

PHẦN I
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA KHÁM BỆNH

MỤC LỤC

1. TIẾP NHẬN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN TẠI PHÒNG KHÁM	2
2. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN SỐT	3
3. TIẾP CẬN TRẺ KHÒ KHÈ TẠI PHÒNG KHÁM	7
4. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN ĐAU BỤNG CẤP	9
5. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TIÊU CHẢY CẤP	13
6. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NÔN	20
7. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TRẺ BIẾNG ĂN	24
8. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN THIẾU MÁU	28
9. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIÊU	32

TIẾP NHẬN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN TẠI PHÒNG KHÁM

1. Đại cương:

- Phân loại bệnh nhân là quá trình sàng lọc nhanh ngay sau khi trẻ bệnh được đưa đến bệnh viện để phát hiện:

+ Những trẻ có dấu hiệu cấp cứu cần được điều trị cấp cứu ngay lập tức phòng ngừa tử vong.

+ Những trẻ có dấu hiệu cần ưu tiên (trẻ có nguy cơ diễn biến nặng và nhanh) phải được khám trước để đánh giá và điều trị kịp thời

+ Những trường hợp không khẩn cấp: Sẽ được khám bệnh theo thứ tự.

2. Phân loại, nhận biết các dấu hiệu cấp cứu:

2.1. Những dấu hiệu cấp cứu:

- Suy hô hấp cấp: Khó thở, thở gắng sức, tím tái, rối loạn nhịp thở, ngừng thở.
- Suy tuần hoàn cấp: Trụy tim mạch, tiền sóc, sóc, rối loạn nhịp tim.
- Rối loạn của hệ thần kinh trung ương: Li bì, hôn mê, co giật, cơn kích động.
- Các bệnh cấp cứu ngoại khoa: Chấn thương nặng, bệnh có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

- Các biểu hiện khác:

Rối loạn thân nhiệt nặng.

Rối loạn đông máu, chảy máu nặng.

Các cơn đau cấp tính

Ngộ độc cấp, bỏng, đuối nước

Vô niệu, bí tiểu tiện.

2.2. Những dấu hiệu cần ưu tiên:

- Bệnh nhân sốt trên 38.5° C

- Bệnh nhân khó thở.

- Vật vã, kích thích, quấy khóc liên tục

- Đau nhức cơ thể nhiều (đau bụng , đau khớp , đau đầu ...)

- Bệnh nhân tai nạn , bỏng , ngộ độc.

- Bệnh nhân sơ sinh dưới 30 ngày tuổi.
- Bệnh nhân chuyển viện bằng xe cấp cứu .
- Bệnh nhân khám hội chẩn, khám chuyên khoa.

3. Các bước phân loại:

Khi trẻ được đưa đến phòng khám, phải được sàng lọc và kiểm tra các dấu hiệu cấp cứu theo 3 bước:

- Bước 1 :

Nếu có bất kì dấu hiệu cấp cứu nào thì nhân viên y tế hộ tổng bệnh nhân chuyển ngay vào khoa cấp cứu.

+ Trẻ phải được xử trí và điều trị ngay theo phác đồ.

+ Sau khi điều trị cấp cứu tiến hành đánh giá, chẩn đoán và điều trị ngay các tình trạng bệnh lý khác.

- Bước 2:

Nếu không có dấu hiệu cấp cứu thì nhân viên y tế kiểm tra các dấu hiệu cần ưu tiên. Những trẻ này không phải xếp hàng đợi mà được nhân viên y tế hướng dẫn vào khám trước để xác định xem cần thiết điều trị gì.

Nếu trẻ có chấn thương hay các vấn đề ngoại khoa khác thì hội chẩn chuyên khoa ngoại – chấn thương .

- Bước 3:

Những trường hợp khám không khẩn cấp (không có dấu hiệu cấp cứu hoặc ưu tiên) :Bệnh nhân sẽ được nhân viên y tế hướng dẫn đăng ký hình thức khám (tự nguyện hoặc thường) vào các bàn khám theo thứ tự số trên bảng điện tử theo quy trình khám bệnh có BHYT- không BHYT đã niêm yết.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN SỚT

1. Định nghĩa.

- Sốt là tình trạng tăng nhiệt độ của cơ thể lên mức giới hạn bình thường của mỗi cá thể

- Sốt khi nhiệt độ hậu môn $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc nhiệt độ nách, trán $> 37,5^{\circ}\text{C}$.

- Khi nhiệt độ $> 40^{\circ}\text{C}$ gọi là sốt rất cao, $> 41^{\circ}\text{C}$ gọi là sốt nguy kịch.

- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân khi sốt > 14 ngày

- Sốt co giật lành tính: thường gặp từ 6 tháng – 6 tuổi, cơn co giật toàn thể, ngắn < 5 phút, sau cơn thì tỉnh táo, không có dấu thần kinh khu trú.

2. Nguyên nhân.

- Sốt có dấu hiệu chỉ điểm, thường gặp là đường hô hấp, sốt xuất huyết, tay chân miệng, nhiễm trùng tiêu hóa. Một số dấu hiệu chỉ điểm khác cũng có thể phát hiện như trong viêm màng não, viêm khớp,...

- Sốt không tìm thấy dấu hiệu chỉ điểm:

+ < 3 tháng: 40-60% là do siêu vi, 10-15% có nguy cơ nhiễm khuẩn huyết

+ 3 tháng - 36 tháng: phần lớn là nhiễm siêu vi, thường tự hết, 1 - 2% có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng.

- Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân

- Sốt nguy kịch: thường do tổn thương vùng hạ đồi (xuất huyết não, tổn thương hệ thần kinh) hoặc do tăng tạo nhiệt. Những trường hợp này chuyển phòng cấp cứu.

3. Tiếp cận sốt

3.1. Bệnh sử

* Đặc điểm sốt:

- Xác định sốt: ai đo, nhiệt kế loại nào, vị trí đo, lúc nào.

- Tính chất sốt có thể gặp:

+ Sốt dao động: gia tăng theo nhịp ngày đêm

+ Sốt liên tục: hằng định, dao động $< 0,5^{\circ}\text{C}$ trong ngày

+ Sốt liên tục dao động: hằng định nhưng dao động $> 0,5^{\circ}\text{C}$ trong ngày

+ Sốt cơn: có lúc về bình thường

* Triệu chứng đi kèm:

- Các cơ quan: hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, thần kinh, tai mũi họng,...
- Toàn thân: ớn lạnh, đổ mồ hôi, chán ăn, lừ đừ, bứt rứt, co giật,...

3.2. Tiền sử

- Sản khoa
- Tiêm chủng
- Bệnh tật:
 - + Nhiễm trùng các cơ quan
 - + Các bệnh có sốt, bệnh mạn
 - + Cơ địa co giật, từng đặt ống trong cơ thể
 - + Dùng thuốc hạ sốt, kháng sinh, kháng viêm
- Dịch tễ các bệnh địa phương cư trú (sốt rét, sốt xuất huyết, tay chân miệng, cúm,...)
- Du lịch

3.3. Khám thực thể: khám toàn diện tất cả các cơ quan.

3.4. Xét nghiệm

- Sốt có dấu hiệu chỉ điểm: xét nghiệm tùy theo nguyên nhân nghĩ đến.
- Sốt không tìm thấy dấu hiệu chỉ điểm và trẻ < 5 tuổi, không có các nguy cơ bệnh nặng phải nhập viện ngay:

- + Công thức máu, CRP
- + Sinh hóa máu, Điện giải đồ
- + Tổng phân tích nước tiểu
- + X-quang ngực thẳng, Soi Tai mũi họng
- + Soi phân (khi có tiêu chảy)

4. Xử trí

4.1. Hạ sốt

- Paracetamol: 10-15 mg/kg/lần uống hoặc nhét hậu môn 4-6 giờ khi nhiệt độ >38,5°C hoặc Ibuprofen: 5-10 mg/kg/lần uống / 6 giờ khi nhiệt độ >38,5°C
- Nếu trẻ sốt > 39°C, có thể lau mát bằng nước ấm.

