giới hạn dang háng (70%)
- Mất cân xứng nếp mông (45%)
- Giới hạn khép háng (40%)
- Gập háng quá mức (25%)
- Galeazzi (25%)
- Ortolani (45%)
- Barlow (1.6%)

Dị tật đi kèm trật khớp háng bẩm sinh khoảng 25% các trường hợp trật khớp háng (vẹo cổ, chân khoè, tinh hoàn ẩn...)

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: dưới 3 tháng tuổi nhằm xác định độ che phủ chỏm xương đùi của ổ cối
- X-quang: trên 3 tháng tuổi
- CT scan

III. ĐIỀU TRỊ

- Khi có nghi ngờ hoặc chẩn đoán trật khớp háng thì phải tiến hành điều trị
- Dưới 6 tháng tuổi: mang tã dang háng hoặc đai pavlik hoặc nắn trật bó bột bụng đùi bàn chân.
- 6 - 12 tháng: PT ludloff.

- 18 tháng - 3 tuổi: PT salter.
- Trên 5 tuổi: PT pol – lecoeur.

IV. THEO DÕI – TÁI KHÁM

- Biện chứng sớm:
 - + Chảy máu, trật khớp háng sau bó bột.
 - + Gãy bột: thay bột/c.arm.
- Biện chứng muộn:
 - + Hoại tử chỏm xương đùi.
 - + Bán trật hoặc trật khớp háng tái phát.
- Tái khám:
 - + 1 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng.
 - + X- quang kiểm tra.

BV Nhi đồng 2

GẤY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương đùi là xương lớn nhất và dài nhất trong cơ thể nên gãy xương đùi là một chấn thương nặng và nguy hiểm. Xương đùi có nhiều cơ lớn bám xung quanh nên khi gãy thường hay di lệch nhiều và khó cố định bằng phương pháp bên ngoài vì vậy việc sơ cứu và vận chuyển ban đầu là hết sức quan trọng.

II. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

- Gãy xương đùi thường có cơ chế và triệu chứng lâm sàng rõ: sưng to, biến dạng đùi, đau nhiều chỗ gãy.
- X-quang: cho chẩn đoán xác định loại gãy, đường gãy, độ di lệch.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Xử trí ban đầu

- Bất động chi: bằng cách nẹp dài từ bàn chân đến nách
- Giảm đau:
 - + Paracetamol: 15 mg/kg x 3 lần uống
 - + Gardenal: 1mg/kg/tối uống

2. Xử trí điều trị

- Trẻ em dưới 2 tuổi (< 10kg): kéo tạ kiểu Bryant 2 đến 3 tuần → X-quang kiểm tra → cal xương tốt, bó bột bụng đùi bàn chân.
- Từ 2 → 6 tuổi (10-20 kg): kéo tạ kiểu Russell 3 tuần → X-quang kiểm tra → cal xương tốt, bó bột bụng đùi bàn chân.
- Từ 6 → 16 tuổi: có thể đóng đinh nội tủy hoặc nẹp vis.

IV. THEO DÕI

- Theo dõi bột trong suốt quá trình lành xương từ 6 đến 8 tuần
- Sau khi cắt bột cho tập nhẹ nhàng:
 - + Hai tuần đầu tập co duỗi chân đau trên giường.
 - + Sau đó tập đi nặng chống nhẹ chân đau 1 tháng rồi bỏ nạng
- Thời gian lấy dụng cụ từ 6 tháng đến 1 năm.

Bảng theo dõi sau điều trị

Gập góc có thể chấp nhận được (theo RockWood)			
Tuổi	Gập góc/ xoay	Trước/sau	Chồng ngắn
Sơ sinh → 2 tuổi	30 ⁰	30 ⁰	15 mm
2 → 5 tuổi	15 ⁰	20 ⁰	20 mm
6 → 10 tuổi	10 ⁰	15 ⁰	15 mm
11 tuổi → lớn	5 ⁰	10 ⁰	10 mm

GỠY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Phân loại

- Gãy xương chày
 - + Gãy hành xương đầu trên xương chày.
 - + Gãy thân xương chày.
 - + Gãy hành xương đầu dưới xương chày.
- Gãy xương mác

2. Tần số

- Gãy hai xương cẳng chân đứng thứ ba sau gãy 2 xương cẳng tay và đùi.
- 70% gãy xương chày đơn độc, 50 - 70% gãy 1/3 dưới, 19 - 30% gãy 1/3 giữa.
- Gãy xương mác đơn độc ở trẻ em rất hiếm gặp.

3. Cơ chế

- Gãy hành xương đầu trên xương chày: lực tác động lúc gối ở tư thế duỗi vẹo ngoài.
- Gãy thân xương chày: lực xoắn vặn hoặc trực tiếp.
- Gãy hành xương đầu dưới xương chày: lực nén liên tục, đa số là gãy cong tạo hình.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

2. Triệu chứng lâm sàng

- Sưng, đau cẳng chân.
- Đau chói ở vị trí gãy.
- Lao xao xương.
- Hạn chế vận động.
- Biến dạng chi: vẹo trong (gãy xương chày đơn độc), vẹo ngoài hay ngấn chi (gãy hai xương cẳng chân).
- Tìm tổn thương mạch máu (bắt mạch mu chân và chày sau).

3. Cận lâm sàng: X-quang thẳng và nghiêng lấy qua hai diện khớp.

III. ĐIỀU TRỊ

Nên tiến hành dưới gây mê

- Gãy hành xương đầu trên xương chày.
 - + Bó bột đùi bàn chân với tư thế gối gập $5 - 10^\circ$

- + Tháo bột sau 6 tuần.
- + Mổ hở khi điều trị bảo tồn thất bại.
- Gãy thân xương chày
 - + Bó bột đùi bàn chân với tư thế gối gập 45°
 - + Gãy không vững có thể xuyên kim hoặc mổ hở.
- Gãy hành xương đầu dưới xương chày
 - + Bó bột khi gãy vững.
 - + Gãy không vững có thể xuyên kim hoặc mổ hở.

IV. THEO DÕI

- Gãy hành xương đầu trên xương chày: gối vẹo ngoài tự điều chỉnh 18-36 tháng, mổ sau 18 tháng và gối vẹo ngoài trên 10°
- Gãy thân xương cẳng chân:
 - + Tái khám sau 3 tuần bó bột.
 - + Các biến dạng chi có thể chấp nhận được khi:
 - o Vẹo trong và vẹo ngoài
 $< 10^\circ$ ở trẻ < 08 tuổi.
 $< 5^\circ$ ở trẻ > 08 tuổi.
 - o Gập góc ra trước $< 10^\circ$
 - o Ngắn chi < 1 cm.

CHÂN KHOÈO BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chân khoèo bẩm sinh là một dị tật ở cơ quan vận động. Nguyên nhân vẫn chưa được xác định, chỉ có giả thuyết cho rằng do khiếm khuyết của xương sên dẫn đến biến dạng gấp, khép và nghiêng vào trong gây ra biến dạng mô mềm.
- Trong một số bệnh như viêm khớp, bại liệt, bại não tổn thương tủy sống bàn chân bình thường có thể bị biến dạng bàn chân khoèo nhưng đây không phải là bàn chân khoèo bẩm sinh.
- Tần suất: 3/1.000 nam nhiều hơn nữ.
- Thông thường các bàn chân khoèo bẩm sinh không đi kèm với các dị tật khác.
- Phôi thai học: biến dạng hình thành vào 3 tháng giữa của thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Phát hiện ngay sau sinh thấy bàn chân xoay trong.
- Gấp và nghiêng vào trong của vùng gót chân.
- Khép và nghiêng vào trong của vùng giữa bàn chân.
- Gấp vào phía lòng bàn chân của phần trước bàn chân khiến vùng gan chân sâu hơn bình thường.



Bàn chân khoèo

2. Cận lâm sàng

- X-quang thẳng:
 - + Đo góc tạo thành giữa trục xương sên và xương thuyền.
 - + Đo góc tạo thành giữa xương gót và xương hộp.
- X-quang nghiêng:
 - + Đo góc tạo thành giữa trục xương sên và xương gót.

3. Phân loại theo Diméglio

- Các biến dạng:

Nhón gót	0 - 4 điểm
Vẹo trong	0 - 4 điểm
Xoay trong	0 - 4 điểm
Áp	0 - 4 điểm
Nếp sau	0 - 1 điểm
Nếp trong	0 - 1 điểm
Vòm	0 - 1 điểm
Sức cơ	0 - 1 điểm

- Mức độ:

Độ I (nhẹ)	< 5 điểm
Độ II (vừa)	< 10 điểm
Độ III (nặng)	< 15 điểm
Độ IV (rất nặng)	15 điểm

III. ĐIỀU TRỊ

Có 2 phương pháp điều trị bàn chân khoèo bẩm sinh: điều trị bảo tồn bằng nắn, băng bột và phẫu thuật.

1. Dưới 12 tháng: phương pháp ponseti

- Nắn chỉnh các biến dạng cùng lúc ngoại trừ nhón gót được chỉnh sửa sau cùng.
- Bó bột đùi bàn chân, gối gấp 90°
- Thay bột mỗi 10 ngày, trung bình bó bột 4 - 5 lần.
- Cắt gân gót, bó bột là điểm mấu chốt để gấp lưng bàn chân và hoàn tất điều trị.

2. 1-8 tuổi: tùy theo độ tuổi và mức độ nặng của chân khèo mà can thiệp phẫu thuật.

- Nối dài gân gót, gân cơ chày sau, gân cơ gấp chung các ngón, gân gấp ngón cái.
- Cắt bao khớp: chày sên, sên gót, dưới sên.

- Xuyên kim thẳng trục, xương sên, đầu xương sên, xương ghe, xương bàn 1.
- Chuyển bám tận gốc cơ chày sau qua màng liên cốt dính vào xương chiêm 3 (Garland)

3. Trên 8 tuổi: phẫu thuật phần mềm, kết hợp với can thiệp phần xương tùy thuộc vào biến dạng và nhiều trường phái khác nhau

- Bazin 1974: cắt hình chêm mặt ngoài xương gót
- Kornhinov 1960: cắt cổ xương sên, chỉnh hình khớp sên thuyền.
- Nguyễn Ngọc Hưng 1989: can thiệp trên xương hộp và chỉnh hình lại bàn chân bằng bó bột.

IV. THEO DÕI TÁI KHÁM

- Chảy máu sau mổ.
- Theo dõi chèn ép mạch máu và chèn ép bột.
- Nhiễm trùng vết mổ.

Tái khám: 1 tuần - 1 tháng - bỏ bột sau 3 tháng - vật lý trị liệu.

Chương 5
NGOẠI THẦN KINH

BV Nhi đồng 2

CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Chấn thương sọ não là tình trạng chấn thương đầu có hoặc không có biến chứng nội sọ, là nguyên nhân gây tử vong cao ở trẻ em, gần bằng các nguyên nhân khác cộng lại.

2. Tần suất

- Nam/nữ = 1,5/2
- Tuổi gặp nhiều nhất: 4 - 11 tuổi
- Tỷ lệ tử vong: 19/100.000, thường ở trẻ < 4 tuổi

3. Phân loại: theo cơ chế

- Chấn thương sọ não kín: không có sự thông thương của các thành phần trong sọ với môi trường bên ngoài.
- Chấn thương sọ não hở: có sự thông thương của các thành phần trong sọ với môi trường bên ngoài.

4. Nguyên nhân: thay đổi theo lứa tuổi

- Té ngã.
- Tai nạn giao thông.
- Tai nạn thể thao.
- Ngược đãi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Cơ chế chấn thương.
- Thời gian chấn thương.
- Tiền căn có bệnh lý rối loạn đông máu hoặc phẫu thuật trước đó.

2. Triệu chứng lâm sàng

- **Triệu chứng cơ năng:**
 - + Đau đầu, nôn ói.
 - + Chảy dịch hay máu lỗ tai.
 - + Co giật.
 - + Ngủ lịm hay vật vã.
- **Triệu chứng thực thể:**
 - + Da niêm nhợt: khi có chảy máu đặc biệt ở trẻ nhũ nhi.
 - + Thóp trước phồng hay lõm, mềm hay căng.

- + Bầm da sau tai, quanh hốc mắt.
- + Vết thương da đầu.
- + Cử động bất thường.
- + Dấu thần kinh khu trú.
- + Rối loạn nhịp thở.
- + Dẫn dòng tử một hoặc hai bên.
- + Phản xạ ánh sáng, phản xạ mắt búp bê, phản xạ nôn.
- + Đánh giá tri giác dựa vào thang điểm Glasgow (GCS).

Bảng điểm Glasgow

Glasgow	Trẻ lớn > 3 tuổi		Trẻ nhỏ < 3 tuổi	
Mở mắt (E)	4	Tự nhiên		
	3	Với lời nói		
	2	Với kích thích đau		
	1	Không		
Đáp ứng lời nói (V)	Chính xác câu hỏi	Bập bẹ	5	
	Lú lẫn	Quấy khóc	4	
	Từ ngữ không thích hợp	Khóc khi kích thích đau	3	
	Âm thanh vô nghĩa	Rên rỉ	2	
	Không trả lời	Không	1	
Đáp ứng vận động (M)	Theo y lệnh	Tự nhiên	6	
	Đáp ứng chính xác kích thích đau	Co tay chân khi sờ	5	
	Đáp ứng không chính xác	Co tay chân khi kích thích đau	4	
	Gồng mắt vỏ	Gồng mắt vỏ	3	
	Duỗi mắt não	Duỗi mắt não	2	
	Không đáp ứng	Không đáp ứng	1	

Tiền lượng:

- Chấn thương sọ não nhẹ: GCS 13 – 15.
- Chấn thương sọ não trung bình: GCS 9 – 12.
- Chấn thương sọ não nặng: GCS ≤ 8.

Cận lâm sàng

- Huyết đồ.
- X-quang sọ, cột sống cổ.
- Siêu âm não đối với trẻ thóp chưa đóng.
- CT scan sọ não: chỉ định (Đại học Chicago 2009):
 - + Tụ máu dưới màng xương.

- + Giảm tri giác.
- + VTSN hở.
- + Lõm sọ.
- + Dầu thần kinh khu trú.
- + Đồng tử không đều.
- + Dầu vỡ sán sọ.
- + Có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.
- + Trẻ bị ngược đãi.
- + Đa chấn thương.
- + Nhức đầu, nôn ói kéo dài sau chấn thương.

III. XỬ TRÍ CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1. Thông đường thở

Đánh giá và xử trí ngay các yếu tố gây nghẽn đường thở.

2. Hô hấp

Duy trì hô hấp tốt để giảm ứ đọng CO_2 , đặt nội khí quản khi có suy hô hấp, $\text{GCS} \leq 8$.

3. Tuần hoàn

- Cầm máu nơi đang chảy.
- Theo dõi mạch, huyết áp.
- Trường hợp nặng cần lập đường truyền tĩnh mạch, theo dõi CVP.

4. Đánh giá các thương tổn kết hợp

* Nguyên tắc chung: các chấn thương ngực, bụng phải được ưu tiên cấp cứu so với các chấn thương khác, ngoại trừ:

- Máu tụ trong sọ diễn biến tụt não.
- Gãy cột sống cổ loại không vững.
- Vết thương mạch máu không cầm được.

5. Thần kinh: kiểm soát áp lực nội sọ và áp lực tưới máu não

- Nằm đầu cao 30°
- Duy trì: $\text{PaCO}_2 = 30 - 35 \text{ mmHg}$, $\text{PaO}_2 \geq 60 \text{ mmHg}$.
- Duy trì huyết áp thích hợp.
- Thuốc giảm đau: Paracetamol, hạn chế sử dụng Morphin.
- Chống phù não với Manitol 20%, liều: 0,5 - 1g/kg/liều (khi có chỉ định).
- Nếu thất bại: tăng thông khí tích cực với $\text{PaCO}_2 = 25 - 30 \text{ mmHg}$.
- Trường hợp không có chỉ định ngoại khoa: chuyển bệnh nhân vào khoa ngoại thần kinh hoặc hồi sức để theo dõi.

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TRẺ EM

I. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng (xem bài cấp cứu chấn thương sọ não).

II. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

- Chuẩn bị trước mổ: xét nghiệm tiền phẫu, đăng ký máu, khám tiền mê, cạo tóc

1. Máu tụ ngoài màng cứng

- Chỉ định phẫu thuật:
 - + Có dấu thần kinh khu trú, liệt dây III, rối loạn tri giác tiến triển.
 - + Đường kính máu tụ > 15 mm.
 - + Thể tích máu tụ > 30 ml.
 - + Đường giữa di lệch > 5 mm.
 - + Thoát vị não.
 - + Phôi hợp máu tụ trong não hoặc DMC có hiệu ứng choán chỗ.
 - + Kết hợp với nứt xương gây đứt xoang tĩnh mạch màng cứng
- Chỉ định phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng hồ sau:
 - + Khi có triệu chứng
 - Hiệu ứng choán chỗ trên CT (chèn ép, đẩy lệch, xóa mất não thất tự; gây dẫn não thất trên lều; xóa các bể dịch não tủy quanh thân não).
 - Đường kính > 3cm.
 - + Phương pháp phẫu thuật:
 - Định vị vị trí máu tụ.
 - Rạch da và mở nắp sọ theo chu vi máu tụ.
 - Dùng muỗng để lấy máu tụ từng phần, những vùng gần xoang tĩnh mạch hay ở sàn sọ phải lấy sau cùng.
 - Đốt cầm máu nếu rách các nhánh động mạch màng não giữa, cầm máu xương bằng sập xương, khâu ép xoang tĩnh mạch bằng spongel hoặc cơ.
 - Treo bờ màng cứng.
 - Đặt lại, cố định và treo nắp sọ trung tâm.
 - Đặt dẫn lưu.
 - Đóng vết mổ.

- + Theo dõi sau mổ:
 - Theo dõi hô hấp, tri giác, dấu hiệu sinh tồn.
 - Truyền dịch, thuốc giảm đau, kháng sinh.
 - Rút ống dẫn lưu trong 24 - 48 giờ, sau đó chụp CT scan sọ kiểm tra.
 - Xuất viện khi ổn định, thường từ 5 - 7 ngày.
 - Tái khám sau 1 tuần sau xuất viện.

2. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính

- + Chỉ định: mở sọ giải áp khi có dấu hiệu chèn ép:
 - Đường giữa lệch > 5mm.
 - Bề dày máu tụ > 10mm.
 - Có dấu thần kinh định vị, hôn mê.
 - Thoát vị não.
- + Phương pháp mổ:
 - Rạch da rộng đường dấu hỏi.
 - Mở sọ (gửi nắp sọ ở ngân hàng mô).
 - Treo màng cứng.
 - Mở màng cứng lấy máu tụ, cầm máu, thường nguồn chảy máu đã tự cầm.
 - Vá chùng màng cứng bằng cân cơ thái dương, màng xương.
 - Đặt dẫn lưu.
 - Đóng vết mổ.
- + Theo dõi sau mổ:
 - Thường phải theo dõi sát ở khoa hồi sức, thời gian hậu phẫu kéo dài, ngoài những bước cơ bản cần chú ý thêm các vấn đề nội khoa như:
 - Rối loạn điện giải.
 - Thăng bằng kiềm toan.
 - Viêm phổi, xẹp phổi, phù phổi.
 - Dinh dưỡng và vật lý trị liệu.
 - Tái khám: 1 tuần sau ra viện, 1 - 3 tháng sau nhập viện để vá sọ.

1. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính

- + Chỉ định: khi có hiệu ứng choán chỗ.
- + Phương pháp mổ:
 - Khoan sọ 1 lỗ, bơm rửa, dẫn lưu, đối với trẻ nhũ nhi có thể chọc hút qua thóp, phương pháp này rất dễ bị tái phát

- Đặt shunt dẫn lưu xuống ổ bụng khi phương pháp trên thất bại, rút shunt sau khi máu tụ đã hấp thu hoàn toàn (thường sau 3 - 6 tháng).
 - Theo dõi: lâm sàng và cận lâm sàng để đánh giá sự tái phát, đối với đặt Shunt dẫn lưu phải theo dõi như trường hợp đặt VP shunt.
- + Tái khám: 1 tuần sau ra viện, mỗi 3 tháng/năm.

2. Máu tụ trong não

Do đứt mạch máu dưới vỏ não, xảy ra nhiều ở thùy thái dương và thùy trán.

- + Chỉ định:
 - Thể tích máu tụ > 30ml.
 - Đường giữa di lệch ≥ 5 mm.
 - Chèn ép các bể dịch não tủy, não thất.
 - Dấu thần kinh tiến triển.
- + Phương pháp mổ:
 - Tương tự máu tụ dưới màng cứng, cầm máu, lấy máu tụ và não dập kèm theo, đôi khi chỉ mở sọ giải ép.
- + Theo dõi: tương tự máu tụ dưới màng cứng.
- Lõm sọ
 - + Chỉ định phẫu thuật: lõm sọ hở > bề dày 1 bản sọ, lõm sọ kín ít khi có chỉ định mổ nếu không gây mất thẩm mỹ.
 - + Điều trị bảo tồn:
 - Không có rách màng cứng trên lâm sàng và CT scan.
 - Không có máu tụ nội sọ.
 - Lõm sọ < 1 cm.
 - Không liên quan xoang trán.
 - Không nhiễm trùng vết thương.
 - Không gây mất thẩm mỹ.
 - + Phương pháp phẫu thuật:
 - Cắt lọc và nâng sọ lõm.
 - Nếu không có nhiễm trùng vết thương thì tạo hình hộp sọ ngay thì đầu.

3. Lõm sọ Ping Pong

Thường chỉ gặp ở trẻ nhũ nhi do xương sọ còn mềm.

- + Chỉ định phẫu thuật: không cần thiết phải điều trị khi có lõm sọ ở vùng đỉnh, thái dương mà không có tổn thương não bên dưới

vì có thể tự điều chỉnh khi lớn lên. Phẫu thuật khi:

- Hình ảnh học có sự hiện diện của các mảnh xương trong nhu mô.
 - Có đi kèm với khiếm khuyết thần kinh (hiếm).
 - Có triệu chứng tăng áp lực nội sọ.
 - Có dấu hiệu của tụ dịch não tủy nhiều dưới cân Galea.
 - Gặp khó khăn trong việc theo dõi kéo dài.
- + Phương pháp phẫu thuật: khoan sọ một lỗ gần chỗ lõm và đẩy nó ra ngoài bằng Spatula Penfield số 3.

4. Vết thương sọ não

- + Định nghĩa: là vết thương phải có 4 thương tổn: da đầu, xương sọ, màng cứng và não.
- + Chỉ định: mọi vết thương sọ não đều được phẫu thuật vì có nguy cơ nhiễm trùng.
- + Phẫu thuật vết thương sọ não:
- Cắt lọc, bơm rửa vết thương da đầu.
 - Găm bỏ xương vỡ hoặc đặt lại nắp xương nếu vết thương sạch.
 - Mở màng cứng: lấy dị vật, xương vụn, não dập, cầm máu.
 - Vá kín màng cứng.
 - Đặt dẫn lưu.
 - Đóng vết mổ.
- + Theo dõi:
- Kháng sinh điều trị như viêm màng não.
 - Cần chú ý nhiễm trùng sau mổ, trường hợp nặng theo dõi tương tự: máu tụ dưới màng cứng, máu tụ trong não.

III. BIẾN CHỨNG

- + Biến chứng sớm:
- Máu sau mổ.
 - Rò dịch não tủy.
- + Biến chứng muộn:
- Nhiễm trùng vết mổ.
 - Viêm màng não
 - Áp xe não
 - Động kinh
 - Phình động mạch, dò động tĩnh mạch cảnh xoang hang
 - Đau nước

CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ TUYỂN SỐNG Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương tủy sống khá hiếm ở trẻ em, với tỷ lệ tổn thương đầu: tủy sống = 30:1, chỉ có 5% là tổn thương tủy. Xảy ra 42% ở cổ, 31% ở ngực, 27% ở thắt lưng.
- Nguyên nhân:
 - + Tai nạn thể thao.
 - + Tai nạn té ngã.
 - + Tai nạn giao thông.
 - + Ngực dẫm.
- **Phân loại:**
 - + Tổn thương tủy hoàn toàn.
 - + Tổn thương tủy không hoàn toàn.
 - Hội chứng tủy trung tâm.
 - Hội chứng tủy trước.
 - Hội chứng tủy sau.
 - Hội chứng Brown – Sequester.
- **Phân loại thiếu sót thần kinh của Frankel:**
 - A Mất chức năng cảm giác và vận động.
 - B Cảm giác còn, vận động mất.
 - C Cảm giác còn, vận động giảm (2/5 - 3/5).
 - D Cảm giác còn, vận động giảm ít (4/5).
 - E Chức năng vận động và cảm giác bình thường.

II. CHẨN ĐOÁN

1. **Bệnh sử:** nguyên nhân, cơ chế, sơ cứu ban đầu.

2. **Lâm sàng**

- Đánh giá toàn bộ bệnh nhân: tri giác, hô hấp, tuần hoàn, sơ cứu ban đầu...
- Đánh giá tổn thương tủy sống:
 - + Vị trí tổn thương.
 - + Chức năng vận động của các chi ở mức độ rễ thần kinh, sự co thắt của cơ vòng hậu môn.

Bảng đánh giá tổn thương tủy sống

Rễ	Cơ chi phối	Hoạt động tương ứng
C5	Cơ nhị đầu, cơ denta	Dang vai, gấp khuỷu
C6	Các cơ duỗi cổ tay	Duỗi cổ tay lên
C7	Cơ tam đầu	Duỗi khuỷu
C8	Các cơ gấp ngón tay	Nắm bàn tay
T1	Các cơ liên đốt	Dạng ngón út
L2	Cơ thắt lưng chậu	Gập háng
L3	Cơ tứ đầu đùi	Duỗi gối
L4	Cơ chày trước	Duỗi bàn chân
L5	Cơ duỗi ngón	Duỗi ngón cái
S1	Cơ dép, cơ sinh đôi	Gập bàn chân

- Đánh giá phản xạ: gân xương, da, bâu, gân bàn chân, hậu môn và hành hang
- Đánh giá cảm giác: các mốc khoanh cảm giác da.

Bảng đánh giá cảm giác da

C4	Vai	T10	Rốn
C6	Ngón cái	L3	Ngay trên xương bánh chè
C7	Ngón giữa	L4	Mắt cá trong
C8	Ngón út	L5	Ngón cái
T4	Núm vú	S1	Mắt cá ngoài
T6	Mũi ức	S4-5	Quanh hậu môn

3. Cận lâm sàng

- X-quang: tất cả các bệnh nhân nghi ngờ chấn thương cột sống
- CT scan: thực hiện các đoạn có bất thường trên X-quang
- MRI:
 - + Thiếu sót thần kinh
 - + Diễn tiến xấu đi
 - + Không tương xứng tổn thương tủy sống và cột sống

III. ĐIỀU TRỊ

1. Cấp cứu ban đầu

- Kiểm tra đường thở, đặt nội khí quản khi có suy hô hấp.
- Giữ huyết áp ổn định.
- Cố định cột sống bằng nẹp cổ cứng, nẹp lưng.

2. Kéo cột sống

- Nhằm cố định và kéo nắn cột sống trong thời gian ngắn, thường là cấp cứu, được chỉ định khi có:
 - + Gãy mất vững cột sống cổ.
 - + Tổn thương tủy tiến triển.

3. Điều trị bảo tồn

Ở trẻ em thường có khuynh hướng điều trị bảo tồn nhiều hơn với kéo nắn bằng khung Halo và bất động bằng nẹp cổ cứng 2 - 3 tháng.

4. Phẫu thuật

- Chỉ định:
 - + Gãy mất vững cột sống.
 - + Tổn thương tủy diễn tiến muộn.
 - + Điều trị bảo tồn thất bại.
- Mục tiêu phẫu thuật:
 - + Thiết lập cột sống vững chắc, cân bằng và không đau.
 - + Đạt chức năng thần kinh tốt nhất.
 - + Bất động hoặc làm cứng với số lượng đốt sống ít nhất.
 - + Phương pháp: có nhiều phương pháp cố định cột sống bằng nẹp vít lõi trước, lõi sau ... tùy từng trường hợp.

HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ là sự tăng áp lực trong hộp sọ.
- Hậu quả huyết động học do tăng áp lực nội sọ thể hiện qua các công thức sau:

$$CPP = MAP - ICP.$$

CPP (cerebral perfusion pressure): áp lực tưới máu não.

MAP (mean arterial pressure): áp lực trung bình động mạch.

ICP (intracranial pressure): áp lực nội sọ.

$$CBF = CPP/CVR.$$

CBF (cerebral blood flow): lưu lượng máu não.

CVR (cerebral vascular resistance): đề kháng mạch não.

- Khi tăng ALNS sẽ làm giảm áp lực tưới máu não, gây giảm lưu lượng máu não. Hậu quả gây nhồi máu não.

Bảng áp lực trong sọ bình thường

LỨA TUỔI	ÁP LỰC BÌNH THƯỜNG
Trẻ >10 tuổi	< 10 - 15mmHg
Trẻ nhỏ 2 - 10	3 - 7 mmHg
Trẻ < 2 tuổi	1,5 - 6 mmHg

2. Phân loại

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ cấp tính: có thể dẫn đến tử vong do:
 - + Tụt não.
 - + Nhồi máu não lan tỏa.
- Hội chứng tăng áp lực nội sọ mạn tính: dẫn đến teo gai thị gây mù mắt.

