**MỤC LỤC**

[1.SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE 3](#_Toc24550854)

[2.VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN 31](#_Toc24550855)

[3.VIÊM PHỔI 36](#_Toc24550856)

[4.BỆNH TAY CHÂN MIỆNG 42](#_Toc24550857)

[5.TIÊU CHẢY CẤP TRẺ EM 52](#_Toc24550858)

[6.HỘI CHỨNG LỴ 57](#_Toc24550859)

[7.QUAI BỊ 62](#_Toc24550860)

[8.BỆNH THỦY ĐẬU 64](#_Toc24550861)

[9.BỆNH SỞI 67](#_Toc24550862)

[10.XỬ TRÍ CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM 72](#_Toc24550863)

# SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

**HƯỚNG DẪN**

**CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 týp huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi Aedes aegypti là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

**II. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn: giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục. Phát hiện sớm bệnh và hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

**1. Giai đoạn sốt**

1.1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục.

- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.

- Da xung huyết.

- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.

- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu mũi.

1.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit (Hct) bình thường.

- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên 100.000/mm3).

- Số lượng bạch cầu thường giảm.

**2. Giai đoạn nguy hiểm:** Thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

2.1. Lâm sàng

a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.

b) Có thể có các biểu hiện sau:

- Đau bụng nhiều: đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau nhất là ở vùng gan.

- Vật vã, lừ đừ, li bì.

- Gan to > 2cm dưới bờ sườn, có thể đau.

- Nôn ói.

- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch (thường kéo dài 24-48 giờ).

+ Tràn dịch màng phổi, mô kẽ (có thể gây suy hô hấp), màng bụng, phù nề mi mắt.

+ Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20mmHg hoặc tụt huyết áp, không đo được huyết áp, mạch không bắt được, da lạnh, nổi vân tím (sốc nặng), tiểu ít.

- Xuất huyết.

+ Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạn sườn hoặc mảng bầm tím.

+ Xuất huyết niêm mạc như chảy máu chân răng, chảy máu mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.

+ Xuất huyết nặng: chảy máu mũi nặng (cần nhét bấc hoặc gạc cầm máu), xuất huyết âm đạo nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng (phổi, não, gan, lách, thận), thường kèm theo tình trạng sốc, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng. Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày-tá tràng, viêm gan mạn.

- Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như tổn thương gan nặng/suy gan, thận, tim, phổi, não. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở người bệnh có hoặc không có sốc do thoát huyết tương.

+ Tổn thương gan nặng/suy gan cấp, men gan AST, ALT ≥ 1000U/L.

+ Tổn thương/suy thận cấp.

+ Rối loạn tri giác (sốt xuất huyết Dengue thể não).

+ Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

2.2. Cận lâm sàng

- Cô đặc máu khi Hematocrit tăng > 20% so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.

Ví dụ: Hct ban đầu là 35%, SXHD có tình trạng cô đặc máu khi Hct hiện tại đo được là 42% (tăng 20% so với ban đầu).

- Số lượng tiểu cầu giảm (<100.000/mm3)

- AST, ALT thường tăng.

- Trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.

- Siêu âm hoặc X quang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.

**3. Giai đoạn hồi phục:** Thường vào ngày thứ 7-10 của bệnh

3.1. Lâm sàng

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.

- Có thể phát ban hồi phục hoặc ngứa ngoài da.

- Có thể có nhịp tim chậm, không đều, có thể có suy hô hấp do quá tải dịch truyền.

3.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.

- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.

- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.

- AST, ALT có khuynh hướng giảm.

***Phụ lục 1:*** Các giai đoạn lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue.

**III. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ**

1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2009)

- Sốt xuất huyết Dengue.

- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

***Phụ lục 2:*** Phân độ sốt xuất huyết Dengue.

*Lưu ý:* Trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

2. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

2.1. Xét nghiệm huyết thanh

- Xét nghiệm nhanh: tìm kháng nguyên NS1

- Xét nghiệm ELISA: tìm kháng thể IgM, IgG từ ngày thứ 5 của bệnh.

2.2. Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút: lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do vi rút.

- Tay chân miệng.

- Sốt mò.

- Sốt rét.

- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, ...

- Sốc nhiễm khuẩn.

- Các bệnh máu.

- Bệnh lý ổ bụng cấp,...

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**A. Điều trị sốt xuất huyết Dengue**

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

\* Xem xét chỉ định nhập viện trong các trường hợp sau

- Sống một mình.

- Nhà xa cơ sở y tế, không thể nhập viện kịp thời khi bệnh trở nặng.

- Gia đình không có khả năng theo dõi sát.

- Trẻ nhũ nhi.

- Dư cân, béo phì.

- Phụ nữ có thai.

- Người lớn tuổi (≥60 tuổi).

- Bệnh mạn tính đi kèm (thận, tim, gan, hen, COPD kém kiểm soát, đái tháo đường, thiếu máu tan máu...).

***Phụ lục 3:*** Sơ đồ phân nhóm điều trị người bệnh sốt xuất huyết Dengue.

1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao ≥ 38,5°C, cho thuốc hạ nhiệt, nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10-15mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.

- *Chú ý:*

+ Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24 giờ.

+ Không dùng aspirin (acetylsalicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

2. Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

- Không ăn uống những thực phẩm có màu nâu hoặc đỏ như xá xị, sô cô la,...

- Lượng dịch khuyến cáo: uống theo nhu cầu cơ bản, khuyến khích uống nhiều.

3. Theo dõi

a) Tái khám và làm xét nghiệm hàng ngày. Nếu xuất hiện dấu hiệu cảnh báo cho nhập viện điều trị.

b) Người bệnh đến khám lại ngay khi có một trong các dấu hiệu sau

- Người bệnh thấy khó chịu hơn mặc dù sốt giảm hoặc hết sốt.

- Không ăn, uống được.

- Nôn ói nhiều.

- Đau bụng nhiều.

- Tay chân lạnh, ẩm.

- Mệt lả, bứt rứt.

- Chảy máu mũi, miệng hoặc xuất huyết âm đạo.

- Không tiểu trên 6 giờ.

- Biểu hiện hành vi thay đổi như lú lẫn, tăng kích thích, vật vã hoặc li bì.

**B. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo**

**B1. Đối với người bệnh trẻ em (< 16 tuổi)**

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: Người bệnh được cho nhập viện điều trị.

1.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.

1.3. Theo dõi mạch, HA, những dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch đưa vào, nước tiểu và Hct mỗi 4-6 giờ.

1.4. Chỉ định truyền dịch

a) Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau

- Lừ đừ.

- Không uống được nước.

- Nôn ói nhiều.

- Đau bụng nhiều.

- Có dấu hiệu mất nước.

- Hct tăng cao.

b) Dịch truyền bao gồm: Ringer lactate, Ringer acetate, NaCl 0,9%.

1.5. Phương thức truyền dịch

- Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 6-7ml/kg/giờ trong 1-3 giờ, sau đó 5ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Theo dõi lâm sàng, Hct mỗi 2-4 giờ.

- Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu ≥ 0,5-1ml/kg/giờ, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 3ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 24-48 giờ.

- Nếu mạch nhanh, HA tụt hoặc kẹt, Hct tăng: Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có và truyền dịch tiếp tục như sau:

+ Khi tổng dịch truyền > 60ml/kg: chuyển sang cao phân tử truyền tĩnh mạch 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.

+ Khi tổng dịch truyền ≤ 60ml/kg: tăng tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.

*\* Lưu ý*

**- Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh, ẩm, thời gian làm đầy mao mạch ≥ 3 giây, lừ đừ hay vật vã, bứt rứt; huyết áp bình thường hoặc hiệu áp = 25 mmHg:** điều trị như sốc SXHD.

**- Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh (mát), mạch nhanh, HA bình thường:** Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10ml/kg/giờ trong 1 giờ, sau đó đánh giá lại.

+ Nếu cải thiện lâm sàng, tay chân ấm, mạch chậm lại, HA bình thường: tiếp tục Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 6-7ml/kg/giờ x 1-3 giờ → 5ml/kg/giờ x 2-4 giờ và xử trí tiếp theo như phác đồ SXHD cảnh báo.

+ Nếu có sốc truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ trong 1 giờ và xử trí tiếp sau đó như phác đồ sốc SXHD.

- Thời gian truyền dịch: thường là không quá 24-48 giờ.

***Phụ lục 4:*** Sơ đồ xử trí sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo ở trẻ em.

**B. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng:** người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu.

**B.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng trẻ em**

**C.1.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue**

C.1.1.1. Chuẩn bị các dịch truyền sau

- Ringer lactate.

- Ringer acetate trong trường hợp có tổn thương gan nặng hoặc suy gan cấp.

- Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%).

- Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES 200.000 dalton)).

- Dung dịch albumin.

C.1.1.2. Thở oxy qua gọng mũi 1 -6 lít/phút.

Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

***Phụ lục 6:*** Điều trị suy hô hấp cấp.

C.1.1.3. Bù dịch nhanh

***Phụ lục 7:*** Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em.

*Lưu ý:* Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch.

***Phụ lục 8:*** Cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em dư cân hoặc béo phì.

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct:

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hết kẹt)

- Tiếp tục truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 1-2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 7,5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ **→**5ml/kg/giờ x 3-4 giờ → 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ.

- Nếu bệnh nhân sau đó ra sốc (mạch bình thường, HA bình thường, nước tiểu ≥ 0,5ml/kg/giờ) và hematocrit bình thường, có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.

b) Nếu không cải thiện lâm sàng (mạch nhanh, nhẹ, HA còn tụt, kẹt hiệu áp < 20mmHg)

b.1) Nếu hematocrit còn tăng cao hoặc ≥ 40%

- Chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Cao phân tử được chọn trong SXHD là Dextran 40, Dextran 70 hoặc 6% HES 200, không dùng Gelatin do hiệu quả kém. Tác dụng phụ của HES là rối loạn đông máu, tổn thương gan, thận đặc biệt là khi tổng liều > 60ml/kg.

- Nếu cải thiện lâm sàng, hematocrit giảm: giảm tốc độ CPT dần 10ml/kg/giờ x 1 giờ → 7,5ml/kg/giờ x 1-2 giờ → 5ml/kg/giờ x 1-2 giờ. Đánh giá lâm sàng, Hct sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền.

+ Nếu ra sốc và Hct bình thường: chuyển sang điện giải Ringer lactate hay NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 3-4 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ. Phải theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ và lập lại hematocrit sau 1 giờ trong 2 giờ đầu, sau đó là mỗi 4-6 giờ. Có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng, mạch nhanh, HA còn tụt hoặc kẹt: lặp lại truyền CPT 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Nếu chưa có catheter động mạch nên xét nghiệm khí máu tĩnh mạch để xác định toan máu dựa vào pH và HCO3- và xét nghiệm đường huyết, điện giải đồ, lactate máu. Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci huyết nếu có. Đo HA động mạch xâm lấn (động mạch cổ tay), đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và xử trí như sốc SXHD nặng.

- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP)

\* Vị trí: tĩnh mạch được chọn đo CVP trong SXHD là tĩnh mạch nền ở khuỷu tay (không dùng tĩnh mạch cảnh trong, tĩnh mạch dưới đòn do nguy cơ xuất huyết) bằng phương pháp Seldinger cải tiến dưới hướng dẫn siêu âm để tăng tỉ lệ thành công, ít biến chứng, hoặc sử dụng kỹ thuật bộc lộ tĩnh mạch để đặt CVP.

\* Phương pháp đo: Có thể qua cột nước hoặc monitor. Nếu có điều kiện, nên đo CVP qua monitor để theo liên tục.

\* Chỉ định đo CVP

+ Quá tải, nghi ngờ quá tải.

+ Sốc kéo dài, sốc không đáp ứng với bù dịch ≥ 60ml/kg cân nặng.

+ Tái sốc.

+ Sốc kèm bệnh lý tim, phổi, thận.

+ Sốc ở trẻ nhũ nhi, béo phì.

\* Phân tích kết quả CVP

■ Thấp khi CVP ≤ 5cmH2O, cao khi CVP ≥ 15 cmH2O

■ Xử trí luôn phải kết hợp giữa lâm sàng, hematocrit và CVP.

- Khi có tĩnh mạch trung tâm nên xét nghiệm ScvO2 để đánh giá sử dụng O2. Trị số ScvO2 bình thường là ≥ 70%.

- Nếu không đo được CVP thì dùng siêu âm khảo sát sự thay đổi đường kính của tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở để giúp đánh giá thể tích dịch nội mạch.

+ Nếu đường kính của tĩnh mạch chủ dưới nhỏ và xẹp cả 2 thì hô hấp là thiếu dịch.

+ Nếu đường kính của tĩnh mạch chủ dưới to và căng cả 2 thì hô hấp là dư dịch.

b.2) Nếu hematocrit ≤ 35% hoặc giảm 20% so với ban đầu.

Cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội và truyền máu, tốt nhất là truyền hồng cầu lắng 5ml/kg hoặc máu toàn phần 10ml/kg, tốc độ truyền tùy tình trạng chảy máu và hematocrit, thường trong 1-2 giờ, song song đó truyền CPT 10ml/kg/giờ. Xem xét truyền huyết tương đông lạnh để cầm máu (xem phần điều trị xuất huyết nặng). Sau 1 giờ, đánh giá lại tình trạng lâm sàng, hematocrit.

- Nếu cải thiện lâm sàng, hematocrit > 35%.

+ Tiếp tục giảm dần CPT 7,5ml/kg/giờ x 1 -2 giờ → 5ml/kg/giờ x 1 -2 giờ. Sau đó đánh giá lại tình trạng lâm sàng, hematocrit.

+ Nếu ra sốc (tỉnh táo, tay chân ấm, thời gian đổ đầy mao mạch < 2 giây, mạch và huyết áp bình thường theo tuổi, nước tiểu ≥ 0,5-1ml/kg/giờ, Hematocrit bình thường và CVP 10-15cmH2O, ScvO2 ≥ 70%, Lactate máu bình thường < 2mmol/L, khí máu pH và HCO-3 bình thường nếu có): chuyển sang điện giải Ringer lactate hay NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 3-4 giờ → 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ, có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.