Kiểm tra thân nhiệt sau 30-60 phút , ngưng lau mát khi $<38,5^{\circ}\text{C}$.

4.2. Điều trị theo nguyên nhân (nếu trẻ có thể điều trị ngoại trú)

4.3. Xử trí biến chứng co giật

- Nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến phòng cấp cứu
- Thở oxy, đảm bảo thông thoáng đường thở
- Seduxen hoặc midazolam bơm hậu môn
- Thiết lập đường truyền, lấy máu làm các xét nghiệm cần thiết, chuyển sang tiêm tĩnh mạch midazolam hoặc sedexen nếu sau 5-10 phút còn co giật.
- Hoàn tất hồ sơ nhập viện khi tình trạng co giật ổn định.

5. Ngoại trú

* *Điều trị ngoại trú khi:*

- Sốt $\leq 39^{\circ}\text{C}$ và:
 - + Trẻ > 2 tháng tuổi và toàn trạng tốt
 - + Dễ tái khám theo dõi
 - + Không tiền sử sinh non, dùng kháng sinh trước đó
 - + Các XN cận lâm sàng trong giới hạn bình thường:
 - Bạch cầu máu từ 5.000-15000/ml
 - TPTNT (nếu có): không vi trùng
 - Phân (nếu có): ≤ 5 bạch cầu/ô vi trường
 - X-quang (nếu có): không viêm

6. Tư vấn người nhà.

- Sốt là một đáp ứng bình thường của cơ thể đối với nhiễm trùng
- Sốt là một triệu chứng chứ không phải bệnh. Biểu hiện lâm sàng là quan trọng, tiên lượng diễn tiến cơn sốt để người nhà bệnh nhân yên tâm.

Cần theo dõi sát trẻ trong 72 giờ, tái khám sau 1 ngày và khám lại ngay khi có bất kì dấu hiệu bất thường nào.

TIẾP CẬN TRẺ KHÒ KHÈ TẠI PHÒNG KHÁM

1. Định nghĩa

- Khò khè là âm thanh nghe được ở thì thở ra, do sự chuyển động của luồng khí qua chỗ hẹp.

- Cần phân biệt với thở rít và khụt khịt mũi.

2. Các nguyên nhân thường gặp

2.1. Khò khè cấp tính

- Viêm tiểu phế quản

- Viêm phổi

- Dị vật đường thở

2.2. Khò khè tái diễn/kéo dài

- Hen

- Trào ngược dạ dày thực quản

- Dị vật đường thở bỏ quên

- Bất thường đường thở: hẹp khí quản, vòng mạch,...

- Rò khí - thực quản

3. Cách tiếp cận

3.1. Hỏi bệnh sử

- Khò khè kèm hội chứng nhiễm trùng, sốt và ho, thở mệt gợi ý viêm tiểu phế quản, viêm phổi.

- Tiền sử bị khò khè tái phát nhiều lần đáp ứng với thuốc dẫn phế quản gợi ý đến bệnh hen

- Không đáp ứng với thuốc dẫn phế quản gợi ý nguyên nhân khác hen.

- Tình trạng khò khè kéo dài từ sau sinh gợi ý bất thường đường thở bẩm sinh.

- Khò khè xảy ra ăn, bú hoặc khi nôn gợi ý trào ngược dạ dày thực quản hoặc bất thường phân xạ ruột, rò khí – thực quản.

- Tiền sử ăn nuốt sặc, có hội chứng xâm nhập gợi ý dị vật đường thở.

3.2. Khám lâm sàng

- Đánh giá tình trạng suy hô hấp, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, dị dạng lồng ngực.

- Nghe phổi: xác định mức độ tổn thương

3.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu, CRP, soi đờm

- XQ ngực thẳng

- Nội soi mũi họng

- Thăm dò chức năng hô hấp

- Soi phế quản...

4. Xử trí

4.1. Nhập cấp cứu ngay

- Khi có tình trạng suy hô hấp cấp: tím tái, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, SP02 < 90%.

- Có triệu chứng khác kèm theo: co giật, bỏ bú,...

4.2. Nhập viện

- Khò khè kèm hội chứng nhiễm trùng hoặc suy hô hấp

4.3. Khám chuyên khoa hô hấp

- Đề tư vấn và điều trị dự phòng nếu nghi ngờ hen không kiểm soát

- Đề chẩn đoán nguyên nhân khò khè nếu không đáp ứng với các điều trị trước đây.

- Khò khè kèm ho kéo dài

4.4. Điều trị ngoại trú

- Hen phế quản nhẹ

- Viêm phổi, viêm tiểu phế quản, viêm đường hô hấp trên, trào ngược dạ dày thực quản chưa đủ tiêu chuẩn nhập viện.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN ĐAU BỤNG CẤP

1. Định nghĩa

- Đau bụng cấp là những cơn đau vùng bụng từ nhẹ đến dữ dội, thường xảy ra đột ngột.

- Đau bụng cấp là triệu chứng thường gặp và không đặc hiệu ở trẻ em, có thể là biểu hiện của nhiều bệnh lý nội và ngoại khoa từ nhẹ đến nặng.

2. Tiếp cận chẩn đoán

2.1. Bệnh sử

- Đặc điểm cơn đau: khởi phát (từ từ, đột ngột), vị trí, kiểu đau (từng cơn, âm ỉ, co thắt), hướng lan (khu trú, lan tỏa), yếu tố giảm đau (sau đi ngoài, tư thế chống hông, sau nôn. ..). Ở trẻ nhỏ, đau bụng có thể biểu hiện bằng các cơn khóc thét kéo dài, bú kém, kích thích...

+ Viêm ruột thừa: Đau quanh rốn, lan hố chậu phải.

+ Xoắn buồng trứng, tinh hoàn: Đau đột ngột, khu trú, dữ dội.

+ Lòng ruột: Đau từng cơn, co thắt.

+ Viêm dạ dày ruột: Đau mơ hồ, lan tỏa.

+ Viêm túi mật, gan: Đau hạ sườn phải.

+ Viêm loét dạ dày tá tràng: Đau thượng vị, khu trú.

+ Viêm tụy: Đau quanh rốn, thượng vị âm ỉ, lan sau lưng.

- Triệu chứng đi kèm:

+ Toàn thân: Sốt, mệt mỏi.

+ Đau họng.

+ Nhức đầu: Nhiễm siêu vi, viêm họng.

+ Nôn : Cần loại trừ xoắn ruột (nôn dịch mật ở trẻ sơ sinh), lòng ruột ở nữ nhi, viêm ruột thừa.

+ Tiêu chảy: Thường gặp trong viêm dạ dày ruột, nhiễm trùng tiết niệu, lòng ruột (ỉa máu ở nữ nhi) hay viêm ruột, bệnh crohn, hội chứng tán huyết ure huyết cao.

- + Ho, thở nhanh, đau ngực: Trong viêm phổi.
- + Đái rắt, đái đau, đái khó trong nhiễm trùng tiết niệu hay đái nhiều, khát nước trong nhiễm toan ceton tiểu đường.
- + Đái máu: Trong sỏi hệ niệu, hội chứng Schonlein - henoch, hội chứng tán huyết ure huyết cao.
- + Đau khớp và xuất huyết đối xứng cẳng tay, chân: Hội chứng Schonlein - henoch.

