

BVĐK HOÀNG HÓA
KHOA NHI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÀ
QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHI KHOA**

HOÀNG HÓA, NĂM 2024

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ BỆNH NHI KHOA

CHUẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI

I. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN.

1. Triệu chứng lâm sàng: Trẻ ho, sốt, khó thở, có thể ngạt chảy mũi.

* **Khám lâm sàng:**

- Dấu rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp, đập cánh mũi hoặc tím tái quanh môi.

- Kích thích vật vã hoặc li bì khó đánh thức.

- Thở nhanh hơn bình thường so với tuổi.

+ > 60 lần/p với trẻ < 2 tháng tuổi

+ > 50 lần/p với trẻ từ 2 - 12 tháng

+ > 40 lần/p với trẻ từ ≥ 12 tháng ≤ 5 tuổi

+ ≥ 30 lần/p với trẻ ≥ 5 tuổi

- Nghe phổi có ral ẩm, ral rít ở hai bên phổi.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

- CTM: BC tăng

- Xq tim phổi thẳng: Hình ảnh viêm phổi.

II. ĐIỀU TRỊ: Sử dụng kháng sinh, hỗ trợ hô hấp, điều trị triệu chứng biến chứng, hỗ trợ dinh dưỡng.

1. Đối với viêm phổi ở trẻ < 2 tháng tuổi:

Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ < 2 tháng đều là viêm phổi nặng. KS điều trị cần nhằm cả vào VK Gr+ và trực khuẩn Gr- đường ruột.

- Thường dùng: Ampicilin 50mg/kg/6-8h/lần và gentamycin 7,5mg/kg/ngày tiêm một lần.

- Điều trị thay thế: Cefepime (III): - Cefotaxim 50mg/kg/6-8h/lần.

Nếu nghi ngờ do tụ cầu (S.Aures): Dùng Oxacilin 50mg/kg/6-8h/lần + Gentamycin 7,5mg/kg/ngày/lần.

Thời gian điều trị phụ thuộc vào VK gây bệnh và mức độ nặng của bệnh. Đối với Streptococcus GrupB, TK Gr- đường ruột dùng 5 - 7 ngày, với S Aues dùng 3 - 6 tuần.

2. Đối với trẻ từ 2 tháng - 5 tuổi:

2.1. Viêm phổi rất nặng:

* Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp: Thở oxy 4 - 6l/p.

* Dùng kháng sinh: Lựa chọn đầu tin là nhóm Cepha III.

- Cefotaxim 200mg/kg/ngày 3 - 4 lần.

- Hoặc Ceftriaxon 80mg/kg/ngày 1lần.

Thời gian điều trị ít nhất 10 ngày. Điều trị triệu chứng và biến chứng kèm theo: Bù dịch điện giải, giảm ho long đờm, giãn phế quản.

2.2. Với viêm phổi nặng.

* Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp: Thở Oxy 4-6l/p.

* Dùng KS: Sử dụng Benzyl Penicillin 10.000UI/kg/6h/lần dùng ít nhất 3 ngày hoặc Ampicillin TM hoặc Cepha (III).

Nếu sau 48 giờ mà không cải thiện thì dùng Chloramphenicol TB (TM) thời gian điều trị ít nhất 7-10 ngày. Điều trị triệu chứng và biến chứng như viêm phổi rất nặng.

2.3. Viêm phổi vừa và nhẹ: Điều trị kháng sinh.

Dùng Amoxilin 50mg/2lần/ngày U. khi nghi ngờ VK kháng thuốc thì dùng liều 80 - 90mg/kg/ng/2 lần.

Bacstrim 24 - 48mg/kg x 2 lần/ngày, nếu cải thiện cho KS đủ 5 - 7 ngày. Nếu không cải thiện chuyển sang Ceptra (II) tiêm hoặc Amoxilin + Acid Clavunalic.

3. Viêm phổi ở trẻ > 5 tuổi: Ở tuổi này viêm phổi không điển hình, thường do Mycoplasma và Chlamydie Pneumoniae. Tuy nhiên Streptococcus Pneumoniae vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của VF do VK, vì vậy lựa chọn KS ban đầu cần nhằm cả vào S. Pneumoniae và Mycoplasma, KS ưu tiên là nhóm Macrolid:

- Erythromycin 40mg/kg/ngày/4lần x 7 - 10/ng

- Clarithromycin 15mg/kg/ngày/2lần x 7 - 10/ng

- Azithromycin 10mg/kg/ngày/1lần x 5 ngày

Nếu sau 72 giờ mà không chuyển biến thì dùng Amoxilin - Acid Clavunalic (U) hoặc dùng Ceph (II) uống.

Điều trị triệu chứng: Bồi phụ nước điện giải, giảm ho long đờm, giãn phế quản... hỗ trợ chế độ dinh dưỡng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN

1. Triệu chứng lâm sàng: Trẻ có sốt, ho, sổ mũi, sau 2-3 ngày đột ngột khàn tiếng và khó thở thanh quản. Có thể có tím tái hoặc có cơn ngừng thở.

2. Điều trị:

2.1. Thể nhẹ: Dùng Dexamethazol 0,15mg/kg uống liều duy nhất hoặc Prednisolon 1mg/kg/j x 2 - 3j. Không dùng KS, điều trị triệu chứng và biến chứng kèm theo.

2.2. Thể vừa: Dexamethazol 0,6mg/kg TBTM 1 lần, có thể lặp lại liều trên sau 6-12h nếu cần hoặc Dexamethazol 0,15mg/kg/j hoặc Prednisolon 1mg/kg/j U hoặc KD Budesonid 1-2mg liều duy nhất.

2.3. Thể nặng: Biểu hiện khàn tiếng, ho, khó thở, tím tái.

* Thở Oxy qua Canyl duy trì SpO₂ ≥ 95%

* KD Adrenalin 1/1000 x 2-5ml (TE <4 tuổi: 2ml) hoặc 0,4 - 0,5ml/kg (tối đa 5ml) có thể lặp lại liều 2 sau 30p - 1h nếu còn khó thở nhiều và sau 1 - 2h để chờ tác dụng của Dexamethazol, tối đa ≤ 3 lần.

Dexamethazol 0,6mg/kg TB (TM) 1 lần, có thể lặp lại sau 6 - 12h.

Dùng KS: Cefotaxim hoặc Ceftriaxon trong 3 - 5 ngày.

CD đặt NKQ nếu khí dung Adrenalin và tim Dexamethazol mà không ổn định. Điều trị triệu chứng và biến chứng kèm theo.

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA: Viêm tiểu phế quản là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính do siêu vi của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, xảy ra ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng ở hội chứng lâm sàng bao gồm ho, khò khè, thở nhanh có thể rút lõm lồng ngực.

II. NGUYÊN NHÂN:

* Do RSV đứng hàng đầu (50-70%) có khả năng lây lan rất cao, có thể thành dịch hoặc gây viêm tiểu phế quản mắc phải tại bệnh viện.