***Phụ lục 9:*** Điều kiện chuyển từ dung dịch CPT sang dung dịch điện giải và ngược lại.

+ Nếu còn sốc, lặp lại truyền CPT 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ, đo HA động mạch xâm lấn, áp lực tĩnh mạch trung tâm và xử trí như sốc SXHD nặng.

- Nếu không cải thiện lâm sàng, mạch nhanh, HA còn tụt hoặc kẹt, hematocrit còn tăng cao: lặp lại truyền CPT 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ, điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci huyết nếu có. Đo HA động mạch xâm lấn, áp lực tĩnh mạch trung tâm và xử trí như sốc SXHD nặng.

\* Đối với nhũ nhi ≤ 12 tháng tuổi

- Phát hiện sốc thường trễ do ít nghĩ đến chẩn đoán SXHD và khó đo huyết áp.

- Hematocrit bình thường có thể ở mức thấp (30-35%) do có thiếu máu sinh lý.

- Chú ý lượng dịch và tốc độ dịch truyền để tránh nguy cơ dư dịch, suy hô hấp.

- Do ở trẻ nhũ nhi rất khó đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nên xem xét dùng siêu âm khảo sát sự thay đổi đường kính của tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở để giúp đánh giá thể tích dịch nội mạch thay cho CVP.

**B.1.2. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng**

Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0)) hoặc tụt huyết áp nặng (HA tâm thu < 70mmHg ở trẻ > 1 tuổi) hoặc hiệu áp ≤ 10mmHg thì phải xử trí rất khẩn trương.

- Để người bệnh nằm đầu thấp.

- Thở oxy.

- Truyền dịch nhanh: dùng bơm tiêm to bơm trực tiếp vào tĩnh mạch Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% với tốc độ 20ml/kg cân nặng trong vòng 15 phút.

***Phụ lục 10:*** Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em.

*Lưu ý:* Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch (***Phụ lục 8:*** Cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em dư cân hoặc béo phì).

Sau đó đánh giá lại mạch và huyết áp người bệnh, có 3 khả năng xảy ra

a) Nếu mạch rõ, huyết áp bình thường hết kẹt, cho dung dịch CPT 10ml/kg cân nặng/giờ trong 1 giờ. Sau đó nếu cải thiện lâm sàng và Hct giảm ≤ 10% so với ban đầu thì giảm tốc độ truyền CPT 7,5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ → 5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ. Sau đó nếu ra sốc và Hct bình thường sẽ chuyển sang truyền dung dịch điện giải Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 2-4 giờ → 2-3ml/kg/giờ trong 24-36 giờ. Xem xét ngưng dịch sau 24-48 giờ nếu mạch, huyết áp, Hct bình thường hoặc nước tiểu ≥ 0,5ml/kg/giờ.

b) Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹt hoặc huyết áp hạ: Truyền dung dịch CPT 15-20ml/kg cân nặng/giờ, có 2 khả năng xảy ra.

b.1) Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).

b.2) Nếu không cải thiện lâm sàng, kiểm tra Hct.

\* Nếu Hct cao hay > 40%: truyền CPT 10-20ml/kg/giờ.

- Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).

- Nếu còn sốc (sốc thất bại bù dịch)

○ Hội chẩn khoa, hội chẩn bệnh viện hoặc hội chẩn tuyến trên.

○ Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci máu nếu có.

○ Xem xét đặt nội khí quản giúp thở.

○ Xét nghiệm Hct, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP), đo HA động mạch xâm lấn và đánh giá chức năng tim nếu được.

***Phụ lục 11:*** Tiêu chuẩn hội chẩn.

***Phụ lục 12:*** Mẫu giấy tóm tắt kèm theo giấy chuyển tuyến trong sốc sốt xuất huyết Dengue.

Có 3 khả năng xảy ra:

+ CVP ≤ 15cmH20: truyền CPT 10-20ml/kg/giờ hoặc đổi sang truyền albumin 5% khi tổng lượng CPT ≥ 60ml/kg và đang chống sốc CPT ≥ 5-10ml/kg/giờ kèm albumin < 2g/dL hoặc người bệnh suy gan nặng, suy thận, ARDS.

*Cách pha nồng độ albumin 5%:* 1 lọ albumin 20% 50ml + 150ml Normalsaline = 200ml albumin 5%.

*Liều albumin (g)* = [nồng độ albumin cần đạt (g/dl) - nồng độ albumin hiện tại (g/dl)] x thể tích huyết tương (0,8 x cân nặng (kg)).

Sau truyền đánh giá lâm sàng và thử lại albumin. Có thể lập lại truyền albumin 5% nếu cần.

+ CVP > 15cmH2O, Hct cao kèm sức co bóp cơ tim bình thường: thử dịch truyền với CPT 5-10ml/kg/giờ. Sau đó nếu cải thiện sẽ truyền CPT 5ml/kg/giờ. Nếu có dấu hiệu quá tải, ngưng dịch và cho thuốc tăng co cơ tim Dobutamin liều 3-10µg/kg/phút.

+ CVP > 15cmH2O kèm sức co cơ tim giảm: truyền Dopamin liều 5-10 µg/kg/phút có thể kết hợp truyền CPT. Nếu có dấu hiệu quá tải, ngưng dịch và cho thuốc tăng co cơ tim Dobutamin liều 3-10µg/kg/phút. Nếu còn sốc kèm giảm sức co cơ tim thì phối hợp thêm Adrenaline liều 0,05-0,3µg/kg/phút hoặc phối hợp Noradrenaline liều 0,05-1µg/kg/phút trong trường hợp giảm kháng lực mạch máu. Điều trị toan, hạ Calci nếu có.

***Phụ lục 13:*** Sử dụng thuốc vận mạch trong sốc SXHD

\* Nếu Hct thấp (< 35%) hoặc giảm > 20% so với ban đầu.

- Cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội và truyền máu, tốt nhất là truyền hồng cầu lắng (HCL) 5ml/kg hoặc máu toàn phần 10ml/kg. Tốc độ truyền tùy tình trạng chảy máu và hematocrit, thường trong 1-2 giờ, song song đó truyền CPT 10ml/kg/giờ. Xem xét truyền huyết tương đông lạnh để cầm máu (xem phần điều trị xuất huyết nặng). Sau 1 giờ, nếu cải thiện lâm sàng và Hct thì xử trí theo (a).

- Nếu mạch, huyết áp vẫn không đo được: bơm tĩnh mạch trực tiếp dung dịch cao phân tử 20ml/kg cân nặng/15 phút. Nên đo CVP để có phương hướng xử trí. Sau đó nếu đo được huyết áp và mạch rõ, thì xử trí theo (a). Nếu không cải thiện thì xử trí theo (b.2).

**\* Những lưu ý khi truyền dịch**

- Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiểu nhiều. Nói chung không cần thiết bù dịch sau khi hết sốc 24 giờ.

- Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch (biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm), cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemide 0,5-1mg/kg cân nặng/lần (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiểu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.

**\* Tiêu chuẩn ngưng truyền dịch**

+ Lâm sàng ổn định, chi ấm, mạch rõ, HA ổn định, tiểu khá.

+ Hct ổn định.

+ Thời điểm ngưng truyền dịch thường 24 giờ sau khi hết sốc và bệnh nhân có các dấu hiệu của giai đoạn hồi phục, thường là sau ngày 6-7. Tổng dịch truyền thường 120-150ml/kg trong trường hợp sốc SXHD. Trường hợp sốc SXHD nặng, thời gian truyền dịch và thể tích dịch truyền có thể nhiều hơn.

+ Ngưng dịch truyền khi có dấu hiệu quá tải hoặc dọa phù phổi.

- Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc), cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.

- Nếu diễn biến không thuận lợi, nên tiến hành:

+ Đo CVP để bù dịch theo CVP hoặc dùng vận mạch nếu CVP cao.

+ Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, da, niêm mạc, tìm xuất huyết nội để chỉ định truyền máu kịp thời.

+ Thận trọng khi tiến hành thủ thuật tại các vị trí khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn, động mạch bẹn, đùi.

- Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:

+ Hạ đường huyết.

+ Tái sốc do không bù đắp đủ lượng dịch tiếp tục thoát mạch.

+ Xuất huyết nội.

+ Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.

- Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hoá. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

**B.1.3. Điều trị xuất huyết nặng**

- Nhịn ăn uống.

- Tránh đặt sonde dạ dày ngoại trừ xuất huyết tiêu hóa ồ ạt thì nên đặt qua đường miệng.

- Vitamine K1 tĩnh mạch liều 1mg/kg/ngày, tối đa 20mg/ngày.

- Omeprazole 1 mg/kg truyền tĩnh mạch hoặc các thuốc ức chế bơm Proton khác (PPI): Pantoprazol, Esomeprazol nếu nghi viêm loét dạ dày.

- Truyền máu và chế phẩm máu.

a) Truyền máu

- Khi người bệnh có sốc nghi mất máu cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.

- Chỉ định truyền máu.

+ Hct ≤ 35% kèm sốc thất bại hoặc đáp ứng kém với bù dịch ≥ 40ml/kg.

+ Hct giảm nhanh > 20% kèm sốc thất bại hoặc đáp ứng kém với bù dịch.

+ Hct ≤ 40% kèm đang xuất huyết ồ ạt.

- Truyền hồng cầu lắng hoặc máu toàn phần trong đó ưu tiên hồng cầu lắng.

+ Hồng cầu lắng 5 - 10ml/kg, hoặc

+ Máu toàn phần (mới lấy < 7 ngày) 10 - 20ml/kg.

b) Truyền huyết tương tươi đông lạnh

- Chỉ định truyền huyết tương tươi đông lạnh: rối loạn đông máu nặng (PT > 2 lần bình thường hoặc INR > 1,5) kèm ít nhất 1 tiêu chuẩn:

+ Đang xuất huyết nặng.

+ Có chỉ định chọc màng phổi, màng bụng.

+ Truyền máu khối lượng lớn (≥ 1/2 thể tích máu).

- Liều: 10-20ml/kg/2-4 giờ.

c) Truyền kết tủa lạnh

- Chỉ định truyền kết tủa lạnh: đang xuất huyết nặng kèm Fibrinogen < 1 g/L.

- Liều: 1 túi/6kg (1 túi chứa 150mg Fibrinogen).

d) Truyền tiểu cầu

- Chỉ định truyền tiểu cầu:

+ Tiểu cầu < 5.000/mm3 (xem xét tùy từng trường hợp).

+ Tiểu cầu < 50.000/mm3 kèm đang xuất huyết nặng hoặc có chỉ định chọc màng phổi, màng bụng.

- Liều: 1 đơn vị tiểu cầu đậm đặc/5kg hoặc 1 đơn vị tiểu cầu chiết tách/10kg truyền trong 1-2 giờ.

**B.1.4. Điều trị toan chuyển hóa, hạ đường huyết, hạ Calci huyết, hạ Natri máu.**

- Toan chuyển hóa (pH < 7,35 và/hoặc HCO3- < 17): Natri bicarbonate 4,2% 2ml/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ đường huyết (đường huyết < 40mg/dl): Dextrose 30% 1-2ml/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ Calci huyết (Calci ion hóa < 1mmol/L): Calci clorua 10% 0,1-0,2 ml/kg (tối đa 2-5ml/liều), pha loãng trong Dextrose 5% 10-20ml tĩnh mạch chậm 5-10 phút.

- Hạ Natri máu nặng kèm rối loạn tri giác (Natri máu < 125mEq/l): Natriclorua 3% 4ml/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút, lặp lại khi cần.

**B.1.5. Điều trị suy tạng nặng**

a) Tổn thương gan, suy gan cấp

\* Phân độ tổn thương gan cấp trong SXHD.

+ (1) Nhẹ: AST, ALT 120 - < 400U/L.

+ (2) Trung bình: AST, ALT 400 - < 1000U/L.

+ (3) Nặng hoặc suy gan cấp: AST, ALT ≥ 1000U/L, có hoặc không có bệnh lý não gan.

\* Điều trị tổn thương gan cấp trung bình

- Nhập viện điều trị.

- Tránh dùng các thuốc hại gan.

- Truyền dịch nếu có chỉ định.

+ Tránh dùng dung dịch Ringer lactate, paracetamol trong trường hợp tổn thương gan mức độ trung bình, nặng.

+ Dung dịch được chọn: NaCl 0,9% hoặc Ringer acetate, Dextrosaline. Hạn chế dùng dung dịch HES.

\* Điều trị tổn thương gan nặng, suy gan cấp. Điều trị tương tự tổn thương gan trung bình kèm.

- Hỗ trợ hô hấp khi cần.

- Điều trị hạ đường huyết nếu có.

- Hạn chế dịch 2/3-3/4 nhu cầu.

- Điều trị rối loạn điện giải nếu có.

- Vitamin K1 1mg/kg tĩnh mạch chậm, tối đa 20mg/ngày.

- Điều trị rối loạn đông máu: truyền huyết tương đông lạnh.

- Kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.

\* Trong bệnh lý não gan.

- Xem xét truyền tĩnh mạch N Acetyl Cystein khi suy gan cấp nếu có điều kiện.

+ Tấn công: 150mg/kg truyền tĩnh mạch (TTM) trong 1 giờ.

+ Duy trì: 50mg/kg TTM trong 4 giờ, sau đó 100mg/kg TTM trong 16 giờ. Sau đó tiếp tục TTM 6,25mg/kg/giờ trong 48-72 giờ.

- Lactulose.

- Thụt tháo.

- Lọc máu liên tục ± thay huyết tương khi có suy đa cơ quan hoặc thất bại điều trị nội khoa.

- Điều trị tăng áp lực nội sọ (nếu có): Mannitol 20% liều 0,5g/kg/lần TTM nhanh 30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ, có thể phối hợp xen kẽ Natri chlorua 3% 4ml/kg/30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ.

- *Lưu ý:* điều trị hỗ trợ tổn thương gan cần lưu ý chống sốc tích cực nếu có, hô hấp hỗ trợ sớm nếu sốc không cải thiện, theo dõi điện giải đồ, đường huyết nhanh, khí máu động mạch, amoniac máu, lactate máu, đông máu toàn bộ mỗi 4-6 giờ để điều chỉnh kịp thời các bất thường nếu có.

b) Tổn thương thận cấp.