2.2. Tiền sử

- Phẫu thuật ở bụng: Gợi ý tắc ruột do dính.
- Chấn thương bụng.
- Bệnh nội khoa: Tiểu đường, hội chứng thận hư.
- Bệnh lý phụ khoa.
- Thuốc đã dùng.
- Đau tương tự trước đây.

2.3. Khám lâm sàng

** Toàn trạng:*

- Dấu hiệu giảm thể tích, mất nước: Chấn thương bụng, xoắn ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc.

- Vàng da: Bệnh lý gan, huyết tán.

** Dấu hiệu:*

- Sốt gợi ý bệnh nhiễm trùng: Viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm họng, nhiễm trùng tiểu ...

- Thở nhanh: Viêm phổi, toan chuyển hóa (trong nhiễm toan ceton, viêm dạ dày ruột kèm mất nước, viêm phúc mạc, tắc ruột...)

- Huyết áp thấp: Xuất huyết do chấn thương bụng, xoắn ruột, tắc ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc ruột thừa.

** Khám bụng (cần loại trừ bụng ngoại khoa).*

- Bụng chướng.
- Nhu động ruột.

- Vị trí đau.
- Dấu hiệu viêm phúc mạc.
- Thăm trực tràng.

* *Khám tổng quát:*

- Tai mũi họng: Có viêm họng?
- Hô hấp: ral phổi gợi ý viêm phổi?
- Tim mạch: Nhịp tim nhanh, tiếng cọ màng tim, âm thổi.. gợi ý viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim.

- Bộ phận sinh dục: Phù nề, sung nóng gợi ý thoát vị nghẹt, xoắn tinh hoàn.
- Da, niêm mạc: Vết bầm, vàng da, xuất huyết...

2.4. Cận lâm sàng: Tùy theo định hướng nguyên nhân.

- Công thức máu:
 - + Bạch cầu: Tăng gợi ý bệnh lý viêm hay nhiễm trùng, tăng $> 20.000/mm^3$ gợi ý viêm ruột thừa, viêm phổi, áp xe.

+ Hematocrit: Thấp gợi ý xuất huyết, kèm giảm tiểu cầu trong hội chứng tán huyết ure huyết cao.

- Sinh hóa máu:
 - + Tăng men gan, lipase, amylase: Gợi ý viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy.
 - + Toan chuyển hóa: Mất nước, nhiễm toan ceton, tắc ruột, viêm phúc mạc
 - + Đường huyết tăng: Gợi ý nhiễm toan ceton.
 - + Điện giải đồ, chức năng thận.

- CRP định lượng: tăng gợi ý bệnh lý viêm.

- Sinh hóa nước tiểu: Tổng phân tích nước tiểu.

Đái máu: Sỏi niệu quản, Hc Schonlein- Henoch, nhiễm trùng đường tiểu, hội chứng tán huyết ure huyết cao.

Đái mủ: Nhiễm trùng tiết niệu.

Đái Protein: Hội chứng thận hư.

Đái đường, ceton: Nhiễm toan ceton tiểu đường.

- X-quang:

+ X-quang bụng không chuẩn bị: Dầu tắc ruột (mức nước hơi, quai ruột giãn), thủng tạng rỗng (hơi tự do), dị vật (sỏi cản quang thận, túi mật ...)

+ X-quang ngực: Viêm phổi

- Siêu âm bụng:

+ Chẩn đoán lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột do xoay ruột bất toàn, viêm tụy, bệnh lý hệ tiết niệu sinh dục (sỏi niệu quản, xoắn tinh hoàn, buồng trứng, u nang buồng trứng ...)

Chú ý: Siêu âm bụng bình thường không loại trừ lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột

- CT scan bụng giúp chẩn đoán: Viêm tụy, khối u ở bụng, abscess ổ bụng, viêm ruột thừa khó, túi thừa Meckel.

2.5. Chẩn đoán

Dựa vào hỏi bệnh sử, thăm khám và các xét nghiệm

3. Xử trí

3.1. Nhập cấp cứu

- Khi có dấu hiệu suy hô hấp, sốc...

3.2. Nhập viện

- Hầu hết các đau bụng cấp cần được nhập viện theo dõi nếu chưa loại trừ được nguyên nhân ngoại khoa, đau bụng do bệnh lý gan, mật, tụy.

3.3. Điều trị ngoại trú

- Đau bụng do rối loạn chức năng ruột.

- Điều trị theo nguyên nhân.

- Tránh dùng thuốc giảm đau khi chưa loại trừ nguyên nhân ngoại khoa.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TIÊU CHẢY CẤP

1. Định nghĩa

- Tiêu chảy là tình trạng đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước ≥ 3 lần trong 24 giờ.

- Tiêu chảy cấp là tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài không quá 14 ngày.

2. Nguyên nhân

2.1. Tiêu chảy do nhiễm khuẩn.

2.1.1. Nhiễm trùng tại ruột.

- *Rotavirus* là tác nhân chính , ngoài ra còn gặp *Adenovirus*, *Norwalkvirus*

- Vi khuẩn:

+ *E.coli*

+ *Shigella*

+ Tả: Thường gây những vụ dịch

+ Các vi khuẩn khác: *Campylobacter Jejuni* , *Salmonella* ...

- Ký sinh trùng: *Giardia*, *Cryptosporidia*, *amip*

2.1.2. Nhiễm trùng ngoài ruột.

- Nhiễm khuẩn hô hấp

- Nhiễm khuẩn đường tiểu

- Viêm màng não

2.2. Tiêu chảy do thuốc: do sử dụng một số loại thuốc như kháng sinh, thuốc nhuận tràng...

2.3. Tiêu chảy do dị ứng thức ăn: Dị ứng protein sữa bò, sữa đậu nành hoặc một số loại thức ăn khác: lạc, trứng, tôm, cá biển...

2.4. Tiêu chảy do các nguyên nhân hiếm gặp khác:

+ Rối loạn quá trình tiêu hóa, hấp thu.

+ Viêm ruột do hóa trị hoặc xạ trị.

+ Các bệnh lý ngoại khoa: lồng ruột, viêm ruột thừa cấp.

+ Thiếu vitamin.

+ Uống kim loại nặng.

2.5. Các yếu tố thuận lợi

- Tuổi: 80% trẻ bị tiêu chảy < 2 tuổi, lứa tuổi cao nhất từ 6-18 tháng .
- Trẻ mắc một số bệnh gây giảm miễn dịch: SDD, sau sởi, HIV/AIDS...
- Tập quán làm tăng nguy cơ tiêu chảy cấp:
 - + Cho trẻ bú bình hoặc không nuôi con bằng sữa mẹ trong 4-6 tháng đầu
 - + Cai sữa quá sớm.
 - + Thức ăn bị ô nhiễm
 - + Nước uống bị ô nhiễm hoặc không đun chín
 - + Không rửa tay trước khi ăn
- Mùa: Mùa hè các bệnh tiêu chảy do nhiễm khuẩn cao, mùa đông tiêu chảy

thường do *Rotavirus*

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hỏi bệnh:

Hỏi bà mẹ hoặc người chăm sóc trẻ các thông tin sau:

- Trẻ bị đi ngoài từ bao giờ ?
- Có máu trong phân không ?
- Số lần tiêu chảy trong ngày ?
- Số lần nôn và chất nôn ?
- Các triệu chứng khác kèm theo: ho sốt, viêm phổi, sởi....
- Chế độ nuôi dưỡng trước khi mắc bệnh và trong khi bị bệnh
- Các thuốc đã dùng
- Các loại vaccine đã được tiêm chủng

3.1.2. Khám bệnh:

- Kiểm tra các dấu hiệu mất nước:
 - + Toàn trạng: tỉnh táo, kích thích quấy khóc, li bì, hôn mê.
 - + Khát nước: Uống bình thường, uống háo hức, uống kém hoặc không uống

được.