3. Nguyên nhân

- Do nhu mô não:
 - + Phù não.
 - + Nhồi máu não.
- Do mạch máu não:
 - + Tăng huyết áp.
 - + Thuyên tắc xoang tĩnh mạch.

- Do dịch não tủy:
 - + U đám rối mạch mạc.
 - + BDN tắc nghẽn.
- Khối choán chỗ:
 - + Xuất huyết não, não thất tự phát hoặc chấn thương.
 - + U não.
 - + Dị dạng mạch máu não.
 - + Áp xe não.
 - + Tụ mủ dưới màng cứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Tam chứng kinh điển:
 - + Nhức đầu: thường xảy ra lúc sáng sớm hay khi có động tác gắng sức, gập người, ho, sổ mũi.
 - + Ói: ói đột ngột, dữ dội và không kèm với buồn nôn trước đó
 - + Phù gai, teo gai thị: nhức đầu, phù gai thị, ói mửa thường gặp ở hội chứng tăng áp lực nội sọ điển hình, 2/3 bệnh nhân có khối choán chỗ trong hộp sọ có đủ 3 triệu chứng này, và hầu hết các bệnh nhân hội chứng tăng áp lực nội sọ có ít nhất 2 triệu chứng.
- Dấu hiệu khác
 - + Tam chứng Cushing: mạch chậm, huyết áp tăng, rối loạn nhịp thở.
 - + Tri giác: lú lẫn, hôn mê.

2. Cận lâm sàng

- X-quang sọ thường: thấy hình ảnh giãn rộng khớp sọ, bào mòn hố yên, dấu ấn ngón tay.
- Siêu âm xuyên thóp: ở trẻ còn thóp.
- Chụp não cắt lớp (CT scan): chẩn đoán nguyên nhân hội chứng tăng áp lực nội sọ.
- Cộng hưởng từ não (MRI): bổ sung và hoàn thiện những hình ảnh của CT scan.
- **Đo áp lực trong sọ:** đây là phương pháp chẩn đoán và theo dõi điều trị quan trọng, thường chỉ định trong chấn thương sọ não nặng và một số bệnh lý khác.

- + Chỉ định:
 - Chấn thương sọ não nặng: Glasgow ≤ 8 , CT não có bất thường.
 - Chấn thương sọ não nặng, CT scan bình thường nhưng có gồng mắt vỏ và HA tâm thu < 90 mmHg.
- + Chống chỉ định:
 - Bệnh nhân tỉnh.
 - Rối loạn đông máu.
- + Vị trí đặt dụng cụ đo áp lực trong sọ:
 - Trong não thất.
 - Trong mô não.
 - Khoang nhện.
 - Dưới màng cứng.
 - Ngoài màng cứng.

III. ĐIỀU TRỊ

1 Mục tiêu

- Giữ ALTS < 20 mmHg.
- Giữ áp lực tưới máu não ≥ 60 mmHg.

2 Điều trị nội khoa

- Nằm đầu cao $30 - 45^\circ$, cổ thẳng.
- Kiểm tra đường thở, đặt nội khí quản khi Glasgow ≤ 8 .
- Duy trì HA thích hợp.
- Duy trì $\text{PaCO}_2 = 30 - 35$ mmHg.
- Manitol: 1g/kg truyền tĩnh mạch/15 phút, sau đó 0,25g - 0,5g/kg truyền tĩnh mạch/30 phút/6 giờ.

3 Điều trị phẫu thuật

- Điều trị phẫu thuật theo nguyên nhân.
- Mở sọ giải áp khi điều trị nội khoa thất bại.

4 Điều trị khác: khi các phương pháp trên không hiệu quả

- Thở máy liên tục.
- Barbiturate liều cao.
- Tăng thông khí tích cực $\text{PaCO}_2 = 25 - 30$ mmHg.
- Hạ thân nhiệt.

IV. THEO DÕI

Theo dõi cải thiện triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

ĐẦU NƯỚC TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh đầu nước là sự tích lũy quá mức của dịch não tủy trong các não thất và khoang dưới nhện.

2. Tần suất

- Tỷ lệ bệnh đầu nước bẩm sinh là 0,9 - 1,8/1.000.
- Tỷ lệ bệnh đầu nước mắc phải là 1 - 1,5/1.000.

3. Phân loại: theo chức năng chia làm 2 loại

- Đầu nước tắc nghẽn: tắc nghẽn đường lưu thông dịch não tủy gây dẫn hệ thống não thất ở phía trên chỗ tắc.
- Đầu nước thông thường: do sự tăng tiết quá mức hoặc sự kém hấp thu dịch não tủy, không có sự tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy.

4. Nguyên nhân

- **Bẩm sinh:**
 - ❖ Dị tật Chiari.
 - ❖ Hẹp cống Sylvius nguyên phát.
 - ❖ Dị tật Dandy Walker.
 - ❖ Dị tật cột sống chẻ đôi.
 - ❖ Đầu nước liên quan nhiễm sắc thể X do đột biến gen L1CAM vị trí Xq28 (hội chứng Bicker - Adam).
- **Mắc phải:**
 - ❖ Nhiễm trùng
 - Viêm màng não mủ, lao.
 - Nang kí sinh trùng.
 - ❖ Sau xuất huyết:
 - Xuất huyết dưới nhện.
 - Xuất huyết trong não thất.
 - Xuất huyết vùng màng.
 - ❖ Khối choán chỗ:
 - U vùng tuyến tùng.
 - U não hố sau.
 - U não thất.
 - Dị dạng tĩnh mạch Galen.
 - ❖ Sau chấn thương sọ não.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Trẻ nhỏ còn thóp
 - ❖ Bất đối xứng đầu - mặt do vòng đầu tăng nhanh.
 - ❖ Kích thích, khó giữ đầu, nôn ói.
 - ❖ Thóp phồng, căng.
 - ❖ Dẫn tĩnh mạch da đầu.
 - ❖ Dấu Macewen.
 - ❖ Liệt dây 6.
 - ❖ Dấu mặt trời lặn (hội chứng Parinaud do liệt nhìn lên).
 - ❖ Tăng phản xạ.
 - ❖ Thở bất thường, có khoảng ngưng thở.
- Trẻ lớn đã đóng thóp có hội chứng tăng ALNS với: nhức đầu, nôn ói, phù gai, rối loạn dáng đi, liệt nhìn lên hay liệt dây 6. Nếu não thất dẫn chậm có thể khởi đầu không có triệu chứng.

2. Cận lâm sàng

- X-quang sọ: các dấu hiệu dẫn khớp sọ, dấu ấn ngón tay, bào mòn hố yên.
- Siêu âm xuyên thóp: ở trẻ thóp chưa đóng.
- Tiêu chuẩn bệnh đầu nước hoạt động trên CT và MRI: khi có tiêu chuẩn A hay B.
 - ❖ Kích thước cả hai sừng thái dương ≥ 2 mm; xoá mất rãnh Sylvius, rãnh liên bán cầu, rãnh vỏ não.
 - ❖ Cả hai sừng thái dương ≥ 2 mm, và tỉ số FH/ID > 0.5 . (FH: đường kính hai sừng trán, ID: đường kính giữa hai bán trong xương sọ).
- Các dấu hiệu gợi ý khác:
 - ❖ Dẫn 2 sừng trán não thất bên và não thất III (dấu hiệu con chuột Mickey).
 - ❖ Dấu hiệu tái hấp thu xuyên thành.
 - ❖ FH/ID: $< 40\%$ bình thường, 40 - 50% ranh giới, $> 50\%$ gợi ý đầu nước.
 - ❖ Chỉ số Evan FH/BPD $> 30\%$ (đường kính 2 sừng trán/đường kính lưỡng đỉnh).
 - ❖ Thở chai bị cong lên trên (phim MRI lát cắt đứng dọc).

- Chẩn đoán phân biệt:
 - ❖ Teo não: teo vỏ não bẩm sinh hay mắc phải gây dẫn rộng hệ thống não thất thứ phát, không gây tăng ALNS (Hydrocephalus ex vacuo).
 - ❖ Não nước (Hydranencephaly): do tắc cả 2 động mạch cảnh trong bẩm sinh hay do nhiễm trùng bào thai hoặc sơ sinh. Hậu quả là không hình thành gần toàn bộ đại não (phần được cấp máu bởi động mạch não trước và động mạch não giữa), chỉ có đồi thị, hạ đồi, thùy chẩm và các thành phần của hố sau (phần được cấp máu bởi động mạch não sau).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa có vai trò hỗ trợ

- Acetazolamide liều 25mg/kg/ngày.
- Furosemide liều 1mg/kg/ngày.

2. Điều trị ngoại khoa

- Mục tiêu: đạt được chức năng thần kinh tốt nhất, có kết quả thẩm mỹ tốt, chứ không phải là làm não thất trở về kích thước bình thường.
- Các phương pháp điều trị:
 - ❖ Dẫn lưu não thất ra ngoài: chỉ định trong những trường hợp bệnh đầu nước gây tăng ALNS cấp tính, đe dọa tính mạng cần dẫn lưu dịch não tủy tạm thời ra ngoài.
 - ❖ Shunts: chỉ định trong được trong hầu hết các dạng bệnh đầu nước, nhất là bệnh đầu nước thông thường, có nhiều dạng shunt sau:
 - Dẫn lưu não thất - ổ bụng (VP shunt): được dùng nhiều nhất và thường là chọn lựa đầu tiên trong các loại shunt.
 - Dẫn lưu não thất - tâm nhĩ (VA shunt): là chọn lựa để thay thế VP shunt khi không thể đặt VP shunt do có bất thường khoang màng bụng như có phẫu thuật ổ bụng trước đó, viêm phúc mạc, báng bụng...
 - Dẫn lưu thất lưng - ổ bụng: chỉ định trong bệnh đầu nước thông thường.

- Ngày nay, việc điều trị shunts đã có nhiều tiến bộ về mặt dụng cụ và kỹ thuật nhưng tỉ lệ biến chứng vẫn còn rất cao. Tỉ lệ tắc shunt trong năm đầu tiên 30 - 40%, tăng dần 5%/năm tiếp theo, tỉ lệ nhiễm trùng shunt thay đổi 5 - 15%. Tuy nhiên, đây vẫn là phương pháp lựa chọn đầu tiên cho phần lớn bệnh nhân bệnh đầu nước. Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của shunt:
 - + Tuổi (theo Rekate thì bệnh nhân càng nhỏ tuổi, nguy cơ càng cao).
 - + Nguyên nhân của bệnh đầu nước: sau viêm màng não, xuất huyết não thất ở trẻ sinh non, bệnh đầu nước phối hợp với thoát vị tủy màng tủy và tật Chiari type 2, bệnh đầu nước phức tạp có tỉ lệ thất bại shunt cao.
 - + Độ dày vỏ não lúc đặt shunt (theo Young thì độ dày vỏ não tại khớp vành $> 2,8$ cm cho tiên lượng tốt hơn, theo Rosseau khi độ dày vỏ não < 1 cm thì khả năng hồi phục kém).
- ❖ Nội soi phá sản não thất III:
 - Là lựa chọn hàng đầu cho những bệnh nhân bệnh đầu nước có bằng chứng của tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy, đặc biệt là tắc cống não. Phương pháp này có nhiều ưu điểm với tỉ lệ thành công cao, hạn chế được các biến chứng của VP shunt như nhiễm trùng shunt, máu tụ dưới màng cứng sau đặt shunt, hội chứng não thất hình khe...
 - Chống chỉ định: bệnh đầu nước thông thường và các tình trạng làm giảm tỉ lệ thành công của phương pháp như: trẻ nhỏ < 12 tháng tuổi (còn bàn cãi), viêm màng não.
 - đã đặt shunt trước đó, xuất huyết dưới nhện, có xạ trị trước đó.
 - Phẫu thuật đưa dụng cụ nội soi qua điểm Kocher vào sừng trán não thất bên, qua lỗ Monro vào não thất ba, đưa dụng cụ chọc thủng sản não thất ba và nong rộng lỗ thông để tạo sự thông thương giữa hệ thống não

thất và bề nền. Trong một số trường hợp phẫu thuật này có thể phối hợp thêm với mở thông vách trong suốt, đốt đám rối màng mạch.

- Có nhiều báo cáo cho thấy hiệu quả kiểm soát đầu nước từ 80 - 90% mà không cần dùng shunts nếu chọn lọc chỉ định tốt. Tuy nhiên, phương pháp này chỉ có thể áp dụng cho khoảng 25% bệnh đầu nước, đa số là có nguyên nhân tắc nghẽn. Các biến chứng có thể gặp: tổn thương vùng hạ đồi, liệt thoáng qua dây thần kinh 3 và 6, phình mạch thân nền do chấn thương...

IV. THEO DÕI

1. Theo dõi và điều trị biến chứng

- Biến chứng sớm:
 - ❖ Chảy máu sau mổ: theo dõi tri giác, chụp CT scan kiểm tra nếu nghi ngờ.
 - ❖ Rò dịch não tủy qua vết mổ: khâu vết mổ, dẫn lưu thất lưng.
- Biến chứng muộn:
 - ❖ Nghẹt dây Vpshunt.
 - ❖ Nhiễm trùng.
 - ❖ Dẫn lưu quá mức.
 - ❖ VP shunt lạc chỗ, đứt shunt.
 - ❖ Báng bụng, giả nang ổ bụng.
 - ❖ Dây shunt xuyên thủng tạng trong ổ bụng.

2. Tái khám: mỗi tháng/6 tháng đầu, sau đó mỗi 3 đến 6 tháng

U NÃO TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trong tất cả ung thư ở trẻ em, u não đứng thứ hai chỉ sau bệnh leukemia với tần suất 20% và thông thường là dạng đặc.
- (40-50%). Tần suất hàng năm 2-5/100.000.
- Tần suất và phân loại:
 - + Theo WHO (2007).
 - + U thần kinh đệm.
 - + U dây thần kinh sọ và rễ thần kinh tủy sống.
 - + U màng não.
 - + U bạch huyết và mạch máu.
 - + U tế bào mầm.
 - + U vùng yên.
 - + U di căn.
 - + U não trẻ em thường gặp nhất là gliomas (tiểu não, thân não, dây II), u tuyến tủy, u sọ hầu, teratomas, granulomas, PNETs (chủ yếu là medulloblastoma).
 - + Tần suất u não trẻ em.

Bảng phân loại u não

Loại U	Tỉ lệ
U não dưới lều	54%
Astrocytomas tiểu não	15%
Medulloblastomas	14%
Gliomas thân não	12%
Ependymomas	9%
Astrocytomas lành tính trên lều	13%

- + U não ở trẻ nhũ nhi chiếm 8% u não trẻ em, 90% u não trẻ sơ sinh có nguồn gốc từ ngoại bì thần kinh, teratoma là thông thường nhất. U trên lều (40%): astrocytoma, u đám rối mạch mạc, ependymomas, u sọ hầu. U não dưới lều (60%): medulloblastoma, astrocytoma tiểu não, glioma thân não.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- U não trên lều:
 - + Tăng áp lực nội sọ: xem bài tăng áp lực nội sọ.
 - + Tắc nghẽn sự lưu thông dịch não tủy (ít gặp): gây đầu nước.
 - + Khiếm khuyết thần kinh tiến triển:
 - Thùy trán: mất nghị lực, sa sút trí tuệ, thay đổi tính cách, quên động tác, liệt nhẹ nửa người, rối loạn ngôn ngữ (liên quan bán cầu ưu thế).
 - Thùy thái dương: ảo thính, ảo thị, ảo vị, ảo giác, giảm trí nhớ, mất thị giác $\frac{1}{4}$ thị trường phía trên đối bên.
 - Thùy đỉnh: giảm vận động và cảm giác đối bên, bán mạnh cùng bên, mất nhận thức và quên động tác.
 - Thùy chẩm: khiếm khuyết thị trường đối bên, mù (liên quan thể chai).
 - + Động kinh.
 - + Thay đổi trạng thái tâm thần: trầm cảm, lú lẫn.
 - + Triệu chứng của cơn thiếu máu não thoáng qua: tắc mạch do u, xuất huyết trong u, động kinh cục bộ.
 - + U tuyến yên: rối loạn nội tiết, giảm thị lực.
- U não hố sau:
 - + Tăng áp lực nội sọ do đầu nước.
 - + Các triệu chứng liên quan đến vị trí khối U:
 - Bán cầu tiểu não: thất điều, loạn tâm, run chi.
 - Thùy nhộng tiểu não: dáng đi rộng, thất điều thân, loạn choạng.
 - Thân não: dấu hiệu các dây thần kinh sọ, nystagmus.
- U não có hội chứng gia đình:
 - + H/C Von Hippel - Lindau: Hemangioblastoma.
 - + H/C xơ cứng củ: Subependymal Giant Cell Astrocytoma.
 - + H/C Neurofibromatosis (type I): Optic glioma, Astrocytoma, Neurofibroma.
 - + H/C Neurofibromatosis (type II): Vestibular Schwannoma, Meningioma, Ependymoma, Astrocytoma.
 - + H/C Turcot: Glioblastoma, Anaplastic Astrocytoma, Medulloblastoma, Pineoblastoma.
 - + H/C Cowden - Lhermitte - Duclos: Gangliocytoma tiểu não.

2. Cận lâm sàng

- CT scan có cản quang và MRI có cản từ.

III. ĐIỀU TRỊ

- Dexamethasone: 0.5 - 1mg/kg IV (liều tấn công), sau đó là: 0,25 - 0,5mg/kg/ngày chia mỗi 6h.
- Thuốc chống động kinh: khi có triệu chứng.
- Hóa trị: một số chất được sử dụng trong hóa trị u não như Nitrosoureas, Alkylating, Carboplatin.
- Xạ trị: lymphoma và u tế bào mầm (Germinoma) rất nhạy với xạ trị.
- Sinh thiết bằng khung định vị: chỉ định khi:
 - + U não nằm sâu, vùng chức năng quan trọng.
 - + Nhiều thương tổn.
 - + Thể trạng kém, không cho phép phẫu thuật.
- Phẫu thuật:
 - + ĐN tắc nghẽn do u tùy vị trí u có thể chọn lựa các phương pháp sau: nội soi phá sán não thất 3, VP shunt, dẫn lưu não thất ra ngoài.
 - + U não: tùy thuộc vào vị trí, kích thước, bản chất của khối u để chọn lựa phương pháp mổ thích hợp.
 - Phẫu thuật lấy toàn bộ u.
 - Phẫu thuật lấy bán phần u.
 - Sinh thiết.

U TỦY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

U tân sinh phát triển từ trong lòng hoặc chèn ép từ ngoài vào ống sống gây chèn ép tủy sống, rễ thần kinh.

2. Phôi thai

Đa phần u tủy ở trẻ em là u tân sinh, một số u tủy được xem là bẩm sinh: u mỡ, u xoang bì...do bất thường trong quá trình tạo ống thần kinh tạo nên.

3. Tần suất

5 - 10% u hệ thần kinh trung ương.

4. Phân loại

Bảng phân loại u tủy

Vị trí	Loại u	Tỉ lệ
U nội tủy	U sao bào U tế bào nội mô U mỡ	35%
U trong màng cứng - ngoài tủy	U xoang bì U sợi thần kinh U bao thần kinh U màng não U ngoại bì thần kinh nguyên phát	30%
U ngoài màng cứng tủy	Sarcom Erwing U nguyên bào thần kinh U quái U tế bào lympho U tế bào hạch thần kinh U di căn	35%

5. Nguyên nhân

Bẩm sinh hoặc mắc phải.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

Thường diễn tiến âm thầm nhiều tháng, đôi khi vài năm với đau âm ỉ một vùng cột sống. Sau đó xuất hiện triệu chứng chèn ép

rễ, tùy khi khối u đã rất lớn. Một số trường hợp khởi phát cấp tính sau chấn thương với triệu chứng thần kinh diễn tiến nhanh. Tùy vào từng loại u mà biểu hiện lâm sàng rất khác nhau.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Hội chứng cột sống:
 - + Đau tại cột sống là dấu hiệu sớm rất quan trọng.
 - + Cứng cổ.
 - + Sờ có khối u cạnh sống.
 - + Vẹo cột sống xuất hiện rất trễ.
- Hội chứng chèn ép rễ:
 - + Đau lan theo rễ thần kinh ra 2 tay hay chân.
 - + Tê, dị cảm theo rễ.
 - + Giảm phản xạ gân xương.
 - + Yếu cơ.
- Hội chứng chèn ép tủy:
 - + Liệt 2 chi dưới hoặc tứ chi.
 - + Mất cảm giác từ dưới mức tổn thương.
 - + Tăng phản xạ gân xương.
 - + Dấu bệnh lí tháp (+).
 - + Rối loạn cơ vòng.

3. Cận lâm sàng

- X-quang cột sống đánh giá tình trạng chung của cột sống, có thể gợi ý vị trí thương tổn.
- CT scan cột sống có ích trong trường hợp u có nguồn gốc từ xương.
- MRI cột sống là xét nghiệm tốt nhất.

4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: lâm sàng (hội chứng cột sống + chèn ép rễ + chèn ép tủy) + hình ảnh học.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Máu tụ ngoài màng tủy.
 - + Áp xe ngoài màng tủy.
 - + Viêm tủy.
 - + Lao cột sống.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phẫu thuật lấy toàn bộ u hoặc phần lớn khối u nhưng vẫn bảo tồn chức năng thần kinh là chọn lựa tốt nhất.
- Phẫu thuật giải ép tủy và sinh thiết u trong những trường hợp u xâm lấn nhiều, lan rộng, dính với mô xung quanh, khó bảo tồn chức năng thần kinh sau mổ.
- Cần nhắc trong chỉ định xạ trị cột sống ở trẻ em do nguy cơ gù, vẹo thứ phát.
- Cố định cột sống sau gù, vẹo thứ phát.

2. Phương pháp phẫu thuật

- Rạch da dọc theo đường giữa mồm gai.
- Bộc lộ bản sống, mồm gai trên và dưới tổn thương.
- Dùng craniotome cắt dọc hai bên bản sống (không gặm bỏ bản sống).
- Lật nguyên khối bản sống lên trên hoặc xuống dưới.
- Tùy khối u là trong hay ngoài màng cứng mà có phải mở màng cứng hay không.
- Dùng CUSA hút một phần trong khối u giải ép.
- Dùng vi phẫu bóc tách khối u ra khỏi mô tủy hoặc các rễ thần kinh nếu có thể.
- Không cần thiết phải lấy toàn bộ khối u nếu u xâm lấn và dính nhiều.
- Đặt lại và cố định bản sống lại vị trí cũ.
- Cần nhắc việc cố định cột sống nếu nguy cơ mất vững cao.

3. Chăm sóc sau mổ

- Mang nẹp cổ nếu phẫu thuật cột sống cổ đoạn dài.
- Thay băng vết mổ hàng ngày, theo dõi tình trạng vết mổ.

IV. THEO DÕI

1. Theo dõi và điều trị biến chứng

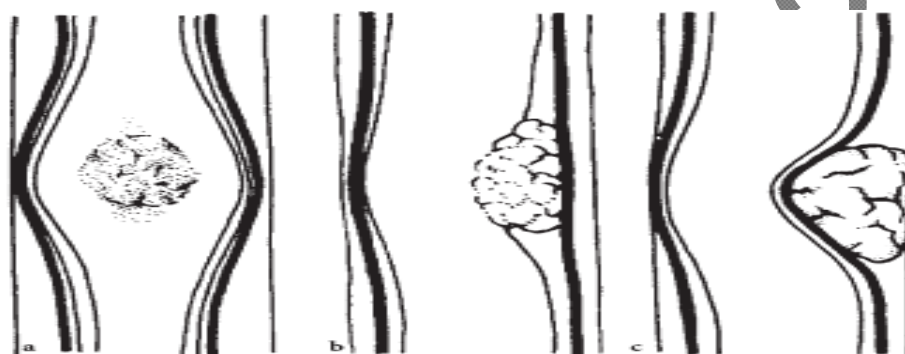
- Biến chứng sớm:
 - + Máu tụ: chụp MRI khẩn, mổ cấp cứu.
 - + Rò dịch não tủy: khâu tăng cường hay dẫn lưu thất lưng liên tục.
 - + Liệt tiến triển: thường do phù tủy sau mổ, sử dụng corticoid liều cao.
 - + Nhiễm trùng vết mổ: cắt lọc.

- Biến chứng muộn
- + Mất vững cột sống: mang nẹp cột sống 3 - 6 tháng hoặc cố định cột sống.

2. Tái khám

Mỗi tháng/6 tháng đầu, mỗi 3/6 tháng tiếp theo. Chụp X-quang cột sống kiểm tra mỗi 3 - 6 tháng. Chụp MRI kiểm tra sau 6 - 12 tháng.

V. HÌNH ẢNH



a: U nội tủy, b: U trong màng cứng – ngoài tủy, c: U ngoài màng tủy

(Nguồn: Anne Osbon, Diagnostic Neuroimaging)

XUẤT HUYẾT NÃO VÙNG MÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Xuất huyết não vùng màng là xuất huyết trong não ở trẻ mới sinh vị trí trong và xung quanh não thất.

2. Phôi thai

Vùng màng nằm bên dưới màng não thất bên có nguồn gốc từ nguyên bào thần kinh và nguyên bào xốp. Vùng này sẽ tạo ra hạch nền. Xuất huyết vùng màng là do sự mất khả năng tự điều hòa khi có hiện tượng tưới máu não quá mức gây vỡ các mao mạch ở vùng này vốn chưa trưởng thành và dễ vỡ.

3. Tần suất

- Tần suất xuất huyết não vùng màng gia tăng với trẻ sinh non và nhẹ cân.
- Trẻ < 1500gr và non tháng < 30 tuần: 20 - 25%.
- Trẻ < 1000gr: 69%.

4. Nguyên nhân

Các yếu tố làm tăng lưu lượng máu não - áp lực tưới máu não:

- Sanh ngạt.
- Tăng CO₂ máu.
- Tràn khí màng phổi.
- Bệnh tim bẩm sinh tím.
- Thiếu máu.
- Giảm đường máu.
- Tăng áp lực máu.
- Sanh non.
- Trọng lượng thấp.
- Nhiễm trùng ối.
- Không được sử dụng corticoid dự phòng trước sinh 48 giờ ở trẻ sinh non.
- Toan máu.
- Rối loạn đông máu.
- Người mẹ sử dụng cocain, aspirin.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Xuất huyết vùng mặt không triệu chứng: thường là những xuất huyết nhỏ nghi ngờ trong trường hợp có giảm Hct hoặc có dấu thần kinh khu trú muộn.
- Xuất huyết vùng mặt bán cấp: những xuất huyết nhỏ diễn tiến chậm, lâm sàng biểu hiện kích thích, giảm cử động hoặc có cử động mắt bất thường.
- Xuất huyết vùng mặt cấp:
 - + Thay đổi trương lực và hoạt động cơ: gồng mắt vỏ, duỗi mắt não, đôi khi liệt mềm.
 - + Động kinh.
 - + Thóp căng.
 - + Huyết áp thấp.
 - + Rối loạn hô hấp và tim mạch.
 - + Đồng tử mất phản xạ ánh sáng và/hoặc lé trong.
 - + Hct giảm >10%.
- Đầu nước (20 - 50%): có thể âm thầm hoặc tiến triển. Thường xảy ra 1 - 3 tuần sau xuất huyết. Xuất huyết vùng mặt độ III - IV có tỷ lệ ĐN cao hơn độ khác.
- PHÂN ĐỘ PAPILE
 - + Độ I: XH dưới màng não thất.
 - + Độ II: XH não thất, không có dẫn não thất.
 - + Độ III: XH não thất + dẫn não thất.
 - + Độ IV: XH não thất + XH nhu mô.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm xuyên thóp: độ chính xác 88% (độ nhạy: 91%, độ đặc hiệu 85%).
 - + Các định vị trí kích thước khối máu tụ, kích thước não thất bể dầy vỏ não.
 - + Thực hiện dễ dàng tại giường không xâm lấn.
 - + Dùng để theo dõi liên tục diễn tiến bệnh.
- CT scan: sử dụng khi không thể siêu âm tại giường.
- Hct.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Duy trì ổn định lưu lượng máu não, áp lực tưới máu não, huyết áp động mạch trung bình, PaCO_2 .
- Theo dõi dẫn não thất bằng siêu âm.

2. Điều trị

- Điều trị nội khoa: một số thuốc lợi niệu được dùng nhưng ít có hiệu quả.
- Điều trị ngoại khoa: tùy thuộc vào tình trạng lâm sàng, cân nặng.
- Chọc dò tủy sống thất lưng (10ml/kg/ngày) khi có XHNT gây dẫn não thất, bệnh đầu nước thông.
- Chọc dò qua não thất, dẫn lưu não thất ra ngoài: ít sử dụng do nguy cơ tổn thương não, tỷ lệ nhiễm trùng cao.
- Đặt reservoir dưới da và chọc hút mỗi ngày (10ml/kg/ngày): được sử dụng rộng rãi trong giai đoạn đầu nước cấp tính.
- Dẫn lưu não thất dưới cân galea: chưa được áp dụng rộng rãi.
- VP shunt: trong trường hợp đầu nước tiến triển khi trẻ đạt cân nặng > 2.000 gr và Protein trong dịch não tủy < 100mg %.