- Chẩn đoán tổn thương thận cấp:

+ Tiểu ít < 0,5ml/kg/giờ, và

+ Creatinine máu tăng ≥ 1,5-2 lần trị số bình thường hoặc độ thanh thải Creatinine (eCrCl) giảm ≥ 50%.

- Điều trị:

+ Chống sốc: dịch truyền, vận mạch, hạn chế dùng HES, xem xét chỉ định dùng albumin.

+ Điều trị bảo tồn tổn thương thận: hạn chế dịch nhập, tránh thuốc tổn thương thận.

+ Theo dõi cân nặng và cân bằng dịch xuất - nhập.

+ Xem xét chọc dẫn lưu ổ bụng khi có tăng áp lực ổ bụng nặng (áp lực bàng quang > 27cmH2O).

+ Thận nhân tạo (lọc máu chu kỳ) khi suy thận cấp kèm quá tải hoặc hội chứng ure huyết, toan chuyển hóa nặng, tăng kali máu thất bại điều trị nội khoa ở bệnh nhân huyết động ổn định.

+ Lọc máu liên tục khi suy thận cấp hoặc tổn thương đa cơ quan ở bệnh nhân huyết động không ổn định.

c) Sốt xuất huyết Dengue thể não.

- Chẩn đoán: rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú, loại trừ các nguyên nhân khác: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan, giảm oxy máu nặng, xuất huyết não, màng não, viêm não, màng não do nguyên nhân khác.

- Điều trị:

+ Đầu cao 30°.

+ Thở oxy.

+ Chống co giật (nếu có): Diazepam 0,2mg/kg tĩnh mạch chậm, có thể bơm qua đường hậu môn 0,5mg/kg khi không tiêm tĩnh mạch được. Nếu không hiệu quả lặp lại liều thứ 2 sau 10 phút, tối đa 3 liều. Nếu thất bại thêm Phenobarbital 10-20mg/kg TTM trong 15-30 phút.

+ Điều trị hạ đường huyết (nếu có): Dextrose 30% 1-2ml/kg (trẻ < 1 tuổi Dextrose 10% 2ml/kg).

+ Điều chỉnh rối loạn điện giải - toan kiềm.

+ Chống phù não, chỉ định khi lâm sàng bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: phản xạ mắt búp bê, dấu hiệu mất vỏ (tay co chân duỗi) hoặc mất não (duỗi tứ chi), đồng tử dãn một hoặc hai bên, phù gai thị, thở Cheynes-Stokes hay cơn ngừng thở hoặc tam chứng Cushing (mạch chậm, huyết áp cao, nhịp thở bất thường).

- Điều trị tăng áp lực nội sọ: Mannitol 20% liều 0,5g/kg/lần TTM nhanh 30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ, có thể phối hợp xen kẽ Natri chlorua 3% 4ml/kg/30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ.

+ Đặt nội khí quản thở máy: tăng thông khí giữ PaCO2 30 - 35mmHg.

+ Thuốc hạ nhiệt đặt hậu môn paracetamol 10-15mg/kg/lần, ngày 4 lần nếu có sốt.

d) Viêm cơ tim, suy tim.

- Đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.

- Xét nghiệm: X quang ngực, đo điện tâm đồ, siêu âm tim, điện giải đồ.

- Điều trị: vận mạch noradrenalin, dobutamin, dopamine, adrenalin, milrinon. Xem xét chỉ định ECMO.

**B.1.6. Dư dịch**

a) Chẩn đoán: khám lâm sàng tìm dấu hiệu

- Dư dịch ngoài lòng mạch: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng, không phù phổi.

- Dư dịch trong và ngoài lòng mạch kèm quá tải dịch, hoặc phù phổi: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng to, thở nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, có thể kèm phù phổi: khó thở, ran rít, trào bọt hồng, phổi có ran ẩm, nổ, nhịp tim Gallop.

- X quang phổi, đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

b) Điều trị

\* Dư dịch, không phù phổi, kèm sốc N4-N5.

- Hct cao: truyền cao phân tử hoặc albumine 5% 10ml/kg/1-2 giờ.

- Hct bình thường hoặc thấp: truyền máu, hồng cầu lắng 5ml/kg/1 giờ.

\* Quá tải dịch, không phù phổi kèm huyết động học bình thường và Hct bình thường hoặc thấp ở ngày tái hấp thu (N6-N7).

- Thường do Hct bị pha loãng do tái hấp thu.

- Giảm tốc độ dịch truyền.

- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn.

- Sử dụng vận mạch dopamine hoặc dobutamine.

- Xem xét furosemide vào N7 của bệnh, liều thấp 0,5mg/kg tĩnh mạch chậm sau đó xem xét truyền furosemide liên tục.

- Theo dõi sát, xem xét ngưng dịch.

\* Phù phổi

- Ngưng dịch.

- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn hoặc xâm lấn.

- Dobutamine 5-10μg/kg/phút.

- Furosemide 0,5-1mg/kg tĩnh mạch chậm lặp lại sau 1 giờ khi cần và tình trạng huyết động cho phép.

*Lưu ý:*

Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO2 giảm xuống dưới 92%, nên cho người bệnh thở NCPAP trước. Nếu không cải thiện mới xem xét chỉ định chọc hút để giảm bớt dịch màng bụng, màng phổi.

**D. Các vấn đề khác**

1. Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue theo ***Phụ lục 17***.

***Phụ lục 17:*** Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue.

2. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốc

- Giữ ấm.

- Khi đang có sốc cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15-30 phút/lần (ở trẻ em); 30-60 phút/lần ở người lớn.

- Đo hematocrit sau 1 giờ bù dịch chống sốc và sau đó mỗi 1-2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốc. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốc ổn định.

- Ghi nhận lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.

- Đo lượng nước tiểu.

- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

- Xét nghiệm lactate máu, đường huyết, điện giải đồ.

- Xét nghiệm khí máu động mạch khi có suy hô hấp, tái sốc, sốc kéo dài, tổn thương gan nặng/suy gan.

***Phụ lục 18:*** Các dấu hiệu cần theo dõi khi hồi sức sốc SXHD.

3. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt ít nhất 2 ngày.

- Tỉnh táo.

- Ăn uống được.

- Mạch, huyết áp bình thường.

- Không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng bụng hay màng phổi.

- Không xuất huyết tiến triển.

- AST, ALT <400 U/L.

- Hct trở về bình thường và số lượng tiểu cầu khuynh hướng hồi phục > 50.000/mm3.

***Phụ lục 19:*** Phát hiện và xử trí SXHD ở tuyến cơ sở khi có dịch.

***Phụ lục 20:*** Hướng dẫn chăm sóc SXHD trẻ em (<16 tuổi).

***Phụ lục 21:*** Hướng dẫn chăm sóc SXHD người lớn (≥ 16 tuổi).

***Phụ lục 22:*** Lưu ý một số quy trình kỹ thuật trong chăm sóc SXHD.

***Phụ lục 23:*** Hướng dẫn tư vấn bà mẹ về sốt xuất huyết Dengue

4. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.

- Vắc xin phòng bệnh đang tiếp tục được đánh giá.

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

**Phụ lục đính kèm**

**PHỤ LỤC 4**

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO Ở TRẺ EM

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*



Cải thiện lâm sàng: mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp > 20mmHg

M: mạch, HA: Huyết áp, CPT: Cao phân tử (Dextran hoặc HES 200/0,5), RL: Ringer lactate

**PHỤ LỤC 6**

ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP CẤP

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Suy hô hấp cấp thường gặp trong sốc nặng, sốc kéo dài.

**1. Nguyên nhân.**

(1) Toan chuyển hóa

(2) Quá tải, phù phổi

(3) Tràn dịch màng phổi - màng bụng lượng nhiều

(4) Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)

(5) SXHD thể não

**2. Triệu chứng:** Bệnh nhân có dấu hiệu thở nhanh, rút lõm ngực, tím tái, SpO2 < 92%.

**3. Điều trị.**

- Thở oxy: tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

- Điều trị quá tải, phù phổi nếu có (xem phần điều trị dư dịch, phù phổi).

- Điều trị toan chuyển hóa nặng nếu có: Natri bicarbonate 4,2% 2ml/kg tĩnh mạch chậm.

- Thở không xâm lấn áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP) hoặc thở máy không xâm lấn khi thất bại oxy (không áp dụng cho xuất huyết thể não). Thông số ban đầu áp lực 4-6cmH2O và FiO2 40-60%, sau đó tăng dần áp lực 10cmH2O và FiO2 100%.

- Đặt nội khí quản thở máy khi.

\* Sốc SXHD kèm suy hô hấp.

+ Thất bại với CPAP + dẫn lưu dịch màng bụng theo chỉ định.

+ Phù phổi/quá tải + thất bại CPAP, vận mạch.

+ ARDS + thất bại CPAP.

+ Thất bại CPAP tràn dịch màng bụng hoặc màng phổi lượng nhiều vào N3,4, đầu N5 của bệnh.

+ Đang thở CPAP + tổn thương gan nặng (men gan tăng > 1000U/L hoặc tăng dần).

+ Đang sốc còn thở nhanh, rút lõm ngực với NCPAP kể cả khi SpO2 ≥ 95%, (tốc độ dịch ≥ 7ml/kg/giờ trong nhiều giờ).

\* SXHD thể não kèm suy hô hấp:

+ Suy hô hấp thất bại với thở oxy.

+ Ngưng thở hoặc cơn ngưng thở.

\* Thông số ban đầu:

|  |  |
| --- | --- |
| • Chế độ• Tần số thở:- Trẻ nhũ nhi- Trẻ nhỏ- Trẻ lớn• I/E• PEEP• IP | : Kiểm soát áp lực : 25-30 lần/phút.: 20-25 lần/phút.: 16-20 lần/phút.1/26-8 cmH2O10-20 cmH2O |

(Điều chỉnh để đạt thể tích khí lưu thông: 6-8ml/kg)

|  |  |
| --- | --- |
| • FiO2 | : 60-100% |

\* Khi có tăng áp lực ổ bụng nặng, có thể tăng

PEEP ≤ áp lực ổ bụng (thường = 1/2 ALOB)

PIP = IP + PEEP ≤ 30 + 1/2 áp lực ổ bụng (cmH2O)

ARDS: Xem xét thở máy với chiến lược bảo vệ phổi (Vt 6ml/kg, PEEP 8-16 cmH2O).

- Chọc hút màng bụng và chọc hút màng phổi.

+ Cần hạn chế do nguy cơ xuất huyết ổ bụng, tràn máu màng phổi nặng có thể tử vong.

+ Phải điều chỉnh rối loạn đông máu trước khi chọc: truyền huyết tương tươi, kết tủa lạnh, tiểu cầu để phòng ngừa biến chứng chảy máu khi chọc hút.

**\* Chọc hút - dẫn lưu màng bụng.**

+ Chỉ định:

(1) Suy hô hấp thất bại với thở NCPAP kèm tràn dịch màng bụng lượng nhiều có dấu hiệu chèn ép (siêu âm bụng: dịch ổ bụng nhiều, cơ hoành nâng cao, kém hoặc không di động) và áp lực ổ bụng cao > 27 cmH2O.

(2) Bệnh nhân thở máy: Áp lực ổ bụng > 34 cmH2O kèm áp lực tưới máu ổ bụng < 60mmHg và thông số thở máy cao (PEEP: 14-16 cmH2O kèm IP: 28-30 cmH2O mà Vt < 6ml/kg).

+ Đo áp lực ổ bụng gián tiếp bằng phương pháp đo áp lực bàng quang qua cột nước hoặc monitor:

▪ Tư thế: nằm ngửa, đầu cao.

▪ Vị trí: đường giữa, 2-3cm dưới rốn.

▪ Đâm kim luồn số 16-18G có gắn ống tiêm 20ml thẳng góc với mặt da, vừa đâm vừa hút đến khi thấy dịch chảy ra ống tiêm.

▪ Gỡ ống tiêm, rút nòng kim cùng lúc đẩy nhẹ catheter vào sâu trong khoang màng bụng. Gắn ba chia và ống tiêm.

▪ Hút dịch qua ống tiêm sau đó có thể gắn vào hệ thống dẫn lưu ổ bụng kín (dùng túi dẫn lưu kín nước tiểu).

▪ Ngừng dẫn lưu khi không hoặc ít dịch chảy ra.

▪ Rút kim luồn, ấn chặt 5-10 phút sau đó băng ép để dịch không rỉ qua vết thương.

**\* Chọc hút màng phổi.**

+ Chỉ định: tràn dịch màng phổi lượng nhiều có dấu hiệu chèn ép phổi (phế âm giảm hoặc mất hẳn, X-quang: mờ hơn 1/2 hoặc toàn bộ phế trường, siêu âm: lượng dịch màng phổi nhiều hoặc phổi bị co nhỏ lại) gây suy hô hấp.

+ Kỹ thuật: Đòi hỏi bác sĩ nhiều kinh nghiệm vì tai biến tràn máu màng phổi, có thể đặt nội khí quản thở máy nếu có điều kiện.

▪ Tư thế: nằm đầu cao.

▪ Vị trí: khoang liên sườn 4-5 đường nách giữa, ngang vú.

▪ Đâm kim luồn số 18 - 20G, có gắn ống tiêm 20ml thẳng góc với mặt da, bờ trên xương sườn dưới (để tránh tổn thương mạch máu và thần kinh nằm ở bờ dưới xương sườn) vừa đâm vừa hút đến khi thấy dịch chảy ra ống tiêm. Gỡ ống tiêm. Rút nòng kim cùng lúc đấy nhẹ catheter vào sâu trong khoang màng phổi. Gắn ba chia và ống tiêm.

▪ Hút dịch chậm qua ống tiêm.

▪ Ngừng hút dịch khi không hoặc ít dịch chảy ra.

▪ Không dẫn lưu màng phổi.

