

## Chương I

# CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ HỘI CHỨNG

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

**SÓT Ở TRẺ EM**

**NGUYỄN TRỌNG LINH**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Sốt ở trẻ nhi khi nhiệt độ hậu môn  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ .

**2. CÁC VẤN ĐỀ CẦN LƯU TÂM ĐẶC BIỆT**

Trong phần lớn trường hợp, sốt thường do nhiễm trùng (*vi khuẩn hay siêu vi*); đôi khi do nguyên nhân không nhiễm trùng (*viêm, ung thư, miễn dịch, chấn thương*) như:

- Sinh lý (*vận động*), môi trường (*ủ ấm, trúng nắng*).
- Thuốc, chích ngừa (*DTC, vaccin sống: sởi, quai bị, rubella*), các tác nhân sinh học (*interleukins, interferons, granulocyte-macrophage colony-stimulating factor*), ngộ độc (*aspirine*).
- Bệnh hệ thống.
- Bệnh ác tính.
- Tổn thương mô (*phồng, chấn thương, nhồi máu, thuyên tắc phổi*).
- Bệnh nội tiết (*thyrotoxicosis, pheochromocytoma*).
- Rối loạn chuyển hóa (*bệnh gout, tăng ure máu, bệnh Fabry, tăng lipid týp 1*).
- Rối loạn di truyền (*sốt Địa Trung Hải gia đình*).
- Tổn thương trung tâm điều nhiệt ở đồi thị.

**3. LÂM SÀNG**

**3.1. Hỏi bệnh sử:** trẻ bị bệnh từ lúc nào, đặc điểm cơn sốt (*thời gian, mức độ, chu kỳ*), tình trạng sức khỏe và tiền sử (*tiền sử sản khoa đối với trẻ nhỏ, chủng ngừa, tình trạng miễn dịch cơ thể, dị ứng thuốc*), có đến vùng dịch tễ bệnh nhiễm hoặc tiếp xúc người bệnh lây nhiễm: sởi, thủy đậu, viêm màng não? Ở nhà trẻ có chơi, ăn, bú, tiếp xúc bình thường không? Các thuốc đã dùng (*hạ nhiệt, kháng sinh*).

**3.2. Khám lâm sàng**

- Cần ghi nhận sinh hiệu.
- Tìm dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, dấu màng não.
- Khám tai để phát hiện viêm tai giữa.
- Khám họng mũi để phát hiện viêm hô hấp trên, viêm amygdale, sung huyết mũi.
- Tìm chấm xuất huyết dưới da...

**4. CẬN LÂM SÀNG**

**4.1. Xét nghiệm thường qui:** Huyết đồ, tốc độ máu lắng (VS), tổng phân tích nước tiểu, X quang phổi, soi phân.

**4.2. Cây máu**

**4.3. Chọc dịch não tủy**

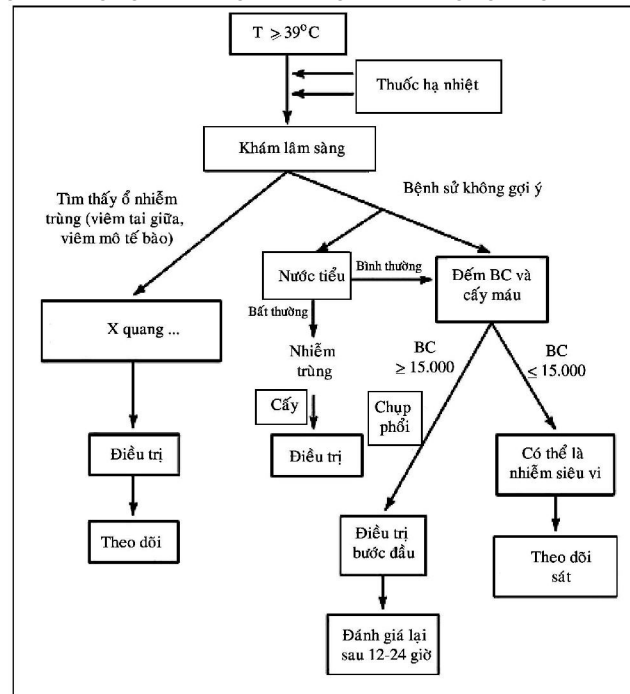
**4.4. Xét nghiệm cao cấp khác:** Procalcitonin, interleukine-6

**5. ĐIỀU TRỊ**

- Trẻ nên được nằm nghỉ ở chỗ thoáng mát, tránh nóng, mặc áo quần mỏng, uống nhiều nước mát.

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

- Acetaminophen: 10-15 mg/kg/lần uống hoặc nhét hậu môn/4-6 giờ khi nhiệt độ  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  hoặc Ibuprofen: 5-10mg/kg/lần uống/6 giờ khi nhiệt độ  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ .
- Hai thuốc acetaminophen và ibuprofen có thể dùng xen kẽ nhau mỗi 4-6 giờ hay cho cả hai thuốc cùng một lúc.
- Nếu trẻ sốt  $\geq 39-40^{\circ}\text{C}$ , có thể lau mát bằng nước ấm, không nên lau mát với nước pha cồn.
- Hạ sốt tiềm mạch trong trường hợp khẩn cấp hay tăng thân nhiệt  $\geq 41^{\circ}\text{C}$ : Parfalgan 15mg/kg mỗi 4-6 giờ, không quá 60 mg/kg/24 giờ.



**Lưu đồ đánh giá trẻ từ 3 tháng đến 3 tuổi bị sốt**

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Dùng thuốc hạ sốt và biện pháp vật lý là lau mát đều có tác dụng như nhau Ibuprofen và Acetaminophen có tác dụng giảm đau và tính an toàn như nhau, nhưng Ibuprofen có tác dụng hạ sốt hiệu quả hơn Acetaminophen	<b>II B</b> Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. A meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158:521 – 6

**SỐT KÉO DÀI**

**NGUYỄN THỊ LỆ THÙY**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Sốt kéo dài là sốt sau 7 ngày không tìm được nguyên nhân.  
Sốt được xác định khi buổi sáng thức dậy nhiệt độ hậu môn >37,5°C, buổi tối >38°C.

**2. NGUYÊN NHÂN**

Nguyên nhân ở trẻ em thường gặp nhất là nhiễm khuẩn 33%, bệnh hệ thống 18%, ung thư 13%, các bệnh lý khác 15%, không tìm ra nguyên nhân 19%.

