

SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ HÀ TIÊN



**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
CHUYÊN KHOA NHI
CẬP NHẬT NĂM 2026**
(Lưu hành nội bộ)

MỤC LỤC

Table of Contents

1. VIÊM MŨI HỌNG CẤP.....	3
2. VIÊM AMIĐAN CẤP – MẠN.....	5
3. VIÊM PHÔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ EM.....	7
4. VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP.....	10
5. VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP.....	13
6. CO GIẬT DO SỐT.....	17
7. ĐIỀU TRỊ CƠN SUYỄN	20
8. BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN.....	31
9. ĐAU BỤNG CHỨC NĂNG	34
10. TÁO BÓN	37
11. DỊ ỨNG THỨC ĂN	41
12. VIÊM TAI GIỮA CẤP.....	44
13. NHIỄM TRÙNG TIỂU	47
14. MÀY ĐAY – PHÙ QUINCKE.....	51
15. VIÊM DA CƠ ĐỊA.....	55
16. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ.....	58

1. VIÊM MŨI HỌNG CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG: Viêm mũi họng cấp là tình trạng viêm cấp tính ở niêm mạc đường hô hấp trên từ mũi đến họng do siêu vi hay vi trùng.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Sổ mũi, chảy mũi, nghẹt mũi, ngứa mũi, sốt, ho, đau họng? Ngày thứ mấy của bệnh?
- Gia đình hay gần nhà có ai bị bệnh tương tự không.

b. Khám

- Mũi:
 - Sổ mũi nước mũi trong hay đục.
 - Niêm mạc mũi sung huyết đỏ.
- Họng: thành sau họng đỏ, có dịch đục từ vòm.
- Hai amidan sưng đỏ, đau, hốc có mũ hay giả mạc.

c. Đề nghị xét nghiệm

- Công thức máu
- CRP

2. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

- Niêm mạc mũi họng sung huyết đỏ, xuất tiết dịch trong hay mũ, có giả mạc.
- Phết họng (nếu có).

b. Chẩn đoán có thể

- Viêm mũi họng do bạch hầu: giả mạc dai, dơ, màu trắng xám, dễ chảy máu, có vi khuẩn bạch hầu.
- Viêm họng do xoắn khuẩn Vincent.
- Săng giang mai...

c. Chẩn đoán nguyên nhân

- Xác định nguyên nhân do siêu vi hay vi trùng:
 - Không ho
 - Sung hạch cổ trước
 - Sốt > 38 độ C
 - Amidan sung huyết hay xuất tiết
 - Tuổi từ 3 – 14 tuổi
- Nguy cơ viêm họng nhiễm trùng do Streptococcus tán huyết beta nhóm A

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị nguyên nhân.

2. Xử trí ban đầu

- Giảm đau họng và hạ sốt bằng Acetaminophen 10 – 15 mg/kg/lần.
- Giảm ho (lựa chọn thuốc phù hợp theo lứa tuổi – Dextromethorphan được WHO khuyến cáo sử dụng trong trường hợp ho nặng kéo dài, ảnh hưởng đến ăn và ngủ).
- Uống nhiều nước: làm giảm cô đặc đàm.
- Vệ sinh, hút rửa mũi bằng nước muối sinh lý, nước biển sâu (nước muối ưu trương xịt mũi làm giảm nghẹt mũi).
- Kháng sinh chỉ dùng trong trường hợp có bằng chứng nhiễm trùng:
 - Amoxicilline-clavulanic 50 – 100 mg/kg/ngày, uống trong 5 – 7 ngày.
 - Cefuroxim
 - Cefpodoxim
 - Cefdinir
 - Nếu có dị ứng thay thế nhóm Macrolide:
 - + Erythromycin 30 – 50 mg/kg/ngày, trong 7 ngày.
 - + Azithromycin 12 mg/kg/ngày trong 5 ngày hay 20 mg/kg (không quá 500 mg)/ngày trong 3 ngày.

3. Xử trí tiếp theo

- Sử dụng kháng sinh ban đầu, không thuyên giảm (còn sốt, còn đau họng, không ăn bú được) điều trị tiếp kháng sinh
 - Cefotaxim 50 – 100 mg/kg/ngày tiêm mạch, trong 5 – 7 ngày.
 - Ceftriaxon 50 – 80 mg/kg/ngày tiêm mạch, trong 3 – 5 ngày.
- Xử trí biến chứng nếu có.
- Trong trường hợp vi khuẩn là nhóm liên cầu tán huyết Beta nhóm A, nên kết hợp điều trị nội khoa sau đó cắt Amidan, nạo VA để ngừa các biến chứng.

IV. THEO DÕI

- Theo dõi các biến chứng.

2. VIÊM AMIDAN CẤP – MẠN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Amidan khẩu cái, thường gọi tắt là Amidan, là 2 khối mô lympho lớn nhất trong vòng Waldeyer ở 2 bên họng miệng. Viêm Amidan cấp là tình trạng viêm nhiễm giới hạn ở Amidan do vi khuẩn hoặc virus. Viêm Amidan quá phát mạn tính có thể gây tắc nghẽn hô hấp trên, cản trở dẫn lưu của mũi xoang, cản trở thông khí của hòm nhĩ và ảnh hưởng đến sự tăng trưởng sọ mặt của trẻ em thời kỳ phát triển.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Công việc chẩn đoán:

2.1.1. Hỏi: Đau họng, nuốt vướng, nuốt khó, sốt, đau vùng tai, mất cảm giác ngon miệng, hơi thở hôi, triệu chứng không đặc hiệu: buồn nôn, nôn, đau bụng.

2.1.2. Khám:

- Sốt.
- Họng: sung huyết, loét, giả mạc.
- Amidan đỏ, tình trạng giả mạc.
- Phân độ Amidan phì đại theo Brodsky, Leove và Stanievich có 4 độ:

Độ	Kích thước: Hẹp eo họng
1	< 25%
2	25% - 50%
3	50% - 75%
4	>75%

- Khám hạch ở vùng cổ hoặc góc hàm.

2.1.3. Đề nghị xét nghiệm

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi
- CRP.

2.2. Chẩn đoán:

2.2.1. Chẩn đoán xác định:

- Sốt > 38,5 độ C.
- Đau họng.
- Hạch cổ > 2cm.
- Amidan có mũ hay giả mạc.

2.2.2. Chẩn đoán có thể: amidan không to, không viêm, thỉnh thoảng có đau.

2.2.3. Chẩn đoán phân biệt: U máu, ung thư amidan...

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Nguyên tắc điều trị:

Ngày ban hành 15/12/2025

- Nâng đỡ.
- Viêm amidan cấp: Kháng sinh, giảm ho, giảm đau.
- Viêm amidan mạn: Điều trị triệu chứng (giảm ho, giảm đau).

3.2. Xử trí ban đầu:

- Nghi ngơi, uống ấm, ăn mềm, súc miệng bằng nước muối ấm, giảm đau tại chỗ bằng viên ngậm có Benzocaine.
- Giảm đau bằng Acetaminophen hay Ibuprofen.
- Giảm ho.
- Viêm amidan cấp: Amoxicilin-acid clavulanic 50-80mg/kg/ngày, Cefuroxim 20mg/kg/ngày, Cefaclor 30-50mg/kg/ngày. Nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị ban đầu vẫn còn sốt cao, đau họng, ăn uống kém, tình trạng nhiễm trùng nhiều hơn => Cefotaxim 50 – 100mg/kg/ngày (hoặc nếu dị ứng với nhóm kháng sinh trên thì thay thế bằng Erythromycin 30-50mg/kg/ngày, Azithromycin 10mg/kg/ngày).
- Viêm amidan mạn: Nếu bộc phát cấp tính, xử trí theo viêm amidan cấp. Tái phát thường xuyên xem xét cắt amidan khi có chỉ định.

3.3. Xử trí tiếp theo: Nếu đáp ứng với xử trí ban đầu nên tiếp tục điều trị 7-10 ngày. Nếu không đáp ứng phải điều trị theo kháng sinh đồ.

3.4. Chỉ định phẫu thuật:

- Hội chứng ngừng thở lúc ngủ do chèn ép.
- Amidan quá phát gây khó nuốt, nói ngọng, ngủ ngáy, không tăng trọng, làm trẻ chậm phát triển.
- Viêm amidan tái phát: từ 6 lần/năm, 5 lần/năm trong 2 năm, 3 lần/năm trong 3 năm.
- Tình trạng viêm amidan có biến chứng: abscess quanh ami đan, thấp khớp, thấp tim, viêm cầu thận cấp.
- Tình trạng viêm mạn hốc mũi, có bả đậu gây hôi miệng thường xuyên.
- Viêm amidan có sỏi.
- Nghi ngờ ác tính.

- Trẻ sơ sinh: liên cầu B, trực khuẩn Gram âm đường ruột, *Listeria monocytogenes*, *Chlamydia trachomatis*
- Trẻ 2 tháng đến 5 tuổi: phế cầu, HI, *M. pneumoniae*, tụ cầu...
- Trẻ trên 5 tuổi: *Mycoplasma*, phế cầu, tụ cầu

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Viêm phổi:

- Điều trị ngoại trú.
- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà: cách cho trẻ uống thuốc, các nuôi dưỡng, cách làm thông thoáng mũi, theo dõi và phát hiện các dấu hiệu nặng đến khám lại ngay.
- Điều trị kháng sinh:

a. Trẻ dưới 5 tuổi: Uống một trong các kháng sinh sau

- Amoxicillin 80mg/kg/24 giờ, chia 2 lần hoặc
- Amoxicillin – clavulanic 80mg/kg/24 giờ, chia 2 lần. Thời gian điều trị 5 ngày.
- Nếu trẻ dị ứng với nhóm Beta – lactam hoặc nghi ngờ viêm phổi do vi khuẩn không điển hình thì dùng nhóm Macrolid: (Azithromycin, Clarithromycin hoặc Erythromycin).

b. Trẻ trên 5 tuổi: Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình rất thường gặp. Kháng sinh lựa chọn ban đầu là nhóm Macrolid. Dùng một trong các thuốc sau

- Erythromycin 40 mg/kg/24 giờ, chia 3 lần, uống khi đói. Hoặc
- Clarithromycin 15 mg/kg/24 giờ, uống, chia 2 lần. Hoặc
- Azithromycin 10 mg/kg/24 giờ, uống một lần khi đói.

Thời gian điều trị 7 đến 10 ngày. Azithromycin có thể dùng 5 ngày.

2. Viêm phổi nặng:

Trẻ viêm phổi nặng được điều trị tại bệnh viện.

a. Chống suy hô hấp

- + Bệnh nhân nằm ở nơi thoáng, mát, yên tĩnh.
- + Thông thoáng đường thở.
- + Thở oxy khi SpO₂ < 90%. Tùy mức độ suy hô hấp có thể thở mask, gọng mũi, thở liên tục hay ngắt quãng.

b. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt khi nhiệt độ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, dùng Paracetamol 10 – 15 mg/kg/lần cách mỗi 6 giờ. Cho trẻ nằm trong phòng thoáng, lau người bằng nước ấm
- Chống hạ nhiệt độ: khi thân nhiệt đo ở nách dưới 36 độ C, điều trị bằng ủ ấm.
- Cung cấp đủ nước, điện giải và dinh dưỡng.
- Phòng lây chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.

c. Điều trị kháng sinh

Kháng sinh lựa chọn ban đầu thuộc nhóm Penicilline A kết hợp một thuốc thuộc nhóm Aminosit. Lựa chọn:

- Ampicillin 200mg/kg/24 giờ, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch chậm cách mỗi 6 giờ.
Hoặc
- Amoxicillin-clavulanic 90mg/kg/24 giờ, chia 3 lần, tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp cách mỗi 8 giờ.
- Kết hợp với Gentamicin 7,5mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm 30 phút hoặc tiêm bắp một lần. Có thể thay thế bằng Amikacin 15mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp.
- Dùng Ceftriaxon 80mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch chậm 1 lần hoặc Cefotaxim 100 – 200 mg/kg/24 giờ, chia 2 - 3 lần tiêm tĩnh mạch chậm; dùng khi thất bại với các thuốc trên hoặc dùng ngay từ đầu.
- Thời gian dùng kháng sinh ít nhất 5 ngày.

4. VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN CẤP

Viêm tiêu phế quản là bệnh hô hấp cấp tính rất hay gặp ở trẻ còn bú, vào mùa đông xuân, thời tiết ẩm ướt. Bệnh có thể nhẹ nhưng có thể rất nặng do suy hô hấp gây tử vong.

1. NGUYÊN NHÂN:

1.1. Tác nhân nhiễm trùng:

- Virus hợp bào hô hấp (RSV) chiếm 30-50% các trường hợp.
- Virus cúm và á cúm (25%).
- Virus Adenovirus (10%).

1.2. Yếu tố nguy cơ:

- Trẻ nằm trong vụ dịch cúm hay viêm đường hô hấp trên do VRS.
- Trẻ bị ốm do nhiễm virus trước đó (viêm mũi họng, amydal, viêm VA v.v...).
- Tuổi nhỏ < 6 tháng.
- Hút thuốc lá bị động.
- Bệnh tim bẩm sinh.
- Bệnh phổi bẩm sinh, Bệnh xơ nang, loạn sản phế quản phổi v.v...
- Suy giảm miễn dịch.

2. CƠ CHẾ BỆNH SINH:

Tác nhân vi sinh tấn công vào lớp tế bào biểu mô niêm mạc phế quản gây phù nề, thoái hóa, hoại tử. Tăng tiết dịch, tăng độ nhày đặc biệt tập trung ở các tiểu phế quản gây tắc nghẽn. Một số vùng phế quản tổn thương sâu gây co thắt - tắc nghẽn và co thắt ở các tiểu phế quản làm xẹp phổi hay ứ khí phế nang. Hậu quả suy thở do rối loạn thông khí đe dọa tử vong.

3. CHẨN ĐOÁN:

Lâm sàng có giá trị gợi ý, khẳng định chẩn đoán dựa trên nuôi cấy phân lập được virus.

3.1. Tiêu chuẩn lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân:
 - + Ho, chảy nước mũi trong, sốt vừa hoặc cao.
 - + Thể nhẹ: những biểu hiện viêm long thuyên giảm sau vài ba ngày.
 - + Thể nặng: khò khè tăng, không bú được, dễ kiệt sức.
 - + Sau 3-5 ngày ho tăng lên, xuất hiện khó thở, thở rít, có thể nặng thì tím tái, ngừng thở.
 - + Thăm khám
- Nhịp thở nhanh
- Sốt vừa

- Co kéo cơ hô hấp, rút lõm lồng ngực, thở rên
- Ran rít, ran ngáy, thông khí phổi kém
- Hiện tượng ứ khí, lồng ngực căng đầy cơ hoành xuống thấp, có thể sờ thấy gan lách.

3.2. Tiêu chuẩn cận lâm sàng:

- Công thức máu ngoại vi: số lượng bạch cầu giảm hoặc bình thường, hay tăng tỷ lệ lympho.
- X-quang phổi: hình ảnh mờ lan tỏa, ứ khí, xẹp phổi từng vùng v.v...

3.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Hen phế quản: rất khó phân biệt với những cơn hen đầu tiên.
- Viêm phổi do vi khuẩn hoặc virus.
- Mềm sụn thanh khí quản.
- Chèn ép khí phế quản từ ngoài vào (mạch máu, u).
- Tắc nghẽn đường hô hấp ở trong: u, u mạch máu, hẹp khí quản.
- Dị vật đường thở.
- Trào ngược dạ dày thực quản.
- Khó thở thứ phát sau nhiễm virus.

4. BIẾN CHỨNG:

4.1. Biến chứng gần:

- Suy thở cấp.
- Tràn khí màng phổi.
- Viêm phổi
- Trung thất.
- Xẹp phổi.
- Tử vong.

4.2. Biến chứng xa:

- Rối loạn chức năng hô hấp.
- Xuất hiện từng cơn khó thở tái phát.
- Viêm tiểu phế quản lan tỏa.