Do Adenovirut (10%) có bệnh cảnh nặng hơn, có khả năng diễn biến thành viêm tiểu phế quản tắc nghẽn.

III. CHẨN ĐOÁN:

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

- Yếu tố nguy cơ: + Thường trẻ < 3 tháng tuổi.

+ T/sử sinh con, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh.

+ Tim bẩm sinh, SDD, suy giảm MD.

2. Khám lâm sàng: Dấu rút lõm ngực, thở khò khè, thở nhanh, nghe phổi có ral rít, ral ngáy, có thể có ral ẩm, nổ.

Dấu Xquang: hình ảnh đặc hiệu: Thường thấy ứ khí phế nang khu trú ở đáy phổi. Có thể có hình ảnh xẹp phổi ở thùy đỉnh trên phải.

3. Phân độ viêm tiểu phế quản:

* **Viêm tiểu phế quản nhẹ.**

- Trẻ tỉnh táo bú tốt.

- Nhịp thở < 50l/p

- SpO₂ > 95% với khí trời.

- Không có yếu tố nguy cơ.

* **Viêm tiểu phế quản thể vừa:**

- Tỉnh, bú kém

- Co lõm ngực

- Nhịp thở trên 50-70l/p

- SpO₂ 90 - 95% với khí trời.

* **Viêm tiểu phế quản nặng.**

- Bớt sốt, li bì, kích thích rối loạn tri giác

- Bỏ bú (bú dưới 50% lượng sữa bình thường)

- Thở nhanh trên 70l/p

- Thở không đều có cơn ngừng thở (thường ở trẻ dưới ba tháng tuổi)

- Tím, rên rĩ, co lõm ngực nặng - SpO₂ < 95% với khí trời.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Hen (suyễn): Tiền sử khò khè, đáp ứng với Salbutamol.

- Viêm phổi

- Ho gà

- Suy tim

- Dị vật đường thở

IV. ĐIỀU TRỊ VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN: Nguyên tắc cơ bản là điều trị triệu chứng, bao gồm cung cấp đầy đủ nước, điện giải, dinh dưỡng và đảm bảo oxy.

1. Điều trị viêm tiêu phế quản thể nhẹ: Điều trị ngoại trú, không dùng kháng sinh, corticoid, giãn phế quản. Chỉ cần điều trị triệu chứng, thông thoáng đường thở, giảm ho long đờm, hạ sốt, hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần đến khám tại cơ sở y tế và tái khám.

2. Điều trị viêm tiêu phế quản thể vừa.

* Hỗ trợ hô hấp:

- Thông thoáng đường thở, hút nhớt thường xuyên.

- Nằm đầu cao.

- Thuốc giãn phế quản: Salbutamol khí dung hai lần cách nhau 20 phút, đáng gia sau một giờ. Nếu đáp ứng sau 1 giờ có thể dùng tiếp, nếu không đáp ứng không cần dùng lại. Liều dùng Salbu 0,15mg/kg/lần (tối thiểu 1,5mg và tối đa 5mg).

Dùng Natriclorid 3% pha với salbu phun khí dung.

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

* Dùng kháng sinh: Lựa chọn kháng sinh như trong viêm phổi do vi trùng.

* Dùng Corticoid: Không chỉ định rộng rãi trong viêm TPQ thể vừa, chỉ định khi nghi ngờ hen, suy hô hấp.

Liều dùng: Prednisolon 1-2mg/kg/ngày hoặc Hydrocortizol 5mg/kg/6h/lần TMC hoặc Dexamethazol 1,15mg/kg/6-8h/lần.

3. Viêm TPQ nặng: Xem xét điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY CẤP

I. CHẨN ĐOÁN TIÊU CHẢY CẤP.

1. Lâm sàng. Tiêu chảy mới xảy ra đột ngột, phân lỏng tóe nước > 2 lần/j, có thể 10 - 15 lần/j, phân có thể lẫn nhầy, trường hợp do lỵ có thể có nhầy lẫn máu. Kèm theo trẻ biếng ăn, có thể sốt hoặc nôn.

2. Thăm khám:

- * Tri giác: Li bì khó đánh thức hoặc kích thích vật vã.
- * Mắt trũng, khóc không có nước mắt, trẻ nhỏ có thóp lõm.
- * Khát uống háo hức hoặc không uống được.
- * Dấu véo da mất chậm > 2 giây.

II. PHÂN ĐỘ MẤT NƯỚC: Mất nước được chia làm 3 độ.

Dấu hiệu	Mất nước độ A	Mất nước độ B	Mất nước độ C
Toàn trạng	Tổ, tỉnh táo	Vật vã, kích thích	Li bì, mệt lả, hôn mê
Mắt	Bình thường	Trũng	Rất trũng, khô
Nước mắt	Có	Không	Không
Miệng, lưỡi	Ướt	Khô	Rất khô
Khát	Không. Uống bình thường	Khát uống háo nước	Uống kém hoặc không uống được
Nếp véo da	Mất nhanh	Mất chậm < 2 giây	Mất rất chậm > 2 giây
Chẩn đoán	Không có dấu hiệu mất nước LS	Có 2 dấu hiệu trở lên trong đó có một dấu hiệu * là mất nước nhẹ và vừa	Nếu có trên 2 dấu hiệu, trong đó có ít nhất 2 dấu hiệu * là mất nước nặng.
Phác đồ điều trị	Phác đồ	Phác đồ B	Phác đồ C

III. ĐIỀU TRỊ.

1. Điều trị đặc biệt.

- Bù dịch điện giải.
- Dùng KS nếu cần.
- Điều trị biến chứng.
- Bỏ sung kẽm và chất dinh dưỡng.

2. Điều trị mất nước: Áp dụng phác đồ: A, B, C cho từng mức độ mất nước.

2.1. Phác đồ A: Điều trị dự phòng cho trẻ chưa mất nước, sử dụng dung dịch Oresol.

- Trẻ < 2 tuổi uống 50ml sau mỗi lần đi ngoài.
- Trẻ từ 2 - 10 tuổi uống 100 - 200ml sau mỗi lần đi ỉa.
- Trẻ > 10 tuổi uống theo nhu cầu.
- Đối với trẻ nhỏ < 6 tháng nên đổ bằng thìa.

2.2. Phác đồ B: Điều trị cho trẻ mất nước nhẹ và vừa, bồi phụ nước điện giải bằng Dd Oresol hoặc Dd đẳng trương dựa vào cân nặng bệnh nhân.