**3. CHẨN ĐOÁN**

Sốt kéo dài là bệnh lý khó chẩn đoán. Vì vậy nguyên tắc để chẩn đoán là: hỏi bệnh sử, tiền sử và khám lâm sàng toàn diện, kỹ lưỡng, lặp đi lặp lại nhiều lần (nếu cần), bổ sung thêm các xét nghiệm thăm dò.

**3.1. Hỏi bệnh:** Khi hỏi bệnh cần nhớ các nguyên nhân của sốt kéo dài

- Sốt: ngày bắt đầu, thời gian sốt, mức độ sốt, kiểu sốt.
- Các triệu chứng đi kèm với sốt: Đau xương, đau khớp, đau đầu, ho, sụt cân, tiểu nhiều, uống nhiều nước hoặc tiểu khó ...
- Hỏi tiền sử:
  - + Gần đây có đi đến hoặc sống trong vùng dịch tễ sốt rét, thương hàn.
  - + Có tiếp xúc với vật nuôi hoặc vật hoang dã.
  - + Tiền sử dùng thuốc: chú ý cả các thuốc dùng đường uống, đường ngoài da.
  - + Các điều trị trước và hiệu quả.
  - + Tiền sử bệnh tật gia đình, chủng tộc.
  - + Tiền sử tiếp xúc lao.
  - + Tình trạng tiêm ngừa: lao, viêm gan siêu vi, thương hàn v.v...

**3.2. Khám lâm sàng**

- Sốt: phải theo dõi nhiệt độ mỗi 4 giờ một lần.
- Khám mắt, soi đáy mắt.
- Khám hệ thống hạch ngoại vi.
- Khám tai mũi họng: chú ý không quên khám tai ở trẻ nhũ nhi, phát hiện viêm tai giữa, viêm amidan hốc mủ, nấm miệng ở trẻ nhỏ gợi ý bệnh lý miễn dịch.
- Chú ý dấu hiệu không có mồ hôi liên tục.
- Khám tim mạch.
- Khám phổi.
- Phát hiện gan, lách to.
- Tìm các sang thương ngoài da: hồng ban, ban xuất huyết, mụn bóng nước, mụn mủ...
- Khám xương khớp: sưng đau trên xương gợi ý viêm tủy xương sâu hay bệnh lý ác tính của xương, hạn chế vận động của khớp, phản xạ gân xương tăng...

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

- Khám tổng quát: có thiếu máu? có vàng da?
- Thăm khám trực tràng.

**3.3. Tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân**

Sau khi hỏi bệnh và khám toàn diện sẽ có hai tình huống (Bảng 1)

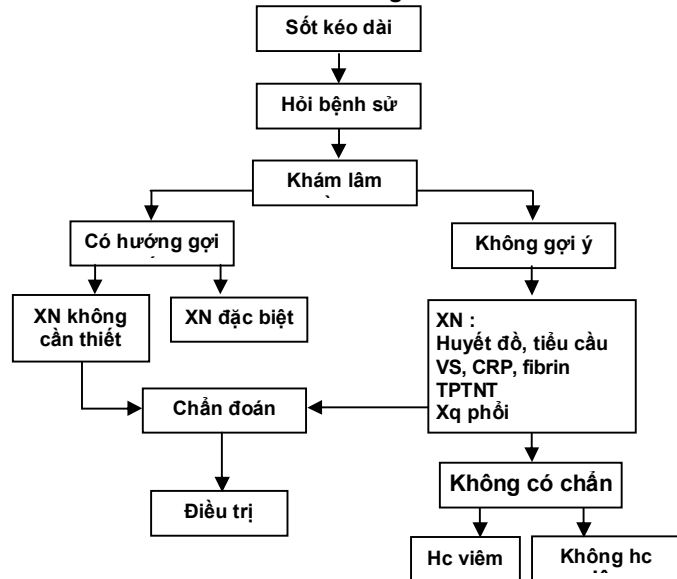
\* *Có hướng gợi ý:*

- Không cần làm thêm xét nghiệm bổ sung chẩn đoán dựa trên triệu chứng học.
- Bệnh lý nghi ngờ cần làm thêm xét nghiệm bổ sung để khẳng định hay không thừa nhận chẩn đoán.

\* *Không có hướng gợi ý:*

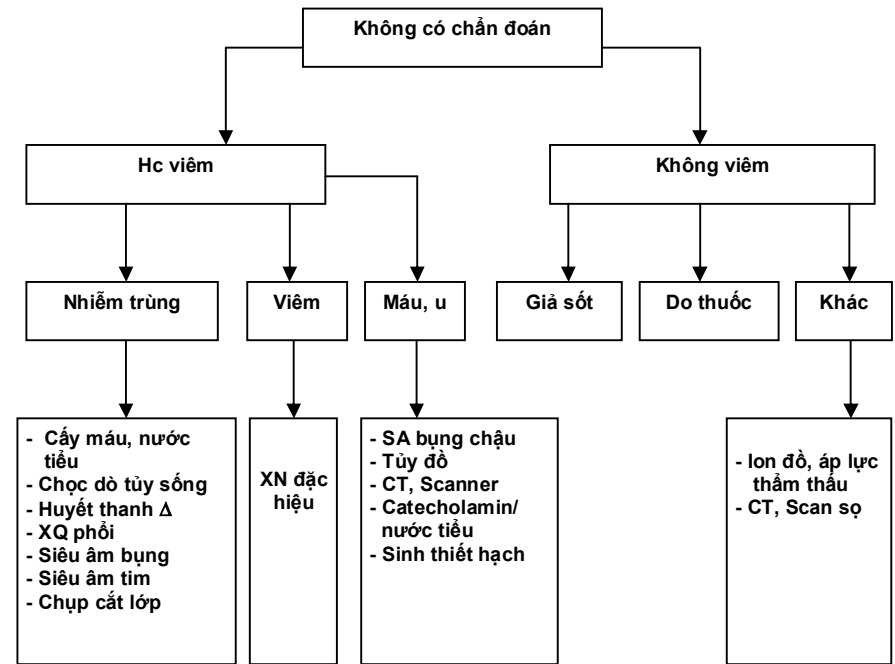
- Cần tiến hành các xét nghiệm tối thiểu, phối hợp với hỏi lại bệnh, khám lâm sàng kỹ lưỡng, nếu không xác định được nguyên nhân --> cần làm các xét nghiệm khác (Bảng 2).
- Nếu có hội chứng viêm: 3 nhóm nguyên nhân chính cần hướng tới là: bệnh lý nhiễm trùng, bệnh lý viêm, bệnh lý huyết học và u.
- Nếu không có hội chứng viêm: có thể sốt do thuốc hoặc chứng giả sốt hoặc do các nguyên nhân khác.