5. XỬ TRÍ:

5.1. Xử trí cấp cứu thể nặng (Có suy hô hấp cấp)

- Liệu pháp Oxygen (FiO₂ 100% sau đó giảm dần).
- Hút thông đường hô hấp trên, tư thế fowler

- Thuốc giãn phế quản đường khí dung ẩm (thuốc nhóm kích thích 2β Adrenergic như Salbutamol. Liều 0,15mg/kg/lần hoặc Adrenalin 0,4-0,5 ml/kg/lần.
- Truyền nước, điện giải, cung cấp đủ theo nhu cầu bù lượng bị thiếu hụt.
- Phối hợp vật lý trị liệu hô hấp, vỗ rung giải thoát đờm khi không có suy thở.
- Khi suy hô hấp không cải thiện: chuyển tuyến chuyên khoa.
- Chỉ sử dụng kháng sinh trường hợp có biểu hiện nhiễm vi khuẩn thứ phát. Kháng sinh được lựa chọn ban đầu như trong trường hợp viêm phổi do vi trùng: Amoxicillin-clavulanic, Cefotaxim, Ceftriaxon, nếu dị ứng với nhóm betalactam thay thế bằng Erythromycin, azithromycin.
- Cân nhắc khi sử dụng Corticoid nếu cần thiết có thể dùng: Methylprednisolon 2 mg/kg/24h, Hydrocortison 5mg/kg/lần (TMC) mỗi 6 giờ.

5.2. Điều trị các thể thông thường: (Không có suy hô hấp).

- Hút thông đường thở, giải phóng các chất xuất tiết.
- Khí dung ẩm thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh như (salbutamol 0,15m g/kg/lần) khi có co thắt phế quản hay thở rít.
- Bù đủ dịch và điện giải theo nhu cầu và thiếu hụt do thở nhanh, sốt, nôn.
- Vật lý trị liệu hô hấp, vỗ rung, hút đờm.
- Ăn uống đủ chất.
- Rất cân nhắc khi sử dụng kháng sinh.

6. DỰ PHÒNG:

- Chưa có vaccin đặc hiệu cho tất cả các căn nguyên.
- Các biện pháp phòng ngừa không đặc hiệu.
 - + Hạn chế tiếp xúc người bệnh, biện pháp cách ly khi có bệnh.
 - + Rửa tay thường xuyên, không hút thuốc lá.
 - + Bú mẹ đầy đủ.

5. VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm thanh khí phế quản cấp hoặc Croup là tình trạng viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn thường do siêu vi: Parainfluenza (tỷ lệ khoảng 70%), sau đó là RSV, Adenovirus. Thường gặp trẻ từ 6 tháng – 5 tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, sổ mũi. Sau 1 – 3 ngày đột ngột xuất hiện dấu hiệu khàn tiếng và khó thở thanh quản.
- Hội chứng xâm nhập để loại trừ dị vật đường thở.
- Trẻ còn ăn uống được, nuốt khó hay không để phân biệt viêm nắp thanh môn.
- Tiền căn thở rít hoặc khó thở thanh quản để chẩn đoán phân biệt với dị dạng mạch máu hoặc mềm sụn thanh quản.

b. Khám lâm sàng

- Sốt nhẹ hay không sốt.
- Khàn tiếng, tiếng rít thanh quản.
- Thở nhanh, co lõm ngực.
- Tím tái.
- Khám họng tìm giả mạc để loại trừ bạch hầu.
- Phân độ khó thở thanh quản:
 - + Nhẹ: Không hoặc ít dấu hiệu khi nằm yên, ăn uống, chơi bình thường. Chỉ khàn tiếng, thở rít khi gắng sức, khóc.
 - + Trung bình: Có dấu hiệu khi nằm yên nhưng chưa có dấu hiệu thiếu oxy. Thở rít khi nằm yên, khó thở, thở nhanh, rút lõm ngực, tim nhanh.
 - + Nặng: Có dấu hiệu thiếu oxy. Tím tái, cơn ngưng thở, lơ mơ.

c. Đề nghị cận lâm sàng

- Công thức máu
- Phết họng loại trừ bạch hầu
- Khi suy hô hấp hoặc cần chẩn đoán phân biệt Xquang phổi và cổ thẳng (Phát hiện tình trạng hẹp hạ thanh môn dấu hiệu nóc nhà thờ Steeple sign), loại trừ dị vật đường thở.
- CT scanner cổ ngực: khi cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở, dị dạng mạch máu hay dị dạng đường dẫn khí.

- Nội soi thanh khí phế quản không thực hiện thường quy, chỉ nội soi khi (Cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở, khó thở thanh quản tái phát, thất bại điều trị nội khoa).

2. Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng khởi phát: viêm hô hấp trên.
- Khàn tiếng.
- Rít thanh quản.
- Nội soi: viêm thanh khí quản.

3. Chẩn đoán có thể: Có 3 dấu hiệu lâm sàng nêu trên nhưng không có kết quả nội soi thanh khí quản.

4. Chẩn đoán phân biệt: ngoại trừ dị vật đường thở, 90% các trường hợp khó thở thanh quản ở trẻ nhỏ là Croup và viêm nắp thanh môn.

- Dị vật đường thở: khó thở thanh quản đột ngột kèm hội chứng xâm nhập.
- U nhú thanh quản
- Bất thường mạch máu bẩm sinh chèn ép khí quản
- Mềm sụn thanh quản, thanh khí quản mềm.
- Absces thành sau họng: sốt cao, dấu hiệu nhiễm khuẩn, không nuốt được,
- Viêm nắp thanh môn cấp.
- Viêm khí quản do vi khuẩn.

	VTKPQ cấp	Viêm nắp thanh quản	Absces thành sau họng	Bạch hầu thanh quản	Dị vật đường thở
Khởi phát	Từ từ 1-3 ngày	Rất đột ngột vài giờ	Từ từ	Đột ngột	Đột ngột HCXN
Tổng trạng	Tốt	Xấu	Xấu	Xấu	Tốt
Sốt	Nhẹ	Cao	Cao	Cao	Không
Đau họng	Không	Có	Có	Có	Có/không
Giọng	Khàn	Ngạt	Ngạt	Khàn	Khàn
Không uống được	(-)	(+) chảy nước bọt	(+)	(+)	(-)
Các TC đặc biệt		Tư thế giảm khó thở ngồi chồm ra trước, cổ hơi ngửa ra sau		Giả mạc bạch hầu	HC xâm nhập

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Loại trừ dị vật đường thở.
- Hỗ trợ hô hấp.
- Giảm phù nề thanh quản.
- Điều trị triệu chứng.

2. Điều trị

Nhẹ: Phần lớn các trường hợp tự hồi phục từ 2 – 4 ngày.

- Điều trị ngoại trú.
- Dexamethason 0.15 mg/kg uống 1 liều duy nhất hoặc Prednison 1mg/kg/ngày mỗi 12 giờ trong 2 – 3 ngày.
- Không chỉ định kháng sinh.
- Cho trẻ ăn uống bình thường.
- Điều trị triệu chứng: hạ sốt, giảm ho.
- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà và các dấu hiệu nặng cần đi tái khám (co lõm ngực, tiếng rít khi nằm yên).
- Cần tái khám mỗi ngày.

Trung bình

- Nhập viện hoặc có thể điều trị ngoại trú, nếu bệnh nhân ở gần và có điều kiện theo dõi sát.
- Dexamethason 0,6 mg/kg TB hoặc TM 1 lần, có thể lặp lại sau 6 – 12 giờ nếu cần.
- Hoặc Dexamethason 0,15 mg/kg/ngày uống 1 lần/ngày hoặc Prednison 1 mg/kg/ngày uống mỗi 8 – 12 giờ trong 2 – 3 ngày, để kháng viêm, giảm phù nề thanh quản.
- Hoặc khí dung Budesonide 1 – 2 mg liều duy nhất nếu có chống chỉ định Corticoid toàn thân như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày hoặc trẻ nôn ói nhiều.
- Thường triệu chứng sẽ cải thiện sau 2 – 6 giờ dùng Corticoids.
- Sau 2 giờ nếu không cải thiện: xem xét phối hợp khí dung Adrenalin.
- Kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.
- Cần tái khám mỗi ngày nếu điều trị ngoại trú.

Nặng

- Nhập viện cấp cứu.
- Nằm đầu cao.
- Cần giữ yên trẻ, cho mẹ bồng, tránh khóc vì làm tăng phù nề thanh quản và khó thở nhiều hơn.
- Thở oxy qua canuyn.

- Khí dung Adrenalin để co mạch, giảm phù nề thanh quản Adrenalin khí dung có tác dụng nhanh sau 30 phút và kéo dài khoảng 2 giờ.
 - + Liều Adrenalin 1 %o 2 – 5 ml (trẻ < 4 tuổi: 2ml) hoặc 0,4 – 0,5 ml/kg (tối đa 5ml).
 - + 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. Tối đa 3 liều. Không phun khí dung Adrenalin từ 3 lần trong 1 giờ trở lên.
 - + Adrenalin chống chỉ định trong tứ chứng Fallot và bệnh lý cơ tim của tâm thất gây tắt đường ra vì có thể gây đột ngột giảm cung lượng tim.
- Dexamethason 0,6 mg/kg TB hoặc TM 1 lần, có thể lặp lại sau 6 – 12 giờ nếu cần.
- Kháng sinh: Cefotaxim hoặc Ceftriaxon trong 3 – 5 ngày.
- Hội chẩn chuyên khoa Tai mũi họng khi không đáp ứng với khí dung Adrenalin hoặc cần chẩn đoán phân biệt.
- Chỉ định đặt nội khí quản: sau thất bại với phun khí dung Adrenaline và tiêm Dexamethason:
 - + Tím tái.
 - + Lơ mơ, kiệt sức.
 - + Cơn ngưng thở.

Khi đặt nội khí quản, chọn nội khí quản cỡ nhỏ hơn bình thường 0,5 (ví dụ dùng ống ID 3 mm hay 3,5 mm ở trẻ 12 – 24 tháng), thời gian hồi phục thường sau 24 – 48 giờ sẽ rút nội khí quản. Nên ưu tiên chọn đặt nội khí quản hơn mở khí quản.

6. CO GIẬT DO SỐT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Co giật thường xảy ra ở trẻ từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi, các cơn co giật xuất hiện trong quá trình mắc một bệnh cấp tính có sốt, nhưng không phải do nhiễm trùng thần kinh hoặc có các cơn co giật không do sốt trước đó và các dấu hiệu bất thường hệ thần kinh.

- Bệnh thường gặp ở trẻ em, 2 – 5 % trẻ khỏe mạnh có thể bị co giật do sốt.

- Khoảng 30% trẻ em co giật do sốt sẽ có nguy cơ co giật lần 2, tuy nhiên chỉ 1 – 2 % co giật do sốt đơn thuần và khoảng 10% co giật do sốt phức hợp có nguy cơ bị động kinh sau này.

- Nguyên nhân thường do các bệnh cấp tính gây sốt như: nhiễm trùng đường hô hấp, tiêu hóa, hệ tiết niệu...

II. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

1. Chẩn đoán: Co giật do sốt thường hay gặp, chiếm tỷ lệ 3 – 5 % ở trẻ em. Co giật có thể xuất hiện trước khi khởi phát sốt hoặc khi sốt mức độ trung bình, tuy nhiên thường hay gặp khi trẻ sốt trên 38 độ C. Có sự liên quan giữa nhiệt độ thấp với thời gian ngắn từ khi sốt đến khi xuất hiện cơn co giật làm tăng nguy cơ tái xuất hiện các cơn co giật do sốt.

2. Phân loại co giật do sốt

a. Co giật do sốt đơn thuần

- Xảy ra ở trẻ không có bất thường hệ thần kinh.
- Cơn co giật toàn thể, thời gian dưới 15 phút.

b. Co giật do sốt phức tạp: khi có một trong các biểu hiện sau

- Co giật cục bộ hoặc khởi phát cục bộ.
- Thời gian co giật kéo dài trên 15 phút.
- Không phục hồi hoàn toàn chức năng hệ thần kinh trong vòng 1 giờ.
- Tái phát các cơn co giật trong đợt sốt.

c. Trạng thái động kinh do sốt: là những cơn co giật kéo dài trên 30 phút.

Một số lưu ý:

- Một số trẻ xuất hiện cơn co giật trong quá trình mắc một bệnh nhiễm trùng cấp tính (viêm dạ dày ruột) mà không có bằng chứng của sốt, việc điều trị và tiên lượng tương tự như co giật do sốt.
- Đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi bị co giật do sốt cao cần thận trọng với tình trạng nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng não nhiễm khuẩn, viêm não
- Rối loạn điện giải, hạ đường huyết
- Chấn thương đầu
- Sử dụng một số thuốc (thuốc chống trầm cảm 3 vòng, cocaine...)

III. THĂM KHÁM LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

- Thăm khám một cách toàn diện, khai thác các yếu tố tiền sử và bệnh sử.
- Đánh giá đặc điểm cơn giật.
- Đánh giá các dấu hiệu thần kinh, hội chứng não – màng não.
- Phát hiện các bệnh nhiễm trùng kèm theo.

2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu, chụp X-quang để đánh giá tình trạng nhiễm trùng nếu cần thiết.
- Điện não đồ ít có giá trị ở bệnh nhi co giật do sốt đơn thuần.
- Chọc dò tủy sống: với những trẻ dưới 6 tháng tuổi hoặc nghi ngờ có nhiễm trùng thần kinh.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị trong đợt sốt

- Xử trí cơn co giật

- + Để trẻ nằm yên, tránh kích thích.
- + Đặt đầu trẻ nghiêng bên phải, nới rộng quần áo.
- + Thở oxy nếu cơn giật kéo dài trên 5 phút hoặc có tình trạng thiếu oxy.
- + Nhanh chóng lấy nhiệt độ và các chỉ số sinh tồn.
- + Trong một số trường hợp có thể đặt vật mềm hay đè lưỡi giữa 2 hàm răng để trẻ không cắn vào lưỡi.
- + Trong trường hợp cơn co giật kéo dài có thể thực Diazepam 0,5mg/kg theo đường hậu môn hoặc 0,2-0,3mg/kg đường tiêm tĩnh mạch chậm. Hoặc sử dụng Midazolam 0,1mg/kg theo đường tiêm tĩnh mạch chậm.
- + Đối với trạng thái động kinh do sốt cao được xử trí như trạng thái động kinh, nhất thiết phải đưa trẻ đến cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu.

- Kiểm soát thân nhiệt

- + Khi sốt trên 38 độ C, hạ sốt bằng Paracetamol 15mg/kg/1 lần, uống hoặc đặt hậu môn, nhắc lại sau 4-6 giờ (nếu vẫn sốt), nhưng không được quá 60mg/kg/24 giờ (hoặc Ibuprofen 10mg/kg/lần, 6 giờ/lần).
- + Kết hợp các biện pháp vật lý như: chườm trán, nách, bẹn cho bệnh nhân bằng nước ấm, nới bỏ quần áo.
 - Điều trị cơ bản gây sốt tùy theo từng bệnh nhân.
 - Trong đợt sốt có thể sử dụng Depakin 20mg/kg/ngày (uống chia 2 lần), hoặc Gardenal (phenobacbital) 5mg/kg/ngày.

2. Điều trị dự phòng ngoài đợt sốt

- Kiểm soát tốt tình trạng tăng thân nhiệt.

- Thuốc kháng động kinh, an thần kinh dùng dài hạn thường không được chỉ định. Một số ít trẻ bị tái phát các cơn co giật thường xuyên hoặc có các yếu tố nguy cơ co giật cao có thể cân nhắc sử dụng.
- Hướng dẫn, tư vấn cho cha mẹ trẻ cách điều trị và hẹn khám lại định kỳ.