**PHỤ LỤC 7**

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*



**PHỤ LỤC 8**

CÂN NẶNG HIỆU CHỈNH Ở TRẺ EM DƯ CÂN HOẶC BÉO PHÌ

*(dựa theo hướng dẫn của CDC 2014)
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Khuyến cáo áp dụng tính cân nặng bù dịch cho trẻ em dư cân, béo phì này chỉ ước tính cho những giờ đầu và nên đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để theo dõi trong khi bù dịch.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tuổi (năm)*** | ***Nam (kg)*** | ***Nữ (kg)*** |
| ***2*** | ***13*** | ***12*** |
| ***3*** | ***14*** | ***14*** |
| ***4*** | ***16*** | ***16*** |
| ***5*** | ***18*** | ***18*** |
| ***6*** | ***21*** | ***20*** |
| ***7*** | ***23*** | ***23*** |
| ***8*** | ***26*** | ***26*** |
| ***9*** | ***29*** | ***29*** |
| ***10*** | ***32*** | ***33*** |
| ***11*** | ***36*** | ***37*** |
| ***12*** | ***40*** | ***42*** |
| ***13*** | ***45*** | ***46*** |
| ***14*** | ***51*** | ***49*** |
| ***15*** | ***56*** | ***52*** |
| ***16*** | ***61*** | ***54*** |

**PHỤ LỤC 10**

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM

*(Ban hành kèm theo Quyết định 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*



**PHỤ LỤC 13**

SỬ DỤNG THUỐC VẬN MẠCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

*(Ban hành kèm theo Quyết ðịnh số 3705/QÐ-BYT ngày 22 tháng 8 nãm 2019 của Bộ trýởng Bộ Y tế)*

- Khi sốc kéo dài, cần phải ðo CVP hoặc siêu âm ðo sự thay ðổi kích thýớc ðýờng kính tĩnh mạch chủ dýới theo nhịp thở hoặc ðo cung lýợng tim (nếu có) ðể quyết ðịnh thái ðộ xử trí.

- Nếu ðã truyền dịch ðầy ðủ mà huyết áp vẫn chýa lên và áp lực tĩnh mạch trung tâm ðã trên 10 cmH2O hoặc ðýờng kính tĩnh mạch chủ dýới cãng to suốt chu kỳ thở hoặc %PPV/SVV < 15% (khi ðo cung lýợng tim trên bệnh nhân thở máy không có nhịp tự thở) thì truyền thuốc vận mạch.

+ Dopamin là thuốc vận mạch ðýợc chọn lựa ðầu tiên trong ðiều trị sốc SXHD kéo dài ở trẻ em. Liều Dopamin 5-10ìg/kg/phút.

+ Dobutamin ðýợc chỉ ðịnh trong trýờng hợp suy tim do quá tải hoặc thất bại với Dopamin. Liều Dobutamin 3-10ìg/kg/phút.

+ Nếu thất bại với Dopamin và Dobutamin thì nên ðo cung lýợng tim (nếu có) ðể hýớng dẫn sử dụng vận mạch: phối hợp Noradrenalin 0,05-0,3ìg/kg/phút khi giảm kháng lực mạch máu hệ thống hoặc phối hợp Adrenalin 0,05-0,3 ìg/kg/phút khi giảm co cõ tim, giảm cung lýợng tim.

**PHỤ LỤC 17**

NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

*(Ban hành kèm theo Quyết Định số 3705/QÐ-BYT ngày 22 tháng 8 nãm 2019 của Bộ trýởng Bộ Y tế)*

1. Nhu cầu dinh dýỡng cho ngýời bệnh sốt xuất huyết Dengue:

1.1. Ðặc ðiểm

- Tãng quá trình dị hóa, tãng sử dụng nãng lýợng, mất các chất dinh dýỡng.

- Chán ãn, tiêu hóa chậm (ðặc biệt là ngýời bệnh biến chứng xuất huyết tiêu hóa), không ãn bằng miệng ðýợc (ngýời bệnh biến chứng não).

- Cách ãn tùy thuộc diễn biến của bệnh.

1.2. Chế ðộ ãn

- Nãng lýợng (E):

E = Nhu cầu sinh lý + (20% ® 60 %) nhu cầu sinh lý hoặc

E = Nhu cầu sinh lý x K (1,2 ® 1,6)

- Protein: thýờng nhu cầu cao hõn bình thýờng nhýng khả nãng ãn uống không ðáp ứng ðýợc nên trong giai ðoạn cấp thãng bằng Nitõ thýờng âm tính. Tỉ lệ Protein trong khẩu phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý của ngýời bệnh:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mức nhiễm khuẩn** | **Tổng E: nitõ** | **Kcal do protein so với tổng E** |
| Nặng | 100:1 | 25% |
| Vừa | 120:1 | 21% |
| Nhẹ | 150:1 | 16% |

Nên dùng Protein có giá trị sinh học cao: trứng, sữa, thịt, cá

- Lipid và cacbohydrat: là nguồn cung cấp nãng lýợng chủ yếu, tãng tỉ lệ ðýờng ðõn, ðôi (nýớc ðýờng, nýớc trái cây) và lipid thực vật.

- Ðủ nýớc, giàu sinh tố và muối khoáng: nýớc trái cây, rau quả, mật ong.

- Bữa ãn: Chia nhỏ làm nhiều bữa trong ngày (trẻ em: 6-8 bữa/ngày, ngýời lớn 4- 6 bữa/ngày)

- Thực phẩm: Mềm, lỏng, nhiều nýớc, không màu nhý sữa, bột cháo mì, phở.

2. Chế ðộ ãn

2.1. Sốt xuất huyết Dengue không biến chứng

- Hạn chế ãn kiêng, nên ãn thức ãn lỏng hoặc mềm.

- Chế ðộ ãn chủ yếu là sữa, nýớc ðýờng, nýớc trái cây, tãng dần nãng lýợng bằng cháo thịt, súp, sữa chua, phở, cõm mềm có canh tùy theo nhu cầu ãn uống của ngýời bệnh.

- Tãng ðýờng ðõn giản: fructose, sarcarose nhý mật ong, trái cây, mía, nếu không có bệnh tiểu ðýờng kèm theo.

- Khuyến khích trẻ ãn nhiều bằng những món ãn hấp dẫn hõn là ép ãn những gì trẻ không thích.

2.2. Sốc sốt xuất huyết Dengue:

- Trong giai ðoạn hồi sức sốc, chú ý theo dõi ðýờng huyết. Ðiều trị Glucose ýu trýõng tĩnh mạch khi có hạ ðýờng huyết.

- Khi bệnh nhân ra sốc, cho ãn sớm qua ðýờng miệng với thức ãn lỏng. Xem xét dinh dýỡng tĩnh mạch một phần khi cung cấp không ðủ nãng lýợng.

2.3. Sốt xuất huyết Dengue có xuất huyết tiêu hóa: Nhịn ãn, nuôi bằng ðýờng tĩnh mạch cho ðến khi hết xuất huyết tiêu hóa.

***Chú ý:***

- Dung dịch nuôi chủ yếu là Glucose 5 - 10 % và Acid amin 10%.

- Khả nãng cung cấp chỉ ðạt khoảng 50% nhu cầu

- Cần quan tâm tới sự quá tải và toan chuyển hóa

- Khi có dấu hiệu xuất huyết ổn ðịnh: thử cho ãn lại bằng nýớc ðýờng lạnh một ngày, sau ðó thay dần bằng những thức ãn mềm lạnh, ðõn giản tới nhiều chất ðể theo dõi sự tái xuất huyết.

2.4. Sốt xuất huyết Dengue có biến chứng gan: chế ðộ ãn viêm gan: ðạm bình thýờng là 1,1 - 1,3 g/kg cân nặng, giảm lipid dýới 15% so với tổng E (nếu không có suy giảm), giảm ðạm (nếu có hôn mê gan), giảm Protein 0,3 ® 0,6 g/kg cân nặng, giảm lipid dýới 10% so với tổng E.

2.5. Sốt xuất huyết Dengue có biến chứng não (Hôn mê)

- Nuôi ãn qua ống thông và phối hợp với ðýờng tĩnh mạch.

- Chú ý cần thận trọng khi chỉ ðịnh ðặt ống thông dạ dày và nếu thời gian hôn mê lâu (>7 ngày) thì phải nuôi dýỡng ðủ nhu cầu theo lứa tuổi, khi ngýời bệnh hồi tỉnh tập ãn bằng miệng.

2.6. Giai ðoạn hồi phục

- Tãng lýợng, tãng ðạm, ãn bù một bữa một ngày nhý tãng bữa phụ (chè, cháo, sữa chua, trái cây).

- Vẫn nên ãn thực phẩm mềm sau 3 ngày ðể phòng xuất huyết tiêu hóa.

**PHỤ LỤC 18**

CÁC DẤU HIỆU CẦN THEO DÕI KHI HỒI SỨC SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

*(Ban hành kèm theo Quyết ðịnh số 3705/QÐ-BYT ngày 22 tháng 8 nãm 2019 của Bộ trýởng Bộ Y tế)*

- Mạch

- HA

- Hiệu áp (mục tiêu là duy trì hiệu áp ở mức ≥ 30mmHg suốt giai ðoạn nguy hiểm)

- Thời gian ðổ ðầy mao mạch (CRT)

- Ðộ ấm/lạnh của chi

- Nhịp thở

- Hct

+ Nếu sau truyền dịch chống sốc mà lâm sàng cải thiện thì sau 2 giờ thử lại Hct, nếu không cải thiện thì thử lại ngay sau 1 giờ.

+ Khi bệnh nhân ra sốc, theo dõi Hct mỗi 2-4 giờ và sau ðó có thể cách mỗi 4-6 giờ.

- Nýớc tiểu ml/kg/giờ theo cân nặng như lúc tính để truyền dịch (mục tiêu là lưu lượng nước tiểu từ 0,5-1ml/kg/giờ).

# VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN

1. **ĐẠI CƯƠNG:**

Viêm tiểu phế quản (VTPQ) là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính do siêu vi của các phế quản cở nhỏ và trung bình, xảy ra ở trẻ nhỏ hơn 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng bao gồm ho, khò khè, thở nhanh, ± co lõm lồng ngực.

Nguyên nhân:

RSV hàng đầu (50-75%) còn có khả năng lây lan rất cao, có thể gây thành dịch lớn hoặc gây VTPQ mắc phải tại bệnh viện.

Adenovirus (10%) (type 3,7,21): thường có bệnh cảnh nặng hơn, có khả năng diễn tiến thành VTPQ tắc nghẽn.

Các nguyên nhân khác : parainfluenza, influenza virus, human metapneumo virus, mycoplasma.

**2.CHẨN ĐOÁN:**

**1.Lâm sàng:**

Hỏi bệnh :

Bệnh sử: khởi phát từ từ với sốt nhẹ, ho, sổ mũi, khò khè, khó thở.

Tiền căn: khò khè (nếu có cần phân biệt với suyễn)

Yếu tố nguy cơ:

+ Tuổi < 3 tháng

+ Tiền sử sinh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh (đặc biệt khi phải giúp thở)

+ Bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt tim bẩm sinh tím, có cao áp phổi

+ Bệnh phổi mạn tính sẵn có: loạn sản phế quản- phổi, thiểu sản phổi…

+ Suy dinh dưỡng nặng

+ Suy giảm miễn dịch: bẩm sinh, mắc phải.

Khám lâm sàng:

Dấu hiệu sinh tồn.

Dấu hiệu nguy hiểm (xem phác đồ viêm phổi)

Dấu hiệu hô hấp: nhịp thở, dấu co lõm ngực, khò khè, ran rít, ran ngáy (còn có thể có ran ẩm, nổ)

**2. Xét nghiệm cận lâm sàng:**

Công thức máu.

Xquang tim phổi thẳng

Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp cần thở NCPAP hay giúp thở, hoặc khi có chỉ định vì lý do khác.

**3. Chẩn đoán**: Chủ yếu vẫn là chẩn đoán lâm sàng

Gợi ý bởi : tuổi < 24 tháng

Biểu hiện lâm sàng : ho, khò khè, thở nhanh, ± co lõm lồng ngực.

Yếu tố dịch tể: thành dịch, mùa mưa

Các xét nghiệm cận lâm sàng: (CTM, Xquang phổi, xét nghiệm siêu vi..)

X quang phổi: các thay đổi không đặc hiệu. Thường thấy hình ảnh ứ khí các phế nang (thường khu trú ở đáy phổi), có thể thấy hình ảnh xẹp phổi (thường ở phân thùy đỉnh/ thùy trên phải). Xquang cũng có thể bình thường.

**4. Chẩn đoán phân biệt:**

Suyễn: có tiền căn khò khè và đáp ứng tốt với khí dung salbutamol, tuy nhiên ở trẻ trên 18 tháng cần nghĩ đến suyễn dù ở cơn đầu.

Viêm phổi

Ho gà: trẻ dưới 3 tháng khi bị VTPQ có thể có biểu hiện ho dạng ho gà

Suy tim

Dị vật đường thở

Các nguyên nhân khò khè hiếm gặp khác (mềm sụn thanh quản, vòng nhẫn mạch máu, các bệnh lý bẩm sinh khác): chỉ nghĩ đến khi có dấu hiệu gợi ý hoặc diễn tiến không điển hình.

**3.ĐIỀU TRỊ:**

**1. Nguyên tắc cơ bản:**

Là điều trị triệu chứng, chủ yếu bao gồm cung cấp đầy đủ nước- điện giải- dinh dưỡng, và đảm bảo đủ oxy.

**2. Chỉ định nhập viện:**

Trẻ dưới 3 tháng tuổi

Có yếu tố nguy cơ

Các dấu hiệu nguy hiểm: tím tái, bỏ bú hoặc bú kém, không uống được, li bì- khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.

Thở co lõm ngực, thở nhanh (trên 70 lần/phút)

Có dấu hiệu mất nước.

**3. Điều trị các trường hợp nhẹ không có chỉ định nhập viện:**

**Điều trị ngoại trú:**

Không chỉ định kháng sinh, thuốc giãn phế quản, corticoid

Chỉ cần điều trị triệu chứng:

+ Tiếp tục cho trẻ ăn/bú bình thường

+ Cho trẻ uống nước nhiều

+ Hạ sốt

+ Chỉ sử dụng thuốc giảm ho an toàn, không chứa antihistamin cũng như các chất có thể có tác dụng phụ quan trọng khác.

Hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần đến khám lại ngay

Tái khám sau 2 ngày.