DI DẠNG MẠCH MÁU NÃO

A. TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Túi phình động mạch não là nguyên nhân chính gây xuất huyết khoang dưới nhện. Sinh bệnh học còn nhiều bàn cãi.
- Khác với mạch máu ngoài sọ, mạch máu não có lớp áo ngoài và lớp cơ kém đàn hồi hơn, mỏng hơn trong khi đó lớp áo trong đàn hồi chiếm ưu thế. Kèm với mạch máu não nằm trong khoang dưới nhện nhận được ít sự nâng đỡ của mô liên kết là yếu tố thuận lợi được hình thành túi phình.

2. Tần suất

- Theo thống kê tại Mỹ mỗi năm có khoảng 25.000 - 30.000 ca xuất huyết dưới nhện không do chấn thương trong đó 80% là do vỡ túi phình mạch máu não.
- Tỷ lệ túi phình ở trẻ em chiếm khoảng 2% trong tổng số túi phình ở các độ tuổi.

3. Phân loại túi phình

- Theo hình thái: túi phình dạng túi (Saccular), túi phình dạng hình thoi (Fusiform) và dạng bóc tách (Dissecting).
- Theo vị trí: 85% tuần hoàn trước của đa giác Willis, 15% tuần hoàn sau.
- Theo kích thước:
 - + < 5 mm gọi là túi phình nhỏ.
 - + 6-15 mm: trung bình.
 - + 15-25 mm: lớn.
 - + > 25 mm: túi phình khổng lồ.

4. Nguyên nhân

- Bẩm sinh do sự khiếm khuyết cơ của thành mạch: HC Marfan, HC Ehlers – Danlos...
- Xơ vữa động mạch hoặc tăng huyết áp.
- Nhiễm trùng.
- Chấn thương.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử: thường có các cơn đau đầu thoáng qua hoặc đau đầu dữ dội nếu túi phình không vỡ gây chèn ép.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Dấu hiệu cảnh báo:
 - + Túi phình không vỡ chèn ép thân não gây liệt $\frac{1}{2}$ người và tổn thương các dây thần kinh sọ.
 - + Sụp mí do liệt dây III (túi phình ở đoạn thông sau), túi phình động mạch mắt gây mất thị lực do chèn ép dây II.
 - + Đau mắt do túi phình động mạch cảnh trong đoạn xoang hang hay đoạn cạnh mắt giường trước gây chèn ép dây thần kinh V1, V2.
 - + Rối loạn nội tiết do túi phình đoạn trong hoặc trên yên gây chèn ép tuyến yên.
 - + Các dấu hiệu nhồi máu não hay thiếu máu thoáng qua do tắc mạch nhỏ: thông manh, bán manh đông danh.
- Dấu hiệu khi có xuất huyết dưới nhện:
 - + Bệnh nhân đột ngột nhức đầu dữ dội, nôn ói, sợ ánh sáng, tiếng động, dấu thần kinh tiến triển. Khám có hội chứng màng não điển hình: Kernig, Brudzinski (+).
 - + Phân độ lâm sàng theo Hunt- Hess:
 - Độ I: đau đầu nhẹ - cứng gáy nhẹ.
 - Độ II: đau đầu nhiều - cứng gáy không có dấu thần kinh.
 - Độ III: lơ mơ, lú lẫn, có dấu hiệu thần kinh khu trú.
 - Độ IV: hôn mê liệt nửa người, gồng mắt vỏ, rối loạn thần kinh thực vật.
 - Độ V: hôn mê sâu, gồng mắt não, hấp hối.
- Cận lâm sàng:
 - + CT scan: phát hiện xuất huyết dưới nhện trên 95% trường hợp. Một số trường hợp muộn CT scan cần thiết phải chọc dò dịch não tủy để chẩn đoán.
 - + CT angiography, MR angiography: để xác định vị trí, kích thước túi phình.
 - + DSA: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và cho chỉ định điều trị.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị (cho các túi phình đã vỡ)

- Hồi sức nội khoa.
- Điều trị biến chứng sau vỡ túi phình (tái vỡ túi phình, đầu nước cấp tính, co thắt mạch máu não, động kinh).
- Điều trị đặc hiệu cho túi phình: loại bỏ túi phình khỏi tuần hoàn mạch máu não.

2. Các phương pháp điều trị đặc hiệu

- Phẫu thuật kẹp túi phình.
- Can thiệp nội mạch: thả bóng, Coil hoặc tắc động mạch gốc.
- Đối với túi phình chưa vỡ, có đường kính $> 6\text{mm}$, có triệu chứng thì nên điều trị.

IV. THEO DÕI

- Biến chứng sớm:
 - + Vỡ túi phình trong lúc can thiệp.
 - + Co thắt mạch ngăn cản việc can thiệp nội mạch.
 - + Không tắc được hoàn toàn trong can thiệp lần đầu.
- Biến chứng muộn: túi phình bị tái thông và phát triển lại.

V. TÁI KHÁM

- Sau 1 tháng - 3 tháng - 6 tháng - 1 năm.
- Chụp MRA hay DSA kiểm tra lại sau 6 tháng 1 năm.

B. DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO (AVM)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: là một tổn thương gồm có 3 thành phần: các động mạch nuôi, búi dị dạng (nidus), và các tĩnh mạch dẫn lưu.

2. Tần suất: 0,14% - 0,8% trong dân số.

3. Phân loại

- Theo vị trí:
 - + AVM vỏ não.
 - + AVM dưới vỏ.
 - + AVM quanh não thất.
- Theo Spetzler - Martin dựa vào 3 tiêu chí:
 - + Kích thước:
 - Nhỏ $< 3\text{ cm}$: 1 điểm

- Trung bình (3 - 6 cm): 2 điểm
- Lớn > 6cm: 3 điểm
- + Vị trí:
 - Vùng không chức năng: 0 điểm
 - Vùng chức năng: 1 điểm
- + Tĩnh mạch dẫn lưu:
 - Đổ về tĩnh mạch nông: 0 điểm
 - Đổ về tĩnh mạch sâu: 1 điểm

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Xuất huyết não: nguy cơ xuất huyết não 3 - 6 % mỗi năm, tỉ lệ tử vong và tàn phế do vỡ AVM khoảng 13%.
- Đau đầu.
- Đau thần kinh khu trú do AVM chèn ép.
- AVM ở vùng màng cứng có thể nghe được tiếng thổi.
- Đau nước (do tĩnh mạch dẫn lưu đổ về tĩnh mạch Gallen gây dẫn lớn tĩnh mạch Gallen, chèn ép công não).
- Suy tim sung huyết.

2. Cận lâm sàng

- CT scan có cản quang: là những khối bất cản quang không đồng nhất dạng tổ ong có thể thấy các mạch máu dẫn lớn bất thường đôi khi có kèm theo hình ảnh đóng vôi bất thường trong búi dị dạng.
- MRI: trên MRI là những khối “Flow void” những mạch máu dẫn lớn bất thường.
- DSA: thấy được cấu trúc AVM, động mạch nuôi, búi dị dạng, tĩnh mạch dẫn lưu.

III. ĐIỀU TRỊ

- Phẫu thuật: AVM ở vị trí nông, kích thước nhỏ, vùng não không quan trọng, thang điểm Spetzler - Martin ≤ 3 điểm.
Xạ trị Gamma Knife: AVM kích thước ≤ 3 cm, shunt động tĩnh mạch có lưu lượng thấp, vùng não có chức năng quan trọng. Hiệu quả tắc AVM thường chậm sau 2 năm nên phải theo dõi lâu dài.

- Can thiệp nội mạch: nhằm làm giảm bớt lưu lượng máu đến nuôi AVM bằng cách luồn catheter vào các động mạch nuôi và bơm chất gây tắc.
- Đối với các AVM lớn, phức tạp, cần phải phối hợp nhiều phương pháp.

IV. THEO DÕI

- Biến chứng sớm:
 - + Phù não và xuất huyết (sau mổ)
 - + Sung huyết do tắc tĩnh mạch dẫn lưu
- Biến chứng muộn:
 - + Xuất huyết tái phát sau tắc mạch
 - + Động kinh
 - + Huyết khối muộn các tĩnh mạch dẫn lưu, xoang tĩnh mạch sau mổ hoặc xuất huyết tái phát từ phần búi dị dạng còn lại

V. TÁI KHÁM

- Sau 1 tháng - 3 tháng - 6 tháng - 1 năm, chụp MRA hay DSA kiểm tra lại sau 6 tháng.

DỊ TẬT DÍNH KHỚP SỌ SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Biến dạng hộp sọ bẩm sinh do dính một hay nhiều khớp sọ trong thời kì phôi thai.

2. Phôi thai

Sự dính khớp sọ bẩm sinh gây sự phát triển bù trừ quá mức tại các khớp sọ kế cận.

3. Tần suất: 0,6/1.000 trẻ sanh sống

4. Phân loại

- Dính khớp sọ không hội chứng (dính khớp sọ đơn thuần)

Khớp	Biến dạng	Tỉ lệ
Dọc giữa	Đầu hình thuyền	40 - 60%
Khớp vành 1 bên	Đầu dẹt phía trước 1 bên	20 - 30%
Khớp vành 2 bên	Đầu dẹt 2 bên	10%
Khớp Metopic	Đầu tam giác	5 - 10%
Khớp Lambda	Đầu dẹt phía sau	1 - 3%

- Dính khớp sọ hội chứng: phối hợp nhiều dị tật sọ mặt, tứ chi. Có > 50 hội chứng được mô tả nhưng có 3 hội chứng chính.

Hội chứng	Đặc điểm	Tần suất
Crouzon	Dính khớp vành 2 bên Thiếu sản xương hàm trên Lồi mắt	1/25.000
Apert	Như Crouzon Dính các ngón tay 2, 3, 4 Chậm phát triển	1/100.000
Pfeiffer	Dính tất cả khớp sọ Thiếu sản ổ mắt, xương hàm trên Ngón tay cái, chân cái rất to	1/200.000

5. Nguyên nhân

Có liên quan đến đột biến gen mã hóa sự tăng trưởng nguyên bào sọ (FGFR1, FGFR2).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

Bệnh có thể được phát hiện ngay sau sinh hoặc vài tháng sau sinh khi có sự biến dạng rõ.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Biến dạng hộp sọ điển hình tùy theo khớp bị dính.
- Sờ có gờ xương tại vị trí dính khớp.
- Không thể bập bênh theo đường khớp.
- Biến dạng vùng hàm mặt, tứ chi kèm theo.
- Chậm phát triển tâm thần vận động nếu có kèm hội chứng.
- Tăng áp lực nội sọ chủ yếu gặp trong dính khớp sọ hội chứng (40%).

Bảng các hình thái lâm sàng dị tật dính khớp sọ

Dính khớp	Hình dạng đầu	Đặc điểm
Dọc giữa	Đầu hình thuyền (Scaphocephaly) Đầu dài (Dolichocephaly)	Vòng đầu bình thường Tăng đk trước - sau Hẹp đk lưỡng đỉnh Ụ trán, ụ chẩm nhô cao
Khớp vành 1 bên	Đầu dẹt 1 bên (Unilateral plagiocephaly)	Trán bên dính bị dẹt, bên đối diện thì nhô ra trước Trần ổ mắt bên dính đẩy lên cao và xoay ngoài (dấu Harlequin) Mũi bị lệch sang đối bên
Khớp vành 2 bên	Đầu dẹt 2 bên (Bilateral plagiocephaly) Đầu ngắn (Brachycephaly)	Trán dẹt, rộng sang hai bên Giảm đk trước - sau Tăng đk lưỡng đỉnh
Khớp Metopic	Đầu hình tam giác (Trigonocephaly)	Đầu hình tam giác với góc nhọn nhô ra trước giữa hai xương trán Không có hai ụ trán
Khớp Lambda	Đầu dẹt phía sau (Posterior plagiocephaly)	Dẹt vùng sau chẩm Nhô ụ trán đối bên
Tất cả các khớp	Đầu hình tháp (Oxycephaly)	Đầu nhỏ, hình tháp

3. Cận lâm sàng

- X-quang sọ.
- Multislice CT scan sọ tạo hình 3D là xét nghiệm quan trọng nhất.
- CT scan não, MRI não để đánh giá tình trạng đầu nước hay các dị tật khác của não kèm theo.

4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: khám lâm sàng + CT scan sọ 3D.
- Chẩn đoán phân biệt.

Bảng phân biệt dính khớp lambda thật sự
và tật sọ dẹt phía sau do tư thế

Dính khớp lambda thật sự	Tật sọ dẹt phía sau do tư thế
Rất hiếm gặp: 1/150.000 trẻ Trẻ phát triển bình thường, phát triển rõ vài tháng sau sanh Vành tai và u trán cùng bên bị đẩy ra sau Không thay đổi theo tư thế	Thường gặp Trẻ nằm lâu một tư thế, mắc bệnh mạn tính, vẹo cổ bẩm sinh, chậm phát triển... Vành tai và u trán cùng bên bị đẩy ra trước Cải thiện dần sau khi thay đổi tư thế nằm

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Tạo hình lại hộp sọ để điều chỉnh và phòng ngừa biến dạng thứ phát.
- Giải phóng yếu tố chèn ép gây cản trở sự phát triển não bộ.

2. Phương pháp phẫu thuật: có nhiều phương pháp

- Trẻ nhỏ < 3 tháng:
 - + Cắt đường khớp bị dính qua nội soi hay mổ hở.
 - + Cắt và kéo dẫn khớp sọ bằng dụng cụ.
- Trẻ 3 - 6 tháng là lứa tuổi phẫu thuật tạo hình tốt nhất do xương còn mềm mại và chưa biến dạng nhiều.
- Trẻ lớn > 6 - 12 tháng thường biến dạng khá nhiều nên cần tạo hình một phần hoặc toàn bộ hộp sọ.

3. Chăm sóc sau mổ:

- Cho trẻ nằm đầu cao để giảm phù nề vùng mặt.
- Thuốc giảm đau liều cao, kháng sinh, chống động kinh phòng ngừa.

IV. THEO DÕI

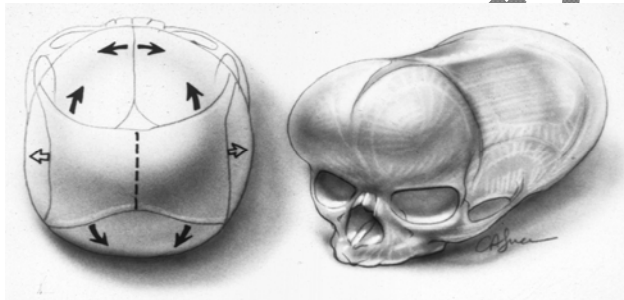
1. Theo dõi và điều trị biến chứng

- Biến chứng sớm: rách màng cứng, rò dịch não tủy, rách xoang tĩnh mạch. Các biến chứng này hiếm gặp, thường được phát hiện và khâu lại màng cứng ngay trong mổ.
- Biến chứng muộn:
 - + Nhiễm trùng vết mổ: cắt lọc, kháng sinh.
 - + Tụ dịch não tủy: dẫn lưu thất lưng.
 - + Tiêu xương sọ: mổ lại.
 - + Dính khớp tái phát: mổ lại.

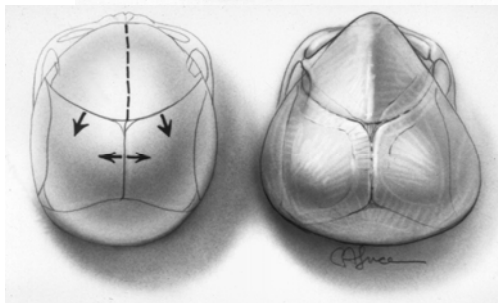
2 Tái khám

Tái khám mỗi tháng/6 tháng đầu, mỗi 6 - 12 tháng tiếp theo để đánh giá yếu tố thẩm mỹ.

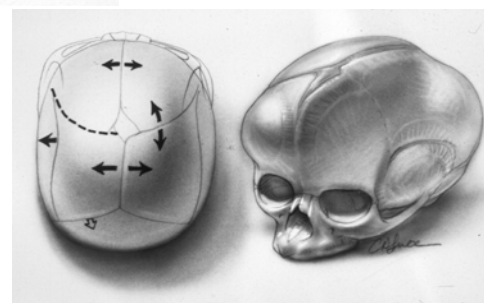
V. HÌNH ẢNH



1. Dính khớp dọc giữa

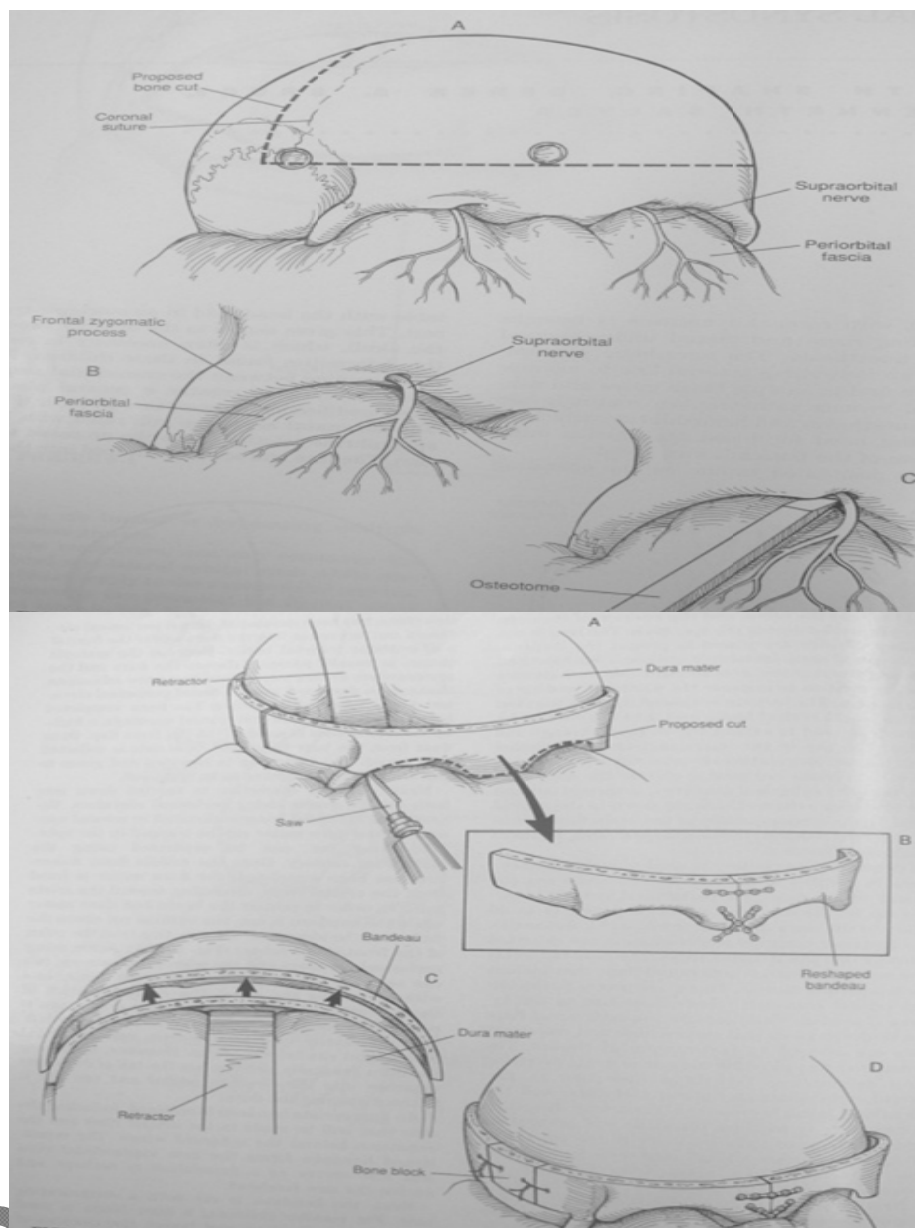


2. Dính khớp Metopic



3. Dính khớp vành một bên

(Nguồn: J.T Goorich, Atlas of Plastic Neurosurgery)



Tạo hình vùng trán - ổ mắt
(Nguồn: William Cheek, Atlas of Pediatric Neurosurgery)

DI TẬT CỘT SỐNG CHẴ ĐÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Là do khiếm khuyết bẩm sinh của cung sau đốt sống gây thoát vị các thành phần của ống thần kinh (màng tủy, dịch não tủy, tủy sống, rễ thần kinh).

2. Phôi thai

Do sai sót trong quá trình tạo ống thần kinh nguyên phát ở tuần thứ 3 - 5 của phôi.

3. Tần suất

0.05 - 0.25/1000 trẻ sanh sống/năm.

4. Phân loại

- Di tật hở: ống thần kinh bị thoát vị ra ngoài không được lớp da che phủ. Có 2 loại: thoát vị màng tủy, thoát vị tủy - màng tủy.
- Di tật kín: có da, mỡ dưới da che phủ. Có rất nhiều sang thương kèm theo: u mỡ, u dạng bì, nang ống tiêu hóa, tủy chẻ đôi, tủy bám thấp.

5. Nguyên nhân

Có nhiều yếu tố liên quan:

- Gia đình có anh, em ruột bị bệnh
- Môi trường sống ô nhiễm, kinh tế khó khăn, chiến tranh, thảm họa, thiên tai ...
- Thai sản: thiếu acid folic, mẹ uống thuốc chống động kinh Valproic acid, vitamin A, mẹ béo phì, tiểu đường ...
- Đột biến gen

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Ngay sau sanh bác sĩ hoặc người nhà phát hiện bé có một “khối u” ở dọc theo đường giữa lưng - thắt lưng, thường chủ yếu vùng thắt lưng – cùng.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Nếu di tật hở thì khối này dạng nang chứa dịch não tủy, có thể nhìn xuyên qua lớp màng nhện thấy được ống thần kinh. Trường hợp nang này đã vỡ > 24 giờ thường có biểu hiện nhiễm trùng mủ tại chỗ và viêm màng não.

- Nếu dị tật kín có thể nhìn thấy một khối dưới da ngay giữa hoặc cạnh giữa cột sống.
- Sờ dọc theo cột sống sẽ thấy khuyết mồm gai và bản sống của một vài đốt sống.
- Dấu hiệu bề mặt da:
 - + Có một chùm lông bất thường.
 - + Khối u dưới da.
 - + U máu da, dát sắc tố.
 - + Máu da thừa.
 - + Hố lõm nhỏ.
- Gù, vẹo cột sống.
- Biến dạng gối, gót.
- Tiểu mất kiểm soát ngắt quãng hoặc liên tục.
- Mất cảm giác, mất phản xạ, yếu liệt hai chi dưới.
- Đầu nước tiến triển.

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm xuyên thóp, siêu âm cột sống: ở trẻ nhỏ < 3 tháng.
- MRI toàn trục TKTW, có giá trị nhất, có thể tầm soát các dị tật khác kèm theo của hệ TKTW.
- Niệu động học: khảo sát phân loại và mức độ tổn thương bàng quang thần kinh.
- X-quang cột sống, chi dưới: khi có biến dạng cột sống, gối, gót.

4. Chẩn đoán

Dựa trên khám lâm sàng và hình ảnh học (MRI) cần tìm hết các dị tật kèm theo: đầu nước, dị tật Chiari, tủy bám thấp, chân khoèo, vẹo cột sống...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Tạo hình ống thần kinh cấp cứu trong 24 giờ đầu để phòng ngừa nhiễm trùng nếu dị tật hở có biểu hiện vỡ, dọa vỡ. Đặt VP shunt cùng lúc hoặc thì hai (sau 2 hay 3 ngày) nếu có đầu nước nặng.

- Dị tật kín thường chỉ phẫu thuật khi có triệu chứng thần kinh.
- Cắt bớt khối u gây chèn ép tủy, không cố gắng lấy toàn bộ u do nguy cơ tổn thương tủy rất cao, giải phóng tủy khỏi các mô sợi dày dính và dây tạn cùng.

- U dạng bì nên mổ khẩn do nguy cơ áp xe thứ phát, phải cắt toàn bộ nang bì và đường dò của nang bì.
- Theo dõi, điều trị đầu nước, Chiari kèm theo khi có triệu chứng lâm sàng.

2. Phương pháp phẫu thuật

- Rạch da đường ngang hoặc đường dọc cột sống.
- Tách khối cơ cạnh sống hai bên.
- Bộc lộ cổ thoát vị, cắt một phần bản sống phía trên và dưới thương tổn.
- Tách, xẻ màng cứng từ vị trí bình thường đến chỗ thoát vị.
- Cắt phần lớn khối u giải áp với sự hỗ trợ của kính vi phẫu, CUSA.
- Dùng máy kích thích thần kinh để phát hiện các rễ quan trọng.
- Cắt dây tận cùng, giải phóng tủy và chùm đuôi ngựa.
- Đóng vết mổ đủ 5 lớp: placode, màng cứng, cân cơ, dưới da, da.
- Dùng keo dán kín vết mổ.

3. Chăm sóc sau mổ

- Cho bé nằm nghiêng hoặc sấp, xoay trở thường xuyên, không nên nằm ngửa gây chèn ép trực tiếp vết mổ.
- Vệ sinh thường xuyên không cho phân, nước tiểu dính vào vết mổ.
- Lưu thông tiểu liên tục 5 - 7 ngày.

IV. THEO DÕI

1. Theo dõi và điều trị biến chứng

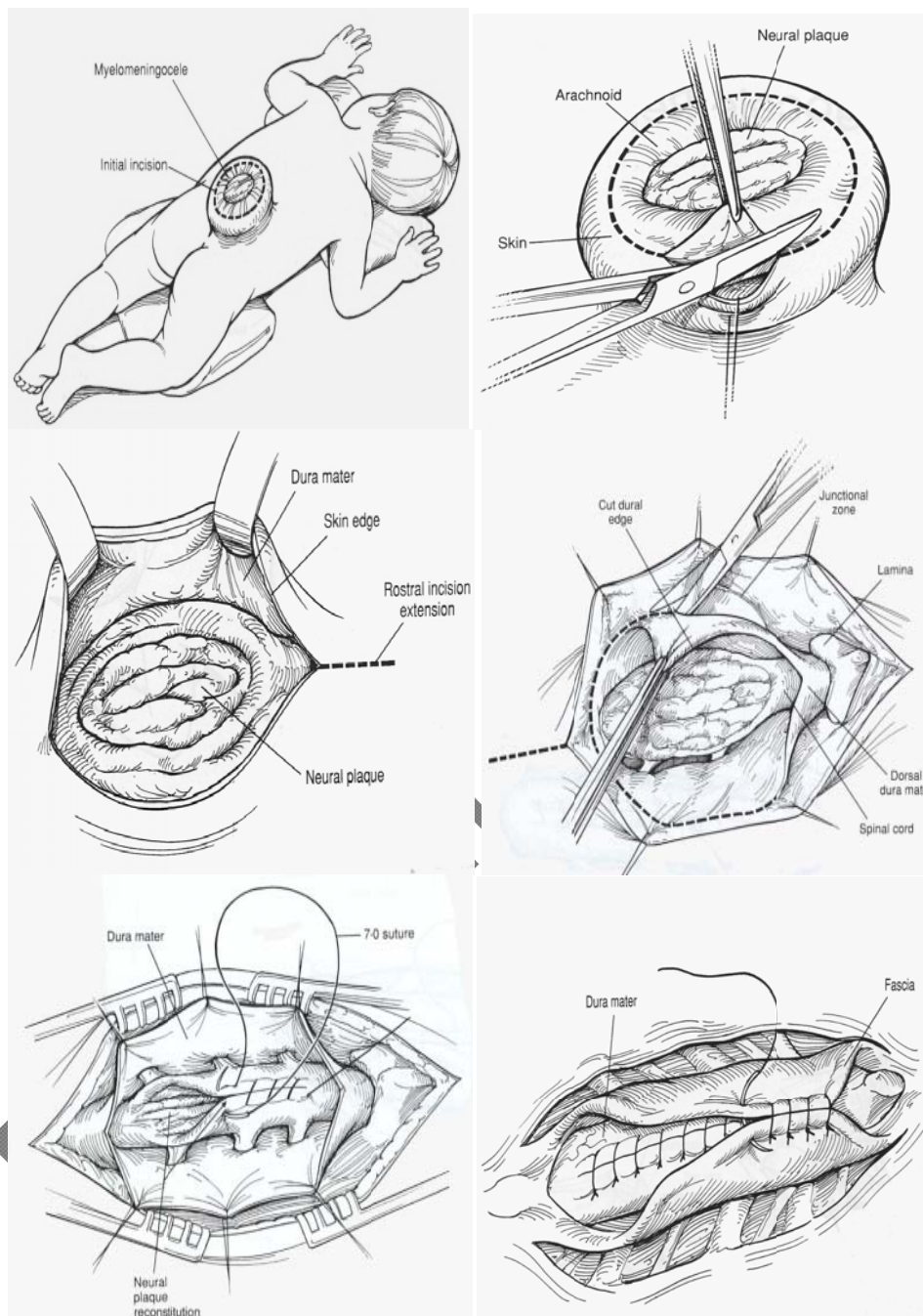
- Đo vòng đầu mỗi ngày và siêu âm xuyên thóp 2 lần mỗi tuần, nếu tăng kích thước vòng đầu $> 1\text{cm/tuần}$ và có tăng kích thước não thất trên siêu âm thì nên chỉ định đặt VP shunt.
- Theo dõi lâm sàng và tình trạng vết mổ để phát hiện và điều trị các biến chứng.
- Biến chứng sớm:
 - + Rò dịch não tủy vết mổ: khâu tăng cường vết mổ, nếu vẫn không hiệu quả thì nên kiểm tra ngay siêu âm hay CT scan não vì nhiều khả năng là do đầu nước tiến triển.
 - + Nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não: cắt lọc, kháng sinh
 - + Đầu nước tiến triển: VP shunt.