- + Mắt trũng
- + Độ chun giãn của da
- Các triệu chứng khác:
 - + Chân tay: Khi mất nước nặng, có dấu hiệu sốc thì da lạnh và ẩm, nổi vân tím...
 - + Mạch: Khi mất nước, mạch quay và đều nhanh hơn, nếu nặng có thể nhỏ và yếu.
 - + Thở: Tần số tăng khi trẻ bị mất nước nặng do toan chuyển hoá.
 - + Sụt cân:
 - Giảm dưới 5%: Chưa có dấu hiệu mất nước trên lâm sàng.
 - Mất 5 -10 %: Có biểu hiện mất nước vừa và nhẹ.
 - Mất nước trên 10%: Có biểu hiện mất nước nặng.
 - Thóp trước: Khi có mất nước nhẹ và trung bình thóp trước trũng hơn bình thường và rất lõm khi có mất nước nặng.
 - Đái ít.
 - Trẻ có tình trạng suy dinh dưỡng không.
 - Sốt và nhiễm khuẩn: Trẻ ỉa chảy có thể bị nhiễm khuẩn phối hợp, phải khám toàn diện tìm các dấu hiệu nhiễm khuẩn kèm theo.
 - Co giật: Một số nguyên nhân gây co giật trong tiêu chảy như sốt cao, hạ đường huyết, tăng hoặc hạ natri máu.
 - Chướng bụng: Thường do hạ kali máu hoặc do dùng các thuốc cầm tiêu chảy không phù hợp.

3.1.3. Đánh giá mức độ mất nước

Trẻ 2 tháng - 5 tuổi

Dấu hiệu mất nước	Phân loại mức độ mất nước
Hai trong các dấu hiệu sau: - Li bì hay khó đánh thức - Mắt trũng. - Không uống được hoặc uống kém - Nếp véo da mất rất chậm	Mất nước nặng

Hai trong các dấu hiệu sau: - Vật vã, kích thích. - Mắt trũng - Khát, uống nước háo hức - Nếp véo da mắt chậm	Có mắt nước
Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mắt nước hoặc mắt nước nặng	Không mắt nước

Trẻ từ 1 tuần 2 tháng tuổi

Dấu hiệu Mắt nước	Đánh giá tình trạng mắt nước
Hai trong các dấu hiệu sau: - Ngủ li bì hay khó đánh thức - Mắt trũng - Nếp véo da mắt rất chậm	Mắt nước nặng
Hai trong các dấu hiệu sau: - Vật vã, kích thích - Mắt trũng - Nếp véo da mắt chậm	Có mắt nước
Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mắt nước hoặc mắt nước nặng	Không mắt nước

3.1.4. Chẩn đoán biến chứng:

- Rối loạn nước – điện giải
- Rối loạn thăng bằng toan kiềm
- Hạ đường huyết
- Suy thận cấp

3.2. Cận lâm sàng.

- Xét nghiệm máu:
 - + Công thức máu
 - + Sinh hóa máu, điện giải đồ, CRP (nếu có sốt)
 - + Khí máu khi có biến chứng
- Xét nghiệm phân: soi phân, cấy phân
- Siêu âm ổ bụng, XQ ổ bụng, điện tim (nếu nghi ngờ có biến chứng)

4. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

4.1. Nhập cấp cứu ngay:

- Trẻ có dấu hiệu suy hô hấp nặng và/ hoặc sốc
- Trẻ mất nước nặng.
- Trẻ có biến chứng của tiêu chảy .

4.2. Nhập viện:

- Mất nước vừa
- Mất nước nhẹ nhưng không uống được hoặc có bệnh lý nặng khác kèm theo.
- Có các biến chứng khác của tiêu chảy.

4.3. Khám chuyên khoa

- Nếu nghi ngờ những nguyên nhân khác ngoài đường tiêu hóa

4.4. Điều trị ngoại trú

* Nguyên tắc: chỉ cho trẻ tiêu chảy cấp điều trị ngoại trú khi đảm bảo các điều kiện sau:

- Không mất nước
- Không có các biến chứng khác của tiêu chảy
- trẻ uống được
- Không có bệnh lý nặng khác đi kèm

* Bù nước và điện giải theo phác đồ A: Cho trẻ uống nước ORS sau mỗi lần đi ngoài với số lượng nước như sau:

Tuổi	Lượng ORS cho uống sau mỗi lần đi ngoài	Lượng ORS cần cung cấp để dùng tại nhà
< 24 tháng 2 - 10 tuổi	50-100 ml 100-200 ml	500ml/ngày 1000ml/ngày
>10 tuổi uống cho đến khi hết khát		2000 ml/ngày

Cách cho uống:

- Trẻ < 2 tuổi, cho uống từng thìa, trẻ lớn cho uống từng ngụm một bằng cốc hoặc bằng bát.

- Trẻ bị nôn, dừng lại đợi 5-10 phút sau lại tiếp tục cho uống.

- Cần động viên người mẹ chịu khó cho con uống

* Sử dụng kháng sinh trong điều trị tiêu chảy cấp.

- Chỉ định :

+ Tiêu chảy phân máu.

+ Tiêu chảy phân nước mất nước nặng nghi ngờ tả.

+ Tiêu chảy do *Giardia*.

+ Trẻ mắc tiêu chảy kèm theo các nhiễm trùng khác: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu...

- Kháng sinh :

Nguyên nhân	Kháng sinh lựa chọn	Kháng sinh thay thế
Tả	Erythromycin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày x 3 ngày	Azithromycin 6 – 20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày
Ly trực khuẩn	Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày	Ceftriaxon tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 50–100mg/kg/ngày x 2 – 5 ngày
<i>Campylobacter</i>	Azithromycin 6 – 20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày	
Ly a míp	Metronidazole 10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 - 10 ngày (10 ngày với trường hợp bệnh nặng), dùng đường uống	
<i>Giardia</i>	Metronidazole 5 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 ngày, dùng đường uống	

* Bổ sung kẽm

- Trẻ 1 đến < 6 tháng tuổi: 10mg/ngày x 10 – 14 ngày

- Trẻ ≥ 6 tháng tuổi: 20mg/ngày x 10 – 14 ngày

* Chế độ dinh dưỡng

Cho trẻ ăn sớm khẩu phần ăn hàng ngày 4 – 6 giờ sau bù nước và điện giải với lượng tăng dần:

- Nếu trẻ bú mẹ: tiếp tục cho bú nhiều lần hơn và lâu hơn.

- Nếu trẻ không bú sữa mẹ:

+Cho trẻ loại sữa mà trẻ ăn trước đó.

+Không pha loãng sữa.

+Không sử dụng sữa không có lactose thường quy

+Tránh thức ăn có năng lượng, protein và điện giải thấp và nhiều carbohydrate.

+Sau khi khỏi tiêu chảy, cho ăn thêm ngày 1 bữa ngoài những bữa ăn bình thường trong 2-4 tuần.

* Điều trị hỗ trợ

- Men tiêu hóa: Lactobacillus dạng ống/ gói

- Thuốc làm giảm tiết: Racecadotril: 1,5mg/kg/lần x 3 lần/ngày(không uống quá 7 ngày)

- Không sử dụng thuốc cầm nôn, cầm đi ngoài

5. Tái khám

- Tái khám ngay khi có 1 trong các dấu hiệu: ăn uống kém, sốt cao, nôn nhiều, toàn trạng mệt mỏi, khát nước, tiêu chảy nhiều, phân có máu, đái ít

- Đi ngoài không cải thiện sau 3 ngày

6. Dự phòng

- Nuôi con bằng sữa mẹ: Cho trẻ bú mẹ ngay sau sinh và bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.