**4. Điều trị các trường hợp nặng nhập viện:**

**a. Cung cấp đủ nước- điện giải- dinh dưỡng:**

Tiếp tục cho ăn uống, bú.

Chỉ định nuôi ăn qua sonde dạ dày khi:

Thở nhanh >70-80lần/phút.

Nôn ói liên tục nếu ăn uống bằng đường miệng

Kém phối hợp các động tác nút – nuốt- hô hấp, tăng rõ rệt công hô hấp khi ăn uống/bú

Chỉ định truyền dịch: khi trẻ có mất nước, nôn ói liên tục không uống được.

**b. Cung cấp đủ oxygen:**

Thở oxygen liều 2-4 lít/phút, NCPAP, giúp thở tùy mức độ suy hô hấp nhằm đảm bảo SpO2 ≥92%

**c.Kháng sinh: xem phác đồ viêm phổi.**

**d. Thuốc giãn phế quản:**

Thuốc dãn phế quản có hiệu quả không hằng định, cải thiện vừa phải, ngắn hạn nhưng không ảnh huởng xấu lên SP02, tim mạch.

Khi bệnh nhi có khó thở, có thể cho salbutamol khí dung 2 lần cách nhau 20 phút và cần phải đánh giá đáp ứng sau 1h.

+ Nếu có đáp ứng sau 1h: có thể dùng tiếp khí dung mỗi 4-6h và ngưng khi triệu chứng suy hô hấp cải thiện.

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

+ Liều lượng salbutamol: 0,15mg/kg/lần (tối thiểu: 2,5mg, tối đa: 5mg/lần)

+ Lưu ý trong trường hợp bệnh nhi tím tái, thở co lõm ngực nặng, thở nhanh trên 70lần/phút, SpO2<92% cần phải phun khí dung Salbutamol dưới nguồn Oxygen 6l/phút.

**e. Corticoid:** Không chỉ định rộng rãi corticoid trong mọi trường hợp.

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

Liều lượng: Prednisolone: 1-2mg/kg/ngày (bệnh nhi còn uống được)

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

 Dexamethasone: 0,15mg/kg/lần mỗi 6-8h

Các loại Corticoid khí dung chưa được khuyến cáo sử dụng.

**f. Các điều trị khác:** Thông thoáng mũi thường xuyên

Vật lý trị liệu hô hấp khi có biến chứng xẹp phổi.

Cần rửa tay trước và sau khi chăm sóc trẻ.

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

**g. Các điều trị không được khuyến cáo:**

Khí dung Normal saline

Phun khí dung liên tục để làm ẩm không khí

Antihistamine và các loại thuốc ho, co mạch không an toàn.

***Tài liệu tham khảo:***

Phác đồ điều trị nhi khoa -2013 bệnh viện nhi đồng I

Phác đồ điều trị bệnh viện đa khoa Tỉnh Bình Dương

# VIÊM PHỔI

**1. ĐẠI CƯƠNG:**

- Viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng, là nhóm tuổi có nguy cơ mắc và tử vong do viêm phổi cao nhất .

- Trên thực tế trong hầu hết các trường hợp viêm phổi không tìm được tác nhân gây bệnh nên việc điều trị viêm phổi là điều trị theo kinh nghiệm.

- Nguyên nhân gây viêm phổi: thay đổi tùy theo lứa tuổi.

**2. CHẨN ĐOÁN:**

Hỏi bệnh sử:

Hỏi tìm các dấu hiệu: ho, thời gian ho, dấu hiệu khó thở, sốt và các triệu chứng khác.

Những xử trí trước nhập viện.

Khám lâm sàng;

Tìm dấu hiệu nguy hiểm: tím tái trung ương, không uống được, li bì khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.

Tìm dấu hiệu co lõm lồng ngực cũng như các dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ khác.

Đếm nhịp thở trong một phút

Ngưỡng thở nhanh ở trẻ em thay đổi theo tuổi, gọi là thở nhanh khi:

Nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng tuổi.

Nhịp thở ≥ 50 lần/phút ở trẻ từ 2 tháng đến <12 tháng tuổi.

Nhịp thở ≥ 40 lần/phút ở trẻ ≥ 12 tháng đến < 5 tuổi.

Nhịp thở ≥ 30 lần/phút ở trẻ ≥ 5 tuổi.

Khám phổi : nghe phổi: ran phổi, rì rào phế nang, âm thổi ống, gõ, rung thanh.

*Cận lâm sàng:*

Công thức máu.

Xquang tim phổi thẳng.

CRP, cấy máu: nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết

VS, IDR, BK đàm/dịch dạ dày: nếu nghi ngờ lao.

Khí máu động mạch khi có suy hô hấp.

*Chẩn đoán xác định:*

Lâm sàng: sốt, ho, thở nhanh, khó thở.

Xquang: tổn thương nhu mô

*Chẩn đoán có thể:*

Lâm sàng bệnh nhân có sốt, ho, thở nhanh, nhưng trên xquang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ có tổn thương nhu mô.

*Chẩn đoán phân biệt:*

Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân gây viêm phổi thường rất khó.

Chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác:

Suyễn.

Dị vật đường thở bỏ quên

Các bệnh lý phổi bẩm sinh

Các nguyên nhân gây suy hô hấp khác: bệnh lý tim mạch (suy tim, tim bẩm sinh, bệnh lý cơ tim..), chuyển hóa, ngộ độc…

Phân loại viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi:

*Viêm phổi rất nặng:*

Tím tái trung ương.

Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng tuổi), không uống được.

Co giật, li bì khó đánh thức.

Suy hô hấp nặng.

*Viêm phổi nặng:*

Thở co lõm lồng ngực.

Cánh mũi phập phồng.

Rên rĩ (trẻ < 2 tháng tuổi)

Và không có các dấu hiệu nguy hiểm.

Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được đánh giá là nặng.

*Viêm phổi:*

Khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.

**3. ĐIỀU TRỊ:**

Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi:

Viêm phổi rất nặng: nhập viện

Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp.

Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ thứ III: Cefotaxime 200mg/kg/ngày TMC. Hoặc Ceftriaxone 80mg/kg/ngày TMC 1lần/ngày.

Nếu nghi ngờ tụ cầu: Oxacilline (50mg/kg IM hay IV mỗi 6-8 giờ)/ Vancomycine (30-40mg/kg/ngày) và Gentamycine/ Amikacine. Khi cải thiện, chuyển sang Oxacilline uống trong tổng thời gian 3 tuần.

*Các điều trị hỗ trợ khác:*

+ Hạ sốt: Paracetamol

+ Điều trị khò khè với thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh.

+ Thông thoáng đường thở

+ Cung cấp đủ nhu cầu nước- điện giải, dinh dưỡng theo lứa tuổi nhưng không cho quá nhiều nước.

+ Khuyến khích trẻ em uống bằng dường miệng

+ Đặt ống thông dạ dày nuôi ăn.

+ Truyền dịch.

Theo dõi: trẻ cần được theo dõi bởi điều dưỡng ít nhất mỗi 3 giờ, bởi bác sĩ ít nhất 2lần/ này. Nếu không có biến chứng trẻ phải có dấu hiệu cải thiện trong vòng 48h: thở bớt nhanh, bớt co lõm ngực, bớt sốt, ăn uống khá.

Viêm phổi nặng: nhập viện

Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp.

Kháng sinh:

+ Amoxicilline liều cao : uống 80-90mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày hoặc

+ Cefaclor uống 20-40 mg/kg/ngày chia 2 lần hoặc

+Cefuroxim uống 20-30mg/kg/ngày chia 2 lần hoặc

+ Macrolides: Clarithromycin 15mg/kg/ngày chia 2 lần, tối đa 500mg x 2 lần/ngày

+ Azithromycin 6-10mg/kg x 1lần/ngày

Tổng số thời gian điều trị ít nhất 5 ngày (thường 7-10 ngày).

 Nếu trẻ không cải thiện sau 48h, hoặc khi trẻ có dấu hiệu xấu đi:

+ Cephalosporine thế hệ III cho đến khi cải thiện. Sau đó duy trì bằng đường uống cho đủ 10 ngày.

Điều trị nâng đỡ.

Theo dõi : điều dưỡng theo dõi ít nhất mỗi 6h, bác sỹ ít nhất 1lần/ngày.

Nếu không có biến chứng, sẽ có cải thiện trong vòng 48h.

Viêm phổi: điều trị ngoại trú

Kháng sinh: Amoxicilline 80-90mg/ngày chia 2lần/ngày, thời gian ít nhất 5 ngày .

Khuyên gia đình mang trẻ đến khám lại sau 2 ngày hoặc khi trẻ có dấu hiệu nặng hơn.

Nếu cải thiện : tiếp tục uống kháng sinh đủ 5 ngày.

Nếu trẻ không cải thiện (còn thở nhanh, sốt, ăn kém):đổi sang kháng sinh uống thứ 2 (Cefaclor/Cefuroxim hoặc Azithromycin / clarythromycin) và hẹn tái khám sau 2 ngày.

Nếu trẻ có dáu hiệu của viêm phổi nặng hoặc rất nặng: cho nhập viện điều trị.

Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng tuổi:

Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được xem là nặng và đều cần phải nhập viện.

Điều trị viêm phổi sơ sinh tương tự như điều trị các nhiễm khuẩn nặng khác ở sơ sinh.

Kháng sinh ban đầu phải nhằm vào cả vi khuẩn Gram dương (đặc biệt là Streptococcus nhóm B) và cả trực khuẩn Gram âm đường ruột.

+ Ampicilline (50mg/kg mỗi 6-8h) và Gentamycine (7,5mg/kg x 1lần/ngày)

+ Điều trị thay thế: Cephalosporin thế hệ thứ III: Cefotaxime 50mg/kg mỗi 6-8h

+ Nếu nghi ngờ S. aureus: Oxacillin 50mg/kg mỗi 6-8h/ Vancomycine 30-40mg/kg/ngày chia 4 lần+ Gentamycine 7,5mg /kg/ngày/ Amikacin 15mg/kg/ngày

+ Thời gian điều trị tùy thuộc vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh: Streptococcus nhóm B, trực khuẩn Gram âm đường ruột: 7-10 ngày; S.aureus: 3-6 tuần

Viêm phổi ở trẻ từ 5 tuổi trở lên

Viêm phổi không điển hình như Mycoplasma và Chlamydia pneumoniae là nguyên nhân quan trọng ở lứa tuổi này. Tuy nhiên S.pneumoniae vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm phổi do vi trùng nhưng H.influenzae ít gặp hơn.

Vì vậy lựa chọn kháng sinh ban đầu trong trường hợp viêm phổi mức độ từ nhẹ đến vừa phải nhằm vào cả S.pneumoniae và Mycoplasma.

Trường hợp viêm phổi: có thể dùng Amoxicillin hoặc Erythromycine hoặc Cotrimoxazol uống trong 7-10 ngày. Nếu có dấu hiệu nghi ngờ vi khuẩn không đặc hiệu, Erythromycin là thuốc lựa chọn đầu tiên.

Cần đánh giá đáp ứng sau 48-72h điều trị. Nếu không đáp ứng có thể chuyển sang Amoxicillin- Clavulanic acid (uống) hoặc Cephalosporin thế hệ II uống (Cefaclor/ Cefuroxim)

Trường hợp viêm phổi nặng: Ampicillin (TM). Nếu phải nhập hồi sức : Cefotaxime/ Ceftriaxone có thể kết hợp với Gentamycin

Nếu nghi ngờ viêm phổi không điển hình: thêm Eythromycin/ Spiramycin/Azithromycin

Nếu nghi ngờ tụ cầu: thêm Oxacillin/ Vancomycin.

***Tài liệu tham khảo:***

Phác đồ điều trị nhi khoa -2013 bệnh viện nhi đồng I

Phác đồ điều trị bệnh viện đa khoa Tỉnh Bình Dương

# BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

**1.ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71).

 Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

Bệnh tay chân miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

**2.CHẨN ĐOÁN**

*Lâm sàng:*

*Triệu chứng lâm sàng:*

**a) Giai đoạn ủ bệnh**: 3-7 ngày.

**b) Giai đoạn khởi phát:** Từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

**c) Giai đoạn toàn phát**: Có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

- Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

- Sốt nhẹ.

- Nôn.

- Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

- Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

**d) Giai đoạn lui bệnh**: Thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

**Các thể lâm sàng:**

- Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

- Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.

- Thể không điển hình: Dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

**Cận lâm sàng:**

Các xét nghiệm cơ bản:

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên 16.000/mm3 thường liên quan đến biến chứng

- Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

*Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:*

- Khí máu khi có suy hô hấp

**Chẩn đoán:**

Chẩn đoán ca lâm sàng: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

- Lâm sàng: Phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

**Chẩn đoán xác định:**

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

**Chẩn đoán phân biệt:**

Các bệnh có biểu hiện loét miệng:

Viêm loét miệng (áp-tơ): Vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

Các bệnh có phát ban da:

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.

- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.

- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.

- Thuỷ đậu: Phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.

- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.

- Sốt xuất huyết Dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

*Viêm não-màng não:*

- Viêm màng não do vi khuẩn.

- Viêm não-màng não do vi rút khác.

Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

*Biến chứng:*

- Biến chứng thần kinh: Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Rung giật cơ (myoclonic jerk, giật mình chới với): Từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.

- Ngủ gà, bứt rứt, chới với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.

- Rung giật nhãn cầu.

- Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).

- Liệt dây thần kinh sọ não.

- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

- Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mất não, gồng cứng mất vỏ)

Biến chứng tim mạch, hô hấp: Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

- Mạch nhanh > 150 lần/phút.

- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.

- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân,...)

- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi  110 mmHg, trẻ từ 1-2 tuổi ≥ 115 mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 120 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.

- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản, thở nông, thở bụng, thở không đều.

- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

*Phân độ lâm sàng:*

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

Độ 2:

Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

          + Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám

          + Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 390C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

       Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

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

          - Giật mình ghi nhận lúc khám.

          - Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần / 30 phút.

          - Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

          + Ngủ gà

          + Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

          + Sốt cao ≥ 39oC không đáp ứng với thuốc hạ sốt

          \* Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:

          - Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.

          - Rung giật nhãn cầu, lác mắt.

          - Yếu chi hoặc liệt chi.

          - Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói…

 Độ 3: Có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).

- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.

