

SỞ Y TẾ AN GIANG BV ĐKTT AN GIANG

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc Lập – Tự Do – Hạnh Phúc

--oOo--



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA NHI

-2012-

MỤC LỤC

1.XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ	Trang 1
2.SỐC NHIỄM TRÙNG	3
3.SÓT XUẤT HUYẾT	6
4.BỆNH TAY CHÂN MIỆNG	11
5.THƯƠNG HÀN.....	16
6.VIÊM CƠ TIM CẤP, SỐC TIM	18
7.VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP	20
8.TIÊU CHẢY CẤP.....	22
9.XUẤT HUYẾT NÃO – MÀNG NÃO.....	26
10.VIÊM MÀNG NÃO MỦ	28
11.VIÊM PHỔI	31
12.VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN.....	33
13.BỆNH THALASSEMIA.....	35
14.HỘI CHỨNG THẬN HƯ'.....	37
15.XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH.....	41
16.VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP SƠ SINH	43
17.ĐA HỒNG CẦU SƠ SINH.....	45
18.HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH	46
19.CO GIẬT SƠ SINH	48
20.VIÊM RUỘT HOẠI TỬ SƠ SINH	50

XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

Sốc phản vệ là phản ứng quá mẫn tức thì đe dọa tính mạng người bệnh . Do histamine và các hóa chất trung gian khác tác động lên mạch máu và cơ trơn .

I. CHẨN ĐOÁN:

- Tiếp xúc với chất gây dị ứng.
- Triệu chứng thường xuất hiện 15 – 30 phút sau, đôi khi vài giờ sau tiếp xúc với chất gây dị ứng.
 - + Ngoài da: nổi mề đay, da đỏ.
 - + Tiêu hóa: ói mửa, tiêu chảy, đau bụng.
 - + Phù Quincke gây khó thở, tím tái.
 - + Sốc: choáng váng, vật vã, mạch nhanh nhỏ, HA kẹt, có khi không đo được.

II. XỬ TRÍ:

1. Cho người bệnh nằm đầu thấp, ngưng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên.
2. Hỗ trợ hô hấp:
 - Thở oxy, thông đường thở.
 - Nếu bệnh nhân ngưng thở bóp bóng qua mask và đặt nội khí quản giúp thở.
 - Nếu có ngưng thở phải ấn tim ngoài lồng ngực.
3. Epinephrine 1 $\frac{0}{100}$ 0,01 ml/kg (tối đa 0,3ml) TDD hoặc TB
4. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngay:
 - Nếu còn sốc Epinephrine 1 $\frac{0}{1000}$ TMC mỗi 15 phút
Liều: 0,01 mg/kg/lần (0,1 ml/kg/lần)
Tối đa 0,5mg/lần (5ml/lần)
 - Nếu còn sốc sau Epinephrine 1 $\frac{0}{1000}$ TMC lần đầu:
Truyền dịch điện giải (Lactate Ringer hoặc NaCl 0,9%) 20ml/kg/giờ.
Sau 1 giờ huyết động chưa ổn định cho truyền n dung dịch đại phân tử : 10-20 ml/kg/giờ.
- Nếu còn sốc kéo dài đo CVP và điều chỉnh tốc độ truyền theo CVP .
5. Garrot phía trên nơi tiêm thuốc (nếu được).
6. Khi có khó thở thanh quản dùng Epinephrine 1 $\frac{0}{100}$ phun khí dung:
 - Liều 2-3 ml khí dung.
 - Nếu thất bại thì đặt nội khí quản giúp thở.
7. Nếu có khó khè: Khí dung Salbutamol 0,1 - 0,15 mg/kg/lần.
8. Methyl prednisolone 1-2mg/kg TMC, hoặc Hydrocortisone 5mg/kg/lần TMC mỗi 4-6 giờ.
9. Kháng histamine: Pipolphone 0,5 - 1mg/kg TB mỗi 6 - 8 giờ.

III. THEO DÕI:

1. Trong giai đoạn sốc : theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác mỗi 15 phút cho đến khi ổn định.
2. Trong giai đoạn huyết động ổn định : theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác, SaO₂ mỗi 1-2 giờ trong 24 giờ tiếp theo.
3. Tất cả bệnh nhân phản ứng hoặc sốc phản vệ cần được theo dõi tại bệnh viện ít nhất 24 - 48 giờ vì có nguy cơ tái sốc.

4. Đối với các bệnh nhân chỉ biểu hiện dị ứng da : không xử trí Adrenaline, chỉ cho kháng histamine và theo dõi.

***Chú ý:**

- Trước khi sử dụng 1 loại thuốc phải hỏi tiền sử và có sẵn hộp chống choáng.
- Điều dưỡng có thể sử dụng Epinephrine theo phác đồ khi không có mặt bác sĩ.

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ chống sốc của BHYT (ngày 04/05/1999).
2. Phác đồ điều trị BV Nhi Đồng 1 TPHCM, 2009.

SỐC NHIỄM TRÙNG

I. Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán xác định:

Dấu hiệu sốc + hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + cấy máu (+.)

❖ **Dấu hiệu sốc:** li bì, lừ đừ, bức rứt, mạch nhanh, nhẹ, chi mát, da nổi bông, huyết áp kẹt, tụt, CRT >2, thiếu niệu.

❖ **Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân:**

Hiện diện ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau, trong đó ít nhất có một tiêu chuẩn về nhiệt độ hay số lượng bạch cầu:

- Sốt $>38.5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $<36^{\circ}\text{C}$
- Tim nhanh theo tuổi hoặc tim chậm ở trẻ dưới 1 tuổi
- Thở nhanh theo tuổi
- Bạch cầu tăng hoặc giảm theo tuổi hay band-neutrophile $>10\%$

2. Chẩn đoán có thể:

Dấu hiệu sốc + hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + dấu hiệu gợi ý ổ nhiễm trùng.

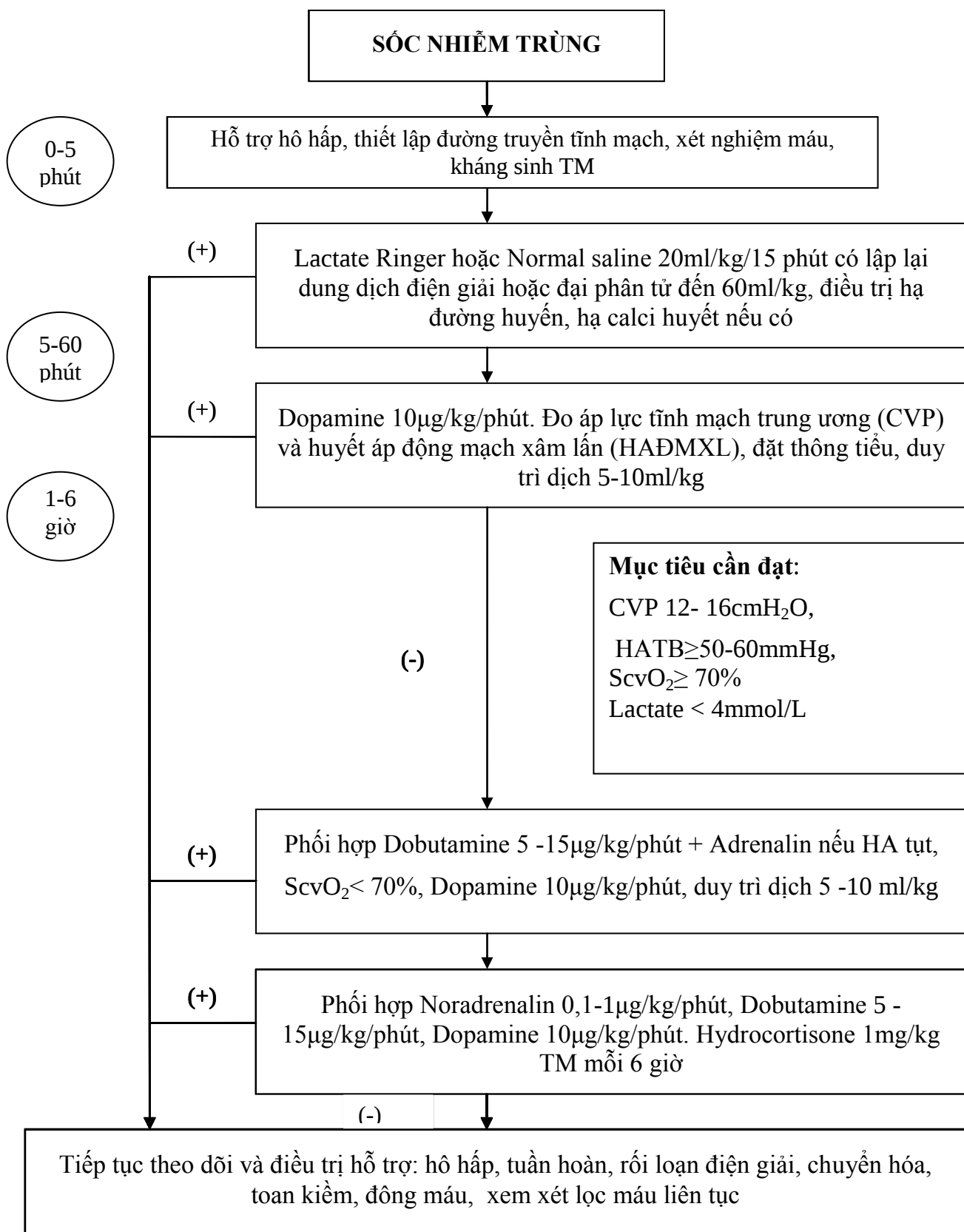
II. Điều trị:

1. Nguyên tắc điều trị:

- ❖ Điều trị sốc
- ❖ Điều trị kháng sinh
- ❖ Điều trị biến chứng

2. Điều trị ban đầu:

a. *Điều trị sốc nhiễm trùng:*



b. Điều trị kháng sinh: Chọn lựa kháng sinh phụ thuộc vào tuổi; ổ nhiễm trùng nguyên phát; kết quả soi tươi và nhuộm gram mẫu bệnh phẩm; kết quả cấy máu.

❖ **Tác nhân thường gặp theo nhóm tuổi**

- Sơ sinh: *Streptococcus group B*, *E. coli*, *Listeria*, *Staphylococcus aureus*

- Nhũ nhi: *Meningococcus*, *Hemophilus influenza*, *Streptococcus pneumonia*, *Staphylococcus aureus*
- Trẻ lớn: *Streptococcus pneumonia*, *Meningococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacteriaceae*

Tác nhân	Kháng sinh ban đầu	Kháng sinh thay thế
<i>Hemophilus influenza</i>	Cefotaxim/ Ceftriaxone	
<i>Meningococcus</i>	Benzathye penicilline	Cefotaxime/ Ceftriaxone
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacilline	Vancomycine
<i>Enterobacter</i> <i>Pseudomonas</i>	Cefotaxime/ Ceftazidime Ciprofloxacin/ Péfloxacin	Cefepime/Imipenem ± Amikacin
<i>Streptococcus pneumonia</i>	Cefotaxime/ Ceftriaxone	Vancomycine

❖ Ổ nhiễm trùng nguyên phát:

- Nhiễm trùng tiêu: Ciprofloxacin/ Péfloxacin + Amikacin
- Viêm phổi: Ceftazidime/ Péfloxacin/ Ciprofloxacin + Amikacin

Nếu không đáp ứng: Cefepime/ Imipenem ± Amikacin hoặc thêm Vancomycin

- Nhiễm trùng da: Vancomycin
- Nghi nhiễm trùng bệnh viện do gram âm: Cefepime/Imipenem ± Amikacin

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị bệnh viện Nhi đồng I.

SỐT XUẤT HUYẾT

I. CHẨN ĐOÁN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE:

1. Lâm sàng: Sốt cao đột ngột 2 – 7 ngày kèm theo ≥ 2 triệu chứng sau:

- . Đau đầu.
- . Đau sau hốc mắt.
- . Đau cơ, đau khớp.
- . Rash da.
- . Buồn nôn, nôn.
- . Biểu hiện xuất huyết: dấu dây thắt (+), chảy máu mũi, chảy máu chân răng, XHTH, rong kinh ...
- . Gan to
- . Sốc: thường xảy ra vào ngày 3 – 7 của bệnh.

2. Cận lâm sàng:

- Hct tăng so với giá trị ban đầu của người bệnh.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm $\leq 100000/\text{mm}^3$.
- Số lượng bạch cầu thường giảm.
- Siêu âm hoặc X-quang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.
- Xét nghiệm nhanh tìm NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.
- Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.
- Xét nghiệm ELISA:
 - + Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể.

II. PHÂN ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE:

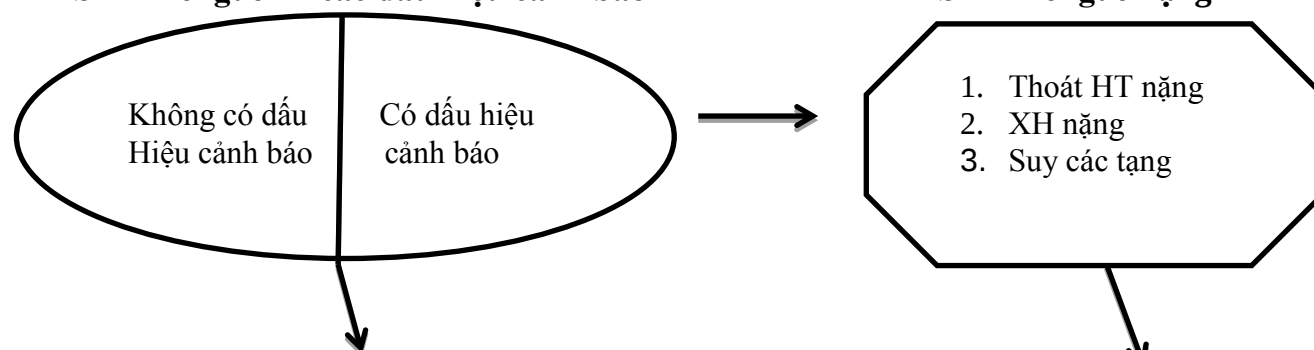
Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ:

- . Sốt xuất huyết Dengue.
- . Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- . Sốt xuất huyết Dengue nặng.