- Biến chứng muộn:
 - + Biến chứng của VP shunt: kiểm tra shunt.
 - + Dị tật Chiari type 2: giải ép chằm cổ.
 - + Tủy bám thấp, rỗng tủy: cắt dây tặn cùng, dẫn lưu nang rỗng tủy.
 - + Bàng quang thần kinh: thông tiểu ngắt quãng.
 - + Chân khèo: mang nẹp chỉnh hình.

2. Tái khám

- Tái khám mỗi tháng/6 tháng đầu, mỗi 3 tháng/6 tháng tiếp, mỗi năm sau đó.
- Đo niệu động học mỗi năm.
- Cần phối hợp theo dõi với các bác sĩ niệu khoa, chỉnh hình, phục hồi chức năng.

IV. HÌNH ẢNH



Tạo hình ống thần kinh trong thoát vị tủy-màng tủy
(Nguồn: William Cheek, Atlas of Pediatric Neurosurgery)

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA NHIỄM TRÙNG HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

ÁP XE NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

- 1. Định nghĩa:** áp xe não là một hiện tượng viêm và nung mủ khu trú nằm trong tổ chức nhu mô não.
- 2. Tần suất:** 1.500 – 2.000 ca/năm tại Mỹ. Tỷ lệ áp xe não sẽ cao hơn ở các quốc gia chậm phát triển.
- 3. Nguyên nhân và sinh bệnh học:** vi trùng xâm nhập hệ thần kinh trung ương.
 - Trực tiếp:
 - + Do phẫu thuật thần kinh.
 - + Các phẫu thuật tai mũi họng.
 - + Chấn thương sọ não.
 - + Từ các ổ viêm xoang, viêm tai giữa, viêm tai xương chũm.
 - Gián tiếp:
 - + Qua đường máu: do khuẩn huyết do tim bẩm sinh tím, nhiễm trùng huyết.
 - + Qua đường viêm màng não do vi trùng: gây tăng TN Falpha (Tumor Necrosis factor alpha) làm phá vỡ hàng rào máu não dễ gây áp xe não khu trú.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử và triệu chứng lâm sàng

- Đau đầu dữ dội.
- Sốt.
- Ói.
- Cơ co giật.
- Thay đổi về tâm thần.
- Hôn mê.
- Dấu thần kinh khu trú.
- Phù gai.
- Dấu màng não.

- Liệt nhẹ nửa người.
- Liệt dây sọ.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: 60 - 70% trường hợp bạch cầu tăng dưới 20.000, 30 - 40% bạch cầu bình thường.
- VS tăng trong 60 - 70% trường hợp.
- Dịch não tủy: thường vô trùng có sự tăng nhẹ lympho và protein, đường dịch não tủy thường bình thường (dịch não tủy ít có giá trị chẩn đoán nên việc chọc dò tủy sống để khảo sát các thành phần trong dịch não tủy là không cần thiết)
- CT scan có bơm thuốc cản quang, MRI: thấy ổ áp xe bắt thuốc vỏ bao dày.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: phải loại trừ ổ áp xe và loại hẳn nguồn gốc gây ra áp xe não.

- Điều trị corticoid khi có phù não chèn ép đẩy lệch đường giữa, liều dexamethasone 0,5 mg/kg/ngày tiêm mạch.
- Điều trị nội khoa kháng sinh khi ổ áp xe vị trí sâu, kích thước nhỏ hơn 2 cm hoặc áp xe đa ổ nhưng không có dấu chứng lâm sàng nặng, chụp CT scan mỗi 1 - 2 tuần để đánh giá tiến triển của điều trị.

2. Chỉ định phẫu thuật

- Ổ áp xe lớn hơn 3 cm.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Khối áp xe chèn ép nguy cơ tụt não.
- Khối áp xe có nguy cơ vỡ vào hệ thống não thất.
- Khối áp xe chèn ép gây tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy gây đầu nước tắc nghẽn.

3. Chuẩn bị trước mổ

- Làm xét nghiệm huyết đồ, chức năng đông máu, chức năng gan thận, X-quang phổi, đăng ký hồng cầu lắng cùng nhóm.
- Phương pháp phẫu thuật:
- Chọc hút ổ áp xe: khoan sọ một lỗ tương ứng phía trên ổ áp xe nếu ổ áp xe nông, ngược lại nếu ổ áp xe sâu sẽ chọc hút bằng khung định vị.

- Bóc bao ổ áp xe:
 - + Khi ổ áp xe có bao dày, vị trí nông, phù nề quanh ổ áp xe ít.
 - + Đáy ổ áp xe không sâu.
 - + Áp xe đã được chọc hút nhưng không hiệu quả.

4. Sau mổ: kháng sinh đủ 4 tuần nếu bóc bao, 6 - 8 tuần nếu chọc hút hoặc điều trị bảo tồn.

IV. THEO DÕI

- Biến chứng sớm: chảy máu sau mổ.
- Biến chứng muộn: di chứng thần kinh, tâm thần vận động.
- Tái khám chụp CT scan mỗi 3 - 6 tháng trong năm đầu tiên.

TỤ MỦ DƯỚI MÀNG CỨNG VÀ ÁP XE NGOÀI MÀNG CỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Tần suất

13 - 25% ở các quốc gia phát triển (nhiễm trùng nội sọ ở tất cả các lứa tuổi).

Nghiên cứu tại bệnh viện Worth - Durban Nam Phi: tỉ lệ 9 ca/1.000.000 dân/1 năm.

Tỉ lệ nam/ nữ: 3/1.

2. Nguyên nhân

Áp xe ngoài màng cứng nguyên nhân chính là do nhiễm trùng lân cận như viêm xoang chũm, viêm xoang mũi, hai bên ổ mắt, nhiễm trùng xương sọ, xoang bì bẩm sinh (Dermal sinus), chấn thương, sau phẫu thuật.

Nguyên nhân của tụ mủ dưới màng cứng thường là do viêm xoang sàng, xoang trán, viêm tai giữa, viêm xương chũm, áp xe não vỡ vào khoang dưới màng cứng, viêm màng não mủ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử và triệu chứng lâm sàng

- Áp xe ngoài màng cứng: đau đầu, đau tai, sốt, chảy dịch tai, căng phồng dưới da vùng trán, vùng mũi, quanh hốc mắt, vùng thái dương.

Các triệu chứng ít gặp hơn:

- + Đau thần kinh khu trú: liệt VII, VI.
- + Yếu nửa người.
- + Co giật, lơ mơ, hôn mê.
- Tụ mủ dưới màng cứng: chảy dịch tai, mũi, sốt (96%), đau đầu dữ dội, co giật (50 - 60%), đau thần kinh khu trú (80 - 90%), yếu nửa người, yếu một chân, bán manh, ngủ gà, giảm tri giác, 80% có dấu phản ứng màng não.
- Hôn mê ít gặp.

2. Cận lâm sàng

- Huyết đồ: bạch cầu tăng, CRP tăng.
- Dịch não tủy trong tụ mủ dưới màng cứng thường có sự tăng nhẹ bạch cầu khoảng 150 - 600 bạch cầu/mm³, đường thường

là bình thường, protein 75 - 150 mg/dl (chọc dò dịch não tủy thường không cần thiết để chẩn đoán và điều trị).

- CT scan có cản quang phát hiện một lớp dịch hình liềm dưới màng cứng một bên hoặc hai bên bán cầu có vỏ bao bất thuốc cản quang rõ, đậm độ dịch cao hơn dịch não tủy.

3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.
- Chẩn đoán phân biệt tụ mủ dưới màng cứng với tụ dịch dưới màng cứng đơn thuần hoặc tụ máu dưới màng cứng mạn tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: giống áp xe não.

2. Chuẩn bị trước mổ: giống áp xe não.

3. Phương pháp mổ

– Áp xe ngoài màng cứng

Khoan mở sọ dẫn lưu mủ, có thể đặt lại nắp sọ ngay nếu như đã cho kháng sinh trước mổ và áp xe này là nguyên phát, còn nếu như áp xe do biến chứng của chấn thương sọ não hay phẫu thuật sọ não thì nên găm bỏ nắp sọ và tạo hình lại nắp sọ sau 6 tháng.

– Tụ mủ dưới màng cứng

Khoan sọ một lỗ, bơm rửa mủ, dẫn lưu. Một số trường hợp tái phát nhiều lần hoặc ổ tụ mủ có nhiều vách ngăn phải mở nắp sọ dẫn lưu.

4. Sau mổ: tiếp tục điều trị kháng sinh đủ 6 - 8 tuần.

IV. THEO DÕI: tương tự áp xe não

CHƯƠNG 6
RĂNG HÀM MẶT-MẮT
TAI MŨI HỌNG

BV Nhi đồng 2

ÁP XE QUANH CHÓP CHÂN RĂNG CẤP (Abscess Apical Acute)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là sự tích tụ mủ trong xương ổ răng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Răng sâu → thối tủy, nhiễm trùng tủy răng.
- Chấn thương răng gây chết tủy răng, thối tủy răng.

III. TRIỆU CHỨNG

- Dấu hiệu răng tại chỗ rõ, kèm dấu hiệu toàn thân: mệt mỏi, sốt, có hạch dưới hàm hoặc dưới cằm.
- Răng đau nhiều, đau tự nhiên, răng lung lay, khi chạm răng đối diện đau tăng lên.
- Nướu đỏ đau, mô lỏng lẻo.
- Mức độ đau ngày càng tăng do mủ tích tụ nếu không dẫn lưu sẽ lan rộng và tạo thành viêm mô tế bào.
- Răng không đáp ứng với thử điện và lạnh nhưng với nóng thì đau.
- X-quang: có vùng sáng quanh chóp răng có thể lan tỏa cả sang vùng chóp răng bên, giới hạn không rõ rệt, vùng dây chằng rộng.
- Sau viêm khoảng 6 ngày mủ sẽ thoát ra:
 - + Theo đường tủy.
 - + Theo đường dây chằng.
 - + Qua cương ổ răng làm áp xe ở nướu hoặc ở mô lỏng lẻo.

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

IV. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào hỏi bệnh, khám răng, vùng quanh răng, hạch, dấu hiệu toàn thân, X-quang.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm tủy răng: cơn đau tự nhiên nhưng giữa các cơn đau thì hết hẳn. Gõ dọc răng trong viêm tủy cấp đau nhưng đau ít.
- Áp xe nha chu: có túi nha chu, tụ mủ dọc chân răng, đau nhẹ, sưng gần viền nướu hơn vùng chóp, nước nóng thì giảm đau được với áp xe quanh chóp cấp, chảy mủ khi thăm dò.

VI. BIẾN CHỨNG

- Gây áp xe vùng xung quanh hoặc gây viêm hạch và vùng quanh hạch.
- Có khi gây viêm tủy xương.
- Biến chứng xa: gây bệnh ở các cơ quan khác: tim, khớp...

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Khi viêm bán cấp hoặc viêm cấp thì chỉ dẫn lưu phối hợp với thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau (nếu cần) kháng sinh được chọn lựa: Rodogyl (spiramycin 750000 đv, Metronidazole 125 mg).
 - + Trẻ em 10 tuổi - 15 tuổi: 3 viên/ngày.
 - + Trẻ em 6 tuổi - 10 tuổi: 2 viên/ngày → uống trong bữa ăn.
 - + Khi viêm trở thành mạn tính mới chữa răng hoặc nhổ răng tùy trường hợp.
- Điều trị tủy bảo tồn để phục hồi lại răng.
- Những răng vỡ to, ống tủy không thông hoặc những răng có thể gây biến chứng thì nhổ răng để dẫn lưu.

ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

I. TỔNG QUÁT

- Áp xe thành sau họng là viêm tấy, tụ mủ ở khoang Heké hay khoang sau họng.
- Chủ yếu gặp ở trẻ em dưới 2 tuổi, do viêm tấy mủ hạch lympho Gillete nằm trong khoang này. Hạch Gillete sơ teo nhỏ dần và mất đi sau 2 tuổi.

II. NGUYÊN NHÂN

- Chủ yếu do biến chứng của viêm VA cấp, mủ.
- Cũng gặp trong viêm mũi, viêm họng do vi khuẩn hay virus vì hạch Gillete nhận bạch huyết của cả vùng mũi họng, vòm nhĩ.
- Ở trẻ lớn, người lớn có thể gặp do chấn thương, hóc xương vùng thành sau họng.

III. CHẨN ĐOÁN

- Trẻ đang bị viêm VA cấp hay viêm mũi họng cấp đột nhiên sốt cao, có thể tình trạng nhiễm trùng, mệt mỏi, quấy khóc nhiều.
- Khó nuốt là triệu chứng cơ bản, có sớm và rõ rệt:
 - + Lúc đầu khó nuốt do nuốt đau.
 - + Sau khi áp xe hình thành, to lên: không chỉ nuốt đau tăng mà gây nuốt vướng tắc.

Do nuốt đau, nuốt vướng nên trẻ không bú, ăn uống được. Trẻ luôn luôn có ứ đọng, chảy nước dãi.

- Tiếng khóc, nói lúc đầu không rõ, sau khàn có thể không ra tiếng.
- Khó thở, khò khè do khối áp xe to làm cản trở đường thở. Nếu khối áp xe thấp, lan xuống vùng hạ họng - thanh quản → khó thở thanh quản.
- Hạch cổ thường sưng to, đau làm bệnh nhi luôn cúi cổ.
- Do thiếu ăn, thiếu thở nên thể trạng suy sụp rõ.
- Khám họng: để xác định tình trạng, vị trí khối áp xe thành sau họng, nhưng phải hết sức thận trọng, nhẹ nhàng và nhanh chóng khi đè lưỡi vì có thể gây cơn ngưng thở dẫn đến tử vong.
 - + Thành sau họng bị khối áp xe dày phòng, căng, mềm, nó thường ở chính giữa, có thể hơi lệch sang bên, có thể khối áp xe ở thấp dưới đáy lưỡi, khó nhìn thấy rõ.

- + Không nên dùng đũa, hay ngón tay đũa, ấn trên chỗ phồng vì khối áp xe có thể tự vỡ, mũ trào vào đường thở gây sặc, ngạt thở, tử vong.
- **Chuẩn đoán áp xe thành sau họng:**
 - + Ở trẻ nhỏ < 2 tuổi chủ yếu dựa trên tình trạng nhiễm trùng nặng; không bú, ăn được; tiếng khóc thay đổi, không ra tiếng; thở khò khè.
 - + X-quang cổ nghiêng: cho thấy rõ vị trí khối áp xe trước cột sống, đôi khi có hình khí và bóng hơi phía trên áp xe.
 - + Cần chẩn đoán phân biệt dị vật, viêm thanh nhiệt: xuất hiện đột ngột khó thở có trước, thành sau họng bình thường.
 - + Ở trẻ lớn, người lớn ít gặp có tiền sử chấn thương, hay dị vật, tình trạng nhiễm trùng, khó thở thường không nguy kịch.
 - + Chuẩn đoán phân biệt với cột sống cổ (Bệnh Pott): áp xe lạnh ở khoang trước cột sống, diễn tiến từ từ, không gây.

IV. XỬ TRÍ

1. Khi ổ áp xe chưa hình thành rõ

- Điều trị với kháng sinh liều cao:
 - + Clafon Rocephine, Moxalacfam 50 - 100 mg/kg JIV.
 - + Metronidazo (Flagyl, Tiberall): 20 - 30 mg /kg JJMC.
 - + (Tùy thuộc chức năng gan của bệnh nhân).
 - + PNC M, Augmentin, Clindangycin 20 - 25 mg/kg/3lần/J.
 - + (Phối hợp Corticoid chống viêm phù nề).
- Theo dõi sát sao.

2. Khi ổ áp xe đã hình thành

Cần nhanh chóng chích tháo ổ mủ đang đe dọa nghiêm trọng sinh mạng đứa trẻ. Làm trong phòng mổ có đủ phương tiện hồi sức. Làm theo các thao tác sau đây:

- + Trẻ nằm ngửa, đầu thấp: cho tiền mê và gây mê nhẹ qua úp mặt nạ gây mê.
- + Chọc hút đi 1 phần để giảm sức căng để ép khối áp xe. Và tránh làm vỡ ổ áp xe. Phẫu thuật viên dùng Mac Intosh. Nâng nhẹ lưỡi lên để nhìn rõ ổ áp xe dùng máy hút mạnh, có ống hút với kim 13 - 16, chọc hút lấy mủ rồi lấy mủ tìm VK. Và làm kháng sinh đồ.

- + Rạch mô ổ áp xe ở nơi mềm nhất theo đường thẳng đứng. Hút hết mủ, dốc đầu bệnh nhân xuống thấp khi mạch mở.
- + Đặt ống thực quản qua mũi, nuôi ăn một tuần.
- + Hậu phẫu: trong 2 - 3 ngày đầu, phải theo dõi vết chích rạch, banh lại mép rạch để hút sạch mủ. Kết hợp kháng sinh toàn thân dựa theo kháng sinh đồ trong 6 - 10 ngày chống suy dinh dưỡng cho trẻ. Sau 1 tháng nạo VA. Nếu trẻ có VA rồi.

BV Nhi đồng 2

CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT

A. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương nói chung hiện nay là một tai nạn phổ biến nhất trong nhân loại. Xảy ra trong một hoàn cảnh nhất định do vô tình hay có ý thức với mọi lý do không phân biệt không gian thời gian, tuổi tác, địa lý, dân tộc...
- Vùng đầu mặt cổ chỉ chiếm 10% so với cơ thể, nhưng trong chấn thương thì đây là vùng dễ bị ảnh hưởng nhiều hơn.

B. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều nguyên nhân:

- Tai nạn trong sinh hoạt thường ngày: đi, đứng té ngã, tai nạn giao thông...
- Thiên tai.
- Chiến tranh.
- Bạo lực.
- Tai nạn lao động, thể thao.
- Thú vật cắn...

C. CHẨN ĐOÁN - PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT VÀ ĐIỀU TRỊ

I. VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM HÀM MẶT

1. Gồm những thể chính thức như sau

- Vết thương đụng đập, có hoặc không có máu tụ: do va chạm gây nên, không rách da.
- Vết thương xây xước: do sự ma sát của một vật cứng ráp trên mặt da => trợt lớp da.
- Vết thương xuyên thủng: do một vật sắc nhỏ, nhọn như: kim, dao, mũi dùi, viên đạn...
- Vết thương rách: do các vật bén nhọn như kim khí, thủy tinh...
- Vết thương lóc da: là vết thương ảnh hưởng đến tổ chức dưới da hoặc trên màng xương nhưng không mất tổ chức.
- Vết thương thiếu hồng: là vết thương gây mất một phần hoặc phá nát rộng tổ chức phần mềm.

2. Điều trị

- Tẩy rửa sát trùng, làm sạch vết thương với Betadine 10%, lấy tất những dị vật găm vào mắt. Cắt lọc tối thiểu nếu là vết thương xuyên thấu, rách và khâu phục hồi với chỉ vicryl 5.0, 6.0. Nếu vết thương sâu và rộng nên khâu phục hồi 2 lớp: lớp trong với vicryl 5.0, 6.0; bên ngoài khâu chỉ Nylon 5.0, 6.0 và dẫn lưu nếu cần.
- Chích S.A.T.
- Kháng sinh:
 - + Các vết thương hở lớn ở vùng hàm mắt: chủ yếu là tạp khuẩn hoặc loại cầu khuẩn gram (+). Vì vậy nên dùng kháng sinh phổ rộng chủ yếu đánh mạnh trên vi khuẩn gram (+).
- Cefotaxim 1gr: tiêm bắp sâu hoặc tiêm T.M chậm.
- Liều dùng: trẻ em 50mg - 100mg/kg/ngày chia 3 hoặc 4 lần. (có thể dùng đến 200 mg/Kg/ngày).
- + Nếu vết thương nhẹ và không quá lớn: bệnh nhân có thể uống:
 - Cefalexim 500mg Trẻ em >12tuổi: 500mg x 3 lần/ngày.
Trẻ em <12 tuổi: 25mg - 50mg/Kg/24g chia 3 - 4 lần.
 - Amoxicilin 500mg Trẻ em >12tuổi: 500mg x 3 lần/ngày.
Trẻ em <12 tuổi: 50mg/Kg/24h.
 - Giảm đau: Paracetamol Trẻ em: 60mg/Kg/24g chia 3 - 4 lần.
Người lớn: Paracetamol 500mg uống 1 - 2 viên/lần, 2 - 3 lần/ngày.

II. GẦY XƯƠNG HÀM

1. Gãy khối xương mặt (Massif Facial)

Khối xương mặt gồm 13 xương, trong đó xương hàm trên là lớn nhất và dễ bị chấn thương. Theo SCHWENZER 1967 phân loại các kiểu gãy như sau:

- *Gãy giữa tầng giữa mặt:*
 - + Gãy ngang xương hàm trên (Le Fort I, Gue6rin): xương hàm trên bị tách rời ở mức trên sàn hốc mũi và xoang hàm trên.
 - + Gãy dọc xương hàm trên: kiểu gãy này còn có tên “Tách rời theo đường giữa của xương hàm trên”

- + Gãy hình tháp (Le Fort II): đường gãy bắt đầu ở chân mũi, xương lệ, thành trong ổ mắt. Đường gãy đi tiếp qua khe dưới ổ mắt và trên khe hàm - gò má hướng dưới và phía sau đối với hố thái dương của xương hàm trên.
- *Gãy giữa - bên tầng giữa mặt: (Le Fort III)*
Đặc điểm của đường gãy này là tách rời toàn bộ khớp xương mặt với nền sọ.
- *Gãy bên tầng giữa mặt: có thể kể :*
 - + Gãy xương gò má.
 - + Gãy cung tiếp.
 - + Gãy gò má - hàm trên.
 - + Gãy gò má - hàm dưới.
 - + Gãy sàn ổ mắt.

2. Chẩn đoán: Dựa trên:

- Khám lâm sàng: mặt biến dạng, khớp cắn sai, di động xương bất thường, sờ kêu lạo xạo, sưng nề, thông thường có chảy máu từ mũi - miệng...
- Chẩn đoán hình ảnh.

3. Điều trị:

Nguyên tắc điều trị gãy xương tầng giữa mặt gồm việc nắn chỉnh và cố định các xương gãy vào nhau và vào hộp sọ. Có thể nắn chỉnh và cố định bằng 2 phương pháp:

- Phương pháp bảo tồn: nắn chỉnh bằng tay trong tất cả các loại vừa mới gãy, và trong các loại mà mảnh gãy không bị gãy. Sau khi nắn chỉnh, hai hàm sẽ được cố định bằng cung thép
- Phương pháp phẫu thuật:
- Các phương pháp nắn chỉnh: phải chuẩn bị chu đáo với thuốc vô cảm (Dafargan, Seduxen,...) phối hợp với gây tê hoặc gây mê

Nắn chỉnh xương tầng giữa mặt bị gãy có thể:

- + Bằng tay hoặc
- + Bằng khí cụ nắn chỉnh (chỉnh trực).
- + Nắn chỉnh bằng tay thường đạt kết quả tức thì ngay tức thời trong khi nắn chỉnh bằng khí cụ diễn ra từ từ.

Các phương pháp nắn chỉnh:

- + Nắn chỉnh tức thời: có thể tiến hành nắn chỉnh bằng tay.
- + Nắn chỉnh từ từ: dùng khí cụ để nắn chỉnh.
- + Nắn hở: hiện nay, việc điều trị bằng phẫu thuật đối với các loại gãy tầng giữa mặt trở nên thông dụng nhất.
- Các phương pháp cố định: có thể dùng:
 - + Cung thép trong miệng: mục đích là đảm bảo sự cần thiết của 2 hàm sau khi cố định chặt với nhau theo khớp cắn trung tâm.
 - + Cố định ngoài sọ.
 - + Cột treo.
 - + Khâu xương.
 - + Kết hợp xương bằng nẹp bắt ốc.
- Thuốc dùng trong điều trị: sau khi nắn chỉnh và cố định, bệnh nhân phải được sử dụng thuốc:
 - + Cefotaxim 1gr: tiêm bắp sau hoặc tiêm T.M chậm 2gr - 4gr/ngày chia 4 lần
Trẻ em < 2 tuổi: 50mg - 100mg/Kg/24g chia 4 lần
Trẻ em từ 2 - 12 tuổi: 100mg - 200mg/Kg/24g chia 4 lần
 - + Kháng viêm: Hydrocortison 125mg Trẻ 7 - 14 tuổi 50 - 75mg/ ngày: tiêm bắp.
Hoặc Depersolon 30mg trẻ em 1 - 14 tuổi 1 - 2 mg/Kg/24g tiêm I.V chậm hoặc tiêm bắp sâu.
 - + Giảm đau: có thể dùng:
Diclofenac 75mg trẻ em 3mg/Kg/ngày tiêm bắp sâu.
Perfalgan 500mg trẻ em < 33Kg: 15mg/Kg/24g 2 - 4 lần/ngày.
 - + An thần: nếu cần

III. GỠY XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. Đặc điểm xương hàm dưới

Là một xương di động có nhiều đường cong theo các hướng khác nhau.

- Là một xương dẹt, ngoài đặc, trong xốp, ở giữa có một ống răng dưới giống cái máng.
- Xương hàm dưới có một số điểm yếu: vùng răng cửa, lỗ cằm, góc hàm, cổ lồi cầu.

2. Phân loại gãy xương hàm dưới

- Gãy phần:
 - + Gãy xương ổ răng.
 - + Gãy một phần lõi cầu hoặc mé bờ dưới xương hàm.
 - + Thủng qua xương.
- Gãy toàn bộ: là đường gãy làm mất sự liên tục của xương. Đường gãy có thể là 1 hoặc nhiều đường hoặc gãy vụn.

3. Chẩn đoán: dựa vào:

- Khám lâm sàng:
 - + Chức năng: đau, không nhai được, khó nuốt, khó phát âm.
 - + Ngoài miệng: mặt biến dạng, cằm hơi lệch, sờ thấy khuyết bậc thang ở bờ dưới xương hàm dưới. Ấn đau nhói.
 - + Trong miệng: há miệng: biến dạng cung răng, di động 2 đầu đoạn xương gãy dễ dàng.
 - + Ngậm miệng: hở khớp cắn.
- X-quang:
 - + Film mặt thẳng.
 - + Film hàm chéch nghiêng.
 - + Film toàn cảnh (Panorex).

4. Điều trị: nguyên tắc cũng là nắn chỉnh và cố định

- Nắn chỉnh gãy xương: có 2 phương pháp điều trị:
 - + Chỉnh hình: đứng trước 1 trường hợp gãy xương hàm dưới, việc đầu tiên nên nghĩ đến và tìm cách điều trị bằng phương pháp chỉnh hình, người ta có thể giải quyết được phần lớn các trường hợp.
 - Nắn chỉnh bằng tay: trường hợp gãy ít di lệch và mới xảy ra.
 - Nắn chỉnh bằng lực kéo: khi chấn thương đã hơi lâu và nắn chỉnh bằng tay không đạt kết quả. Lực kéo có thể dùng cao su, lò xo hoặc ốc nắn hàm.
 - + Phẫu thuật: khi nắn chỉnh bằng tay hoặc lực kéo không kết quả hoặc xương liền xấu, thì phải dùng phương pháp phẫu thuật đục cho gãy hàm trở lại để nắn chỉnh cho đúng và sau đó cố định lại.
- Cố định xương gãy: cũng có 2 phương pháp:
 - + Cố định bằng chỉnh hình:

Các phương pháp trong miệng: dùng chỉ thép không rỉ:

- Buộc số 8.
- Buộc dây theo Leblanc.
- Buộc dây hình thang.
- Buộc dây theo IVY, STOUT (IVY liên tục).

Các phương pháp ngoài miệng:

Làm mũi thạch cao làm chỗ dựa để cố định hàm dưới.

+ Cố định bằng phẫu thuật:

- Buộc vòng quanh hàm bằng phương pháp Black IVY
- Khâu kết hợp xương (bằng chỉ thép không rỉ)
- Kết hợp xương bằng đóng đinh (đinh KIRSCHNER)
- Kết hợp bằng nẹp bắt ốc (PLAQUE VISSEE)
- Thuốc điều trị: tương tự như sử dụng trong gãy khối xương mặt.

CHẤN THƯƠNG MẮT

I. ĐỊNH NGHĨA

Chấn thương mắt là một cấp cứu nhãn khoa thường gặp; nguyên nhân gây chấn thương chia làm 3 loại:

- Chấn thương cơ học:
 - + Vết thương đung dập.
 - + Vết thương xuyên thấu nhãn cầu.
- Do tác nhân vật lý: tia hồng ngoại, tử ngoại, ánh sáng, sức nóng...
- Do tác nhân hóa học: axit, kiềm.

II. VẾT THƯƠNG ĐUNG DẬP

1. Mi mắt

Thường gây tụ máu, bầm tím làm cho mi phù nề, có thể từ mắt bị thương lan sang mắt lành, tự nó tiêu đi không cần điều trị. Mi mắt có thể bị sưng tấy do gãy xương, có trường hợp khí từ các hốc xoang lan sang: ấn vào mi mắt có tiếng lạo xạo.