V. TIÊN LƯỢNG VÀ TIẾN TRIỂN

- Tỷ lệ tái phát phụ thuộc vào tuổi của trẻ, cơn giật xuất hiện ở trẻ càng nhỏ nguy cơ tái phát co giật do sốt càng cao.
- Nguy cơ mắc động kinh tăng lên nếu gia đình có tiền sử động kinh, chậm phát triển thần kinh, co giật kéo dài hoặc giật cục bộ.
- Nguy cơ mắc động kinh: nếu không có yếu tố nguy cơ khoản 1%, nếu có 1 yếu tố nguy cơ khoảng 2%, nếu hơn 1 yếu tố nguy cơ khoảng 10%.

VI. TƯ VẤN CHO GIA ĐÌNH

- Cha mẹ cần được hướng dẫn cách xử trí khi trẻ bị co giật, cách sử dụng thuốc hạ sốt, thuốc chống co giật trong trường hợp cần thiết.
- Phải đưa trẻ tới cơ sở y tế khi cơn giật kéo dài quá 10 phút hoặc sau cơn giật 30 phút trẻ không trở lại bình thường.

7. ĐIỀU TRỊ CƠN SUYỄN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cơn suyễn (hen phế quản) thường gặp ở phòng khám hoặc khoa cấp cứu.
- Dấu hiệu cơn suyễn là ho, khò khè và khó thở do phế quản co thắt, phù nề và tăng tiết.
- Cơn suyễn có thể từ nhẹ đến nặng, tử vong.
- Cơn suyễn dễ chẩn đoán khi tái phát, trái lại khó chẩn đoán nếu xuất hiện lần đầu tiên ở trẻ nhỏ hoặc trẻ chưa được chẩn đoán suyễn.
- Yếu tố nguy cơ tái phát thường gặp:
 - + Nhiễm siêu vi hô hấp.
 - + Tiếp xúc dị nguyên.
 - + Gắng sức hoặc stress.
- Phòng ngừa bệnh suyễn tốt trẻ sẽ không có hoặc giảm tái phát cơn suyễn.
- Tiên lượng tùy phát hiện và xử trí cắt cơn sớm với salbutamol dạng hít.
- Yếu tố nguy cơ diễn tiến tử vong nhanh:
 - + Tiền sử: cơn suyễn nhập cấp cứu hoặc hồi sức phải đặt nội khí quản, thở máy.
 - + Thuốc: Hiện đang dùng hay mới ngưng Corticoide đường uống.
Sử dụng quá nhiều Sabutamol dạng hít > 1 bình/ 1 tháng.
Không tuân thủ phòng ngừa Corticoid đường hít.
 - + Cơn suyễn do phản vệ, dị ứng thức ăn.

II. CHẨN ĐOÁN: Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng suy hô hấp cần đánh giá và cấp cứu ngay sau đó sẽ hỏi bệnh sử.

1. Hỏi bệnh

- Bệnh suyễn:
 - + Thời điểm phát hiện.
 - + Yếu tố nguy cơ.
 - + Tần suất xuất hiện cơn suyễn, bậc suyễn.
 - + Điều trị phòng ngừa.
 - + Đang sử dụng corticoide uống.
 - + Nhập viện cấp cứu, hồi sức, đặt nội khí quản vì cơn suyễn.
- Cơn suyễn:
 - + Thời điểm xuất hiện cơn.
 - + Điều trị cắt cơn tại nhà, tuyến trước.
 - + Hội chứng xâm nhập giúp loại trừ dị vật đường thở.

- Bệnh nền, mạn tính.
- Tiền sử dị ứng thuốc, thức ăn.

2. Khám bệnh: mục tiêu để phân độ cơn suyễn và chẩn đoán phân biệt.

- Dấu hiệu sinh tồn, SpO₂, tím tái.
- Tri giác.
- Nói trọn câu.
- Ăn uống tốt.
- Rút lõm ngực, sử dụng cơ hô hấp phụ.
- Dấu hiệu mất nước.
- Phổi ran rít.
- Dấu hiệu khàn tiếng, khó thở thanh quản, loại trừ dị vật đường thở.

3. Xét nghiệm: Hầu hết cơn suyễn nhẹ và trung bình không cần xét nghiệm với mục đích để chẩn đoán và phân độ.

- Công thức máu, CRP khi nghi ngờ bội nhiễm hoặc viêm phổi.
- Xquang phổi: không làm thường quy, chỉ định khi
 - + Cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở, viêm tiểu phế quản.
 - + Nghi ngờ viêm phổi bội nhiễm (ít gặp), biến chứng tràn khí màng phổi.
 - + Cơn suyễn nặng thất bại điều trị chuẩn.
 - + Cơn suyễn nguy kịch.
- Đường huyết.
- Ion đồ.
- Khí máu động mạch.

4. Chẩn đoán cơn suyễn

- Khò khè kèm khó thở thì thở ra.
- Ran rít 2 phổi.
- Tiền sử:
 - + Cơn suyễn tái phát đáp ứng với phun khí dung Salbutamol.
 - + Dị ứng bản thân và gia đình (cha mẹ, anh chị em).

5. Chẩn đoán phân biệt: thường chẩn đoán suyễn khó ở trẻ < 2 tuổi hoặc cơn suyễn đầu tiên.

- Viêm tiểu phế quản.
- Viêm phổi.
- Dị vật đường thở.
- Dị tật bẩm sinh khí quản.

- Phản vệ.

III. PHÂN ĐỘ CƠN SUYỄN: phân độ cơn suyễn trên thực hành lâm sàng

Bệnh nhân chỉ cần có ≥ 1 dấu hiệu là đủ phân loại cơn tương ứng hoặc khi có các triệu chứng ở 2 phân độ khác nhau thì chọn phân độ nặng nhất.

	Cơn suyễn nhẹ	Cơn suyễn trung bình	Cơn suyễn nặng	Cơn suyễn nguy kịch dọa ngưng thở
Tri giác	Tỉnh táo	Tỉnh táo	Kích thích	Kích thích, hôn mê
Nói trọn câu	(+)	(+)	(-) nói từng từ xen kẽ nhịp thở	Không nói được
Thở nhanh (l/p)	NT bình thường hoặc nhanh	Thở nhanh	Thở nhanh	Cơn ngưng thở
Sử dụng cơ hô hấp phụ	Không hoặc ít	Rút lõm ngực	Ngồi cúi người ra trước, cơ cơ ức đòn chũm	Cơn ngưng thở Ngừng thở
SpO2	BT, 94-96%	SpO2 $\geq 92\%$	SpO2 $< 92\%$	SpO2 $\leq 90\%$ Tím tái, chậm nhịp tim, tụt HA

Nhịp thở theo mức độ cơn suyễn

Tuổi	Cơn suyễn nhẹ	Cơn suyễn TB	Cơn suyễn nặng
1 – 5 tuổi	< 40	>40	>50
>5 tuổi	< 30	>30	>40

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện sớm, điều trị kịp thời cơn suyễn.
- Điều trị cơn suyễn theo phân độ nặng của cơn.
- Hỗ trợ hô hấp.
- Salbutamol dạng hít hoặc phun khí dung là thuốc chọn lựa ban đầu cắt cơn suyễn.
- Corticoide sử dụng sớm để giảm viêm đường thở.
- Theo dõi sát và điều trị biến chứng.
- Phòng ngừa bệnh suyễn khi xuất viện để tránh tái phát cơn suyễn.

2. Điều trị cơn suyễn nhẹ:

2.1 Điều trị trong giờ đầu

- Bắt đầu: Salbutamol bình hít định liều là lựa chọn ưu tiên.
- + Salbutamol bình hít định liều (MDI: 100 µg/nhát) liều: 2 nhát/lần.
- + Hoặc MDI Salbutamol với buồng đệm ở trẻ < 6 tuổi hoặc không hợp tác.
 - Trẻ < 20 kg: 4 nhát với buồng đệm.
 - Trẻ > 20 kg: 6 – 8 nhát với buồng đệm.
- + Nếu có sẵn khí dung (PKD) liều:
 - Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20 kg): 2,5 mg/lần
 - Trẻ > 5 tuổi (> 20 kg): 5 mg/lần.

PKD Sabutamol liều tối thiểu 2,5mg/lần và liều tối đa 5mg/lần. Lặp lại mỗi 20 phút trong giờ đầu.

- + Salbutamol dạng uống hiện nay không được khuyến cáo vì so với MDI thì hiệu quả giãn phế quản kém, thời gian tác dụng chậm và nhiều tác dụng phụ hơn.
- Đánh giá lại sau mỗi 15 phút trong giờ đầu.

⇒ **Còn khó thở:**

- MDI Salbutamol hoặc PKD Salbutamol lặp lại lần 2 và lần 3 (nếu sau 15 phút còn khó thở).
- Trong giờ đầu tối đa 3 lần MDI Salbutamol hoặc PKD Salbutamol.

⇒ **Hết khó thở**

- Phần lớn cơn suyễn nhẹ hết khó thở sau 1 lần MDI hoặc PKD Salbutamol.
- Điều trị ngoại trú.

2.2. Điều trị sau 1 giờ đầu

Hết khó thở: điều trị ngoại trú

- Tiếp tục điều trị thuốc cắt cơn suyễn MDI Sanbutamol mỗi 6 giờ trong 24 giờ đầu.
- Tiếp tục điều trị thuốc Prednisolone uống 3-5 ngày nếu đã sử dụng.
- Lập kế hoạch hành động.
- Phòng ngừa cơn suyễn tái phát.

Còn khó thở: Xem xét nhập viện

2.3. Tiêu chuẩn nhập viện hoặc nhập khoa cấp cứu

- Cơn suyễn nặng.
- Cơn suyễn với SpO₂ < 92 %.
- Cơn suyễn với tiền sử đặt nội khí quản.
- Cơn suyễn nhẹ, trung bình thất bại sau 1 giờ với 3 lần PKD Salbutamol.
- Biến chứng viêm phổi, tràn khí màng phổi, xẹp phổi.

- Kèm bệnh lý nền tim bẩm sinh nặng.
- Thân nhân lo lắng hoặc không có khả năng theo dõi sát.

3. Điều trị cơn suyễn trung bình

3.1. Điều trị ban đầu

- Thở oxy giữ SpO₂ 94 – 98%.
- PKD Salbutamol là lựa chọn đầu tiên.
- PKD Salbutamol. Lặp lại mỗi 20 phút trong giờ đầu.
 - + Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20 kg): 2,5mg/lần.
 - + Trẻ > 5 tuổi (> 20 kg): 5 mg/lần.

PKD Salbutamol liều tối thiểu 2,5mg/lần và liều tối đa 5mg/lần. Nếu không có dụng cụ PKD:

- Bình hít định liều (MDI) Salbutamol (100µg/nhát) liều: 2 nhát/lần.
- MDI Salbutamol với buồng đệm ở trẻ < 6 tuổi hoặc không hợp tác.
 - + Trẻ < 20 kg: 4 nhát với buồng đệm.
 - + Trẻ > 20 kg: 6 – 8 nhát với buồng đệm.
- Corticoide khi có yếu tố nguy cơ diễn tiến nhanh tử vong: Prednisolone uống 1 mg/kg/ngày hoặc PKD Budesonide liều cao 1mg/lần.

3.2. Đánh giá lại sau mỗi 15 phút trong giờ đầu

Còn khó thở

- MDI Salbutamol hoặc PKD Salbutamol lặp lại lần 2 và lần 3 (nếu sau 15 phút còn khó thở).

Trong giờ đầu tối đa 3 lần MDI Salbutamol hoặc PKD Salbutamol.

• Corticoide:

- Prednisolone uống liều: 1mg/kg/ngày (tối đa 40mg/ngày) mỗi 6-8 giờ trong ngày đầu.
 - + Trẻ < 2 tuổi: 20 mg/ngày
 - + Trẻ 2 – 5 tuổi: 30 mg/ngày
 - + Trẻ > 5 tuổi: 40 mg/ngày
- Hoặc phun khí dung Corticoide:
 - + Chỉ định PKD Corticoide: Cơn suyễn trung bình có yếu tố nguy cơ tử vong.
Có CCD corticoide toàn thân sỏi, thủy đậu, TCM...
Ói hoặc không chịu uống prednisolone.
 - + Phối hợp corticoide toàn thân trong cơn suyễn nặng, nguy kịch.

Liều: Budesonide (1 mg/2 ml) liều cao 1 mg/liều.

Lặp lại 2 lần sau 30 – 60 phút nếu cần, sau đó mỗi 12 giờ.

PKD riêng hoặc pha chung Salbutamol.

- Hoặc Hydrocortisone TM hoặc Methylprednisolone TM khi không uống prednisolone được
- Theo dõi: DHST, SpO₂, mỗi 15 phút.

Hết khó thở: điều trị ngoại trú

3.3. Điều trị sau 1 giờ đầu

➤ **Hết khó thở:** điều trị ngoại trú

➤ **Còn khó thở:**

- Nhập viện
- Tiếp tục PKD Salbutamol mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu sau đó mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ.
- Kết hợp PKD Ipratropium:
 - Trẻ < 2 tuổi : 125 µg/lần.
 - Trẻ 2 – 12 tuổi : 250 µg/lần.
 - Trẻ > 12 tuổi : 500 µg/lần.

Trong giờ đầu: lặp lại 3 lần mỗi 20 phút.

Sau đó mỗi 1 – 2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4 – 6 giờ trong 24 giờ đầu.

- Tiếp tục corticoide, prednisolone uống hoặc PKD Budesonide mỗi 12 giờ hoặc Hydrocortison TM.
- Truyền dịch.
- Theo dõi: DHST, SpO₂, mỗi giờ cho đến khi hết khó thở.
- Thuốc không sử dụng điều trị cơn suyễn:
 - Thuốc an thần.
 - Thuốc slong đàm.
 - Montelukast.
 - Vật lý trị liệu hô hấp.

4. Điều trị cơn suyễn nặng:

4.1. Điều trị ban đầu

- Nhập cấp cứu
- Thở oxy giữ SpO₂ 94 – 96%
- PKD Salbutamol với nguồn oxy là lựa chọn ưu tiên.

PKD Salbutamol lặp lại mỗi 20 phút trong giờ đầu

+ Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20 kg): 2,5mg/lần

- + Trẻ > 5 tuổi (> 20 kg): 5mg/lần
- PKD Salbutamol liều tối thiểu 2,5mg/lần và liều tối đa 5mg/lần
- Hoặc PKD liên tục Salbutamol nếu có, liều: 0,5 mg/kg/giờ.
- + Trẻ < 20 kg: 10-15 mg/giờ.
- + Trẻ > 20 kg: 15-20 mg/giờ.
- Kết hợp PKD Ipratropium mỗi 20 phút trong giờ đầu PKD 3 lần
 - + Trẻ < 2 tuổi : 125 µg/lần.
 - + Trẻ 2-12 tuổi : 250 µg/lần.
 - + Trẻ > 12 tuổi : 500 µg/lần.
- Nếu có yếu tố nguy cơ diễn tiến nhanh tử vong: Phối hợp thêm PKD Budesonide liều cao 1mg/lần. Lặp lại 2 lần sau 30-60 phút nếu chưa đáp ứng.
- Thiết lập đường tĩnh mạch.
- Hydrocortisone TM liều: 5 mg/kg/lần mỗi 6 giờ
 - + Trẻ < 2 tuổi : liều 25 mg/lần.
 - + Trẻ 2 – 5 tuổi : liều 50 mg/lần.
 - + Trẻ > 5 tuổi : liều 100 mg/lần.
- Hoặc Methylprednisolone TM liều 1 mg/kg/lần mỗi 6 giờ (liều tối đa 60 mg/lần).
- Theo dõi DHST, SpO2 mỗi 15 phút.