CÁC MỨC ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

SXH Dengue + các dấu hiệu cảnh báo

SXH Dengue nặng



Có thể mắc SXH Dengue Các dấu hiệu cảnh báo

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Sốt và có trong các Dấu hiệu sau: . Buồn nôn. Nôn . Phát ban . Đau mỗi người . Dấu dây thắt (+) . Ha bạch cầu | <ul style="list-style-type: none"> . Đau bụng . Nôn kéo dài . Xuất huyết niêm mạc . Mệt lả . Gan to > 2cm . Xét nghiệm Hct tăng kèm với ha tiểu cầu |
|---|--|

1. Thất thoát huyết tương nặng

- . Sốc
- . ứ dịch
- 2. Xuất huyết nặng**
- Được đánh giá trên lâm sàng
- 3. Suy các tạng**
- . Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000 ul/ml
- . Rối loạn ý thức

III. ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT:

1. Sốt xuất huyết Dengue:

Phần lớn các trường hợp được điều trị ngoại trú và theo dõi tại Y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc, để xử trí kịp thời.

a. Hạ sốt: Paracetamol liều 10 – 15 mg/kg/ lần, cách nhau mỗi 4 – 6 h, tổng liều không quá 60 mg/kg/24h

b. Bù dịch sớm bằng đường uống

2. Sốt xuất huyết dengue cảnh báo: (xem phụ lục 1)

Chỉ định truyền dịch:

- Trẻ ói mửa nhiều lần
- Đau bụng nhiều, gan to nhanh
- Ói máu, tiêu máu, chảy máu chân răng.
- Dung tích hồng cầu tăng nhanh.
- Đừ, vật vờ, vã mồ hôi, tay chân mát.
- + Trẻ em có dấu hiệu trên, dù huyết áp còn tốt cũng nên truyền dịch sớm.
- + Trẻ em có dấu hiệu chuyển độ như trên và huyết áp = 25 mmHg thì được điều trị như sốt xuất huyết Dengue nặng.

3. Sốt xuất huyết Dengue nặng: (xem phụ lục 2 và 3)

- Theo dõi: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu mỗi 15 – 30 phút cho đến khi bệnh nhân ra khỏi sốc, sau đó mỗi 1 - 2h cho đến khi bệnh nhân ổn.
- Theo dõi dung tích hồng cầu 4 – 6 h cho đến khi ổn định.

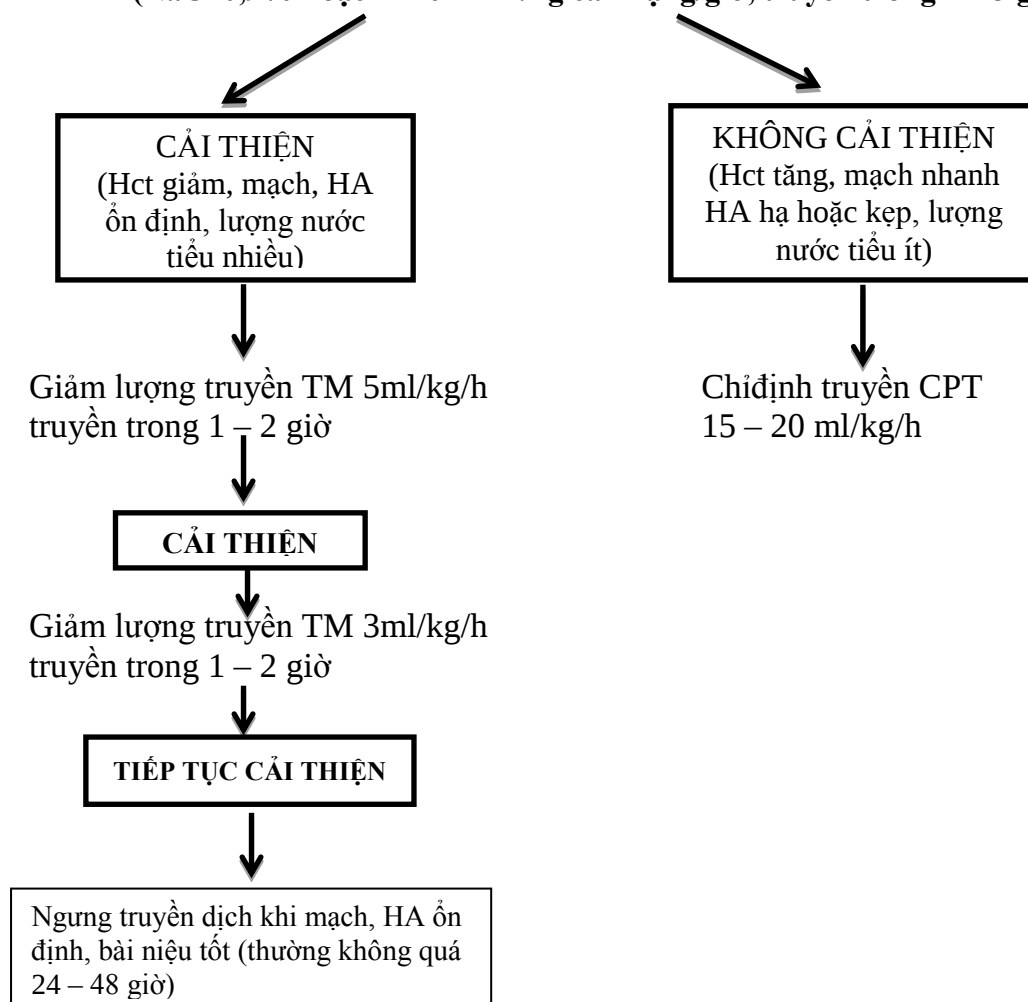
4. Điều trị khác:

- Truyền máu: xuất huyết nặng, sau khi bù dịch mà sốc không cải thiện, Hct giảm nhanh.

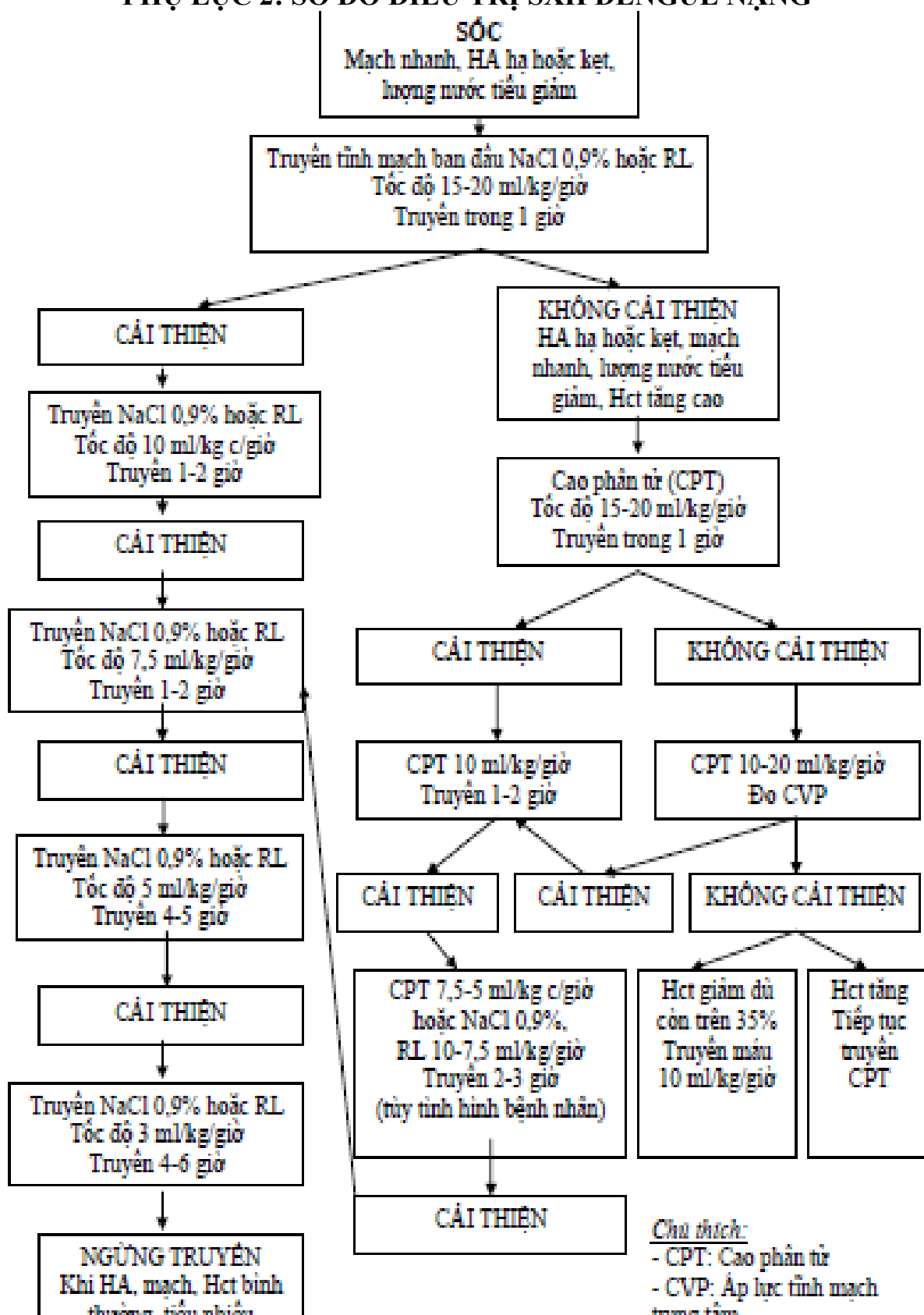
- Truyền tiểu cầu:*
 - +Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới $50000/\text{mm}^3$, kèm theo xuất huyết nặng.
 - +Nếu số lượng tiểu cầu dưới $5000/\text{mm}^3$, mặc dù chưa xuất huyết có thể truyền tiểu cầu.
- Truyền huyết tương tươi:* xem xét khi có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng.
- Chống toan Bicarbonat:* $\text{pH} < 7.2$, $\text{HCO}_3^- < 12 \text{ mmol/l}$, liều 1 – 2 Meq/kg/liều.
- Dopamin và Doputamin:* khi bù dịch đủ mà vẫn còn sốc.

PHỤ LỤC 1: TRUYỀN DỊCH TRONG SXH DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO.

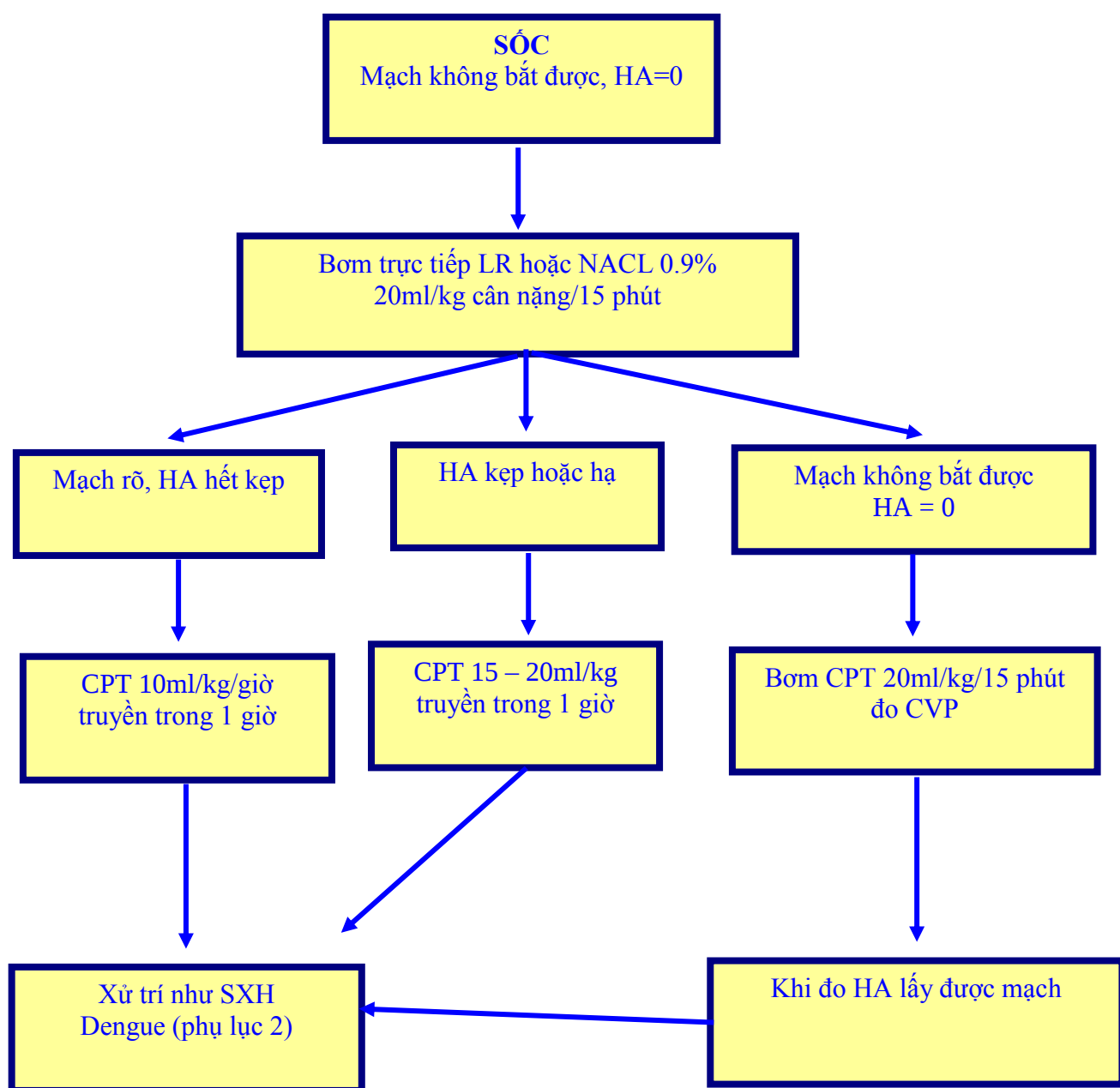
Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo có chỉ định truyền dịch tĩnh mạch ban đầu.
(NaCl 0,9% hoặc LR 6 -7 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1 – 3 giờ đầu)



PHỤ LỤC 2: SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ SXH DENGUE NẶNG



PHỤ LỤC 3: SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC SXH DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM



BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

I/ Chẩn đoán:

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.
- Lâm sàng: phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.
- Chẩn đoán xác định: xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có virus gây bệnh.

