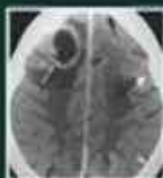
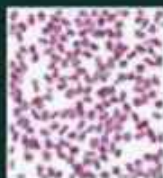


ATLAS BỆNH HỌC NHI KHOA

Chia Sẻ Cá Lam Sẻng



Atlas Bệnh Học
NHI KHOA

Chia Se Ca Lam Sang

Lời Nói Đầu Nhóm Dịch

Cuốn sách “Atlas Bệnh Học Nhi Khoa” được biên dịch từ cuốn IAP Color Atlas of Pediatrics

Nội dung cuốn sách gồm 22 chương

Chương 1 Sơ Sinh

Chương 2 Tăng Trưởng và Phát Triển

Chương 3 Dinh Dưỡng

Chương 4 Bệnh Nhiễm Trùng

Chương 5 Thần Kinh

Chương 6 Tim Mạch

Chương 7 Hô Hấp

Chương 8 Tiêu Hoá và Gan

Chương 9 Thận

Chương 10 Huyết Học

Chương 11 Ung Thư

Chương 12 Nội Tiết

Chương 13 Di Truyền

Chương 14 Dị Ứng và Thấp Học

Chương 15 Sức Khỏe Vị Thành Niên và Y Học

Chương 16 Lạm Dụng, Bỏ Bê và Lao Động Trẻ Em

Chương 17 Da Liễu

Chương 18 Nhân Khoa

Chương 19 Tai Mũi Họng

Chương 20 Ngoại Nhi

Chương 21 Chẩn Đoán Hình

Chương 22 Chẩn Đoán Hình Ảnh

Mỗi chương gồm 4 phần: Các bệnh hay gặp, các bệnh ít gặp, bệnh lý cấp cứu, các hội chứng.

Cuốn sách được ra đời nhờ sự cố gắng rất lớn của nhóm dịch “Chia sẻ Ca Lâm Sàng” với trường nhóm là Admin Fanpage : **Chia Sẻ Ca Lâm Sàng**.

Cuối cùng, dù đã rất cố gắng nhưng quá trình dịch và soạn không thể tránh khỏi những sai sót. Mọi kiến đóng góp xin gửi về:

Email: chiasecalamsang@gmail.com

Xin trân trọng cảm ơn!

Ngày 30/03/2017

Mục Lục

Phần 1: Sơ Sinh

1.1	Trẻ sơ sinh bình thường	3
1.2	Các bệnh lý hay gặp ở sơ sinh	6
1.3	Các bệnh hệ thống ở trẻ sơ sinh	10
1.4	Các bệnh lý ít gặp nhưng không hiếm ở sơ sinh	15
1.5	Chẩn đoán hình ảnh ở sơ sinh	18
1.6	Sàng lọc sơ sinh	21
1.7	Chăm sóc sơ sinh	22

Phần 2: Tăng trưởng và phát triển

2.1	Các giai đoạn phát triển thể chất trong 5 năm đầu	27
2.2	Các lỗi hay gặp khi đo chỉ số nhân chuẩn	28
2.3	Biểu đồ tăng trưởng	30
2.4	Đánh giá sự phát triển	32

Phần 3: Dinh dưỡng

3.1	Gánh nặng suy dinh dưỡng	35
3.2	Suy dinh dưỡng protein năng lượng	37
3.3	Giáo dục dinh dưỡng	40
3.4	Thực phẩm giàu amylase	42

Phần 4: Bệnh nhiễm trùng

4.1	Bệnh lý hay gặp	51
4.2	Bệnh lý ít gặp nhưng không hiếm	59
4.3	Cấp cứu bệnh nhiễm trùng	61
4.4	Các hội chứng	62

Phần 5: Thần Kinh

5.1	Bệnh lí hay gặp.....	67
5.2	Bệnh lí ít gặp nhưng không hiếm.....	80
5.3	Cấp cứu thần kinh.....	87
5.4	Các hội chứng.....	90

Phần 6: Tim Mạch

6.1	Bệnh sử và khám lâm sàng.....	95
6.2	Các bệnh tim mạch.....	96
6.3	Cấp cứu.....	112
6.4	Các hội chứng.....	114

Phần 7: Hô Hấp

7.1	Bệnh lí hay gặp.....	119
7.2	Bệnh lí ít gặp nhưng không hiếm.....	131
7.3	Cấp cứu.....	137
7.4	Các hội chứng.....	140
7.5	Khác.....	140

Phần 8: Tiêu Hoá và Gan

8.1	Bệnh lí hay gặp.....	147
8.2	Bệnh lí ít gặp nhưng không hiếm.....	160
8.3	Cấp cứu.....	163
8.4	Các hội chứng.....	165

Phần 9: Thận

9.1	Bệnh lí hay gặp.....	169
9.2	Bệnh lí ít gặp nhưng không hiếm.....	174
9.3	Các hội chứng.....	178

Phần 10: Huyết Học

10.1	Bệnh lí hay gặp	183
10.2	Bệnh lí ít gặp nhưng không hiếm	199
10.3	Cấp Cứu	204
10.4	Các hội chứng	205

Phần 11: Ung Thư

11.1	Bệnh lí hay gặp	211
11.2	Bệnh lí ít gặp nhưng không hiếm	225
11.3	Cấp Cứu	229
11.4	Các hội chứng	230

Phần 12: Nội Tiết

12.1	Bệnh lí hay gặp	233
12.2	Bệnh lí ít gặp nhưng không hiếm	249
12.3	Cấp Cứu	253
12.4	Các hội chứng	254

Phần 13: Di Truyền

13.1	Rối Loạn Nhiễm Sắc Thể	261
13.2	Các hội chứng có rối loạn tăng trưởng	264
13.3	Rối loạn lysosome	268
13.4	Loan sản xương	269
13.5	Các dị dạng	272
13.6	Các rối loạn đơn gene khác	276

Phần 14: Dị Ứng và Thấp Học

14.1	Các bệnh dị ứng hay gặp	283
14.2	Các bệnh dị ứng ít gặp	287
14.3	Các bệnh thấp hay gặp	293

14.4 Các bệnh thấp ít gặp.....	296
14.5 Hội chứng cơ xương khớp.....	299

Phần 15: Sức khỏe vị thành niên và Y học

15.1 Các vấn đề tăng trưởng.....	303
15.2 Các vấn đề hệ thống.....	309
15.3 Khác.....	313
15.4 Chương trình công đồng.....	332

Phần 16: Lạm dụng, bỏ bê và lao động trẻ em

16.1 Lạm dụng và bỏ bê trẻ em.....	339
16.2 Lao động trẻ em.....	347

Phần 17: Da Liễu

17.1 Các bệnh lý hay gặp.....	359
17.2 Các bệnh lý ít gặp.....	365
17.3 Cấp cứu.....	377
17.4 Các hội chứng.....	378

Phần 18: Nhân Khoa

18.1 Các bệnh lý hay gặp.....	381
18.2 Các bệnh lý ít gặp.....	386
18.3 Cấp cứu.....	391
18.4 Các hội chứng.....	395

Phần 19: Tai Mũi Họng

19.1 Các bệnh lý hay gặp.....	401
19.2 Các bệnh lý ít gặp.....	409
19.3 Cấp Cứu.....	415
19.4 Các hội chứng.....	420

Phần 20: Ngoại Nhi

20.1 Các bệnh lý hay gặp.....	425
20.2 Bệnh vùng đầu cổ.....	429
20.3 Ngực, Cơ Hoành.....	431
20.4 Bệnh lý tiêu hoá, Gan Mật.....	433
20.5 Bệnh lý tiết niệu.....	440
20.6 U tạng đặc.....	444

Phần 21: Chính Hình

21.1 Bệnh lý hay gặp.....	449
21.2 Bệnh lý ít gặp.....	452
21.3 Cấp cứu.....	457
21.4 Các hội chứng.....	458

Phần 22: Chẩn Đoán Hình Ảnh

22.1 Bụng.....	463
22.2 Não.....	467
22.3 Ngực.....	470
22.4 Bẩm sinh (Đa cơ quan).....	475
22.5 Cơ xương khớp.....	476

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 1

Sơ Sinh

Tác Giả
Rishikesh Thakre,
Ruchi Nanavati

Chia Se Ca Lam Sang

- 1.1 Trẻ sơ sinh khỏe mạnh
- 1.2 Các tình trạng phổ biến ở bé sơ sinh
- 1.3 Rối loạn hệ thống trẻ sơ sinh
- 1.4 Các tình trạng ít phổ biến nhưng không hiếm ở trẻ sơ sinh
- 1.5 Chẩn đoán hình ảnh sơ sinh
- 1.6 Tầm soát ở trẻ sơ sinh
- 1.7 Chăm sóc trẻ sơ sinh

1.1 Trẻ sơ sinh khỏe mạnh 3

- ♦ Xanh tím đầu chi 3
- ♦ Ứ màu ở vú 3
- ♦ Thời gian hồi phục mao mạch 3
- ♦ Sưng da đầu 4
- ♦ Dấu hiệu đói ăn 4
- ♦ Bé sơ sinh bình thường 4
- ♦ Tróc da 5
- ♦ U nhú da 5
- ♦ Ra dịch am đào 5
- ♦ Chất gây Vernix 6

1.2 Các tình trạng phổ biến ở trẻ sơ sinh 6

- ♦ Bướu máu ở đầu 6
- ♦ Viêm da tiếp xúc 6
- ♦ Liệt Erb 7
- ♦ Bé sơ sinh của mẹ bị ĐTĐ 7
- ♦ Chậm phát triển trong tử cung (IUGR) 7
- ♦ Vàng da 8
- ♦ Tưa miệng 8
- ♦ Sanh non 8
- ♦ Mụn mủ 9
- ♦ Viêm da tiết bã (Cứt trâu) 9
- ♦ Glaucoma bẩm sinh 9
- ♦ Tinh hoàn không xuống 10

1.3 Các rối loạn hệ thống ở trẻ sơ sinh 10

- ♦ Chướng bụng 10
- ♦ Phấn không có mặt 10
- ♦ Loạn sản sụn 11
- ♦ Bất sản hậu môn 11
- ♦ Beckwith-Wiedemann Syndrome 11
- ♦ Bệnh não do Bilirubin 12
- ♦ Hội chứng rò rỉ mao mạch 12
- ♦ Tim 12
- ♦ Phôi ruột bẩm sinh 13

- ♦ Phù thai nhi 13
- ♦ Thoát vị bẹn 13
- ♦ Hội chứng nút phần su 14
- ♦ Thoát vị tủy màng tủy 14
- ♦ Khiếm khuyết cơ thành bụng 14
- ♦ Pierre-Robin Sequence 15
- ♦ Đa hồng cầu 15

1.4 Các tình trạng ít phổ biến nhưng không hiếm gặp ở trẻ sơ sinh 15

- ♦ Lường giời 15
- ♦ Thủy đầu 16
- ♦ Clubfoot—Congenital Talipes Equinovarus (CTEV) 16
- ♦ Glaucoma bẩm sinh 16
- ♦ Collodion Baby 17
- ♦ Bóng nước thượng bì 17
- ♦ Viêm da đỏ nấm 17

1.5 Chẩn đoán hình ảnh sơ sinh 18

- ♦ Thoát vị hoành bẩm sinh (CDH) 18
- ♦ Khí thủng từng thùy bẩm sinh (CLE) 18
- ♦ ET Position 19
- ♦ NEC Stage II 19
- ♦ Khí trong phúc mạc 19
- ♦ Tràn khí màng phổi 20
- ♦ Xẹp phổi sau rút ống 20
- ♦ Rò khí thực quản 20
- ♦ Siêu âm qua sọ-IVH 21

1.6 Khảo sát trẻ sơ sinh 21

- ♦ Đo thính lực 21
- ♦ Khảo sát hạ đường huyết 21
- ♦ Khảo sát chuyển hóa 22
- ♦ Khảo sát giác mạc ở trẻ sinh non (ROP) 22

1.7 Chăm sóc trẻ sơ sinh 22

- ♦ Chăm sóc nâng đỡ phát triển 22
- ♦ Kangaroo Care 23

1.1 Bé sơ sinh bình thường

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 1.1.1: Tím đầu chi	chú ý phần ngực bé thì hồng nhưng chi, đặc biệt là mu bàn tay, lòng bàn tay thì xanh. Da và niêm mạc lá phụ.	- Xanh tím đầu chi khá phổ biến, là tình trạng tự giới hạn của cơ thể thấy sau sinh, tự mất sau vài giờ. - Tình trạng này cần được phân biệt với tím trung ương (xanh cả da và niêm mạc), tím trung ương là không bình thường và cần được đánh giá ngay. - Xanh tím đầu chi cũng có thể thấy các bé bị lạnh.