2. Kết mạc

Xuất huyết kết mạc, máu sẽ tự tiêu đi, không cần điều trị.

3. Giác mạc

- Thường phù biểu mô và màng Bowman, có trường hợp có rạn nứt lớp nội mô làm cho thủy dịch ngấm vào lớp mô nhúc gây phù giác mạc và đục lan tỏa trên giác mạc, bệnh nhân giảm thị lực.
- Điều trị:
 - + Nhỏ mắt: kháng sinh, Vitamin B12, C.
 - + Uống: kháng sinh, Vitamin C.

4. Tiền phòng

- Xuất huyết tiền phòng do tổn thương mạch máu chân móng mắt.
- Nếu chảy máu ít, loãng, có màu đỏ tươi:
 - + Cho uống nhiều nước, khoảng $\frac{1}{2}$ lít nước (nước đun sôi để nguội) trong khoảng 10 phút.
 - + Có thể cho uống thêm vitamin C.
 - + Băng mắt, nằm nghỉ ngơi.

- Nếu máu chảy nhiều, đầy cả tiền phòng: chích Hyaza dưới kết mạc hoặc cạnh nhãn cầu.
- Nếu máu chảy nhiều sau 3 - 4 ngày điều trị thuốc không giảm, đông thành cục: phải mổ tháo mủ tiền phòng .

5. **Củng mạc**

- Thường hay bị rách cực đôi diện ở nơi bị thương, phần sau nhãn cầu hoặc gần vùng rìa giác - củng mạc. Khi bị rách thường kết hắc mạc, thủy dịch, trên vết rách có lớp kết mạc phủ nếu không cẩn thận thường bỏ qua.
- Xử trí:
 - + Rửa sạch vết thương.
 - + Có thể đẩy các tổ chức bị kẹt vào, nếu vết thương mới.
 - + Kháng sinh chống bội nhiễm.
 - + Kháng viêm.
 - + Giảm đau.

6. **Móng mắt:** có một số hiện tượng

- Trường hợp co đồng tử là hiện tượng nhẹ, tự khỏi sau 2 - 3 ngày.
- Trường hợp dẫn đồng tử: dùng thuốc co đồng tử.
- Trường hợp đồng tử méo: do rách chân móng mắt. Xử trí mổ khâu lại chân móng mắt vào góc tiền phòng.

7. **Thủy tinh thể:** lệch thủy tinh thể

Nếu tình trạng lệch thủy tinh thể ít thì chỉ theo dõi nhãn áp, thị lực; nếu nhiều phải phẫu thuật ngay.

8. **Pha lê thể**

- Xuất huyết pha lê thể, đục pha lê thể.
- Xử trí:
 - + Nhỏ dẫn đồng tử.
 - + Kháng sinh, kháng viêm toàn thân.
 - + Thuốc làm tan máu bầm.
 - + Vitamin C, K.
 - + Phẫu thuật ngay khi thị lực không cải thiện.

9. **Hắc - võng mạc**

- Sau san chấn phù Berlin, mắt mờ, vài ba giờ sau nhìn khá dần lên, thị lực có thể phục hồi sau vài ngày.

- Xử trí:
 - + Cho bệnh nhân nằm yên.
 - + Băng ép nhẹ mắt.
 - + Kháng viêm toàn thân.
 - + Thuốc tan máu bầm.
 - + Phẫu thuật nếu vết bong không liền.

III. CHẤN THƯƠNG XUYÊN THỦNG

Tùy theo tác nhân gây chấn thương mà có những đặc điểm riêng biệt:

- Thường kèm theo phù các tổ chức trong nội nhãn
- Rối loạn chất dịch trong mắt
- Vết thương mở mở cho các vi trùng xâm nhập vào nội nhãn
- Vết thương không những phá hủy mắt tổn thương mà còn gây biến chứng trầm trọng nguy hiểm cho mắt lành, gọi là nhãn viêm giao cảm.
- Xử trí:
 - + Phát hiện kịp thời.
 - + Rửa sạch vết thương.
 - + Khâu lại tổ chức, nếu có kẹt móng mắt thể mi tùy theo điều kiện vết thương sạch hay bẩn, sớm hay muộn mà đưa móng mắt vào vị trí cũ hay cắt bỏ móng mắt rồi khâu lại giác mạc. Nếu thủy tinh thể lệch ra ngoài phải lấy thủy tinh thể lệch ra.
- Lưu ý vết thương xuyên thấu qua củng mạc hết sức trầm trọng nhưng biểu hiện âm thầm, dễ bỏ sót. Phần lớn hay đi kèm viêm màng bồ đào thể mi, tiến tới viêm mủ hoàn toàn hoặc gây nhãn viêm giao cảm.

IV. PHÒNG

Phòng là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, vì có nhiều trường hợp dù điều trị khẩn trương cũng không ngăn chặn được mù lòa. Nhiều trường hợp phỏng không chỉ độc hại tại mắt mà thường kèm theo phỏng toàn thân.

- Phỏng axit: với đặc điểm phá hủy tổ chức mắt nhanh chóng, tiên lượng có thể biết ngay sau phỏng.

- Phỏng kiềm: là loại nặng nhất trong các phỏng hòa chất vì nó lan rộng và phá hủy sâu, gây nên những biến chứng trầm trọng (mù lòa, teo nhãn).
- Nguyên tắc xử trí:
 - + Loại bỏ chất gây phỏng, rửa ngay với các loại nước (tốt nhất là nước vô khuẩn) sẵn có.
 - + Chống đau nhức: thuốc giảm đau và liệt điều tiết.
 - + Chống nhiễm khuẩn bằng các loại kháng sinh.
 - + Chống dính bằng thuốc mỡ tra mắt.
 - + Chống loạn dưỡng giác mạc.
- Lưu ý:
 - + Trường hợp phỏng vôi phải gây tê bề mặt kết - giác mạc rồi gắp hết vôi cục, sau đó rửa nước nhiều lần.
 - + Phỏng do nguyên nhân khác cũng xử trí như phỏng do hóa chất, ngoại trừ trường hợp phỏng do phosphor không được tra thuốc mỡ.

DỊ TẬT BẨM SINH Ở MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Các dị tật bẩm sinh ở mắt thường được người nhà của trẻ phát hiện ngay sau sinh hoặc tình cờ phát hiện qua thăm khám mắt thông thường khi trẻ lớn.
- Có nhiều nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh ở mắt: yếu tố di truyền, yếu tố môi trường và yếu tố phôi thai học.
- Những dị tật bẩm sinh thường gặp: sụp mi, quặm mi, khuyết mi, tắc lệ đạo, tật không có móng mắt, đục thủy tinh thể, glaucom...
- Điều trị: tùy theo từng loại dị tật.
 - + Không xử trí (nhăn cầu nhỏ, củng mạc xanh...)
 - + Không có khả năng điều trị (tật không có nhãn cầu, không gai thị...): tư vấn cho gia đình và tìm căn nguyên phòng tránh dị tật cho trẻ trong lần mang thai sau hoặc di truyền cho những thế hệ kế tiếp.
 - + Điều trị nội khoa, thủ thuật (tắc lệ đạo, không có tuyến lệ...).
 - + Điều trị phẫu thuật (đục thủy tinh thể, glaucom, sụp mi...) Trong khi chờ phẫu thuật cần phải giải thích cách thức điều trị bằng thuốc để tránh biến chứng.

II. PHÂN LOẠI THEO NHÓM DỊ TẬT BẨM SINH

Nhóm	Dị tật bẩm sinh	Phương pháp điều trị
MI MẮT	Không mi mắt (tật mắt ẩn). Tật mi mắt nhỏ. Tật mở rộng mi. Sụp mi. Sụp mi- bẹt mi- hẹp khe mi. Quặm mi.. Khuyết mi. Khe mi nhân đôi. Dính bờ mi. Không có lông mi, lông mày và tóc Lệch hàng lông mi. Hội chứng Crouzon.	PT. rạch da bộc lộ nhãn cầu. PT. chỉnh hình mi. PT. chỉnh hình mi. PT. nâng mi. PT. nâng mi + tạo hình khe mi. PT. tạo hình mi. PT. tạo hình mi. PT. tạo hình khe mi. PT. tạo hình mi. PT. cấy tóc, lông mi. Cắt hàng lông mi lệch. PT. giải áp hốc mắt.

	Hội chứng Franceschetti. Hội chứng Marcus Gunn (Jaw - winking).	PT. tạo hình mi. PT. cắt rễ vận động dây V.
BỘ LỆ	Tật không có điểm lệ. Rò lệ đạo. Tắc lệ đạo. Lệ đạo lạc chỗ. Điểm lệ đôi. Tật không tuyến lệ. Lạc chỗ tuyến lệ. Dị tật cục lệ và nếp bán nguyệt.	Nong vùng điểm lệ, tiếp khẩu hồ lệ mũi. PT. khâu đường rò. Thông lệ đạo, tiếp khẩu túi lệ mũi. PT. tạo hình. Không xử trí. Nước mắt nhân tạo. PT. chuyển vị trí khi cần thiết. PT. tạo hình.
HỐC MẮT	Khiếm khuyết thành xương hốc mắt Biến dạng hốc mắt Nang hốc mắt U hốc mắt (Teratoma- Embryoma).	Không xử trí Không xử trí PT. cắt trọn nang PT. cắt bỏ u
KẾT MẠC	Khô kết mạc. Mộng thịt. U kết mạc (u mạch máu). Phù bạch huyết kết mạc.	Nước mắt nhân tạo. PT. cắt mộng khi cần. PT. cắt u nếu không ăn sâu vào hốc mắt. Không xử trí.
GIÁC MẠC- CỨNG MẠC	Không có giác mạc trong tật mắt ẩn. Giác mạc to/giác mạc nhỏ. Giác mạc phẳng. Giác mạc hình cầu. Giác mạc hình chóp. Đục giác mạc. Vòng thoái hóa giác mạc phôi thai. Phình dẫn giác – củng mạ. Loạn dưỡng nội mô. Loạn sản: u bì mỡ giác - củng mạc. Củng mạc xanh.	PT. rạch da bộc lộ nhãn cầu. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. PT. ghép giác mạc. PT. ghép giác mạc. Không xử trí. PT. cắt bỏ nhãn cầu. PT. ghép giác mạc. PT. cắt u. Không xử trí.

TIỀN PHÒNG	Glaucom bẩm sinh.	PT. mở góc tiền phòng. PT. cắt bè củng mạc.
MÔNG MẮT-THỂ MI	Không có mống mắt. Khuyết mống mắt. Đồng tử nhỏ. Bất đồng kích thước đồng tử. Đa đồng tử. Tồn tại màng Wachendorf. Nang mống mắt. Khuyết thể mi.	Cấy mống mắt nhân tạo (đang nghiên cứu). PT. tạo hình đồng tử. Không xử trí. Không xử trí. PT. tạo hình đồng tử. PT. cắt màng che. Không xử trí. Không xử trí.
THỦY TINH THỂ	Tật không thể thủy tinh. Thủy tinh nhỏ/hình chớp. Lệch thủy tinh thể. Khuyết thủy tinh thể. Đục thủy tinh thể.	Không xử trí. PT. lấy thủy tinh thể nếu cần PT. lấy nhân + đặt IOL. PT. lấy nhân + đặt IOL. PT. rửa hút chất nhân + đặt IOL.
PHA LÊ THỂ	Tồn tại ống Cloquet. Phình mạch máu võng mạc Thông nối động – tĩnh mạch võng mạc. Giảm sắc tố võng mạc (bệnh bạch tạng).	Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Đeo kính màu hoặc kính tiếp xúc.
HẮC VÔNG MẠC	Khuyết hắc mạc. Teo hắc mạc tiên triển. Loạn sản võng mạc. Thoái hóa sắc tố võng mạc Nang võng mạc. Tách lớp võng mạc di truyền. Bong võng mạc. Sợi tủy myelin hóa võng mạc. Giảm sản hoàng điểm. Lạc vị hoàng điểm. Thoái hóa hoàng điểm dạng nang. Cận thị bẩm sinh. Rối loạn sắc giác.	Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. PT.Phakic IOL, Phaco E + IOL. Không xử trí.

THỊ THẦN KINH	Tật không gai thị. Teo gai bẩm sinh. Chóp đĩa thị. Thoái hóa myelin đĩa thị.	Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí. Không xử trí.
NHÃN CẦU	Tật không có nhãn cầu. Lé bẩm sinh. Rung giật nhãn cầu.	Không xử trí. Không xử trí. PT. chỉnh lé. Không xử trí.
HỘI CHỨNG TOÀN THÂN	Biến dạng mắt - răng hàm mắt. Loạn sản tai mắt. Hội chứng Marfan. Hội chứng Marchesani. Hội chứng Turner. Hội chứng Sturge-Weber.	PT. tạo hình PT. tạo hình. PT. lấy thủy tinh thể + IOL. PT. lấy thủy tinh thể + IOL. PT. tạo hình mi. Điều trị nội khoa hạ nhãn áp.

III. CÁC DỊ TẬT BẨM SINH Ở MẮT THƯỜNG GẶP

1. Sụp mí bẩm sinh

- Triệu chứng:
 - + Mắt mở chậm sau khi sinh 1 - 3 ngày, mí mắt không nâng tốt tạo cảm giác mắt nhỏ hơn bên còn lại.
 - + Giảm độ hẹp khe mí (<10mm).
 - + Đánh giá sức cơ nâng mí trên.
- Căn cứ vào khoảng cách giữa bờ mí trên và bóng ánh sáng phản xạ trên đồng tử chia sụp mí thành 3 độ: nhẹ, vừa và nặng
- Dị chứng: nhược thị, tổn thương thị trường (cực trán), lé...
- Cần phân biệt với sụp mí mắc phải, giả sụp mí, hội chứng Marcus Gunn...
- Điều trị:
 - + Sụp mí bẩm sinh mức độ nhẹ: theo dõi, tái khám mỗi 3 - 6 tháng
 - + Phẫu thuật nâng mí (Fasanella - Servat hoặc treo cơ trán) đối với sụp mí mức độ vừa và nặng mục đích ngăn ngừa nhược thị. Độ tuổi phẫu thuật tốt nhất là 4 - 5 tuổi, ngoại trừ sụp mí nặng cản trở trực quang học.

2. Quặm mí bẩm sinh

- Triệu chứng:
 - + Mắt bị kích thích: ngứa mắt, dụi mắt, tăng tiết nước mắt – ghèn.

- + Khám: lông mi chạm vào kết mạc nhãn cầu, giác mạc.
- Biểu chứng: viêm kết mạc, tổn thương biểu mô giác mạc.
- Điều trị: phẫu thuật chỉnh hình mi. Độ tuổi phẫu thuật tốt nhất là 1 - 3 tuổi, tùy theo mức độ quặm mi.

3. Tắc lệ đạo bẩm sinh

- Nguyên nhân: do bất tắc van Hasner.
- Triệu chứng: ứ đọng, chảy nước mắt sống, có thể kèm theo ghèn. Bệnh thường xuất hiện vào lúc 2 tuần tuổi.
- Chẩn đoán phân biệt với tật không có điểm lệ, dị vật kết giác mạc, viêm kết mạc, glaucom bẩm sinh.
- Điều trị:
 - + Trước 4 tháng tuổi: day ấn vùng túi lệ + kháng sinh tại chỗ.
 - + Sau 4 tháng tuổi: bơm rửa, thông lệ đạo.

4. U bì giác mạc bẩm sinh

- Triệu chứng: khối u màu trắng - vàng nhạt vùng rìa giác củng mạc, xuất hiện sớm sau sinh, u to dần, nổi gồ khỏi bề mặt giác củng mạc, không đau.
- Điều trị: phẫu thuật cắt u.

5. Đục thủy tinh thể bẩm sinh

- Triệu chứng: “đồng tử trắng”, nheo mắt, chói mắt, giảm thị lực.
- Điều trị:
 - + Phẫu thuật hút rửa thủy tinh thể + đặt IOL (nếu được).
 - + Chỉnh quang phục hồi thị giác.

6. Glaucom bẩm sinh

- Triệu chứng:
 - + Giác mạc to, dễ tạo cho cha mẹ cảm giác mắt bé “to, đẹp”.
 - + Tiền phòng sâu, rối loạn nhãn áp.
 - + Lõm gai xuất hiện với các mạch máu dạt về phía mũi và vùng rìa bị tân mạch.
 - + Gai thị nhạt màu về phía thái dương trong những trường hợp bệnh tiến triển.
- Điều trị: phẫu thuật rạch bè củng mạc (goniotomy), mở bè củng mạc (trabeculotomy), cắt bè củng mạc (trabeculectomy)...

7. Lé bẩm sinh

- Triệu chứng: lé xuất hiện trước 6 tháng tuổi, lé vào trong, hạn chế liếc ngoài.
- Điều trị: phẫu thuật chỉnh lé trước 2 tuổi.
- Sau phẫu thuật: chỉnh quang, tập nhìn và phòng ngừa nhược thị.

BV Nhi đồng 2

DỊ TẬT BẨM SINH VÙNG HÀM MẶT

I. KHE HỖ MÔI BẨM SINH

- Khe hở môi là bệnh lý bẩm sinh thường gặp ở trẻ em với tỉ lệ khá cao (1/600 - 1/1000 trẻ), trong đó khe hở môi đơn thuần chiếm 20 - 30%, khe hở môi kết hợp khe hở hàm ếch chiếm 35 - 55%.
- Bệnh nhân bị khe hở môi ngoài những biến dạng ở môi, mũi còn phải chịu những rối loạn khác như: biến dạng về cung răng, ảnh hưởng phát âm, sự phát triển của mặt.

1. Đặc điểm phôi thai và giải phẫu học

- **Đặc điểm phôi thai học:**
 - + Cho đến hiện nay, sự phát triển phôi thai học của mặt vẫn còn nhiều tranh cãi. Từ những bằng chứng hiếm hoi, chúng ta thật sự khó khăn khi xác định sự hình thành khe hở. Tuy nhiên thuyết kết dính các nụ mặt và thuyết sự di chuyển của trung bì được coi như nền tảng để giải thích sự hình thành các khe hở mặt. Trong quá trình phát triển của mặt thời kỳ phôi thai, mặt sẽ được hình thành bởi các nụ: trán, mũi giữa, mũi bên, nụ hàm dưới. Các nụ phát triển hướng về đường giữa và sẽ gặp nhau vào tuần lễ thứ 7 hình thành nên miệng và 2 môi. Sự kết dính này tương tự sự lành thương. Ngoại phôi bì sẽ phủ lên các nụ và trung bì sẽ tràn qua đường viền biểu mô để hình thành hệ thống cơ và mô liên kết ở các cấu trúc trưởng thành. Biểu mô phát triển vào bên trong môi tạo thành phần xương ở răng. Các rối loạn trong quá trình này (từ tuần 6 -> tuần 12) sẽ tạo nên khe hở mặt (khe hở môi, khe hở chéo mặt...)
 - + Có rất nhiều yếu tố bệnh nguyên gây ra tình trạng khe hở môi, các yếu tố được chú ý nhiều nhất là: giới tính, tuổi cha mẹ, chủng tộc, điều kiện môi trường...
- **Đặc điểm giải phẫu học:**
 - + Các biến dạng trong khe hở môi có liên quan đến tổ chức phần mềm che phủ và hệ thống xương ở dưới.

- Bình thường cơ vòng môi tạo ra vòng thắt hoàn chỉnh ở 2 môi. Trong khe hở môi 1 bên có sự gián đoạn của cơ vòng môi tại khe hở.
- Trong khe hở môi bán phần, phần trên của cơ vòng môi vẫn tiếp nối với nhau, còn phần dưới cơ bám vào bờ trong và ngoài của khe hở.
- Trong khe hở môi toàn bộ, cơ vòng môi bị gián đoạn hoàn toàn, cơ bám vào 2 bờ khe hở. Bờ trong khe hở cơ vòng môi bám vào chân cánh mũi (làm bờ khe hở vòng lên như mặt kính đồng hồ). Cơ ngang mũi chạy từ trên xuống dưới vắt qua chân cánh mũi bên khe hở và bám lặc chỗ vào chân cánh mũi → dẫn đến sự xẹp cánh mũi, biến dạng thiếu sụn sụn cánh mũi, biến dạng cung răng hàm trên, lệch sụn vách ngăn sang bên khe hở môi.
- Trong khe hở môi 2 bên những biến dạng ở 2 bên khe hở giống như khe hở môi 1 bên toàn bộ, phần giữa chỉ chứa da, mô liên kết, niêm mạc và hầu như không có cơ, khe hở khối tiền hàm nhô ra phía trước so với cung hàm trên, cung hàm trên sẽ kém phát triển.

– **Phân loại khe hở môi bẩm sinh:**

- + Khe hở môi một bên: gồm 3 loại
 - Khe hở môi thể tự lành: là một rãnh nhỏ (hay sẹo) chạy song song gờ nhân trung tới môi đỏ hoặc chỉ khuyết nhẹ vùng môi đỏ.
 - Khe hở môi bán phần: khe hở môi chạy theo hướng thẳng đứng không lan đến nền mũi, có biến dạng cánh mũi bẻ ra, trụ mũi vẹo về bên khe hở.
 - Khe hở môi toàn bộ: khe hở tách đôi hoàn toàn môi trên lan đến nền mũi, ngách tiền đình và cung hàm trên.
- + Khe hở môi hai bên: tương tự khe hở môi một bên
 - Khe hở môi thể tự lành.
 - Khe hở môi bán phần.
 - Khe hở môi toàn bộ.

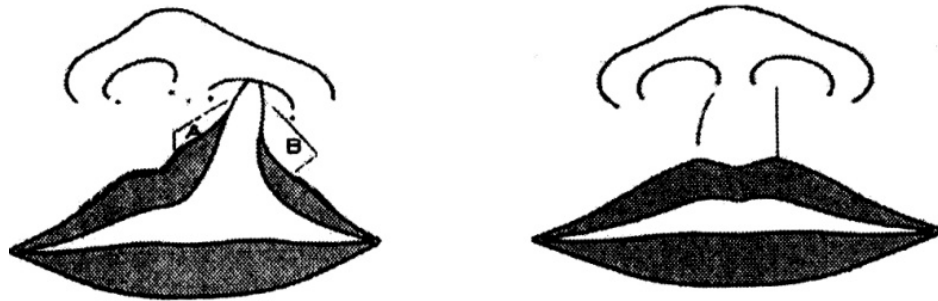
2. Kế hoạch điều trị phẫu thuật

- Khe hở môi thể tự lành, khe hở môi bán phần: thời gian thích hợp nhất cho phẫu thuật tạo hình môi là từ 3 đến 6 tháng tuổi.

- Khe hở môi một bên toàn bộ có khe hở cung răng: có thể tiến hành phương pháp băng dính môi khi trẻ được 4 - 8 tuần tuổi (hạn chế sự phát triển ra trước của cung hàm trên). Đến 3 - 6 tháng tuổi là thời gian thích hợp cho phẫu thuật tạo hình môi và đóng khe hở cung răng. Chỉ nên tiến hành ghép xương cho khe hở cung răng vào khoảng 7 - 8 tuổi. Tiến hành sửa chữa thì hai các biến dạng môi và mũi vào khoảng 14 - 16 tuổi.
- Khe hở môi hai bên: phương pháp chỉnh hàm được thực hiện trước khi phẫu thuật môi từ 3 - 8 tháng tuổi. Phẫu thuật kéo dài vách mũi được thực hiện khoảng 18 tháng. Sửa chữa thì hai cái sẹo biến dạng môi vào lứa tuổi 14 - 16.
- Mục đích của phẫu thuật tạo hình môi là phục hồi lại vị trí giải phẫu của cơ vòng môi và cơ ngang mũi, tạo sự cân đối của cung Cupidon, viền môi đỏ, tạo lại chiều cao của môi trắng, phục hồi nền lỗ mũi, đặt lại vị trí của chân cánh mũi và vách mũi.

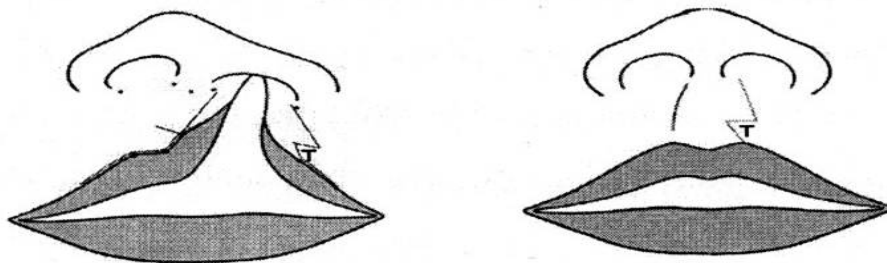
3. Kỹ thuật tạo hình khe hở môi một bên

- **Kỹ thuật tạo hình cho da**
 - + Có nhiều kỹ thuật đồng phân da của khe hở môi 1 bên, nhưng về cơ bản có 3 phương pháp được áp dụng phổ biến nhất: khâu theo đường thẳng, vạt chèn tam giác hay tứ giác và vạt xoay trượt.
 - Kỹ thuật khâu theo đường thẳng (Rose - Thompson): đường rạch da chạy theo bờ của khe hở môi và khâu trực tiếp hai mép với nhau. Đây là phương pháp dễ thực hiện và tạo ra một đường sẹo chạy theo đúng hướng của nếp gờ nhân trung nhưng nhược điểm và không thể áp dụng với những khe hở môi thể tự lành, hay không toàn bộ (khe hở môi chỉ lan tới $< 1/3$ dưới của môi) và nên tạo vạt tam giác ở môi đỏ hạn chế sự co kéo sẹo gây biến dạng môi.



Rose – Thompson – Kỹ thuật khâu theo đường thẳng

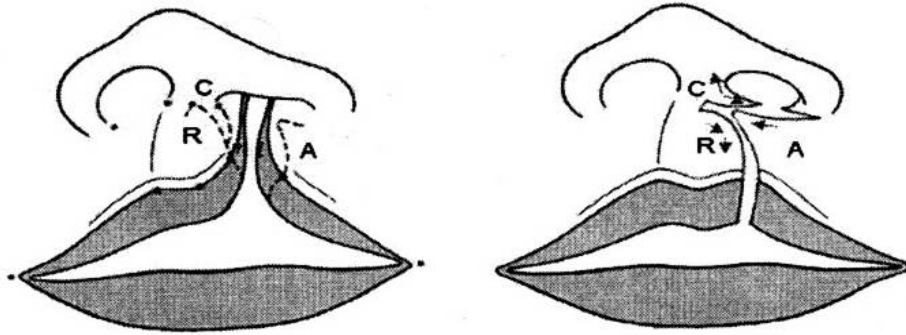
- Kỹ thuật vạt da tam giác (Tennison - Randall) một vạt da hình tam giác ở phía dưới bờ ngoài khe hở môi được chèn vào một đường rạch da nằm tại bờ trong khe hở môi nhằm tăng chiều cao của môi bên có khe hở. Nhược điểm chính của kỹ thuật này là khó phục hồi được đúng hướng của cơ vòng môi, đôi khi tăng quá mức chiều cao của môi bên khe hở, sẹo cắt ngang nhân trung.



Tennison - Randall – Kỹ thuật vạt da tam giác

- Kỹ thuật vạt xoay trượt (Millard): bao gồm một vạt C xoay từ bờ trong khe hở môi ra ngoài và một vạt đẩy từ bờ ngoài khe hở môi vào trong. Ưu điểm của phương pháp này là có thể áp dụng cho cả những trường hợp khe hở rộng, có thể tạo lại nền lỗ mũi, mũi dễ đưa về đúng vị trí, thẩm mỹ. Sẹo thẳng theo gờ nhân trung, ít bỏ tổ chức, khó tạo chiều cao nhân trung. Tuy nhiên, nếu không kết hợp việc phục hồi lại phần cơ trong quá trình tạo hình phần da của khe hở môi, những di chứng khó khắc phục

của kỹ thuật này là xếp và biến dạng cánh mũi, lõm nền lỗ mũi.



Millard – Kỹ thuật vạt xoay trượt

– **Kỹ thuật tạo hình cho cơ**

- + Dù kỹ thuật tạo hình vùng da được áp dụng theo kiểu nào thì về nguyên tắc việc phục hồi lại vị trí giải phẫu của cơ ở môi là yếu tố quyết định kết quả xa của phẫu thuật tạo hình môi. Bước này càng có vai trò quan trọng trong khe hở môi toàn bộ.
- + Đầu bám tận của cơ ngang mũi: do vị trí bám lạc chỗ của cơ ngang mũi trong khe hở môi là chân cánh mũi cho nên cần giải phóng đầu cơ ngang mũi, khâu đầu cơ này vào gai mũi trước trên của xương hàm trên.
- + Phục hồi sự liên tục của cơ vòng môi: do cơ vòng môi bao gồm hai bó chéo và ngang, khi phục hồi lại cơ này cần tính đến vị trí giải phẫu của từng bó cơ. Đối với bó chéo có nơi bám tạm là gai mũi trước trên, sau khi tách đầu ngoài bám lạc chỗ ở chân cánh mũi, cần khâu vào gai mũi trước trên. Còn đầu trong của cơ sau khi giải phóng khỏi nơi bám lạc chỗ tại vách mũi, cần được khâu vào đầu bó ngang ở bờ ngoài khe hở môi.