II/ Chẩn đoán phân biệt:

1/ Các bệnh có biểu hiện loét miệng: Viêm loét miệng (áp tơ): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

2/ Các bệnh có phát ban da:

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.
- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.
- Thủy đậu: Phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mẩn xuất huyết hoại tử trung tâm.
- Sốt xuất huyết dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

3/ Viêm não- màng não:

- Viêm màng não do vi khuẩn
- Viêm não –màng não do virus khác.

III/ Phân độ lâm sàng:

1/ **Độ 1:** Chỉ loét miệng và hoặc tổn thương da.

2/ **Độ 2:**

-Độ 2a: Có 1 trong các triệu chứng sau:

- + Bệnh sử có giật mình < 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám
- + Sốt >2 ngày, hay sốt $\geq 39^\circ\text{C}$, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

- Độ 2b:

* Nhóm 1: Có 1 trong các biểu hiện sau:

- + Giật mình ghi nhận lúc khám.
- + Bệnh sử có giật mình ≥ 2 l/30p.
- + Bệnh sử có giật mình kèm theo 1 dấu hiệu sau:

Ngủ gà; Mạch nhanh >130 /p (khi trẻ nằm yên không sốt).

* Nhóm 2: Có 1 trong các biểu hiện sau:

- + Sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$ (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt.

- + Mạch nhanh >150l/p(khi trẻ nằm yên không sốt).
- + Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.
- + Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
- +Yếu chi hoặc liệt chi.
- + Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

3/ Độ 3: Có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh >170l/p(khi trẻ nằm yên không sốt).
- Một số trường hợp có thể mạch chậm(dấu hiệu nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng:
 - + Trẻ dưới 12th HA>100mmHg
 - + Trẻ từ 12th đến dưới 24th HA>110mmHg
 - + Trẻ trên 24th HA> 115mmHg
- Thở nhanh, thở bất thường: cơn ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khô khè, thở rít thì hít vào.
- Rối loạn tri giác(Glasgow <10 điểm).
- Tăng trương lực cơ.

4/ Độ 4: Có 1 trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.
- Phù phổi cấp.
- Tím tái, SpO2 < 92%
- Ngưng thở, thở nấc.

IV/ Điều trị:

1/ Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10-15mg/kg/ lần(uống) mỗi 6 giờ.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.
- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.
- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:
 - + Sốt cao ≥ 39 độC
 - + Thở nhanh, khó thở.
 - + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.
 - + Đi loạng choạng.

- + Da nổi vân tím, và mồ hôi, tay chân lạnh.
- + Co giật, hôn mê.

2/ Độ 2:

- *Độ 2a:* Điều trị như nhóm 1. trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với Ibuprofen 5-10 mg/kg/ lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol), không dùng thuốc hạ sốt nhóm aspirin. Tổng liều tối đa của ibuprofen là 40mg/kg/ ngày.

+Thuốc: Phenobarbital 5-7mg/kg/ ngày, uống.

+Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

-*Độ 2b:* Điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức.

+ Nằm đầu cao 30 độ.

+ Thở Oxy qua mũi 3-6 lít/ p

+ Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

+ Thuốc:

* Phenobarbital: 10-20mg/kg/ truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

* Immunoglobulin:

- Nhóm 2: 1g/kg/ ngày TTM chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: dùng liều thứ 2

- Nhóm 1: Không chỉ định immunoglobulin thường quy. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng phenobarbital thì cần chỉ định Immunoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

* Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi mỗi 1-3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

*TD độ bão hòa oxy SpO2 và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

3/Độ 3: Điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực

* Thở oxy qua mũi 3-6 l/p, sau 30-60p nếu đáp ứng kém nên đặt nội khí quản giúp thở sớm.

* Chống phù não: Nằm đầu cao 30 độ, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2-1/3 nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ PaCO2 từ 30-35mmHg và duy trì PaO2 từ 90-100mmHg.

* Phenobarbital 10-20mg/kg TTM. Lặp lại sau 8-12giờ khi cần. Liều tối đa 30mg/kg/24 giờ.

* Immunoglobulin 1g/kg/ ngày TTM chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục.

* Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170l/p, liều khởi đầu 5µg /kg/p TTM, tăng dần 1-2,5 µg /kg/p mỗi 15p cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20 µg /kg/p (không dùng Dopamin).

* Milrinone TTM 0,4- 0,75 μg /kg/p chỉ dùng khi HA cao trong 24-72 giờ. Nếu HA ổn định trong 12-24 giờ, giảm dần liều milrinone 0,1 μg /kg/p mỗi 30-60p cho đến liều tối thiểu 0,25 μg /kg/p. Nếu HA ổn định ở liều tối thiểu này ít nhất 6 giờ thì xem xét ngưng milrinone.

* Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, toan kiềm, hạ đường huyết.

* Hạ sốt tích cực.

* Điều trị co giật nếu có: midazolam 0,15mg/kg lần hoặc Diazepam 0,2-0,3mg/kg TTM chậm, lập lại sau 10p nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

* TD mạch, nhiệt độ, HA, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, mỗi 1-2 giờ. Nếu có điều kiện nên tho dõi HA ĐMXL.

4/Độ 4: Điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực

* Đặt nội khí quản thở máy: Tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30- 35mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100mmHg

* Chống sốc: Sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

* Nếu không có phù phổi hoặc suy tim: Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc lactat Ringer 5ml/kg/15p, điều chỉnh tốc độ theo CVP và đáp ứng lâm sàng. Nếu không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

* Đo và theo dõi CVP.

* Dobutamin liều khởi đầu 5 μg /kg/p, tăng dần 2-3 μg /kg/p mỗi 15p cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa 20 μg /kg/p.

* Phù phổi cấp;

- Ngưng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch
- Dừng Dobutamin liều 5-20 μg /kg/p
- Furosemide 1-2mg/kg/ lần tiêm TM chỉ định khi quá tải dịch.

* Điều chỉnh rối loạn rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não.

* Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).

* Immunoglobulin: chỉ định HA trung bình lớn hơn hoặc bằng 50mmHg

* TD mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, nước tiểu, mỗi 30p trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; CVP mỗi giờ nếu có điều kiện theo dõi HA ĐMXL.

5/ Tiêu chuẩn xuất viện:

- Độ 3, 4 : không chỉ ổn định về lâm sàng mà còn ổn định về các biến chứng và di chứng. hoặc có đủ 4 tiêu chuẩn sau:

+ Không sốt ít nhất 24 giờ liên tục(không sử dụng thuốc hạ sốt)

- + Không còn các biểu hiện lâm sàng phân độ nặng từ độ 2a trở lên ít nhất trong 48 giờ.
- + Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn tiến nặng (nếu chưa đến ngày thứ 8 của bệnh, tính từ lúc khởi phát).
- + Các di chứng (nếu có) đã ổn định.

BỆNH THƯƠNG HÀN

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Dịch tễ:

- Vùng bệnh thương hàn lưu hành, tập quán uống nước sông.

2. Lâm sàng:

- Sốt: sốt liên tục, hình cao nguyên, sáng thấp hơn chiều, sốt và ớn lạnh không thành cơn, sốt không điển hình ở trẻ em.

- Về mặt nhiễm độc: lơ mơ, li bì, u ám, thờ ơ ngoại cảnh, mê sảng, nhức đầu, vất vả, mất ngủ.

- Rối loạn tiêu hóa: lưỡi khô, rìa đỏ, mất gai, không chịu ăn, bụng chướng, tiêu lỏng, gan to (không chắc).

3. Cận lâm sàng:

- CTM: BC không tăng.

- Cây máu: (+) tuần I: 80 – 90%.

- Cây phân (+) tuần II, III: 75%.

- Widal (+) khi hiệu giá > 1/100 (tuần II).

Tóm lại:

- Chẩn đoán xác định dựa vào: dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng.

- Bệnh cảnh gợi ý: (thường gặp nhất)

. Sốt > 1 tuần chưa tìm được nguyên nhân.

. Rối loạn tiêu hóa, gan to, lách to.

. Bạch cầu máu không tăng.

. Widal (±)

. Cây máu (±)

- Chẩn đoán phân biệt: sốt rét, lao, nhiễm khuẩn huyết...

II. ĐIỀU TRỊ:

A. Kháng sinh:

1. Ceftriazone 80 – 100mg/kg/ngày/1-2 lần TB, TM.

2. Fluoro quinolone:

a. Gatifloxacin (Tequin): 10mg/kg/ngày uống 1 lần X 7 ngày

b. Ofloxacin 15-20mg/kg/ngày chia 2 lần uống

c. Pefloxacin 15-20mg/kg/ngày chia 2 lần uống (trường hợp nặng truyền TM).

d. Ciprofloxacin 20-30mg/kg/ngày chia 2 lần uống hoặc truyền TM.

3. Azithromycin 20mg/kg/ngày uống một lần X 7 ngày

B. Corticoide:

a. Prednisone: 1-2mg/kg/ngày, dùng trong 3 ngày

Dùng trong - Thương hàn nặng

- Rối loạn tri giác.
- Viêm cơ tim.
- Sốc nặng, hạ huyết áp.

b. Dexamethaxone: 3mg/kg/liều đầu, sau đó 1mg/kg/mỗi 8 giờ.

C. Nâng đỡ:

- Chế độ ăn bình thường.
- Bù nước và điện giải.

D. Theo dõi và điều trị biến chứng:

- Xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm cơ tim.

Tài liệu tham khảo:

1. Thương Hàn, Phác đồ điều trị Nhi khoa 2009. Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP Hồ Chí Minh.

VIÊM CƠ TIM CẤP, SỐC TIM

I. Chẩn đoán:

1/ Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng:

- Sốt, ho, sổ mũi, quai bị, phát ban, vàng da (nhiễm siêu vi).
- Khó thở, ho, quấy khóc, bú/rút, vật vã, vã mồ hôi, phù, ói, tiểu ít.
- Tim to, nhịp tim nhanh, tiếng tim mờ, nhịp ngựa phi, RLNT.

Rale ẩm, ngáy, rít.

- Gan to, tĩnh mạch cổ nổi.
- Phù ngoại vi do suy tim ứ huyết.

2/ Chẩn đoán có thể:

Lâm sàng:

- Bệnh cảnh nhiễm siêu vi trước đó (+, -).
- Xuất hiện cấp tính các triệu chứng sau:
 - Suy tim ứ huyết (+, -) sốc tim (+, -) phù phổi cấp
 - Tim to nhanh, tiếng tim mờ, nhịp ngựa phi, RLNT.

Cận lâm sàng:

- Troponin I tăng, VS tăng.
- X quang lồng ngực: tim to nhanh, cấp tính + ứ huyết phổi.
- ECG: nhịp tim nhanh, điện thế thấp, thay đổi SJ-T, block nhánh, QT dài, nhịp nhanh thất, trên thất.
- Echo tim: chức năng có bóp cơ tim (EF, SF) giảm, loại trừ các bất thường cấu trúc tim.

II. Điều trị:

1/ Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị chịu chứng: suy tim, sốc tim, phù phổi cấp.
- Điều trị loạn nhịp: tùy theo kết quả ECG.

2/ Xử trí theo lưu đồ:

Viêm cơ tim tối cấp:

- Khởi phát đột ngột.
- Sốc tim.
- Rối loạn chức năng thất trái nặng
EF < 30%
RLNT nặng.

- Điều trị sốc tim:

Dobutamin: 5-10µg/kg/phút
tăng liều (mỗi 15 phút).

Viêm cơ tim cấp tính:

- Khởi phát mơ hồ.
- Suy tim.
- Rối loạn chức năng thất trái
EF giảm ít.
RLNT không nặng.

- * Điều trị sốc tim:

Dobutamin: 5-10µg/kg/phút

- Điều trị RLNT nếu có chỉ định.

TTM IgG 2g/kg/ngày liều duy nhất.

* Điều trị RLNT nếu có chỉ

Tài liệu tham khảo:

1. Viên cơ tim cấp- sốc tim, Phác đồ điều trị Nhi khoa 2009. Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP Hồ Chí Minh.

VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG: là tình trạng viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn thường do siêu vi: Parainfluenza (75%), RSV, Adenovirus.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, chảy mũi.
- Sau đó sốt cao, ho như chó sủa, khàn tiếng, thở rít.
- Xquang: +/- “stemple sign”.
- Nội soi: viêm phù nề sung huyết, tổn thương biểu mô thanh khí phế quản.

III. PHÂN ĐỘ KHÓ THỞ THANH QUẢN:

Độ I: chỉ khàn tiếng, thở rít khi khóc.

Độ II:

IIA: thở rít khi nằm yên.

IIB: IIA kèm khó thở, thở nhanh, rút lõm ngực.

Độ III: IIB kèm vật vã, kích thích, tím tái.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- 1) **Viêm nắp thanh quản cấp:** thường do HI, lâm sàng sốt cao đột ngột, ho, đau họng, khàn tiếng, thở rít, trẻ thương ngồi tư thế ngủi hoa. Nội soi: nắp thanh quản sưng to, đỏ như quả dâu. Xquang cổ nghiêng: hình ngón tay cái.
- 2) **Viêm thanh quản cấp:** thường do virus, đau họng, khàn tiếng, ít khi suy hô hấp. Nội soi: viêm phù nề dây thanh âm và nắp thanh quản.
- 3) **Viêm khí quản do vi trùng:** thường do Staphylococcus aureus. Sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc, ho lạnh lạnh, khàn tiếng, thở rít. Nội soi niêm mạc đỏ, loét, dịch tiết đặc, phù hạ thanh môn.
- 4) **Bạch hầu thanh quản:** sốt nhẹ, đau họng 2-3 ngày sau xuất hiện màng giả xám bám chặt trên hầu họng, chảy máu nếu cố bóc tách, suy hô hấp có thể xảy ra đột ngột.
- 5) **Dị vật đường hô hấp:** hội chứng xâm nhập, đột ngột ho khó thở không có triệu chứng nhiễm trùng trước đó.
- 6) **Abces thành sau họng:** sốt, đau họng, đau cổ, cổ cứng khi ngửa, khó nuốt. Khám thấy phòng thành sau họng. CT: chẩn đoán xác định.

V. ĐIỀU TRỊ:

A. Nguyên tắc điều trị:

- Loại trừ dị vật đường thở.
- Phục hồi sự thông thương đường thở.
- Đảm bảo tình trạng thông khí và oxy hóa máu.

B. Điều trị:

- Nhẹ: Khó thở thanh quản độ I: điều trị tại nhà, bù nước, hạ sốt, không cần sử dụng kháng sinh.

- Trung bình: Khó thở thanh quản độ IIA: có thể điều trị tại nhà, Dexamethason 0.15mg/kg hoặc Prednison 1mg/kg/lần uống mỗi 8 giờ.
- Nặng: Khó thở thanh quản IIB, III:
 - ✓ Nhập viện.
 - ✓ Để trẻ tư thế dễ chịu nhất, hạn chế thăm khám.
 - ✓ Oxy ẩm.
 - ✓ Khí dung Adrenaline 1⁰/₀₀ 2-5ml (trẻ < 4 tuổi: 2ml), có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút- 1 giờ nếu còn khó thở nhiều và sau đó 1-2 giờ nếu cần để đợi tác dụng của Dexamethason.

Chống chỉ định: nhịp tim nhanh, tứ chứng Fallot, nghẽn đường thoát thất (P).

- ✓ Kháng sinh: Cefotaxime hoặc Ceftriaxon.
- ✓ Hội chẩn chuyên khoa tai mũi họng.
- ✓ Chỉ định đặt nội khí quản và thở máy: tím tái, lơ mơ, kiệt sức, cơn ngừng thở, thất bại với điều trị nội khoa. Ống không bóng chèn, kích thước nhỏ hơn 0.5 so với kích thước ống bình thường dùng cho trẻ. Corticoid đến khi rút NKQ thành công. Thời điểm rút: thoát khí quanh NKQ cho thấy hết hẹp đường hô hấp.

Tài liệu tham khảo:

1. Viên thanh khí phế quản cấp, Phác đồ điều trị Nhi khoa 2009. Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP Hồ Chí Minh.

TIÊU CHẢY CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Tiêu chảy là tiêu phân lỏng nhiều nước hơn bình thường hay có máu trong phân trên 3 lần trong 24 giờ.
- Tiêu chảy cấp: tiêu chảy < 14 ngày.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Mức độ mất nước.

Mất nước nặng (có hai trong các dấu hiệu sau)	Có mất nước (có hai trong các dấu hiệu sau)	Không mất nước
• Li bì hoặc khó đánh thức • Mắt trũng • Không uống được hoặc uống kém • Nếp véo da mất rất chậm	• Vật vã, kích thích • Mắt trũng • Uống háo hức, khát • Nếp véo da mất chậm	Không đủ các phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng

2. Khám tìm các biến chứng nếu có:

- Rối loạn điện giải.
- Rối loạn toan kiềm.
- Hạ đường huyết.
- Suy thận cấp.

III. ĐIỀU TRỊ:

A. Bù dịch theo phát đồ (A hoặc B hoặc C):

1. Không mất nước: bù dịch theo phát đồ A

Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường để phòng mất nước, tránh uống những loại nước uống có đường, nên cho uống ORS áp lực thẩm thấu thấp (hydrite) theo thể tích sau:

Tuổi	Lượng ORS uống sau mỗi lần đi tiêu	Lượng ORS uống trong 24 giờ
< 24 tháng	50 – 100 ml	500 ml
2 – 10 tuổi	100 – 200 ml	1000 ml
> 10 tuổi	Theo nhu cầu	2000 ml

2. Có mất nước: bù dịch theo phát đồ B.

- Lượng dịch ORS áp lực thẩm thấu thấp (hydrite) cần cho uống trong 4 giờ: 75 ml x cân nặng.

- Nếu có bụng chướng, nôn ói nhiều (> 4 lần trong 2-4 giờ), hoặc tiêu nhiều (> 10 lần/giờ), TTM Lactate Ringer 75ml/kg/4 giờ.
- Đánh giá phân loại sau 4 giờ bù dịch và tiếp tục chọn phát đồ điều trị thích hợp.

3. Mất nước nặng: bù dịch theo phác đồ C.

Bắt đầu truyền dịch tĩnh mạch ngay. Truyền 100 ml /kg dung dịch Lactate Ringer như sau:		
Tuổi	Bắt đầu truyền	Sau đó truyền
Trẻ < 12 tháng	30 ml /kg/ giờ	70 ml /kg/5giờ
Trẻ 12 tháng – 5 tuổi	30 ml /kg/ 30 phút	70 ml /kg/ 2giờ 30 phút

- Khi trẻ có thể uống được cho uống ORS áp lực thẩm thấu thấp (5 ml/kg/giờ)
 - Sau 6 giờ (trẻ < 12 tháng) hoặc 3 giờ (trẻ > 12 tháng) đánh giá và phân loại mất nước. Sau đó tiếp tục chọn phát đồ điều trị thích hợp.
-  **Mất nước ưu trương:** mất nước nhiều hơn mất muối, Na⁺ máu > 150 mmol/l, nồng độ thẩm thấu huyết tương > 295 mOsmol/l
- Điều trị:
- Bệnh nhân có sốc mất nước: Natrichlorua 0,9% hay Lactate Ringer 20ml/kg/giờ TTM cho đến khi ổn định huyết động học, sau đó truyền dung dịch mặn ngọt tốc độ giảm natri máu không quá 0.5 – 1 mEq/l/giờ.
 - Bệnh nhân không sốc: dùng dung dịch mặn ngọt
-  **Mất nước nhược trương:** mất muối nhiều hơn mất nước, Na⁺ máu < 130 mmol/l, nồng độ thẩm thấu huyết tương < 275 mOsmol/l

Điều trị:

- Bệnh nhân có sốc mất nước: Natrichlorua 0,9% 20ml/kg/giờ TTM cho đến khi ổn định huyết động học.
- Bệnh nhân không sốc:
 - Hạ natri máu nặng có biểu hiện thần kinh:
 - Truyền Natrichlorua 3% 6- 10ml/kg/ trong 1giờ
 - Sau đó kiểm tra ion đồ, nếu natri máu còn thấp thì lập lại liều thứ 2 cho đến khi natri máu > 125 mEq/l.

- Hạ natri máu không biểu hiện thần kinh, lượng natri cần bù:

$$\text{Na}^+ \text{ thiếu} = 0.6 \times \text{cân nặng (kg)} \times (135 - \text{Na}^+ \text{ đo được})$$

- $\text{Na}^+ 24 \text{ giờ} = \text{Na}^+ \text{ thiếu} + \text{nhu cầu Na}^+ (3 \text{ mEq/ } 100 \text{ ml dịch})$
- Cách truyền: $\frac{1}{2}$ TTM trong 8 giờ đầu, $\frac{1}{2}$ TTM trong 16 giờ kế

tiếp

B. Cho trẻ uống bổ sung kẽm (10 – 20 mg) hàng ngày trong 10 – 14 ngày.

Tuổi	Liều kẽm
Trẻ < 6 tháng	10 mg kẽm nguyên tố/ ngày, trong 10 – 14 ngày
Trẻ ≥ 6 tháng	20 mg kẽm nguyên tố/ ngày, trong 10 – 14 ngày

C. Bổ sung thêm vi khuẩn sống đường ruột (probiotic: *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*) vì có một số nghiên cứu cho thấy chúng có tác dụng trong các trường hợp tiêu chảy ở một số nước đang phát triển.

D. Chỉ định kháng sinh khi:

1. Tiêu chảy phân có máu (lỵ):

- Bactrim (cotrimoxazol) 480mg/1 viên, 1v/10 kg/ ngày chia làm 2 lần/ ngày
(không sử dụng cho trẻ em < 1 tháng tuổi có vàng da và sanh thiếu tháng)
- Nergam (acid Nalidixic) 30mg/kg/lần x 2 lần / ngày
(không sử dụng cho trẻ em < 2 tháng tuổi)
- Ciprofloxacin: 30mg/kg/ngày chia 2 lần/ ngày x 5 ngày

2. Tả:

- Azithromycin: 10mg/kg/ngày x 5 ngày
- Erythromycin: 40mg/kg/ngày chia 3 lần /ngày x 5 ngày
- Doxycillin: 40mg/kg/ngày chia 4 lần /ngày x 5 ngày

E. Điều trị biến chứng (nếu có)

IV. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN:

1. Mất nước nặng.
2. Có mất nước.

3. Mất nước nhẹ có biến chứng.

Tài liệu tham khảo:

1. Phát đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1.
2. Phát đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 2.
3. Tài liệu bộ y tế (bệnh tiêu chảy)
4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em BV Nhi TW.
5. Tài liệu tập huấn điều trị bệnh tiêu chảy trẻ em năm 2008
(dự án chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng lồng ghép tiêu dự án vì sự sống còn trẻ em)

XUẤT HUYẾT NÃO – MÀNG NÃO

I. ĐỊNH NGHĨA:

Xuất huyết não màng não là xuất huyết quanh não thất và trong não thất hoặc xuất huyết nội sọ.

II. PHÂN LOẠI:

1. Xuất huyết não – màng não:

- Xảy ra ở trẻ < 15 ngày tuổi.

- Yếu tố nguy cơ:

.Sang chấn sản khoa.

.Sanh ngạt.

.Sanh non.

.Trẻ nhẹ cân < 1500g.

2. Xuất huyết não – màng não muộn: do thiếu vitamin K

- Xảy ra ở trẻ > 15 ngày tuổi đến < 6 tháng tuổi, nhiều nhất từ 1 – 2 tháng tuổi.

- Thường xảy ra ở trẻ không chích ngừa Vitamin K lúc sanh.

- Đa số bú sữa mẹ hoàn toàn.

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Li bì, lơ mơ, hôn mê.
- Bú kém hoặc bỏ bú
- Khóc thét.
- Co giật.
- Xanh xao, chảy máu chỗ chích, chảy máu rốn.
- Suy hô hấp
- Thóp phồng căng.
- Dấu thần kinh khu trú: sụp mi mắt.
- Xuất huyết não màng não sớm:

.Giảm trương lực cơ

.Mất phản xạ nguyên phát.

2. Cận lâm sàng:

- Hct
- TQ, TCK
- Siêu âm não
- Chọc dò tủy sống: chỉ thực hiện khi cần phân biệt giữa viêm màng não và xuất huyết não màng não.

3. Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng + siêu âm não có dấu hiệu xuất huyết (hoặc chọc dò dịch não tủy ra máu không đông) + TQ, TCK kéo dài.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị đặc hiệu.
- Nâng đỡ tổng trạng.
- Hạn chế sự lan rộng nơi xuất huyết.

2. Điều trị đặc hiệu:

Vitamin K1 5mg TB

3. Điều trị triệu chứng:

- Truyền máu tươi cùng nhóm 10 – 20 ml/kg nếu Hct < 30% theo công thức:
$$V = CN \text{ (kg)} \times 80 \times (\text{Hct}_{\text{cần đạt}} - \text{Hct}_{\text{đo được}}) / \text{Hct}_{\text{bịch máu}}$$
- Truyền huyết tương tươi đông lạnh: 10 – 20 ml/kg khi xuất huyết não nhưng Hct không giảm.
- Nếu co giật: Phenobarbital
 - .Tần công 20 mg/kg TMC
 - .Nửa giờ sau còn co giật 10 mg/kg TM
 - .Có thể lập lại khi còn co giật.
 - .Tổng liều 30 – 40 mg/kg/ngày.
 - .Thời gian dùng tối đa 1 tuần.
- Nếu không co giật: Phenobarbital 5mg/kg TM
- Vitamin E: 50 đv/ngày uống đến khi xuất viện (ít nhất 7 ngày).
- Thở Oxy, đặt nội khí quản nếu có suy hô hấp.
- Hạn chế dịch:
 - .Trong 2 ngày đầu: 50 – 70 % nhu cầu ngày.
 - .Ngày thứ 3 lượng nước trở về bình thường.
- Chống phù não: Mannitol 20% 0,5 – 1 g/kg TTM trong 60 phút, có thể lập lại sau 8 giờ.