Ứ máu ở vú

 Figure 1.1.2: Breast engorgement Photo Courtesy: Anirudh Thakre, Pune	Chú ý phần vú đầy đặn hai bên. Da bên trên không thấy đỏ, nóng hay căng. Trong một số trường hợp, có sữa rỉ ra từ vú gọi là “sữa phủ thủy”, là một hiện tượng lành tính.	- Tình trạng này tự giải quyết và không cần can thiệp gì, chỉ cần yên tâm. - Đây là kết quả của việc kích thích mô vú do nồng độ hormone của mẹ cao. - Không nên xoa bóp, nặn vú hay nựng vú vì sẽ dẫn đến nhiễm trùng vú.
--	---	--

Thời gian phục hồi mao mạch (CRT)

 Figure 1.1.3: Capillary refill time (CRT) Photo Courtesy: Ruchi Naravati, Mumbai	Á)h cho thấy đánh giá hồi gian phục hồi mao mạch CRT bằng cách ấn nhẹ trên xương ức làm da tái nhạt, thường thì chỗ da tái này sẽ hồng lại sau 3 giây và được xem là bình thường. Nếu chỗ da tái này kéo dài hơn 3s, nó gợi ý tình trạng tưới máu kém và là một dấu hiệu của sốc	- Đánh giá CRT là một phần cần thiết trong đánh giá tưới máu ở trẻ sơ sinh. - Đánh giá CRT ở bé sơ sinh nên ấn ở vùng trung tâm như xương ức hay trán. Không nên đánh giá ở đầu chi do có thể bị ảnh hưởng bởi nhiệt độ môi trường
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.1.4: Sưng da đầu <i>Photo Courtesy:</i> Vishal Pawar, Aurangabad	Chú ý da đầu sưng, phồng ra, lan tỏa, mềm, vượt qua đường giữa và xanh tái nhiều mức độ. Da đầu sưng thấy ngay lúc sinh khác với bướu máu đầu chỉ xuất hiện sau 24 đến 48 giờ.	Không cần test hay điều trị gì. Bướu đầu sẽ tự xẹp trong vài ngày.

Dấu hiệu đói ăn

 Figure 1.1.5: Feeding cues <i>Photo Courtesy:</i> Ruchi Nanavati, Mumbai	Chú ý tay bé chạm vào miệng, các ngón tay chạm lên mặt hay miệng- môi có vẻ chuyển động, đây là những dấu hiệu của đói. Những điều này liên quan với giai đoạn thức và mất ngủ, đôi khi có chảy nước dãi. Khóc là dấu hiệu muộn và cuối cùng của đói ở trẻ sơ sinh.	- Một bé sơ sinh khỏe mạnh cần có cơ hội để thể hiện mình đói, phản ứng tối ưu và tự ngậm núm vú. Cho bú theo dấu hiệu là trải nghiệm dễ chịu cho cả mẹ và bé. - Nhét vú vào miệng bé có thể phản tác dụng do làm rối loạn phản xạ nguyên thủy và thay đổi vị trí của lưỡi, vì bé sẽ phản xạ bằng cách nâng lưỡi lên để bảo vệ đường thở.
--	--	--

Bé sơ sinh khỏe mạnh

 Figure 1.1.6: Normal newborn <i>Photo Courtesy:</i> Bhishikesh Thakre, Aurangabad	Bé hồng, có hoạt động mạnh khỏe, trương lực cơ tốt (chú ý độ linh hoạt của khuỷu và gối). Sau khi khóc chào đời, nhịp tim trong giới hạn bình thường (120-180/phút), nhịp thở bình thường (40-60 lần/phút).	- Kẹp cắt dây rốn và bé được đưa thẳng đến mẹ để được tiếp xúc da kề da và tập bú. - Các bước chăm sóc bé mới sinh gồm giúp thở, duy trì nhiệt độ, chăm sóc vô khuẩn và cho bú trong những giờ đầu tiên. - tất cả các bé sơ sinh nên được tiêm vitamin K 1 mg để ngăn ngừa bệnh chảy máu
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.1.7: Skin peeling Photo Courtesy: Anirudh Thakre, Pune	Chú ý sự tróc da mịn ở đùi, lòng bàn tay của bé. Lớp da dưới hoàn toàn bình thường, mềm và ẩm. Không có rụng tóc, hình thành mảng bóng hay dấu hiệu của viêm. Điều này xảy ra bình thường từ ngày thứ hai và kéo dài vài ngày.	- Tróc da là hiện tượng tự nhiên trong thời kỳ sau sinh. Không cần bôi kem, dầu hay thuốc mỡ gì cả. - Da tróc vảy nhiều thấy trong các tình trạng bệnh lý như mất chức năng nhau, giang mai bẩm sinh và nhiễm nấm Candida bẩm sinh

U da có cuống

 Figure 1.1.8: Skin tags Photo Courtesy: Ruchi Naravati, Mumbai	Lưu ý tổn thương da nổi rõ, có cuống dài 1 đến 2 cm trên má gần góc miệng và vùng trước tai với nền cứng. U nhú không có viêm và không đau.	- Khi có đi kèm với các bất thường sơ mắt khác thì nên đánh giá thính lực. - Các u nhú da này đặt ra các vấn đề thẩm mỹ và hiếm khi bị nhiễm trùng.
---	--	--

Tiết dịch âm đạo

 Figure 1.1.9: Vaginal discharge Photo Courtesy: Nidhi Bagdia, Aurangabad	Bé gái mới sinh có dịch âm đạo đặc, mịn. Có thể thấy không liên tục, trong vòng những ngày đầu, đôi khi liên quan với âm đạo đỏ và chảy máu.	Tình trạng này tự giới hạn và phụ thuộc vào lúc hết ảnh hưởng của hormon từ mẹ. Không cần điều trị, chỉ cần trấn an nhẹ. Nó tự hết trong vài tuần đầu.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.1.10: Vernix caseosa Photo Courtesy: Rhishikesh Thakre, Aurangabad	Lưu ý là hầu hết cơ thể và các nếp gấp da đầu, nách và mắt em bé lúc sinh được phủ bởi một chất mịn màu trắng. Chất Vernix (chất gây) này hiện diện ở các bé đủ tháng và hiếm khi có ở các bé sinh non haysinh già tháng	- Vernix làm cho quá trình sinh ngã âm đạo dễ dàng hơn, ngăn mất nước qua da, giúp duy trì nhiệt độ cơ thể, bảo vệ độ mềm mại của da trước các kích thích của môi trường, và giữ da sạch, chống độc, lành vết thương tốt và có thể chống vi khuẩn. - Loại bỏ hết chất Vernix này vì lý do thẩm mỹ là không nên.

1.2 Các tình trạng phổ biến ở bé sơ sinh

Bướu máu đầu

 Figure 1.2.1: Cephalhematoma Photo Courtesy: PS Patil, Aurangabad	Có một chỗ da đầu sưng, cùng với góc nhọn rõ không vượt qua khowps so (ngược lại với sưng phù da đầu) ở xương đỉnh trái. Sưng dưới màng xương này cứng dần (caxi hóa) để ra trung tâm khá mềm và biến mất trong vài tháng đầu	- Cải chính của điều trị chủ yếu là theo dõi và trấn an bố mẹ. Nếu nặng, bé có thể xuất hiện vàng da, thiếu máu, hoặc hạ huyết áp. - Xquang sọ hoặc CT scan sẽ được làm nếu xuất hiện triệu chứng thần kinh hoặc nghi ngờ có vỡ sọ đi kèm. - Thông khí không được khuyến cáo do tăng nguy cơ nhiễm trùng
--	---	--

Viêm da tiếp xúc

 Figure 1.2.2: Contact dermatitis Photo Courtesy: PS Patil, Aurangabad	Nếp gấp da cổ có tổn thương dạng hồng ban, ẩm ướt kéo dài đến vùng lân cận. Bé ốm yếu khi phải chịu cái thương tổn này. Đây thường là do kích thích da bởi mồ hôi, xà phòng, dầu hoặc các sản phẩm bôi trên da. Nếu quần áo chật quá, chúng sẽ cọ xát lên các vị trí này, làm tình trạng tệ hơn và đau làm bé khó chịu hơn	- Bước đầu tiên cần loại bỏ nguyên nhân gây kích thích. Những bé này cần được tắm bằng nước ấm và lau khô da và mặc quần áo sạch, mềm. - Dùng chất dưỡng ẩm hay jelly petroleum cũng có ích. Mặc quần áo rộng rãi vừa vặn sẽ giúp da thở. Quần áo quá nặng sẽ làm tệ do mồ hôi, làm tình trạng này tệ hơn. - Dùng kem oxit kẽm và steroid nhẹ ở những vùng không gấp cũng giúp ích.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.2.3: Erb's palsy Photo Courtesy: Rishikesh Thakre, Aurangabad	Đây là dấu hiệu biến dạng Waiter- cánh tay trái nghiêng 1 bên và xoay trong, cẳng tay duỗi và sấp. Tay không thể gập lên từ vị trí này, sức gập khuỷu không còn, vì nó cũng lật ngửa cẳng tay. Mắt phân xa gần sâu. Bàn tay và cổ tay là phụ, và cầm nắm bình thường. Đây là đặc điểm của liệt Erb (C5-8) chiếm đến 90% tổn thương đám rối cánh tay. Liệt Klumpke (C8-T1) dẫn đến tay quắp không cầm nắm mà cũng không gập được cổ tay..	- Rất nhiều bé sơ sinh liệt Erb tự cải thiện hay tự hồi phục. Thời gian bắt đầu hồi phục trong 2 đến 4 tuần là dấu hiệu thuận lợi. Có vận động chống trọng lực trước tháng thứ 3 là dấu hiệu tiên lượng rất tốt. - Liệt Klumpke và tổn thương đám rối hoàn toàn có tiên lượng xấu.. - Nếu không thấy cải thiện trước 3 đến 6 tháng, thì thường sẽ không tự cải thiện được phải xem xét mổ.