– **Kỹ thuật tạo hình cho niêm mạc**

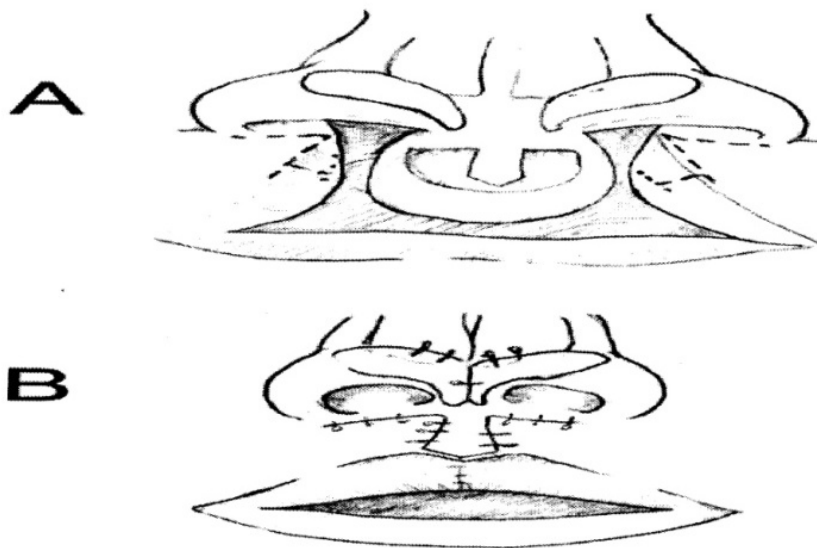
- + Một tạo hình chữ Z được thực hiện khi khâu hai mép của vùng môi ướt sẽ giảm sự co kéo của sẹo môi sau này.

- + Trong trường hợp khe hở môi rộng, có thể dùng vật đẩy tại vùng ngách tiền đình bên ngoài khe hở để có thể đóng được nền lỗ mũi toàn bộ khe hở.

4. Kỹ thuật tạo hình khe hở môi hai bên

Trong khe hở môi hai bên toàn bộ, không có tổ chức cơ ở vùng khối tiền hàm nhưng có phanh môi, đó là một bộ phận có vai trò quan trọng trong việc hình thành góc môi - trụ mũi và ngách tiền đình môi trên.

- **Kỹ thuật Millard:** được áp dụng phổ biến nhất cho các loại khe hở môi hai bên vì có thể đáp ứng tốt yêu cầu cơ bản trong tạo hình môi: đóng kín khe hở môi và sửa chữa các biến dạng của mũi, tái tạo liên tục của cơ vòng môi trên, điều chỉnh khối tiền hàm về vị trí giải phẫu, tạo ngách tiền đình của môi trên. Phẫu thuật trong một thì cả hai bên khe hở môi thường đem lại kết quả thỏa đáng hơn là phẫu thuật hai thì, hơn nữa việc phục hồi lại sự liên kết của khối tiền hàm và của hàm là yêu cầu chính thông qua phẫu thuật tạo hình môi.

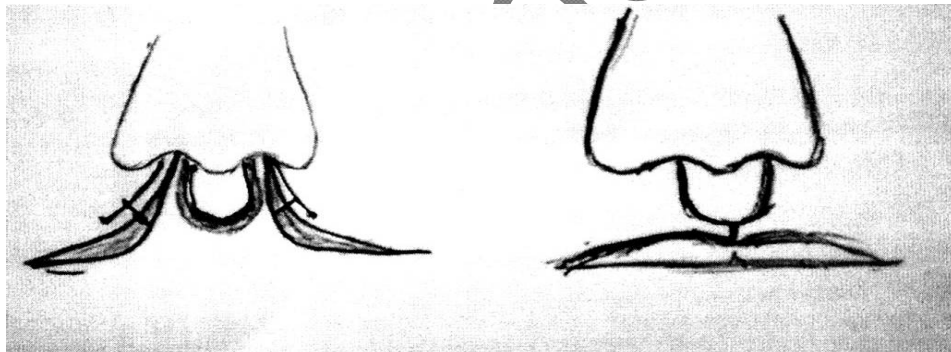


Kỹ thuật Millard

- + Tạo hình phần da và niêm mạc: đường rạch da cũng giống như trong khe hở môi toàn bộ một bên, bao gồm vật xoay

nằm ở phần tiền hàm để che phủ vùng nền mũi, vạt đẩy từ bờ ngoài che phủ khe hở môi và nền lỗ mũi. Niêm mạc của tiền hàm cùng niêm mạc hai bên khe hở môi được tạo hình ngách tiền đình.

- + Khôi phục cơ vòng môi sau khi phóng đầu bám tận tại chân cánh mũi từng bên, các đầu cơ được nối ngay trên khối tiền hàm.
- **Phương pháp Barsky:** đại diện cho đa số các thủ thuật tạo hình môi hai bên trước đây và chủ yếu được dùng để xử trí các trường hợp có khe hở trọng hiện nay ít được sử dụng.
- + **Ưu điểm:**
 - Tăng được chiều cao nhân trung.
 - Cơ vòng môi hai bên dễ khâu vào nhau.
- + **Khuyết điểm:**
 - Cắt bỏ nhiều tổ chức, làm căng môi.
 - Ngắn theo chiều ngang, da ở giữa môi giống như hòn đảo.



Phương pháp Barsky

5. Hậu phẫu

- Sau mổ cần theo dõi đề phòng tắc đường thở do tiết nhiều dịch bằng cách cho bệnh nhân nằm nghiêng hoặc hút đờm dãi.
- Không nên sử dụng loại thuốc giảm đau có ức chế hô hấp, nếu phải dùng thì rất thận trọng và theo dõi sát nhịp thở.
- Khi trẻ tỉnh táo hoàn toàn cho ăn bằng thìa: sữa, cháo loãng, nước hoa quả; thực hiện chế độ ăn mềm sau mổ 2 - 4 tuần, sau khi ăn mềm cho bệnh nhân uống đường hoặc nước hoa quả.

- Nếu điều kiện vô trùng trong cuộc mổ tốt và chăm sóc hậu phẫu tốt ta có thể sử dụng kháng sinh phòng ngừa 1 liều trước mổ 1h và sau mổ 4h.
- Cefoparin 50mg/kg x 2 lần.
- Trong điều kiện thực tế hiện nay tại bệnh viện chúng tôi đề nghị:
 - + **Khe hở môi hai bên**
 - Cefoparin 100mg/kg/ngày (5 - 7 ngày).
 - Paracetamol 10 - 15mg/kg x 3 - 4 lần/ngày (4 ngày).
 - + **Khe hở môi một bên** có thể sử dụng kháng sinh đường uống thông thường (amox, cefalexin...) trong 5 ngày.

II. KHE HỖ VÒM MIỆNG BẨM SINH

1. Đại cương

- Khe hở vòm miệng bẩm sinh hình thành do loạn sản vùng hàm mặt và rối loạn phát triển xương sọ, từ tuần lễ thứ 3 đến tuần lễ thứ 12 thời kỳ bào thai.
- Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng nhằm mục đích phục hồi chức năng của vòm miệng. Để đạt được mục đích của phẫu thuật, mỗi phẫu thuật viên cần nắm vững ba yêu cầu khi tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh:
 - + Đóng kín được khe hở vòm miệng.
 - + Đẩy lùi được vòm miệng ra sau.
 - + Thu hẹp được eo họng.
- Một số tác giả dù dùng phương pháp đeo máng bites. Đây chỉ là cách điều trị tạm thời. Phẫu thuật tạo hình mới là điều trị hoàn chỉnh và hy vọng đạt được các yêu cầu của điều trị.
- Tuổi mổ: có nhiều ý kiến bàn luận xung quanh vấn đề tuổi mổ, một số tác giả chủ trương mổ sớm, trong mổ khi đứa trẻ còn quá nhỏ, các cơ cấu giải phẫu chưa rõ ràng sẽ rất khó cho phẫu thuật. Mặt khác việc chăm sóc hậu phẫu rất khó khăn, đặc biệt là khó nuôi dưỡng.
- Đa số các tác giả trên thế giới, cũng như các tác giả Việt Nam đều thừa nhận mổ ở lứa tuổi 12 - 18 tháng là hợp lý nhất. Lứa tuổi này đứa trẻ không quá bé để tiến hành một phẫu thuật và cũng là lúc đứa trẻ bắt đầu tập phát âm. Vòm miệng được

phục hồi tốt trẻ sẽ ít ngưng, sau mổ được luyện tập về tiếng nói thì kết quả phát âm sẽ rất cao.

2. Phân loại

- Khe hở vòm miệng thường được phân loại dựa trên mức độ thương tổn. Người ta chia khe hở vòm miệng thành ba loại như sau:
 - + Khe hở vòm miệng toàn bộ.
 - + Khe hở vòm miệng không toàn bộ.
 - + Khe hở màng hay tình trạng chẻ lưỡi gà.
- Nghiên cứu về giải phẫu của vòm miệng người ta thấy vòm mềm được cấu tạo bởi cân màn hầu và một nhóm cơ, trong đó có: cơ màn hầu, cơ nâng màn hầu, cơ lưỡi màn hầu, cơ hầu màn hầu và cơ khẩu cái màn hầu. Các cơ này tham gia phát âm và động tác vòm miệng, phẫu thuật viên cần khâu phục hồi lại lớp cơ theo bình diện giải phẫu. Sau mổ, đứa trẻ sẽ phát âm tốt hơn.

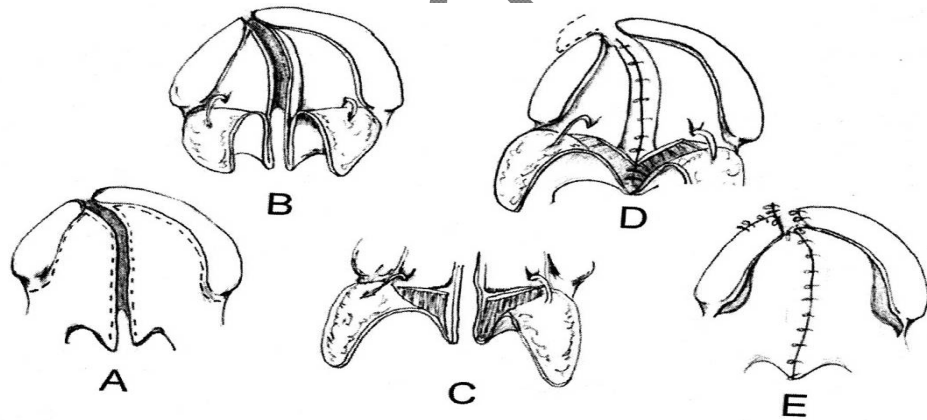
3. Phẫu thuật

- **Chỉ định**
 - + Khe hở đơn giản, không quá rộng thường sử dụng kỹ thuật: Von - Langenbeek hoặc dùng kỹ thuật Schweeken – dick.
 - + Khe hở vòm miệng toàn bộ, theo Limber thì nên mổ hai thì:
 - Thì một, mổ đóng kín vòm mềm bằng kỹ thuật đơn giản lúc đứa trẻ một tuổi.
 - Thì hai, sau khi đứa trẻ được 4 - 5 tuổi thì đóng tiếp khe hở vòm cứng bằng kỹ thuật Limber hoặc kỹ thuật Ericpeet.
 - + Ngay nay, đa số các tác giả mô tạo hình khe hở vòm miệng một thì bằng kỹ thuật Push back.
- **Chuẩn bị trước khi mổ**
 - + Bệnh nhân phải được khám kỹ mũi, họng, hô hấp. Nếu các bộ phận đó có bệnh thì cần được điều trị ổn định trước khi phẫu thuật tạo hình vòm miệng.
 - + Tiến hành làm các xét nghiệm cơ bản, lưu ý xét nghiệm hemoglobin máu. Nếu hemoglobin máu quá cao sẽ dễ gây chảy máu sau phẫu thuật, có thể dẫn đến tử vong. Bệnh

nhân ăn uống rất kém trong 10 ngày đầu sau mổ, cơ thể thiếu dinh dưỡng rất nhiều, do vậy cần lưu ý chế độ dinh dưỡng cho đứa trẻ trước mổ.

– **Kỹ thuật**

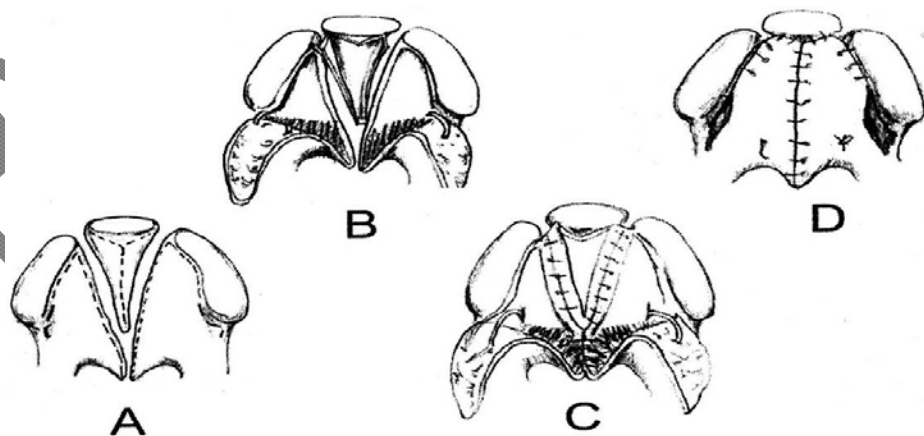
- + Dưới gây mê nội khí quản, gây tê bổ sung niêm mạc vòm miệng bằng dung dịch lidocain 0.5% có pha epiephrin 1/100.000.
- + Dùng dao nhỏ, dao số 15 hoặc số 11, rạch sát bờ khe hở, tách niêm mạc miệng ra khỏi niêm mạc lưỡi.
- + Rạch chính bờ mà nên rạch lún về phía niêm mạc miệng, dùng dụng cụ bóc niêm mạc tách mũi khỏi xương mũi.
- + Rạch đường thành bên họng, sau cung răng hàm trên. Dùng kéo Mayo bóc tách vào trong toàn bộ phần mềm chúng ta sẽ thấy một khoang mà phía trong là các cơ vòm miệng, phía ngoài là cơ chân bướm trong. Tại đây có Hamulus là mấu xương hình móc của gai chân bướm.



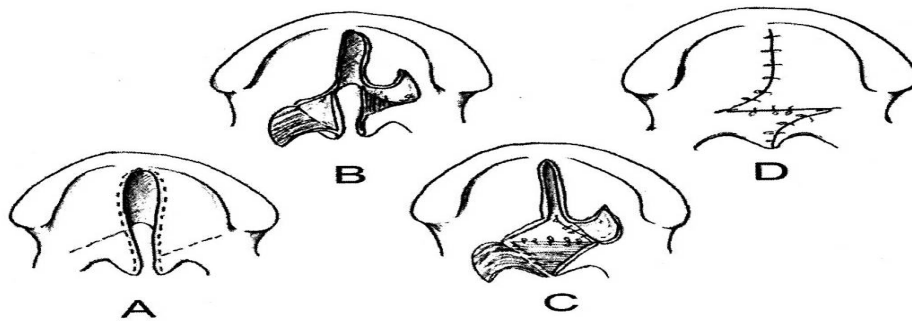
Rạch đường thành bên họng, sau cung răng hàm trên

- + Chèn mèche vào vùng bóc tách để đầu phâm mềm vào trong (mèche có tẩm iodoform, hoặc dầu mù u), để một ngày sau mổ.
- + Mở tiếp đường rạch từ thành bên họng lên phía trước, tạo thành đường rạch chữ V (trong kỹ thuật V - Y) hay chữ W (trong kỹ thuật W - Y), để lại tam giác phía đầu khe hở mà đỉnh tam giác quay về phía sau (phía khe hở).

- + Bóc tách hai vạt, vòm miệng cứng từ trước ra sau, làm đứt các mạch xiên. Dùng lóc xương để lóc hai vạt niêm - cốt mạc, ta gặp hai lỗ khẩu cái sau, ở đó có bó mạch nuôi vạt, cần được bảo vệ. Động mạch này chạy trong ống khẩu cái sau.
- + Trường hợp muốn giải phóng dài thêm cuộn mạch dùng dao mổ rạch nhẹ 2 đường 2 bên ống khẩu cái sau cách khoảng 1mm, sau đó mới bóc tách nhẹ ống khẩu cái sau cho đủ chiều dài cần thiết để 2 vạt đóng lại không bị căng.
- + Khâu phục hồi vòm miệng được tiến hành theo trình tự như sau. Khi khâu xoay nút chỉ về phía mũi, dồn niêm mạc từ trước ra sau; để nút chỉ xoay về phía mũi nên xuyên kim bên trái trước, bên phải sau. Thường dùng các mũi chỉ khâu rời an toàn hơn khâu vắt.
- + Khâu các lớp cơ vòm miệng bằng chỉ vicryl 4 - 0. Lưỡi gà nên cố định bằng mũi chỉ blai - donati để đề phòng đứt chỉ, toác rộng lưỡi gà sau mổ.
- + Cuối cùng khâu niêm mạc vòm miệng bằng các mũi khâu rời, chỉ vicryl 4 - 0 hoặc soie 4.0 từ sau ra trước
- + Nếu trong trường hợp khe hở rộng quá, phẫu thuật viên sử dụng kỹ thuật W - Y Push back thì làm một vạt tam giác phía trước để lấp bít khe hở bằng phương pháp tạo hình chữ Z hoặc ghép hai cạnh tam giác của hai vạt lại.



Phương pháp mổ khe hở hàm ếch hai bên



Phương pháp mổ khe hở hàm ếch theo Furlow

4. Hậu phẫu

- Sau mổ cần theo dõi tắc đường thở do tiết nhiều dịch bằng cách cho bệnh nhân nằm nghiêng hoặc hút đờm dãi.
- Không nên sử dụng loại thuốc giảm đau có ức chế hô hấp, nếu phải dùng thì rất thận trọng và theo dõi sát nhịp thở.
- Khi trẻ tỉnh táo hoàn toàn cho ăn bằng thìa: sữa, cháo loãng, nước hoa quả; thực hiện chế độ ăn mềm sau mổ 2 - 4 tuần, sau khi ăn mềm cho bệnh nhân uống đường hoặc nước hoa quả.
- Nên sử dụng kháng sinh toàn thân:
 - + Cefoparin 100mg/kg/ngày (5 - 7 ngày)
 - + Paracetamol 10 - 15mg/kg x 3 - 4 lần/ngày (4 ngày - 5 ngày).

5. Biến chứng

- Chảy máu ồ ạt trong lúc mổ: cần lưu ý cầm máu ngay bằng cách khâu cầm máu.
- Tím tái, ngạt thở cần kiểm tra ống nội khí quản.
- Trật khớp cổ 3, 4 do sai tư thế; cần nắn lại ngay phòng chèn tủy gây tử vong.
- Chảy máu sau mổ: chèn mèche hoặc chèn surgicel nếu không cầm máu thì phải đưa lại phòng mổ để khâu cầm máu.
- Nhiễm trùng: đề phòng nhiễm trùng sau mổ bằng cách cho bệnh nhân dùng kháng sinh toàn thân và vệ sinh miệng tốt. Nếu có hoại tử tổ chức, cần phải làm sạch để tổ chức hạt mọc.
- Toác vết mổ: do đứt chỉ hoặc hoại tử làm đường khâu toác rộng, sẹo sẽ không liền lại được. Trường hợp này cần chờ để mổ lại sau một năm.

DI VẬT ĐƯỜNG THỞ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Di vật đường thở thường gặp ở trẻ em. Bản chất di vật có thể từ nguồn gốc thực vật, động vật, kim khí...
- Nguyên nhân:
 - + Di vật rơi vào đường thở khi cười, ho, nhảy mũi.
 - + Do lấy dị vật mũi, dị vật hạ họng.
 - + Cannule gãy, rớt vào ống cao su lúc dẫn lưu.
- Vị trí: thanh quản, khí quản, phế quản...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hội chứng xâm nhập

- Trẻ nhỏ: khó thở, mặt tái, mắt trợn, vẻ mặt hốt hoảng, cổ gồng thở, thở rít sau đó ho bật ra
- Trẻ lớn: sặc, ho từng tràng, có khi đau nhói

Nếu không ho bật ra, sau hội chứng xâm nhập sẽ xuất hiện một loạt triệu chứng khác tùy thuộc vị trí của dị vật. Hội chứng xâm nhập có thể bị bỏ qua đối với trẻ em quá nhỏ, trong lúc ngủ, động kinh.

2. Dị vật thanh quản

- Thở rít kèm những cơn co thắt thanh quản.
- Ho từng tràng, ho khan hoặc đàm mủ, khàn tiếng (có khi mất tiếng).
- Nếu dị vật nhọn có thể gây đau, khó nuốt.

3. Dị vật khí quản

Do dị vật lớn không vào phế quản được gây khó thở, thở rít từng cơn do dị vật di động. Xảy ra ở một số tư thế: thường ngủ và ban đêm. Sau đó yên ổn hoàn toàn. Thường luôn luôn tồn tại một tình trạng khó thở, luôn luôn có ho và khạc đờm mủ có lẫn máu, đau sau xương ức.

4. Dị vật phế quản

Thường dễ bị bỏ quên vì quá nhỏ và không khó thở. Chính biến chứng ở phổi cho biết sự hiện diện của nó:

- Dữ dội như viêm phổi dầu (peanut bronchitis) trong hóc đậu phộng.
- Có khi chậm: không có một triệu chứng gì.
- Dị vật bằng kim khí chỉ thấy khi chụp phim, soi hoặc mổ xác.

- Nếu dị vật bít một phế quản: khó thở, lồng ngực xẹp một bên, rung thanh giảm, gõ đục. Nếu không hoàn toàn: nghe tiếng thổi còi.
- Tôm lại dị vật phế quản một bên dẫn đến triệu chứng viêm phế quản một bên kéo dài.

III. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LƯỢNG

- Ho bắn dị vật ra ngoài ngay hoặc sau một thời gian.
- Chết ngay tức khắc do dị vật lớn gây co thắt thanh môn, tắc nghẽn cơ học.
- Nếu dị vật tồn tại trong đường thở sẽ gây các biến chứng khác nhau tùy thuộc vào vị trí:
 - + Thanh quản: dị vật cắm chặt gây phù nề, giả mạc, có khi che lấp dị vật.
 - + Khí quản: thường dị vật di động gây rơi vào phế quản hay mắc vào thanh quản dẫn đến viêm khí phế quản xuất tiết.
 - + Phế quản phổi: thường dị vật ở phế quản gốc gây phế quản phế viêm, áp-xét phổi, gây ho, khạc mủ hôi lẫn máu, khó thở, tổng trạng xấu. Trẻ nhỏ thường dễ tử vong vì phế quản phế viêm. Dị vật vô trùng gây viêm phổi mủ mạn tính, xơ phổi, dẫn phổi ở vùng dưới dị vật và chít hẹp tại dị vật. Thường ở phế quản thì dị vật gây biến chứng nặng nhất, lệ thuộc vào:
 - Dị vật vô trùng hay không.
 - Bít tắc nhiều hay không.
 - Gây xẹp phổi và ứ dịch.
 - Loét và nhiễm trùng niêm mạc có thể gây viêm phế quản. Nếu thủng thành phế quản gây tràn mủ - viêm mủ màng phổi, trung thất.

IV. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào:

1. Triệu chứng

- Bệnh sử có nuốt dị vật, cơn sặc, ho.
- Triệu chứng cơ năng: hội chứng xâm nhập.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Dị vật thanh quản: khàn tiếng.
 - + Dị vật khí quản: co thắt từng cơn.

- + Dị vật phế quản: dị vật mắc lại - dấu hiệu viêm phổi một bên.
- Chẩn đoán phân biệt với:
 - + Khó thở do thức ăn lớn vào thực quản.
 - + Con sặc: có thể do co thắt thanh môn, bạch hầu, viêm thanh quản.
 - + Nếu không có hội chứng xâm nhập rõ ràng dễ nhầm lẫn với bệnh phổi khác (viêm phế quản mủ, dẫn phế quản, lao phổi, tràn mủ màng phổi, hoại tử phổi). Chỉ qua mổ tử thi mới phân biệt được.
- 2. Chụp X-quang:** ngay khi nghi ngờ có dị vật đường thở
 - Cần chụp các tư thế:
 - + Thẳng, nghiêng thì hít vào.
 - + Thẳng, nghiêng thì thở ra.
 - + Nằm nghiêng bên bệnh, tia ngay.
 - Dị vật là kim khí hay xương sẽ thấy rõ trên X-quang.
 - Dị vật không cản quang: xẹp phổi hay khí phế thũng.
 - Chụp cản quang với Lipidol bơm vào khí quản: ngھn lại hay bao quanh dị vật.
- 3. Soi khí - phế quản:** vừa chẩn đoán vừa điều trị. Có thể lấy dị vật, thấy mủ xuất tiết, dẫn đến hút, đặt Adrenalin sẽ thấy dị vật bên dưới.

V. ĐIỀU TRỊ

- 1. Cấp cứu:** mở khí quản cấp cứu giải quyết tốt nếu dị vật ở thanh quản, nếu ở khí quản có thể ho bắn ra ở lỗ mở khí quản.
- 2. Chọn lọc**
 - Nếu dị vật ở thanh quản có thể soi gián tiếp để lấy nhưng tốt nhất vẫn là soi trực tiếp.
 - Nếu dị vật ở khí phế quản: soi khí phế quản tốt nhất dưới sự kiểm soát của soi X-quang. Phải chuẩn bị sẵn ôxy, bộ mở khí quản đề phòng ngưng thở.
- 3. Yếu tố thành công**
 - Chẩn đoán sớm.
 - Kỹ thuật tốt và dụng cụ tốt.
 - Lấy dị vật nhanh.

RÒ TRƯỚC TAI (RÒ LUÂN NHĨ)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rò trước tai là một dị tật tương đối phổ biến, có thể gặp ở những người có vành tai dị hình hoặc vành tai bình thường.
- Nguyên nhân do sự hàn gắn thiếu sót giữa khe mang thứ nhất và khe mang thứ hai trong thời kỳ bào thai. Bình thường ở tuần thứ 3 - 4 của phôi thai có 5 khe mang mỗi bên để hình thành các cơ quan ở đầu mặt cổ. Nếu bất thường sẽ có những đường rò khác nhau.

II. GIẢI PHẪU BỆNH

Đường rò có cấu tạo lớp ngoài bởi biểu mô lát tầng và biểu mô trụ tiết nhầy; dưới là nang lympho và tuyến mô hôi. Do đó có cấu trúc giống cấu trúc da.

III. CHẨN ĐOÁN

*** Ở bài này chỉ trình bày đường rò luân nhĩ**

- Vị trí thông thường của rò là ở trước nắp tai hoặc trước đoạn lên của gờ vành (rễ dụn Helix), có thể ở một bên hoặc cả hai bên tai.
- Lỗ rò thường nhỏ bằng đầu kim, đường đi ngoằn ngoèo về phía dưới ra sau, sát chân bám của sụn, tận cùng bằng một cùng đồ
- Rò bẩm sinh trước tai bình thường khô ráo, không có triệu chứng gì, nhưng đến khi đường rò chứa một chất nhầy đặc màu kem có mùi hôi thối mà chúng ta có thể nặn ra được. Thỉnh thoảng lỗ rò bị tắc và túi rò bị nhiễm trùng và gây áp xe.

IV. ĐIỀU TRỊ: có 2 phương pháp điều trị rò bẩm sinh ở tai

1. Nguyên tắc điều trị

- **Phương pháp bảo tồn:** do có cấu trúc giống cấu trúc của da nên người ta bơm những chất gây ăn mòn da (như NaOH 20%) vào đường rò làm cháy lớp biểu bì. Tuy nhiên thuốc vào đến các nhánh của đường rò có thể lọt ra ngoài túi rò sẽ gây viêm và hoại tử vùng xung quanh.

- **Phương pháp ngoại khoa:** phẫu thuật lấy toàn bộ tổ chức rò trước đó có bơm Bleu Methylen vào đường rò - túi rò để dẫn đường bóc tách. Phải lấy hết đường rò và phân nhánh mới không bị tái phát.

Chú ý:

- + Động mạch thái dương nông lúc phẫu thuật.
- + Sau phẫu thuật phải dùng kháng sinh và thay băng nơi mổ ít nhất 1 lần/ngày để phòng ngừa viêm sụn vành tai.

BỆNH CHẢY MÁU VÙNG HÀM MẶT

I. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân:

- Chảy máu sau nhổ răng.
- Chảy máu do nha chu viêm.
- Chảy máu do chấn thương gãy xương hàm.
- Do bệnh về máu: xuất huyết do giảm tiểu cầu, Hemophilie.