4.Điều trị hỗ trợ:

- Nằm đầu cao 30°
- Hạn chế xoay trở.
- Ăn qua sonde dạ dày.
- Điều chỉnh rối loạn điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Kháng sinh khi có ổ nhiễm trùng kèm theo.
- Vật lý trị liệu khi xuất huyết đã ổn.

V.THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

1.Theo dõi:

- Đo vòng đầu mỗi ngày.
- Sự phát triển tâm thần, vận động.
- Siêu âm não.

2.Tái khám:

Mỗi 3 tháng đến 2 năm để phát hiện các di chứng não: teo não, não úng thủy, bại não, chậm phát triển tâm thần vận động.

Tài liệu tham khảo:

- 1.Xuất huyết não màng não, Phác đồ điều trị nhi khoa 2009, bệnh viện Nhi Đồng I.
- 2.Hemorrhagic Disease of Newborn.

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

I. CHẨN ĐOÁN:

1.Lâm sàng:

- Sốt cao, nhức đầu, ói vọt.
- Co giật, lơ mơ.
- Dấu màng não (±).
- Thóp phồng (sơ sinh, nhũ nhi)
- Tử ban đặc biệt não mô cầu.
- Tiền sử chảy mủ tai.

2.Cận lâm sàng:

- Dịch não tủy:
 - Đục, áp lực tăng.
 - Đường giảm < 40mg% (< ½ đường huyết).
 - Albumin tăng (> 30 mg%)
 - Tế bào tăng cao (500 – 5000 / mm³).
- Công thức máu: BC tăng, đa số đa nhân nhân trung tính.
- CRP (+).

II. ĐIỀU TRỊ:

1.Điều trị đặc hiệu: kháng sinh.

a.Chọn lựa kháng sinh ban đầu:

- Theo lứa tuổi:
 - + Sơ sinh – 3 tháng tuổi:
Phối hợp 3 kháng sinh cefotaxime + Ampicilline + Amikacine.
 - + Trẻ > 3 tháng – 10 tuổi:
Dùng Cefotaxime hoặc Chloramphenicol (khi dị ứng Cefotaxime).
 - + >10 tuổi:
Penicilline (khi biểu hiện lâm sàng không nặng) hay Cefotaxime.
- *Một số kháng sinh có thể điều trị viêm màng não mủ: Ceftriaxon, Ceftazidim, Cefepim, Oxacilline, Vancomycin, Pefloxacin.*

**Trường hợp đã dùng kháng sinh tuyến trước:*

- Nếu lâm sàng và dịch não tủy cải thiện: tiếp tục kháng sinh đã dùng.
- Nếu lâm sàng và dịch não tủy chưa cải thiện và kháng sinh không giống phác đồ: đổi kháng sinh theo phác đồ.

b.Xử trí tiếp theo:

- Nếu nhuộm gram và hoặc kháng nguyên hòa tan trong dịch não tủy dương tính và lâm sàng không cải thiện:

H. influenzae B: Cefotaxime, Ceftriaxone.

N. meningitidis: Penicilline, Ampicilline hoặc Cefotaxime.

Streptococcus pneumomiae: Cefotaxime liều cao đơn thuần (300 mg/kg/ngày).

E. coli: Cephalosporine III

**Theo kinh nghiệm của một số tác giả:*

- Tử ban đặc biệt nghĩ đến não mô cầu.
- Nhiễm trùng da nghĩ đến tụ cầu.
- Viêm phổi thùy nghĩ đến phế cầu.

c. Đối kháng sinh:

-Đối kháng sinh khi lâm sàng và dịch não tủy không cải thiện sau 48 giờ điều trị.

-Khi đối kháng sinh dựa vào:

Cấy dịch não tủy (+): dựa kháng sinh đồ.

Cấy dịch não tủy (-), nhuộm Gram (-): dựa vào lứa tuổi, dự đoán sự kháng thuốc của vi trùng.

Streptococcus pneumoniae: phối hợp hoặc đổi sang Vancomycin.

H. influenzae: phối hợp thêm pefloxacin.

d. Liều lượng kháng sinh:

-Ampicilline: 200 mg/kg/ngày TM chia 4 lần.

-Cefotaxime: 200 mg/kg/ngày TM chia 4 lần (nếu *S. pneumoniae* 300 mg/kg/ngày).

-Ceftriaxone: 100 mg/kg/ngày TM chia 2 lần.

-Ceftazidime: 200 mg/kg/ngày TM chia 4 lần.

-Oxacilline: 200 mg/kg/ngày TM chia 4 lần.

-Vancomycine: 60 mg/kg/ngày chia 3 – 4 lần TTM trong 30' – 1 giờ.

-Pefloxacin: 20 -30 mg/kg/ngày chia 2 – 3 lần, pha trong Glucose 5% TTM trong 30'.

e. Thời gian sử dụng kháng sinh:

-*N. meningitidis*: 5 – 7 ngày.

-*H. influenzae* B: 7 – 10 ngày.

-Phế cầu: 10 – 14 ngày.

-Trẻ < 3 tháng hay do *S. aureus*: 14 – 21 ngày.

Các trường hợp khác ít nhất 10 ngày.

2. Điều trị hỗ trợ:

a. Điều chỉnh nước điện giải:

-Nếu không có rối loạn tri giác thì cung cấp dịch, điện giải bằng nhu cầu cơ bản.

-Nếu có rối loạn tri giác và không có thiếu nước, thì hạn chế dịch nhập còn 1/2-2/3 nhu cầu cơ bản (hội chứng tăng tiết ADH không tương thích).

-Các trường hợp khác theo ion đồ.

b. Chống co giật:

-Seduxen: 0,2 – 0,3 mg/kg/lần pha loãng TM chậm trong 5 phút, có thể lập lại, tổng liều $\leq$ 1mg/kg/ngày.

-Phenobarbital: 10 mg/kg pha loãng TTM trong 30 phút, duy trì 5 mg/kg mỗi 12 giờ (sau liều tấn công 12 giờ). Chỉ định: phòng cơn giật tái phát trên bệnh nhân co giật liên tục, co giật khó cắt cơn.

*Điều chỉnh các rối loạn phối hợp: hạ đường huyết, hạ Ca^{++} máu, tăng áp lực nội sọ.

c. Chống phù não:

-Nằm đầu cao 30°, cổ thẳng.

-Thở Oxy hoặc giúp thở.

-Hạn chế nước: 1/2-2/3 nhu cầu, hạn chế dung dịch không chứa điện giải.

-Mannitol: 0,5 – 1 g/kg TTM trong 30 – 60 phút. Có thể truyền nhắc lại sau 8 giờ nếu còn dấu hiệu phù não nhưng không quá 3 lần trong 24 giờ và không quá 3 ngày. Không dùng Mannitol trong trường hợp sốc, phù phổi.

-Dexamethasone: 0,15 mg/kg TM mỗi 6 giờ.

d.Dinh dưỡng:

- Bệnh tỉnh: ăn uống bằng đường miệng theo nhu cầu.
- Bệnh mê: nuôi ăn qua sonde dạ dày, chú ý năng lượng và lượng dịch nhập, chia đều ít nhất 6 cử trong ngày, mỗi cử kéo dài 30 – 60 phút.
- Bệnh co giật liên tục hoặc xuất huyết tiêu hóa nặng: nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, chú ý nước và điện giải.

3.Săn sóc và theo dõi:

- Săn sóc bệnh nhân mê.
- Vật lý trị liệu.
- Theo dõi lâm sàng: sinh hiệu, tri giác, dấu thần kinh định vị.
- Đối với nhũ nhi: theo dõi vòng đầu, cân nặng mỗi ngày.
- Theo dõi cận lâm sàng:
 - +Dịch não tủy sau 48 giờ đối với bệnh nhân không cải thiện lâm sàng.
 - +Ion đồ: mỗi ngày khi bệnh mê.

4.Tái khám:

- Lần đầu sau khi xuất viện 2 tuần để phát hiện tái phát và di chứng.
- Nếu có di chứng: cần tái khám mỗi tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Chú ý:

- Chọc dò tủy sống: ngay khi nhập viện, khi đôi kháng sinh.
- Nếu dịch não tủy trong, tế bào $\geq 60/\text{mm}^3$, bạch cầu máu tăng cao (bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao), dấu màng não ($\pm$) ... vẫn sử dụng kháng sinh.

Tài liệu tham khảo:

- 1.Viêm màng não do vi trùng. Phác đồ điều trị nhi khoa 2009 – Bệnh viện Nhi Đồng I TP Hồ Chí Minh.
- 2.Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Bệnh viêm màng não cấp ở trẻ em (Ban hành theo quyết định số 1905/2003/QĐ-BYT ngày 4/6/2003 của Bộ trưởng Bộ Y Tế).

VIÊM PHỔI

I.CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- Lâm sàng: sốt, ho, thở nhanh, khó thở.
- X-quang: là tiêu chuẩn chẩn đoán chính.

II.CHẨN ĐOÁN CÓ THỂ:

Lâm sàng : bệnh nhân có sốt , ho, thở nhanh nhưng X -quang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ tổn thương nhu mô.

III.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Suyễn.
- Dị vật đường thở bị bỏ quên.
- Bệnh lý phổi bẩm sinh.
- Nguyên nhân gây suy hô hấp khác : bệnh lý tim mạch.

IV.ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH:

TUỔI	ĐIỀU TRỊ
< 2 tháng	-Cefotaxime: 100-150 mg/kg/ngày + Amikacin: 15mg/kg/ngày -Ampicilline: 100-150 mg/kg/ngày + Cefotaxim: 100-150 mg/kg/ngày - Ampicilline: 100-150 mg/kg/ngày + Cefotaxim: 100-150 mg/kg/ngày + Amikacine: 15mg/kg/ngày -Nghi ngờ Stap.aureus: Oxacillin 100-150 mg/kg/ngày hoặc Vancomycin 40-60 mg/kg/ngày TTM -Nghi ngờ vi trùng gram (-) kháng thuốc: . Cefepime 100 mg/kg/ngày . Ciprofloxacin 20mg/kg/ngày TTM . Imipenem 60-100 mg/kg/ngày TTM
2 tháng – 5 tuổi	1.Viêm phổi nặng: -Cefuroxime 60 – 100 mg/kg/ngày ± Amikacine 15mg/kg/ngày -Cefotaxime 100 – 150 mg/kg/ngày ± Amikacine 15mg/kg/ngày -Ceftriaxone 75 – 100 mg/kg/ngày ± Amikacine 15mg/kg/ngày -Nghi ngờ vi trùng gram (-) kháng thuốc: . Cefepime 100 mg/kg/ngày . Ciprofloxacin 20mg/kg/ngày TTM . Imipenem 60-100 mg/kg/ngày TTM -Nghi ngờ Stap.aureus: Oxacillin 150-200 mg/kg/ngày hoặc Vancomycin 40-60 mg/kg/ngày + Amikacine 15mg/kg/ngày 2.Viêm phổi: -Amoxicilline + clavulanate: 50 mg/kg/ngày uống - Cefaclor / Cefuroxim : 20 – 30 mg/kg/ngày uống -Cefdinir: 14 mg/kg/ngày uống (trẻ > 6 tháng) -Cefixime: 8 mg/kg/ngày uống (trẻ > 6 tháng) → Nếu không hiệu quả chuyển sang thuốc tiêm.
>5 tuổi	-Điều trị như trẻ 2 – 5 tuổi. -Nghi ngờ vi khuẩn không điển hình: Azithromycine uống Ngày 1:10mg/kg/ngày Ngày 2: 5 mg/kg/ngày

Đổi kháng sinh:

-Sau 48h điều trị lâm sàng không cải thiện → đổi nhóm kháng sinh hoặc đổi sang thuốc tiêm.

-Sau 3 ngày điều trị thuốc, lâm sàng cải thiện → chuyển sang đường uống.

V.ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ:

-Hỗ trợ hô hấp.

-Hạ sốt.

-Long đàm: Acetyl cystein, Ambroxol.

-Khò khè với dẫn phế quản tác dụng nhanh.

-Thông thoáng đường thở.

-Cung cấp nước, điện giải, dinh dưỡng đầy đủ.

Tài liệu tham khảo:

1.Phác đồ điều trị BV Nhi Đồng 1 TPHCM, 2009.

2.Nelson Textbook of Pediatric medicine 18th, Kliegman Behrman Jenson Stanton, 2007.

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm tiêu phế quản là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính do siêu vi của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, xảy ra ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng bao gồm ho, khò khè, thở nhanh $\pm$ co lõm lồng ngực.

II. NGUYÊN NHÂN:

- RSV: hàng đầu (50 – 70%), có khả năng lây lan rất cao.
- Adeno virus (10%), thường gây bệnh cảnh nặng.
- Các nguyên nhân khác: parainfluenza, influenza virus, mycoplasma...

III. CHẨN ĐOÁN : chủ yếu là chẩn đoán lâm sàng.

1. Chẩn đoán lâm sàng :Gợi ý bởi

- Tuổi < 24 tháng.
- Biểu hiện lâm sàng : hò, khò khè, thở nhanh + co lõm ngực
- Yếu tố dịch tễ : thành dịch, mùa mưa.

Các xét nghiệm cận lâm sàng : công thức máu, X quang phổi... không đặc hiệu cho chẩn đoán.