Bé sơ sinh của mẹ bị ĐTD

 Figure 1.2.4: Infant of diabetic mother Photo Courtesy: Sheila Mathai, Mumbai	Bé lớn kị hơn so với tuổi thai (cân nặng lúc sinh trên 90 bách phân vị). Bé có mỡ thừa nhiều ở má, cổ (hầu hết bị che), thân mình và các chi. Loa tai có thể nhiều lông gợi ý mẹ bị ĐTD.	- Nên đánh giá đường trong dây rốn ở phòng sanh để dự đoán hạ đường huyết sau đó. - Chăm sóc cần giám sát sớm, cho ăn thường xuyên, theo dõi lâm sàng sát, tầm soát và điều trị hạ đường huyết
--	---	---

Chậm phát triển trong tử cung (IUGR)

 Figure 1.2.5: Intrauterine growth retardation Photo Courtesy: Boirny Jasani, Mumbai	Bé nhỏ và mất hầu hết lớp mỡ dưới da. Chấn tay mảnh khảnh, bé tỉnh táo nhưng hóc hác. Đầu to so với cơ thể. Nếu cân nặng dưới bách phân vị thứ 10 thì được gọi là nhỏ hơn tuổi thai (SGA).	Các vấn đề đặc trưng của IUGR gồm giảm thân nhiệt, hạ đường huyết, da hồng cầu, hít sặc phân su và vàng da. Cần theo dõi sát và phát hiện sớm các biến chứng
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Vàng da  Figure 1.2.6: Jaundice Photo Courtesy: Ruchi Naravati, Mumbai	Vàng da ở thân mình, đùi và các chi. Mắt và bộ phận sinh dục được che lại để bảo vệ khỏi ánh đèn của liệu pháp chiếu sáng. Đánh giá vàng da cần dưới ánh sáng thật sáng, bóc lộ bề mặt nhẹ trên da để thấy da có màu vàng. Đánh giá vàng da ở bé đã được làm liệu pháp chiếu sáng là không xác thực	- Kiểm tra bằng mắt thường không đủ tin cậy để đánh giá độ rộng của vàng da - Tiêu chuẩn vàng để đánh giá vàng da là bilirubin huyết thanh (TSB). Khi TSB trên bách phân vị thứ 95 theo tuổi trong nhiều giờ, theo guideline AAP, bắt buộc phải đánh giá chi tiết hơn
Tưa miệng  Figure 1.2.7: Oral thrush Photo Courtesy: Rishikesh Thakre, Aurangabad	Ảnh cho thấy mảng trắng trên lưỡi, niêm mạc má, lan rộng đến hầu họng. Những tổn thương này khó loại bỏ và dễ chảy máu nếu cố gạc. Có thể có chốc mép và viêm da hình thoi đi kèm. Những tổn thương này thường làm cho ăn khó hơn.	- Tưa miệng là một nhiễm nấm phổ biến do <i>Candida albicans</i>. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng. - Điều trị bằng bôi nystatin và miệng đồng thời phải điều trị nhiễm trùng nấm vú ở mẹ.
Sinh non  Figure 1.2.8: Preterm Photo Courtesy: Anirudh Thakre, Pune	Bé nhỏ, da mỏng, bóng, mượt và hồng đều. Nụm vú có thể không thấy hoặc chỉ sờ được và tai ít bật hoặc không bật lên. Loa tai phẳng và sờ được ít hoặc không có sụn vành tai. Có thể có lông mao- nhiều lông ở lưng, thân mình và trán. Ở bé trai, Bìu ít nhân, tinh hoàn không nằm trong túi bìu. Ở bé gái, môi lớn trải ra và thấy được môi nhỏ. Lòng bàn tay có ít nếp gấp ở 1/3 trước.	- Sự kết hợp giữa dấu hiệu thân thể và dấu hiệu thần kinh (dùng New Ballard score or Modified Dobowitz score) dùng để đánh giá tuổi thai. - Các vấn đề phổ biến của sinh non gồm hạ thân nhiệt, hội chứng ngưng hô hấp, phân xa bụ mủt kém, cơn ngừng động mạch, viêm ruột hoại tử và xuất huyết não thất.

Hình Ảnh	Chú ý	Xử Trí
 Figure 1.2.9: Pustules Photo Courtesy: Rishikesh Thakre, Aurangabad	Mụn mủ ở vùng quanh rốn bé. Da xung quanh đỏ. Trong một vài trường hợp, da vùng kề bên chai cứng và rỉ mủ.	- Một vài thương tổn ở bé đủ tháng khỏe mạnh điều trị được bằng kháng sinh bôi và uống. - Thương tổn nặng hơn, có triệu chứng toàn thân, hoặc mụn mủ ở các bé chưa đủ tháng cần truyền tĩnh mạch. Hầu hết nguyên nhân là do <i>Staphylococcus aureus</i>

Viêm da tiết bã (Cứt trâu)

 Figure 1.2.10: Seborrheic dermatitis (Cradle cap) Photo Courtesy: PS Patil, Aurangabad	Những mảng vàng, nhờn trên da đầu có chỗ mất tóc. Không ngứa nhiều như trong viêm da dị ứng. Những tổn thương này thường hiện diện trong 4 tuần đầu và có ở những vùng tiếp xúc 2 mặt da.	Trong các trường hợp nhẹ, cơ thể tự giới hạn. Lựa chọn điều trị gồm các nhẹ, bôi vaseline và dùng bàn chải mềm để chải vẩy đi. Đôi khi, có chỉ định corticosteroid nhẹ bôi hoặc kháng nấm.
--	--	---

U hạt rốn

 Figure 1.2.11: Umbilical granuloma Photo Courtesy: Rishikesh Thakre, Aurangabad	Có một mô tròn đỏ, bở, ẩm, màu hồng ở đáy rốn. Nó có thể tiết dịch lượng thay đổi gây kích thích da xung quanh. Tổn thương này khác với polyp rốn (do còn tồn tại niêm mạc ruột hay da đáy của ống noãn hoàng) đỏ hơn u hạt và không đáp ứng với đốt bạc nitrate.	- U hạt rốn nhỏ thường đáp ứng với muối tinh thể hoặc bạc nitrate. - U hạt rốn lớn hoặc những u vẫn còn sau khi điều trị bằng bạc nitrate cần được phẫu thuật cắt bỏ.
---	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
	Bìu trông với lớp da phủ ít nếp gấp. Cả hai tinh hoàn đều không sờ thấy trong bìu. Tinh hoàn có rút thường bị nhầm với tinh hoàn không xuống. Tinh hoàn có rút có thể đi xuống bìu, nằm trong bìu và có lớp bìu phát triển hoàn chỉnh.	• Khám lâm sàng lần đầu ở một bé sơ sinh phải xác nhận tinh hoàn nằm trong bìu. • Bệnh nhi tinh hoàn ẩn nên được đánh giá mổ trước 3 tháng tuổi. • Bé nhỏ không sờ thấy tinh hoàn cả hai bên nên được đánh giá nội tiết để loại trừ tật không tinh hoàn hoặc lưỡng giới. • Điều trị chủ yếu là phẫu thuật nhưng GnRH và hCG cũng được sử dụng với tỉ lệ thành công là 30 đến 50%.

Figure 1.2.12: Undescended testis
Photo Courtesy: Ramesh Sitaram Bajaj, Aurangabad

1.3 Rối loạn hệ thống ở trẻ sơ sinh

Chướng bụng

	Bé sơ sinh có chướng bụng toàn thể với rốn lõm. Phần trên lõm hơn phần dưới. Ông nuôi ăn được đất vào để hút dịch trong bụng ra để theo dõi màu sắc, tần số và ổn định của chúng. Tĩnh mạch nổi rõ trên da bụng và có thể nhìn thấy quai ruột nổi gợi ý các nguyên nhân bệnh lý. Trong tất cả các trường hợp, cần xác nhận hầu môn có thông không. Nếu có nôn ới tại diễn đi kèm, không có âm ruột, ối nhiều, ối trong hay có dịch mật, táo bón, không tăng trưởng được, cần loại trừ các nguyên nhân ngoài khoa	• Chướng bụng có thể là hậu quả do chướng khí, tích tụ dịch, tạng lớn, u hoặc tắc ruột. • Chướng bụng tăng dần cần tìm nguyên nhân gây ra. Xquang bụng có thể chẩn đoán tắc ruột. Nếu không kết luận được, có thể cần đến điện giải đồ, nước tiểu, USG, bilan nhiễm trùng, chụp CT cản quang.
---	---	--

Figure 1.3.1: Abdominal distention
Photo Courtesy: Ramesh Sitaram Bajaj, Aurangabad

Phân không có mật

	Phân có màu đất sét hay màu tào nhợt. Màu vàng bình thường của phân là nhờ có mật của mật. Giảm sản xuất mật hoặc tắc nghẽn mật gây phân màu đất sét hay phân màu tào. Vàng da đi cùng phân bạc màu gợi ý tắc mật - gây tăng bilirubin trực tiếp trong máu với nước tiểu sẫm màu dính trên quần áo.	Phân đất sét hay phân bạc màu do rối loạn ở đường mật (hệ thống dẫn lưu gan, túi mật, tụy) và biểu hiện dưới dạng ứ mật. Ứ mật luôn là bệnh và cần được đánh giá sâu hơn
---	--	--

Figure 1.3.2: Acholic stools
Photo Courtesy: Rhishikesh Thakre, Aurangabad

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Figure 1.3.3: Achondroplasia Photo Courtesy: Ruchi Natavati, Mumbai	- Ảnh chụp một bé sơ sinh với còi cọc ngắn chi, tỉ lệ hẳn trên chia dưới là 1.7:1. Cũng cần lưu ý là ngắn chi, đầu phì đại, mặt thô, trán dô, mũi tẹt, hàm hô và ngực nhỏ. - Tay ngắn và bẻ và chân thì ngắn phẳng và thô. Tuổi thọ và chỉ số thông minh là bình thường khi trưởng thành.	- Hầu hết các trường hợp là do đột biến nguyên phát. - Bé sẽ có nguy cơ viêm tai giữa tái diễn, chân vòng kiềng, vấn đề hô hấp, não úng thủy, chậm vận động, và vấn đề tâm sinh lý. - Phương thức chẩn đoán bao gồm siêu âm trước sinh, test DNA tìm đột biến hợp tử và khảo sát hình ảnh học. - Không có điều trị đặc hiệu nào.
Figure 1.3.4: Anal agenesis Photo Courtesy: Ramesh Sitaram Bajaj, Aurangabad	Bé trai sơ sinh không có lỗ hậu môn gọi ý bất sản hậu môn- một dị dạng hậu môn trực tràng. Có thể có một đường dò giữa trực tràng và hệ niệu hoặc hệ sinh dục. Những bé này thường có chướng bụng sớm sau sinh và không tiểu phân su.	- Khám lâm sàng lần đầu ở bé sơ sinh phải xác nhận có lỗ hậu môn khoog và có thông lên trên không. - Chụp ngược dòng hay chụp chậu bên trong vòng 24 giờ sau sinh được dùng để phân loại tổn thương theo sự liên quan với dây chằng mủ trực tràng. Điều trị bằng phẫu thuật.
Figure 1.3.5: Beckwith-Wiedemann syndrome Photo Courtesy: KP Sanghvi, Mumbai	Ảnh chụp bé sơ sinh nặng kị, phì đại lưỡi, khiếm khuyết cơ thành bụng thường liên quan với phì đại tạng. Những bé này có chòm đầu lồi, nếp gấp ngang qua thùy tai., phì đại một bên, nevi đỏ và tăng insulin máu hạ đường huyết.	- Thường xảy ra rời rạc. - Có thể biểu hiện là hạ đường huyết kéo dài.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
	Bé vàng da rộng đến tận lòng bàn chân với dấu hiệu mắt trời lặn - thấy nhuộm vàng cứng mạc. Lưng cong, hai tay gồng mạnh gợi ý có tăng trương lực. Những bé này thường có phản xạ Moro không đối xứng hoặc không có phản xạ vois khóc thét. Những dấu hiệu này gợi ý suy giảm chức năng thần kinh thứ phát do bilirubin chưa kết hợp gắn vào não.	• Truyền dịch trao đổi và liệu pháp chiếu sáng tăng cường là những lựa chọn điều trị. • Trong pha sớm, can thiệp có thể phục hồi những tổn hại ở não. Với những bệnh não do bị phá hủy thì không phục hồi được.