- Sử dụng vaccine phòng bệnh:

+ Tiêm phòng đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng.

+ Phòng đặc hiệu tiêu chảy bằng vaccin: *Rotavirus*, tả, thương hàn.

- Cải thiện tập quán ăn uống.

- Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh và ăn uống.

- Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm khi chế biến hoặc bảo quản thức ăn.

- Rửa tay thường xuyên khi chăm sóc trẻ.

- Sử dụng hố xí hợp vệ sinh.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NÔN

1. Định nghĩa

- Nôn là sự tống xuất hoàn toàn hay một phần chất chứa trong dạ dày ra ngoài qua đường miệng, có sự kết hợp sự co thắt cơ bụng và cơ hoành.

- Nôn trớ là sự quay trở lại của thức ăn ở dạ dày lên miệng mà không có sự co thắt cơ bụng và cơ hoành.

2. Nguyên nhân

- Nôn có thể là triệu chứng của nhiều bệnh lý ở nhiều cơ quan khác nhau.

- Cần lưu ý một số nguyên nhân cần can thiệp khẩn cấp như: lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm não.

- Nôn cũng gây ra những biến chứng nguy hiểm như: Sốc, rối loạn điện giải, toan kiềm.

3. Tiếp cận chẩn đoán

3.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm xuất hiện: Nôn mới đây hay đã lâu, nôn ngay sau sinh hay sau sinh một khoảng thời gian vài tuần.

- Số lần nôn: Lưu ý với bệnh nhân nôn tất cả mọi thứ.

- Cách nôn: Nôn thụ động hay nôn vọt.

- Có liên quan tới bữa ăn, tư thế, sau ho.

- Tính chất dịch nôn:

+ Nôn muện sau bữa ăn, chứa thức ăn chưa tiêu hóa: gợi ý nguyên nhân tắc đường thoát của dạ dày như hẹp phì đại môn vị, biến dạng môn vị do sẹo loét hành tá tràng.

+ Dịch nôn có màu vàng hoặc xanh, kèm đau bụng con: Gợi ý nguyên nhân tắc nghẽn sau tá tràng (màng chắn tá tràng, lồng ruột, tắc ruột, tắc ruột do dính, thoát vị nghẹt).

+ Nôn dịch nâu, nôn máu: các bệnh lý có tổn thương niêm mạc (viêm thực quản trào ngược, viêm loét dạ dày tá tràng, dị ứng sữa).

- Triệu chứng đi kèm:
- + Triệu chứng tiêu hóa: Đau bụng con, tiêu chảy, ỉa máu.
- + Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa: Sốt, đau đầu, ho, khò khè kéo dài.
- Chế độ dinh dưỡng: Sữa công thức hay sữa mẹ.
- Các thuốc đã dùng (Corticoid, kháng histamin, morphine).
- Tiền sử bản thân và gia đình: Tiền sử dị ứng, hen suyễn, mề đay, đau đầu migraine, chấn thương đầu, động kinh.

3.2. Lâm sàng:

- Dấu hiệu toàn thân:
- + Tình trạng mất nước: da khô, sụt cân, tiểu ít, mắt trũng, nếp véo da mắt chậm.
- + Dấu hiệu toan chuyển hóa: Thở nhanh sâu.
- Khám bụng:
- + Tìm dấu hiệu chướng bụng, dấu rắn bò, giảm hoặc mất nhu động ruột (gặp trong tắc ruột).
- + Phản ứng thành bụng (Viêm phúc mạc), sờ thấy u lũng, khối u
- + Thăm trực tràng phân có máu (lông ruột,viêm ruột), đau túi cùng (viêm ruột thừa, viêm phúc mạc: Chỉ có ý nghĩa với trẻ lớn và hợp tác)
- + Gan lách to.
- + Khối thoát vị, vết mổ cũ.
- Các triệu chứng ngoài đường tiêu hóa:
- + Triệu chứng thần kinh: Thóp phồng, cổ cứng, dấu hiệu thần kinh định vị, dấu tăng áp lực nội sọ (mạch chậm,huyết áp tăng), tật đầu to, tật đầu nhỏ, tăng hoặc giảm trương lực cơ, đồng tử giãn hay đồng tử không đều hai bên.
- + Bất thường cơ quan sinh dục (không rõ ràng giới tính), da sạm màu: Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh.

3.3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu, sinh hóa máu, điện giải đồ.
- Huyết đồ: Tìm dấu hiệu thiếu máu,dấu hiệu nhiễm trùng.

- Siêu âm bụng: chẩn đoán lồng ruột, tắc ruột,viêm phúc mạc, hẹp phì đại môn vị, viêm tụy, đánh giá gan và đường mật.

- X-quang bụng đứng không chuẩn bị: Chẩn đoán tắc ruột, lồng ruột giai đoạn muộn (mức nước hơi).

4. Xử trí

4.1. Nhập viện cấp cứu: Khi trẻ có rối loạn dấu hiệu sinh tồn (suy hô hấp, sốc, mất nước nặng...)

4.2. Nhập viện khi:

- Có dấu hiệu thần kinh: Co giật, thóp phồng, cổ cứng, dấu thần kinh khu trú....

- Nôn có máu.

- Nôn tất cả mọi thứ không ăn uống được.

- Có dấu hiệu mất nước.

4.3. Khám chuyên khoa: Nghi ngờ bệnh lý tắc nghẽn ngoại khoa.

4.4. Điều trị ngoại trú:

- Điều trị nguyên nhân: tùy theo nguyên nhân, lưu ý bù nước điện giải và hạ đường huyết.

- Thuốc chống nôn: Domperidone 0,25 - 0,5 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần/ngày.

Lưu ý các chỉ định và chống chỉ định.

- Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng:

+ Chia nhỏ bữa ăn, ăn từng ít một.

+ Duy trì chế độ ăn theo lứa tuổi của trẻ.

- Xử trí ngay khi bé nôn:

+ Đặt trẻ nằm đầu thấp, nghiêng sang một bên, làm sạch mũi miệng

+ Nếu trẻ không khóc, tím, giảm trương lực cơ thì tiếp tục hút mũi, đặt trẻ nằm sấp rồi vỗ lưng .

*** Các dấu hiệu phải đưa trẻ đi khám ngay:**

- Nôn tất cả mọi thứ.

- Dịch nôn có màu vàng, xanh, nôn có máu.

- Bệnh nhân uống háo hức hoặc không uống được.
- Đi ngoài phân có máu.
- Li bì hoặc kích thích.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN TRẺ BIẾNG ĂN

1. Định nghĩa

- Biếng ăn là tình trạng gặp khó khăn khi cho trẻ ăn, biểu hiện bằng ăn ít, khó ăn, khó nuốt, chỉ ăn một số loại thức ăn, sợ ăn

- Hậu quả: Thiếu chất dinh dưỡng, giảm đề kháng, ảnh hưởng đến phát triển thể chất và tâm vận động, rối loạn tâm lý...

2. Nguyên nhân.

2.1. Biếng ăn bẩm sinh: Hiếm gặp.

2.2. Biếng ăn bệnh lý: Hay gặp nhất.

- Do bệnh lý cấp tính: tất cả các bệnh lý cấp tính của các cơ quan trong cơ thể đều có thể gây biếng ăn, nhất là bệnh lý vùng hầu họng và tiêu hóa, bệnh nhiễm trùng

- Bệnh mãn tính

- Bất dung nạp hoặc rối loạn chuyển hóa một số chất dinh dưỡng.