4.2. Điều trị sau 1 giờ đầu

- Đáp ứng một phần, giảm khó thở
 - Tiếp tục PKD Salbutamol kết hợp Ipratropium mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu.
 - Tiếp tục Hydrocortisone TM mỗi 6 giờ hoặc Methylprednisolone TM mỗi 6 giờ.
 - Tiếp tục PKD Budesonide mỗi 12 giờ nếu có sử dụng.
 - Không đáp ứng còn khó thở hoặc xấu hơn
 - Tiếp tục PKD Salbutamol kết hợp Ipratropium mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu.
 - Tiếp tục Hydrocortisone TM mỗi 6 giờ hoặc Methylprednisolone TM mỗi 6 giờ.
 - Tiếp tục PKD Budesonide mỗi 12 giờ nếu có sử dụng.
 - Sulfate magne truyền TM hoặc Aminophyline truyền TM.
 - **Trẻ > 1 tuổi: Sulfate magne truyền tĩnh mạch**
 - Sulfate magne 10% truyền tĩnh mạch liều 40 mg/kg/liều (liều tối đa 2g) truyền trong 20-30 phút x 1 liều duy nhất.
- Có thể lặp lại sau 12 giờ nếu chưa đáp ứng.
- Theo dõi tác dụng phụ tụt huyết áp.

- Cách pha Sulfate magne 10% = Sulfate magne 50% pha với Natriclorua 0,9% tỷ lệ $\frac{1}{4}$.
- **Trẻ < 1 tuổi: Aminophyllin truyền tĩnh mạch**
 - + Chỉ định Aminophylline: cơn suyễn thất bại với tất cả điều trị trên do Aminophylline khoảng cách nồng độ điều trị hẹp và độ thanh thải bị ảnh hưởng nhiều yếu tố.
 - + Nếu chưa dùng Aminophylline trong 24 giờ:
 - Aminophylline truyền TM:

Liều bắt đầu 5 mg/kg trong 20 phút (nếu trước đó có dùng Aminophylline: giảm nửa liều tấn công).

Sau đó truyền duy trì:

Trẻ 1-9 tuổi: liều 1mg/kg/giờ.

Trẻ > 9 tuổi: liều 0,75 mg/kg/giờ.
 - + Phải theo dõi nồng độ Theophylline máu để điều chỉnh liều (nồng độ điều trị Theophylline 10-20 $\mu\text{g/ml}$) sau 1 giờ truyền và mỗi 12-24 giờ.
 - + Tăng Aminophylline 1,25 mg/kg \rightarrow tăng nồng độ Theophylline máu 2 $\mu\text{g/ml}$.
- Truyền dịch:
 - Cơn suyễn nặng thường kèm thiếu dịch do ăn uống kém và thở nhanh gây mất nước.
 - Truyền dịch ít nhất thể tích bằng với nhu cầu cơ bản. Tránh truyền qua nhiều gây quá tải, phù phổi.
 - Truyền dịch Dextrose 5% trong LR kèm Kali 20 mEq mỗi 1 lít dịch khi có nước tiểu.
- XN: CTM, khí máu động mạch, lactate máu.
- Theo dõi DHST, SpO2 mỗi giờ cho đến khi hết khó thở, ECG khi truyền Salbutamol, kali máu.

4.3. Điều trị tiếp theo: Sau 30-60 phút chấm dứt truyền Sulfate magne

➤ Nếu còn khó thở

- Hội chẩn BS có kinh nghiệm cấp cứu hồi sức suyễn nặng
- Chuyển khoa hồi sức.
- Tiếp tục PKD Salbutamol kết hợp Ipratropium mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu. (PKD Salbutamol liên tục: sẽ chuyển sang PKD Salbutamol từng cử nếu đáp ứng tốt > 2 giờ) Tiếp tục PKD Budesonide mỗi 12 giờ nếu có sử dụng.
- Tiếp tục Hydrocortisone TM mỗi 6 giờ hoặc Methylprednisolone TM mỗi 6 giờ.
- Salbutamol truyền tĩnh mạch:
 - Dung dịch Salbutamol truyền TM nồng độ 200 $\mu\text{g/ml}$.

- Bắt đầu 10 µg/kg truyền TM qua bơm tiêm trong 20 phút (tối đa 5 m) Liều tấn công thường không khuyến cáo nếu bệnh nhân đã nhận đủ ≥ 3 lần PKD Salbutamol.
- Sau đó truyền duy trì 0,2 µg/kg/phút có thể tăng liều dần tối đa 1 – 2 µg/kg/phút.
- Cách pha Salbutamol truyền qua bơm 50ml: lấy 10mg Salbutamol (10mg/10 ml với ống Salbutamol 1 mg/1 ml) pha với Natriclorua 0,9% cho đủ 50ml.
- Aminophylin truyền tĩnh mạch nếu còn khó thở sau 2-4 giờ truyền Salbutamol (xem điều trị cơn suyễn nặng).
- Xem xét lặp lại Sulfate magne 10% truyền tĩnh mạch sau 12 giờ.
- Tiếp tục truyền dịch Dextrose 5% trong 0,45% saline.
- Điều trị hạ đường huyết, toan máu, rối loạn điện giải nếu có.
- Kháng sinh nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn (sốt kèm tăng bạch cầu hoặc tăng CRP) hoặc viêm phổi bội nhiễm: Cefotaxim TM hoặc Ceftriaxon TM.
- **Diễn tiến xấu hơn** (xem ĐT cơn suyễn nguy kịch, dọa ngưng thở).

5. Điều trị cơn suyễn nguy kịch, dọa ngưng thở

5.1. Điều trị ban đầu

- Nhập cấp cứu.
- Hội chẩn BS có kinh nghiệm cấp cứu hồi sức suyễn nặng và chuyển khoa hồi sức.
- Thở oxy giữ SpO₂ 94 – 96%
- Adrenaline:
 - Adrenalin 1‰ tiêm dưới da liều: 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg) mỗi 20 phút tối đa 3 lần.
 - Adrenalin tiêm bắp trong cơn suyễn do phản vệ.
 - Liều tối đa Adrenalin 1‰: trẻ em 0,3 ml/lần.
- PKD Salbutamol lặp lại mỗi 20 phút trong giờ đầu:
 - Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20 kg): 2,5 mg/lần.
 - Trẻ > 5 tuổi (> 20 kg): 5 mg/lần.Hoặc PKD liên tục Salbutamol nếu có, liều: 0,5 mg/kg/giờ
- Kết hợp PKD Ipratropium mỗi 20 phút. Trong giờ đầu PKD Ipratropium 3 lần
 - Trẻ < 2 tuổi : 125 µg/lần.
 - Trẻ 2 – 12 tuổi : 250 µg/lần.
 - Trẻ > 12 tuổi : 500 µg/lần.
- Kết hợp PKD Budesonide 1mg = 2ml liều cao 1mg/lần. Lặp lại lần 2 sau 30 – 60 phút.
- Thiết lập đường tĩnh mạch.
- Hydrocortisone TM 5 mg/kg/lần hoặc Methylprednisolone TM liều 1 mg/kg/lần (xem điều trị ban đầu cơn suyễn nặng).

- Truyền dịch Dextrose 5% trong 0,45% saline hoặc Dextrose 5% trong NS hoặc Dextrose 5% trong LR kèm Kali 20 mEq mỗi 1 lít dịch khi có nước tiểu.
- Theo dõi DHST, SpO₂, tri giác mỗi 15 phút.

5.2. Điều trị tiếp theo

- Hội chẩn BS có kinh nghiệm cấp cứu hồi sức suyễn nặng nếu chưa hội chẩn.
- Chuyển khoa hồi sức.
- Điều trị tương tự điều trị cơn suyễn nặng.
- Truyền tĩnh mạch thuốc dẫn phế quản theo thứ tự:
 - Bắt đầu với truyền TM Sulfate magne.
 - Sau đó nếu còn khó thở truyền TM Salbutamol.
 - Sau đó nếu còn khó thở truyền TM Aminophyline.
- PKD Salbutamol liên tục: sẽ chuyển sang PKD Salbutamol từng cử nếu đáp ứng tốt > 2 giờ.

5.3. Tiêu chuẩn hội chẩn hoặc chuyển khoa hồi sức

- Cơn suyễn nguy kịch.
- Có chỉ định đặt nội khí quản, thở máy.
- Cơn suyễn kéo dài không đáp ứng với PKD Salbutamol + Ipratropium và Sulfate Magne.
- Có chỉ định truyền Salbutamol hoặc Aminophyline.
- Có biến chứng tràn khí màng phổi.
- Rối loạn tri giác, hôn mê.

V. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ KHI:

- Tình trạng ổn định đối với cơn suyễn nhẹ và trung bình > 2 giờ và cơn suyễn nặng > 6 giờ.
- Ba mẹ có điều kiện theo dõi sát bệnh nhân ít nhất 24 giờ đầu để sớm phát hiện và xử trí khi cơn suyễn tái phát.

1. Tiêu chuẩn xuất viện điều trị ngoại trú

- Tỉnh táo.
- Hồng hào.
- Hết khó thở.
- Nhịp thở bình thường theo tuổi.
- Nhịp tim bình thường theo tuổi.
- SpO₂ > 94% (với không khí).

2. Điều trị ngoại trú sau xuất viện

- Tiếp tục điều trị thuốc cắt cơn suyễn MDI Salbutamol mỗi 6 giờ trong 24 giờ đầu.

- Tiếp tục điều trị thuốc Prednisolone uống hoặc PKD Corticoid ngày 2 lần nếu đã sử dụng khi cắt cơn trong 3 – 5 ngày.
- Lập kế hoạch hành động cho từng bệnh nhân.
- Phòng ngừa cơn suyễn tái phát:
 - Phân bậc bệnh suyễn.
 - Hướng dẫn tránh yếu tố nguy cơ.
 - Hướng dẫn xử trí cơn suyễn tại nhà với MDI Salbutamol, MDI bùong đệm (trẻ ≤ 6 tuổi) và dấu hiệu nặng đưa ngay đến cơ sở y tế cấp cứu.
 - Thuốc phòng ngừa Corticoide hít (ICS) khi có chỉ định.
 - Tái khám mỗi 1 – 3 tháng trong 12 tháng.

8. BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG: Trào ngược dạ dày thực quản là hiện tượng trào ngược các chất chứa trong dạ dày vào thực quản có thể là sinh lý hay bệnh lý. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản là sự có mặt của các chất trong dạ dày trào ngược lên thực quản gây nên các triệu chứng khó chịu và hoặc các biến chứng.

II. NGUYÊN NHÂN

- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản là do sự dẫn nở bất thường của cơ thắt thực quản dưới, các yếu tố nguy cơ cao với bệnh Trào ngược dạ dày thực quản:
- + Sau mổ teo thực quản
- + Thoát vị khe hoành trượt
- + Bệnh lý thần kinh
- + Béo phì
- + Rối loạn hô hấp mạn tính: loạn sản phế quản phổi, xơ nang, xơ hóa kẽ, xơ hóa nang.
- + Ghép phổi, đẻ non

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Trẻ lớn:**
- + Đau bụng hoặc ợ nóng
- + Nôn tái diễn, nuốt khó, hen
- + Viêm phổi tái diễn
- + Biểu hiện hô hấp trên mạn tính: ho, khàn tiếng
- **Trẻ bú mẹ:**
- + Khóc khi ăn
- + Nôn tái diễn
- + Cân nặng thấp
- + Quấy khóc không rõ nguyên nhân
- + Rối loạn giấc ngủ
- + Các biểu hiện hô hấp tái diễn: ho, khò khè, khàn tiếng, thở rít

Trong trường hợp nôn trớ, phải loại trừ các dấu hiệu báo động trước khi nghĩ đến bệnh trào ngược dạ dày thực quản

- **Các dấu hiệu báo động**
- + Nôn dịch mật
- + Chảy máu tiêu hóa
- + Sốt, li bì
- + Gan lách to

- + Thóp phồng, co giật
- + Bụng chướng
- + Bệnh mạn tính đi kèm
- **Biểu hiện hô hấp gợi ý mối liên quan giữa bệnh trào ngược dạ dày thực quản và hô hấp**
- + Nôn và khò khè 3 giờ đầu khi ngủ
- + Viêm thanh quản và hen không tìm thấy nguyên nhân hoặc giảm biểu hiện hô hấp, giảm tiêu thụ corticoid khi điều trị trào ngược và sự xuất hiện lại các triệu chứng hô hấp khi ngừng điều trị chống trào ngược
- + Ngoài ra, viêm tai giữa, viêm xoang mạn tính và biểu hiện khác như hơi thở hôi, sâu răng có thể liên quan đến trào ngược

1. Cận lâm sàng: Mặc dù, các phương pháp chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày phát triển nhưng hiện nay không có một phương pháp nào có giá trị cho tất cả các tình huống. Do vậy, xét nghiệm thăm dò được chỉ định tùy theo từng bệnh nhân cụ thể.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm các triệu chứng để đạt cân nặng và tăng trưởng bình thường
- Khỏi viêm thực quản.
- Dự phòng các biến chứng hô hấp và biến chứng khác phối hợp với trào ngược mạn

2. Chăm sóc và thay đổi lối sống

- Trong 2-4 tuần, không ăn sữa mẹ, chế độ ăn hạn chế sữa và trứng ít nhất về buổi sáng. Áp dụng sữa thủy phân protein hoặc axit amin.
- Tăng độ quánh của thức ăn bằng cách cho thêm 1 thìa cà phê bột gạo vào 30g sữa công thức hoặc sử dụng loại sữa tăng độ quánh nhưng không khuyến cáo dùng cho trẻ sơ sinh để non < 37 tuần tuổi.
- Tránh thuốc lá thụ động và chủ động, cafein, rượu, chế độ ăn cay.
- Tư thế khuyến cáo chung là nằm ngửa hoặc nửa nằm, nửa ngồi.

3. Điều trị bằng thuốc

3.1 Kháng bài tiết acid: Thuốc điều trị chủ đạo trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản là thuốc kháng bài tiết acid, trong đó thuốc ức chế bơm proton có hiệu quả hơn hẳn nhóm kháng H2. Thời gian điều trị trung bình từ 8 – 12 tuần.

Bảng 3: Thuốc kháng bài tiết axit

Thuốc	Liều mg/kg/ngày	Lứa tuổi áp dụng
Cimetidine	30–40mg; chia 3-4 lần	≥16 tuổi
Ranitidine	5–10mg; chia 2-3 lần	1 tháng-16 tuổi
Omeprazole	0.7–3.3 mg/kg/d	2-17 tuổi

Lansoprazole	0.7–3 mg/kg/d	1-17 tuổi
Esomeprazole	0.7–3.3 mg/kg/d	1-17 tuổi

3.2 Bảo vệ niêm mạc, trung hòa acid và điều hòa nhu động

Ngày nay, các nhóm thuốc này không được khuyến cáo sử dụng thường qui trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản nữa do hiệu quả không rõ ràng và nguy cơ tác dụng phụ.

3.3 Điều trị ngoại khoa

- Điều trị nội khoa không đáp ứng
- Nguy cơ hít, không bảo vệ được đường thở

V. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản rất thường gặp ở trẻ bú mẹ và phần lớn trẻ ổn định từ 6 – 18 tháng tuổi. Khoảng 60% trẻ bú mẹ bị trào ngược ngừng nôn ngay khi có ăn thức ăn đặc, 90% không có các biểu hiện tiêu hóa nữa sau 4 tuổi. Tuy nhiên, các biểu hiện ngoài tiêu hóa lại hay gặp hơn và tần xuất phát hiện trào ngược chiếm khoảng 40-60% ở các bệnh nhân có biểu hiện hô hấp tái diễn. Nếu chẩn đoán và điều trị muộn có thể dẫn đến viêm, loét, thậm chí ung thư thực quản hoặc ngất xỉu và tử vong.

9. ĐAU BỤNG CHỨC NĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG: Đau bụng mạn tính là một trong các triệu chứng hay gặp nhất ở trẻ em và trẻ lớn, trong đó chủ yếu là đau bụng chức năng, chỉ có 8% liên quan đến thực thể. Bệnh đặc trưng bởi sự đau bụng mạn tính, tái diễn hoặc liên tục không có vị trí rõ ràng.