II. TRIỆU CHỨNG

- Máu tiếp tục chảy sau nhổ răng nhiều giờ, bệnh nhân nhổ ra nhiều máu tươi lẫn nước bọt và máu cục đọng ở chỗ răng.
- Máu chảy rỉ ra quanh viền nướu.
- Chấn thương gây rách phần mềm hoặc gãy xương hàm thì mức độ chảy máu thể hiện:
 - + Máu tươi thấm qua băng nhiều.
 - + Mở băng ra máu chảy nhiều hơn.
 - + Máu từ chỗ xương bị gãy chảy qua vết rách da, niêm mạc, nướu, qua xoang hàm chảy ra mũi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị tại chỗ: tùy theo nguyên nhân, cách điều trị khác nhau:

- *Chảy máu sau nhổ răng:*
Nạo sạch ổ răng, nhét spongel và khâu niêm mạc ổ răng.
- *Chảy máu do nha chu viêm:*
Lấy sạch mảng bám quanh cổ răng, nếu cần khâu quanh cổ răng chảy máu và sử dụng thêm kháng sinh Amoxin hoặc Cefalexin 50mg/kg/24giờ trong 5 ngày đến 7 ngày.
- *Chảy máu do rách phần mềm:*
 - + Khâu cầm máu.
 - + Buộc động mạch.
 - + Băng ép hoặc chèn meche cầm máu.
- *Chảy máu từ trong xương ra:*
 - + Băng cố định vùng gãy xương.
 - + Cho thuốc cầm máu:
 - Carbazochrome TIM (I.V) (1.5 mg/3.6ml):
 - ✓ 30 tháng đến 1.5 tuổi: 1 - 2 ống/24 giờ.

- ✓ Sơ sinh đến 30 tháng: $\frac{1}{2}$ ống/ 24 giờ.
- Hoặc Nesamid 250mg/5ml TIM (I.V) - chậm 10mg -> 15mg/Kg/1 lần pha loãng tĩnh mạch chậm hoặc 250-500mg/ngày.
- + Chườm đá.
- + Theo dõi mạch, huyết áp, truyền dịch, truyền máu nếu mất máu nhiều.
- + Thắt động mạch cảnh ngoài nếu cần.
- *Chảy máu do các bệnh về máu:*
 - + Cầm máu tại chỗ + chuyển chuyên khoa huyết học điều trị.
 - + Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm để kiểm tra:
 - Huyết đồ + TS, TC.
 - Chức năng máu đông.
 - TQ, TCK, Prothrombin...
- 2. Điều trị toàn thân:** thuốc dùng trong điều trị:
 - Cấp thời dùng: Adona, Adrenoxyl.
 - Lâu dài dùng: Vitamin K1, viên sắt, Vit B12, Vitamin C.
 - Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng:
 - + Cefotaxim 1gram trẻ em <12 tuổi và <50kg: 50->100mg/kg/24giờ chia từ 2 - 4 lần TB hoặc TTM.
 - + Cefalexin 1 gram trẻ em : 25mg ->50mg/Kg/24 giờ uống
 - Hồi sức, nâng cao thể trạng cho BN bị mất máu:
 - + Lactate Ringer: số lượng, tốc độ truyền tùy theo tình trạng mất máu nhiều hay ít, cân nặng, tình trạng tim mạch của BN
 - + Dextrose 30%.
 - + Truyền máu toàn phần hay hồng cầu lắng.

BỆNH CHẢY MÁU MŨI

I. TỔNG QUÁT

- Mũi là nơi dễ bị chấn thương, nhiễm trùng, bị dị vật nên rất dễ chảy máu.
- Bệnh nguy hiểm cần phải cầm máu ngay.

II. BỆNH LÝ

- Chảy máu mũi nhẹ: trong 15 phút chảy khoảng 5 ml, bệnh nhân ngồi chỉ chảy ra phía mũi trước. Phần lớn chảy máu điểm mạch.
- Chảy máu mũi vừa: trong 15 phút chảy khoảng 50ml, chảy máu xuống thành sau họng ít. Đó là chảy máu động mạch sáng.
- Chảy máu mũi nặng: trong 15 phút khoảng 300ml, chảy xuống thành họng nhiều. Đó là chảy máu bướm khẩu cái.

III. CHUẨN BỊ

- Chảy máu mũi nhẹ: bông, nước oxy già.
- Chảy máu mũi vừa: máy hút, ống hút, đèn clar, kẹp khuỷu, banh mũi, đèn lưỡi, meche 1cm x 2cm.
- Chảy máu mũi nặng như trên + bông cầu 3 dây cỡ 2 ngón tay cái em bé, 2 kẹp Kocher, ống Nelaton, ống Foley, meche 1cm x 2cm. Nếu Hct < 23% truyền máu cùng loại.

IV. XỬ TRÍ

1. Chảy máu mũi nhẹ

Dùng ngón tay cái và ngón trỏ bóp 2 cánh mũi lại trong 15 phút hoặc nhét bông có tẩm nước oxy già vào tiền đình mũi.

2. Chảy máu mũi vừa

- Nhét meche mũi trước, nhét meche kiểu đèn xếp. Kiểm tra máu thành sau họng.
- Kháng sinh + giảm đau, 48h sau rút meche.

3. Chảy máu mũi nặng: nhét meche mũi sau:

- Cho ống Nelaton vào mũi bị chảy máu nhiều, đèn lưỡi, lấy kẹp Kocher lấy ống Nelaton ra miệng. Cột meche mũi trước 2 bên. Cột gửi mũi bông cầu qua phao.
- Kiểm tra thành sau họng.

- Kháng sinh:
 - + Cefotaxim 50 - 100 mg/Kg/ngày tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.
 - + Ceftriaxone 50 - 100 mg/Kg/ngày tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch đến khi rút meche (thường rút meche từ 3 - 7 ngày tùy trường hợp).
- Uống sữa, ăn cháo thịt.
- Giảm đau.
- Nếu Hct < 23% truyền máu.

V. THEO DÕI

- Em vẫn chảy máu, nhét meche không đạt yêu cầu → phải làm lại ngay.
- Theo dõi nhiễm trùng, nhất là nhét meche mũi sau.
- Kháng sinh - giảm đau, bồi dưỡng tối đa.

TẮC LỆ ĐẠO Ở TRẺ EM

I. NGUYÊN NHÂN

* Do những khác biệt về sinh lý học, các bất thường bẩm sinh và mắc phải của hệ thống lệ đạo:

- Sự ứ đọng nước ối sau sinh trong túi lệ bởi tắc ống lệ mũi.
- Viêm túi lệ cấp.
- Chảy nước mắt sống và viêm kết mạc mủ nhầy kinh niên.
- Rò túi lệ bẩm sinh.

II. LÂM SÀNG

- Chảy nước mắt thường xuyên, đôi khi kèm nhầy mủ.
- Đọng nước mắt trong khe mi, cảm giác mắt long lanh.
- Giả viêm kết mạc, ngưng thuốc nhỏ thấy tái phát, thường một mắt.
- 80% tắc lệ đạo gặp ở trẻ em dưới 6 - 8 tháng tuổi.

III. ĐIỀU TRỊ

- Trước 4 tháng tuổi:
 - + Kháng sinh tại chỗ: nhóm Chloraphenicol, tobramycin: nhỏ mắt 1- 2giọt/lần x 04 - 06 lần/ngày.
 - + Day ấn vùng túi lệ.
- Sau 4 tháng tuổi:
 - + Bơm rửa lệ đạo hoặc thông lệ đạo (có thể thông lệ đạo 2 - 3 lần, thời gian các lần cách nhau tùy theo từng bệnh nhân).
 - + Kháng sinh tại chỗ nhóm chloramphenicol, tobramycin: nhỏ mắt 1 - 2 giọt/lần x 4 - 6 lần/ngày.

BV Nhi đồng 2

Chương 7
VẬT LÝ TRỊ LIỆU

BV Nhi đồng 2

VẬT LÝ TRỊ LIỆU GỠ XƯƠNG CHI DƯỚI

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương chi dưới thường gặp ở trẻ từ 10 - 15 tuổi. Nguyên nhân thường do chấn thương trong sinh hoạt hằng ngày, do tai nạn giao thông, do bệnh lý (bệnh tạo xương bất toàn ...). Ngoài ra, có một số trường hợp gãy xương đùi ở trẻ sơ sinh do sang chấn sản khoa, do tai nạn...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Hỏi thời gian gãy cách nay bao lâu? Nguyên nhân gãy? Đã điều trị bằng phương pháp nào? (bó thuốc nam, bó bột, phẫu thuật...).
- Tháo bột cách nay bao lâu?

2. Khám lâm sàng

Sau khi cắt bột, bệnh nhân thường có các triệu chứng sau :

- Sung, đau.
- Giới hạn tầm vận động (ROM - range of movement) khớp gối (ghi nhận tầm độ giới hạn bằng thước đo độ).
- Teo cơ 4 đầu đùi, cơ bụng chân...(cần thử cơ, đo chu vi cơ...).
- Có ngắn chi ? (đo chiều dài biểu kiến và chiều dài tương đối 2 chân).
- Cách di chuyển của bệnh nhân: tự đi một mình hay đi với nạng.

Chú ý: Trong trường hợp gãy xương đùi sơ sinh (trẻ dưới 3 tháng tuổi): mang nẹp Pavlik ngay sau khi gãy hoặc sau khi kéo Bryant 1 tuần (theo chỉ định của bác sĩ)

III. ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ TRỊ LIỆU

1. Giai đoạn bó bột hoặc giai đoạn đang kéo tạ

- **Mục đích:**
 - + Ngăn ngừa biến chứng hô hấp.
 - + Giảm đau, giảm sưng.
 - + Gia tăng tuần hoàn.

- + Duy trì lực cơ của chi đau.
- + Tránh teo cơ, cứng khớp do bất động lâu ngày.
- + Gia tăng sức mạnh nhóm cơ thân mình, nhóm cơ đi nặng.
- **Chương trình:**
 - + Tập thở, hay cho bệnh nhân ngồi dậy
 - + Nâng cao chi bị gãy
 - + Cử động nhanh cổ chân, bàn chân, và các ngón chân
 - + Gồng cơ tứ đầu đùi
 - + Tập vận động chủ động ở các khớp không bị bất động
 - + Tập vận động chủ động có đề kháng bằng tạ, túi cát các cơ cần đi nặng
 - + Hướng dẫn bệnh nhân đi nặng

2. Giai đoạn sau khi bó bột

- **Mục đích:**
 - + Giảm sưng, đau, co thắt cơ, gia tăng tuần hoàn chi bị gãy
 - + Gia tăng tầm vận động khớp hông, gối
 - + Gia tăng lực cơ tứ đầu đùi, cơ tam đầu cẳng chân
 - + Chịu sức nặng ở chi đau (khi bác sĩ cho phép)
- **Chương trình:**
 - + Sử dụng nhiệt nóng, ẩm: túi nước nóng, túi đắp điện để giảm sưng, giảm đau
 - + Cử động chủ động có trợ giúp (giàn treo, ròng rọc, tay bệnh nhân)
 - + Vận động thụ động, kéo giãn để gia tăng ROM
 - + Áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ, co nghỉ, trượt khớp để gia tăng ROM
 - + Tập vận động chủ động có đề kháng (túi cát, tạ, dây thun, bàn đá tạ...)
 - + Hướng dẫn dáng đi đúng

3. Giai đoạn cấp gãy xương đùi ở trẻ sơ sinh dưới 3 tháng tuổi

- Cho bệnh nhân mang nẹp Pavlik ngay sau khi gãy hoặc sau khi kéo Bryant 1 tuần
- Theo dõi X-quang hàng tuần, mang nẹp trong 1 tháng
- Thời gian tháo nẹp tùy theo chỉ định của bác sĩ chỉnh hình
- Hướng dẫn gia đình cách chăm sóc bệnh nhân khi mang nẹp

Lưu ý khi bệnh nhân mang nẹp Pavlik:

- Không áp 2 đùi, không tháo nẹp
- Không xách 2 chân lên khi thay tã
- Không nằm nghiêng, không nằm sấp
- Dây đai ngực không quá siết
- Các dây đai được siết theo mức đã đánh dấu
- Quần áo rộng, không mặc áo liền quần, quần áo ngoài nẹp
- Hông gập 90° , dang 110° (tùy theo độ di lệch của xương gãy).

BV Nhi đồng 2

VẬT LÝ TRỊ LIỆU GỠ XƯƠNG CHI TRÊN

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương chi trên thường gặp ở trẻ em, nhất là gãy trên 2 lồi cầu cánh tay. Nguyên nhân thường do chấn thương trong sinh hoạt hằng ngày, do tai nạn giao thông, do bệnh lý...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Hỏi thời gian gãy cách nay bao lâu? Nguyên nhân gãy? Đã điều trị bằng phương pháp nào? (bó thuốc nam, bó bột, phẫu thuật...).
- Tháo bột cách nay bao lâu? Đã rút kim chưa?

2. Khám lâm sàng

Sau khi cắt bột, bệnh nhân thường có các triệu chứng sau:

- Sung, đau
- Giới hạn tầm vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay, khớp liên đốt (ghi nhận tầm độ giới hạn bằng thước đo độ)
- Teo cơ vùng cánh tay, cẳng tay... (đo chu vi cơ...).
- Lực cơ cánh tay, cổ tay, bàn tay có giảm không? (cần thử cơ)
- Có liệt cơ do tổn thương thần kinh? Mất cảm giác?
- Khả năng cầm nắm?

III. ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ TRỊ LIỆU

1. Giai đoạn bó bột

- **Mục đích:**
 - + Ngăn ngừa biến chứng hô hấp.
 - + Giảm đau, giảm sưng.
 - + Gia tăng tuần hoàn.
 - + Duy trì lực cơ.
 - + Tránh teo cơ, cứng khớp do bất động lâu ngày.
 - + Chống kết dính khớp.
- **Chương trình:**
 - + Nâng cao chi bị gãy.

- + Gồng cơ trong bột.
- + Tập vận động chủ động ở các khớp không bị bất động.

2. Giai đoạn sau khi cắt bột

– Mục đích:

- + Giảm sưng, giảm đau; giảm co thắt cơ.
- + Gia tăng tầm vận động khớp khuỷu, cổ tay, ngón tay.
- + Gia tăng lực cơ vùng cánh tay, bàn tay.
- + Ngăn ngừa co rút khớp.
- + Phục hồi chức năng bàn tay.
- + Phục hồi chức năng sinh hoạt.

– Chương trình:

- + Sử dụng nhiệt: túi nước nóng, túi đắp điện... để làm giảm đau, giảm sưng.
- + Kéo giãn thụ động hoặc cử động chủ động có trợ giúp (giàn treo, ròng rọc, tay bệnh nhân); áp dụng kỹ thuật giữ nghỉ, co nghỉ; trượt khớp để gia tăng tầm vận động khớp.
- + Tập vận động chủ động có đề kháng (túi cát, tạ, dây thun, bàn đá tạ...) để gia tăng lực cơ.
- + Hoạt động trị liệu để phục hồi chức năng bàn tay, hay phục hồi chức năng sinh hoạt như (chơi ném bóng, nhặt vật...).
- + Kích thích điện để tái huấn luyện chức năng cơ.
- + Nẹp tĩnh hoặc nẹp động để ngăn ngừa co rút.

VẬT LÝ TRỊ LIỆU BỎNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng do tổn thương mô mềm, nguyên nhân thường do nước sôi, lửa, xăng dầu, hoá chất, điện... Chương trình tập Vật Lý Trị Liệu nên bắt đầu sớm (vận động chủ động) sau khi qua giai đoạn sốc, tránh giai đoạn bất động kéo dài, nên được vận động thường xuyên, ngay cả khi vết phỏng đã lành (từ 12 - 24 tháng sau khi phỏng).

II. PHÂN LOẠI

1. **Bỏng độ 1:** tổn thương lớp sừng của biểu bì, lớp đỏ da như phỏng nắng, không để lại di chứng.
2. **Bỏng độ 2 nông:** có nổi bóng nước, tổn thương lớp sâu của biểu bì nhưng chưa tổn thương tiểu thể đáy.
3. **Bỏng độ 2 sâu:** có vùng trắng lấm chấm đỏ, tổn thương một phần tiểu thể đáy.
4. **Bỏng độ 3:** có vùng trắng, mất cảm giác, cứng, tổn thương hoàn toàn tiểu thể đáy. Tổn thương độ 2 sâu và độ 3 cần ghép da để vết phỏng lành tốt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Tham khảo hồ sơ bệnh án để tìm tác nhân gây phỏng, diện tích phỏng, mức độ phỏng, vị trí phỏng; Bệnh nhân đã được ghép da chưa? Đã ghép da bao nhiêu ngày? (trong trường hợp bệnh nhân nằm viện).
- Đối với bệnh nhân ngoại trú: hỏi thời gian phỏng cách nay bao lâu? Có phẫu thuật ghép da không? Thời gian bao lâu? Có tập vật lý trị liệu chưa?

2. Khám lâm sàng

- Vết phỏng đã lên mô hạt chưa?
- Có giới hạn ROM khớp không? Có teo cơ không?
- Các chức năng sinh hoạt có hạn chế không? (ngồi dậy, cầm nắm, đứng đi).

Bảng ước lượng diện tích phỏng theo LUND và BROWDER

TUỔI/VỊ TRÍ	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 15
Đầu	19%	17%	13%	10%
Cổ	2%	2%	2%	2%
Thân trước	13%	13%	13%	13%
Thân sau	13%	13%	13%	13%
Mông (1 bên)	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Bộ phận sinh dục	1%	1%	1%	1%
Cánh tay (1 bên)	4%	4%	4%	4%
Cẳng tay (1 bên)	3%	3%	3%	3%
Bàn tay (1 bên)	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Đùi (1 bên)	5,5%	6,5%	8,5%	8,5%
Cẳng chân (1 bên)	5%	5%	5,5%	6%
Bàn chân (1 bên)	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%

IV. ĐIỀU TRỊ

Trong điều trị phỏng, việc tập vật lý trị liệu nhằm mục đích: gia tăng tuần hoàn, ngăn ngừa biến chứng hô hấp, duy trì và tăng tầm vận động khớp, ngăn ngừa co rút, teo cơ, cứng khớp, tránh ngứa, khô da, ngăn ngừa sẹo dính, sẹo lồi, phục hồi chức năng sinh hoạt hằng ngày, duy trì khả năng thăng bằng, duy trì và lấy lại tư thế đúng trong các hoạt động ngồi, đứng, đi. Tùy theo từng giai đoạn, chúng ta áp dụng chương trình tập khác nhau.

1. Trong giai đoạn sốc phỏng

- Đặt tư thế tốt.
- Tập thở ngực, thở bụng, vật lý trị liệu hô hấp.

2. Sau giai đoạn sốc phỏng

- Vận động thụ động, chủ động, trợ giúp, không đề kháng và kéo giãn nhẹ nhàng.
- Tập các chức năng bàn tay.
- Huấn luyện chức năng di chuyển.
- Nẹp kéo giãn để ngăn ngừa co rút.
- Băng thun ép hoặc mặc áo áp suất để ngăn ngừa sẹo lồi.
- Massage cơ co thắt, thoa kem làm mềm da (khi vết phỏng đã lành).

3. Sau phẫu thuật ghép da

- Gồng cơ vùng bị bất động trong thời gian bất động.
- Tập chủ động các vùng khác.
- Massage nhẹ nhàng (cọ sâu) vùng da ghép sau thời gian bất động.
- Đi lại sớm (có mang băng thun nếu chi dưới là vùng bị phỏng hay vùng lấy da ghép).
- Tập chủ động, trợ giúp, kéo giãn nhẹ nhàng.
- Nẹp kéo giãn.

VẬT LÝ TRỊ LIỆU TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay là tình trạng gây nên sự yếu liệt hay mất cảm giác một phần hay hoàn toàn một cánh tay của bệnh nhân. Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay ở sơ sinh chiếm 60 - 70% của tất cả tổn thương thần kinh cánh tay.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân là do sang chấn sản khoa trong những trường hợp sinh khó gây tổn thương rễ thần kinh C5, C6, đôi khi cả C7 hoặc do tai nạn gây sang chấn vùng vai.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền căn sản khoa: sanh hút, sanh khó, cân nặng lúc sinh...
- Thời gian phát hiện trẻ liệt tay.
- Tổn thương khác kèm theo (gãy xương đòn, gãy xương đòn...).

2. Khám lâm sàng

- Tổn thương thường được cha mẹ hoặc thầy thuốc phát hiện qua phản xạ giật mình của bé (phản xạ Moro): trẻ không cử động hoặc cử động yếu một tay, trẻ thường nằm ngửa với tay xoay trong, cẳng tay sấp, cổ tay gập, các ngón tay gập.
- Cần xác định mức độ teo cơ.
- Thử cơ theo chức năng để xác định vùng cơ liệt. Chú ý cơ delta, cơ 2 đầu, cơ 3 đầu, cơ ngửa, nhóm cơ duỗi cổ tay - ngón tay.
- Khám trương lực cơ, quá trình phát triển vận động nếu có nghi ngờ trẻ có tổn thương não.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Vật lý trị liệu là rất cần thiết, thông thường sự phục hồi hoàn toàn khoảng 1 năm, sự hồi phục sẽ khó khăn hoặc không hồi phục ở năm thứ hai.

- Cần phân biệt liệt một tay do tổn thương đám rối thần kinh và liệt tay do tổn thương não (trong trường hợp này, quan sát có tổn thương chân tay cùng bên).

1. Mục đích

- Gia tăng tuần hoàn và giảm phù nề.
- Ngăn ngừa co rút và biến dạng khớp.
- Duy trì tối đa tầm hoạt động khớp.
- Gia tăng tầm hoạt động khớp nếu bị giới hạn.
- Gia tăng lực cơ của các nhóm cơ liệt.
- Huấn luyện chức năng cơ.
- Phục hồi chức năng sinh hoạt, chức năng bàn tay (đối với trẻ lớn).

2. Điều trị

- Massage cơ vùng cánh tay - đai vai.
- Vận động thụ động, trợ giúp, chủ động tiến tới có đề kháng các cơ liệt.
- Phương pháp tạo thuận cảm thụ bản thể thần kinh cơ (PNF) nhằm duy trì và tăng tiến lực cơ.
- Kích thích cơ bằng điện.
- Tư thế tốt, nâng đỡ đai vai: treo tay hoặc tư thế gấp dang xoay ngoài khớp vai.
- Nẹp tĩnh hoặc nẹp động bàn tay để ngăn ngừa co rút gấp cổ tay và tập mạnh nhóm cơ duỗi cổ tay.
- Trong giai đoạn phục hồi khuyến khích mọi hoạt động của cơ bằng trò chơi và hoạt động trị liệu.

VẬT LÝ TRỊ LIỆU

TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Trật khớp háng bẩm sinh chiếm 5 - 10/1.000 trẻ mới sinh. Đây là tình trạng chỏm xương đùi trật lên trên và ra trước so với ổ cối do quá trình phát triển bất thường của ổ cối hoặc của chỏm xương đùi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Yếu tố dịch tễ

- Con gái.
- Yếu tố gia đình (10%).
- Địa lý + chủng tộc.

2. Yếu tố cơ học

- Sanh ngôi mông, sanh đôi, sanh mổ.
- Thai lớn ký.
- Bất thường kèm theo (gối ưỡn, vẹo cổ, talus, varus...).
- Thiếu ối.
- Con so, sanh đôi.
- Chậm phát triển bào thai.
- Mẹ cao huyết áp.
- Rối loạn trương lực cơ, rối loạn tư thế.
- Giới hạn dang.
- Dị tật kèm theo.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền căn sản khoa, tiền sử gia đình.
- Có bệnh lý hay dị tật khác kèm theo?

2. Khám lâm sàng

- Mất đối xứng nếp nhượng chân.
- Nếp bẹn sâu.
- Mất cân xứng nếp bẹn.
- Mất cân xứng nếp mông.
- Mất cân xứng tư thế chi dưới.
- Một bên háng dang hơn.

- Có dáng đi Trendelenburg, đi khập khiễng (đối với trẻ biết đi)
- Duỗi lưng quá mức, dáng đi lạch bạch (trật 2 bên ở trẻ biết đi)
- Thăm khám (khi trẻ yên không quấy khóc):
 - + Tăng hoặc giảm trương lực cơ áp 1 bên hoặc 2 bên.
 - + Giới hạn dang.
 - + Co rút cơ mông, cơ căng cân đùi đối bên.
 - + Khớp háng mất vững (khớp không vững khi đầu xương đùi trật ra ngoài ổ cối – một phần hoặc hoàn toàn), được khám bởi người có kinh nghiệm.
- Dấu Ortolani (+), Barlow(+), Galeazzie(+).

IV. CẬN LÂM SÀNG

1. X-quang

Vào tháng thứ 4 đến tháng thứ 6 sau khi sinh, chỏm xương đùi ra ngoài và lên trên.

2. Siêu âm: (1 lần/tháng trong 3 tháng đầu sau khi sinh)

- **Theo phương pháp Graf:** đo góc
 - + Nếu $\geq 60^\circ$: bình thường.
 - + Nếu: từ $50 - 60^\circ$:
 - Ở trẻ < 3 tháng tuổi: khớp háng chưa trưởng thành.
 - Ở trẻ > 3 tháng tuổi: loạn sản nhẹ.
 - + < 5° : trật khớp
- **Theo phương pháp Terjesen:** Đánh giá độ bao phủ chỏm xương đùi (> 50%: bình thường)
 - + Ngay sau sinh trẻ có:
 - Độ bao phủ chỏm xương đùi khoảng 30%: bán trật khớp.
 - Độ bao phủ chỏm xương đùi khoảng 10 - 20%: trật khớp háng.
 - + Trẻ từ 1 - 3 tháng có độ bao phủ chỏm xương đùi < 50%: trật khớp háng.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Đối với trẻ sơ sinh

Cần phát hiện sớm và điều trị càng sớm càng tốt.

- *Bán trật:*
 - + Tã dang hoặc mang 2 lớp tã giấy.
 - + Mousse chèn dang háng.

- *Trật khớp háng:*
 - + Mang tã dang với 2 người.
 - + Nẹp Pavlik.
 - Kiểm tra X-quang khi mang nẹp.
 - Đến 3 tháng tuổi, kiểm tra X-quang, nếu tốt, chỉ cho mang tã hoặc nẹp ban đêm.
 - Chỉ định nẹp Pavlick: (mang trong những tuần đầu sau sanh khoảng 5 - 6 tháng).
- *Bán trật (háng không vững).*
- *Trật khớp háng nắn được.*

Lưu ý khi mang nẹp Pavlik:

- Không áp 2 đùi, không bỏ nẹp.
- Không xách 2 chân lên khi thay tã.
- Ấm bé dang háng, ngồi dang 2 chân.
- Dây đai ngực không quá siết.
- Quần áo rộng, không mặc áo liền quần.
- Hông gập 90 - 110°, hoặc đầu gối cách mặt giường 5cm.
- Không nằm nghiêng. Nằm sấp có gối lớn chèn dưới bụng.
- Không cho đứng sớm.
- Khi tắm, thay quần áo cho trẻ, cần thực hiện từng phần.
- Kiểm tra điểm đánh dấu các dây đai hàng ngày.

2. Đối với trẻ lớn

Nếu phát hiện trẻ, điều trị sớm thất bại, trật khớp háng không nắn được thì cho kéo tạ, bó bột, phẫu thuật.

VI. VẬT LÝ TRỊ LIỆU

1. **Khi mang tã dang hoặc nẹp Pavlick:** không tập vật lý trị liệu, chỉ hướng dẫn gia đình bệnh nhân cách chăm sóc bệnh nhân với nẹp, các tư thế cần lưu ý khi mang nẹp, không kéo thô bạo chân trẻ để tránh phá hủy sụn.
2. **Sau giai đoạn bất động** (do bó bột hay sau phẫu thuật - có sự chỉ định của bác sĩ).
 - Tập mạnh cơ (tập chủ động, tập đề kháng).
 - Tập gia tăng ROM (vận động thụ động, chủ động, kéo dẫn).
 - Tập dáng đi đúng.

3. Tái khám và theo dõi

- Ngày đầu tiên sau sanh.
- Ngày xuất viện.
- Khám định kỳ hàng tháng đến khi trẻ biết đi.

VẬT LÝ TRỊ LIỆU VEO CỔ

I. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

1. Vẹo cổ do u cơ ức đòn chũm

Là một trong những tật bẩm sinh về cơ quan vận động thường gặp ở trẻ sơ sinh dưới 2 tháng tuổi. Trẻ có khối u cơ hình quả trám cứng, co thắt, không đau tại cơ ức đòn chũm, khối u thường xuất hiện rõ nhất khoảng từ 1 - 2 tuần sau khi sinh. Trẻ không có khả năng đưa đầu về phía đường giữa. Đầu trẻ nghiêng về phía có u cơ trong khi mặt xoay về phía hướng đối diện, có giới hạn ROM (range of movement-tầm vận động) nghiêng và xoay cổ. Có thể kèm theo đầu méo, mặt lép, lâu dần sẽ có thêm biến dạng vẹo cột sống. Nếu không được phát hiện và tập Vật Lý Trị Liệu sớm, khối u cơ sẽ xơ hoá, gây co rút cơ và giới hạn ROM cổ.

2. Vẹo cổ không có u cơ

Đầu trẻ nghiêng về một bên, mặt xoay về phía đối diện, ROM bình thường, đôi khi có kèm lép mặt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Vẹo cổ do u cơ ức đòn chũm

Không được rõ, thường gặp trong các trường hợp sang chấn sản khoa, sanh ngôi mông, dây rốn quấn cổ, chèn ép thai trong tử cung.

2. Vẹo cổ không có u cơ

- Do tư thế nằm.
- Sau nhiễm siêu vi, viêm tai mũi họng...
- Do chấn thương, do biến dạng cột sống cổ...