- HA tăng.

- Thở nhanh, thở bất thường: Cơn ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản.

- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).

- Tăng trương lực cơ.

Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.

- Phù phổi cấp.

- Tím tái, SpO2 < 92%.

- Ngưng thở, thở nấc.

**3.ĐIỀU TRỊ**

**1. Nguyên tắc điều trị:**

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).

- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị biến chứng.

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

**2. Điều trị cụ thể:**

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

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh.Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:

          + Sốt cao ≥ 390C.

          + Thở nhanh, khó thở.

          + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.

          + Đi loạng choạng.

          + Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.

          + Co giật, hôn mê.

2.2. Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện

2.2.1. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 10-15 mg/kg/lần lập lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol).

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

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

2.2.2. Độ 2b:

- Nằm đầu cao 30°.

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc:

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

          + Immunoglobulin:

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

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

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

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

2.3. Độ 3: Điều trị nội trú tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút. Đặt nội khí quản giúp thở sớm khi thất bại với thở oxy.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2-3/4 nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ PaCO2 từ 25-35 mmHg và duy trì PaO2 từ 90-100 mmHg.

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

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút.

- Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 µg/kg/phút chỉ dùng khi HA cao, trong 24-72 giờ.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm, lập lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO2, mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

2.4. Độ 4: Điều trị nội trú tại các đơn vị hồi sức tích cực

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

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

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

+ Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

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

- Phù phổi cấp:

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

+ Dùng Dobutamin liều 5-20 µg/kg/phút.

+ Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.

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

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

- Immunoglobulin: Chỉ định khi HA trung bình ≥ 50mmHg

- Kháng sinh: Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO2, nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

**4. PHÒNG BỆNH**

**1. Nguyên tắc phòng bệnh:**

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.

- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

**2. Phòng bệnh tại các cơ sở y tế:**

- Cách ly theo nhóm bệnh.

- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.

- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.

- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

**3. Phòng bệnh ở cộng đồng:**

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).

- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.

Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.

***Tài liệu tham khảo:***

Chẩn đoán và điều trị bệnh Tay chân miệng Ban hành kèm theo Quyết định số 2554 /QĐ-BYT ngày  19  tháng 7 năm 2011của Bộ trưởng Bộ Y tế.

# TIÊU CHẢY CẤP TRẺ EM

**1.ĐỊNH NGHĨA**

Tiêu chảy là tình trạng tăng lượng dịch đột ngột trong phân, biểu hiện bằng tiêu phân lỏng, > 3 lần trong vòng 24 giờ.

Tiêu chảy cấp: Thời gian tiêu chảy < 2 tuần.

**2.CHẨN ĐOÁN**

Bệnh sử

Triệu chứng liên quan ống tiêu hóa

Tiêu chảy: thời gian kéo dài, số lần đi tiêu/ngày, số lượng phân, tính chất phân: có đàm, máu, đau bụng từng cơn.

Ăn uống, nôn ói

Triệu chứng toàn thân: tổng trạng chung (tỉnh, lừ đừ, mê..) sốt, mệt mỏi, co giật, tiểu ít hoặc không tiểu.

Thuốc đã dùng: kháng sinh, thuốc làm giảm nhu động ruột

Các yếu tố nguy cơ: suy dinh dưỡng, vệ sinh kém, vùng dịch tễ tả…

Khám lâm sàng

Phân độ mất nước

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mất nước nặng (9-15%)Có hai trong các dấu hiệu sau: | Mất nước (6-10%)Có hai trong các dấu hiệu sau: | Không mất nước(3-5%) |
| 1. Li bì hoặc hôn mê | 1. Kích thích, vật vã | Không có đủ các dấu hiệu đã được phân loại mất nước, mất nước nặng |
| 2. Mắt trũng | 2. Mắt trũng |
| 3.Không uống được hoặc uống rất kém | 3. Khát nước, uống háo hức |
| 4. Nếp véo da mất rất chậm (>2 giây) | 4. Nếp véo da mất chậm (< 2 giây) |

Ngoài ra cần lưu ý các dấu hiệu đánh giá dấu mất nước khác:

Niêm mạc miệng/môi: khô nứt nẻ /khô /ẩm ướt.

Nước mắt: không nước mắt/ít/bình thường

Thóp: trũng/phẳng

Dấu hiệu biến chứng

Rối loạn điện giải, rối loạn kiềm toan, hạ đường huyết, suy thận cấp.

Bệnh kèm theo

Suy dinh dưỡng.

Bệnh đi kèm: viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm trùng huyết.

Xét nghiệm (XN)

XN cơ bản:Huyết đồ,phân: soi phân khi nghi ngờ lỵ hoặc phân có đàm máu, nghi ngờ tả, hoặc nhiễm trùng nặng.

XN tìm biến chứng: CRP, Ion đồ, CN thận, đường huyết.

XN khác

SA bụng loại trừ lồng ruột khi tiêu máu, đau bụng, chướng bụng, ói nhiều.

XQ bụng không chuẩn bị khi bụng chướng.

ECG khi Kali/máu ≤ 2,5 meq/l hoặc ≥ 6,5 meq/l.

**3. ĐIỀU TRỊ**

**3.1 Nguyên tắc điều trị**

Bù nước và điện giải.

Xử trí kịp thời các biến chứng.

Điều trị đặc hiệu nếu có chỉ định.

Phòng ngừa lây lan.

Điều trị cụ thể:

**3.2.1. Phác đồ A:** Uống DD ORS sau mỗi lần đi tiêu chảy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuổi | Mỗi lần tiêu chảy | Lượng ORS uống trong ngày |
| < 2 tuổi | 50 – 100ml | 500ml |
| Từ 2 đến 10 tuối | 100 – 200 ml | 1000ml |
| > 10 tuối | Tùy theo mức độ khát | 2000ml |

Hoặc 10ml/kg sau mỗi lần tiêu chảy

Cho bú mẹ bình thường

**3.2.2. Trẻ có mất nước nhẹ và trung bình**

Bù dịch ORS trong 4 giờ đầu, sau đó đánh giá lại.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tuổi | 4 tháng | 4 – 12 tháng | 12 – 23 tháng | 24 th – 4 tuổi | > 4 tuổi |
| Cân nặng | 5 kg | 5-7.9 | 9-10.9 | 11-15.9 | 16-29 |
| Số ml | 200-400 | 400-600 | 600-800 | 800-1200 | 1200-2000 |

Hoặc 75ml/ kg uống liên tục trong 4 giờ

Tiếp tục bú mẹ.

Cho ăn sớm (chế độ ăn bình thường khi bù nước đủ).

Phòng ngừa mất nước bằng bù dịch duy trì với ORS 10ml/kg sau mỗi lần tiêu phân lỏng.

Tránh dùng thuốc làm giảm nhu động ruột.

Sau 4 giờ đánh giá lại, nếu hết mất nước chuyển sang phác đồ A.

Nếu còn mất nước tiếp tục phác đồ B lần 2 nhưng không nhịn sữa như lần đầu.

Nếu mất nước nặng điều trị theo phác đồ C.

**3.2.3. Trẻ có mất nước nặng**

Bù dịch bằng đường tĩnh mạch (dd tốt nhất là Lactat Ringer)

Lượng dịch truyền:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tuổi** | **Bù nhanh** | **Bù chậm** |
| < 12 tháng | 30ml/kg/ giờ | 70ml/kg/5 giờ |
| > 12 tháng | 30ml/kg /30 phút | 70ml/kg/2.5 giờ |

Ngay khi đang truyền tĩnh mạch, nếu trẻ tỉnh có thể uống được thì tiếp tục cho trẻ uống ORS với lượng 5ml/kg/giờ

**3.2.4. Kháng sinh:sử dụng kháng sinh khi có:**

Phân có máu, hoặc nghi ngờ tả.

Có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân hay có nhiễm trùng ngoài ruột khác.

**3.2.5.Điều trị hỗ trợ**

Khuyến khích trẻ bú mẹ thường xuyên.

Vẫn cho trẻ ăn thức ăn dễ tiêu và tiếp tục uống sữa.

Ăn ít nhất thêm 01 lần/ngày và tiếp tục 2 tuần sau khi ngưng tiêu chảy.

Tiêu chuẩn xuất viện

Không có dấu hiệu mất nước.

Hết rối loạn điện giải, kiềm toan, suy thận.

Theo dõi và tái khám

Có mất nước: Theo dõi dấu hiệu mất nước và lượng xuất nhập/2 giờ, sau 4 giờ khám lại bệnh nhân và chọn phác đồ điều trị thích hợp.

Mất nước nặng: Theo dõi dấu mất nước và lượng xuất nhập/giờ để quyết định tốc độ truyền và cho bệnh nhi bắt đầu uống Oresol.

Nếu bệnh nhân đã xuất viện, dặn dò các dấu hiệu cần khám lại ngay: tiêu lỏng nhiều (> 10ml/kg/lần), tiêu nhiều lần (>10 lần/ngày), khát nước, có máu trong phân.

# HỘI CHỨNG LỴ

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Hội chứng lị là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có nhày máu.

**2. NGUYÊN NHÂN**

 Nguyên nhân đa phần là do Shigella (60%), ngoài ra còn có thể do vi trùng khác hoặc kí sinh trùng.

Shigella là trực trùng gram âm. Có 4 loại Shigella:

+ S. dysenteriae (serogroup A).

+ S . flexneri (serogroup B) (thường gặp nhất).

+ S. boydii (serogroup C).

+ S. sonnei (serogroup D).

Vi trùng khác: EHEC, Campylobacter jejuni...

Kí sinh trùng: Entamoeba histolytica.

**3. LÂM SÀNG**

Thời gian ủ bệnh trung bình 1-7 ngày.

Khởi đầu đi tiêu phân nước, sau đó mới tiêu đàm, máu,mót rặn.

Số lần đi tiêu thường 8-10 lần/ngày, lượng phân ít (# 30ml/kg/ngày).

Các triệu chứng thường gặp như sốt, đau bụng. tiêu nhày, tiêu máu, phân nước, ói.

**4. CẬN LÂM SÀNG**

Công thức máu.

Soi phân: có bạch cầu trong phân 70%-100% trường hợp.

Cấy phân.

Cấy máu trong trường hợp nặng.

Ion đồ khi có rối loạn tri giác, triệu chứng thần kinh, chướng bụng, giảm trương lực cơ.

Đường huyết khi nghi ngờ hạ đường huyết.

Siêu âm bụng, X quang bụng khi có chướng bụng cần loại trừ lồng ruột.

Phết máu, đếm tiểu cầu, chức năng thận khi có nghi ngờ có hội chứng tán huyết ure huyết cao.

**5. CHẨN ĐOÁN**

**1. Chẩn đoán xác định:** Hội chứng lỵ + cấy phân (+).

 **2. Chẩn đoán có thể**

 - Sốt, tiêu chảy kèm triệu chứng thần kinh : co giật, li bì, hôn mê, hội chứng màng não

 - Sốt, tiêu chảy, soi phân có hồng cầu, bạch cầu.

 **3. Chẩn đoán phân biệt**

 - Lồng ruột.

 - Lỵ amip.

 - Tiêu máu do nứt hậu môn, polyp đại thực tràng.

 - Dị ứng sữa.

 - Viêm đại thực tràng do nguyên nhân khác.

 **4. Mục tiêu điều trị**

 - Cải thiện triệu chứng.

 - Ngăn ngừa lây nhiễm.

 - Điều trị đặc hiệu.

**6. BIẾN CHỨNG**

Sa trực tràng.

Phình đại tràng nhiễm độc.

Tắc ruột.

Thủng ruột.

Nhiễm trùng huyết.

Rối loạn điện giải.

Phản ứng bạch cầu.

Triệu chứng thần kinh : co giật

Viêm khớp phản ứng hoặc hội chứng Reiter.

Hội chứng tán huyết ure huyết.

Suy dinh dưỡng.

Urê huyết.

**7. ĐIỀU TRỊ**

Điều trị nâng đỡ

Bù dịch và điện giải : xem bài tiêu chảy cấp.

Cho ăn sớm để phòng suy dinh dưỡng.

Bù kẽm ( Xem bài tiêu chảy cấp).

Vitamin A (Nếu có chỉ định) 200.000 đơn vị, 1 liều duy nhất.

Tránh dùng các thuốc tránh nhu động ruột như diphenoxylate (Lomotil), những thuốc này có thể kéo dài thời gian sốt, tiêu chảy, bài tiết vi trùng ( Mức độ chứng cứ 1 C).

Kháng sinh

Mục tiêu điều trị kháng sinh là cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa lây nhiễm.

Những kháng sinh không còn hiệu quả trong điều trị lỵ: Amoxicillin, Nitrofuran, Aminoglycosid, Cephalosporin thế hệ 1 và 2 , Nalidixic acid, Chloramphenicol, Tetracycline, Sulfonamide, Streptomycin, Trimethoprim.

Shigella và EIEC

Kháng sinh đường uống: Lựa thuộc tùy chọn tình trạng kháng thuốc

+ Lựa chọn đầu tiên: Quinolones

▪ Ciprofloxacin: 30mg/kg/ngày, tối đa 1g/ngày, chia 2 lần x 5 ngày.

▪ Norfloxacin: 10-15mg/kg/ngày x 5 ngày

+ Lựa chọn thứ 2:

▪ Azithromycin: 12mg/kg trong ngày đầu tiên ( tối đa 500mg) và sau đó 6mg/kg/ ngày ( tối đa 250mg) x 4 ngày kế tiếp.

▪ Cephalosporins uống

Cefixime ( 8 mg/kg/ngày, 1 liều duy nhất, tối đa 400mg/ngày) x 5 ngày.

Kháng sinh đường tĩnh mạch : Chỉ định trong những trường hợp nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng huyết, suy giảm miễn dịch, không uống được

+ Lựa chọn đầu tiên: Ceftriaxone ( 50-100mg/kg/ngày[tối đa 1,5g] x 1 lần/ngày x 5 ngày).

+ Điều trị thay thế: Ciprofloxacin (20-30mg/kg[ tối đa 500mg/lần] chia 2 lần x 5 ngày).

Campylobacter jejuni

Erythromcin 50mg/kg/ngày x 5 ngày.