2. Chẩn đoán phân biệt :

- Suyễn
- Viêm phổi
- Ho gà.
- Suy tim.
- Dị vật đường thở.
- Các nguyên nhân khò khè hiếm gặp khác.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc cơ bản: là điều trị triệu chứng, bao gồm cung cấp đầy đủ nước, điện giải, dinh dưỡng và oxy.

2. Điều trị các trường hợp nhẹ, không có chỉ định nhập viện:

- Không chỉ định kháng sinh, thuốc dẫn phế quản, corticoids.
- Chỉ cần điều trị triệu chứng: cho trẻ ăn-bú bình thường, uống nhiều nước, hạ sốt, sử dụng thuốc ho an toàn không có antihistamin.
- Hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần tái khám.
- Tái khám sau 2 ngày.

3. Điều trị các trường hợp nặng nhập viện:

- Cung cấp đầy đủ nước - điện giải – dinh dưỡng.
- Cung cấp đủ Oxy:
 - Thở oxygen, NCPAP, giúp thở tùy mức độ suy hô hấp.
 - Mục tiêu: đảm bảo $SpO_2 \geq 92\%$.
- Kháng sinh: được lựa chọn ban đầu như trong trường hợp viêm phổi do vi trùng.
- Thuốc dẫn phế quản:
 - Thuốc dẫn phế quản có hiệu quả không hằng định, cải thiện vừa phải, ngắn hạn nhưng không ảnh hưởng xấu lên SpO_2 , tim mạch.
 - Khi bệnh nhi có khó thở, có thể cho Salbutamol khí dung 2 lần cách nhau 20 phút và cần phải đánh giá đáp ứng sau 1 giờ.
 - +Nếu đáp ứng sau 1 giờ: có thể dùng tiếp.

+Nếu không có đáp ứng: không cần dùng tiếp.

-Liều lượng: Salbutamol 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu 1,5 mg. Tối đa 5mg/lần).

-**Lưu ý** là trong trường hợp bệnh nhi tím tái, thở co lõm ngực nặng, thở nhanh trên 70 lần/phút, $SpO_2 < 92\%$: cần phải phun khí dung Salbutamol dưới nguồn Oxygen 6 Lít/phút.

e.Corticoids:

-Không chỉ định rộng rãi.

-Chỉ chỉ định trong trường hợp nghi ngờ suyễn hoặc trong trường hợp có suy hô hấp.

-Liều lượng:

+Prednisone: 1 - 2 mg/kg/ngày (bệnh nhi còn uống được)

+Hydrocortisone: 5 mg/kg/lần (TMC) mỗi 6h.

+Dexamethasone: 0,15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8h.

-Các loại Corticoids khi1 dung chưa được khuyến cáo sử dụng.

f.Các điều trị khác:

Khí dung Adrenaline: chỉ định được xem xét trong trường hợp có khó thở và không đáp ứng với khí dung Salbutamol.

Tài liệu tham khảo:

Phác đồ điều trị BV Nhi Đồng 1 TPHCM, 2009.

BỆNH THALASSEMIA

I. ĐỊNH NGHĨA:

Do khiếm khuyết di truyền trong sự tổng hợp chuỗi globin, làm cho hemoglobin không bình thường, hồng cầu bị phá vỡ sớm gây thiếu máu.

II. PHÂN LOẠI:

- Bệnh Thalassemia: khi có sự thiếu hụt chuỗi globin được tổng hợp.
 - α Thalassemia: khi giảm tổng hợp chuỗi α .
 - β Thalassemia: khi giảm tổng hợp chuỗi β .
- Bệnh Hemoglobin: khi có sự thay đổi vị trí acide amine trên chuỗi globin.

Hb S có $\alpha_2\beta_2^{6\text{glu}\rightarrow\text{val}}$.
Hb C có $\alpha_2\beta_2^{6\text{glu}\rightarrow\text{lys}}$.
Hb E có $\alpha_2\beta_2^{20\text{glu}\rightarrow\text{lys}}$.

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng (Thể nặng):

- Thiếu máu mãn: da xanh, niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt.
- Huyết tán mãn: vàng da, gan lách to, da sạm.
- Biến dạng xương: trán dô, mũi tẹt, u trán, u đỉnh.
- Chậm phát triển thể chất: nhẹ cân, thấp bé, không thấy dấu dậy thì ở trẻ lớn.

2. Cận lâm sàng:

- Chẩn đoán thiếu máu:
 - Datacell: Hb giảm, Hct giảm, MCV < 80fl, MCH < 28pg.
 - Dạng huyết cầu: hồng cầu nhỏ nhược sắc, hồng cầu đa sắc, hồng cầu bia.
- Chẩn đoán huyết tán: Bilirubin gián tiếp, sắt huyết thanh, ferritin: tăng.
- Chẩn đoán xác định: Điện di Hb: tỉ lệ HbA₁ giảm, HbA₂ cao(>3,5%), Hb F cao (4-90%), thể nặng Hb F >80%, hoặc có Hb H.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Truyền máu:

- Mục đích: duy trì Hb $\geq 10\text{g/dl}$.
- Chỉ định truyền máu khi Hct < 25% hay Hb < 8g/dl.
- Chế phẩm máu: hồng cầu lắng 10-20 ml/kg, truyền 3-4 ml/kg/giờ.
- Nếu có suy tim truyền 2ml/kg/giờ, dùng lợi tiểu Lasix 0,5mg/kg TMC ngay trước truyền máu và điều trị suy tim đi kèm.

2. Thải sắt:

- a. Chỉ định: Ferritin > 1000ng/ml.
Trẻ > 3 tuổi.
- b. Phương pháp: Desferal 0,5g/ lọ(liều: 25- 35 mg/kg, truyền trong 10 giờ).
Cách pha (2 cách):
 - i. Máy TDD: Desferal 0,5g/ lọ pha 5ml nước cất TDD trong 10h
 - ii. Máy BTTĐ: Desferal 0,5g/ lọ + Glucose 5% 50ml BTTĐ 5ml/h
- c. Vitamin C 3mg/kg uống sau khi bắt đầu thải sắt được 1h.

3. Điều trị hỗ trợ: Acid folic 5mg/ngày, calci D, vitamin E.

4. Cắt lách:

Lách to độ 4.

Truyền HCL >250ml/kg/năm hay khoảng cách giữa 2 lần truyền <3 tuần, hay khối lượng truyền tăng gấp rưỡi

Trẻ hơn 6 tuổi.

5. Chứng ngừa: viêm gan siêu vi B, streptococcus pneumonia, nesseria meningitides 2-4 tuần trước khi cắt lách và lập lại sau mỗi 5 năm.

Tài liệu tham khảo:

1. Lâm Thị Mỹ, 2009, Thalassemia, Phác đồ điều trị Nhi BV Nhi đồng 1: 599-602.
2. Nguyễn Ngọc Sáng, 2008, Bệnh Thalassemia, Phác đồ điều trị Nhi BV Nhi đồng 2: 481-482.

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Hội chứng thận hư là một hội chứng lâm sàng bao gồm: phù, tiểu đạm > 50mg/kg/ngày, Albumin máu < 2,5g/dl, đạm máu < 5,5g/dl; Lipid máu tăng.
- Lui bệnh: protein niệu âm tính hay vết trong 3 ngày liên tục và hết phù.
- Tái phát khi có đạm niệu $\geq 50\text{mg/kg/ngày}$ + phù.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

Không có tiền chứng rõ ràng, thường gặp ở cơ địa dị ứng.

Tuổi: 2-8 tuổi, thường ở nam.

Phù: nhanh, nhiều, tràn dịch các màng.

Cao huyết áp: 10%.

Tiểu vàng nhạt, hơi mờ đục, lượng nước tiểu thường trong giới hạn bình thường.

b. Cận lâm sàng:

Đạm niệu $\geq 50\text{ mg/kg/ngày}$, hoặc đạm niệu/creatinin niệu(mg/mg) > 2, hoặc đạm niệu/creatinin niệu(mg/l,mmol/l) > 200.

Albumin máu < 2,5 g%.

Cholesterolon máu > 200 mg%.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm cầu thận cấp: phù, cao huyết áp, tiểu hồng cầu, đạm máu và cholesterolon máu bình thường.
- Phù do giảm đạm máu: phù, nước tiểu bình thường, cholesterolon máu bình thường.

III. PHÂN LOẠI:

1. Theo lâm sàng:

- Hội chứng thận hư thuần túy: Không cao huyết áp.
Không tiểu máu.
Không suy thận.
Tiểu đạm chọn lọc.

Các xét nghiệm: C3, ASO, ANA, Le cell, HBsAg: bình thường.

- Hội chứng thận hư không thuận túy: có một trong các đặc điểm trên.
Thường thứ phát sau một tổn thương cầu thận đi trước.

2. Thận hư lần đầu hay tái phát:

- Thận hư lần đầu.
- Thận hư tái phát:
 - Không thường xuyên: < 2 lần trong 6 tháng sau một đợt điều trị tấn công có đáp ứng (hay < 4 lần trong 12 tháng).
 - Thường xuyên: ≥ 2 lần trong 6 tháng sau một đợt điều trị tấn công có đáp ứng (hay ≥ 4 lần trong 12 tháng).

3. Theo đáp ứng điều trị trên lâm sàng:

- Phụ thuộc corticoid: 2 lần tái phát liên tục khi giảm liều hay tái phát trong vòng 14 ngày sau khi ngưng corticoid.
- Kháng corticoid: khi điều trị đủ 4 tuần tấn công không đáp ứng.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị đặc hiệu:

- Phác đồ 4-8-6:
 - Tấn công: 4 tuần prednisone 2mg/kg/ngày, tối đa 60 mg/ngày.
 - Củng cố : 8 tuần prednisone 2mg/kg/ cách ngày.
 - Duy trì : 12 tuần giảm liều dần 0,5 mg/kg/cách ngày mỗi 2 tuần.
 Tổng thời gian điều trị 6 tháng.
- Nếu trong quá trình giảm liều bị tái phát:
 - Tái phát không thường xuyên: prednisone 2mg/kg/ngày cho đến khi đạm niệu âm tính trong 3 ngày liên tiếp. Sau đó, prednisone 2mg/kg/cách ngày trong 8 tuần.
 - Tái phát thường xuyên hay phụ thuộc corticoid:
 - + prednisone 2mg/kg/ngày cho đến khi đạm niệu âm tính trong 3 ngày liên tiếp. Kế đến, prednisone 2mg/kg/cách ngày trong 8 tuần. Sau đó giảm liều prednisone dần và duy trì liều 0,1-0,5mg/kg/ cách ngày trong 6-12 tháng.
 - + Nếu liều prednisone duy trì cao $> 1\text{mg/kg/cách ngày}$ hay $0,5\text{mg/kg/cách ngày}$ kèm theo biến chứng do dùng corticoids kéo dài như Cushing nặng, cao huyết áp, tiểu đường, xuất huyết tiêu hóa sẽ dùng phối hợp thêm cyclophosphamide 2,5mg/kg/ ngày trong 8-12 tuần với prednisone liều thấp.

- + Nếu sau các phát đồ trên còn tái phát, dùng Cyclosporine 5mg/kg/ ngày trong 1 năm.
- Nếu sau 4 tuần vẫn chưa đáp ứng với prednisone: Methylprednisolone 1g/1,73m² da/ngày (10-15mg/kg/ngày) truyền tĩnh mạch 3 lần cách ngày. Nếu sau 3 liều Methylprednisolone vẫn không đáp ứng sau 2 tuần (còn phù và hoặc đạm niệu dương tính) xem như kháng corticoids:
 - + Nếu sinh thiết thận được : điều trị tùy theo kết quả sinh thiết thận.
 - + Nếu không sinh thiết thận được: prednisone 1-2mg/kg/cách ngày và giảm dần trong vòng 12-24 tháng + cyclophosphamide 2,5mg/kg/ ngày hay Cyclosporine 5mg/kg/ ngày.

2. Điều trị triệu chứng:

a. Phù:

- Hạn chế muối và nước trong giai đoạn phù.
- Lợi tiểu: chỉ dùng trong trường hợp phù nặng, bụng báng to hay tràn dịch màng phổi nhiều gây khó thở, phù phổi hay kèm nhiễm trùng nặng.
Thuốc sử dụng: Spironolactone, Furosemid.
- Truyền Albumine: Albumine < 1,5g% kèm theo một trong hai tiêu chuẩn sau:
 - Sốc giảm thể tích không đáp ứng dung dịch điện giải và cao phân tử.
 - Phù nặng cần sinh tiết thận nhưng kháng trị với lợi tiểu liều tối đa (3 ngày).

Cách dùng Albumin:

- + Để giảm phù: 1g/kg/liều tuyền chậm trong 5 giờ. Phối hợp Furosemid:
 - Liều 1: 2mg/kg TMC sau khi truyền được nửa thể tích Albumin.
 - Liều 2: 2mg/kg TMC sau khi kết thúc truyền Albumin.
- + Để chống sốc: Albumin 20% 1-2 g/kg/liều.

Albumin/ Normal saline tỉ lệ 1:3 để đạt nồng độ Albumin

5%

Tốc độ truyền từ 7,5-15 ml/kg/giờ tùy theo tình trạng huyết động học của bệnh nhân.

b. Điều trị hỗ trợ:

Vitamin D 1200-2000UI/ngày
Calci 30mg/kg/ngày.