Figure 1.3.6: Bilirubin encephalopathy
Photo Courtesy: Rhishikesh Thakre, Aurangabad

Hội chứng rò rỉ mao mạch

	Phù ở tay và chân đến bàn chân. Da bên trên căng bóng do phù theo tư thế. Những bé này sẽ hạ huyết áp, co đặc máu, hạ albumin máu, suy đa cơ quan do hội chứng rò rỉ mao mạch gây rò rỉ dịch từ tuần hoàn ra mô kẽ. Tình trạng này thường thấy ở nhiễm trùng nặng, ngạt, suy thận, bệnh gan nặng và hội chứng đáp ứng viêm.	Điều trị nguyên nhân, nâng đỡ tích cực với liệu pháp vận mạch và thay dịch đúng đắn là chìa khóa.
---	--	--

Figure 1.3.7: Capillary leak syndrome
Photo Courtesy: Anirudh Thakre, Pune

Tím

	Da xanh ở lòng bàn chân. Đây là do tập trung hemoglobin giáng cấp trong máu ($> 5\text{mg}\%$) Tím trung ương biểu hiện bằng da và niêm mạc tối màu. Tim ngoại biên chỉ ảnh hưởng đến tay chân mà không ảnh hưởng niêm mạc và thân mình. Tim trung ương là dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ sơ sinh.	Tim có thể là hậu quả từ một số rối loạn, bao gồm hạ thân nhiệt, bệnh tim, bệnh nhu mô hay ngoại nhu mô phổi, bệnh chuyển hóa, bệnh máu và rối loạn thần kinh. Bé sơ sinh tím cần được tiếp cận hệ thống, đánh giá nhanh, chẩn đoán nhanh và điều trị ban đầu nhanh.
---	--	---

Figure 1.3.8: Cyanosis
Photo Courtesy: Rhishikesh Thakre, Aurangabad

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.3.9: Gastroschisis Photo Courtesy: Ramesh Sitaram Bajaj, Aurangabad	Khiếm khuyết thành ruột xảy ra bên ngoài vòng rốn và ruột thoát vị không được che bởi phúc mạc hay màng ối. Khiếm khuyết đo khoảng 2 đến 4 cm và thường nằm ngay bên phải rốn. Các tạng phôi ra nhiều hơn ruột gồm dạ dày, bàng quang, tử cung và phần phụ. Vỡ căng sớm, ruột căng rồi. Không giống như khiếm khuyết cơ thành bụng, phôi ruột bẩm sinh ít đi kèm với các bất thường khác.	Tránh dùng tay tiếp xúc với ruột. Gói ruột trong một vật liệu vô khuẩn, ấm hoặc không thấm nước để chống khô, nhiệt độ, mất nước và nhiễm trùng. Sau đó đóng ruột thì đầu ổn định được thực hiện.

Phù thai nhi

 Figure 1.3.10: Hydrops Photo Courtesy: Sanjay Aher, Nashik	Phù toàn thân từ thận mình, và các chi. Bé sơ sinh được đặt nội khí quản từ lúc mới sinh do phù nề kèm vì tràn dịch màng phổi và bàng quang. Có thể có tràn dịch màng ngoài tim, đa ối, và phù nhau thai. Phù thai nhi là một dấu hiệu lâm sàng dành đầu tiên lượng xấu về sau vì phù tích dịch tự nó cũng là một chẩn đoán rồi.	- Bệnh sử liên quan với miễn dịch đồng loại Rh-. Tuy nhiên, hiện nay các tình trạng không liên quan miễn dịch là nguyên nhân chính của phù tích dịch. - Khại thác bệnh sử cần thận, chẩn đoán có chọn lọc là bắt buộc để nhận diện nguyên nhân nhưng đôi khi nguyên nhân vẫn còn chưa được biết ở 20% trường hợp phù tích dịch. - Điều trị phức tạp và đòi hỏi chuẩn bị kỹ càng.
---	---	--

Thoát vị bẹn

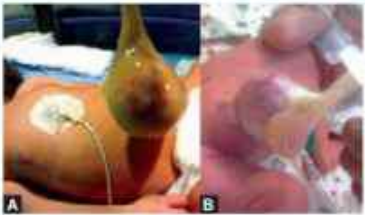
 Figure 1.3.11: Inguinal hernia Photo Courtesy: Ramesh Sitaram Bajaj, Aurangabad	Khối phồng khu trú ở vùng bẹn trái. Đôi khi, nó có thể lan rộng đến bìu. Khối phồng gồ lên khi gắng sức hay khóc. Khối phồng không đau và không có dấu hiệu viêm. Bẹn phải không bị ảnh hưởng. Thoát vị do sự nhỏ ra của các thứ trong ổ bụng qua ống bẹn bên ngoài khoang phúc mạc.	- Chẩn đoán dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, cần chỉ định siêu âm bìu và bẹn. - Điều trị bằng phẫu thuật, sớm nhất có thể, do sợ thoát vị nghẹt hoặc thoát vị kẹt
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.3.12: Meconium plug syndrome Photo Courtesy: Amit Jagtap, Mumbai	Bức ảnh chụp đầy thắt phân su thường trước 24 hoặc 48 tiếng. Ruột dưới chứa chất khô và có thể tạo thành nút gây tắc ruột dưới. Đây là một chẩn đoán loại trừ. Tắc ruột do phân su thường phân su đóng chặt ở gần hơn, thường ở đoạn cuối hồi tràng.	Nút phân phẳng rắn chống lại lực hút tháo là chẩn đoán và là đặc điểm của nút phân su. Nhìn chung, bệnh này được theo dõi ở trẻ sinh non khỏe mạnh ở các mặt khác. Tuy nhiên, xơ hóa nang và bệnh Hirschprung có thể đi kèm và nên được loại trừ.

Thoát vị tủy màng tủy

 Figure 1.3.13: Meningomyelocele Photo Courtesy: Ramesh Sitaram Bajaj, Aurangabad	Khiếm khuyết trên cột sống thắt lưng, thường tồn nhìn thấy bằng mắt thường da bên trên không bị ảnh hưởng, ống tủy chứa tủy sống và màng tủy không rỉ dịch, không nhô ra ngoài gợi ý thoát vị tủy- màng tủy- một khiếm khuyết của ống thần kinh. Những bé này cũng có ảnh hưởng đến thần kinh của bàng quang, ruột và chi dưới. Khiếm khuyết mức độ càng cao ảnh hưởng thần kinh càng nặng và dẫn đến liệt. Nó có thể xảy ra đơn độc hoặc đi kèm với các dị dạng khác bao gồm các khiếm khuyết đường giữa,	- Mở thoát vị tủy màng tủy được làm sớm để bảo vệ chống nhiễm trùng. Shunt não thất phúc mạc cần nếu có não ứ thủy đi kèm. - Tiếp cận đa phương thức để chăm sóc dài hạn là bắt buộc. - Viên uống acid folic trước khi mang thai để ngăn ngừa các khiếm khuyết của ống thần kinh.
--	---	---

Khiếm khuyết cơ thành bụng

 Figures 1.3.14A and B: Omphalocele Photo Courtesy: Sanjay Lalwani, Pune Ruchi Nanavati, Mumbai	Thoát vị ruột qua rốn được che phủ bởi lớp da bình thường. Có thể thấy ruột ở bên dưới dễ dàng nhưng nếu sửa chưa bị trì hoãn thì theo thời gian da sẽ phát triển bên trên khiếm khuyết. Đến 40% bé sơ sinh có khiếm khuyết cơ thành bụng có các khiếm khuyết sơ sinh khác.	Chẩn đoán dựa vào lâm sàng mà không cần test não. Kích thước của thoát vị quyết định cách sinh và điều trị sau sinh của khiếm khuyết cơ thành bụng, trong khi mức độ của gan ảnh hưởng đến mức độ và type điều trị khiếm khuyết cơ thành bụng.
--	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.3.15: Pierre-robin sequence Photo Courtesy: Srinivas Murki, Hyderabad	Tật hàm nhỏ kết hợp với thụt hàm dẫn đến sa lưỡi, và chẻ vòm. Những điều này gây tắc nghẽn đường thở trên. Những bé này có vấn đề khi cho ăn, hít sặc, nhiễm trùng tai, giảm thính lực hoặc có thể là một phần của hội chứng. Hầu hết những bé này phát triển bình thường và khỏe mạnh khi trưởng thành	- Không cần test chẩn đoán đặc hiệu nào. Chăm sóc bao gồm quản lý cho ăn, nằm đầu cao, tư thế nằm úp hoặc nằm nghiêng và đường thở mũi hầu. - Phẫu thuật khi cứng môi lưỡi, trật khớp hàm dưới, và sửa chữa tật chẻ vòm. Hàm nhỏ thường phát triển thêm trong 2 năm đầu đời và không cần phẫu thuật.

Da hồng cầu

 Figure 1.3.16: Polycythemia Photo Courtesy: Ruchi Nanavati, Mumbai	Lông bàn chân phẳng và đỏ hồng. Những bé này có cơ thể đỏ đồng bộ. Chẩn đoán da hồng cầu ở những bé này nếu Hct >65%. Thường thấy ở những tình trạng gây tăng tưới máu nhau, suy nhau và IUGR.	- T Không có chỉ định khảo sát thường quy ở những thai kỳ khỏe mạnh - Ở những bé sơ sinh nguy cơ cao (như SGA), đo Hct 6 đến 8 tiếng sau sinh. - Truyền dịch thay thế một phần được làm bằng saline nếu Hct $\geq 70\%$ (ngay cả với những bé không có triệu chứng) và $\geq 65\%$ ở những bé có triệu chứng.
--	--	--

1.4 Những tình trạng không phổ biến nhưng không phải hiếm ở trẻ sơ sinh

Lưỡng giới

 Figure 1.4.1: Ambiguous genitalia Photo Courtesy: Anuradha Khadilkar, Pune	Bé có da tối màu (nhất là ở bộ phận sinh dục, rốn), phi đại âm vật và tuyến sinh dục không sờ được. Biểu hiện thường gặp là cơn hao môn muối- sắc không giải thích được, toan chuyển hóa, hạ natri máu và tăng kali máu.	- Nguyên nhân phổ biến nhất của lưỡng giới tính là loạn sản tuyến thượng thận bẩm sinh. (CAH) - Test chuẩn bao gồm 17-hydroxyl progesterone (reference range < 6 nmol/L), adrenocorticotrophic hormone assay (reference range 2-11 pmol/L) Thường tăng và nhiễm sắc thể đỏ (46XX female) xác nhận chẩn đoán CAH thể hao môn muối. - Những bé sơ sinh này cần liệu pháp thay thế glucocorticoids (hydrocortisone 10-20 mg/m²/day) và mineralocorticoids (fludrocortisone 100-200 µg/day).
--	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.4.2: Chickenpox. Photo Courtesy: Sanjay Ghorpade, Satara	Phát ban mụn nước toàn thể với hồng ban nhiều giai đoạn khắp người. Bé không sốt với bệnh sử mẹ bị thủy đậu. Thủy đậu sơ sinh trong vòng 4 ngày sau sinh thường nhẹ.	- Chăm mẹ và bé cùng nhau nhưng cách ly với các bệnh nhân khác. Tiếp tục cho bú mẹ. - Cho bé vào phòng cách ly bệnh viện nếu bé có phát ban hay không khỏe - chích IG Zoster (2ml, IM) cho các bé sinh non hoặc bé sơ sinh có mẹ bị thủy đậu một tuần trước sinh hoặc gần ngày sinh - Cho acyclovir với các bé bị thủy đậu có mẹ bị thủy đậu, 4 ngày trước sinh đến 2 ngày sau sinh.