**Bảng 1**



**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**Bảng 2: Hướng dẫn chẩn đoán trước sốt kéo dài ở trẻ em**



## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

### ÓI VÀ ÓI MÁU

NGÔ VĂN BÁCH

#### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Ói là sự tổng xuất gắng sức toàn bộ hay một phần các chất chứa trong dạ dày ra ngoài.
- Các dạng ói: ói không màu, ói ra máu hay mật.
- Ói máu là nôn ra máu đỏ hay nâu qua miệng hay mũi thường có nguồn gốc từ thực quản, dạ dày hay tá tràng.

#### 2. NGUYÊN NHÂN VÀ TRIỆU CHỨNG

- Ói thức ăn không tiêu: giãn thực quản
- Ói ra máu: viêm dạ dày, loét dạ dày, viêm thực quản, vỡ tĩnh mạch thực quản... (xin xem bài xuất huyết tiêu hóa).
- Ói lần đầu không có máu, ói nhiều lần mới ra máu: hội chứng Mallory Weiss.
- Ói ra mật: tắc ruột bẩm sinh hay mắc phải, xoắn ruột bất toàn, xoắn ruột, bệnh Hirschsprung, u nang mạc treo. Trong trường hợp có sỏi, nghĩ đến lồng ruột, xoắn ruột, tắc ruột phân su.
- Ói ra phân: tắc ruột thấp.
- Ói mạnh thành vôi: hẹp môn vị hay bệnh chuyển hóa.
- Ói không có gắng sức: trào ngược dạ dày thực quản.
- Ói lúc sáng sớm: thường gặp trong tăng áp lực sọ não, có thai, viêm xoang.
- Ói có liên quan đến bữa ăn: bệnh lý dạ dày tá tràng hay do tâm lý sợ ăn.
- Ói liên quan đến một số thức ăn: dị ứng sữa bò, đậu nành.
- Ói có tính cách chu kỳ.
- Ói có thể do u tủy thượng thận, bệnh động kinh.
- Ói có thêm triệu chứng đau rất thực quản: viêm thực quản.
- Ói kèm khó nuốt: bệnh lý thực quản.
- Viêm ruột, bán tắc ruột, ngộ độc thức ăn cũng gây ói và thường kèm thêm tiêu chảy.
- Ói kèm táo bón, chướng bụng thường gặp trong tắc ruột.
- Cao huyết áp, viêm đài bể thận, viêm phổi, viêm họng, viêm tụy cũng gây nên triệu chứng ói.

#### 3. TIẾP CẬN LÂM SÀNG

Cần hỏi bệnh và khám lâm sàng cẩn thận.

##### 3.1. Hỏi bệnh

- Đặc điểm của ói: Ói từ khi nào? Ói mấy lần trong ngày? Có ói tất cả mọi thứ không? Có ói vọt không? Ói có liên quan đến bữa ăn hay sau khi ho không? Ói ra cái gì, thức ăn cũ hay mới, có mật hay máu không? Ói ra đàm nhớt hay ói ra dịch vàng hay dịch xanh, ói máu tươi hay dịch ói là màu đen?
- Hoàn cảnh tiền sử bệnh: Tiền căn sơ sinh của trẻ? Chế độ nuôi dưỡng của bé thế nào? Có bệnh cảnh nhiễm trùng nào kèm theo không? Có tiêu chảy,

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

đau bụng, táo bón không? Có chấn thương đầu không? Có uống thuốc gì trước khi ói không? Tuổi của bé?

#### 3.2. Khám lâm sàng

- Nhìn bụng xem bụng có chướng hay có dấu rắn bò, có vết mổ cũ không?
- Sờ bụng xem có khối u hay lồng không? Khám có dấu đề kháng thành bụng không? Gan, lách có to? Thăm khám trực tràng coi có máu theo găng không?
- Gõ bụng để tìm dấu hiệu gõ đục vùng thấp?
- Khám tai mũi họng, phổi coi có gì bất thường không?
- Tìm dấu viêm màng não?
- Khám tri giác, dấu thần kinh định vị, tìm dấu tăng áp lực nội sọ
- Tìm các dấu hiệu mất nước, nếu có dấu hiệu này gợi ý tình trạng ói cấp và nặng.

#### 4. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm thường qui: huyết đồ.
- Sinh hóa máu: Ion đồ, khí máu, ure, creatinin, SGOT, SGPT, bilirubin, amylase, lipase.
- Soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu, ký sinh trùng.
- X-quang bụng thẳng không sửa soạn, siêu âm bụng khi nghi ngờ tắc ruột, lồng ruột.
- Chụp cản quang thực quản - dạ dày - tá tràng để tìm các dị dạng bẩm sinh.
- Chụp đại tràng bơm hơi hay có cả quang để chẩn đoán và điều trị lồng ruột, chẩn đoán Hirschsprung.
- Nội soi dạ dày tá tràng khi nghi ngờ viêm loét dạ dày.
- Khi nghĩ tới bệnh gluten: kháng thể kháng Gliadine.
- Nếu nghi ngờ ngộ độc thuốc: đo nồng độ thuốc trong máu.
- Nếu nghi ngờ dị ứng thức ăn: kháng thể IgG kháng sữa bò.

#### 5. ĐIỀU TRỊ

Điều trị ói máu xin xem bài xuất huyết tiêu hóa trên.

##### 5.1. Xử trí cấp cứu

- Khi trẻ ói, đặt trẻ nằm đầu thấp nghiêng một bên. Làm sạch mũi họng nếu trẻ có ói ra mũi.
- Hút mũi, dốc ngược trẻ, vỗ lưng kích thích thở và chuyển nhanh đến phòng cấp cứu gần nhất nếu trẻ sau khi ói không khóc, tím tái, giảm trương lực cơ.

**5.2. Điều trị nguyên nhân:** phải tìm nguyên nhân gây ói và điều trị nguyên nhân là điều trị chủ yếu.

##### 5.3. Điều trị nâng đỡ

- Điều trị biến chứng của ói như mất nước, mất điện giải, rối loạn kiềm toan, suy dinh dưỡng.
- Điều trị tâm lý nếu nguyên nhân do tâm lý.
- Nếu ói ra mật hay nghi ngờ tắc ruột cần đặt sonde dạ dày và hút, nhịn ăn, nuôi ăn tĩnh mạch và hội chẩn ngoại khoa.