Azithromycin 5-10mg/kg/ngày.

Entamoeba histolytica

Metronidazole 30-40mg/kg/ngày x 7-10 ngày.

- Thất bại điều trị: Triệu chứng cải thiện trong 1-2 ngày điều trị. Vi trùng kháng thuốc gợi ý khi sốt kéo dài, tiêu máu đại thể, không giảm số lần đi tiêu trong ngày thứ 3 của điều trị.

**8. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Lỵ có biến chứng.

Bệnh nặng hơn sau 2 ngày điều trị ngoại trú.

**9. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN**

Phòng ngừa lây lan bằng cách:

Uống nước sạch.

Nguồn nước được khử khuẩn.

Rửa tay sạch sẽ.

Nấu chín và bảo quản thức ăn.

**10. TÁI KHÁM**

Đưa trẻ đến khám ngay khi có những biểu hiện sau:

Đi tiêu rất nhiều lần phân lỏng.

Ói tất cả mọi thứ sau ăn

Trở nên rất khát

Ăn uống kém hoặc bỏ bú.

Trẻ không tốt lên sau 2 ngày điều trị.

Sốt cao hơn.

Co giật.

# QUAI BỊ

**1.ĐỊNH NGHĨA**

Quai bị là một bệnh nhiễm virus cấp tính tự giới hạn do siêu vi trùng thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra với đặc điểm sưng tuyến mang tai và tuyến nước bọt.

**2.CHẨN ĐOÁN:**

*Lâm sàng:*

*Hỏi bệnh:*

 + Tiếp xúc với người bị bệnh quai

 + Chủng ngừa quai bị

 + Bệnh sử: Sốt, sưng hàm 1 hoặc 2 bên, ói, nhức đầu, đau bụng...

 + Đau hoặc sưng tuyến mang tai 1 hoặc 2 bên.

 + Sốt thường kéo dài từ 2-3 ngày.

 + Triệu chứng nhiễm siêu vi: đau cơ, ăn uống kém, đau đầu, đau tai

 + Lỗ Stenon đỏ và sưng

Biến chứng : Sưng 1 hoặc 2 bên tinh hoàn ở nam giới, viêm màng não, viêm tụy cấp, viêm buồng trứng.

*Cận lâm sàng:*

Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc giảm, chủ yếu là tăng lympho.

Amylase máu và nước tiểu tăng: 90% trong các trường hợp

Siêu âm tuyến mang tai: giúp phân biệt viêm hạch hay viêm tuyến mang tai do vi trùng

*Chẩn đoán:*

Vùng dịch tể có quai bị và tiếp xúc với bệnh

Sưng tuyến mang tai 1 hoặc 2 bên

**3. ĐIỀU TRỊ:**

**Nguyên tắc điều trị:**

Không có điều trị đặc hiệu

Điều trị triệu chứng

Điều trị phòng ngừa biến chứng: hạn chế vận động

Điều trị triệu chứng:

Không có liệu pháp kháng virus đặc hiệu cho quai bị.

 giảm đau, hạ sốt bằng Acetaminophen : paracetamol liều 10-15mg/kg

 cân bằng nước điện giải, ngăn ngừa mất nước do sốt hoặc chán ăn

Điều trị biến chứng:

Viêm màng não sau quai bị: Cần theo dõi để chẩn đoán phân biệt viêm màng não do vi trùng

Đối với biến chứng viêm tinh hoàn: Nằm nghỉ ngơi tại chổ và dùng corticoid để giảm viêm: 1mg/kg/ng x 7-10 ngày

Viêm tụy cấp.

**4. PHÒNG NGỪA:**

Cách ly tránh lây lan qua đường hô hấp.

Miễn dịch chủ động với virus sống giảm động lực: MMR

 + Liều 1: Từ 12-15 tháng

 + Liều 2 : Từ 4-6 tuổi

 Nếu không được tiêm từ 4-6 tuổi, liều 2 sẽ được tiêm trước tuổi dậy thì. Khả năng bảo vệ đến 95% sau liều 1 và được bảo vệ trên 25 năm sau 2 liều

# BỆNH THỦY ĐẬU

**1.ĐẠI CƯƠNG**

**1.1. Định Nghĩa**

Bệnh thủy đậu là bệnh truyền nhiễm rất dễ lây do Varicella zoster virus (VZV) gây ra. Bệnh thường diễn tiến lành tính nhưng có thể gây thành đại dịch. Bệnh lây lan trực tiếp từ người sang người, chủ yếu qua đường hô hấp, sau đó là qua tiếp xúc với bóng nước. Bệnh thường xuất hiện ở tuổi mẫu giáo và cấp 1-2 ( 90% ở trẻ em < 13 tuổi )

**2.2.Nguyên Nhân**

VZV là thành viên của họ vius Herpes viridae.

VZV gây ra 2 bệnh theo 2 cách khác nhau trên lâm sàng: thủy đậu và zona.

Thủy đậu thường xuất hiện ở người chưa có miễn dịch. Zona là trạng thái tái hoạt động của một nhiễm trùng tiềm tàng kèm theo điều kiện thuận lợi như chấn thương, ung thư, suy giảm miễn dịch..

**2.LÂM SÀNG**

Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 14-15 ngày

Thời kỳ toàn phát (24-48h): sốt nhẹ, mệt mõi, chán ăn, nhức đầu, phát ban là những hồng ban nổi trên nền da bình thường, có kích thước vài mm, tồn tại khoảng 24h trước khi thành bóng nước, có thể ngứa

Thời kỳ toàn phát ( thời kỳ đậu mọc): giảm sôt, nổi bóng nước tròn trên nền viền da, màu hồng, đường kính từ 3-13mm( thường nhỏ hơn 5mm). Bóng nước xuất hiện ở da đầu, thân người, sau đó lan ra tay chân.

Thời kỳ hồi phục: sau 1 tuần, bóng nước đóng mày lành không để lại sẹo ( trừ khi bội nhiễm).

Biến chứng: nhiễm trùng da, viêm phổi, viêm gan, viêm não- màng não, nhiễm trùng huyết, hội chứng Reye, Guillian Barre

**3. CẬN LÂM SÀNG:**

Huyết đồ : thường bình thường.

**4. CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán xác định: Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và dịch tể.

Chuẩn đoán phân biệt

chốc lở bóng nước

tổn thương do Hepes simplex

bệnh tay chân miệng

**5. ĐIỀU TRỊ:**

- Thuốc chống vius: Rút ngắn thời gian bệnh. Dùng trong những trường hợp:

 + Bệnh năng, có biến chứng

 + Suy giảm miễn dịch.

 + Trẻ vị thành niên

 + Hiệu quả tốt nhất nếu dùng sớm trong 24h đầu.

Acyclovir (adenice guanosin)

 + Trẻ <12 tháng : 10mg/kg 1 lần x 3 lần/ngày

 + Trẻ >12 tháng : 20mg/kg 1 lần x 4 lần/ngày, tối đa 800mg/lần, thời gian 5-7 ngày, hoặc đến khi bóng nước mới không xuất hiện nữa.

 + Trong trường hợp nặng hơn hoặc có biến chứng như viêm não- màng não, trẻ suy giãm miễn dịch, có thể sử dụng Acyclovir đường tĩnh mạch. Liều: 10-20 mg/kg/lần x 3 lần, dùng từ 7-10 ngày.

Điều trị nhiễm trùng:

 + Giảm ngứa bằng các thuốc kháng sinh Histamin

 + Giảm đau hạ sốt bằng Acetaminophen.

**6. PHÒNG NGỪA:**

-Vacin được làm bằng virus sống giảm động lực.

- Chỉ định phòng ngừa cho trẻ em từ 12-18 tháng ( 1 liều duy nhất).

## BỆNH SỞI

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây lan mạnh theo đường hô hấp, gây nên bởi vi rút thuộc họ Paramyxoviridae.

Bệnh có thể diễn biến nặng khi có các biến chứng nguy hiểm. Đây là một trong những căn nguyên gây tỷ lệ tử vong cao ở các nước đang phát triển.

**1. CHẨN ĐOÁN**

**1.1. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các yếu tố sau:

\* Lâm sàng:

- Sốt nhẹ tới sốt cao.

- Viêm long đường hô hấp: là triệu chứng hầu như không bao giờ thiếu: hắt hơi, sổ mũi, ho, chảy nước mắt, viêm kết mạc mắt, dử mắt, phù nhẹ mi mắt.

- Hạt Koplik ở niêm mạc má: chỉ có ở giai đoạn viêm long, mất nhanh trong 12-18 giờ sau khi xuất hiện.

- Ban hồng: nhẵn, ấn vào biến mất, mọc theo thứ tự: sau tai, lan dần lên hai bên má, cổ, ngực, chi trên, sau lưng, chi dưới. lúc này các triệu chứng toàn thân giảm dần sau đó ban bay lần lượt như khi mọc và để lại vết thâm trên da xen kẽ vùng da lành.

- Tiêu chảy: do viêm long, phát ban đường ruột gây ra.

\* Dịch tễ:

- Có tiếp xúc với trẻ mắc sởi hoặc sống trong vùng có nhiều trẻ mắc.

- Chưa được tiêm phòng

\* Xét nghiệm:

- Tìm kháng thể IgM đặc hiệu dương tính từ ngày thứ 4 kể từ khi phát ban.

- Phân lập vi rút, tìm gen (PCR) từ máu, màng kết mạc mắt, mũi, họng.

**1.2. Chẩn đoán phân biệt**

Cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh có phát ban dạng sởi:

- Rubella: Phát ban không có trình tự, ít khi có viêm long, thường có hạch cổ.

- Nhiễm enterovirus: Phát ban không có trình tự, thường nốt phỏng, hay kèm rối loạn tiêu hoá.

- Bệnh Kawasaki: Sốt cao khó hạ, môi lưỡi đỏ, hạch cổ, phát ban không theo thứ tự.

- Phát ban do các vi rút khác.

- Ban dị ứng: Kèm theo ngứa, tăng bạch cầu ái toan.

**1.3. Yếu tố tiên lượng nặng**

- Trẻ nhỏ 6 tháng - 2 tuổi.

- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

- Suy dinh dưỡng.

- Kết hợp bệnh khác.

**2. BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm khuẩn da và mô mềm, niêm mạc miệng (Cam tẩu mã)…..

- Viêm phổi, viêm thanh quản

- Viêm tai giữa

- Viêm não, màng não...

- Mù mắt do loét giác mạc (nhiễm khuẩn hoặc thiếu vitamin A).

- Tiêu chảy kéo dài

- Suy dinh dưỡng (do hậu quả của các bệnh nhiễm trùng kéo dài hoặc quá kiêng khem).

- Lao tiến triển.

**3. ĐIỀU TRỊ**

**3.1. Nguyên tắc**

- Chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, phòng bội nhiễm.

- Không dùng Corticoid khi chưa loại trừ sởi.

**3.2. Điều trị triệu chứng**

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng : không sử dụng các chế phẩm Corticoid.

- Tăng cường dinh dưỡng.

- Hạ sốt: paracetamol 15mg/kg/lần x 4-6h/lần.

- Bồi phụ nước, điện giải qua đường uống. Chỉ truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.

- Bổ sung Vitamin A :

+ Trẻ < 6 tháng : uống 50.000 đv/ngày x 2 ngày liên tiếp.

+ 6 – 12 tháng : uống 100.000 đv/ngày x 2 ngày liên tiếp

+ Trẻ trên 12 tháng và người lớn : Uống 200.000 đv/ngày x 2 ngày liên tiếp.

+ Trường hợp có biểu hiện thiếu vitamin A : Lặp lại liều trên sau 4-6 tuần

+ Điều trị biến chứng tùy từng loại (nếu có).

**3.3. Điều trị các biến chứng:**

**3.3.1. Viêm phổi do vi rút:**

- Điều trị: điều trị triệu chứng.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp.

**3.3.2.Viêm phổi do vi khuẩn mắc trong cộng đồng:**

- Kháng sinh: Beta Lactam/ Ức chế Beta Lactamase, Cephalosporin thế hệ 3.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp.

- Điều trị triệu chứng.

**3.3.3. Viêm phổi do vi khuẩn mắc trong bệnh viện:**

+ Kháng sinh: Sử dụng kháng sinh theo phác đồ điều trị viêm phổi mắc phải trong bệnh viện.

+ Hỗ trợ hô hấp: Tùy theo mức độ suy hô hấp.

+ Điều trị triệu chứng.

**3.3.4.Viêm thanh khí quản:**

- Khí dung Adrenalin khi có biểu hiện co thắt, phù nề thanh khí quản.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp.

- Điều trị triệu chứng.

**3.3.5. Trường hợp viêm não màng não cấp tính:**

Điều trị: hỗ trợ, duy trì chức năng sống.

- Chống co giật: Phenobarbital 10-20mg/kg pha trong Glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 30-60 phút. Lặp lại 8-12 giờ nếu cần. Có thể dùng Diazepam đối với người lớn 10 mg/lần tiêm tĩnh mạch.

- Chống phù não:

+ Nằm đầu cao 30°, cổ thẳng (nếu không có tụt huyết áp).

+ Thở oxy qua mũi 1-4 lít/phút, có thể thở oxy qua mask hoặc thở CPAP nếu bệnh nhân còn tự thở được. Đặt nội khí quản sớm để giúp thở khi điểm Glasgow < 12 điểm hoặc SpO2 < 92% hay PaCO2 > 50 mmHg.

+ Thở máy khi Glasgow < 10 điểm.

+ Giữ huyết áp trong giới hạn bình thường

+ Gữi pH máu trong giới hạn: 7.4, pCO2 từ 30 – 40 mmHg

+ Giữ Natriclorua máu trong khoảng 145 – 150 mEq/l bằng việc sử dụng natriclorua 3%

+ Giữ Glucose máu trong giới hạn bình thường

+ Hạn chế dịch sử dụng 70 - 75% nhu cầu cơ bản (cần bù thêm dịch nếu mất nước do sốt cao, mất nước thở nhanh, nôn ỉa chảy..)

+ Mannitol 20% liều 0,5-1 g/kg, 6-8 giờ/lần, truyền tĩnh mạch trong 15-30 phút.

- Chống suy hô hấp: Suy hô hấp do phù phổi cấp, hoặc viêm não.