2.3. Rối loạn nuốt:

Có thể do bệnh lý vùng miệng, hầu họng, thực quản hay bệnh lý thần kinh.

2.4. Tâm lý:

Ở trẻ nhỏ do bị ép ăn quá mức, do được quan tâm quá mức, bị bỏ rơi, trẻ ham chơi, Ở trẻ vị thành niên thường do ảnh hưởng của môi trường như quan niệm sống, hình ảnh thân tượng, ý kiến bạn bè...

2.5. Chế độ ăn sai lầm:

Thức ăn không phù hợp về độ đặc, độ lợn cợn, thành phần các chất dinh dưỡng, cách cho ăn.

2.6. Trẻ bình thường nhưng cha mẹ cho là biếng ăn:

Bị ép ăn lâu ngày sẽ trở thành biếng ăn thật sự.

3. Tiếp cận trẻ biếng ăn

3.1. Hỏi bệnh sử:

Thời gian biếng ăn, kiểu biếng ăn, bệnh lý đi kèm như cấp tính, mạn tính, bệnh

nền, bệnh bẩm sinh, thuốc đang sử dụng.

3.2. Chế độ dinh dưỡng

- Loại thức ăn, loại sữa có phù hợp lứa tuổi, có đa dạng không?
- Giới hạn chất dinh dưỡng loại nào?
- Số bữa ăn trong ngày: Có quá dày không, có kéo dài quá mức không?
- Có tham dự bữa ăn cùng gia đình không? Có bị ép ăn không?
- Có các tổn thương tâm lý liên quan đến bữa ăn không?

3.3. Đánh giá mức độ tăng trưởng

- Cân nặng, chiều cao theo tuổi? SDD cấp hay mạn, mức độ, tiến triển hay di chứng?
- Tốc độ tăng trưởng trong những tháng gần đây nhất đạt hay không đạt?
- Có dấu hiệu thiếu chất dinh dưỡng loại nào: Đạm, béo, tinh bột, calci, magne, vitamin các loại, sắt, kẽm?
- Phát triển của hệ xương, răng, vận động.

3.4. Cận lâm sàng: Để tìm nguyên nhân, tìm bằng chứng thiếu chất dinh dưỡng, kém hấp thu hay rối loạn chuyển hóa các chất.

- Xét nghiệm máu: CTM, sinh hóa máu, Điện giải đồ, Ferritin, sắt, kẽm.
- Nội soi hỗng, Siêu âm ổ bụng.

3.5. Gửi khám chuyên khoa: Nếu nghi ngờ có các bệnh lý khác đi kèm.

4. Xử trí

4.1. Theo nguyên nhân biếng ăn.

- Do bệnh lý: Điều trị bệnh lý cấp tính, xây dựng chế độ ăn phù hợp bệnh lý mạn tính và bệnh nền để tránh làm nặng thêm các rối loạn dinh dưỡng và chuyển hóa trong cơ thể. Phối hợp điều trị giữa chuyên khoa của bệnh nền và dinh dưỡng.

- Do rối loạn nuốt: Chế độ ăn phù hợp với khả năng nuốt của trẻ, tránh hít sặc, tập nhai nuốt. Khám phối hợp điều trị với vật lý trị liệu.

- Do tâm lý: Tránh ép ăn hoặc quá nuông chiều trẻ. Để trẻ đôi khi bắt đầu bữa ăn, không kéo dài bữa ăn, không cho ăn quá dày. Cho trẻ ăn cùng với gia đình hoặc cùng với các trẻ khác. Nếu không cải thiện nên cho trẻ thay đổi môi trường nuôi

dưỡng, tập kỷ luật ăn uống tốt hơn như cho đi nhà trẻ.

- Do chế độ ăn không phù hợp: Tập dần chế độ ăn phù hợp với lứa tuổi và thói quen nhai nuốt, sở thích của trẻ, bổ sung thêm chất dinh dưỡng bị thiếu sau khi tập ăn.

- Học cách chế biến bột / cháo cho trẻ dưới 2 tuổi .

- Trẻ bình thường nhưng cha mẹ cho là biếng ăn: giai đoạn sớm chỉ cần giải thích cho cha mẹ về tốc độ tăng trưởng của trẻ, cho trẻ ăn theo nhu cầu lứa tuổi, tránh ép trẻ ăn quá mức. Giai đoạn muộn, cần phối hợp chuyên khoa dinh dưỡng để điều chỉnh các rối loạn dinh dưỡng và tâm lý trị liệu cho cha mẹ và trẻ.

- Biếng ăn tâm thần: Phối hợp dinh dưỡng và tâm lý. Đặt sonde nuôi ăn hoặc nuôi tĩnh mạch hỗ trợ trong giai đoạn đầu nếu quá suy kiệt.

4.2 .Điều chỉnh các thiếu hụt dinh dưỡng do biếng ăn

- Bổ sung thức ăn phù hợp lứa tuổi, có đậm độ năng lượng cao và dễ hấp thu

- Trẻ thiếu protein: cung cấp thêm đạm, lysin, acid amin thiết yếu khác. Cần cung cấp đủ năng lượng từ carbonhydrat và lipid.

- Cung cấp kẽm nếu có chán ăn, giảm đề kháng.

- Cung cấp sắt, acid folic nếu có thiếu máu dinh dưỡng. Tẩy giun cho trẻ định kỳ hoặc khi có bằng chứng nhiễm giun.

- Cung cấp đủ vitamin tan trong dầu và tan trong nước nếu chế độ ăn không cân đối.

- Cung cấp calci, magne, vitamin D, ... hướng dẫn phơi nắng chống còi xương khi có biểu hiện thiếu calci hoặc còi xương.

4.3. Khám chuyên khoa: Khi có bằng chứng hoặc nghi ngờ bệnh mãn tính của các chuyên khoa khác.

- Khám dinh dưỡng nếu suy dinh dưỡng kèm bệnh nền, SDD từ mức độ trung bình trở xuống, có rối loạn ăn uống hoặc không cải thiện dinh dưỡng với chế độ ăn phù hợp tuổi.

- Khám tâm lý nếu có biếng ăn tâm thần, biếng ăn do bị ép giai đoạn trẻ.

- Khám vật lý trị liệu nếu có rối loạn nuốt.

4.4. Nhập viện:

- Nếu kèm SDD nặng ở trẻ < 6 tháng tuổi, rất nặng ở trẻ > 6 tháng tuổi

- Cần tìm nguyên nhân gây biếng ăn /SDD nặng mà ngoại trú không làm

được.

4.5. Hẹn tái khám

- Sai lầm trong nuôi dưỡng ở trẻ < 2 tuổi: Tái khám sau 5 ngày để đánh giá việc điều chỉnh cách nuôi dưỡng.

- Biếng ăn kèm SDD cấp tính: 2-4 tuần tùy theo mức độ SDD cấp tính.

- Biếng ăn kèm SDD mạn di chứng: Tái khám mỗi 1-3 tháng.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN THIẾU MÁU

1. Định nghĩa

- Thiếu máu là tình trạng giảm nồng độ hemoglobin trong máu của người bệnh so với người cùng giới, cùng lứa tuổi, cùng điều kiện sống.

- Người thiếu máu là người có các chỉ số trên thấp dưới 2SD so với quần thể cùng tuổi và giới.