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- Thuốc chống ói chỉ dùng khi ói chức năng nặng hay ói dai dẳng hay trong trường hợp say tàu xe, các rối loạn vận động đường tiêu hóa như promethazine, dimenhydrinat, metoclopramide, domperidone. Tuy nhiên khi sử dụng metoclopramide cần thận trọng vì dễ gây hội chứng ngoại tháp ở trẻ em.

### LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN BỊ ÓI



## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

### ÓI TÁI DIỄN

VŨ QUANG VINH

#### 1. ĐẠI CƯƠNG

Ói tái diễn là ói trong một thời gian dài (*trên 10 ngày*) và với tần suất cơn ói khác nhau.

#### 2. NGUYÊN NHÂN

##### 2.1. Nguyên nhân cơ học

##### 2.1.1. Bệnh lý đường tiêu hóa

- Hẹp môn vị.
- Thoát vị qua khe thực quản, một số nguyên nhân ngoại khoa (*xoay ruột bất toàn, hội chứng động mạch mạc treo tràng trên, màng chắn tá tràng..*).
- Trào ngược dạ dày thực quản.
- Dị vật đường tiêu hóa trên.

##### 2.1.2. Dị ứng thức ăn

- Dị ứng proteine sữa bò.

##### 2.1.3. Bệnh lý TMH

- Viêm họng.
- Viêm amidan mạn.
- Viêm xoang.
- Các bệnh lý khác...

##### 2.1.4. Bệnh lý thần kinh: động kinh, u não.

##### 2.1.5. Nguyên nhân chuyển hóa: hiếm gặp

- Bất dung nạp fructose.
- Bệnh lý chuyển hóa axit amin.

##### 2.1.6. Các bệnh lý khác

Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh.

#### 2.2. Nguyên nhân bên ngoài

- Sai lầm chế độ ăn.
- Thuốc.
- Tâm lý.

#### 2.3. Nguyên nhân chưa rõ: ói chu kỳ.

#### 3. CHẨN ĐOÁN

##### 3.1. Hỏi bệnh sử

- Hoàn cảnh xảy ra: thay đổi chế độ ăn, đợt nhiễm trùng (sốt).
- Liên quan đến bữa ăn: trong khi ăn, ngay sau khi ăn hay một thời gian sau khi ăn.
- Cách thức: thay đổi tư thế, khi ho.
- Dịch ói: thức ăn, dịch trong, dịch xanh, dịch vàng, máu.
- Tần suất: số lần ói trong một giờ hay ngày, số đợt ói trong một tháng.

##### 3.2. Khám tìm dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng

##### 3.2.1. Tổng trạng

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- Dấu mất nước.
- Biểu đồ tăng trưởng, triệu chứng suy dinh dưỡng.

### 3.2.2. Thăm khám toàn diện

- Tim mạch: nhịp tim, triệu chứng suy tim, cao huyết áp.
- Phổi: thở nhanh, co lõm, nghe phổi có ran.
- Bụng: bụng chướng, quai ruột nổi.
- Tai mũi họng: viêm họng, viêm amidan, viêm tai.
- Thần kinh: vòng đầu lớn, rối loạn hành vi, dấu thần kinh định vị...

### 3.3. Các xét nghiệm đề nghị

- Cận lâm sàng không cần thiết trong trường hợp ói ít, không ảnh hưởng đến tổng trạng và xác định được nguyên nhân rõ ràng khi thăm khám (*thí dụ như viêm amidan mạn*).
- Nếu ói nhiều, ảnh hưởng tổng trạng hoặc không xác định được nguyên nhân rõ ràng cần làm thêm xét nghiệm.
- Xét nghiệm ban đầu:
  - + Huyết đồ.
  - + Ion đồ, chức năng gan thận.
  - + Siêu âm bụng.
  - + X quang bụng không sửa soạn.
- Các xét nghiệm khác tùy theo nguyên nhân được nghĩ đến: amylase, lipase máu, khí máu, đo pH thực quản, nội soi tiêu hóa, EEG...

### 3.4. Chẩn đoán một số nguyên nhân

- Hẹp phì đại môn vị: trẻ sơ sinh hay trẻ nhũ nhi, thường là trẻ trai, dấu suy kiệt và mất nước, giảm Clo trên ion đồ, siêu âm thấy môn vị phì đại
- Trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ): trẻ nhũ nhi, ói sau ăn, siêu âm bụng thấy # 3 lần trào ngược/5 phút, đo pH thực quản 24 giờ thời gian pH<4 nhiều hơn 10%, TOGD: góc HIS tù.
- Dị ứng protein sữa bò: trẻ nhũ nhi, bú sữa bò, thường khởi đầu trước 3 tháng tuổi, có thể ói máu, hết triệu chứng khi ngưng sữa bò hoặc đổi qua sữa thủy phân.
- Bất dung nạp fructose: ói khi ăn thức ăn có fructose (*trái cây*), hết khi ngưng các thức ăn này.
- Ói chu kỳ: nhiều đợt ói với cường độ cao (*5-10 lần/giờ*), kéo dài vài ngày đến vài tuần, tự hết, xen kẽ những giai đoạn hoàn toàn bình thường, không tìm thấy nguyên nhân thực thể.

### 3.5. Tiêu chuẩn nhập viện

- Các trường hợp ói tái diễn có ảnh hưởng đến tổng trạng, cần can thiệp điều trị chuyên biệt (*truyền dịch, phẫu thuật...*).

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

- Bồi hoàn rối loạn nước điện giải, kiềm toan.
- Phục hồi dinh dưỡng.
- Điều trị nguyên nhân.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

### 4.2. Xử trí ban đầu

- Nếu bệnh nhân có dấu hiệu mất nước: bù theo phác đồ như tiêu chảy cấp.
- Khi nghi ngờ nguyên nhân ngoại khoa cần cho nhịn ăn, đặt sonde dạ dày và nuôi ăn đường tĩnh mạch.

### 4.3. Điều trị đặc hiệu

- Nguyên nhân ngoại khoa: can thiệp phẫu thuật.
- TNDDTQ: xem bài TNDDTQ
- Dị ứng protein sữa bò: đổi qua sữa đậu nành, nếu còn dị ứng đổi sữa thủy phân.
- Bất dung nạp fructose: không ăn trái cây.
- Những bệnh nhi có phát triển thể chất kém cần được tham vấn dinh dưỡng.