II. NGUYÊN NHÂN: Nhiều cơ chế bệnh sinh như nhiễm trùng, viêm, chuyển hóa, hoặc bất thường giải phẫu dẫn đến đau bụng mạn tính hoặc đau bụng chức năng. Tuy nhiên, trong nhi khoa phần lớn đau bụng là chức năng, không đi kèm các bằng chứng của rối loạn thực thể nào và liên quan đến cơ chế bệnh sinh như tăng nhạy cảm nội tạng và dẫn truyền thông tin não – ruột.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Tiền sử và khám lâm sàng: Tâm lý căng thẳng, lo lắng và trầm cảm của gia đình và xung quanh là dấu hiệu gợi ý đau bụng chức năng. Đau bụng chức năng chỉ được chẩn đoán khi không có dấu hiệu báo động và khám lâm sàng bình thường.

Các dấu hiệu báo động

- Giảm trọng lượng hoặc chậm phát triển thể chất
- Chậm dậy thì
- Nôn, tiêu lỏng
- Xuất huyết tiêu hóa
- Sốt chưa rõ nguyên nhân
- Phát ban, viêm khớp hoặc tiền sử viêm ruột trong gia đình
- Đau khu trú tại ¼ trên hoặc dưới bên phải ổ bụng hoặc khắp bụng
- Gan to, lách to
- Loét miệng, nứt hoặc đỏ quanh hậu môn

2. Xét nghiệm: Chỉ tiến hành xét nghiệm khi có dấu hiệu báo động và chỉ định theo hướng nguyên nhân gây đau bụng. Kết quả siêu âm cho thấy dưới 1% có bất thường nhưng đây là xét nghiệm dễ thực hiện do đó được khuyến cáo rộng rãi.

Phân loại các đau bụng chức năng theo tiêu chuẩn Rome III

Chứng khó tiêu chức năng

- Đau bụng kéo dài hoặc tái diễn hoặc khó chịu tại vùng giữa trên rốn
- Triệu chứng không giảm đi sau đại tiện hoặc phối hợp với sự thay đổi tính chất, tần suất và hình dạng phân
- Ít nhất 1 lần 1 tuần và kéo dài ít nhất 2 tháng

Hội chứng kích thích ruột

- Khó chịu ở bụng (không mô tả là đau) hoặc đau kết hợp với ít nhất 2 trong số các biểu hiện sau:
 - + Cải thiện sau đại tiện
 - + Khởi phát kết hợp với sự thay đổi tần suất phân

- + Khởi phát kết hợp với sự thay đổi hình dạng phân ít nhất 1 lần 1 tuần và kéo dài ít nhất 2 tháng.

Các triệu chứng hỗ trợ chẩn đoán: Tần suất phân bất thường (≥ 4 lần/ngày hoặc ≤ 2 lần/tuần), bất thường về hình thái phân (phân nhiều cục/ rắn hoặc lỏng/ nước), bất thường về quá trình tổng phân (phải rắn nhiều, đi khẩn cấp, hoặc cảm giác đi không đi không hết phân), đại tiện ra nhày và cảm giác căng chướng bụng.

Đau bụng migraine

- Các cơn dữ dội bất thường, đau quanh rốn cấp tính kéo dài ≥ 1 giờ
- Các giai đoạn yên lặng kéo dài từ vài tuần đến vài tháng
- Đau bụng làm ảnh hưởng đến hoạt động bình thường
- Đau bụng phối hợp với ≥ 2 biểu hiện sau: chán ăn, buồn nôn, nôn, đau đầu, sợ ánh sáng, mặt tái nhợt.
- Tất cả các tiêu chuẩn trên cần phải đủ và trên 2 lần trong 12 tháng
- Đau bụng chức năng ở trẻ em
- Đau bụng từng cơn hoặc liên tục
- Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn chức năng ống tiêu hóa khác
- Diễn biến ít nhất 1 lần/ tuần và kéo dài ít nhất ít nhất 2 tháng trước chẩn đoán

Hội chứng đau bụng chức năng đau bụng ở trẻ em

- Phải đủ tiêu chuẩn đau bụng chức năng ít nhất là 25% thời gian có biểu hiện và kèm theo từ 1 biểu hiện sau đây trở lên:
 - + Khiếm khuyết một vài chức năng sinh hoạt hàng ngày
 - + Các hội chứng kèm theo: đau đầu, đau chi hoặc khó ngủ
- Các tiêu chuẩn này diễn ra ít nhất 1 lần 1 tuần và kéo dài ít nhất 2 tháng

Lưu ý: Tất cả các phân nhóm trên không tìm thấy dấu hiệu của viêm, bất thường giải phẫu hoặc tiến triển ác tính có thể giải thích được các biểu hiện

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu

- Khẳng định với cha mẹ rằng, ĐBCN không ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ trong tương lai
- Giải thích cơ chế bệnh sinh như tăng nhạy cảm nội tạng, và dẫn truyền thông tin não – ruột. Động viên cha mẹ và trẻ cùng chia sẻ về kiến thức, nhưng không phân tích sâu dẫn đến khó hiểu
- Mục tiêu đầu tiên của điều trị không phải là loại trừ hoàn toàn đau bụng, mà cần cho trẻ bắt đầu lại các phong cách sống bình thường như đi học đều, tham gia tất cả các hoạt động tại trường học theo khả năng của trẻ

2. Điều chỉnh các yếu tố gây sang chấn tinh thần cho trẻ

- Các sang chấn tâm lý trong cuộc sống có thể làm tăng đau bụng như gia đình có người mất hoặc bố mẹ bỏ nhau, vấn đề không tốt ở trường học, sự thay đổi các môi

quan hệ xã hội, tình trạng hôn nhân và tài chính trong gia đình không thuận lợi. Đây là vấn đề lớn của trẻ tuổi học đường, đặc biệt từ 5-10 tuổi. Tâm lý lo lắng của gia đình cũng rất quan trọng như tâm thần của bản thân trẻ, thể hiện ra ngoài bởi các phong cách khác nhau.

- Thái độ hợp lý của gia đình khi trẻ đau, nên thể hiện vừa đủ để hỗ trợ và hiểu biết nhưng không thái quá, lưu ý cho trẻ tham gia các bài tập thể dục và đi học đều.
- Chú ý các yếu tố âm tính khi trẻ đau nếu trẻ cảm giác không được quý trọng, không được quan tâm sẽ làm gia tăng hành vi đau.

3. Can thiệp chế độ ăn

- Bổ sung chất xơ
- Loại trừ lactose, tuy nhiên hiệu quả không rõ ràng
- Loại trừ thức ăn bị dị ứng hoặc liệu pháp uống muối Cromolyn có thể thay thế việc loại trừ chế độ ăn
- Bổ sung vi khuẩn có lợi thuộc nhóm Bifidobacterium infantis

4. Điều trị thuốc

- Mục tiêu của điều trị thuốc là giảm nhẹ triệu chứng hơn là nhằm vào sự bất thường của cơ chế bệnh sinh
- Thuốc ức chế thụ thể H2: có hiệu quả trong đau bụng và khoa tiêu chức năng
- Các nhóm khác như chất kích thích giải phóng serotonin và thuốc trầm cảm 3 vòng: hiệu quả không ổn định và tác dụng phụ nguy hiểm nên không khuyến cáo sử dụng
- Cảm giác đau bụng có thể được tạo nên bởi hiện tượng sinh lý bao gồm đau dạ dày sau ăn hoặc dẫn quai ruột hoặc co thắt ruột hoặc ruột nhiều hơi hoặc trào ngược dạ dày thực quản, cần điều trị bằng các thuốc chống co thắt, chống trào ngược

5. Điều trị tâm thần

- Nếu các điều trị ban đầu đã được áp dụng nhưng các triệu chứng kéo dài hoặc tái diễn, bậc tiếp cận tiếp theo là thử nghiệm một trong các phương pháp điều trị tâm bệnh
- Điều trị tâm thần đặc biệt ưu tiên cho các trẻ đau bụng tái diễn liên quan đến lo âu và các triệu chứng trầm cảm nhằm thay đổi nhận thức và hành vi

6. Điều trị bổ sung

- Điều trị hỗ trợ như tinh dầu bạc hà, gừng, xoa bóp, châm cứu và bấm huyệt ở bệnh nhân đau bụng mạn tính nhưng hiệu quả không ổn định

V. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG: ĐBCN có tỷ lệ thuyên giảm tự nhiên rất cao từ 30-70%. Tuy nhiên, 25-66% trẻ đau bụng tiếp diễn hoặc xuất hiện thêm triệu chứng khác như đau đầu mạn tính, đau lưng, đau cơ, lo âu, và rối loạn giấc ngủ suốt thời gian vị thành niên đến khi trưởng thành, 29% trẻ đau bụng chức năng xuất hiện hội chứng ruột kích thích ở tuổi trưởng thành

10. TÁO BÓN

1. ĐỊNH NGHĨA: Táo bón là tình trạng đi ngoài không thường xuyên, phân to cứng, đau và khó khăn khi đi ngoài kèm theo đi ngoài phân són. Theo tiêu chuẩn ROME II, một trẻ được chẩn đoán là táo bón khi có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau trong vòng 1 tháng với trẻ dưới 4 tuổi, 2 tháng đối với trẻ > 4 tuổi:

- < 3 lần đi ngoài mỗi tuần.
- Ít nhất 1 lần són phân mỗi tuần ở trẻ đã được huấn luyện đi ngoài.
- Tiền sử nhịn đi ngoài hoặc đi ngoài đau và khó khăn.
- |Có khối phân lớn trong trực tràng.
- Có tiền sử đi ngoài đau hoặc khó khăn.
- Tiền sử đi ngoài phân to có thể gây tắc bồn cầu.

2. PHÂN LOẠI

- Táo bón cơ năng.
- Táo bón thực thể.

3. NGUYÊN NHÂN

- Táo bón do rối loạn cơ năng.
- Táo bón do nguyên nhân thần kinh: thần kinh dạ dày – ruột (Bệnh Hirschsprung, loạn sản thần kinh ruột), hoặc thần kinh trung ương (bại não, thoát vị màng não tủy, u dây sống, tật nứt dọc tủy sống).
- Táo bón do nguyên nhân nội tiết chuyển hóa hoặc bệnh hệ thống: Suy giáp trạng, đa xơ cứng, tăng hoặc giảm canxi máu...

3.1. Biểu hiện lâm sàng

3.1.1. Cơ năng

a. Hỏi bệnh

- Thời điểm xuất hiện triệu chứng.
- Số lần đi ngoài trong một tuần: ít hơn 3 lần/tuần tính chất phân:
 - + Phân cứng chắc, to.
 - + Máu quanh phân hoặc trong giấy vệ sinh.
 - + Són phân: Thỉnh thoảng từng đợt vài lần một ngày, phân nhỏ són hoặc nhiều (đôi khi mẹ bé nhầm lẫn với tiêu chảy).
- Hành vi nhịn đi ngoài
 - + Ngồi xôm.
 - + Bất chéo 2 chân.
 - + Gồng cứng người.
 - + Đỏ mặt, đỏ mồ hôi, khóc, bấu vào mẹ.
 - + Trón đi ngoài.

- Đau bụng
 - + Không đặc trưng, không có điểm đau khu trú.
 - + Giảm khi trẻ đi ngoài.

b. Toàn thân

- Trẻ chán ăn, giảm cảm giác thèm ăn.
- Phát triển vận động có bình thường không, có biểu hiện bệnh lý thần kinh hay không?

3.1.2. Thực thể

a. Khám bụng

- Có thể có bụng chướng.
- Có thể thấy dấu hiệu tắc ruột.
- Sờ thấy khối phân.

b. Khám hậu môn – trực tràng

- Vị trí hậu môn: thường bình thường, có lỗ dò hay không.
- Có nứt kẽ hậu môn.
- Dấu hiệu của trẻ bị ngược đãi (lạm dụng tình dục).
- Thăm trực tràng:
 - + Có khối phân trong trực tràng.
 - + Sự co dẫn tự động của cơ thắt hậu môn.
 - + Hẹp trực tràng.

c. Thăm khám các cơ quan khác để phát hiện các nguyên nhân khác gây táo bón.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. XQ bụng không chuẩn bị

Tìm triệu chứng của tình trạng ứ đọng phân. Thường được áp dụng khi không thăm khám được hậu môn trực tràng (trẻ không hợp tác hoặc nghi ngờ có tổn thương).

3.2.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác:

- Sinh hóa máu.
- Chụp CT – Scanner.

4. CHẨN ĐOÁN: Đối với táo bón cơ năng, hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng là đủ để chẩn đoán bệnh.

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón cơ năng: (Rome III) Có ít nhất 2 trong các triệu chứng sau, trong vòng 1 tháng đối với trẻ < 4 tuổi hoặc trong vòng 2 tháng đối với trẻ > 4 tuổi:

- Đi ngoài ít hơn 3 lần/1 tuần.
- Ít nhất 1 lần són phân mỗi tuần.
- Tiền sử nhịn đi ngoài hoặc ứ phân rất nhiều do nhịn.

- Có tiền sử đi ngoài đau hoặc khó khăn.
- Có khối phân lớn trong trực tràng.
- Tiền sử đi ngoài phân to có thể gây tắc bồn cầu.

4.2. Các triệu chứng đi kèm (sẽ hết khi trẻ đi ngoài)

- Chán ăn.
- Chướng bụng, đau bụng.

4.3. Các dấu hiệu gợi ý táo bón do nguyên nhân thực thể

- Táo bón xuất hiện ở trẻ < 1 tuổi.
- Chậm phân su.
- Bóng trực tràng rỗng.
- Có máu trong phân.
- Không có sự nín nhịn đi ngoài.
- Không đi ngoài són.
- Xuất hiện triệu chứng ngoài ruột.
- Bất thường sắc tố.
- Bệnh liên quan đến bàng quang.
- Không đáp ứng với điều trị thông thường.
- Cơ thắt hậu môn chặt.
- Chậm phát triển.

Khi có các dấu hiệu gợi ý trên cần thăm khám lâm sàng để tìm nguyên nhân thực thể gây táo bón

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị táo bón cơ năng mục tiêu:

- Khôi phục lại khuôn phân bình thường (phân mềm, không đau khi đi ngoài, không són phân).
- Ngăn ngừa sự tái phát.

5.2. Điều trị cụ thể

a. Tư vấn: Giải thích cho cha mẹ và trẻ biết tình trạng và các can thiệp.

b. Thụt tháo phân (trước khi điều trị duy trì)

- PEG (Poly ethylene glycol): 1 – 1,5g/1kg/ngày x 3 ngày (uống).
- Thụt hậu môn: Phosphate soda enemas (Fleet): Trẻ > 2 tuổi.
- Dầu paraffin: Trẻ > 1 tuổi: 15 – 30ml/tuổi (năm) chia 2 lần.

c. Điều trị duy trì (bao gồm điều trị thuốc, chế độ ăn, huấn luyện đi ngoài)

- **Điều trị thuốc**

+ Nhuận tràng thẩm thấu

Lactulose: 1 – 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

Sorbitol : 1 – 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

PEG 3350 không có điện giải: 1g/kg/ngày.

+ Nhuận tràng bôi trơn (ít dùng)

Dầu paraffin: trẻ > 1 tuổi: 1 – 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

+ Nhuận tràng kích thích:

Bisacodyl \geq 2 tuổi: 0,5 – 1 viên đạn 10mg/lần.

1 – 3 viên nén 5mg/lần.

- Chế độ ăn

+ Tăng lượng dịch, carbohydrate và chất xơ.

+ Lượng chất xơ = tuổi + 5 (gam/ngày) đối với trẻ < 2 tuổi.

+ Một số trẻ táo bón do bất dung nạp sữa bò: Dùng sữa đậu nành hoặc sữa đạm thủy phân.

+ Thực phẩm giàu chất xơ: rau quả, bánh mì nguyên cám, ngũ cốc nguyên hạt.

+ Huấn luyện đi ngoài.

5.3. Điều trị táo bón thực thể: tùy thuộc vào nguyên nhân

- Bệnh nhân phình đại tràng bẩm sinh: phẫu thuật cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch.

- Bệnh suy giáp trạng bẩm sinh: liệu pháp hormone thay thế.