- Theo Tổ chức y tế thế giới, thiếu máu khi lượng hemoglobin dưới giới hạn:

+ Trẻ 6 tháng - 5 tuổi : Hb < 110 g/l

+ Trẻ 5 tuổi - 12 tuổi : Hb < 115 g/l

+ Trẻ 12 tuổi - 15 tuổi : Hb < 120 g/l

2. Phân loại

2.1. Theo mức độ

Mức độ thiếu máu	Nồng độ huyết sắc tố (g/l)
Nhẹ	$90 \leq \text{Hb} < 120$
Vừa	$60 \leq \text{Hb} < 90$
Nặng	$30 \leq \text{Hb} < 60$
Rất nặng	$\text{Hb} < 30$

2.2. Theo diễn biến

- Thiếu máu do mất máu cấp tính: Dựa vào chỉ số hematocrit

- Thiếu máu mạn tính: Dựa vào nồng độ huyết sắc tố.

2.3. Theo nguyên nhân

- Kém sản sinh hồng cầu: Do tủy xương giảm sinh hoặc rối loạn quá trình sinh các tế bào máu (suy tủy, rối loạn sinh tủy, bệnh máu ác tính, ung thư di căn), thiếu các yếu tố tạo máu (thiếu sắt, thiếu folat, thiếu vitamin B12 do dinh dưỡng hoặc do bệnh lý đường tiêu hóa... Thiếu erythropoietin trong bệnh nhân bị bệnh thận đặc biệt là suy thận mạn).

- Tan máu: Tăng quá trình phá hủy hồng cầu do các nguyên nhân tại hồng cầu (bất thường màng hồng cầu, thiếu enzyme, bệnh Hemoglobin...) hoặc ngoài hồng

cầu (Tan máu miễn dịch, nhiễm khuẩn, nhiễm độc...).

- Mất máu: xuất huyết tiêu hóa trên và dưới, rong kinh, đái máu ...nhiều trường hợp chảy máu kín đáo khó nhận thấy.

2.4. Theo đặc điểm hồng cầu

- Dựa vào kích thước (MCV) để phân biệt hồng cầu to, nhỏ hay bình thường (MCV bình thường 80- 100fl).

- Dựa vào nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) để phân biệt hồng cầu bình sắc hay nhược sắc (MCH bình thường 320-360g/l).

- Dựa vào chỉ số hồng cầu lưới để định hướng nguyên nhân thiếu máu tại tủy xương hay ở ngoại vi (giá trị bình thường là 0,5%-1%).

- Dựa vào dải phân bố kích thước hồng cầu (RDW) xác định độ đồng đều và kích thước của hồng cầu (RDW bình thường là 11 đến 14%).

3. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân.

Thiếu máu là một hội chứng, có nhiều nguyên nhân gây bệnh và có các cơ chế khác nhau.

Vì vậy để chẩn đoán thiếu máu cần tiếp cận vấn đề một cách toàn diện.

- Hỏi bệnh sử tỉ mỉ (cá nhân, gia đình, dân tộc, khởi phát, thời gian kéo dài, các bệnh lý liên quan...).

- Thăm khám hệ thống: Chú ý cơ quan tạo máu, gan, lách; bệnh lý thận; bệnh tiêu hóa; bệnh phụ khoa gây mất máu...

- Xét nghiệm và đánh giá xét nghiệm.

3.1. Chẩn đoán xác định.

Dựa vào biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm nồng độ huyết sắc tố. Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu là biểu hiện của thiếu oxy ở mô và tổ chức. Triệu chứng xuất hiện tùy thuộc mức độ thiếu máu và đáp ứng của cơ thể.

* Triệu chứng cơ năng:

Mệt mỏi, chán ăn, hoa mắt, chóng mặt, giảm tập trung chú ý

Cảm giác khó thở nhất là khi gắng sức, hồi hộp đánh trống ngực...

* Triệu chứng thực thể:

Da xanh, niêm mạc nhợt, móng tay khô, dễ gãy, tóc rụng và khô.

Có thể xuất huyết dưới da, vàng da, gan lách hạch to, chậm phát triển, nghe tim có tiếng thổi tâm thu do thiếu máu...

- Xét nghiệm:

CTM, sắt huyết thanh, Ferritin

Sinh hóa máu: Đánh giá chức năng gan thận, tan máu

Đông máu cơ bản

Huyết đồ- tủy đồ

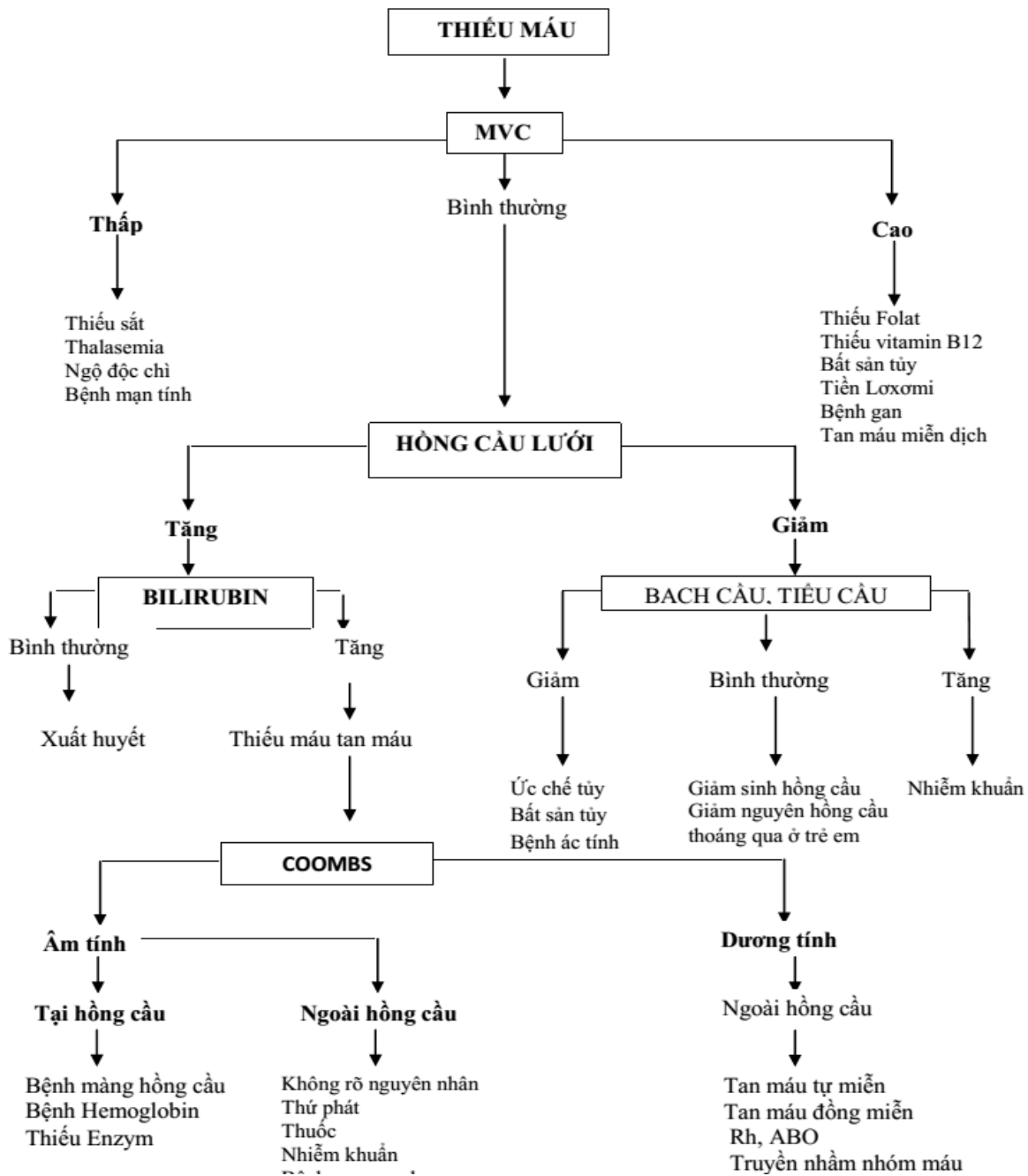
Test Combs

Các XN tìm nguyên nhân

Chẩn đoán xác định dựa vào nồng độ huyết sắc tố giảm trên 2SD so với quần thể cùng tuổi và giới.