### 5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Cần theo dõi và tái khám định kỳ. Tham vấn dinh dưỡng.



## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

### CO GIẬT Ở TRẺ EM

PHẠM THỊ THU HỒNG

#### 1. ĐỊNH NGHĨA

- Co giật là rối loạn thần kinh thường gặp ở trẻ em.
- Co giật không phải là một bệnh mà là một triệu chứng thần kinh do nhiều nguyên nhân gây nên. Co giật có thể chia làm hai nhóm lớn:
  - + Co giật triệu chứng cấp tính (*acute symptomatic*) hay còn gọi là co giật có yếu tố kích gợi (*provoked*).
  - + Co giật không có yếu tố thúc đẩy (*unprovoked seizure*).

Cơ co giật đầu tiên là cơ co giật có yếu tố thúc đẩy, là triệu chứng của một nguyên nhân kích gợi cấp tính bởi não bị tổn thương hoặc rối loạn chức năng não bộ do biến dưỡng hoặc ngộ độc. Cơ co giật không có yếu tố thúc đẩy, đặc biệt là khi có cơn tái phát thường hướng chúng ta đến một chẩn đoán động kinh.

#### 2. NGUYÊN NHÂN

##### 2.1. Co giật có nguyên nhân thúc đẩy (*provoked seizure*)

- Có sốt:
  - + Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương: viêm não, viêm màng não, sốt rét thể não, áp-xe não.
  - + Co giật trong lỵ, co giật trong viêm dạ dày ruột.
  - + Co giật do sốt: sốt có thể do nhiễm trùng hô hấp trên, viêm tai giữa, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu.
- Không sốt:
  - + Nguyên nhân tại hệ thần kinh trung ương:
    - Chấn thương đầu: xuất huyết nội sọ, đụng đập não, cơn chấn động não.
    - Xuất huyết não-màng não: thiếu vitamin K, rối loạn đông máu, vỡ dị dạng mạch máu não.
    - Thiếu oxy não.
    - U não.
  - + Nguyên nhân ngoài hệ thần kinh trung ương:
    - Rối loạn chuyển hóa: tăng hay hạ đường huyết, thiếu vitamin B1, B6.
    - Rối loạn điện giải: tăng hay giảm  $\text{Na}^+$  máu, giảm  $\text{Ca}^{++}$  máu, giảm  $\text{Mg}^{++}$  máu.
    - Ngộ độc: phosphore hữu cơ, thuốc diệt chuột, kháng histamin.
    - Tăng huyết áp.

##### 2.2. Co giật không có nguyên nhân thúc đẩy (*unprovoked seizure*)

- Cơ co giật này là cơn tái phát và không có nguyên nhân thúc đẩy thì có thể hướng nguyên nhân co giật là do động kinh.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- Ta xác định xem cơn co giật là cục bộ hay toàn thể, sự phân biệt là rất quan trọng trong trường hợp động kinh cần điều trị, vì nó sẽ quyết định sự chọn lựa thuốc động kinh.
- Bệnh căn của động kinh được chia làm 3 nhóm:
  - + Động kinh vô căn: là động kinh không có sang thương cấu trúc của não hoặc những triệu chứng hay dấu hiệu thần kinh khác.
  - + Động kinh triệu chứng: là những cơn động kinh do một hay nhiều sang thương cấu trúc của não mà ta có thể nhận biết được.
  - + Động kinh không nhận biết được căn nguyên.

#### 3. TIẾP NHẬN CHẨN ĐOÁN CO GIẬT

Mục tiêu thăm khám là để tìm kiếm nguyên nhân gây co giật triệu chứng cấp tính

##### 3.1. Hỏi bệnh sử

- Hỏi về cơn co giật: Cần tìm hiểu để không bỏ sót cơn co giật triệu chứng cấp tính. Trong cơn co giật triệu chứng cấp tính, co giật thường liên quan đến một hoặc một chuỗi sự co cơ không tự ý của các cơ vân, cơn giật có thể là cục bộ hoặc toàn thể; co giật thường là cơn co cứng-co giật, cơn co cứng, hoặc cơn giật cơ.
  - Hỏi về cơn co giật:
    - + Cơn giật lần đầu tiên hay đã nhiều lần.
    - + Kiểu giật: cơn co cứng-co giật, cơn co cứng, cơn giật cơ.
    - + Có mất ý thức không: có nhận biết xung quanh và làm theo yêu cầu trong cơn không, sau cơn thì có nhớ được sự kiện trong cơn không.
    - + Có rối loạn tri giác sau cơn giật không.
    - + Vị trí: cục bộ, một bên, hai bên hay toàn thể.
    - + Thời gian: kéo dài bao lâu.
    - + Số lần co giật trong đợt bệnh này.
- Nếu nghi ngờ động kinh khai thác thêm về cơn co giật như sau:
  - + Hỏi về dấu hiệu tiền triệu (*aura*): khó chịu vùng thượng vị, cảm giác lo sợ, đau.
  - + Cơn xảy ra khi nào: đang thức hay đang ngủ, thời gian trong ngày.
  - + Có rối loạn hệ tự chủ không: chảy nước bọt, vã mồ hôi, tiêu tiểu trong cơn...
  - + Biểu hiện sau cơn: có rối loạn tri giác không; có rơi vào giấc ngủ không; có tỉnh táo và chơi đùa giữa các cơn không; có nhức đầu không; có yếu liệt không; có mất giọng nói không.
  - + Có bị chấn thương do cơn co giật gây ra không.
  - + Có yếu tố kích thích hay thúc đẩy không.
  - + Có thể nhớ cha mẹ bé mô tả lại cơn co giật.
- Tìm hiểu về các yếu tố liên quan đến nguyên nhân thúc đẩy:
  - + Sốt.
  - + Ói mửa, nhức đầu.
  - + Chấn thương đầu.



## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- + Tiêu chảy, tiêu đàm máu.
- + Dấu yếu liệt.
- + Nếu trẻ đang điều trị động kinh thì hỏi trẻ có bỏ cử không, có dùng thuốc gì kèm không...
- + Khả năng bị ngộ độc: gia đình có ai đang dùng thuốc gì không, tiếp xúc với phân bón, thuốc diệt chuột...
- Tiền sử:
  - + Cơ giật đầu tiên hay đã nhiều lần.
  - + Tiền căn sản khoa.
  - + Tiền căn co giật do sốt.
  - + Bệnh lý thần kinh trước: bại não, chậm phát triển tâm thần vận động...
  - + Tiền căn chấn thương.
  - + Thuốc dùng trước đây.
  - + Có đang dùng thuốc co giật không và đáp ứng của trẻ với thuốc.
  - + Bệnh chuyển hóa.
  - + Tiền căn gia đình: cần gợi ý họ nhớ ra và khuyến khích họ tìm hiểu thêm.