- Khối u vùng tủy – thất lưng, các dị tật thần kinh như thoát vị màng não tủy hoặc tật nứt dọc đốt sống phải được điều trị triệt để bằng phẫu thuật

11. DỊ ỨNG THỨC ĂN

I. MỘT SỐ KHÁI NIỆM:

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

- Phản ứng với độc tố trong thức ăn: ví dụ histamin trong cá thu, tyramine trong phomat quá hạn, độc tố vi khuẩn Salmonella, shigella...

- Bất dung nạp do đặc tính dược lý của thức ăn: rượu, caffein trong cà phê, kim loại nặng, thuốc trừ sâu nhiễm trong thức ăn.

- Bất dung nạp thức ăn do nhiễm khuẩn.

- Bất dung nạp thức ăn liên quan đến bệnh lý của trẻ: các bệnh rối loạn chuyển hóa, bất dung nạp lactose do thiếu men lactase nguyên phát hoặc mắc phải.

- Dị ứng thức ăn thường xảy ra ở cơ địa mẫn cảm mang tính di truyền. Cơ thể phản ứng với một lượng thức ăn nhỏ theo cơ chế miễn dịch qua trung gian IgE và không qua trung gian IgE.

II. CƠ CHẾ BỆNH SINH:

- Hệ thống đường tiêu hóa có nhiều hạch lympho chứa các thành phần có khả năng ngăn cản sự xâm nhập của các dị nguyên qua biểu mô niêm mạc: tế bào lympho và tế bào plasma có trong hệ Peyer và tổ chức đệm ở ruột non và ruột già, tế bào Plasma có chứa IgA khoảng 2%.

- Các rối loạn trong cơ chế miễn dịch gây hoạt hóa dị ứng đường tiêu hóa hiện nay chưa được biết rõ. Cả hai cơ chế đáp ứng miễn dịch qua trung gian IgE và không qua IgE đều được cho là có tham gia trong cơ chế bệnh sinh của bệnh. Những đáp ứng miễn dịch này là nguyên nhân làm xuất hiện các triệu chứng rối loạn đường tiêu hóa: tiêu chảy, nôn, khó nuốt, táo bón, chảy máu đường tiêu hóa.

- Các loại thức ăn: sữa bò, sữa đậu nành, trứng, bột mì, đồ hải sản là những nguyên nhân thường gặp gây dị ứng thức ăn ở trẻ em và người lớn.

- Dị ứng thức ăn có thể dẫn đến: mày đay hoặc phù mạch, shock phản vệ, viêm da cơ địa, các triệu chứng đường hô hấp, rối loạn đường tiêu hóa, chậm phát triển thể chất.

- Các triệu chứng dị ứng này thường gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn vì trẻ em thường tăng nhạy cảm với các protein do:

- + Hệ thống men tiêu hóa còn non yếu.
- + Tăng khả năng thấm của tế bào ruột cao hơn người lớn.
- + Nồng độ IgA tiết giảm,
- + Rối loạn dạ dày – ruột tăng bạch cầu ái toan.

III. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN:

1. Khai thác tiền sử, bệnh sử: Hỏi chế độ ăn, ghi cụ thể loại thức ăn mới, thời gian xuất hiện triệu chứng sau ăn, các biểu hiện cụ thể sau khi ăn...

2. Lâm sàng:

- Triệu chứng dị ứng thức ăn qua trung gian IgE thường xuất hiện sau ăn khoảng vài phút đến dưới 1 giờ. Triệu chứng ở da là phổ biến nhất: mày đay, ban đỏ, phù mạch. Triệu chứng tiêu hóa: nôn, đau bụng, tiêu chảy, trào ngược dạ dày thực quản. Các biểu hiện hô hấp ít gặp hơn: ho, khò khè, khó thở, viêm mũi dị ứng, cơn hen cấp. Shock phản vệ có thể xảy ra nhưng hiếm gặp ở trẻ nhỏ. Các triệu chứng dị ứng trên tái diễn sau mỗi lần ăn thức ăn gây dị ứng.
- Mày đay cấp và phù mạch: thường gặp ở trẻ nhũ nhi hoặc trẻ lớn có tiền sử gia đình dị ứng. Sau khi tiếp xúc thực phẩm trong vòng vài phút trẻ xuất hiện mày đay, mày đay lan rộng và phù mạch, có thể kèm nôn mửa.
- Viêm da dị ứng: biểu hiện là phát ban, mẩn ngứa mạn tính, nổi ban toàn thân, thuyên giảm nếu ngừng tiếp xúc các thực phẩm dị ứng.
- Biểu hiện đường tiêu hóa: hội chứng dị ứng ở miệng, trào ngược dạ dày thực quản, viêm thực quản và viêm ruột non-ruột già tăng bạch cầu ái toan.
- Dị ứng protein sữa bò: là một loại dị ứng thức ăn thường gặp ở trẻ em.

3. Xét nghiệm:

- Test lấy da với dị nguyên thức ăn nghi ngờ.
- Test áp với thức ăn nghi ngờ.
- Định lượng IgE đặc hiệu với thức ăn nghi ngờ

Hiện tại cơ quan chưa làm phần lớn dựa trên lâm sàng

IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: dựa vào tiền sử bệnh và triệu chứng lâm sàng khi sử dụng thức ăn, hết triệu chứng sau 72 giờ ngừng loại thức ăn đó, tái phát khi ăn lại.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

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

VI. ĐIỀU TRỊ:

- Tránh hoàn toàn thức ăn gây dị ứng. Đối với trẻ dị ứng protein sữa bò có thể thay thế bằng sữa đạm thủy phân hoàn toàn hoặc sữa axid amin.
- Có thể sử dụng thuốc kiểm soát các triệu chứng lâm sàng dị ứng thức ăn: thuốc kháng Histamin, kháng viêm.
- Giáo dục bệnh nhân nhân và người nhà biết để tránh những loại thức ăn gây dị ứng.

VII. DỰ PHÒNG: Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn ít nhất 4 – 6 tháng đầu. Tránh tiếp xúc khói thuốc lá trước và sau sinh. Bắt đầu ăn dặm từ 4 – 6 tháng tuổi. Đối với trẻ có nguy cơ cao (tiền sử gia đình dị ứng) mà vì lí do nào đó không được bú mẹ khuyến cáo cho trẻ dùng sữa đạm thủy phân.

12. VIÊM TAI GIỮA CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG: Viêm tai giữa cấp là tình trạng viêm cấp tính trong tai giữa biểu hiện bằng sự khởi phát đột ngột các triệu chứng đau tai, có hoặc không có sốt, kéo dài vài giờ đến 3 tuần.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a. Hỏi bệnh:

- Dịch tễ: tuổi thường gặp nhất từ 6 – 18 tháng tuổi. Tỷ lệ nam/nữ như nhau.
- Yếu tố nguy cơ:
 - + Thời gian đầu gửi nhà trẻ.
 - + Không được bú sữa mẹ.
 - + Điều kiện kinh tế thấp, tiếp xúc với khói thuốc lá, môi trường ô nhiễm.
- Tiền sử: Viêm hô hấp trên gần đây hoặc viêm hô hấp trên tái đi tái lại nhiều lần.
- Hỏi bệnh sử: Triệu chứng khởi phát đột ngột.
 - + Trẻ lớn thường đau tai, trẻ sơ sinh hay trẻ nhỏ sẽ bú rút dùm tai kéo vào tai bị viêm.
 - + Sốt cao ≥ 39 độ C.
 - + Chảy mủ tai.
 - + Rối loạn tiêu hóa.
 - + Các triệu chứng khác ít gặp: ù tai, nghe kém (trẻ lớn).

b. Khám lâm sàng: Khám tai 2 bên, đèn khám tai hoặc nội soi.

- Ống tai ngoài: bình thường.
- Màng nhĩ: tùy vào giai đoạn viêm tai giữa mà sẽ có những dấu hiệu khác nhau như sung huyết, màng nhĩ xẹp, vón búa lệch, mất nón sáng, màng nhĩ căng phồng là dấu hiệu quang trọng nhất, màu sắc trắng hoặc vàng nhạt.
- Di động màng nhĩ giảm hoặc mất.
- Mủ đọng ống tai ngoài, có thủng nhĩ.
- Các triệu chứng có thể gặp do biến chứng: chóng mặt, động mắt, sung sau và trên tai, liệt mặt.

c. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu cho thấy tình trạng nhiễm trùng.
- CT Scan trong trường hợp biến chứng.

2. Chẩn đoán:

a. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử viêm hô hấp trên.
- Có đầy đủ 3 tiêu chuẩn sau:

- + Triệu chứng khởi phát cấp: sốt, bứt rứt, (trẻ nhỏ), đau tai (trẻ lớn).
- + Dấu hiệu viêm tai giữa cấp: màng nhĩ phồng, sung huyết.
- + Dấu tụ dịch tai giữa: màng nhĩ đục, giảm hoặc mất di động màng nhĩ, mức khí dịch, chảy mủ từ tai giữa.

b. Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất của viêm tai giữa cấp là viêm tai giữa thanh dịch.
- Viêm tai giữa thanh dịch: có biểu hiện ứ dịch trong tai giữa như màng nhĩ kém di động, có bóng nước sau màng nhĩ, màu sắc màng nhĩ thường màu xanh hoặc vàng hồ phách, đặc biệt không kèm tình trạng viêm cấp tính.
- Các tình trạng khác có thể gặp khi thăm khám:
 - + Màng nhĩ sung huyết khi thăm khám do trẻ khóc quá nhiều, sốt, hoặc viêm hô hấp trên dẫn đến sung huyết và viêm niêm mạc lót toàn bộ đường hô hấp trên, chấn thương tai hoặc ngoáy tai.
 - + Giảm sự di động màng nhĩ: có thể gặp trong xơ nhĩ, áp suất âm trong hòm nhĩ quá lớn.
 - + Đau tai: có thể gặp trong viêm tai ngoài, chấn thương tai, viêm khớp thái dương hàm, dị vật tai do côn trùng, nút ráy tai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm triệu chứng.
- Điều trị nhiễm trùng.
- Giảm biến chứng.

2. Điều trị giảm đau

- Giảm đau toàn thân: Paracetamol 15mg/kg x 3-4 lần/ngày hoặc Ibuprofen 5-10 mg/kg x 3 lần/ngày.
- Giảm đau tại chỗ: thuốc nhỏ tai chứa Benzocain, Lidocain, Dexamethasone có tác dụng giúp giảm đau tạm thời, giúp giảm đau nhanh trong trường hợp không thủng màng nhĩ.

3. Kháng histamin H1 và chống sung huyết: thận trọng khi sử dụng kháng Histamin H1 và chống sung huyết trong điều trị viêm tai giữa cấp vì nguy cơ làm kéo dài thời gian ứ dịch trong tai giữa.

4. Kháng viêm: cần nhắc khi sử dụng kháng viêm corticoid vì tác dụng chưa rõ ràng và nguy cơ tác dụng phụ nhiều.

5. Kháng sinh

- Kháng sinh tại chỗ: trong trường hợp thủng nhĩ cấp, dùng kháng sinh nhỏ tại chỗ chứa ciprofloxacin, ofloxacin...
- Kháng sinh toàn thân:

Tuổi	Chẩn đoán chắc chắn	Chẩn đoán chưa chắc chắn
< 6 tháng tuổi	Kháng sinh	Kháng sinh
6 tháng – 2 tuổi	Kháng sinh	Kháng sinh khi triệu chứng nặng Theo dõi khi triệu chứng nhẹ
Trên 2 tuổi	Kháng sinh khi triệu chứng nặng Theo dõi khi triệu chứng nhẹ	Theo dõi khi triệu chứng nhẹ

- Chẩn đoán chắc chắn: có đủ 3 tiêu chuẩn (khởi phát cấp tính, tụ dịch tai giữa, viêm cấp tính tai giữa).
- Triệu chứng nặng: đau tai mức độ trung bình đến nặng (trẻ quấy khóc) hoặc sốt ≥ 39 độ C.
- Triệu chứng nhẹ: đau tai nhẹ (không khóc) và sốt < 39 độ C.
- Theo dõi: trì hoãn sử dụng kháng sinh trong 48-72 giờ đầu, chỉ thích hợp khi người chăm sóc trẻ bảo đảm chắc chắn khả năng theo dõi kịp thời và có điều kiện dùng kháng sinh ngay khi bệnh kéo dài quá 48 – 72 giờ hoặc bệnh trở nặng hơn ở bất cứ thời điểm nào.

- Lựa chọn kháng sinh

- + Kháng sinh ban đầu:

Amoxicillin-clavulanic 50-90 mg/kg/ngày x 2 lần: ≥ 2 tuổi 10 ngày

< 2 tuổi 10 ngày

Cefuroxim 30 mg/kg/ngày x 2 lần: ≥ 2 tuổi 10 ngày

< 2 tuổi 5-7 ngày

- + Kháng sinh thay thế:

Ceftriaxon 50 mg/kg/ngày Tiêm mạch x 3 ngày.

Nếu dị ứng thay thế

Azithromycin 15 mg/kg/ 1 ngày, 5 mg/kg x 4 ngày sau trong 5 ngày

Clarithromycin 15 mg/kg/ngày x 2 lần: ≥ 2 tuổi 10 ngày

< 2 tuổi 5-7 ngày

VI. PHÒNG NGỪA

- Tránh những yếu tố nguy cơ.
- Chủng ngừa Influenza và phế cầu.
- Rửa mũi/đặt ống thông mũi (viêm tai giữa cấp tái phát).
- Nạo VA (viêm tai giữa thanh dịch).
- Vệ sinh mũi họng.
- Sàng lọc những bất thường giải phẫu, chức năng miễn dịch (viêm tai giữa tái đi tái lại).

13. NHIỄM TRÙNG TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG: Nhiễm trùng tiểu là một bệnh lý khá thường gặp ở trẻ em, đứng hàng thứ ba sau bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp và tiêu hóa. Ước tính có 1% số trẻ trai và 3% số trẻ gái < 11 tuổi bị ít nhất một đợt nhiễm trùng tiểu. Nhiễm trùng tiểu có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, từ thể viêm bàng quang cấp đến các trường hợp nặng có bệnh cảnh nhiễm trùng huyết.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi

- Tiền sử:
 - Sốt tái đi tái lại không rõ nguyên nhân.
 - Dị tật tiết niệu đã được chẩn đoán.
 - Các đợt nhiễm trùng tiểu đã được chẩn đoán.
- Bệnh sử:
 - Khai thác các rối loạn đi tiểu (tiểu đau, tiểu lắt nhắc, tiểu không kiểm soát, tiểu dầm, tiểu khó).
 - Khai thác các rối loạn tính chất nước tiểu (tiểu đỏ, tiểu đục, tiểu hôi...).
 - Khai thác tính chất sốt và các triệu chứng đi kèm: sụt cân, chậm tăng trưởng, buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy, vàng da.

b. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác đánh giá bệnh nhân có nhiễm trùng nặng hay không? Có cao huyết áp?
- Khám bụng và thận: tìm dấu hiệu ấn đau vùng thận, chạm thận, điểm đau ở bụng, u vùng bụng.
- Khám tìm các bất thường: cơ quan sinh dục ngoài (hẹp da quy đầu, dính môi bé, hãm đỏ âm hộ ...), cột sống thắt lưng.

c. Đề nghị xét nghiệm

- Xét nghiệm nước tiểu
 - Tổng phân tích nước tiểu
- Xét nghiệm máu
 - Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
 - CRP.
 - Chức năng thận, ion đồ trong các trường hợp nặng hay nghi ngờ có suy thận đi kèm.
- Xét nghiệm hình ảnh
 - Siêu âm bụng: chỉ định cho tất cả bệnh nhân nhiễm trùng tiểu, nhằm đánh giá:

- + Dị dạng tiết niệu đi kèm.
- + Phát hiện các biến chứng của nhiễm trùng tiểu cần can thiệp ngoại khoa sớm như áp – xe thận, tụ mủ quanh thận.
- Chụp xquang hệ niệu.