Clubfoot—Congenital Talipes Equinovarus (CTEV)

 Figure 1.4.3: Congenital talipes equinovarus Photo Courtesy: Srinivas Murki, Hyderabad	Cả hai chân đều bị ảnh hưởng và xoay trong ở phần mắt cá. Nó được phân chia theo tư thế (có thể nắn chỉnh) hoặc dị dạng cấu trúc (dị dạng cổ đỉnh). Các dị dạng tương tự được thấy cũng với thoát vị tủy màng tủy nên luôn luôn tìm dị tật không đóng kín ống tủy sống và các khiếm khuyết của tủy sống ở những bé này.	- Gần 50% tật khoèo chân ở trẻ sơ sinh có thể chỉnh được mà không cần phẫu thuật. - Nắn chỉnh chân nên bắt đầu trong vòng hai tuần sau sinh bằng cách căng nhẹ và ép khuôn lặp lại nhiều lần. Đeo một trụ chống đặc biệt rồi sau đó dùng nó suốt trong vòng 3 tháng đến 3 năm. Thường phải cắt gân. - Những trường hợp nặng cần phẫu thuật
---	--	--

Glaucoma bẩm sinh

 Figure 1.4.4: Congenital glaucoma Photo Courtesy: Snehal Thakre, Aurangabad	Ảnh chụp giác mạc đục lan tỏa với lớn nhãn cầu hai bên. Glaucoma bẩm sinh là nguyên nhân phổ biến nhất của lớn nhãn cầu hai bên. Những bé này có tăng nhãn áp (IOP), phù, và đục giác mạc. Triệu chứng bao gồm sợ ánh sáng, co thắt mi, và chảy nước mắt nhiều. Nó có thể đi kèm với các dấu chứng nhãn cầu và/hoặc toàn thân khác.	- Khám khi gây mê là yêu cầu đầu tiên để xác nhận chẩn đoán. - Điều trị bao gồm mổ ống schlem và cắt lưới bề. Đến 50% bé không thể điều trị thị lực trên 20/50 dù đã điều trị. Nếu không điều trị thì sẽ teo nhãn cầu.
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.4.5: Collodion baby Photo Courtesy: KP Sanghvi, Mumbai	Bé được bọc trong một lớp màng chặt, bóng, cứng, vảy, không co giãn, và hơi nhờn. Độ chặt của những màng này có thể gây lộn mí, lộn môi, tai phẳng, mũi phẳng và không có tóc. Màng collodion vỡ và tự bóc sau một khoảng thời gian. Những bé sơ sinh này có nguy cơ nhiễm trùng, mất nước, mất dịch, mất cân bằng điện giải, nhiệt độ cơ thể không ổn định và viêm phổi.	- Hầu hết các bé collodion có một dạng của vảy cà. - Bé collodion cần được chăm sóc trong môi trường ẩm cao, và theo dõi sát các biến chứng. Dùng Petroleum trên nền đường ẩm cũng có ích. - Cần thảo luận thêm với bác sỹ chuyên khoa da liễu nhi.

Bóng nước thượng bì

 Figure 1.4.6: Epidermolysis bullosa Photo Courtesy: Sanjay Ghorpade, Satara	Ảnh chụp cho thấy phát ban nang bóng nước ở các giai đoạn khác nhau trên chi, ngực và bụng. EB là một rối loạn gây móng da dẫn đến hình thành bóng nước đau trên da và niêm mạc. Độ nặng biến đổi từ không có theo đến thể nặng với da tổn thương lớn mất thượng bì rộng.	- Thể nhẹ không cần điều trị. Sinh thiết da để phân type bệnh. - Ngừa nhiễm trùng và bảo vệ bề mặt da móng manh này là đích của điều trị.
--	--	--

Viêm da do nấm

 Figure 1.4.7: Fungal dermatitis Photo Courtesy: Srinivas Murki, Hyderabad	Hồng ban có xu hướng ở các vết nhăn, trong hằn, nếp gấp da và móng và thường rất đỏ với các nốt nhỏ gọi là thương tổn vệ tinh. Thương không có triệu chứng hoặc dấu hiệu nào khác. Ban này không đau và không ngứa. Ngược lại, viêm da không ảnh hưởng đến hằn.	Giữ vùng này khô và thường xuyên được tiếp xúc với không khí. Bôi kem kháng nấm.
---	--	---

1.5 Chẩn đoán hình ảnh sơ sinh

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
	Phim cho thấy có quai ruột ở nửa ngực trái với trung thất dịch chuyển sang phải. Không thấy khí trong ruột. Nghi ngờ CDH ở các bé biểu hiện bụng hình thuyền, sứt hở háp, xanh tím và tim bên phải với bệnh sử đa ôi. Chẩn đoán phân biệt của Xquang gồm dị dạng nang phổi bẩm sinh, khí thũng kê nang phổi và viêm phổi do staphylococcus với dạng kén khí.	• CDH thường xảy ra với đa ôi và thường sau siêu âm thường quy 16 tuần trước sinh. Vì vậy rất nhiều trường hợp được chẩn đoán sau sinh. • Trong những trường hợp chẩn đoán trước sinh, tất cả các bé sơ sinh nên được đặt nội khí quản lúc sinh. Hồi sức với túi và mask được chỉ định. Các yếu tố tiên lượng tốt là thoát vị sau tam cá nguyệt thứ hai, không thoát vị gan, xảy ra đồng thời với bất thường tim và khởi phát triệu chứng trễ sau sinh. • Ưu tiên ổn định rồi mổ.

Figure 1.5.1: Congenital diaphragmatic hernia
Photo Courtesy: Naveen Bajaj, Ludhiana

Khí thũng từng thùy bẩm sinh(CLE)

	Phim cho thấy vùng sáng rộng nửa ngực để nền thùy dưới và trung thất dịch chuyển về bên đối diện. Chẩn đoán khác của vùng sáng rộng nửa ngực là tràn khí màng phổi, CAM I, tăng thông khí tắc nghẽn, dị dạng mạch máu, hoặc khí thũng bù trừ thấy trong khiếm khuyết, thiếu sán hay xẹp bên đối diện. Trong CLE, thùy trên bên trái là dễ bị ảnh hưởng nhất sau đó là thùy trên phải và thùy giữa. Bất thường tim mạch cũng thường được thấy ở CLE ở trẻ sơ sinh.	• Ứ khí xảy ra trong một hay nhiều thùy phổi lúc mới sinh gây khi phế thũng tắc nghẽn có thể do dị dạng, nang trong phế quản, hoặc nuts nhầy/ nút phân trong phế quản. • Soi phế quản có thể được thực hiện để loại bỏ các vật liệu gây tắc hoặc làm vỡ nang phế quản. • Cắt phổi thường cũng cần thiết. • cơ chế thông khí tích cực qua túi hoặc mask hoặc đặt dẫn lưu gian sườn do chẩn đoán nhầm tràn khí màng phổi có thể gây tràn khí màng phổi áp lực. Trong tình huống này, cân mở ngực ngay và cắt phổi là lựa chọn duy nhất.
--	--	--

Figure 1.5.2: Congenital lobar emphysema
Photo Courtesy: Naveen Bajaj, Ludhiana

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Vị Trí Ống NKQ (ET)  Figure 1.5.3: ET Position Photo Courtesy: Ruchi Nanavati, Mumbai	Phím cho thấy đầu ống ET ở mức đốt sống C5. Đầu ống nên nằm trên mức carina (giữa T1 và T3). Xác định vị trí của đầu ống sau khi đặt ống cần được làm đầu tiên và được xác nhận bằng quang ngực. Vị trí có thể được xác nhận bằng lần ngược theo phế quản chính về phía carina hay phía đầu cho đến đầu ống. Ống ET cũng nên được đặt xiên góc về phía trước để tránh casi tiếp nối xiên này gây áp lực lên thành khí quản khi đầu chuyển động hoặc thay đổi tư thế.	• Trên lâm sàng, quy tắc 7-8-9 rất hữu ích cho xác định vị trí ET: lấy cân nặng của bé cộng thêm 6. • Vị trí đầu trung tính khi chụp phim X-rays. Khi đầu gấp, ống có thể sẽ đi vào phế quản chính phải và đâm vào cổ khi cúi cổ ra. • Thông khí khi đặt ống sai vị trí sẽ phá hủy phổi.

Viêm ruột hoại tử (NEC)

 Figure 1.5.4: NEC Stage II Photo Courtesy: Amit Jagtap, Mumbai	Ảnh cho thấy kén khí hay bóng khí trong thành ruột non (dưới niêm mạc) do khí trong thành ruột là dấu hiệu vàng của NEC nặng. Nó cho thấy giai đoạn IIa theo tiêu chuẩn Bell. Khí dưới màng thanh dịch được thấy là bóng mờ cong.	Mất phân bố cân đối khí trong ruột dẫn đến kiểu không đối xứng hoặc kiểu không thuộc cơ quan là dấu hiệu hình ảnh sớm của NEC. Có thể có vùng thiếu khí và vùng dân khác. Phim cho thấy phù nề thành ruột, quai ruột im lìm ở nhiều phim.
---	--	---

Khí trong phúc mạc

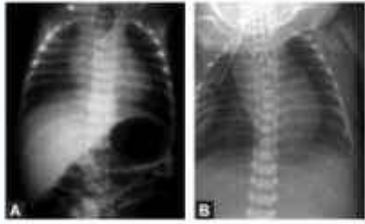
 Figure 1.5.5: Pneumoperitoneum Photo Courtesy: Ruchi Nanavati, Mumbai	Phím cho thấy dấu hiệu bóng trong ổ bụng với khí dưới cơ hoành chỉ ra khí trong phúc mạc. Nguyên nhân phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh là NEC.	Thùng dạ dày ruột là chỉ định can thiệp phẫu thuật. Ở những bé sơ sinh ốm nặng, dẫn lưu phúc mạc có thể là lựa chọn duy nhất. Thùng ruột đơn độc có thể hiện diện với khí phúc mạc mà không có dấu hiệu lâm sàng.
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.5.6: Pneumothorax Photo Courtesy: Sankaranarayanan Krishnamoorthy, Salford	X-ray cho thấy khí tự do ở một bên ngực phải với xẹp phổi về phía rốn phổi. Không có khí tạo khoảng cách với bóng mờ phổi, tăng khoảng gian sườn, det cơ hoành ở bên phải với dịch chuyển trung thất về bên đối diện gợi ý tràn khí áp lực. Triệu chứng học phụ thuộc vào phân độ và độ nặng của tràn khí.	- Chẩn đoán được nghi ngờ ở trẻ sơ sinh với mất bão hòa oxy, xẹp phổi đột ngột hoặc xấu hơn. Không có khí vào hay giảm khí vào một bên với dịch chuyển trung thất về bên đối diện khẳng định chẩn đoán. - Nút chẩn đoán ở khoảng gian sườn thứ hai hoặc soi sáng là công cụ tại giường. Nếu có dịch chuyển trung thất, dẫn lưu qua gian sườn là cần thiết.

Xẹp phổi sau rút ống

 Figure 1.5.7: Postextubation collapse Photo Courtesy: Ruchi Nanavati, Mumbai	X-ray cho thấy bóng mờ đồng nhất ở thùy trên phải và kéo rãnh lớn lên trên và tăng thông khí bù trừ của thùy dưới gợi ý xẹp thùy trên phải. Thùy trên phải là vị trí xẹp phổ biến nhất sau khi rút ống vì phế quản chính phải thông thương trực tiếp với khí quản và thùy trên phải có rất ít bàng hệ.	Thường được thấy ở các bé sơ sinh rất nhẹ cân do các bé này thường được đặt ống để thở oxy. Tư thế và liệu pháp sinh lý ngực sẽ giải quyết các tổn thương chính.
--	--	---

Đồ khí thực quản

 Figures 1.5.8A and B: Tracheoesophageal fistula Photo Courtesy: Rishikesh Thakre, Aurangabad	Phim mờ tà dạng cuộn của ống nuôi ăn trong thực quản gợi ý túi cùng với khí trong ruột. Trong hầu hết các trường hợp, thực quản trên kết thúc và không nối với thực quản dưới và dạ dày. Đầu tận của thực quản dưới nối với khí quản. Triệu chứng phổ biến bao gồm chảy nước dãi, ho, nôn khan, sặc hoặc tím tái khi cố gắng cho ăn sớm sau sinh. Bệnh sử đa ôi hoặc có khí đa dây khi siêu âm trước sinh cũng có chẩn đoán.	- Đây là một cấp cứu ngoại khoa đe dọa tính mạng ở trẻ sơ sinh. Một chỉ số nghi ngờ cao được đòi hỏi để chẩn đoán. - Phát hiện được xác nhận bằng X quang bằng cách đưa một catheter cùng màu đỏ qua mũi hoặc miệng cho đến khi bị cản lại để tìm vị trí của túi cùng trên. Không có bóng đa dây chỉ ra tật thực quản không có đồ khí thực quản.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.5.9: USG Skull-IVH Photo Courtesy: Pradeep Suryawanshi, Pune	Siêu âm não thiết diện cạnh trần cho thấy >50% của vùng não thất, sưng phòng não thất bên gợi ý IVH độ III. Bệnh xảy ra trong 5 ngày đầu sau sinh và có thể im lặng trên lâm sàng, hoặc có thể dữ dội và nặng nề. Yếu tố nguy cơ ngoài sinh non bao gồm sinh ngã âm đạo, ngạt trong tử cung, hội chứng nguy cấp hô hấp, giảm oxy máu, toan hóa, tràn khí màng phổi và co giật.	- Bởi vì 1/2 IVH là im lặng trên lâm sàng, siêu âm thường quy nên được làm ở hầu hết các bé sơ sinh có tuổi thai <30 tuần hoặc có các yếu tố nguy cơ, ở 7 đến 14 ngày và 36 đến 40 tuần tuổi thai để phát hiện IVH, nhuyễn chất trắng quanh não thất và phì đại não thất. - Độ nặng được đánh giá dựa trên vị trí và độ rộng của IVH