3. Điều trị biến chứng:

a. Nhiễm trùng:

Thường gặp: viêm phúc mạc nguyên phát, viêm mô tế bào, viêm phổi, nhiễm trùng niệu, nhiễm trùng huyết. Chọn kháng sinh phổ rộng sớm: Cefotaxim 150-200mg/kg/ngày TM chia 4 lần, trong 10 ngày + Gentamycine 5 200mg/kg/ngày TB.

b. Tăng đông:

Phòng ngừa các yếu tố thuận lợi gây tăng đông: tình trạng gây giảm thể tích, dùng lợi tiểu, tránh lấy máu tĩnh mạch đùi, tình trạng bất động.
Khi có huyết khối: điều trị thuốc kháng đông.

Tài liệu tham khảo:

1. Hodson EM, Kright JF, Willis NS, Craig Jc. 25 Jan 2005. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children.
2. Vũ Huy Trữ, Huỳnh Thoại Loan .2009. Hội chứng thận hư nguyên phát. Phác đồ điều trị Nhi BV Nhi đồng 1: 429-434.
3. Hoàng Ngọc Quý 2008. Hội chứng thận hư vô căn trẻ em. Phác đồ điều trị Nhi BV Nhi đồng 2: 425-436.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH

I. ĐỊNH NGHĨA:

Là bệnh do kháng thể tự sinh chống lại tiểu cầu cơ thể gây giảm tiểu cầu ở máu ngoại biên còn dưới $100.000/\text{mm}^3$. Bệnh có triệu chứng lâm sàng là xuất huyết da niêm, tủy đồ bình thường. Bệnh này phổ biến ở trẻ em, thường tự giới hạn trong 3-6 tháng (90%), ít khi kéo dài trên 6 tháng (10%).

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Xuất huyết da niêm, gan lách không to và không sốt, tiểu cầu $<100.000/\text{mm}^3$, hồng cầu và bạch cầu bình thường, tủy đồ dòng mẫu tiểu cầu tăng sinh hay bình thường.

III. CHẨN ĐOÁN CÓ THỂ:

Xuất huyết da niêm, gan lách không to và không sốt, tiểu cầu $<100.000/\text{mm}^3$, phết máu thấy hồng cầu và bạch cầu bình thường.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Sốt xuất huyết
Nhiễm trùng huyết do não mô cầu
Hemophilie

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Xuất huyết giảm tiểu cầu cấp:

Nguyên tắc điều trị:

Dùng thuốc ức chế miễn dịch
Điều trị triệu chứng giảm tiểu cầu
Phòng ngừa tai biến xuất huyết

Điều trị đặc hiệu

- Xuất huyết nhẹ, tiểu cầu $> 30.000/\text{mm}^3$ không cần dùng Corticoides
- Xuất huyết nhẹ + tiểu cầu $< 20.000/\text{mm}^3$ hay xuất huyết trung bình + tiểu cầu $< 50.000/\text{mm}^3$ có chỉ định Corticoides uống
Prednisolon 2mg/kg/ngày (tối đa 60 – 80mg/ngày) trong 21 ngày hay đến khi tiểu cầu $> 150.000/\text{mm}^3$. Sau đó giảm 1mg/kg/ngày trong 2 tuần kế tiếp, 0,5mg/kg/ngày trong 1-2 tuần. Hay
Prednisolon 4mg/kg/ngày trong 7 ngày, sau đó giảm dần liều sau mỗi 7 ngày và ngưng hẳn trong 21 ngày
- Xuất huyết nặng và tiểu cầu $< 20.000/\text{mm}^3$: Methylprednisolon 30mg/kg TM chậm 1 lần hoặc 10mg/kg/ngày chia 2 lần tiêm tĩnh mạch trong 03 ngày. Hoặc Immunoglobulin 0,25g/kg/ngày TTM trong 2 ngày hoặc 0,8g/kg/TTM một lần.

- Xuất huyết nguy kịch trầm trọng: Immunoglobulin + Methyprenisolon 30mg/kg/ngày trong 1-3 ngày cho đến khi tiểu cầu trên 20.000 – 30.000/mm³, đồng thời truyền tiểu cầu đậm đặc.

2. Điều trị XHGTC tái phát sau điều trị lần đầu:

Tấn công lại lần thứ 2 thuốc đã điều trị lần đầu, sau đó giảm liều dần (Prednisolon 2mg/kg/ngày x 1-2 tuần, kế tiếp 1mg/kg/ngày x 1-2 tuần và 0,5mg/kg/ngày). Nếu không đáp ứng có thể dùng thay thế giữa Corticoides và Immunoglobulin.

3. Điều trị XHGTC mạn tính: Tiểu cầu < 150.000mm³ trên 6 tháng sau phát bệnh

- Xuất huyết nhẹ và tiểu cầu < 20.000 hoặc xuất huyết trung bình và tiểu cầu < 30.000/mm³:

Prednisolon: 4mg/kg/ngày trong 4 ngày hoặc 2mg/kg/ngày trong 7 ngày

Immunoglobulin: 0,8/kg/lần, mỗi 4-8 tuần. Thời gian điều trị khoảng 12 tháng

Phối hợp Immunoglobulin và Prednisolon: Sau truyền Immunoglobulin duy trì Prednisolon 0,2mg/kg/ngày hay cách ngày.

Nếu thất bại Prednisolon hoặc không có Immunoglobulin: Cyclosporin 5mg/kg/ngày chia 2 lần trong 4 tuần.

CHỈ ĐỊNH CẮT LÁCH:

+ XHGTCMD > 1 năm + đang xuất huyết + tiểu cầu < 10.000/mm³

ở

bệnh nhân trên 5 tuổi

+ XHGTCMD > 1 năm + đang xuất huyết + tiểu cầu 10.000 – 30.000/mm³ ở bệnh nhân trên 8 tuổi

VI. Tài Liệu Tham Khảo

1. 2001 Clinical Practise Guideline On The Evaluation And Mangament Of (TP. American Society Of Hematology.
2. Phác Đồ Điều Trị Nhi Khoa, 2009.

VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP SƠ SINH

I. CHẨN ĐOÁN:

***Mức độ vàng da:** Theo nguyên tắc Kramer.

Vùng 1:

6 mg% (85 – 119 mmol/l)

Vùng 2:

9 mg% (130 – 170 mmol/l)

Vùng 3:

12 mg% (187 – 221 mmol/l)

Vùng 4:

15 mg% (221 – 225 mmol/l)

Vùng 5:

>15 mg% (>255 mmol/l)

***Độ nặng vàng da:**

-Vàng da nhẹ: từ ngày 3 – 10, bú tốt, không k máu không đến ngưỡng can thiệp.

-Vàng da bệnh lý: vàng da sớm, mức độ vàng mức Bilirubin vượt ngưỡng phải can thiệp.

-Vàng da nhân: vàng da sậm + Bilirubin gián và có biểu hiện dấu hiệu thần kinh.

***Chẩn đoán nguyên nhân:** (thường gặp)

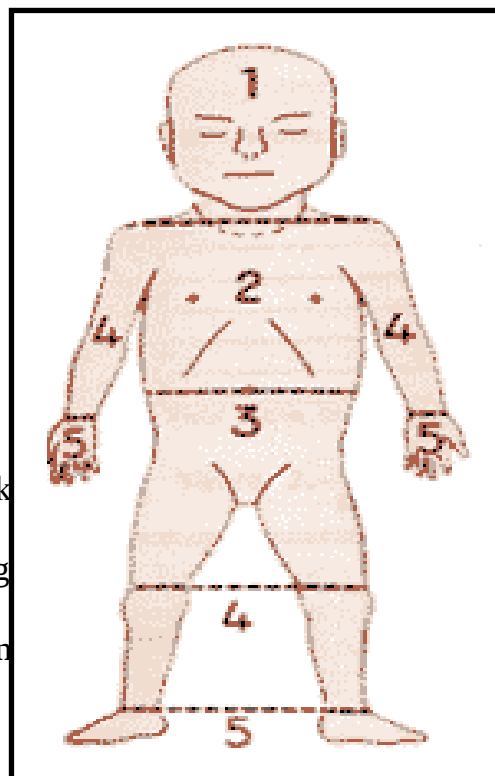
-Bất đồng nhóm máu ABO

+ Nghi đến khi: mẹ nhóm máu O, con nhóm máu A hoặc B.

+ Chẩn đoán xác định: mẹ O, con A hoặc B + test Coombs (+)

-Nhiễm trùng: vàng da + ổ nhiễm trùng / biểu hiện nhiễm trùng LS + xét nghiệm.

-Máu tụ: vàng da + bầm huyệt thanh/ bầm xương sọ/ máu tụ nơi khác.



II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

-Đặc hiệu: chiếu đèn, thay máu.

-Điều trị hỗ trợ.

2. Chiếu đèn:

a. Chỉ định:

-Lâm sàng: vàng da sớm, vàng da lan rộng đến tay chân (vùng 3-4-5), hoặc

-Mức Bilirubin máu:

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp mg% (mmol/l)					
	5 – 6 (85-102)	7 – 9 (102-170)	10 – 12 (170-205)	12 – 15 (205-256)	15 – 20 (256-341)	>20 (>341)
<1000	Chiếu đèn		Thay máu			
1000-1500		Chiếu đèn		Thay máu		
1000-2000			Chiếu đèn		Thay máu	
>2000			Chiếu đèn			Thay máu

b.Nguyên tác:

- Chiếu đèn liên tục, chỉ ngưng khi cho con bú, thay đổi tư thế trẻ.
- Vàng da nặng: nên sử dụng ánh sáng xanh, nếu không có ánh sáng xanh thì sử dụng ánh sáng trắng với hệ thống đèn 2 mặt.
- Tăng lượng dịch nhập 10 – 20% nhu cầu.

2.Thay máu:

a.Chỉ định:

- Lâm sàng: vàng da đến lòng bàn tay, bàn chân (<1 tuần) + bắt đầu có mức biểu hiện thần kinh, hoặc
- Mức Bilirubin gián tiếp cao > 20mg% + bắt đầu có mức biểu hiện thần kinh (li bì, bú kém).

b.Nếu không thể thay máu vì:

- Quá chập chờn: đang suy hô hấp hoặc sốc.
 - Không đặt được Catheter tĩnh mạch rốn.
 - Không có máu thích hợp và máu tươi (< 7 ngày)
- ➔ Biện pháp điều trị thay thế: chiếu đèn 2 mặt liên tục.

4.Điều trị hỗ trợ:

- cung cấp đủ dịch (tăng 10 – 20% nhu cầu).
- Chống co giật bằng Phenobarbital
- Cho bú mẹ hoặc ăn uống qua sonde dạ dày sớm.
- Trẻ non tháng có chậm tiêu phân su: thụt tháo nhẹ bằng NaCl 0,9%.
- Nếu có nguyên nhân nhiễm trùng: KS thích hợp
- Vật lý trị liệu nếu vàng da nhân qua giai đoạn nguy hiểm.

5.Theo dõi:

- Mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 6 giờ nếu vàng da nặng, mỗi 24 giờ trong trường hợp vàng da nhẹ.
- Không nhất thiết phải đo Bilirubin máu mỗi ngày trừ trường hợp vàng da kém đáp ứng với điều trị (mức độ vàng da không giảm, có biểu hiện thần kinh).

Tài liệu tham khảo:

- Vàng da sơ sinh. Phác đồ điều trị nhi khoa 2009 - Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP Hồ Chí Minh.
- American.J.Dis.Child EBM – Royal Princes Alfred Hospital.

ĐA HỒNG CẦU

I. ĐỊNH NGHĨA : Khi Hct máu TM > 65%

II. LÂM SÀNG

1. Có triệu chứng :

- Bỏ bú/ bú yếu
- Da đỏ ửng
- Thở nhanh
- Li bì, giảm trương lực cơ, co giật
- Tím tái

2. Không có triệu chứng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Khi có triệu chứng : trích máu (có nghĩa là thay máu một phần)

- Lượng máu cần thay:

$$\frac{\text{Thể tích máu bn} \times (\text{Hct đo được} - \text{Hct mong muốn})}{\text{Hct đo được}}$$

- Thể tích máu bn = 80ml/kg
- Dung dịch chọn để thay : dung dịch NaCl 0,9%
- Thể tích dung dịch NaCl 0,9% = Thể tích máu thay
- Đường vào: TM ngoại biên hoặc TM rốn
- Kiểm tra Hct mỗi ngày cho đến khi ổn định

2. Không có triệu chứng :

Chỉ truyền dịch , không cần trích máu

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Hạ đường huyết sơ sinh khi Glucose máu $< 40\text{mg}\%$ ($< 2,4\text{mmol/l}$)

II. CHẨN ĐOÁN:

1) Hỏi

- Bú kém /bỏ bú
- Khóc thét/ khóc yếu
- Co giật
- Tình trạng dinh dưỡng từ sau sanh đến lúc mắc bệnh
- Tiền sử sanh ngạt / non / già tháng
- Mẹ có truyền dịch Glucose ưu trương trong thời gian chuyển dạ
- Tiền căn mẹ tiểu đường

2) Lâm sàng: có thể có hoặc không có triệu chứng lâm sàng

- Thần kinh: li bì, run giật chi, co giật, giảm trương lực cơ, phản xạ bú yếu hoặc mất. Thóp không phồng
- Triệu chứng khác: cơn ngưng thở, hạ thân nhiệt
- Tìm các yếu tố nguy cơ gây hạ đường huyết: già tháng, non tháng, nhẹ cân / lớn cân so với tuổi thai, đa hồng cầu, các bệnh lý khác đi kèm