2. Chẩn đoán xác định: Triệu chứng lâm sàng gợi ý, có bạch cầu và/hoặc vi khuẩn niệu trên mẫu nước tiểu soi tươi và cấy nước tiểu định lượng dương tính với một loại vi khuẩn duy nhất:

- Lấy giữa dòng ≥ 100.000 khóm/ml.
- Sonde tiểu vô trùng ≥ 50.000 khóm/ml.
- Chọc hút trên xương mu: mọc bất kỳ vi khuẩn gây bệnh đường niệu.

3. Chẩn đoán có thể

- Triệu chứng lâm sàng.
- Tổng phân tích nước tiểu có bạch cầu và/hoặc nitrit dương tính hoặc có vi trùng trên mẫu nước tiểu soi tươi.

4. Chẩn đoán phân biệt

a. Vi khuẩn niệu không triệu chứng: Cấy nước tiểu có vi trùng nhưng không gây phản ứng viêm và không có triệu chứng lâm sàng. Vi khuẩn thường có độc lực thấp và tự hết mà không gây sẹo thận, giảm độ lọc cầu thận.

b. Viêm âm hộ, âm đạo không đặc hiệu, viêm niệu đạo kích ứng, sỏi niệu... có thể gây các triệu chứng của đường tiểu dưới và có vi khuẩn niệu,

c. Rối loạn chức năng ruột bàng quang với các triệu chứng đường tiểu dưới và cấy nước tiểu âm tính.

5. Chẩn đoán thể lâm sàng

a. Nhiễm trùng tiểu trên (viêm đài bể thận): Sốt trên 38,5 độ C, kèm lạnh run, đau hông lưng + xét nghiệm nước tiểu dương tính.

b. Nhiễm trùng tiểu dưới (viêm bàng quang): không sốt hay sốt nhẹ dưới 38,5 độ C, không có biểu hiện toàn thân, có tiểu đau, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt + xét nghiệm nước tiểu dương tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tích cực nhiễm trùng tiểu, phòng ngừa nhiễm trùng huyết.
- Phát hiện các dị tật tiết niệu đi kèm.
- Điều trị phòng ngừa một số trường hợp đặc biệt.

2. Tiêu chuẩn nhập viện

a. Chẩn đoán nhiễm trùng tiểu kèm

- Biểu hiện toàn thân hoặc
- Trẻ dưới 12 tháng tuổi hoặc

- Không thể uống được

b. Nhiễm trùng tiểu kèm dị vật tiết niệu (siêu âm, thăm khám).

c. Nhiễm trùng tiểu thất bại với kháng sinh uống.

d. Nhiễm trùng tiểu tái phát.

3. Phác đồ điều trị

a. Kháng sinh

- Kháng sinh ban đầu tùy thuộc vào sự nhạy cảm của vi trùng (đặc biệt E.coli) và kết quả kháng sinh đồ.
- Viêm bàng quang: kháng sinh uống (cotrimoxazole, nalidixic acid, cefuroxime, amoxicillin-clavulanate hoặc cefixim), thời gian điều trị 5-7 ngày. Nếu không đáp ứng sau 2 ngày có thể đổi kháng sinh khác.
- Viêm đài bể thận cấp: Cefotaxim 100 – 200 mg/kg/ngày hoặc Ceftriaxone 75 – 100 mg/kg/ngày tiêm mạch.
 - Nếu đáp ứng tốt: hết sốt, hết triệu chứng đường tiểu, cấy nước tiểu sau 72 giờ âm tính, có thể chuyển qua kháng sinh uống nếu trẻ có thể uống được và không có tắc nghẽn đường tiểu và nhiễm trùng tiểu không có biến chứng. Tổng thời gian điều trị 10 – 14 ngày.
 - Nếu không đáp ứng:
 - + Tìm biến chứng nhiễm trùng tiểu (áp-xe thận, tụ mủ quanh thận) cần can thiệp ngoại niệu.
 - + Tư vấn và chuyển tuyến chuyên khoa.

b. Điều trị dự phòng tái phát

- Các biện pháp chung:
 - Phòng ngừa và điều trị táo bón.
 - Đi tiểu định giờ, tránh nhịn tiểu quá lâu.
 - Vệ sinh cơ quan sinh dục và tăng sinh môn.
 - Điều trị hẹp/dính da quy đầu ở bé trai.
- Kháng sinh dự phòng
 - Chỉ định:
 - + Trước chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng hoặc các thủ thuật cần đặt sonde tiểu, cho đến 3 ngày sau thủ thuật.
 - + Trào ngược bàng quang – niệu quản từ độ III trở lên, dự phòng tới 3 tuổi hoặc ít nhất 2 năm sau đợt nhiễm trùng tiểu có sốt.
 - + Nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần, dự phòng 6 – 12 tháng không có nhiễm trùng tiểu.
 - Kháng sinh: uống 1 lần/tối trước ngủ
 - + Cefaclor 10 mg/kg/liều.

+ Amoxicillin 10 mg/kg/liều.

IV. THEO DÕI

- Sốt, huyết áp, các triệu chứng đường tiêu dưới tái phát.
- Không cần thiết cấy nước tiểu tầm soát thường quy ở các trẻ không có triệu chứng sau đợt nhiễm trùng tiểu lần đầu.

14. MÀY ĐAY – PHÙ QUINCKE

1. Định nghĩa:

- **Mày đay:** là một dạng tổn thương cơ bản ngoài da, đặc trưng bởi sự xuất hiện nhanh của các sẩn phù, sưng nề lan tỏa từ trung tâm với hình dạng và kích thước khác nhau, thường bao xung quanh bởi một quầng đỏ, ngứa hoặc đôi khi có cảm giác rất bỏng và thường tự biến mất trong vòng 24 giờ. (Định nghĩa của Hội Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng Châu Âu 2009).
- **Phù Quincke:** là tình trạng sưng nề đột ngột và rõ rệt ở vùng hạ bì và dưới da, có cảm giác ngứa hoặc đôi khi đau nhức, thường liên quan đến các vùng niêm mạc, bán niêm mạc và tồn tại trong vòng 72 giờ (Định nghĩa của Tổ chức Dị ứng Thế giới năm 2008).

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

a. Đặc điểm lâm sàng

- **Mày đay**
 - Biểu hiện là các đám sẩn phù có mật độ mềm, hơi nổi gồ trên mặt da và ngứa nhiều. Xung quanh tổn thương có viền đỏ, ở giữa có màu hồng nhạt, tổn thương mày đay mạn tính diễn biến kéo dài có thể không nổi gồ trên mặt da và thường có màu đỏ sẫm.
 - Hình thái và kích thước của mày đay cũng rất đa dạng, đường kính có thể từ một vài mm đến hàng chục cm, có thể hình vòng cung, hình tròn hoặc dạng mảng như bản đồ.
 - Mày đay có thể xuất hiện ở mọi vị trí trên cơ thể như mặt, thân mình và tứ chi. Tổn thương mày đay thường có xu hướng thay đổi kích thước và hình thái rất nhanh, mỗi tổn thương đơn lẻ thường xuất hiện và biến mất trong vòng một vài giờ, ít khi tồn tại quá 8 giờ và có thể di chuyển từ vị trí này sang vị trí khác. Mày đay thường xuất hiện về chiều tối và sáng sớm, giảm dần vào buổi sáng và buổi trưa. Khoảng 50% các trường hợp mày đay có kết hợp với phù Quincke. Một số yếu tố như thay đổi thời tiết, hải sản, đồ uống có cồn, thay đổi nhiệt độ môi trường đột ngột, ánh nắng mặt trời, gãi hoặc cọ sát, ti đề...có thể kích phát không đặc hiệu triệu chứng của cả mày đay và phù Quincke.
- **Phù Quincke**
 - Biểu hiện sưng nề ở cả vùng dưới và trên bề mặt của da niêm mạc, xuất hiện nhanh và đột ngột, vị trí gặp chủ yếu ở lưỡi, môi, mắt, quanh miệng, bàn tay, bàn chân, hầu họng và bộ phận sinh dục.
 - Tình trạng sưng nề thường phát triển trong vài phút đến vài giờ, có thể khu trú hoặc lan tỏa, gây cảm giác căng đau, ngứa nhẹ hoặc tê bì do dây thần kinh cảm giác bị chèn ép. Vùng tổn thương thường có màu hồng nhạt, ranh giới không rõ, khi bị cọ xát, kích thích, tình trạng sưng nề có thể tăng lên và màu sắc trở nên tái nhợt.
 - Mỗi tổn thương đơn lẻ của phù quinke do dị ứng thường tồn tại trong vòng 72 giờ, biến mất không để lại di chứng.

- Ngoài ra, tùy thuộc vào vị trí tổn thương, phù Quincke có thể gây ra một số triệu chứng khác nhau: đau quặn bụng, nôn, ỉa chảy do phù nề ở ruột, khó thở, thở rít, nghe phổi có ran rít, ran ngáy do phù nề đường thở, khó nuốt, khàn giọng do phù nề hầu họng và thanh quản, trụy tim mạch khi có kèm theo sốc phản vệ.

b. Đặc điểm cận lâm sàng

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng.
- Các xét nghiệm máu và nước tiểu thông thường ít có biến đổi.

3. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào

- Các biểu hiện lâm sàng của mày đay và phù mạch.
- Hỏi tiền sử bệnh tìm thấy mối liên quan giữa sự xuất hiện của mày đay – phù Quincke với việc tiếp xúc các yếu tố lạ như thuốc, thức ăn, lông súc vật...
- Khai thác tiền sử dị ứng phát hiện được các bệnh dị ứng khác đi kèm như: dị ứng thuốc, chàm, viêm mũi dị ứng, suyễn...

b. Phân loại: Theo thời gian diễn biến bệnh, mày đay và phù Quincke dị ứng được chia làm 2 thể cấp tính và mạn tính:

- Mày đay phù Quincke cấp tính (diễn biến dưới 6 tuần): thường xuất hiện sau khi tiếp xúc với dị nguyên gây bệnh từ vài phút đến vài giờ, kéo dài một vài ngày đến một vài tuần. Nguyên nhân gây bệnh thường là do các loại thức ăn (tôm, cua, cá), thuốc (kháng sinh nhóm beta lactam, Sulfamide, NSAID và thuốc cản quang...), phấn hoa, nọc côn trùng (kiến, ong).
- Mày đay phù Quincke mạn tính (diễn biến trên 6 tuần): thường kéo dài trong nhiều tháng, nhiều năm và không rõ căn nguyên.
- Dấu hiệu thực thể của 2 nhóm bệnh này không có gì khác biệt.

c. Chẩn đoán phân biệt:

- **Mày đay cần phân biệt với một số tổn thương**
 - Hồng ban đa dạng: có các ban đỏ dạng bia bắn, có thể kèm theo viêm loét các hốc tự nhiên.
 - Tổn thương da do viêm mạch: ban xuất huyết, thường kèm theo các triệu chứng khác của viêm mạch như đau khớp, đau bụng, viêm cầu thận.
 - Hội chứng tăng dưỡng bào: có tổn thương mày đay, ban đỏ, thường kèm theo đau bụng, đi ngoài phân lỏng, khó thở, thở rít.
 - Nấm da: ban đỏ có ranh giới, bong vảy da và tồn tại cố định.
- **Phù Quincke cần phân biệt với một số tổn thương sau:**
 - Viêm mô tế bào: thường biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau tại vùng tổn thương, kèm theo có sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn.
 - Phù do bệnh tim, thận: phù trắng, mềm, ấn lõm, xuất hiện từ từ, kèm theo các biểu hiện khác của bệnh lý tim mạch và thận.

- Phù bạch huyết: phù cứng, không ngứa, cảm giác đau tức, tập trung ở 2 chi dưới, xuất hiện từ từ, gặp ở những người có tiền sử lợi ruột thường xuyên.
- Viêm tắc tĩnh mạch: vùng tổn thương có cảm giác đau tức, da tím đỏ, có thể có hoại tử, siêu âm doppler mạch có thể phát hiện chỗ viêm tắc tĩnh mạch.

4. Điều trị

a. Điều trị đặc hiệu:

- Tránh tiếp xúc hoặc loại bỏ các yếu tố đã được biết gây bệnh hoặc làm nặng bệnh: ngưng dùng thuốc, thức ăn, chuyển chỗ ở, tránh nóng, lạnh, ánh nắng mặt trời...
- Cần nhắc điều trị giải mẫn cảm đặc hiệu nếu không thể loại bỏ được dị nguyên gây bệnh.

b. Điều trị triệu chứng: Các nhóm thuốc chủ yếu để kiểm soát triệu chứng gồm Adrenaline, các thuốc kháng Histamin H1, H2 và glucocorticoid.

- **Thuốc kháng Histamin H1**

- Chỉ định: dùng trong tất cả các thể mày đay và phù Quincke do dị ứng. Hiệu quả của các thuốc là tương đương nhau, chỉ khác nhau về tác dụng phụ.
- Có thể lựa chọn một trong các thuốc như: Chlopheniramin, diphehydramin, cetirizin, Fexofenadine, loratadine...

- **Thuốc kháng Histamin H2:**

- Chỉ định: phối hợp với thuốc kháng H1 trong trường hợp mày đay, phù Quincke dị ứng không đáp ứng với thuốc kháng H1 đơn thuần.
- Liều lượng và cách dùng: các thuốc kháng Histamin H2 trong điều trị các bệnh dị ứng.

- + Cimetidine: Trẻ em 20 – 40 mg/kg/ngày uống chia 6 giờ / 1 lần.

- + Ranitidine: Trẻ em > 12 tuổi 1,25 – 2,5 mg/kg uống 2 lần/ngày, tổng liều 300mg/ngày.

- + Famotidine: Trẻ em 0.5 – 1 mg/kg/ngày, tổng liều 40 mg/ngày.

- **Adrenaline (epinephrine):**

- Chỉ định: cho các trường hợp phù Quincke do cơ chế dị ứng có phù nề đường hô hấp hoặc tụt huyết áp.
- Liều dùng: 0,3 – 0,5mg tiêm bắp, nhắc lại sau 15 – 20 phút nếu cần, trường hợp nặng nhắc lại sau 1 – 2 phút. Có thể pha loãng 1 ống Adrenaline 1mg với 3ml dung dịch muối sinh lý để khí dung trong các trường hợp có phù nề đường hô hấp trên.

- **Glucocorticoid:**

- Các chế phẩm thường sử dụng: prednisolon (viên 5mg), methylprednisolon (viên 4mg, 16mg, lọ tiêm 40mg, 125mg).
- Chỉ định: phối hợp với thuốc kháng H1 và H2 để giảm triệu chứng trong các trường hợp mày đay, phù Quincke nặng không đáp ứng với các thuốc kể trên hoặc dự phòng triệu chứng tái phát.

- Liều lượng, cách dùng: nên dùng liều trung bình, một đợt ngắn ngày để hạn chế tác dụng phụ. Có thể dùng Prednisone hay prednisolone hoặc Methylprednisolone 1mg/kg/ngày (ở trẻ em) trong 5 – 7 ngày.
- **Các biện pháp điều trị hỗ trợ khác:** đặt nội khí quản nếu tình trạng phù nề đường hô hấp gây đe dọa tính mạng người bệnh và không đáp ứng với thuốc đơn thuần.

5. Theo dõi điều trị: cần theo dõi các yếu tố sau

- Tình trạng lâm sàng.
- Các tác dụng phụ của thuốc.
- Số lượng bạch cầu ái toan.

6. Phòng bệnh:

- Không có biện pháp phòng bệnh tiên phát.
- Những người có cơ địa dị ứng và đã có tiền sử bị mày đay phù Quincke, cần cố gắng xác định nguyên nhân gây bệnh và tránh tối đa tiếp xúc với các yếu tố này.
- Với những người đang trong đợt cấp của mày đay phù Quincke, cần tránh tối đa tiếp xúc với các yếu tố kích phát không đặc hiệu triệu chứng mày đay như bia, rượu, gió lạnh, thay đổi nhiệt độ đột ngột, xúc động mạnh, gắng sức...