### 3.2. Khám lâm sàng

- Đánh giá tri giác: tỉnh táo hay lơ đãng, li bì, lơ mơ hoặc hôn mê, nói sảng, hôn mê.
- Đánh giá sinh hiệu: thân nhiệt, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Tìm các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân:
  - + Dấu màng não: cổ gượng, dấu Brudzinski, thóp phồng.
  - + Dấu gợi ý xuất huyết: dấu hiệu thiếu máu ở trẻ sơ sinh và nữ nhi.
  - + Dấu gợi ý thần kinh định vị: yếu liệt thần kinh nội sọ, yếu liệt chi.
  - + Dấu chấn thương: bầm máu, rách da đầu.
  - + Khám da: mảng cà phê sữa, bثور máu, mảng da đỏ tím trên mặt...
  - + Khám đáy mắt: dấu phù gai, xuất huyết, viêm màng mạch võng mạc, coloboma hay các thay đổi dạng dát như phacomia của võng mạc.
  - + Để ý mùi hôi toát ra từ người hoặc hơi thở của bệnh nhi.
- Khám tổng quát và khám thần kinh.

### 3.3. Các xét nghiệm

- Đường huyết.
- Ion đồ: đánh giá co giật do tăng hay giảm  $\text{Na}^+$  máu, giảm  $\text{Ca}^{++}$  hay  $\text{Mg}^{++}$  máu.
- Công thức máu (CTM); CRP (C reactive protein) khi nghi ngờ nhiễm trùng.
- Cây máu.
- Cây phân, cấy nước tiểu.
- Ký sinh trùng sốt rét.
- Huyết thanh chẩn đoán tác nhân khi nghi ngờ viêm não.
- Chức năng thận, gan.
- Lấy mẫu dịch dạ dày khi nghi ngờ ngộ độc qua đường uống hay tìm chất độc trong máu khi nghi ngờ ngộ độc.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- Chọc dò dịch não tủy: chọc dò khi bệnh sử và thăm khám nghi ngờ một nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương. Đặc biệt là khi có sốt kèm cơn giật kéo dài, cổ gượng, dấu màng não, có petechiae, rối loạn tri giác và hôn mê.
- Chẩn đoán hình ảnh não:
  - + Siêu âm não xuyên thóp khi trẻ còn thóp.
  - + CT Scan sọ não.
  - + MRI chỉ định tốt trong bệnh nhân nghi ngờ bị động kinh triệu chứng, bệnh lý chất trắng, viêm mạch máu não, dị dạng mạch máu não, nhồi máu não nhỏ và sâu, và trong bất cứ loại sang thương nào trong thân não và tiểu não.
- Điện não đồ: chỉ định khi nghi ngờ động kinh.

### 4. XỬ TRÍ CƠN CO GIẬT

- Nguyên tắc chung: các cơn co giật thường ngắn (1-3 phút), tự giới hạn và không cần điều trị. Bắt đầu điều trị khi trẻ có cơn kéo dài hơn 5 phút.
- Xử trí cụ thể:
  - + Thông thoáng đường thở: hút đờm, chất nôn; nếu trẻ có nôn thì đặt trẻ nằm nghiêng; đặt cây đè lưỡi có quấn gạc giữa hai hàm răng để tránh cắn lưỡi khi trẻ co giật. Không nên cố gắng nạy hàm răng trẻ nếu trẻ đã cắn chặt răng vì có thể làm tổn thương răng nướu của trẻ.
  - + Thở oxy qua cannula hay qua mặt nạ với  $\text{FiO}_2$  cao nhất nhằm cung cấp oxy tối ưu cho trẻ sau đó giảm dần  $\text{FiO}_2$  đến mức thích hợp.
  - + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, độ bão hòa oxy, điện tâm đồ.
- Lấy đường truyền tĩnh mạch:
  - + Lấy máu để thử đường huyết, urê, điện giải đồ, lưu giữ mẫu máu cho xét nghiệm chuyển hóa, ngộ độc.
  - + Truyền dịch duy trì bằng dung dịch NaCl 0,45% Dextrose 5%.
- Cắt cơn co giật:
  - + Điều trị khởi đầu:
    - Lorazepam: 0,05-0,1 mg/kg/liều, tối đa là 4mg. Pha cùng thể tích với NaCl 0,9% hoặc dextrose 5%, tiêm tĩnh mạch chậm (TMC) trên 2 phút. Có thể lặp lại 1 lần sau 5-10 phút.
    - Diazepam: 0,2-0,3 mg/kg/liều; tối đa là 5-10mg. Có thể lặp lại 1 lần sau 5-10 phút
  - + Nếu không lấy được đường TM:
    - Midazolam: 0,1-0,2 mg/kg/liều tiêm bắp.
    - Diazepam: 0,5 mg/kg/liều bơm qua hậu môn, tối đa là 10mg. Có thể lặp lại 1 lần sau 5-10 phút.
    - Nếu không lấy được đường TM cần xem xét chích qua xương cho đến khi lấy được TM
  - + Điều trị duy trì và điều trị cơn co giật không đáp ứng:
    - Fosphenytoin: 20mg/kg/liều. Pha loãng gấp 2-2,5 lần trong NaCl 0,9% hoặc dextrose 5%, bơm tiêm TMC trong 20 phút. Có thể thay bằng phenytoin 20mg/kg/liều, pha trong NaCl 0,9% TMC trong 20-30

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

phút. Nếu đáp ứng thì duy trì với liều 5-10mg/kg/ngày chia làm 3 lần tiêm TMC cách mỗi 8 giờ. Nếu co giật không hết trong vòng 5 phút sau khi đã tiêm xong, có thể dùng thêm 10mg/kg phenytoin hoặc fosphenytoin với liều tương đương phenytoin. Khi vẫn không hết và buộc phải dùng Phenobarbital thì bệnh nhi phải được đặt nội khí quản, giúp thở và chuyển đến ICU