1.6 Tầm soát sau sinh

Đo thính lực

 Figure 1.6.1: Hearing screening Photo Courtesy: Richi Natwarani, Mumbai	Bức ảnh chụp một bé sơ sinh đang trải qua khảo sát sức nghe bằng phương pháp âm ốc tai. Phương pháp này được thực hiện trong phòng yên tĩnh với giảm đau tai đảm bảo tai được làm sạch và kiểm tra lần lượt từng tai. Nếu kết quả bất thường, thì một đánh giá hoàn chỉnh bao gồm BERA chân đoạn, đo sức nghe kháng trở và đo sức nghe toàn diện được khuyến cáo. Đo sức nghe ứng xử được thực hiện chỉ khi các kiểm tra khả năng không có sẵn. JCIH khuyến cáo kỹ thuật ABR là kỹ thuật kiểm tra thích hợp duy nhất ở NICU.	Phát hiện và can thiệp sớm chức năng nghe (EHDI) có tiềm năng để tăng tối đa khả năng ngôn ngữ học và sự phát triển biết đọc biết viết ở trẻ nhỏ có suy giảm thính lực. - Tầm soát tất cả trẻ sơ sinh trước 1 tháng tuổi - Chẩn đoán mất thính lực trước 3 tháng tuổi - Đưa bé đến với những can thiệp trước 6 tháng tuổi Trẻ sơ sinh với mất thính lực bất kỳ mức độ nào một hoặc 2 bên kéo dài được xem là thích hợp để can thiệp sớm (EI).
---	---	---

Tầm soát hạ đường huyết

 Figure 1.6.2: Hypoglycemia screening Photo Courtesy: Rhishikesh Thakre, Aurangabad	Tầm soát được làm ở các bé sơ sinh có nguy cơ IUGR, bé có mẹ dài tháo đường, sinh ở nước ngoài, nhiễm trùng huyết, truyền máu,... Mẫu máu chích gót chân cho giá trị <40mg% gợi ý hạ đường huyết và cho phép điều trị trước khi test máu tĩnh mạch bằng phương pháp glucose oxidase trong lab để xác nhận	- Hạ đường huyết là một rối loạn chuyển hóa phổ biến. Một bé hạ đường huyết đòi hỏi chăm sóc tỉ mỉ và tìm kiếm các nguyên nhân sâu xa. - Những bé này có nguy cơ nhồi máu thùy chẩm, co giật và di chứng phát triển thần kinh.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.6.3 Metabolic screening Photo Courtesy: Bhishikesh Thakre, Aurangabad	Trẻ sơ sinh được tầm soát một số rối loạn chuyển hóa bằng cách lấy mẫu trên giấy lọc từ việc chích máu gót chân. Các rối loạn chuyển hóa được khảo sát thường là nhược giáp bẩm sinh, galactose máu, xơ hóa nang, tăng sản thượng thận bẩm sinh và thiếu hụt G6PD.	Tầm soát chuyển hóa không chỉ là test mà còn là sự cứng cỏi thêm, quản lý và theo dõi về lâu dài.

Kiểm tra giác mạc ở trẻ sinh non (ROP)

 Figure 1.6.4: ROP screening Photo Courtesy: Prudnya Deshmukh, Aurangabad	Tầm soát ROP được làm tại giường dùng đèn soi mắt trực tiếp và do bác sĩ nhãn khoa thực hiện (dùng thuốc nhỏ giãn đồng tử và gây tê tại chỗ). Tầm soát ở tất cả các bé sinh non (<34 tuần) và/ hoặc cân nặng lúc sinh <1750 gam lúc 4 tuần tuổi sau sinh.	- Bệnh võng mạc của bé sinh non (rop) là một rối loạn tăng sinh mạch máu ở võng mạc của các bé sinh non với tạo mạch chưa hoàn chỉnh ở võng mạc. - Tỉ lệ mắc và độ nặng của ROP tăng nếu tuổi thai càng nhỏ và cân nặng lúc sinh càng nhỏ. - Điều trị được chỉ định ở dưới ngưỡng bệnh có nguy cơ cao và ở ngưỡng bệnh để ngừa mù lòa.
--	---	--

Chăm sóc trẻ sơ sinh

Chăm sóc nâng đỡ phát triển

 Figure 1.7.1: Developmentally supportive care Photo Courtesy: Bhishikesh Thakre, Aurangabad	bức ảnh chụp một bé sinh non được quấn khăn như cái tổ- để được thoải mái và được che chở- khi đang được chăm sóc tại NICU. Đây là một can thiệp thực hành trong khi áp dụng DSC cho trẻ sơ sinh. Các phương pháp khác gồm chăm sóc Kangaroo, kết hợp các hoạt động, phương pháp xoa dịu sau thủ thuật, giảm tiếng ồn và ít phơi bày trong chăm sóc tại nhà. Điều này hoàn thiện các can thiệp trong chăm sóc phát triển cá nhân cho mỗi bé và thay đổi môi trường để làm cho NICU thân thiện với bé hơn. Mục đích là để giảm thấp nhất các tác động tiêu cực của chăm sóc bệnh viện và các stress mà bé phải trải qua.	Các nhà nghiên cứu chỉ ra rằng các bé được chăm sóc bằng cách tiếp cận chăm sóc theo phát triển cá thể có ít biến chứng hơn, nằm viện ngắn hơn, tăng cân tốt hơn và có dự hậu phát triển tốt hơn.
---	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Figure 1.7.2: Kangaroo care Photo Courtesy: Ruchi Nanavati, Mumbai	Bức ảnh chụp một bé sinh non ở NICU được đặt ở tư thế thẳng đứng tiếp xúc da kề da với vùng ngực giữa hai vú mẹ. Đầu bé được che lại và bé được chăm sóc trong túi Kangaroo do mẹ giữ. Chăm sóc Kangaroo (KC) là một phương pháp chăm sóc rẻ và thông minh để ổn định những bé sơ sinh nhẹ ki. Trong KC, bé được cho bú riêng. KC thúc đẩy sức khỏe của bé và trạng thái của bé bằng cách đẩy mạnh việc kiểm soát nhiệt hiệu quả, cho bú, ngăn ngừa nhiễm trùng và sự liên kết với mẹ.	- KC nên được bắt đầu sớm khi bé ổn định. Mẹ hoạt động như một nguồn sưởi ấm, nguồn dinh dưỡng và kích thích da mô thức. Tiếp xúc da kề da kích thích tiết sữa mẹ và làm việc cho bú dễ dàng hơn. - KC nên được duy trì cho đến khi bé được 40 tuần tuổi thai hoặc khi đạt được 2500g - KC nên được thực hành ở tất cả các trung tâm chăm sóc sơ sinh. Nhận thức được KC không phải là một lựa chọn tối của con người là rất quan trọng nhưng cách lý tưởng là phải truyền thông chăm sóc con người tinh vi ở cơ sở cấp 4.

Chia Sẻ Ca Lam Sang

Chia Se Ca Lam Sang

Chương 2

SỰ PHÁT TRIỂN VÀ TRƯỞNG THÀNH

*Hiệu đính
KN Agarwal, MKC Nair*

Chia Se Ca Lam Sang

- 2.1 Các giai đoạn phát triển sinh lý trong 5 năm đầu tiên của cuộc đời
- 2.2 Các lỗi sai phổ biến khi đo các chỉ số phát triển củ trẻ em
- 2.3 Các biểu đồ liên quan tới sự phát triển
- 2.4 Đánh giá sự phát triển

PHỤ LỤC

2.1 CÁC GIAI ĐOẠN PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT TRONG 5 NĂM ĐẦU TIÊN 27

2.2 CÁC LỖI SAI PHỔ BIẾN KHI ĐO CÁC CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN 28

- Các lỗi phổ biến khi đo chiều dài 28
- Các lỗi phổ biến khi đo chiều cao 29
- Các lỗi phổ biến khi đo vòng đầu 30

2.3 BIỂU ĐỒ TRƯỞNG THÀNH 30

- Phân trâm giữa cân nặng lúc sinh và tuần thai ở Rural Ấn Độ 30
- Tình hình dinh dưỡng của trẻ em Ấn Độ 31
- Chiều cao liên quan tới sự phát triển sinh dục và tuổi của trẻ nam ở Afflu e n t Ấn Độ 31

2.4 ĐÁNH GIÁ SỰ TRƯỞNG THÀNH 32

Chia Se Ca Lam Sang

2.1 Các giai đoạn phát triển thể chất trong 5 năm đầu tiên của cuộc đời

Sơ sinh : 1 tuổi

- Các phản xạ bú và nắm
- Khám phá các đồ vật (Như lắc đồ chơi/ cái lắc)
- Lăn bóng và ném đồ vật
- Bò, lăn, và ngồi hoặc đứng (không cần hỗ trợ) bắt bóng
- Xây được các khối tháp
- Nặn đất sét hình quả bóng, nhà, và các đồ vật khác

Trẻ nhỏ: Trẻ 2 tuổi

- Đi tiến, lùi, và cử động dễ dàng hơn
- Nhặt đồ chơi ở tư thế đứng
- Kéo và đẩy đồ vật
- Leo cầu thang (có sự giúp đỡ)
- Cải thiện sự cân bằng và phối hợp tay-mắt
- Nắm, giữ, ném được quả bóng nhỏ

Trẻ lớn : 3 tuổi

- Thoải mái hơn khi vận động và phối hợp các động tác
- Chạy tiến và nhảy lên xuống
- Đứng trên 1 chân (có giúp đỡ)
- Sử dụng và kiểm soát các đồ vật nhỏ tốt
- Vẽ hình tròn
- Vẽ, đập bet, ép chặt, kéo đất nặn

Trẻ lớn: 4 tuổi

- Cải thiện khả năng thăng bằng và di chuyển
- Chạy quanh các đồ vật và đi trên 1 đường thẳng
- Thăng bằng trên 1 chân
- Đưa đẩy đồ chơi và đi xe đạp
- Ném

Trẻ lớn: 5 tuổi

- Vận động tự tin
- đi lùi và nhảy bằng 1 chân
- Nhảy tiến nhiều lần mà không ngã
- Đi lên xuống cầu thang mà không cần giúp đỡ
- Có thể nhào lộn
- Sử dụng được kéo an toàn và viết được vài chữ

2.2 CÁC LỖI PHỔ BIẾN KHI ĐO CÁC CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN

Hình ảnh	Lưu ý	Nữ trí
Lỗi sai phổ biến khi đo chiều dài  Figures 2.2.1A to C: Lỗi sai phổ biến khi đo chiều dài <i>Photo Courtesy: Anju Seth, New Delhi</i>	Figure 2.2.1A cho thấy lỗi sai là đầu không chạm tới bảng cố định. Figure 2.2.1B cho thấy lỗi sai là bàn chân không được đặt vuông góc với căng chân. Figure 2.2.1C, phương pháp đúng.	Chiều dài của trẻ dưới 2 tuổi có thể được đo chính xác bởi thước đo cho trẻ bú mẹ (infantometer) với 2 người thực hiện. Đứa trẻ nên được đặt nằm ngửa với 2 gối thẳng và bàn chân vuông góc với căng chân. Đầu của bé được giữ với bảng cố định, trong khi bảng di động sẽ di chuyển tới khi chạm tới gót của bé. Đọc chiều dài trên thước của bảng.