Tuổi	< 4 tháng	4 - 11 tháng	12 - 23 tháng	2 - 4 tuổi	5-14 tuổi	15 tuổi
Cân nặng	< 5kg	5 - 8 kg	8 - 11kg	11 - 16kg	16 - 30kg	> 30kg
Lượng dịch (Ml)	200 - 400	400 - 600	600 - 800	800-1200	1200-2200	2200-4000

Có thể tích ml Oresol = trọng lượng (kg) x 75

2.3. Phác đồ C: Áo dụng cho ỉa chảy mất nước nặng.

Tuổi	Lúc đầu cho 30ml/kg	Sau đó truyền 70ml/kg
Trẻ nhỏ < 12 tháng	1 giờ	5 giờ
Trẻ trên 12 tháng	30 phút	2 giờ 30p

2.4. Bổ sung kẽm:

- Kẽm nguyên tố: - 10mg/ngày x 10 - 14 ngày cho trẻ < 6 tháng
- 20mg/ngày x 10 - 14 ngày cho trẻ > 6 tháng

2.5. Điều trị KS: Chỉ dùng khi tiêu chảy cấp do VK

2.6. Điều trị triệu chứng và biến chứng: Có thể sử dụng các thuốc làm cô đặc phân, các vi khuẩn chỉ có lợi cho đường ruột: Hydrasex, lactomin, lactobio, Enterogerminae...

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CƠN HEN (SUYỄN)

I. ĐẠI CƯƠNG.

Hen (suyễn) là tình trạng viêm mạn tính của đường thở kết hợp với tăng phản ứng của đường dẫn khí, lâm sàng đặc trưng bởi khó thở kèm khò khè tái phát, có thể phục hồi tự nhiên hay do điều trị.

II. CHUẨN ĐOÁN CƠN HEN (SUYỄN).

- Tiền sử: Có cơn hen (suyễn) hoặc đã chẩn đoán là hen (suyễn), hoặc khó thở giảm khi dùng Salbutamol.

- Lâm sàng: Ho, khò khè, khó thở chủ yếu là khó thở ra kéo dài.

- Khám: ral rít, ral ngáy hai bên phổi

III. PHÂN ĐỘ CƠN HEN (SUYỄN)

Độ Triệu chứng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Đọa ngừng thở
Tri giác	Tỉnh	Kích thích		Vật vã, hôn mê
Nói	Nói trọn câu	Nói trọn câu	Nói từng tiếng	Không nói được
Khò khè	Có hoặc không có khò khè	Khò khè rõ	Khò khè có thể mất	Khò khè, ngồi cuối người ra trước để thở
Nhịp thở	Nhịp thở bình thường hoặc nhanh	Thở nhanh	Thở nhanh	
Khó thở, rút lõm ngực	Không khí thở khi nằm yên	Rút lõm ngực	Khó thở, rút lõm ngực, co kéo cơ ức đòn chũm	
SpO ₂	> 95%	91-95%	< 91%	< 91%

IV. ĐIỀU TRỊ CƠN HEN.

1. Điều trị cơn nhẹ và trung bình.

1.1. Điều trị ban đầu: - Thở oxy giữ SpO₂ > 95%.

- KD Salbutamol: 0,15/kg/lần, phun lặp lại tối đa 3 lần mỗi 20p nếu cần (tối thiểu 2,5mg, tối đa 5mg/lần) hoặc Salbutamolxịt - 2 nhát đối với hen nhẹ, lặp lại tối đa 3 lần mỗi 20 phút nếu cần.

1.2. Điều trị tiếp theo sau 1 giờ:

* Nếu đáp ứng tốt: Hết khò khè, hết khó thở, không cần oxy, SpO₂ > 95%, tiếp tục khí dung hoặc Salbutamol 4 - 6 giờ/lần trong 1 - 2 ngày tiếp theo, xem xét ra viện điều trị ngoại trú.

* Đáp ứng không tốt hoặc không đáp ứng: Prednisolon uống sớm, nếu không đáp ứng sau liều khí dung Salbutamol đầu tiên, liều (P) 1-2mg/kg/ngày x 6-8h (tối đa 60mg/ngày).

TE < 20kg: 2,5mg/lần x 3 lần/j; TE > 20kg: 5mg/lần x 3 lần/j:

- Dùng Corticoid TM khi nôn trớ nhiều, không uống được. Xem xét KD Budesonid: Liều 1-2mg/liều x 2 lần/ngày, khi trẻ không uống được hoặc có chống chỉ định, dung Corticoid đường toàn thân (Thủy đậu, lao, XH tiêu hóa, loét dạ dày tá tràng) vẫn tiếp tục KD Salbutamol 1 - 3h/lần.

- Phối hợp KD Ipratropium 1 - 3 giờ/lần. Trẻ < 2 tuổi: 250mcg; Trẻ > 2t tuổi 500mcg

- Nếu tiến triển tốt, tiếp tục điều trị đến cắt cơn. Nếu diễn biến xấu, xuất hiện cơn nặng hoặc đe dọa ngừng thở hội chẩn chuyển điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM CẦU THẬN CẤP

I. CHẨN ĐOÁN.

* **Lâm sàng:** Phù, tiểu ít, tiểu đỏ, có thể có cao HA khởi phát cấp tính.

* **Xét nghiệm:**

- HC niệu
- Protein niệu bao giờ cũng có và thường $< 2\text{g}/24$ giờ.
- ASLO tăng.

II. ĐIỀU TRỊ.

1. Nguyên tắc điều trị: - Điều trị nhiễm trùng

- Điều trị triệu chứng và biến chứng.

2. Điều trị nhiễm trùng do Streptococcus: Dùng Penicillin G 100.000 UI/kg/j x 10 ngày

Có thể dùng Erythromycin 30 - 50mg/kg/j x 10j nếu dị ứng với Peni.

3. Điều trị triệu chứng và biến chứng:

3.1. Điều trị triệu chứng:

- Ăn nhạt, hạn chế vận động thể lực.
- Dùng lợi tiểu nếu có phù và tiểu ít.

3.2. Điều trị biến chứng.

- Điều trị cao HA.
- Điều trị suy tim.
- Điều trị phù phổi cấp.
- Điều trị suy thận cấp.

* Điều trị suy tim: Dùng Digoxin

- SS đủ tháng: 30-50mcg/kg/j; SS thiếu tháng: 10 - 20mcg/kg/j.
- Nhũ nhi 1 - 12 tháng: 35mcg/kg/j.
- < 2 tuổi: 40 - 60mcg/kg/j.
- > 2 tuổi: 40 - 50mcg/kg/j.
- > 12 tuổi: 15 - 20mcg/kg/j.

* Cách dùng: Liều 1 = 1/2 tổng liều, liều 2,3 = 1/4 tổng liều cách nhau 8 giờ. Sau liều 3 - 12h thì cho liều duy trì hàng ngày bằng 1/4 - 1/5 liều tấn công.

Liều cố định: < 2 tuổi 15 - 20mcg/kg/j.

> 2 tuổi 10 - 15mcg/kg/j.

Liều tiêm bằng 2/3 - 3/4 liều uống dùng như trên.

* CCD: Nhịp chậm, Block nhĩ thất độ II, III, tràn dịch màng ngoài tim, bệnh cơ tim phì đại.

* Có thể dùng Dopamin và Dobutamin: Được C Đ trong suy tim kèm tụt HA. Liều dùng Dopamin: 3 - 5mcg/kg/phút.