- Phenobarbital: 20mg/kg/liều tiêm TM với tốc độ không quá 100 mg/phút. Nếu có hiệu quả duy trì 3-6 mg/kg/ngày TMC chia làm 2 lần cách mỗi 12 giờ. Cần lưu ý nguy cơ tụt huyết áp.
- Midazolam: liều đầu 0,15-0,2 mg/kg/liều, theo sau bởi truyền TM 1-2 µg/kg/phút, tăng liều 1 µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi không chế được cơn co giật. Phần lớn co giật được khống chế với liều 3 µg/kg/phút, nhưng đôi khi có thể dùng đến 18 µg/kg/phút. Cần lượng giá lại mỗi 12 giờ. Midazolam là thuốc hiệu quả trong điều trị động kinh ở trẻ em. Do có thời gian bán hủy ngắn nên thích hợp cho truyền TM liên tục. Hiệu quả trên tri giác sẽ hết sau 4-5 giờ ngưng thuốc.
- Nếu không có fosphenytoin thì dùng phenytoin thay thế. Nếu cũng không có phenytoin thì có thể bỏ qua giai đoạn đó và dùng ngay phenobarbital.

### 5. CO GIẬT DO SỐT

#### 5.1. Định nghĩa

Là cơn co giật ở nữ nhi hay trẻ nhỏ, thường xảy ra từ 3 tháng đến 5 tuổi, đi kèm với sốt mà không phải do nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương hoặc một nguyên nhân được xác định nào khác.

#### 5.2. Lâm sàng

- Đặc điểm của cơn co giật do sốt thể đơn giản:
  - + Cơn co giật toàn thể.
  - + Thời gian cơn co giật < 15 phút.
  - + Không có cơn tái phát trong cùng đợt bệnh này.
- Đặc điểm của cơn co giật do sốt thể phức tạp:
  - + Cơn co giật khu trú.
  - + Thời gian kéo dài # 15 phút.
  - + Có từ hai cơn co giật trở lên trong cùng đợt bệnh này.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

### GAN TO

PHẠM THỊ MINH RẠNG

#### 1. ĐẠI CƯƠNG

Bình thường bờ trên gan ở khoảng liên sườn 5 đường trung đòn phải, bờ dưới không quá 2 cm ở trẻ nữ nhi và 1 cm ở trẻ nhỏ.

Bờ gan có thể sờ thấy nhưng có thể không phải gan to. Một số tình huống làm vị trí của gan xuống thấp như: tràn khí màng phổi, áp xe dưới hoành, Riedel lobe...

#### 2. NGUYÊN NHÂN

##### 2.1. Nhiễm trùng

- Viêm gan siêu vi A, B, C, D, E... CMV, herpes simplex.
- Viêm gan do vi trùng: nhiễm trùng huyết, Leptospirose, giang mai...
- Ký sinh trùng: sốt rét, Toxoplasma, Histoplasma, giun sán...
- Nhiễm nấm: Actinomyces, Cryptococcosis...

##### 2.2. Bệnh tuần hoàn

Suy tim ứ huyết, viêm màng ngoài tim co thắt, hội chứng Budd - Chiari, huyết khối tĩnh mạch gan, nghẽn tĩnh mạch chủ trên, mạng lưới tĩnh mạch trong gan...

**2.3. Bệnh huyết học:** thiếu máu huyết tán do nhiều nguyên nhân (tạo máu ngoài tủy).

**2.4. U gan,** áp xe gan, nang gan, hemangioma gan...

**2.5. Bệnh chuyển hóa:** Wilson, mucopolipidose, bệnh tích tụ glycogen, thiếu alpha-1 antitrypsin, mucopolysaccharidose.

**2.6. Bất thường giải phẫu học:** teo hẹp đường mật, sỏi mật, u nang ống mật chủ...

**2.7. Chấn thương gan gây máu tụ**

**2.8. Viêm gan nhiễm độc:** do Acetaminophène, Fe, Vit A, độc chất...

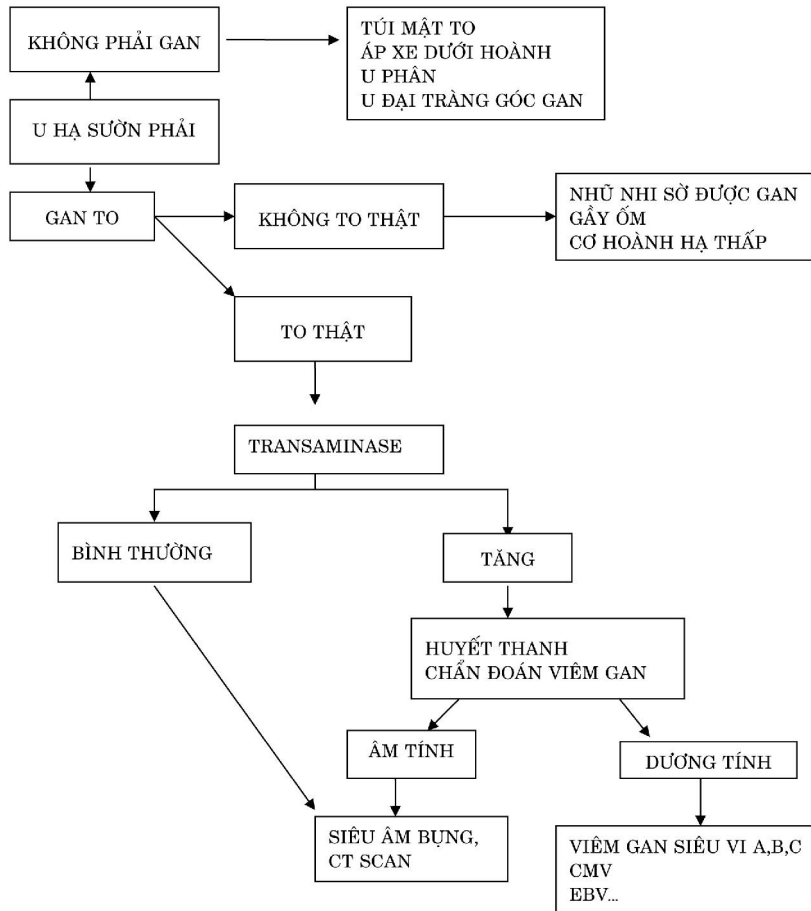
**2.9. Gan nhiễm mỡ** có thể do suy dinh dưỡng hoặc thiếu vitamin.