- Hỗ trợ khi có suy hô hấp.

- Có thể dùng Dexamethasone 0,5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 4-6 lần trong 3-5 ngày. Nên dùng thuốc sớm ngay sau khi người bệnh có rối loạn ý thức.

Chỉ định IVIG (Intravenous Immunoglobulin ) khi có tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc tình trạng suy hô hấp tiến triển nhanh , viêm não. Chế phẩm: lọ 2,5 gam/50 ml. Liều dùng: 5 ml/kg/ngày x 3 ngày liên tiếp. Truyền tĩnh mạch chậm trong 8-10 giờ.

**4. PHÒNG BỆNH**

**4.1. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin.**

- Thực hiện tiêm chủng 2 mũi vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng theo quy định của Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia (mũi đầu tiên bắt buộc tiêm lúc 9 tháng tuổi)

- Tiêm vắc xin phòng sởi cho các đối tượng khác theo hướng dẫn của cơ quan chuyên môn.

**4.2. Cách ly bệnh nhân và vệ sinh cá nhân**

- Bệnh nhân sởi phải được cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị theo nguyên tắc cách ly đối với bệnh lây truyền qua đường hô hấp.

- Tăng cường vệ sinh cá nhân, sát trùng mũi họng, giữ ấm cơ thể, nâng cao thể trạng để tăng sức đề kháng.

- Sử dụng Immune Globulin (IG) tiêm bắp sớm trong vòng 3 - 6 ngày kể từ khi phơi nhiễm với sởi cho cac bệnh nhi đang điều trị tại bệnh viện vì những lý do khác. Dạng bào chế: Immune Globulin (IG)16%, ống 2ml. Liều dùng: 0,25 ml/kg, tiêm bắp, 1 vị trí tiêm không quá 3ml. Với trẻ suy giảm miễn dịch có thể tăng liều gấp đôi.

# XỬ TRÍ CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

Hen phế quản (HPQ) là bệnh hô hấp mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em. Hen là tình trạng bệnh lý đa dạng, với đặc điểm là viêm mạn tính đường thở. Hen được đặc trưng bởi tiền sử có các triệu chứng khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và cường độ, cùng với hạn chế thông khí dao động.

**Dịch tễ học:**

HPQ là một bệnh phổ biến. Trên thế giới có 300 triệu người mắc bệnh hen. Tỷ lệ mắc HPQ ở trẻ em thay đổi tuỳ theo từng nước, dao động từ 3-20%. Các nước nói tiếng Anh, các nước vùng ven biển, vùng ôn đới có tỷ lệ trẻ mắc hen cao nhất. Ngược lại, những nước đang phát triển hoặc các nước nhiệt đới, tỷ lệ trẻ mắc HPQ thường thấp.

Một nghiên cứu tại Hà Nội năm 2003 trên trẻ em từ 5-11 tuổi chỉ ra rằng: tỷ lệ trẻ đã từng khò khè 24,9%, khò khè trong vòng 12 tháng qua 14,9%, từng bị HPQ 12,1%, HPQ được chẩn đoán bởi bác sĩ là 13,9.

**Yếu tố kích thích khởi phát cơn hen phế quản cấp:**

- HPQ là bệnh hô hấp mạn có những giai đoạn khởi phát xen lẫn các thời kỳ thuyên giảm. Cơn HPQ cấp có thể xảy ra vào các thời điểm khác nhau trong năm, gây ra bởi các yếu tố kích thích khác nhau và gây ra các phản ứng viêm khác nhau.

**- Các yếu tố gây khởi phát cơn hen cấp:**

+ Nhiễm virus đường hô hấp

+ Tiếp xúc với dị nguyên đường hô hấp

+ Gắng sức

+ Khói thuốc lá

+ Ô nhiễm môi trường

+ Thay đổi thời tiết

+ Yếu tố tâm lý

**Chẩn đoán cơn hen cấp**

**Triệu chứng cơ năng**

Ho: khởi đầu là ho khan, sau xuất tiết nhiều đờm rãi, ho dai dẳng, ho nhiều nửa đêm về sáng, nhất là khi thay đổi thời tiết.

Khạc đờm: đờm trắng, bóng, dính.

Khó thở: khó thở thường xuyên kiểu khó thở ra, có tiếng khò khè, cò cử chủ yếu nửa đêm về sáng. Trước khi khò khè thường xuất hiện một số dấu hiệu báo trước như hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi, chảy nước mũi, hoặc một số triệu chứng khác như chán ăn, đau bụng, nặng ngực...

**Triệu chứng thực thể**

Gõ phổi: có thể thấy vang hơn bình thường, lồng ngực như bị giãn ra. Nghe phổi: nghe ran rít, ran ngáy, tiếng khò khè lan tỏa, rì rào phế nang âm sắc trở nên rít, thì thở ra mạnh và kéo dài.

Trường hợp HPQ kéo dài, lồng ngực có thể bị nhô ra phía trước, biến dạng.

**Cận lâm sàng**

- X quang: giai đoạn đầu X- quang tim phổi thường bình thường, sau đó xuất hiện hiện tượng ứ khí, lồng ngực giãn rộng. Nếu bệnh nhân ho khạc nhiều đờm có thể thấy các biến chứng tắc nghẽn trên phim X quang, có thể thấy hình ảnh rối loạn thông khí, xẹp phổi.

- Máu: tăng BC ái toan, thường trên 5%. IgE thường tăng.

- Khí máu: chỉ định làm khí máu khi có suy hô hấp.

- Thăm dò chức năng hô hấp: đánh giá mức độ nặng của hen, độ tắc nghẽn đường thở cũng như kết quả điều trị.

+ FEV1 giảm

+ FVC giảm

+ Tỷ lệ FEV1/FVC giảm (chỉ số Tiffeneau giảm).

- Đo lưu lượng đỉnh: đo lưu lượng đỉnh thì thở ra (PEF) để đánh giá mức độ nặng của tắc nghẽn đường thở.

**Chẩn đoán mức độ nặng của cơn hen cấp**

**Đánh giá cơn hen cấp tính**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Nhẹ** | **Trung bình** | **Nặng** |
| **Ý thức** | Tỉnh | Tỉnh | Kích thích, lẫn, u ám |
| **SaO2** | 94% | 94-90% | <90% |
| **Nói** | Nói bình thường | Từng cụm từ | Từng từ, không nói được |
| **Mạch** | < 100 lần/phút | 100-200 lần/phút | >200 lần/phút |
| **Tím trung ương** | Không | Không | Có |
| **Khò khè** | Thay đổi | TB đến nặng | Yên ắng |
| **Cung lượng đỉnh** | >60% | 40-60% | < 40%, không thể đo |
| **FEV1** | >60% | 40-60% | <40%, không đo được |

**Điều trị cơn hen cấp**

**Nguyên tắc:**

- Nếu trẻ đang có cơn hen nặng, dùng oxygen và SABA ngay lập tức sau hỏi tiền sử và khám lâm sàng.

- Giám sát điều trị và nhắc lại SABA nếu cần. Nhắc lại mỗi 20 phút đến khi hen được kiểm soát.

- Trẻ đang dùng thuốc phòng cần tiếp tục dùng thuốc ngay trong cơn hen cấp.

**Điều trị cơn hen cấp mức độ nhẹ ( Điều trị tại phòng khám)**

- Salbutamol dạng xịt bình định liều 6 nhát ( trẻ < 6 tuổi) hoặc 12 nhát (trẻ > 6 tuổi).

- Trẻ dưới 6 tuổi hoặc trẻ không có kỹ thuật hít tốt cần dùng Salbutamol dạng bình hít định liều kết hợp với buồng đệm. Trẻ trên 6 tuổi và có kỹ thuật hít tốt dùng bình hít định liều.

- Khám lại sau mỗi 20 phút và nhắc lại nếu cần hoặc đánh giá thấy con hen mức độ trung bình hoặc nặng

- Xem xét sử dụng corticoid đường toàn thân (prednisolone 1mg/kg tới 60 mg/ngày.

- Trong trường hợp trẻ không dung nạp thuốc hoặc chống chỉ định dùng corticoid đường uống, xem xét sử dụng khí dungbudesonide: 1mg x 2 lần/ngày

- Khám lại ít nhất sau 20 phút sau liều SABA cuối cùng trước khi trẻ về nhà.

**Điều trị cơn hen mức độ trung bình**

- Trẻ với cơn hen trung bình đòi hỏi phải nhập viện

- Khởi phát, 6 nhát salbutamol (trẻ dưới 6 tuổi), hoặc 12 nhát (trẻ trên 6 tuổi).

- Trẻ dưới 6 tuổi hoặc trẻ không có kỹ thuật hít tốt cần dùng Salbutamol dạng bình hít định liều kết hợp với buồng đệm. Trẻ trên 6 tuổi và có kỹ thuật hít tốt dùng bình hít định liều.

- Nếu trẻ khó hợp tác, trẻ nhỏ có thể dùng Salbutamol đường khí dung thay thế dạng xịt.

- Nếu liều khởi phát chưa đáp ứng, nhắc lại mỗi 20 phút cho tới 2 lần nữa, sau đó dùng thuốc mỗi 1-4 giờ.

- Giám sát bão hoà oxy. Cho thở oxy nếu cần.

- Dùng prednisolon đường uống 1mg/kg/ngày

- Trong trường hợp trẻ không dung nạp thuốc hoặc chống chỉ định dùng Steroid đường uống, xem xét sử dụng khí dungbudesonide: 1mg x 2 lần/ngày

- X-quang: không cần thiết trừ khi có dấu hiệu đặc biệt

- Nếu trẻ không thể nhập viện, giám sát ít nhất 1 giờ sau liều thuốc cuối cùng.

**Điều trị cơn hen mức độ nặng ở trẻ em**

- Cần phải nhập viện theo dõi tại đơn vị hồi sức.

- Dùng đồng vận β2 tác dụng ngắn khí dung với oxy.

- Thở Oxy có kiểm soát để duy trì độ bão hòa oxy từ 94- 98%. Có thể làm khí máu.

- Xem xét phối hợp Ipratropium bromide khí dung để bệnh nhân nhanh chóng thoát khỏi cơn hen cấp nặng.

- Cho corticoid toàn thân:

Dùng prednisolon đường uống 1mg/kg/ngày cho tới 60 mg x 5 ngày.

Hoặc Methyprednisolon IV 1mg/kg (liều tối đa 60 mg) mỗi 6 giờ ngày 1, sau đó mỗi 12 giờ ngày thứ 2, sau đó hàng ngày.

- Nếu bệnh nhân đáp ứng kém hoặc không đáp ứng, xem xét dùng MgSO4: 50mg/kg (25-75mg/kg) truyền tĩnh mạch trên 20 phút (liều tối đa 2g). Các khuyến cáo hiện nay thường chỉ định dùng MgSO4 ở trẻ trên 2 tuổi. Trẻ dưới 2 tuổi được khuyến cáo sử dụng Aminophylline tĩnh mạch chậm.

- Trường hợp hen rất nặng, đe dọa cuộc sống:

Aminophylline tĩnh mạch chậm chỉ cho trong trường hợp cấp cứu tại khoa hồi sức, liều 5- 7 mg/kg. Liều duy trì 1,1mg/kg/giờ (trẻ dưới 9 tuổi) hoặc 0,7 mg/kg/giờ (trẻ trên 9 tuổi). Nên định lượng Theophyline trong máu sau truyền 12- 24 giờ để điều chỉnh liều cho thích hợp

Hoặc:

Salbutamol tĩnh mạch chậm 15 mcg/kg/ 10 phút, sau đó 1 mcg/kg/ phút duy trì cho đến cắt cơn khó thở.

Trường hợp bệnh vẫn diến biến xấu, suy hô hấp nặng, xem xét đặt nội khí quản và cài đặt thông số máy phù hợp. Bệnh nhân vẫn phải duy trì thuốc giãn phế quản đường tĩnh mạch

Chụp X- quang tim phổi khi nghi ngờ biến chứng viêm phổi hay nghi ngờ chẩn đoán khác.

**Theo dõi sau điều trị cơn hen cấp**

- Tiếp tục cho SABA cho đến khi bệnh nhân hết nhu cầu

- Dùng Corticoid đường uống trong 3- 5 ngày

- Dặn bà mẹ mang trẻ trở lại viện nếu hen nặng lên.

- Khám lại sau 2 tuần

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Điều trị** | **Nhẹ** | **Trung bình** | **Nặng đe doạ tính mạng** |
| Yêu cầu nhập viện | Không cần | Cần | Bắt buộc, hồi sức |
| Cung cấp oxy | Không  | Có thể cầnGiám sát SaO2 | Bắt buộcGiám sát Oxy, khí máu |
| Salbutamol | 4-6 nhát(<6T)8-12 nhát(>6T)Khám lại sau 20 phút | 6 nhát (<6T)12 nhát (>6 T)Nếu không đáp ứng, nhắc lại sau 20 phút thêm 2 lầnSau đó cho thuốc mỗi 1-4 giờ | Nếu trẻ có dấu hiệu đe doạ cuộc sống, dùng Salbutamol khí dung qua oxyNếu không đáp ứng, Salbutamol tĩnh mạch 15 mcg / kg /10 phút, sau đó 1 mcg / kg /phút. |
| Ipratropium | Không | Có thể | 2 nhát (<6 T) và 4 nhát (>6T) mỗi 20 phút x 3 lần trong giờ đầu tiên hoặc khí dung Ipratropium. |
| Corticoid toàn thân | Có thể | Uống Prednisolon 1 mg/kg/ngày x 3ngày | Uống Prednisolon 1 mg/kg/ngày x 5 ngàyMethyprednisolon IV 1mg/kg/6 giờ ngày 1,12 giờ ngày 2 và hàng ngày. |
| Aminophylli ne | Không | Không | Tại khoa hồi sức:Tải liều 5-7 mg/kgDuy trì1,1mg/kg/giờ <9T; 0,7 mg/kg/giờ >9T |
| MgSO4 | Không | Có thể | 50mg/kg truyền tĩnh mạch 20 phút |
| Đánh giá | 20 phút sau dùng thuốc | 1 giờ sau liều cuối | Bắt buộc nhập viện |