- Dobutamin: 3 - 10mcg/kg/phút đây là thuốc lựa chọn trong phù phổi, bệnh cơ tim hoặc khi thất bại dùng Dopamin.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HCTHNP

I. ĐẠI CƯƠNG: HC THNP là một HC do nhiều nguyên nhân, bao gồm: Phù, tiểu đạm ≥ 50 mg/kg/24h, giảm đạm máu và tăng Lipit máu. Gần 90% TCHT ở trẻ em là nguyên phát, chủ yếu do sang thương cầu cận thận tối thiểu.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định: Dựa và các triệu chứng:

- Phù.
- Đạm niệu ≥ 50 mg/kg/24h, hoặc đạm niệu/ Creatinin (mg/mg) \geq hoặc đạm niệu/ Creatinin (mg/1, mmol/1) > 200
- Albumin máu $< 2,5$ g
- Cholestrol máu > 200 mg%

2. Chẩn đoán khác:

Viêm cầu thận cấp: - Phù, cao HA, tiểu HC, đạm máu và cholestorerol máu bình thường.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị đặc hiệu dùng thuốc ức chế MD
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị biến chứng

2. Điều trị đặc hiệu:

2.1. Điều trị ban đầu: 4 tuần đầu dùng Prednisolon 2mg/kg/j (tối đa 60mg/j)

2.2. Điều trị tiếp theo:

* Nếu có đáp ứng: Hết phù, đạm niệu (-) trong 3 ngày liên tiếp

- 8 tuần tiếp: Prednisolon 2mg/kg cách ngày
- 6 tuần kế tiếp: Prednisolon dùng cách nhật giảm liều dần, mỗi tuần giảm 1/6 liều cho khi dừng thuốc.

* Nếu tái phát trong quá trình giảm liều:

- Đối với trẻ tái phát không thường xuyên: Prednisolon 2mg/kg/j, cho đến khi đạm niệu âm tính trong 3 ngày liên tiếp. Sau đó, Prednisolon 2mg/kg/j cách ngày trong 8 tuần.

- Đối với thể tái phát thường xuyên hay thể phụ thuộc Corticoids:

- + Prednisolon 2mg/kg/j cho đến khi đạm niệu âm tính trong 3 ngày liên tiếp. Kế đến, Prednisolon 2mg/kg cách cách ngày trong 8 tuần. Sau đó giảm liều dần và duy trì liều 0,1 - 0,5 mg/kg cách ngày trong 6 - 12 tháng.

- + Nếu liều Prednisolon duy trì cao > 1 mg/kg, cách ngày hay 0,5 mg/kg cách này kèm theo BC dùng cho Corticoid kéo dài như Cushinh nặng, cao HA, tiểu đường, xuất huyết tiêu hóa sẽ dùng phối hợp thêm Cyclophosphamid 2,5

mg/kg/j trong 8 - 12 tuần với Prednisolon liều thấp. Thường sau phác đồ trên bệnh nhân sẽ bớt tái phát > Nếu tái phát xem xét hội chẩn Cyclophosphamid 5 mg/kg/ngày x 12 - 24 tháng.

* Nếu sau 4 tuần điều trị mà chưa đáp ứng với Prednisolon thì dùng Methylprednisolon 1g/1,73 m² da/ngày (10 - 15 mg/kg) truyền TM 3 lần cách ngày. Nếu sau 3 liều Methyl(P) vẫn không đáp ứng, sau 2 tuần (Còn phù và hoặc đạm niệu (+) thì xem như là kháng Corticoid.

- Hội chẩn chuyển tuyến trên điều trị tiếp.

3. Điều trị triệu chứng:

3.1. Điều trị phù:

- Hạn chế muối và nước trong giai đoạn phù

- Dùng lợi tiểu nếu phù to, đái ít. Thường dùng Clorogthiazid, Spinorolactol, Furosemid

* Cách dùng Albumin:

- Dùng để giảm phù: 1 g/kg/liều, truyền chậm trong 5 giờ phối hợp với dùng thuốc lợi tiểu Furosemid.

+ Liều 1: 2 mg/kg TMC sau khi truyền được 1/2 liều Albumin

+ Liều 2: 2 mg/kg sau khi kết thúc truyền Albumin

- Dùng để chống sốc:

+ Liều Albumin 20%: 1 - 2 g/kg/liều

+ Pha loãng là Albumin/ Normal saline tỷ lệ 1/3 để đạt được nồng độ Albumin 5 %.

Truyền tốc độ từ 7,5 - 15 ml/kg/h tùy theo tình trạng huyết động của bệnh nhân

3.2. Điều trị hỗ trợ khác:

- Cho thêm Calcium và vitamin D

- Chỉ cần ăn nhạt trong giai đoạn phù

- Trẻ có thể sinh hoạt bình thường.

4. Điều trị biến chứng:

* Nhiễm trùng dùng kháng sinh phổ rộng, dùng sớm, thường lựa chọn ban đầu là Cefotaxim 150 - 200 mg/kg/j/4 lần x 10 ngày

* Điều trị tăng đông máu:

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

- Hẹn tái khám sau 2 - 4 tuần\

- Theo dõi: Đạm niệu trong 24 giờ, hoặc tỷ lệ đạm niệu/creatinin niệu; tác dụng phụ của thuốc.

THEO TÀI LIỆU CỦA BV NHI ĐỒNG TP HỒ CHÍ MINH

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ THẤP TIM

I. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào tiêu chuẩn của John: Gồm có 5 tiêu chuẩn chính và 7 tiêu chuẩn phụ.

*** Năm tiêu chuẩn chính:**

- Viêm khớp: Sung nóng, đau các khớp ngoại biên, không đối xứng, có tính chất di chuyển, kéo dài không quá một tuần, khỏi không để lại di chứng.

- Viêm tim: Có thể viêm một trong ba màng tim cùng lúc: Viêm màng trong tim, màng ngoài tim, viêm cơ tim.

- Hồng ban vòng: Ban màu hồng gặp nhiều ở thân, nhạt màu ở giữa, bờ vòng có xu hướng dính vào nhau tạo thành hình rắn bò, không ngứa, tăng khi gặp tăng nhiệt.

- Hạt dưới da: Nốt dưới da kích thước bằng hạt đậu, chắc không đau ở mặt dưới của gối, cùi chỏ.

- Múa vờn.

*** Các tiêu chuẩn phụ:**

- Sốt.

- Bạch cầu tăng

- Máu lắng tăng

- Đau khớp

- PQ (PR) kéo dài

- Tiêu sử viêm khớp, di chứng van tim

- Bằng chứng nhiễm liên cầu nhóm A (Streptococcus Group A).

Chẩn đoán xác định khi: Có 2 tiêu chuẩn chính, hay có một tiêu chuẩn chính và một tiêu chuẩn phụ cộng với bằng chứng nhiễm liên cầu nhóm A trước đó.

II. ĐIỀU TRỊ:

1.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nhiễm trùng do Streptococcus nhóm A.