3.2. Tiếp cận nguyên nhân thiếu máu

Có nhiều cách phân loại thiếu máu nhưng trong thực hành lâm sàng người ta hay sử dụng bảng phân loại và tiếp cận nguyên nhân thiếu máu dựa vào kích thước hồng cầu và chỉ số hồng cầu lưới.



Tiếp cận chẩn đoán thiếu máu dựa vào MCV và hồng cầu lưới

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIỂU

1. Định nghĩa.

Nhiễm trùng đường tiểu (NTĐT) là một bệnh nhiễm trùng thường gặp, xuất hiện khi vi khuẩn gây bệnh đi vào niệu đạo và nhân lên trong đường tiểu hoặc do vi khuẩn từ máu đến thận và đường tiết niệu. Dòng chảy của nước tiểu là một lực cơ học giúp tống xuất vi khuẩn.

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ.

2.1. Nguyên nhân

- Vi khuẩn *E. coli* 90% trường hợp NTĐT. Các vi khuẩn khác: *Proteus*, *Klebsiella*... *Proteus* có thể gây sỏi.

- Virus, nấm...

2.2. Yếu tố nguy cơ:

- Thủ thuật thông tiểu
- Vệ sinh không đúng cách
- Các yếu tố nguy cơ khác gồm:
 - + Tắt nghẽn đường ra của bàng quang do sỏi.
 - + Rối loạn chức năng bàng quang: chấn thương cột sống, bàng quang thần kinh...
 - + Những dị tật đường tiết niệu như trào ngược bàng quang niệu quản... hẹp niệu đạo do bẩm sinh hoặc do chấn thương.
 - + Suy giảm miễn dịch.
 - + Đái tháo đường.
 - + Hẹp bao quy đầu.
 - + Sỏi thận.
 - + Bất động lâu ngày (chấn thương, bại liệt).
 - + Uống ít nước.
 - + Táo bón.

3. Phân loại nhiễm trùng đường tiểu.

Nhiễm trùng đường tiểu được phân thành:

- Nhiễm trùng đường tiểu dưới (còn gọi là viêm bàng quang)
- Nhiễm trùng đường tiểu trên (còn gọi là viêm thận-bể thận cấp) có thể do nhiễm trùng ngược dòng từ bàng quang lên hoặc do từ dòng máu.

4. Triệu chứng.

* Triệu chứng NTĐT ở trẻ sơ sinh:

- Trẻ có thể sốt hoặc hạ nhiệt độ.
- Trẻ bị vàng da, có thể gầy gan, lách to.
- Rối loạn tiêu hóa: nôn, bú kém hoặc bỏ bú, ỉa lỏng...

* Triệu chứng NTĐT ở trẻ bú mẹ:

- Dấu hiệu nhiễm trùng: Sốt cao, rét run hoặc sốt kéo dài không rõ nguyên nhân.

- Rối loạn tiểu tiện: đái buốt, đái dắt, bí đái, tiểu máu đôi khi tiểu đục...

- Rối loạn tiêu hóa: nôn, ỉa lỏng, bú kém...

- Chậm tăng cân.

* Triệu chứng NTĐT ở trẻ lớn:

- Dấu hiệu nhiễm trùng: Sốt cao, rét run.

- Rối loạn tiểu tiện: đái buốt, đái dắt, bí đái, tiểu máu đôi khi tiểu đục hoặc có mùi bất thường...

- Đau thắt lưng hoặc đau bên mạn sườn hoặc đau vùng bụng dưới.

5. Xét nghiệm chẩn đoán:

- Công thức máu: BC máu tăng, BCDNTT tăng.

- CRP tăng trong nhiễm trùng tiểu trên.

- Sinh hóa máu: đánh giá chức năng gan thận.

- Sinh hóa nước tiểu, cấy NT: Có BC niệu.

- Cấy nước tiểu giữa dòng: xuất hiện >105 khuẩn lạc/1 ml. Ngoài ra có thể dùng phương pháp lấy nước tiểu bằng thông tiểu (>104 khuẩn lạc/1 ml).

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm được chỉ định ở mọi trẻ bị NTĐT để phát hiện dị tật bẩm sinh, tắc

nghe, kích thước thận

+ Chụp bàng quang ngược dòng khi: NTĐT có sốt ở trẻ < 2 tuổi nếu gia đình có tiền sử có người bị luồng trào ngược bàng quang niệu quản, NTĐT trên tái phát lần 2, siêu âm có bất thường gợi ý có luồng trào ngược bàng quang niệu quản. Thường chụp sau khi bị nhiễm trùng khoảng 2- 6 tuần.

6. Chẩn đoán.

* Chẩn đoán theo vị trí:

- NTĐT trên: có biểu hiện nhiễm trùng rõ như sốt cao thậm chí rét run, đau vùng lưng nếu trẻ lớn...có thể có hoặc không có rối loạn tiểu tiện và sốt cao $\geq 38,5$ độ C, CRP > 40 mg/l, BC máu > 15000/mm³ hoặc NTĐT có thể không sốt ở trẻ nhỏ.

- NTĐT dưới: có biểu hiện rối loạn tiểu tiện như tiểu buốt, tiểu dắt, bí tiểu, tiểu máu...và sốt < 38,5 độ hoặc không sốt, CRP < 40 mg/l, BC máu < 15000/mm

7. Biến chứng.

- Áp xe quanh thận
- Nhiễm trùng huyết
- Cao huyết áp
- Suy thận cấp- mạn

8. Điều trị.

8.1. Nhập viện khi:

- Trẻ nhỏ (< 1 tuổi)
- Tình trạng nhiễm trùng nặng hay có biến chứng

8.2. Điều trị nội khoa:

* Nhiễm trùng đường tiểu trên (viêm thận bể thận):

- Kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 kết hợp aminoglycosid
+ Ceftriaxon 50 mg / kg / ngày (tĩnh mạch chậm). Hoặc
+ Cefotaxim: 100-150 mg/kg/ ngày chia mỗi 8 giờ + amikacin 15 mg/kg/ngày (tiêm bắp). Tiêm cho đến khi hết sốt thì chuyển sang KS cùng nhóm dạng uống hoặc theo KSD cho đủ 14 ngày(Aminoglycosid không được dùng lâu)

* Nhiễm trùng đường tiểu dưới (viêm bàng quang):

- Do virus: chỉ điều trị vitamin C, kháng histamin, uống nhiều nước.

- Do vi khuẩn: Kháng sinh uống:

+ Amoxicilin +a.clavulinic 50 mg/kg/ngày chia 2 lần hoặc

+ Cefuroxim 20 mg/kg/ngày chia 2 lần hoặc

+ Cefixim 8-10 mg/kg/ngày chia làm 2 lần,

Thời gian 5 - 7 ngày, kiểm tra lại nước tiểu.

8.3. Điều trị ngoại khoa:

- Khi có dị dạng: Tắc nghẽn gây ảnh hưởng chức năng thận, luồng trào ngược bàng quang niệu quản ở trẻ >2 tuổi, khi có ổ mủ, áp xe trong thận điều trị kháng sinh không thuyên giảm cần tháo mủ.

9. Phòng bệnh.

- Gìn giữ vệ sinh cá nhân, tránh tắm bồn, thay tã cho trẻ ngay đi ngoài.

- Uống nhiều nước.

- Không được nhịn tiểu.

- Cho trẻ ăn trái cây hay uống vitamin C.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