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh sử

- Tiền căn sản khoa: sanh ngôi đầu, sanh ngôi mông, sanh khó, sanh hút? Phương pháp sanh: sanh thường, sanh mổ, sanh kẹp, sanh hút. Có dây rốn quấn cổ?
- Phát hiện u cơ khi nào? Phát hiện trẻ bị nghiêng cổ khi nào?
- Có nhiễm trùng tai mũi họng thời gian gần đây không?
- Đã điều trị bằng phương pháp nào? Trong bao lâu?

2. Khám lâm sàng

- Khám khối u cơ: vị trí, kích thước, cơ co thắt (cơ ức đòn chũm, cơ thang..)?
- Khám biến dạng khác: đầu méo, mắt xế, mặt lép, xương chũm lồi, xương đòn và vai nhô cao, có thể có vẹo cột sống (đối với trẻ lớn)?
- Tư thế đầu khi nằm ngửa hoặc khi được bế lên: có nghiêng đầu về một bên không?
- Tầm vận động cột sống cổ (tầm độ nghiêng và xoay cổ) có giới hạn không? Xác định mức độ giới hạn?
- Khám xem có các dị tật khác kèm theo? (trật khớp háng, chân khoèo, bàn chân lật ngoài...)

3. Cận lâm sàng

- Siêu âm cơ ức đòn chũm.
- X-quang cột sống cổ.

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán vẹo cổ do tật cơ

- Có khối u cơ cứng, chắc, không đau, không di động tại vị trí của cơ ức đòn chũm.
- Siêu âm xác định có khối u cơ ức đòn chũm.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Hạch cổ do nhiễm trùng gây sưng, đau.
- Biến dạng cột sống cổ: tật nửa đốt sống bẩm sinh.
- Vẹo cổ ở trẻ có tổn thương não do có phản xạ trương lực cổ bất đối xứng, chậm phát triển vận động hoặc do giảm trương lực cơ.
- Vẹo cổ không rõ nguyên nhân.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Cần phát hiện sớm và điều trị sớm bằng phương pháp vật lý trị liệu, tốt nhất ở trong tháng đầu sau khi sinh. Khi điều trị trễ hoặc điều trị bảo tồn thất bại (khối u cơ không nhỏ hơn, giới hạn tầm vận động nghiêng và xoay cổ), nên gửi bệnh nhân khám chỉnh hình để được phẫu thuật.
- Mục đích của việc tập vật lý trị liệu: nhằm ngăn ngừa co rút cơ ức đòn chũm, cơ thang trên, ngăn ngừa biến dạng, lấy lại tầm vận động cổ bình thường.

1. Điều trị bảo tồn

– Vẹo cổ do u cơ ức đòn chũm:

- + Không massage khối u cơ
- + Tập khi bệnh nhân đang ngủ
- + Kéo giãn thụ động nhẹ nhàng cơ co rút bằng động tác nghiêng và xoay cổ: mỗi động tác kéo giãn khoảng 5 phút và kéo dài 30 phút cho một lần tập, động tác được lặp lại nhiều lần, tập nhiều lần trong ngày. Luôn giữ trẻ thoải mái và thư giãn trong suốt thời gian tập luyện

Những điều cần lưu ý khi kéo giãn thụ động:

- + Kéo giãn nhẹ nhàng, không kéo giãn tối đa ngay tức khắc mà phải kéo giãn từ từ
- + Không nên tập khi đứa trẻ có sức kháng cự, mà nên dừng lại đợi khi trẻ thả lỏng
- + Hướng dẫn gia đình các tư thế tốt trong tư thế nằm ngửa, nằm nghiêng, nằm sấp, cách bế trẻ. Khi trẻ có khả năng tiếp xúc: kích thích cho trẻ tự xoay đầu chủ động bằng tiếng động, ánh sáng, trong mọi tư thế (sấp, ngửa, ngồi) bằng các dụng cụ như: banh, bập bênh,...

– Vẹo cổ không có u cơ:

- + Có thể tập khi bé thức
- + Tập mạnh chủ động nhóm cơ cổ đối bên bằng tư thế, bằng banh...
- + Kéo giãn nhóm cơ cổ bên bị ảnh hưởng bằng tư thế, bằng tay của KTV.
- + Hướng dẫn gia đình các tư thế tốt trong vị thế nằm ngửa, nằm nghiêng, nằm sấp, cách bế trẻ.

2. Điều trị sau phẫu thuật

- Áp dụng 36 giờ sau khi mổ.
- Tập vận động chủ động trợ giúp để lấy lại tầm hoạt động trong mọi tư thế (nằm sấp, nằm ngửa, nằm nghiêng).
- Tiếp đến tập vận động chủ động dễ dàng nhẹ và không gây đau.
- Giữ đầu thẳng trong tư thế ngồi, đứng và bất cứ tư thế nào.

3. Bài tập về nhà

- Giữ đầu trong tư thế trung tính trong lúc ngủ cũng như lúc chơi.
- Cách bế trẻ đúng: giữ đầu và lưng thẳng.
- Nếu trẻ trên 3 tháng tuổi nên dùng đồ chơi, ánh sáng, tiếng động để khuyến khích trẻ quay đầu về phía ngược lại.

VẬT LÝ TRỊ LIỆU CHÂN KHOÈO

I. ĐỊNH NGHĨA

Chân khoèo bẩm sinh là tật bàn chân áp, lật trong, vẹo gót vào trong, bàn chân ngựa. Đây là dị tật thường gặp nhất trong các dị tật về cơ quan vận động ở trẻ em.

II. NGUYÊN NHÂN

Do tư thế trong tử cung, do khiếm khuyết trong sự hình thành xương sên trong bào thai, có thể gặp trong hội chứng loạn dưỡng cơ khớp bẩm sinh, loạn sản sụn, thoát vị màng não tuỷ....

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Thói quen sinh hoạt của mẹ trong thời gian mang thai (ngồi nhiều), mẹ có sử dụng thuốc gì hoặc có bệnh gì trong thời gian mang thai?
- Trong gia đình có người bị dị tật bàn chân? Có dị tật gì khác?
- Bệnh nhân đã được điều trị trước đó chưa? Có kèm theo dị tật khác?

2. Khám lâm sàng

Khi lượng giá bàn chân khoèo cần đánh giá:

- Mức độ nhón gót của bàn chân.
- Áp phần trước bàn chân.
- Vẹo gót.
- Xoay trong khối xương gót - bàn chân.
- Nếp gấp sau gót.
- Nếp gấp giữa ở bờ trong lòng bàn chân.
- Độ lõm lòng bàn chân.
- Độ co rút của ngón chân cái.
- Lực cơ mác. Mức độ teo cơ vùng cẳng chân.
- Trong trường hợp bảo tồn bằng nẹp:
- Dựa vào thang điểm phân loại bàn chân khoèo của Diméglio (theo thang điểm 20) để lượng giá và phân loại mức độ nặng nhẹ của bàn chân nhằm đưa ra hướng điều trị, theo dõi kết quả và tiên lượng. Có 4 mức độ:

- Độ 1: biến dạng nhẹ chữa khỏi nhanh chóng bằng bảo tồn (20%).
 - Độ 2: biến dạng trung bình có thể chữa khỏi từng phần không cần phẫu thuật (30%).
 - Độ 3: biến dạng nặng, có thể cần phẫu thuật (40%).
 - Độ 4: biến dạng nặng, không chữa khỏi hoàn toàn, cần phẫu thuật (10%).
- Trong trường hợp bảo tồn bằng phương pháp Ponseti (bó bột):
 - + Dựa vào thang điểm Pirani để dự định số lần bó bột (4 hoặc 5 lần).
 - + Dựa vào thang điểm Pirani trước mỗi lần bó bột để theo dõi kết quả và đưa ra quyết định cắt gân gót qua da hay phẫu thuật kéo dài gân gót.
 - + Chỉ định cắt gân gót khi điểm đánh giá phần giữa bàn chân < 1 , phần sau bàn chân > 1 , đầu xương sên bị che phủ.

IV. ĐIỀU TRỊ

Mục đích của việc điều trị bàn chân khoèo bẩm sinh là nhằm ngăn ngừa co rút gân gót, ngăn ngừa biến dạng, chỉnh sửa bàn chân về tư thế đứng, gia tăng lực cơ. Các bước điều trị được tiến hành tùy theo phương pháp điều trị:

1. Phương pháp bảo tồn bằng nẹp Denis - Brown và băng keo dán

- Massage các cơ co rút.
- Nắn chỉnh đầu xương sên vào đúng vị trí.
- Tập mạnh cơ mào.
- Nắn chỉnh và cố định bàn chân vào đế nhựa bằng băng keo trong trường hợp nhẹ hoặc giai đoạn đầu của trường hợp rất nặng.
- Cố định bằng nẹp Denis - Brown (với bàn chân xoay ra ngoài 70°).
- Luôn nắn chỉnh áp, lật trong trước, sau đó mới chỉnh sửa bàn chân ngựa.
- Thay băng keo 3 lần/tuần.
- Sau khi ROM được cải thiện, cho bệnh nhân mang nẹp nhựa thermoformable.
- Đến tuổi tập đi, cho trẻ mang nẹp AFO.
- Luôn tái khám để theo dõi, ngăn ngừa tái phát.

2. Phương pháp Ponseti

- Đánh giá bàn chân khoèo theo thang điểm Pirani trước mỗi lần bó bột để theo dõi kết quả, dự định số lần bó bột và quyết định cắt gân gót qua da.
- Bó bột đùi bàn chân từ 5 - 7 ngày.
- Sau đó ngâm bột để cắt và lại tiếp tục bó bột lần 2.
- Số lần bó bột tùy theo thang điểm Pirani (khoảng 3 - 4 lần).
- Sau lần bó bột lần thứ 4, có thể gửi bác sĩ chỉnh hình để cắt gân qua da và tiếp tục bó bột lần thứ 5.
- Sau bột lần 5, cho mang nẹp 23 giờ/ngày (trong 3 tháng), sau đó mang nẹp 12 - 16h/ ngày (đến 2 - 3 tuổi), mang ban đêm đến 5 tuổi.

3. Phẫu thuật

Các trường hợp nặng, điều trị trễ, bảo tồn thất bại sẽ gửi cho bác sĩ phẫu thuật. Sau khi cắt bột, tiếp tục tập vật lý trị liệu và mang nẹp AFO.

BẢNG PHÂN LOẠI CHÂN KHOÈO THEO DIMÉGLIO

Họ và tên bệnh nhân:

Nam/Nữ :

Ngày sinh:

Ngày làm hồ sơ:

Tiêu chuẩn dựa theo việc nắn chỉnh các biến dạng: 16 ĐIỂM

Tiêu chuẩn hình thể :

3 ĐIỂM

20 ĐIỂM

Tiêu chuẩn lực cơ:

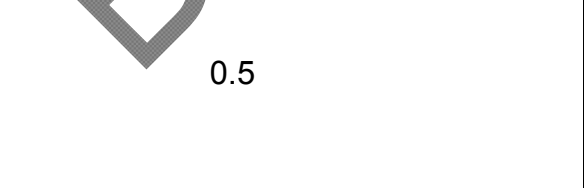
1 ĐIỂM

	ĐIỂM					
	NGÀY		NGÀY		NGÀY	
	TRÁI	PHẢI	TRÁI	PHẢI	TRÁI	PHẢI
BÀN CHÂN NGỰA						
4 điểm: từ 90° đến 45°						
3 điểm: từ 90° đến 20°						
2 điểm: từ 90° đến 0°						
1 điểm: từ 90° đến - 20°						
VỀ GÓT						
4 điểm: từ 90° đến 45°						
3 điểm: từ 90° đến 20°						
2 điểm: từ 90° đến 0°						
1 điểm: từ 90° - 20°						
XOAY TRONG KHỐI BÀN GÓT						
4 điểm: từ 90° đến 45°						
3 điểm: từ 90° đến 20°						
2 điểm: từ 90° đến 0°						
1 điểm: từ 90° đến - 20°						
ÁP BÀN CHÂN TRƯỚC						
4 điểm: từ 90° đến 45°						
3 điểm: từ 90° đến 20°						
2 điểm: từ 90° đến 0°						
1 điểm: từ 90° đến - 20°						
NẾP LƯỠI SAU GÓT (1 điểm)						
NẾP LƯỠI GIỮA BÀN CHÂN (1 điểm)						
BÀN CHÂN LỒM (1 điểm)						
YẾU CƠ (1 điểm)						
TỔNG CỘNG						

KẾT LUẬN: ĐỘ 1: biến dạng nhẹ: điểm $< 5/20$
ĐỘ 2: biến dạng trung bình : ≤ 5 điểm $\leq 10/20$
ĐỘ 3: biến dạng nặng: ≤ 10 điểm $\leq 15/20$
ĐỘ 4: biến dạng rất nặng: ≤ 15 điểm $\leq 20/20$

BV Nhi đồng 2

THANG ĐIỂM PIRANI TRONG ĐIỀU TRỊ THEO PHƯƠNG PHÁP PONSETI

Thang điểm Pirani <i>Pirani Scoring</i>				Tuần điều trị <i>Treatment Week</i>					
				1	2	3	4	5	6
			Bờ ngoài bàn chân cong <i>Curved lateral border</i>						
			Nếp gấp bờ trong <i>Medial crease</i>						
			Độ bao phủ của chỏm xương sên <i>Talar head coverage</i>						
				Tính điểm Phần giữa bàn chân <i>Midfoot score</i>					
			Nếp gấp phía sau <i>Posterior crease</i>						
			Gập lòng cứng <i>Rigid equynus</i>						
									
				Tính điểm Phần sau bàn chân <i>Hindfoot score</i>					
				Tổng điểm <i>Total score</i>					

VẬT LÝ TRỊ LIỆU LIỆT MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh VII là dây thần kinh vận động cơ mặt. Dây thần kinh VII bắt đầu từ một nhân thần kinh ở cầu não, đi qua rãnh hành, cầu não, chui qua xương đá, lỗ trâm chũm và phân bố thần kinh cho các cơ mặt. Vì vậy liệt thần kinh VII làm bệnh nhân liệt các cơ ở nửa mặt

II. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân dây thần kinh VII bị chèn ép ở đoạn đi qua xương đá là do phù nề, rối loạn tuần hoàn dây thần kinh, sau khi viêm nhiễm do virus hoặc do nhiễm lạnh
- Ngoài ra, liệt mặt có thể gặp trong các trường hợp nhiễm khuẩn ở tai (viêm xương chũm, viêm tai giữa...), u tuyến mang tai, chấn thương trực tiếp dây thần kinh số VII, hội chứng Guillain_Barré, di chứng của Zona

III. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi bệnh

- Hỏi thời gian khởi phát liệt mặt?
- Bệnh chính là gì? (viêm tai giữa, do chấn thương...)
- Có nhiễm lạnh trước đó không (ngủ dưới đất, ngủ với quạt thổi ngay mặt...)? Có phẫu thuật vùng răng hàm mặt trước đó?

2. Khám lâm sàng

- Liệt các cơ ở nửa mặt, cần thử cơ để xác định mức độ liệt (từ bậc 0 đến bậc 3).
- Quan sát xem bệnh nhân có mất cân xứng 2 bên mặt? Nhân trung có lệch không?
- Mắt nhắm kín? Mắt nếp nhăn ở trán? Có méo miệng qua bên lành khi khóc, cười?
- Có hay động thức ăn ở má, nước bọt chảy ra ở mép bên liệt?
- Trắc nghiệm dấu hiệu đặc hiệu:

* Dấu Charles_Bell

* Dấu Souque

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Giai đoạn cấp: (trong 2 tuần đầu)

- Mục đích:
 - + Giảm sưng.
 - + Ngừa biến dạng.
- Chương trình:
 - + Cử động nhẹ nhàng, giảm các cử động (ít nói, ít cười).
 - + Kích thích đá. Massage nhẹ nhàng các cơ vùng liệt. Không vuốt mặt xuống.

2. Giai đoạn mạn tính

- Mục đích:
 - + Gia tăng tuần hoàn nửa bên liệt.
 - + Phục hồi các cơ bị liệt. Ngăn ngừa các biến dạng. Giảm co thắt cơ.
 - + Cải thiện chức năng ăn uống.
 - + Cải thiện khả năng biểu đạt cảm xúc qua nét mặt.
- Chương trình:
 - + Massage toàn bộ cơ vùng mặt (không vuốt xuống).
 - + Nhiệt trị liệu (túi đắp nóng, hồng ngoại...).
 - + Kích thích điện.
 - + Vận động tập thụ động, chủ động trợ giúp tiến tới vận động chủ động các cơ: nhãn trán, nhú mày, nâng mũi, trề môi trên, cơ cười, chu môi, trề môi dưới.
 - + Khuyến khích bệnh nhân nhai bên liệt (nhai kẹo cao su), hút ống hút bên liệt (đặt ở khoé miệng). Vuốt mặt từ dưới lên.
 - + Diễn đạt một vài tình huống trước gương như: làm điệu, bủ môi, ngạc nhiên, giận dữ.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân giữ ẩm mắt, bảo vệ mắt (đeo kính), tránh các cử động mạnh ở mặt. Khuyến khích bệnh nhân nhắm 2 mắt, huýt sáo, thổi lửa, thổi mím môi, phát âm môi (a, o, ô, i...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AJA Holland, DA Fitzgerald (2010). Oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula: Current management strategies and complications. Paediatric Respiratory Reviews 11; 100–107.
2. A Leland Albright (2008). Intraventricular Hemorrhage and Posthemorrhagic Hydrocephalus, Principles and Practice of Pediatric Neurosurgery.
3. A Leland Albright (2008). Neoplasms, Principles and practice of pediatric neurosurgery.
4. A Leland Albright (2008). Spinal Column Trauma, Spinal Cord Injuries, Principles and practice of pediatric neurosurgery.
5. A Leland Albright, Brain Abscesses (2008). Intracranial Epidural and Subdural Infection, Principle and Practice of Pediatric Neurosurgery.
6. A Leland Albright (2008). Intracerebral Aneurysms, Arteriovenous Malformation, Principle and Practice of Pediatric Neurosurgery.
7. American Cleft Palate (1993). Craniofacial Association: Parameters for Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies. Vo. 30. Pittsburgh, PA: American Cleft Palate - Craniofacial Association;
8. Ann Christine Duhaime (2008). Nonaccidental head injuries, Principles And Practice Of Pediatric Neurosurgery.
9. Aschraft's pediatric surgery (2010). 5th edition. George Whitfield Holcomn.
10. Bakovich (2007). Diagnostic Imaging Pediatric Neuroradiology.
11. Bardach J (1999). Salyer & Bardach's Atlas of Craniofacial & Cleft Surgery: Cleft Lip and Palate Surgery Vol 2, Lippincott - Raven Publishers.
12. Bệnh học tim mạch (2008). Tập II PGS TS Phạm Nguyễn Vinh, tái bản lần 4 - trang 401-411.

13. Berkowitz S (1996). de: Cleft Lip and Palate. San diego, Calif: Sjingular Publishing Group Inc.
14. Cajalba MM, Sarita Reyes C, Zambrano E et al (2007). Mesenchymal hamartoma of the liver associated with features of Beckwith–Weidemann syndrome and high serum alpha fetoprotein levels. *Pediatr. Dev Pathol* 10, 233–238.
15. Campbell Walsh Urology (2012).
16. Chamberlain Ronald S, Blumgart LH (2002). Liver Transplantation, In. *Hepatobiliary surgery*, Landes Bioscience, p. 270-282.
17. Chamberlain Ronald S, Blumgart LH (2003). Techniques of Hepatic Resection, In, *Hepatobiliary surgery*, Landes Bioscience, pp. 208 225.
18. Clifford RH, Pool R (1959). The analysi of the anatomy and geometry of the unilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 24: 311.
19. Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital, 8th edition (2011).
20. Critical care of children with heart disease (2010). Ricardo A. Munoz, Victor oO. Morell.
21. David AL, Risto JR (1998). Inguinal hernia and hydrocele. In: *Pediatric Surgery*. 5thed. Mosby, 1071 – 1086.
22. Egon MR Doppenberg and John D Ward (2008). Hematomas, *Principles And Practice Of Pediatric Neurosurgery*.
23. Essentials of pediatric Urology (2008). David F.M.Thomas.
24. George WH III (2008). Principles of laparoscopic surgery. *Atlas of pediatric thoracoscopy and laparoscopy*, Saunders: 9 - 14.
25. Gregory GA (2001). *Pediatricanesthesia* 4th ed. NewYork: Churchill Livingstone.
26. Harold Rekate (2008). Treatment of Hydrocephalus. *Principles and Practice of Pediatric Neurosurgery*.
27. BYRon J Balley (2004). *Head and Neck Surgery Otolargngology*.

28. Ishak KG, Glunz PR (1967). Hepatoblastoma and hepatocarcinoma in infancy and childhood report of 47 cases. *Cancer*; 20: 396-422.
29. Ishak KG (2001). *Atlas of tumor Pathology*, Armed Forces Institute of Pathology.
30. James T Goorich (1998). *Atlas of Plastic Neurosurgery*.
31. Jay L Grosfeld (2006). Jejunoileal Atresia and Stenosis. *Pediatric Surgery*, p 1269-1287.
32. John Ragheb (2008). *Accidental head injuries, Principles And Practice Of Pediatric Neurosurgery*.
33. Johnstone JMS (1994): Hernia in neonate. In: *Surgery of the Newborn*. Churchill Livingstone, London, 321 – 330.
34. *Journal of pediatric Surgery* (2008). Laparoscopic management of patient with intussusceptions.
35. Kay S, Yoder S, Rothenberg SS (2009). Laparoscopic duodenoduodenostomy in the neonate. *JPS* 44:906 - 908.
36. Ken Kimura Biliary atresia (2003). *Newborn Sugery*, p579-587
37. Kogan Stanley (1996). Acute and chronic scrotal swelling. In: *Adullt and Pediatric Urology*. 3rd ed. Mosby, 2634 – 2674.
38. Lâm Hoài Phương (2007). Di tật bẩm sinh vùng hàm mặt. *Y học Hà Nội* .
39. GS. Nguyễn Văn Thụ (1994). *Lâm sàng hàm mặt* .
40. Lê Xuân Trung (2003). Chấn thương và vết thương sọ não ở trẻ em và người trưởng thành, *bệnh học phẫu thuật thần kinh*.
41. M Forsting (2010). Intracranial Aneurysmes. *Intracranial Vascular Malformations and Aneurysmes*
42. Mark Greenberg (2010). Hydrocephalus, *Handbook of Neurosurgery*.
43. Mark s. Greenberg (2010). Head trauma, *handbook of neurosurgery*.
44. Mark S.Greenberg (2010). Intracerebral hemorrhage in the newborn , *Handbook of neurosurgery*.
45. Mark S.Greenberg (2010). Tumor . *Handbook of neurosurgery*.
46. Mark S.Greenberg (2010). Spine injuries, *Handbook of neurosurgery*.

47. Mark S Greenberg (2010). Cerebral Aneurysms, Arteriovenous Malformation, Handbook of neurosurgery,
48. Mark S Greenberg (2010). Infection, Handbook of neurosurgery,
49. McCarthy JG, (1990). Plastic surgery, General principles. WB Sauder. Philadelphia
50. Michael L Forbes, P David Adelson, Patrick M Kochanek (2008). Critical Care Management of Traumatic Brain Injury. Principles and Practice of Pediatric Neurosurgery.
51. Miller RD (2005) ed. Anesthesia, 6th ed. New York: Elsevier-Churchill Livingstone,
52. Nguyễn Chấn Hùng, (2004) “ Bướu nguyên bào thần kinh”: Ung bướu học nội khoa, NXB Y học, trang 399- 405.
53. Nguyễn Văn Đức (1990). Bệnh lý ống phúc tinh mạc. Trong: Phẫu thuật bụng ở trẻ sơ sinh và trẻ em. Đại học Y Dược Tp.HCM, 266 – 279.
54. Kurt H Thomas (1963). Oral Surgenry.
55. Osama M Sarhan, Mahmoud El Baz, (2010). Bilateral Wilms’ Tumors: Single-center Experience with 22 Cases and Literature Review UROLOGY 76: 946–951, 2010. © 2010 Elsevier Inc.
56. Oxford specialist handbooks in surgery of paediatric surgery (2009).
57. Pablo Aguayo, Daniel J. Otslie (2010). Duodenal and intestinal atresia and stenosis, Aschraft’s pediatric surgery p 400-415.
58. Paul S (1993). The inconspicuous penis, Pediatrics, vol 92, number 6: page 794-799, Dec.
59. Pediatric Anesthesia Care, Cambridge University Press, (2009).
60. Constantine Mavroudis, Carl L Backer, and Jeffrey P Jacobs (2003) Pediatric cardiac surgery - 3th edition 251- 272.
61. Jay L Grosfeld (2006). Pediatric Surgery, 6th edition.
62. Dakshesh H Parikh, David CG Crabbe (2009). Pediatric thoracic surgery (1th edition.
63. GS Võ Thế Quang (1990). Phẫu thuật trong miệng .

64. Phillip Lanzkowsky (2011). Germ cell tumors: In, Manual of Pediatric Hematology and Oncology 5th, Elsevier.
65. Phillip Lanzkowsky (2011). Neuroblastoma: In, Manual of Pediatric Hematology and Oncology 5th, Elsevier, pp. 886-922.
66. Phillip Lanzkowsky (2011). Renal Tumors: In, Manual of Pediatric Hematology and Oncology 5th, Elsevier, pp. 695-714.
67. Pizzo PA, Poplack DG (2011). Neuroblastoma: In, Principles and Practice of Pediatric Oncology 6th, Lippincott Williams – Wilkins, pp. 671- 694.
68. Pizzo PA, Poplack DG (2011). Pediatric Liver Tumors: In, Principles and Practice of Pediatric Oncology 6th, Lippincott Williams – Wilkins, pp. 838-852.
69. Pizzo PA, Poplack DG (2011). Renal Tumors: In, Principles and Practice of Pediatric Oncology 6th, Lippincott Williams – Wilkins, pp. 861-881.
70. Pizzo PA, Poplack DG (2011). Principles and Practice of Pediatric Oncology 6th, Lippincott Williams – Wilkins.
71. Ponsky TA, Rothenberg SS (2008). Minimally invasive surgery in infants less than 5 kg: experience of 649 cases. Surg Endosc 22: 2214-2219.
72. Premuri, Michael Hollwarth, (2009). "Circumcision and Buried penis", Pediatric Surgery, 95:947-953.
73. R Peter Atlman (2006). The jaundiced infant: Biliary atresia. Pediatric Surgery, p1603-1615
74. Raffensberger JG (1980). Inguinal hernia and Hydrocele. In Swenson: Pediatric Surgery. 4thed. Appleton – Century – Crofts – New York, 108 – 123.
75. Robert M Arensman (2009). Assessment of the Pediatric Surgical Patient”, Pediatric Surgery.
76. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children, 7th ed (2010).
77. Rothenberg SS (2008). Principles of thoracoscopy. Atlas of pediatric thoracoscopy and laparoscopy, Saunders: 241-45.
78. Rowe MI (1986). Inguinal hernia in Pediatric Surgery. 4th ed. Year book Medical publishers, 779 – 792.

79. Ryan M Juza (2010). Laparoscopic-assisted transhiatal gastric transposition for long gap esophageal atresia in an infant. *J Pediatr Surg*; 45, 1534-1537.
80. Spitz L, Kiely EM, Morecroft JA (1994). Esophageal atresia: At-risk groups for the 1990s. *J Pediatr Surg* 29:723-725
81. Steven S. Rothenberg, (2009). Cystic adenomatoid malformation. *Pediatric thoracic surgery*, pp: 391-398.
82. Stuart H Orkin, Davis S Fisher, (2009). Neuroblastoma: In, *Oncology of Infancy and Childhood*, Saunders – Elsevier, pp. 510-530.
83. Stuart H Orkin, Davis S Fisher (2009). Pediatric renal tumor: In, *Oncology of Infancy and Childhood*, Saunders – Elsevier, pp. 541-575.
84. The Kelalis King Belman Textbook of Clinical pediatric urology, 5th edition, (2007).
85. Võ Văn Nho (2002). Áp xe não, Chuyên đề ngoại thần kinh.
86. Warmann SW, Fuchs J (2007). Drug resistance in hepatoblastoma. *Curr. Pharm. Biotechnol.* 8, pp.93–97.
87. Murray Dickson (1983). Where there is no Dentist.
88. William Cheek (1998). *Atlas of Pediatric Neurosurgery*.

**CÔNG TY TNHH MỘT THÀNH VIÊN
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHI NHÁNH TẠI TP HỒ CHÍ MINH**
Địa chỉ: 699 Trần Hưng Đạo P.1 Q.5 TP Hồ Chí Minh
Điện thoại: 39235648 Fax: 39230562
Email: cnxuatbanyhoc@gmail.com

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOẠI NHI 2013

Chịu trách nhiệm xuất bản:
Hoàng Trọng Quang
Võ Thị Giang Hương

Biên tập: ThS. Hoàng Bảo Khánh
Trình bày bìa: Mai Xuân Hoài

In 1.000 cuốn khổ 14,5x20,5 cm tại Công ty TNHH Nguyễn Quang Huy,
26 BC Phan Văn Trị, Gò Vấp, TP Hồ Chí Minh. Số đăng ký KHXB: 743-
2013/CXB/1-85/YH. Số xuất bản: 249 QĐ-YH ngày 27/6/2013. In xong và
nộp lưu chiểu quý IV/2013.

BV Nhi đồng 2