- Điều trị chống viêm

- Điều trị triệu chứng

1.2. Điều trị nhiễm trùng do S.A: Chọn một trong hai cách sau:

* Uống 10 ngày liên tục: Phenoxyethyl penicilin

- Trẻ em > 27 kg: 250 mg (400.000 ddv)/lần x 4 lần/ngày

- Trẻ ≤ 27 kg: 250 mg x 2 - 3 lần/ngày

* Tiêm bắp 1 liều duy nhất Benzathine PenicilinG.

Trẻ > 27 kg: 1200000 đv

Trẻ ≤ 27 kg: 600000 đv

Nếu dị ứng PNC thì thay bằng Erythromycin: 40 mg/kg/ngày/ 3 - 4 lần

1.3. Điều trị kháng viên:

1.3.1. Đối với viêm khớp: Uống Aspirin 100 mg/kg/4 lần/ngày x 1 - 2 lần. Sau đó giảm dần liều từ từ rồi ngừng hẳn trong 2 - 3 tuần. Nếu uống thuốc sau 36 giờ mà không đáp ứng cần xem lại chẩn đoán.

1.3.2. Đối với viêm tim nhẹ và trung bình: Aspirin 100 mg/kg/4 lần/ngày x 2 - 8 tuần. Sau đó giảm dần liều từ từ rồi ngừng hẳn trong 4 - 6 tuần.

1.3.3. Đối với viêm tim nặng (Có suy tim sung huyết):

Pretinon 2 mg/kg/ngày/2 - 4 lần (tối đa 30 mg x 4 lần) x 2 - 6 tuần. Giảm liều từ từ và dừng ở 2 - 4 tuần.

Những trường hợp nghiêm trọng khi giảm liều Pret nên dùng kết hợp Aspirin để tránh bùng phát, liều 75 mg/kg/ngày dùng liên tục cho đến khi ngừng Pret. Sau đó giảm liều Aspirin từ từ và dừng trong 2 - 4 tuần.

1.4. Điều trị triệu chứng:

- Nghỉ ngơi
- Điều trị múa vờn
- Điều trị suy tim

2. Điều trị phòng thấp:

2.1. Phòng tin phát: Trẻ trong độ tuổi từ 5 - 15 tuổi bị viêm họng do liên cầu trùng (Sốt, đau họng, có xuất tiết trắng trong họng, sung hạch cổ) sẽ được điều trị kháng sinh chống liên cầu trùng.

2.2. Phòng thấp thứ phát:

* Thời gian phòng:

- Đối với thấp không tổn thương tim (Viêm khớp, múa vờn đơn thuần): 5 năm sau khi tình trạng viêm ổn định hay đến 21 tuổi.

- Thấp có tổn thương tim nhưng không để lại di chứng: 25 tuổi

- Thấp để lại di chứng van tim: 40 tuổi

* Thuốc phòng:

Benzathin PG: Tiêm bắp mỗi 4 tuần

- 600.000 đv đối với trẻ < 27 kg; 1.200.000 đv đối với trẻ > 27 kg

Trẻ > 40 kg hoặc có tổn thương nhiều van tim, thấp tái phát nhiều lần cần được tiêm phòng mỗi 3 tuần.

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ HC TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

I. TRIỆU TRÚNG LÂM SÀNG:

1. Cơ năng:

- Trẻ ói ọc sữa, liên quan đến bữa ăn hoặc thức ăn
- Quấy khóc vô cớ, biếng ăn.
- Triệu chứng hô hấp kéo dài: Ho, khó khè, suyễn không đáp ứng với điều trị, có cơn ngừng thở.

2. Khám toàn diện:

- Tình trạng dinh dưỡng.
- Thiếu máu, tình trạng hô hấp
- Bệnh lý kèm theo: Down, bại não...

II. ĐIỀU TRỊ:

- Điều hòa hoạt động cơ thắt thực quản dưới
- Tránh các yếu tố làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới: Thuốc giãn cơ, kháng cholin.

- Chỉ dùng thuốc khi trào ngược dạ dày thực quản bệnh lý.

1. Bước I: Điều trị không dùng thuốc.

- Nằm sấp kê cao giường 30 độ (Chú ý nằm sấp tăng nguy cơ đột tử ở trẻ em)

- Làm ợ hơi sau bú

- Tránh các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng: Ho, táo bón, quần áo quá chặt...

- Làm đặc thức ăn, dùng sữa nếu nghi ngờ dị ứng sữa bò.

2. Bước II: Dùng thuốc khi bước 1 thất bại sau một tuần hoặc bệnh nặng lên thường dùng thuốc 8 tuần, dùng thuốc nếu sau điều trị một tháng bệnh không đỡ.

- Thuốc: Metoclopramid 0,1 - 0,15 mg/kg/lần dùng liều thấp tăng dần, uống buổi sáng lúc đói trước ăn 30 phút. Nếu cải thiện triệu chứng thì dùng Ranitidin để duy trì liều 3,5 mg/kg x 2 - 3 lần/ngày

3. Theo dõi:

* Trường hợp nhẹ: Một tuần để đánh giá đáp ứng, sau đó có thể dừng tái khám

* Các trường hợp khác: Một tuần trong tháng đầu, một lần/tháng sau một tháng và sau đó 3 tháng/lần để điều chỉnh thuốc theo cân nặng.

BỆNH CHÂN TAY MIỆNG

I. ĐỊNH NGHĨA: Chân tay miệng là bệnh truyền nhiễm do siêu vi trùng đường ruột thuộc nhóm Coxsakieviruses và Enterovirus 71 (EV71) gây ra.

Biểu hiện chính là sang thương da niêm dưới dạng bóng nước ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối.

Bệnh có nhiều biến chứng nguy hiểm: Viêm não, viêm tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong, thường gặp ở trẻ < 5 tuổi, nhất là trẻ < 3 tuổi.

Bệnh xảy ra quanh năm nhưng tăng vào tháng 2 - 4 và tháng 9 -12 hàng năm.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định.

- Sốt, đau bụng, biếng ăn.
- Bóng nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối.
- Khó ngủ quấy khóc, run chi giật mình.
- Tiêu chảy, nôn ói, có tiền sử tiếp xúc với trẻ mắc bệnh tương tự.

2. Phân độ.

2.1. Độ I: Chỉ loét miệng hoặc tổn thương da.

2.2. Độ II: Phân làm hai độ.

* Độ IIa: Có một trong các dấu hiệu sau:

- Bệnh sử có giật mình < 2 lần/30p và không ghi nhận lúc khám.
- Sốt > 2 ngày, hay > 39 độ C, nôn nhiều, lơ tờ, quấy khóc vô cơ.

* Độ IIb: Có các dấu hiệu nhóm 1 hoặc nhóm 2.

- Nhóm I: + Giật mình nghi nhận lúc khám
 - + Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/30p
 - + Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau: Ngủ gà, mạch nhanh trên 130l/p (khi trẻ nằm yên, không sốt).

- Nhóm II: Có một trong các dấu hiệu sau:

+ Sốt cao > 39 độ C (đo ở hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt tích cực.

+ Mạch nhanh trên 150l/p khi trẻ nằm in không sốt.