3) Cận lâm sàng

- Dextrostix: cho kết quả đường huyết nhanh
- Khi dextrostix $< 40\text{mg}\%$ cần làm thêm các xét nghiệm sau:
 - + Đường huyết: chẩn đoán xác định hạ đường huyết
 - + Phết máu ngoại biên: tìm NN nhiễm trùng và đa hồng cầu
- Các XN chẩn đoán phân biệt NN nội tiết và chuyển hóa chỉ thực hiện trong trường hợp hạ đường huyết kéo dài không đáp ứng điều trị : insulin, GH, cortisol, T4, TSH, glucagon, acid uric, lactat, ketone
- **Chẩn đoán xác định**: đường huyết $< 40\text{mg}\%$
- **Chẩn đoán có thể**: triệu chứng thần kinh + dextrostix $< 40\text{mg}\%$

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc:

- Truyền Glucose nâng đường huyết về bình thường
- Dinh dưỡng qua đường miệng càng sớm càng tốt

2. Xử trí hạ đường huyết dựa vào 2 yếu tố :

- Có hay không có triệu chứng lâm sàng
- Mức độ đường huyết đo được
 - a. Có triệu chứng LS:
 - Thử đường huyết
 - Dextrose 10% 2ml/kg TMC 2-3 phút
 - Duy trì :dextrose 10% 6-8mg/kg/phút (3-5ml/kg/giờ)
 - Thử lại dextrostix sau 1h:
 - + Nếu $< 40\text{mg}\%$: tăng liều dextrose 10% 10-15mg/kg/phút (6-10ml/kg/giờ)
 - + Nếu $> 40\text{mg}\%$: tiếp tục truyền dextrose duy trì. Cho ăn sớm

- Theo dõi Dextrostix mỗi 1-2h cho đến khi dextrostix >40mg%, sau đó theo dõi mỗi 4h

b. Không triệu chứng LS

dextrostix <25mg% (<1,5mmol/l)	dextrostix 25-40mg% (1,5 – 2,4 mmol/l)	dextrostix >40 mg% (> 2,4 mmol/l)
-------------------------------------	---	--

1- Thử đường huyết, kiểm tra kỹ thuật dextrostix 2- Nếu vẫn <25mg% : Dextrose10% 2ml/kgTMC Duy trì: dextrose10% TTM 6-8mg/kg/phút 3- Cho ăn sớm 4- TD đường huyết sau 1h	1- Thử đường huyết 2- Cho ăn sớm 3- Td dextrostix mỗi 4-6h đến khi đường huyết ổn định 4- Nếu đường huyết vẫn thấp, truyền dextrose10% 6mg/kg/phút	1- Cho ăn sớm 2- Td dextrostix mỗi 8-12h trong 24h đầu/ nhóm trẻ nguy cơ
---	---	---



Ngưng td đường huyết khi dung nạp đủ lượng sữa và kết quả đường huyết 3 lần liên tục >45mg%

3. Một số điểm lưu ý

- Loại dung dịch glucose được chọn trong điều trị hạ đường huyết là Dextrose10%,
 Không dùng dextrose 30% vì có nguy cơ gây hoại tử da, xuất huyết não do nồng độ thẩm thấu cao (1515mOsm/l)
- Liều khởi đầu là 6mg/kg/phút tăng liều truyền nếu đường huyết vẫn thấp cho đến khi đạt tối thiểu là 40mg%. Nồng độ glucose không vượt quá 12,5% nếu truyền TM ngoại biên
- Hạ đường huyết kéo dài:
 - + Tăng dần tốc độ truyền glucose đến 16-20mg/kg/phút (không vượt quá 20mg/kg/phút)
 - + Hydrocortisone 5mg/kg/ngày chia 4 TM hoặc prednisone 2mg/kg/ngày(u)
- Nếu Hạ đường huyết vẫn tiếp tục, thường ít gặp, cần làm xét nghiệm tìm NN do rối loạn nội tiết để điều trị đặc hiệu.

CO GIẬT SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

Co giật sơ sinh biểu hiện rất đa dạng, đôi khi kín đáo dễ bỏ sót, gồm:

- cử động bất thường hoặc thay đổi trương lực cơ của thân và chi: co giật toàn thân hoặc khu trú, gồng cứng kiểu mất vỏ hoặc mất não, hoặc giảm trương lực cơ toàn thân

- cử động bất thường ở mặt, miệng, lưỡi: mút, chu miệng, nhai

- cử động bất thường ở mắt: nhìn một chỗ, giật nhãn cầu

- hệ thần kinh TV: cơn ngưng thở, thở kiểu tăng thông khí, thay đổi nhịp tim, HA, px đồng tử

Khác với trẻ lớn, co giật ở trẻ SS thường có nguyên nhân rõ ràng, do đó tìm và điều trị NN là rất quan trọng khi xử trí co giật ở trẻ SS

II. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi

- Bệnh sử/ tiền căn sản khoa: sanh ngạt, sanh hút, sanh forceps, bú kém, bỏ bú, sốt, mẹ có dùng piridoxin, isoniazid trong thai kỳ

- Thời gian khởi phát co giật:

+ Trong 48h đầu sau sanh: thường do sanh ngạt, xuất huyết nội sọ, hạ đường

huyết, hạ Calci, dị dạng não, phụ thuộc Pyridoxin

+ N₃₋₇ thường do viêm màng não, hạ Calci máu

+ Sau 7 ngày: rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

2. Khám Lâm Sàng

- Co giật toàn thân hay khu trú
- Đồng tử, px ánh sáng
- Cơn ngưng thở
- Tim dh thóp phồng
- Tim dh thiếu máu: màu sắc da niêm
- Tim ổ nhiễm trùng
- Dị tật bẩm sinh não
- Phân biệt co giật với run chi lạnh tính: run chi lạnh tính không ảnh hưởng mắt, tần số run nhanh hơn co giật, thường khởi phát từ kích thích bên ngoài và chấm dứt khi kiềm giữ nhẹ chi

3. Cận Lâm Sàng

- Dextrotix → hạ đường huyết
- Ion đồ: Na, Ca, Mg → RL điện giải
- Nhiễm trùng: phết máu, CRP, cấy máu
- Siêu âm não → xuất huyết não
- Dịch não tủy → viêm màng não
- Điện não đồ: nghi ngờ động kinh hoặc lệ thuộc piridoxin

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị cấp cứu:

a. Thông đường thở; hút đàm nhớt

b. Thở oxy hoặc đặt nội khí quản giúp thở

c. Thuốc chống co giật:

Phenobarbital: 20mg/kg TTM 30 phút, sau 30 phút, nếu còn co giật lặp lại liều thứ 2: 5mg/kg TTM 5 phút. Tổng liều tối đa không quá 40mg/kg. Tùy theo nguyên nhân có thể duy trì phenobarbital 5mg/kg/ngày (TB/uống)

Nếu không đáp ứng với Phenobarbital liều cao → Midazolam 0,1mg/kg/lần TM sau đó duy trì: 0,01-0,06mg/kg/giờ (nếu còn co giật)

2. Điều trị đặc hiệu

- Hạ đường huyết (glucose/máu < 40mg%) hay < 2,4mmol/l
 - glucose 10%: 2ml/kg TMC trong 2-3 phút
 - duy trì: 6-8mg/kg/phút (glucose 10% 3-5ml/kg/giờ)
 - theo dõi dextroxit 2-4 giờ cho đến khi đường huyết ổn định
- Hạ Calci máu (Ca ion < 1 mmol/l)
 - Calcium gluconat 10% 1-2ml/kg TMC trong 5 phút
 - Nếu không đáp ứng lặp lại liều trên sau 10 phút
 - Duy trì: 5ml calcium gluconat 10%/kg/ ngày TTM hoặc dạng uống
- Hạ Mg máu (Mg/ máu < 1,2mg%)
 - Magnesium sulfate 15%: 0,3-0,6 ml/kg TMC trong 5 phút, có thể lặp lại liều trên mỗi 6-12h nếu Mg/máu vẫn thấp
 - Duy trì: Magnesium sulfate 15% 0,6 ml/kg/ngày uống
- Pyridoxin
 - CD: tiền sử mẹ có dùng pyridoxin, isoniazid hoặc thất bại với các thuốc chống co giật trên
 - Liều: 50mg TM. Duy trì: 10-100mg chia 4 lần/ngày uống
 - Điện não đồ: sóng bất thường biến mất ngay sau khi tiêm pyridoxin chứng tỏ bn lệ thuộc Pyridoxin
- Các NN khác: hạ Na/máu, tăng Na/máu, viêm màng não, xuất huyết não-màng não (xem các phác đồ tương ứng)

VIÊM RUỘT HOẠI TỬ SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm ruột hoại tử sơ sinh là bệnh lý đường tiêu hóa nặng, thường gặp ở trẻ non tháng. NN chưa rõ, các yếu tố liên quan: nhiễm trùng, dinh dưỡng qua đường tiêu hóa, tổn thương thành mạch tại chỗ
- Bệnh thường khởi phát 3-10 ngày sau sanh

II. CHẨN ĐOÁN

1- Hỏi

- Các yếu tố nguy cơ sau sanh:
 - Sanh ngạt
 - Bệnh màng trong
 - Có đặt catheter động tĩnh mạch rốn, thay máu
 - Sốc
 - Hạ thân nhiệt
 - Thiếu máu, đa hồng cầu
- Dinh dưỡng
 - Ăn sữa công thức
 - Lượng sữa quá nhiều và tăng lượng sữa mỗi cữ quá nhanh. Pha sữa quá đặc.

2- Khám lâm sàng: gồm 2 nhóm triệu chứng

- Triệu chứng toàn thân rất giống nhiễm trùng huyết
- Triệu chứng tiêu hóa: chú ý các dấu sớm như không dung nạp sữa, thay đổi tính chất phân, chướng bụng
- Triệu chứng toàn thân :
 - Li bì
 - Con ngưng thở
 - Thân nhiệt không ổn định
 - Tươi máu da kém
- Triệu chứng tiêu hóa:
 - Chướng bụng
 - Không dung nạp sữa
 - Oc sữa hoặc dịch xanh
 - Tiêu máu đại thể hoặc vi thể
 - Sờ thấy một khối ở bụng
 - Thành bụng nề đỏ

Các triệu chứng có thể khởi phát đột ngột, diễn tiến rất nhanh đến suy hô hấp, sốc, toan chuyển hóa, bụng chướng căng hoặc diễn tiến từ từ

3- Cận Lâm sàng:

- Xét nghiệm nhiễm trùng: phết máu, CRP, cấy máu
- Khí máu, ion đồ, chức năng đông máu
- Soi phân tìm hồng cầu
- X quang bụng đứng:
 - + Hơi trong thành ruột là dấu hiệu đặc trưng
 - + Hơi tự do trong ổ bụng: thủng ruột
 - + Quai ruột bất động dẫn to trên nhiều phim: quai ruột hoại tử

- + Không có hơi ruột: viêm phúc mạc
- Siêu âm bụng : hơi trong TM cửa, dịch ổ bụng

Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng – Hướng xử trí (theo Walsh và Kliegman 1986)

Giai đoạn		Toàn thân	Tại chỗ	XQ bụng	Hướng xử trí
I (Δ có thể)		Không đặc hiệu: thân nhiệt không ổn định, li bì, ngưng thở, nhịp tim chậm	- Ăn không tiêu, - dịch dư dạ dày, tiêu máu vi thể/ đại thể	Bình thường hoặc liệt ruột nhẹ	- Nhịn ăn - Kháng sinh sau 3 ngày tình trạng cải thiện cho ăn
II(Δ chắc chắn)	IIA - nhẹ	Tương tự giai đoạn I	- Tiêu máu - Chướng bụng - Không nghe âm ruột	- Quai ruột dân - Hơi trong thành ruột	- Hỗ trợ hô hấp - Hội chẩn ngoại
	IIB - TB	GĐI + toan CH + giảm tiểu cầu	- IIA+ bụng đề kháng + viêm mô tế bào thành bụng	- IIA + hơi trong TM cửa ± dịch ổ bụng	
III(Δ chắc chắn)	IIIA-- nặng	GĐ IIB + sốc , DIC	IIB + VPM toàn thể	IIB + nhiều dịch ổ bụng	- Hội chẩn ngoại - Nâng HA: dịch truyền, vận mạch ± truyền máu, truyền huyết tương, truyền TC
	IIBB – BC thủng ruột	Giống IIIA	Giống IIIA	IIB + hơi tự do trong ổ bụng	

III- ĐIỀU TRỊ

1) Điều trị nội khoa:

- Nhịn ăn đường miệng, đặt sond dạ dày dẫn lưu, chỉ cho ăn đường miệng lại khi diễn tiến lâm sàng tốt (hết tiêu máu, bụng không chướng)
- Nếu đang đặt catheter TM rốn → rút bỏ catheter TM rốn
- Bồi hoàn nước điện giải, chống sốc, điều trị DIC, khi huyết động học ổn định chuyển sang nuôi ăn TM toàn phần(1-2 tuần)
- Kháng sinh:
 - Kháng sinh ban đầu: Ampicillin + Cefotaxim/ Gentamycin ± Metronidazol
 - Nếu không đáp ứng, đổi KS theo kháng sinh đồ
 - Nếu không có kháng sinh đồ: Ciprofloxacin + Vancomycin ± Metronidazol
 - Thời gian : 10 -14 ngày

- Theo dõi sát dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột, vòng bụng, XQ bụng mỗi 8-12h trong giai đoạn bệnh chưa ổn định để kịp thời phát hiện biến chứng ngoại khoa

2) Điều trị ngoại khoa:

CD phẫu thuật:

- Thủng ruột: có hơi tự do trong ổ bụng/ XQ bụng
- Viêm phúc mạc: thành bụng nề đỏ, chọc dò dịch ổ bụng ra máu hoặc mủ hoặc soi tươi có vi trùng Gr(-)
- Quai ruột dẫn bất động trên nhiều phim
- Tắc ruột.