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Các lỗi phổ biến khi đo chiều cao		
 Figure 2.2.2A Lỗi sai là trẻ vẫn còn mang giày Figure 2.2.2B Lỗi sai là bàn chân không đặt song song và gót chân không chạm tường. Figure 2.2.2C Lỗi sai là đầu không được giữ ở mặt phẳng Frankfurt. Figure 2.2.2D Lỗi sai là đầu không được giữ ở mặt phẳng Frankfurt. Figure 2.2.2E Phương pháp đúng.	chiều cao của trẻ trên 2 tuổi có thể được đo bởi một thước treo tường với đơn vị là 0,1 cm và 1 thanh nhỏ có thể di chuyển lên xuống trên thước. Đưa trẻ nên đứng với bàn chân đặt song song trên nền phẳng, không đi giày tất, thẳng chân, tay thả lỏng, móng và gót chân chạm thanh đo của thước. Đầu nên giữ thoải mái, thẳng đứng với đường thẳng đi ở nền dưới ổ mắt trong cùng mặt phẳng ngang với ống tai ngoài (mặt phẳng Frankfurt). Thanh ngang ở trên sẽ được đưa xuống chạm tới đỉnh đầu và chiều cao sẽ được đọc ở trên thước.	
Figures 2.2.2A to E: Các lỗi khi đo chiều cao Photo Courtesy: Anju Seth, New Delhi		

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Các lỗi phổ biến khi đo vòng đầu		
	Figure 2.2.3A Lỗi sai là vòng cuộn không cuộn qua vùng trán ở mắt ở trán.	Vòng đầu được đo bởi vòng cuộn qua vùng lồi cằm ở sau đầu và vùng trán ở mắt ở trán. Mục đích là ghi lại chỉ số vòng đầu lớn nhất.
	Figure 2.2.3B Lỗi sai là vòng cuộn không cuộn qua vùng lồi cằm phía sau.	
	Figure 2.2.3C Phương pháp đúng để đo vòng đầu.	
Chia sẻ Ca Lam Sang		
Figures 2.2.3A to C: Lỗi sai khi đo vòng đầu Photo Courtesy: Anju Sethi, New Delhi		

2.3 BIỂU ĐỒ LIÊN QUAN TỚI SỰ TRƯỞNG THÀNH

Phân trăm giữa cân nặng lúc sinh và tuần thai ở Rural Ấn Độ

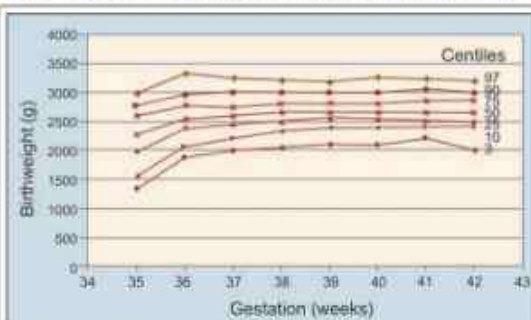


Figure 2.3.1: Phân trăm giữa cân nặng lúc sinh và tuần thai ở Rural Ấn Độ

Qua biểu đồ, cân nặng của thai nhi bị ảnh hưởng rất lớn bởi sự thiếu dinh dưỡng của phụ nữ ở rural, từ 5 tới 53g trong 36 tới 41 tuần thai kỳ.

Tình hình dinh dưỡng của trẻ em Ấn Độ (NFHS-3, 2005-2006)

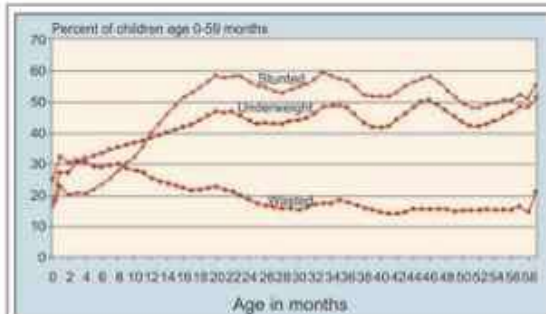


Figure 2.3.2: Tình hình dinh dưỡng của trẻ em Ấn Độ (NFHS-3, 2005-2006)

Qua biểu đồ, tỷ lệ trẻ em còi cọc hoặc thiếu cân gia tăng nhanh chóng với trẻ 20-23 tháng. Sự thiếu dinh dưỡng ở giai đoạn đầu đời ảnh hưởng tới tuổi dậy thì và thiếu niên.

Chiều cao liên quan tới sự phát triển sinh dục và tuổi của trẻ nam ở Affluent Ấn Độ

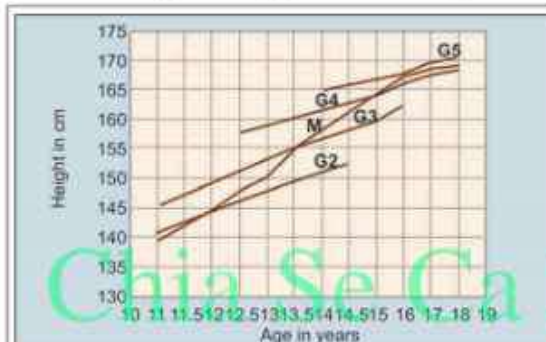


Figure 2.3.3: Chiều cao liên quan tới sự phát triển sinh dục và tuổi của trẻ nam ở Affluent Ấn Độ
Photo Courtesy: KN Agarwal et al. Physical growth assessment in adolescence. Indian Pediatrics. 2001;38:1217-35 (Reproduced with permission)

Quan sát qua bảng, trẻ nam 14 tuổi sinh ở giai đoạn 2,3,4 và 5 có chiều cao lần lượt 151cm, 157cm, 162cm và 165cm, chiều cao trung bình 157 cm. Dẫn tới trong tuổi dậy thì, nhân trắc học trẻ em có thể được đánh giá liên quan tới sự trưởng thành về giới tính.

2.4 ĐÁNH GIÁ SỰ PHÁT TRIỂN



Figures 2.4A to G: (A) 6 tuần—Head at level can change side; (B) 8 tuần—ngồi được đầu; (C) 12 tuần—ngồi được đầu và ngực; (D) 6 tháng—Ngồi với sự trợ giúp; (E) 9-10 tháng—đứng được khi hỗ trợ; (F) 44 tuần—biết bò; (G) 6-12 tuần—hướng theo ánh sáng Photo Courtesy: MKC Nair, Kerala

• **kỹ năng vận động cơ bản:** Sự phát triển của các cơ lớn và các chuyển động của cơ lớn như lăn, trườn, bò, và đi. Đó là những kỹ năng đầu tiên mà trẻ sơ sinh và trẻ 2 tuổi làm được.

• **kỹ năng vận động khéo léo:** Sự phát triển của các cơ nhỏ hơn ở tay và chân cho phép các động tác như gói, cắt, ấn và viết. Trẻ thường không phát triển kỹ năng vận động khéo léo cho tới 2 tuổi hoặc là trước tuổi đi học; một số chuyên gia cho rằng bé trai chậm hơn một chút so với các bé gái.

• **Sự phối hợp:** Sự phát triển của cảm giác thăng bằng cũng như khả năng thực hiện nhiều động tác 1 lúc như là xoay, bắt, nắm và ấn. Sự phát triển thăng bằng và phối hợp sẽ khác biệt ở mỗi đứa trẻ.

Sự phát triển được đánh giá bởi

- Tiền sử cân nặng lúc sinh, các sự kiện trước sinh tốt và sau sinh đạt được những mốc quan trọng.
- Tiếp tục quan sát, không có bất thường được khám thấy ở trẻ. Các mốc vận động cơ bản và khéo léo, khả năng nói, giao tiếp xã hội và chơi nên được đánh giá.

Trong trường hợp sự phát triển bị chậm, cha mẹ nên để ý tới. Sự can thiệp sớm (vd, nôi, liệu pháp ngôn ngữ, liệu pháp thể chất, các phương pháp giáo dục đặc biệt) có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của cả trẻ và gia đình.

Phần 3

Dinh Dưỡng

Section Editor
Meenakshi Mehta

Photo Courtesy

Adsul BB, RM Chaturvedi, Dheeraj Shah,
Meenakshi Mehta, Pallavi Shelke

Chia Se Ca Lam Sang

- 3.1 Gánh Nặng Dinh Dưỡng
- 3.2 Suy Dinh Dưỡng Protein-Năng Lượng (PEM) Và Sự Thiếu Hụt Dinh Dưỡng
- 3.3 Giáo Dục Về Dinh Dưỡng
- 3.4 Thực Phẩm Giàu Amylase (ARF): Điều Kiện

MỤC LỤC

3.1 GÁNH NẶNG DINH DƯỠNG 35

- Khủng hoảng dinh dưỡng thừa amid 35
- Nguyên nhân Suy dinh dưỡng—Spider's Web 35
- Suy dinh dưỡng—Nguyên nhân từ học thức kém 35
- Tải xác định sự nghèo đói 36
- Nghèo đói—Lỗi nguyên của Suy Dinh Dưỡng 36
- Tăng bằng trời của suy dinh dưỡng 36

3.2 SUY DINH DƯỠNG PROTEIN NĂNG LƯỢNG (PEM) VÀ THIẾU HỤT DINH DƯỠNG 37

- Bệnh da Kwashiorkor 37
- Kwashiorkor 37
- Marasmic Kwashiorkor 37
- Marasmus 38
- Thiếu hụt các chất vi lượng 38
- Chuối hạt sườn 39
- Những biến đổi trên Xquang của bệnh Scobal 39
- Thiếu Vitamin A 39
- Thiếu Vitamin A 40

3.3 GIÁO DỤC DINH DƯỠNG 40

- Dinh dưỡng cho trẻ: Sữa không an toàn với trẻ—
Nguyên nhân của PEM 40
- Chương trình giáo dục sức khỏe 40

- Trẻ Được Nuôi Dưỡng Kém 41
- Giáo dục dinh dưỡng: chế độ ăn cân bằng cho sự
phát triển tốt 41
- Giáo dục dinh dưỡng: Thức ăn giàu Vitamin A, bơ
sữa, Đậu cù, Cà 41
- Dự phòng Kwashiorkor 42

3.4 THỨC ĂN GIÀU AMYLASE (ARF): ĐIỀU KIỆN ĐIỀU 42

- ARF—Điều kiện điều từ bột ngũ cốc nảy mầm 42
- ARF—Các giải pháp khả dĩ 42
- ARF—Định nghĩa 43
- ARF—Nguồn gốc ngũ cốc nảy mầm 43
- ARF—Bước 1 43
- ARF—Bước 2 44
- ARF—Bước 3 44
- ARF—Bước 4 44
- ARF—Bước 5 45
- ARF—Bước 6 45
- ARF—Bước 7 45
- ARF—Bước 8 46
- ARF—Bước 9 46
- ARF—Giảm độ nhớt sau khi bổ sung ARF 46
- ARF—Điều kiện điều từ ARF 47

Chia Se Ca Lam Sang

3.1 GÁNH NẶNG DINH DƯỠNG

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 3.1.1A tới D: Khủng hoảng dinh dưỡng thừa amid Source: Hindustan Times 13th and 14th October, 2011	Những đứa trẻ nuôi dưỡng kém gặp ở khu ổ chuột ngoại ô Mumbai, Maharashtra. Điều này có thể là do giá cả của thực phẩm thiết yếu tăng, không có việc làm, dân số đông, nghèo đói, thiếu nước sạch, điều kiện vệ sinh kém.	Tham khảo Welfare Schemes của Chương trình dinh dưỡng quốc gia, ICDS, IMNI, RCH và MCH Services.