+ Thất điều, run chi, run người, ngồi không vững, đi lạng choạng.

+ Run giật nhãn cầu, lác mắt, yếu chi hoặc liệt chi.

+ Liệt thần kinh sọ, thay đổi giọng nói, nuốt sặc.

2.3. Độ III: Có các dấu hiệu sau.

- Mạch nhanh > 170l/p khi trẻ nằm yên không tốt.

- Một số trường hợp mạch rất chậm (dấu hiệu bệnh rất nặng)
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng: Trẻ < 12 tháng HA > 100mmHg
Trẻ 12 - 24 tháng HA > 100mmHg
Trẻ > 24 tháng HA > 115mmHg
- Thở nhanh, thở bất thường, có cơn ngừng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào.

- Rối loạn tri giác: Glasgow < 10 điểm

- Tăng trương lực cơ.

2.4. Độ IV: Có một trong các dấu hiệu sau.

- Shock: Phù phổi cấp, tím tái SpO₂ < 92%

- Ngừng thở hoặc thở nấc.

3. Chẩn đoán khác.

* Các bệnh sang thương da.

- Sốt phát ban: Sang thương chủ yếu là hồng ban xen kẽ ít là dạng sẩn, thường có hạch sau tai.

- Dị ứng da: sang thương dạng hồng ban đa dạng, nhiều hơn bong nước.

- Viêm da mủ: Sang thương đau nóng, đỏ, có mủ.

- Thủy đậu: Sang thương bóng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân, không tập trung ở tay chân miệng.

* Các bệnh lý nhiễm trùng.

- Nhiễm trùng huyết: Sang thương da không điển hình, bầm mủ vết tích, xuất huyết dưới da, CRP tăng.

- Viêm màng não do vi trùng: Sang thương da không điển hình, thóp phồng, cổ cứng, CRP tăng, dịch não tủy đục tăng và đường giảm.

III. ĐIỀU TRỊ.

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng.

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

- Sử dụng thuốc an thần sớm nhằm giảm kích thích, tránh gây tăng áp lực nội sọ.

2. Điều trị cụ thể: Đối với bệnh viện tuyến huyện chỉ điều trị độ I và độ Iia.

2.1. Điều trị độ I:

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi.

- Hạ sốt bằng Paracetamol.

- Vệ sinh răng miệng, nghỉ ngơi tránh kích thích.

- Tái khám 1 - 2 ngày trong 8 - 10 ngày đầu, nếu trẻ có sốt cần tái khám hàng ngày cho đến khi hết sốt sau 48 giờ.

Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ Ia trở lên như:

- + Sốt cao > 39 độ C
- + Thở nhanh, khó thở.
- + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bú rứt khó ngủ, nôn nhiều.
- + Đi loạng choạng, da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
- + Co giật, hôn mê.

2.1. Điều trị độ II: Điều trị nội trú tại bệnh viên.

* **Độ IIa:** Điều trị như độ I: Trường hợp sốt cao không đáp ứng với Paracetamol có thể kết hợp với Ibuprofen 5 - 10mg/kg/lần/6-8h (dùng xen kẽ với các lần dùng Para, không dùng hạ sốt Aspirin) Tổng liều Ibu là 40mg/kg/ngày.

Thuốc Phenobarbital 5 - 7mg/kg/ngày uống khi trẻ quấy khóc vô cớ, theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

Độ IIb: + Nằm đầu cao 30 độ, điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức.

+ Thở oxy qua mũi 3 - 6 lít/p, hạ sốt tích cực nếu có sốt.

+ Phenobarbital 10 - 20mg/kg/truyền tĩnh mạch, lặp lại sau 8 - 12h nếu cần.

Xem xét tình trạng bệnh nhân mời hội chẩn chuyển bệnh nhân lên tuyến trên điều trị tích cực bằng Gamaglobulin.

CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ CO GIẬT

Co giật là tình trạng rối loạn tạm thời về ý thức, vận động, cảm giác, thần kinh thực vật do sự phóng điện đột ngột quá mức và nhất thời của một số tế bào thần kinh.

Các cơn co giật liên tiếp trên 15 phút, giữa 2 cơn co giật, bệnh nhi trong tình trạng hôn mê, rối loạn thần kinh thực vật, hô hấp tim mạch, sau cơn trẻ không tỉnh, co giật dài trên 30 phút đó là trạng thái động kinh.

I. ĐÁNH GIÁ VÀ TÌM NGUYÊN NHÂN.

1. Đánh giá. Trước một trẻ co giật, việc kiểm tra chức năng sống bệnh nhân là cần thiết.

1.1. Đường thở: Kiểm tra sự thông thoáng đường thở, nếu chưa có sự lưu thông đường thở thì tiến hành mở miệng, thổi ngạt hoặc đặt nội khí quản.

1.2. Hô hấp: Xem thở có phải gắng sức không.

- Có co rút lồng ngực.
- Đếm nhịp thở.
- Tiếng thở thì hít vào.
- Tiếng rên, sử dụng cơ hô hấp phụ, phập phồng cánh mũi.
- * Xem hiệu quả của hô hấp.
- Rì rào phế nang
- Sự giãn nở của lồng ngực
- * Xem hậu quả của hô hấp có hiệu quả không.
- Nhịp tim, màu sắc da.
- Đo nồng độ bão hòa oxy bằng máy.

1.3. Đánh giá tuần hoàn.

- Đánh giá hiệu quả của tuần hoàn.
- Đánh giá tình trạng tim mạch
- + Nhịp tim chậm: Có tăng áp lực nội sọ
- + Thời gian đầy lại mao mạch (Rifill)
- + Huyết áp
- Đánh giá ảnh hưởng của sự suy tuần hoàn lên các tổ chức: da tái, lạnh, tím
- + Theo dõi mạch, nhịp tim, huyết áp, nhiệt độ thân thể.
- + nếu nhịp tim > 200l/p ở trẻ rất nhỏ và trên 150l/p ở trẻ lớn thì phải đặt máy điện tâm đồ theo dõi.

1.4. Đánh giá thần kinh: Xem kích thước và phản xạ đồng tử. Đồng tử co nhỏ thường do ngộ độc thuốc lá phiện, thuốc trừ sâu phospho hữu cơ. Đồng tử giãn to là do ngộ độc Amphetamin, Atropin, thuốc trầm cảm 3 vòng.

2. Các xét nghiệm cần làm.

- Công thức máu, KSTSR
- Đường huyết, ion đồ
- Điện não đồ, SA não xuyên thóp, CT Scanner

3. Tìm nguyên nhân co giật: Có 4 nhóm nguyên nhân gây co giật

- Sốt cao co giật, động kinh, chấn thương sọ não, xuất huyết não.
- Nhiễm khuẩn thần kinh: Viêm não, viêm màng não.
- Do ngộ độc
- Do bệnh não chuyển hóa: Hạ natri máu, đường máu, calci máu, thiếu vitamin B6.