#### 3. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN

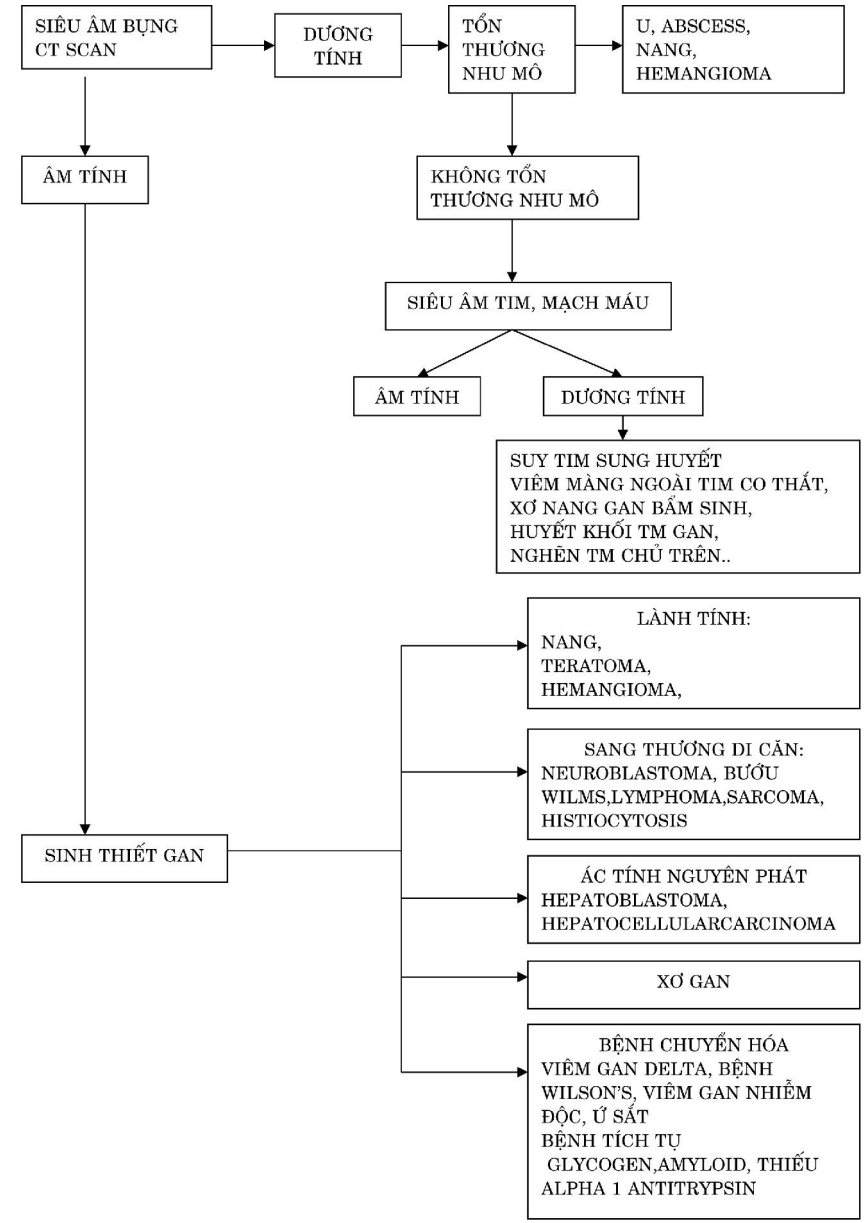
- Bệnh Wilson: định lượng đồng/máu và ceruloplasmin/máu.
- Nhiễm trùng: huyết đồ, CRP, cấy máu, huyết thanh chẩn đoán tùy theo nguyên nhân.
- Nghẽn đường mật: tăng Bilirubin, PAL, gamma GT...
- Thiếu alpha 1 antitrypsin: định lượng alpha 1 antitrypsin.
- Tạo máu ngoài tủy: huyết đồ, hình dạng hồng cầu, men hồng cầu, bilirubin...
- Kéo dài thời gian máu đông, tăng NH<sub>3</sub>/máu, giảm albumin/máu gợi ý suy gan. Tăng ALT và AST gợi ý tổn thương tế bào gan cấp tính...

#### 4. TIẾP CẬN

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**



**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**



## **LÁCH TO**

**PHẠM THỊ MINH RẠNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Lách nằm ở vùng bụng trái, sau phúc mạc, giữa đáy dạ dày và cơ hoành. Lách dài khoảng 12 cm, rộng khoảng 7 cm, dày 3-4 cm và nặng khoảng 170g ở người lớn và 20g ở trẻ sơ sinh. Lách được che phủ bởi xương sườn 9-11.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1. Ở trẻ em** có thể sờ chạm lách nhưng nếu lâm sàng, cận lâm sàng và tiền căn bình thường thì hầu như là lách to vô căn.

**2.2. Cường lách.**

**2.3. Hội chứng Banti.** Bất cứ tình trạng nào gây ra tăng áp tĩnh mạch cửa đều có thể gây ra hội chứng Banti.

**2.4. Tăng sản** dạng lympho lành tính.

**2.5. Thiếu máu** và các dạng rối loạn tự miễn.

**2.6. Lách to do bệnh chuyển hóa**, như: bệnh Gaucher, Niemann-Pick, amyloidosis.

**2.7. Lách to do bệnh ác tính:** Lymphoma.

**2.8. Lách to là do nhiễm trùng** mạn tính

**2.9. Hội chứng Felty.**

### **3. XÉT NGHIỆM**

- CTM, TC đếm, HC lưới.
- Sinh hóa: Bilirubin, chức năng gan.
- Phết máu ngoại biên, tìm ký sinh trùng Sốt rét.
- Cây máu.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Huyết thanh chẩn đoán nếu nghi có Viêm gan siêu vi.
- Làm siêu âm và chụp lách - Cửa nếu nghi suy tim sung huyết, HC Budd-Chiari, nghẽn trước gan...

#### **Chú ý:**

- Nếu lách to nhẹ: xác định xem có nhiễm siêu vi không và theo dõi 4-8 tuần.
- Nếu nặng cần nhập khoa săn sóc đặc biệt.
- Xác định theo lưu đồ huyết học trước xem có thiếu máu tán huyết hay tạo máu ngoài tủy không, sau đó xác định tình trạng viêm nhiễm, rồi đi tiếp xem có tăng áp lực tĩnh mạch cửa rồi mới tới bệnh hệ thống và cuối cùng mới xem coi có bệnh ung thư không.