15. VIÊM DA CƠ ĐỊA

I. ĐẠI CƯƠNG:

Định nghĩa: Viêm da cơ địa là dạng tổn thương viêm da mạn tính với những dấu hiệu lâm sàng đặc trưng gây ra do tình trạng mẫn cảm đặc hiệu qua IgE với các dị nguyên trong không khí.

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

- Viêm da cơ địa và viêm da dị ứng tiếp xúc đều có quá trình tiến triển lâm sàng qua 4 giai đoạn:
 - Giai đoạn đỏ da: ngứa nhiều, ban đỏ rải rác và phù lớp thượng bì.
 - Giai đoạn hình thành các bọt nước.
 - Giai đoạn rỉ nước và bội nhiễm gây ra tổn thương chốc lở.
 - Giai đoạn đóng vảy: tiến triển lâu dài và hình thành mảng liken hóa.
- Biểu hiện lâm sàng thường biến đổi theo tuổi:
 - Biểu hiện đầu tiên trong 3 tháng đầu đời là ngứa ở mặt thành mảng hoặc toàn thân. Các tổn thương thường ở cổ đặc trưng bởi da khô, ban đỏ và có mụn nước.
 - Muộn hơn, tổn thương xuất hiện ở khuỷu tay, đầu gối. Ngứa và gãi nhiều là cơ hội cho nhiễm khuẩn xâm nhập, nhất là *Staphylococcus aureus*.
 - Trong thời niên thiếu: các vùng da quanh khớp gối, mặt sau của tay và chân hay bị viêm. Các ban này bắt đầu là bọt nước sau bị liken hóa. Da vùng xung quanh môi lúc đầu viêm nhiễm sau cứng, đau.

III. CHẨN ĐOÁN: Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Williams (2000): đây là phương pháp chẩn đoán khá đơn giản và dễ áp dụng trong thực tế.

- Tiêu chuẩn chính: ngứa ngoài da
- Tiêu chuẩn phụ: kèm thêm 3 triệu chứng trong các triệu chứng sau đây
 - + Tiền sử có bệnh lý da ở các nếp lằn da.
 - + Có tiền sử bản thân bệnh Hen phế quản và viêm mũi dị ứng.
 - + Khô da trong thời gian trước đó.
 - + Có tổn thương chàm hóa ở các nếp gấp.
 - + Bệnh bắt đầu trước 2 tuổi.

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

a. Tiến triển:

- Trong thời gian đầu tiến triển thành từng đợt, có cơn cấp và cũng có đợt thuyên giảm.
- Trong thời gian sau: phần lớn là diễn biến mạn tính.

b. Tiên lượng:

- Bệnh bắt đầu sớm (trước 1 năm tuổi).

- Mức độ tổn thương da sau khi sinh (1 tháng tuổi đầu tiên).
- Tiền sử bản thân và gia đình về dị ứng.
- Có sự phối hợp với các bệnh dị ứng khác như hen phế quản, viêm mũi dị ứng.
- Bội nhiễm da và chất lượng chăm sóc da.

c. Biến chứng:

- Nhiễm vi khuẩn: nhiễm tụ cầu vàng tại các vùng da tổn thương dập vỡ, rỉ nước. Dấu hiệu lâm sàng thể hiện phản ứng viêm rậm rộ trên da, tấy đỏ, đau, mụn nước có dịch đục, mủ. Hạch ngoại vi to và đau. Sốt có thể có khi tổn thương nhiễm khuẩn lan rộng.
- Nhiễm virus: tổn thương gồm nhiều bọng nước, đau, rát, dịch trong hoặc đục, có nhiều chỗ hoại tử.

V. ĐIỀU TRỊ

a. Chống viêm

- **Corticoid tại chỗ:** hiệu quả điều trị tốt trong nhiều trường hợp, an toàn và không có tai biến toàn thân cho người bệnh. Không dùng trên mặt vì gây teo da, xạm da khó phục hồi và ở các tổn thương da có bội nhiễm.
- Kem clobetasone propionate 0,05% tube 15gr bôi 2 lần/ngày trong 2-4 tuần dành cho các liken phẳng và khô da nhiều.
- Kem clobetasone butyrate 0,05% tube 5g. Bôi tối đa 2-4 lần/ngày ưu tiên cho chàm và viêm da dị ứng đơn thuần.
- Kem betamethasone 0,1% bôi 2 lần/ngày trong 2-4 tuần điều trị.
- Kem desonide 0,1% tube 30g bôi 2 lần/ngày ưu tiên cho viêm da dị ứng tiếp xúc có rỉ nước.
- Tác dụng phụ: hay gặp là cảm giác nóng ở da. Trong suốt quá trình sử dụng thuốc người bệnh nên tránh tiếp xúc ánh nắng mặt trời tự nhiên hoặc nhân tạo. Biểu hiện teo da, sùi da rất ít gặp, chủ yếu khi dùng trên mặt.

b. Chống bội nhiễm:

- Chăm sóc da sạch bằng các dung dịch sát trùng tại chỗ như chlorhexidine.
- Tắm nước khoáng, nóng là phương pháp được khuyến dùng.
- Nếu phải dùng kháng sinh thì nên chọn fusidic acid vì rất nhạy cảm với tụ cầu vàng, dễ thâm nhập qua da và dùng lâu cũng ít gây lờn thuốc, thường được chỉ định trong 2 tuần (đối với tụ cầu vàng ở niêm mạc mũi kháng methicillin nên dùng mupirocin tại chỗ).
- Nếu có nhiễm khuẩn thứ phát do nhiễm tụ cầu vàng nên dùng kháng sinh toàn thân: cephalixin, floxacillin, amoxicillin, clavulanate trong 3-7 ngày rất hiệu quả. Đối với người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc nên dùng clindamycin hoặc fusidic acid.

c. Điều trị khô da

- Khô da làm tăng tình trạng ngứa, nứt nẻ da sẽ tạo lối vào cho vi khuẩn cũng như dị nguyên. Bền vững lớp mỡ dưới da sẽ giữ nước và hạn chế tác động từ bên ngoài.

Do đó, cần sử dụng các dung dịch hoặc các loại kem làm mềm da giàu chất béo để bảo vệ da. Nên sử dụng các loại chế phẩm không có chứa cồn, phẩm nhuộm, chất tạo mùi thơm hoặc các hóa chất khác.

- Điều trị đều đặn hàng ngày khi có đợt cấp cũng như khi ổn định sẽ phục hồi và cải thiện cấu trúc da.

d. Điều trị giảm ngứa

- Các thuốc kháng Histamin có tác dụng giảm phản ứng dị ứng và giảm ngứa, giúp cải thiện tình trạng toàn thân như: desloratadin, fexofenadin, cetirizin.... Mỡ promethazine 2% tube 10g bôi 4 lần/ngày có thể giúp giảm triệu chứng ngứa tại chỗ.

e. Điều trị thể nặng

- Corticoid đường toàn thân: dùng liều 0,5-1mg/kg/24h rồi giảm liều và theo dõi các tác dụng phụ nếu có.

VI. PHÒNG BỆNH:

- Giáo dục cho người bệnh, cha mẹ người bệnh về cơ chế, các hình thái tổn thương, mức độ, nguyên nhân gây bệnh, quá trình tiến triển mạn tính, sự phối hợp có thể có với một số bệnh khác, cần theo dõi và kiên trì điều trị của người bệnh.
- Tránh các dị nguyên gây bệnh.
- Người bệnh có viêm da dị ứng tiếp xúc cần được theo dõi và quản lý để phòng tránh tiếp xúc lại bằng mọi cách nhất là tại nơi làm việc.
- Phát hiện và điều trị các bệnh dị ứng kèm theo như hen, viêm mũi dị ứng, và điều trị các ổ nhiễm khuẩn về răng, tai mũi họng.

16. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

(kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 /12 /2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Chẩn đoán phản vệ:

1. Triệu chứng gợi ý: Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau

- Mày đay, phù mạch nhanh.
- Khó thở, tức ngực, thở rít.
- Đau bụng hoặc nôn.
- Tụt huyết áp hoặc ngất.
- Rối loạn ý thức.

2. Các bệnh cảnh lâm sàng:

Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (Mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất một trong 2 triệu chứng sau:

- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- Tụt huyết áp hay các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...)
- Bệnh cảnh lâm sàng 2: ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ
- Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...)

Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng

- Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).
- Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

II. Chẩn đoán phân biệt

- Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
- Tai biến mạch máu não.
- Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
- Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
- Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
- Các ngộ độc: rượu, opiate, histamin.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phản vệ được phân thành 4 mức độ sau (lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

1. Nhẹ (độ 1): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

2. Nặng (độ 2): Có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan

- Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh
- Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

3. Nguy kịch (độ III): Biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau

- Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
- Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- Rối loạn ý thức: vật vờ, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Nguyên tắc chung:

- Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
- Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.
- Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.
- Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo thông tư này.

II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ 1): Dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

- Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphehydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
- Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III): Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

- Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
- Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).
- Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
- Thở oxy: người lớn 6 – 10 l/ phút, trẻ em 2 – 4 l/ phút qua mặt nạ hở.
- Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh
 - + Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
 - + Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).
- Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).
- Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/ hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch: Mục tiêu nâng và duy trì ổn định huyết áp tối đa của người lớn $\geq 90\text{mmHg}$, trẻ em $\geq 70\text{mmHg}$ và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở, dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

- Thuốc Adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:
 - + Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0.2ml (tương đương 1/5 ống).
 - + Trẻ khoảng 20kg: 0.3ml (tương đương 1/4 ống).
 - + Trẻ > 30kg: 0.5ml (tương đương 1/2 ống).
 - + Người lớn: 0.5 – 1ml (tương đương 1/2 – 1 ống).
- Theo dõi huyết áp 3 – 5 phút/ lần.
- Tiêm nhắc lại adrenalin liều như trên 3 – 5 phút/ lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.
- Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2 – 3 lần tiêm bắp như trên hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:
 - + Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/ 10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/ 10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/ 10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn liều dùng:

Người lớn: 0.5- 1ml (dung dịch pha loãng 1/ 10.000=50- 100 μg) tiêm trong 1- 3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

Trẻ em: Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm

- + Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0.9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0.1 μ g/kg/ phút, cứ 3- 5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.
- + Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0.9% 1000 – 2000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.
- Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/ lần đến 24 giờ.

Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch Nacl 0.9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0.9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4 μ g adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1 μ g/kg/phút)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt
Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

V. Xử trí tiếp theo

- Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây
 - + Thở oxy qua mặt nạ: 6- 10 lít/ phút cho người lớn, 2- 4 lít/ phút ở trẻ em.
 - + Bóp bóng AMBU có oxy.
 - + Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có oxy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin.
 - + Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản.
 - + + Truyền tĩnh mạch chậm: aminophylin 1mg/ kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 μ g/kg/phút hoặc terbutaline 0,1 μ g/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch).

- + Có thể thay thế aminophylline bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100 μ g người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.
- Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).
- Thuốc khác:
 - + Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).
 - + Kháng Histamin H1 như diphehydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.
 - + Kháng Histamin H2 như ranitidine: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.
 - + Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30 μ g/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15 μ g/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.
 - + Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamine, dobutamine, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

VI. Theo dõi:

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.
- Trong giai đoạn ổn định: Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.
- Tất cả các người bệnh phải được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và để phòng phản vệ pha 2.
- Ngừng cấp cứu nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không hiệu quả.

HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Trưởng Bộ Y tế)

Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tằm cotton	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

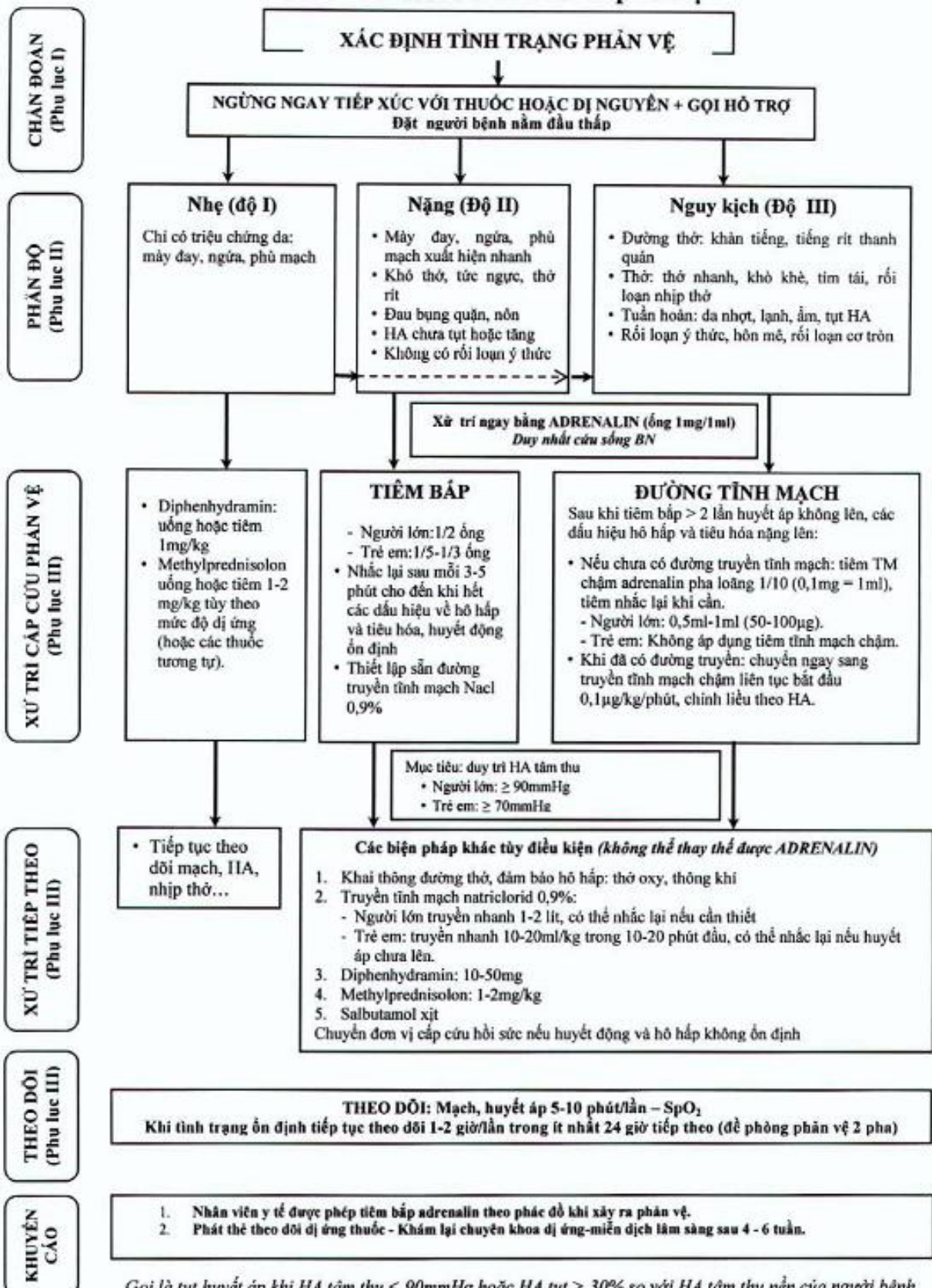
Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Oxy.
- Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
- Bơm xịt salbutamol.
- Bộ đặt nội khí quản và/ hoặc bộ mở khí quản và/ hoặc mask thanh quản.
- Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
- Các thuốc chống dị ứng đường uống.
- Dịch truyền: natriclorid 0.9%.

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư 51/2017/TT-BYT 29/12/2017 của Bộ Trưởng Bộ Y tế)

I. Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em (*Ban hành kèm theo quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 7/8/2015 của Bộ Trưởng Bộ Y tế*).
- Quyết định 3942/QĐ-BYT ngày 2/10/2014 tài liệu, chuyên môn “Hướng dẫn, chẩn đoán và điều trị các bệnh về dị ứng – miễn dịch lâm sàng” do Bộ Trưởng Bộ Y tế ban hành.
- Phác đồ điều trị nhi khoa 2020 (Bệnh viện nhi đồng).