II. ĐIỀU TRỊ CO GIẬT

1. Nguyên tắc điều trị.

- Hỗ trợ hô hấp: Thông đường thở và cung cấp oxy
- Cắt cơn co giật
- Điều trị nguyên nhân

2. Điều trị ban đầu:

2.2. Hỗ trợ hô hấp:

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, đầu ngửa
- Đặt cây đè lưỡi quấn gạc (nếu đang giật)
- Hút đờm giải
- Cho thở ô xy để đạt SPO2 92 - 96%
- Đặt nội khí quản nếu thất bại với thở ô xy để đạt có cơn ngừng thở

2.2. Đặt cơn co giật: Dùng Diazepam 0,2 mg/kg/liều TMC. Trong trường hợp không tem TMC được thì có thể bơm qua hậu môn liều 0,5 mg/kg. Sau liều đầu không hiệu quả có thể lập lại liều thứ hai sau liều đầu 10 phút, tối đa 3 liều. Liều tối đa < 5 tuổi: 5 mg, trên 5 tuổi: 10 mg

Tuổi	Liều bắt đầu Diazepam	
	Tiêm TMC (0,2 mg/kg)	Bơm hậu môn (0,5 mg/kg)
< 1 tuổi	1 - 2 mg	2,5 - 5 mg
1 - 5 tuổi	3 mg	7,5 mg
5 - 10 tuổi	5 mg	10 mg
> 10 tuổi	5 - 10 mg	10 - 15 mg

Chuyển hồi sức ngay khi tổng liều Diazepam là 1mg/kg mà chưa cắt cơn.

Trẻ sơ sinh ưu tiên lựa chọn Phenobacbita 15 - 20 mg/kg truyền TM trong 30 phút. Nếu sau 30 phút còn co giật thì có thể dùng liều thứ hai 10 mg/kg

2.3. Điều trị nguyên nhân:

* Sốt cao co giật: Paracetamol 15 - 20 mg/kg/liều

* Hạ đường huyết: Trẻ lớn: Dextrose 30% x 2 ml/kgTM

Trẻ sơ sinh: Dextrose 10% x 2 ml/kgTM

Sau đó duy trì bằng Dextrose 10% TTM

* Hạ Natri máu: Natri clorua 3% x 6 - 10 ml/kg TTM trong 1 giờ

* Nguyên nhân ngoại khoa: Hội chẩn chuyển ngoại thần kinh điều trị

2.4. Theo dõi và tái khám:

* Theo dõi: - Tri giác, mạch, HA, nhịp thở, nhiệt độ, SpO₂

- Tìm và điều trị nguyên nhân

- Theo dõi các xét nghiệm: Đường huyết, ion đồ khi cần

* Tái khám: Bệnh nhân động kinh cần được điều trị theo chuyên khoa thần kinh.

THEO TÀI LIỆU CỦA BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG I TP HCM (HẾT)

NHIỄM TRÙNG TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG: Nhiễm trùng tiểu là bệnh lý khá thường gặp ở trẻ em, đứng hàng thứ 3 sau bệnh đường hô hấp và tiêu hóa. Nhiễm trùng tiểu biểu hiện rất đa dạng, từ thể không triệu chứng đến các trường hợp nặng có biểu hiện của nhiễm trùng huyết.

II. CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán xác định.

* Dấu lâm sàng: Sốt tái đi tái lại không rõ nguyên nhân, dị tật đường tiểu đã được chẩn đoán. Rối loạn đi tiểu như đái đau, đái nhất, tiểu dầm, tiểu không kiểm soát, tiểu đục, tiểu đỏ, tiểu hôi, tiểu khó...

* Xét nghiệm: VK niệu > 100.000 khóm/ml - lấy nước tiểu giữa dòng.

- 10.000 khóm/ml đặt catheter vô trùng.

- 1000 khóm/ml chọc rút trên xương mu.

2. Chẩn đoán thể lâm sàng.

2.1. Nhiễm trùng tiểu trên: (Viêm đài bể thận)

Sốt trên 38,5 độ C rét run, đau thắt lưng + XN nước tiểu (+).

2.2. Nhiễm trùng tiểu dưới (Viêm bàng quang): Trẻ không sốt hay sốt nhẹ < 38,5 độ, không có dấu hiệu toàn thân, không đau lưng + tiểu đau, tiểu lắt nhắt, tiểu gắt + XN NT (+)

2.3. Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng: Là các trường hợp cấy nước tiểu phát hiện có VK nhưng lâm sàng bệnh nhân không có triệu chứng.

III. ĐIỀU TRỊ.

1. Nguyên tắc điều trị.

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

2. Phác đồ điều trị.

2.1. Dùng kháng sinh:

* **Với viêm bàng quang:** Dùng KS uống theo thứ tự: Cotrimoxazol, Nalidixic acid, Cefuroxim hoặc Amoxicilin - Clavunate > thời gian điều trị 7 - 10 ngày, nếu không đáp ứng sau 2 ngày có thể thay KS.

* Viêm đài bể thận: Ampicilin, Cefotaxim 100mg/kg/ngày TM hoặc Ceftriaxon 50-75mg/kg/ngày.

- Nếu đáp ứng tốt, hết sốt, hết triệu chứng tiết niệu, cấy NT sau 72 giờ (-), tiếp tục điều trị trong 7 - 10 ngày.

- Nếu không đáp ứng: Tìm nguyên nhân bất thường hệ TN hay có áp xe thận để giải quyết.

2.2. Điều trị các dị tật kèm theo: Giải quyết ngoại khoa các dị tật tiết niệu đi kèm khi tình trạng bệnh nhân cho phép.

2.3. Điều trị dự phòng.

* Chỉ định: - Các dị tật tiết niệu chưa được giải quyết hay không thể giải quyết.

- Các trường hợp trào ngược bàng quang niệu quản từ độ 3 trở lên.

- Các trường hợp nhiễm trùng tiểu dưới tái phát nhiều lần.

* Kháng sinh lựa chọn và liều lượng.

- Nitrofurantoin: 2mg/ngày một liều.

- Biseptol 12mg/kg/ngày/liều.

3. Theo dõi: Các trường hợp nhiễm trùng tiểu cần được cấy lại NT 1 tuần sau khi chấm dứt điều trị để chứng minh NT tiểu đã hết. Nếu có hiện tượng trào ngược BQ - NQ cần lấy lại mỗi tháng trong vòng 3 tháng đầu, mỗi 3 tháng trong vòng 6 tháng sau và sau đó 2 lần trong năm.

KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ Ô XY BẰNG ỚNG THÔNG HAI ĐƯỜNG (GỌNG KÍNH)

*** Chuẩn bị người bệnh:**

1. Xem y lệnh, đối chiếu với người bệnh, nhận định tình trạng người bệnh.
2. Giải thích cho người bệnh, người nhà yên tâm, đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi.

*** Chuẩn bị người điều dưỡng:**

3. Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.

*** Chuẩn bị dụng cụ:**

4. Khay chữ nhật, bình oxy (túi đựng oxy), bình làm ẩm và hệ thống dây dẫn oxy.
5. Hộp đựng ống thông vô khuẩn hoặc mast hoặc ống ngửi oxy, bông gạc, tăm bông.
6. Găng tay, kéo, băng dính, túi đựng đồ bẩn.

*** Kỹ thuật tiến hành:**

7. Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp.
8. Kiểm tra hệ thống làm ẩm oxy (Cố định lọ đựng nước làm ẩm oxy vào thành giường) lắp hệ thống làm ẩm vào bình oxy (túi oxy).
9. Điều chỉnh lưu lượng oxy, khóa lại.
10. Điều dưỡng mang găng, vệ sinh mũi, hút đờm rãi cho người bệnh (nếu cần).
11. Đưa ống thông oxy vào 2 lỗ mũi người bệnh đúng kỹ thuật.
12. Cố định ống thông lên đầu hoặc dưới cằm người bệnh.
13. Đánh giá hiệu quả việc cho người bệnh thở oxy.

*** Thu dọn dụng cụ:**

14. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.

KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG KHÔ BẰNG TÚI CHƯỜM

* Chuẩn bị người bệnh:

1. Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.
2. Thông báo và giải thích cho người bệnh yên tâm

* Chuẩn bị người điều dưỡng:

3. Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.

* Chuẩn bị dụng cụ:

4. Khay chữ nhật, trụ cắm kìm Kocher, nước nóng, túi chườm (kiểm tra), nước chườm, chậu, ca.

5. Nhiệt kế bạch phân (đo nhiệt độ của nước), khăn bông to, khăn bông nhỏ, cốc đựng bông tẩm Parafin, đồng hồ.

6. Kiểm tra nhiệt độ của nước, đổ nước vào 1/2 - 2/3 túi chườm, dưới khí vặn chặt nắp, lau khô, bọc khăn quanh túi chườm.

* Kỹ thuật tiến hành:

7. Giúp người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vị trí chườm.

8. Đặt túi chườm lên vị trí chườm.

9. Thời gian mỗi lần chườm 20 phút đến 30 phút, theo dõi sát người bệnh, xoa parafin tại vị trí chườm (nếu cần).

10. Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái.

* Thu dọn dụng cụ:

11. Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu chăm sóc.

KỸ THUẬT THỤT THÁO

* Chuẩn bị người bệnh:

1. Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh
2. Thông báo, giải thích và động viên người bệnh yên tâm.

* Chuẩn bị người điều dưỡng:

3. Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.

* Chuẩn bị dụng cụ:

4. Khay chữ nhật, trụ cắm kìm Kocher, cốc đựng bông tẩm dầu nhòn (parafin...), hộp đựng bông gạc
5. Hộp đựng bóc thụt và canuyn, chậu nước thụt, ca mức nước.
6. Tấm nilon, gối kê mông, găng tay.
7. Cọc treo bóc, xô, giấy vệ sinh, túi đựng đồ bẩn, khay quả đậu.

* Kỹ thuật tiến hành:

8. Hướng dẫn người nhà người bệnh bế trẻ đến phòng thủ thuật hoặc che bình phong.

9. Kiểm tra nhiệt độ của nước, đổ nước vào xô, treo xô cách mặt giường 60 - 80 cm, mở khóa kiểm tra vòi thụt.

10. Điều dưỡng mang găng tay, thay chăn bằng khăn khoác, đặt gối kê mông, trải nilon trên gối.

11. Cởi quần người bệnh, giúp người bệnh nằm nghiêng (chân dưới duỗi thẳng, chân treo co), kéo khăn khoác, đặt gạc.

12. Bôi trơn đầu Canuyn, vành mông, đưa Canuyn vào hậu môn khoảng 3 đến 5 cm.

13. Mở khóa cho nước chảy từ từ.

14. Kiểm tra lượng nước trong cốc, khi đủ lượng nước thụt khóa lại, rút Canuyn ra.

15. Bỏ gối, nilon giúp người bệnh nằm ngửa vắt chéo 2 chân.

16. Đưa giấy vệ sinh cho người nhà người bệnh đưa trẻ đi người sau 10 đến 15 phút.

* Thu dọn dụng cụ:

17. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.

QUY TRÌNH XỬ LÝ BỆNH NHI SỐT CAO CO GIẬT

* Chuẩn bị người bệnh:

1. Nhận định tình trạng người bệnh và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà yên tâm.

* Chuẩn bị người điều dưỡng:

2. Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.

* Chuẩn bị dụng cụ:

3. Thuốc theo y lệnh, nhiệt kế, dây thở oxy, hộp chống sóc, bộ huyết áp.

4. Khay quả đậu, gạc, bông, cồn 70 độ, panh, kéo, dây ga rô, canun, bơm tim 5ml, bơm tim 10ml, găng tay.

5. Chậu, nước ấm, khăn.

* Kỹ thuật tiến hành:

6. Để người bệnh nằm phòng yên tĩnh, tránh kích thích, đặt người bệnh nằm nghiêng phải để đờm nhớt chảy ra ngoài, ngáng miệng bằng khăn vải mềm hoặc canun.

7. Nói rộng quần áo, tả lót, đo nhiệt độ.

8. Thực hiện thuốc theo y lệnh (cắt cơn giật, hạ sốt, điều trị nhiễm khuẩn).

9. Dùng khăn bông mềm nhúng vào nước ấm, vắt hết nước lau khô vùng nách, trán, bẹn, gáy cổ cho trẻ.

10. Đánh giá người bệnh sau cấp cứu.

11. Theo dõi, dặn người nhà người bệnh những điều cần thiết.

* Thu dọn dụng cụ:

12. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHẠY KHÍ DUNG

* Chuẩn bị người bệnh:

1. Nhận định tình trạng người bệnh và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà yên tâm.

* Chuẩn bị người điều dưỡng:

2. Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.

* Chuẩn bị dụng cụ:

3. Máy khí dung, các loại thuốc theo quy định.

4. Khay quả đậu, gạc, bông

5. Bơm tim 5ml, bơm tim 10ml,

* Kỹ thuật tiến hành:

6. Hướng dẫn người nhà người bệnh bé trẻ ở tư thế thuận lợi.

7. Cắm máy vào ổ điện, nối ống thông với hệ thống máy và van xông, kiểm tra hệ thống máy.

8. Điều dưỡng mang găng, pha dung dịch theo y lệnh của bác sĩ rồi bơm vào bầu chứa thuốc, lắp mặt nạ vào van xông.

9. Bật máy chạy thấy khí bay ra từ van xông đựng dung dịch thuốc là được.

10. Bệnh nhi xông hết thuốc thì tắt máy, tháo dây dẫn khí, mặt nạ, bầu khí, ngâm vào dung dịch khử khuẩn.

11. Vệ sinh mũi, miệng cho bệnh nhân. Hướng dẫn vỗ dung tích cực cho bệnh nhân 15 phút - 20 phút.

12. Theo dõi, dặn người nhà người bệnh những điều cần thiết.

* Thu dọn dụng cụ:

12. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.