Nguyên Nhân Suy Dinh Dưỡng- Spider's Web

 Hình 3.1.2: Nguyên nhân suy dinh dưỡng — Spider's web Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Các nguyên nhân: thiếu ngân sách, mong muốn về uy tín, thức ăn đóng chai, tiêu chảy, dùng nuôi con bằng sữa mẹ, không cai được sữa và nghiện rượu, tất cả đều kết hợp cùng nhau gây nên PEM.	Tất cả các khía cạnh đều có cơ sở kinh tế xã hội và cần phải cùng nhau ngăn chặn và dự phòng suy dinh dưỡng.
--	---	---

Suy Dinh Dưỡng - Nguyên Nhân Của Kém Học Thức

 Hình 3.1.3: Suy dinh dưỡng—nguyên nhân của kém học thức Source: Hindustan Times, 25th November, 2011	Theo UNESCO's Global Monitoring Report 2008, suy dinh dưỡng gây giảm sự phát triển não bộ tác động lên khía cạnh giáo dục ở khoảng 46% số trẻ ở Nam Á bao gồm Ấn Độ. Theo nghiên cứu gần đây nhất của National Family Health Survey, Ấn Độ đã giảm tỉ lệ suy dinh dưỡng xuống 46% từ năm 1998, trong khi nền kinh tế tăng trưởng 9%.	Thanh toán suy dinh dưỡng là lựa chọn tối ưu cho sự phát triển não bộ và các thành tựu về giáo dục.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú ý	Xử trí
 Poverty redefined Hình 3.1.4: Poverty Tái xác định nghèo đói Source: Hindustan Times, 19th August 2008	Mức sống tối thiểu: là mức thu nhập cần thiết để mua những thứ cơ bản Sự thiếu thốn: Thiếu hoặc không có những thứ được xem là cần thiết Vì vậy, nghèo đói là nguyên nhân chính gây suy dinh dưỡng	Rất khó để thanh toán nghèo đói và thất nghiệp trừ khi các dự án của chính phủ trên diện rộng được thi hành.

Nghèo đói - Lỗi nguyên của suy dinh dưỡng

 One-third of world's poor lives in India: World Bank Poverty Here is Worse Than Even Sub-Saharan Africa Hình 3.1.5: Nghèo đói—lỗi nguyên của suy dinh dưỡng Source: Times of India, * August, 2008	Tỉ lệ nghèo đói trên toàn quốc ở mức cao nhất góp phần trực tiếp vào suy dinh dưỡng ở Ấn Độ.	Suy dinh dưỡng sẽ không thể được thanh toán trừ khi nguyên nhân gốc rễ, chẳng hạn là nghèo đói được loại bỏ.
--	---	---

Tảng băng trôi của suy dinh dưỡng

 The "Iceberg" of malnutrition has only 1/10th visible The dangerous 9/10th are hidden Hình 3.1.6: Tảng băng trôi của suy dinh dưỡng Source: Meenakshi Mehta, Mumbai	Phần nổi của tảng băng suy dinh dưỡng chỉ chiếm 1/10, hay nói cách khác là chỉ những trường hợp rất nặng được chăm sóc y tế, trong khi 9/10 của tảng băng là những trường hợp nhẹ và vữa ở cộng đồng, trừ khi được chăm sóc, và hầu như là sẽ ngày càng nặng và trở nên nguy hiểm.	Chẩn đoán sớm và điều trị suy dinh dưỡng nhẹ, dự phòng tiến triển tới thể nặng.
--	---	--

3.2 SUY DINH DƯỠNG PROTEIN-NĂNG LƯỢNG VÀ THIẾU DINH DƯỠNG

Hình Ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 3.2.1A và B: Bệnh ngoài da kwashiorkor Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bệnh ngoài da kwashiorkor rất đa dạng, chủ yếu biểu hiện ở chi dưới và phần bụng dưới, bao gồm các ban đỏ loang lổ, giảm/tăng sắc tố da, bong vảy, sau đó là mất sắc tố và viêm da phôi nhiễm, giống như “Flaky Paint Dermatitis”, “Mosaic dermatosis”. Trong các trường hợp nặng, xuất huyết và bầm máu có thể xuất hiện.	Không có điều trị đặc hiệu với bệnh này. Sẽ cải thiện khi điều trị bệnh kwashiorkor.

Kwashiorkor

 Hình 3.2.2: Kwashiorkor Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Suy dinh dưỡng protein năng lượng do thiếu protein là chủ yếu so với thiếu calorie. Thường gặp ở trẻ 9 tháng đến 1 tuổi, có đặc điểm là phù toàn thân, xanh xao, thờ ơ, dễ cáu gắt, có khi có những biến đổi trên da và lông do biếng ăn và tiêu chảy.	Ngay sau giai đoạn cai sữa cần có sự quản lý thức ăn một cách thích hợp về cả chất và lượng, điều trị tiêu chảy và các biến chứng nếu có, miễn dịch dự phòng.
---	---	--

Marasmic Kwashiorkor

 Hình 3.2.3: Marasmic kwashiorkor Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bệnh nhân có những biểu hiện kết hợp của marasmus và kwashiorkor, toàn bộ cơ thể gầy mòn, có phù chi dưới và hiếm gặp ở chi trên.	Quản lý chế độ ăn bao gồm cả protein và năng lượng trong suy dinh dưỡng typ I và typ II, và cả những nguyên tố vi lượng.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 3.2.4A và B: Marasmus Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Suy dinh dưỡng protein-năng lượng do thiếu hụt năng lượng chiếm ưu thế. Hay gặp ở trẻ từ 6 đến 9 tháng tuổi. Có đặc điểm là gầy gò, thiếu nuôi dưỡng một cách nghiêm trọng, mất lớp mỡ dưới da, không có phù, gan lách to, về ngoại bào động, trường hợp nặng có teo cơ, chậm phát triển.	Ở giai đoạn cai sữa, từ 6 tháng tuổi, cần nuôi dưỡng thức ăn đủ về chất và lượng, dự phòng suy dinh dưỡng vì lượng, tăng cường miễn dịch và tẩy giun.

 Hình 3.2.5: Marasmus Photo Courtesy: Dheeraj Shah, Delhi	Thể suy dinh dưỡng nặng gây teo cơ rõ rệt, mất lớp mỡ dưới da, nhìn như bộ khung xương. Đứa trẻ ở trạng thái bất động.	Điều trị theo bậc thang: • Điều trị biến chứng: hạ đường huyết, nhiễm trùng. • Bắt đầu bằng chế độ ăn F-75. • Chế độ ăn giàu năng lượng trong suốt giai đoạn hồi phục. • Chăm sóc liên tục.
--	---	---

Suy dinh dưỡng vi lượng

 Hình 3.2.6A và B: Suy dinh dưỡng vi lượng	• <i>Viêm nứt góc miệng:</i> Trong khi kiểm tra sức khỏe cho sinh viên một trường học bộ tộc ở Shahpur, quận Thane. Do thiếu hụt các chất vi lượng hay gặp ở trẻ em thuộc bộ tộc. Trong bức ảnh này, một đứa trẻ trai mắc viêm nứt góc miệng do thiếu riboflavin. • <i>Xanh xao và huyết nứt kẽ:</i> Một đứa trẻ khác thiếu sắt và vitamin B₂, B₃.	• Đứa trẻ cần được bổ sung: riboflavin và multivitamin. Cần phải đào tạo sức khỏe về dinh dưỡng. • Đứa trẻ được điều trị bằng sắt và multivitamin. Giáo dục sức khỏe về dinh dưỡng đã mang lại những lợi ích trong thời gian dài.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 3.2.7: Chuối hạt sườn Photo Courtesy: Dhcrarj Shah, Delhi	Sự nhô lên của các khớp sườn sườn gây ra bởi sự tích tụ của các matrix không được khoáng hóa do thiếu Vitamin D (Bệnh còi xương). Chuối hạt sườn có hình dạng tròn hơn khi so với chuối trắng hạt trong bệnh scorbut khi mà góc sắc hơn và có thể gây đau.	Điều trị còi xương thiếu vitamin D: uống hoặc tiêm bắp 600,000 U vitamin D. Cần phải đảm bảo dùng vitamin D,calcium và phơi nắng một cách thích hợp.

Những Thay Đổi Trên Xương của Bệnh Scurvy

 Hình 3.2.8: Những thay đổi trên Xương của bệnh	Những thay đổi này chủ yếu gặp ở quanh khớp gối. Phân hành xương của xương dài có đường viền Frankel trắng dày (WL). Vùng chân không hay còn gọi là vùng Trummerfeld (TZ) gặp ở vùng cận hành xương. Sự mở rộng WL trên TZ làm xuất hiện vết có tên là Pelkan spur (PS).	Uống vitamin C 100 đến 300 mg/ngày trong vòng 12 tuần
---	---	--

Thiếu Vitamin A

 Hình 3.2.9: Thiếu Vitamin A Photo Courtesy: Rural health training center, Vaitarna, Department of Community Medicine, LTMM College and General Hospital, Sion, Mumbai	Ở bức hình này, một học sinh ở trường bộ lạc mắc chứng phrynoderma hay còn gọi là da cóc là biểu hiện của thiếu vitamin A.	Uống Vitamin A 2,00,000 IU được dùng từ 1 đến 14 ngày bên cạnh chế độ ăn giàu Vitamin A như drumstick, quả đu đủ và xoài chín.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú ý	Xử trí
Thiếu Vitamin A		
 	1) Trong bức ảnh đầu tiên, một học sinh có vết Bitot ở mắt là dấu hiệu của thiếu vitamin A. 2) Ở bức hình thứ hai, một trường hợp bị khô mắt. Bệnh nhân được điều trị ở Urban Health Center, Dharavi. Phòng bệnh bằng cách bổ sung vitamin A được dùng mỗi 6 tháng cho trẻ dưới 5 tuổi theo chương trình miễn dịch toàn cầu ngăn chặn bệnh suy dinh dưỡng Bắt đầu từ lúc 9 tháng tuổi khi mắc sởi với liều đầu : 1,00,000 IU Lúc 15 tháng : 2,00,000 IU Mỗi 6 tháng tiếp theo cho tới khi 5 tuổi : 2,00,000 IU	Theo chương trình quốc gia dự phòng mù lòa bằng bổ sung vitamin A cho tới lúc 5 tuổi để dự phòng thiếu vitamin A. Đối với điều trị, vitamin A được dùng bằng đường uống và bệnh nhân nên được đi khám chuyên khoa mắt. Liều trong ngày đầu tiên < 6 tháng 50,000 IU 6–12 tháng 1,00,000 IU > 12 tháng 2,00,000 IU Ngày tiếp theo và ít nhất 2 tuần sau đó: cùng liều điều trị so với lứa tuổi

Hình 3.2.10A và B: Thiếu vitamin A Deficiency
Photo Courtesy: Rural Health Training Center, Vaitarna, Department of Community Medicine, LTMM College and General Hospital, Sion, Mumbai (for both photos)

3.3 GIÁO DỤC DINH DƯỠNG

Dinh Dưỡng Cho Trẻ: Sữa Không An Toàn Cho Trẻ Nhỏ—Nguyên Nhân Của Suy Dinh Dưỡng Protein Năng Lượng (PEM)

 Infants who feed unsafe milk may die	Cho ăn bằng chai ở những gia đình không có giáo dục, trong bối cảnh kinh tế xã hội nghèo khổ, môi trường không vệ sinh, nước sạch thiếu dẫn đến mắc bệnh tái đi tái lại, suy dinh dưỡng và tử vong	Tránh cho ăn bằng chai, thay vào đó dùng sữa tươi của động vật bằng cốc, thìa khi cho ăn thức ăn bổ sung
--	---	---

Hình 3.3.1: Dinh dưỡng cho trẻ: sữa nuôi dưỡng không an toàn
Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai

Chương Trình Giáo Dục Sức Khỏe

 	Hội nghị giáo dục sức khỏe được tiến hành trong thời kì cho con bú.	Bộ môn y tế công cộng tiến hành các hoạt động giáo dục sức khỏe tại cộng đồng để phổ biến nhận thức về suy dinh dưỡng. Đây là một phương pháp hiệu quả do có sự tham gia từ cộng đồng.
--	--	---

Hình 3.3.2A và B: Chương trình giáo dục sức khỏe
Photo Courtesy: Urban health center, Vaitarna, Department of Community Medicine, LTMM College and General Hospital, Sion, Mumbai (for both photos)

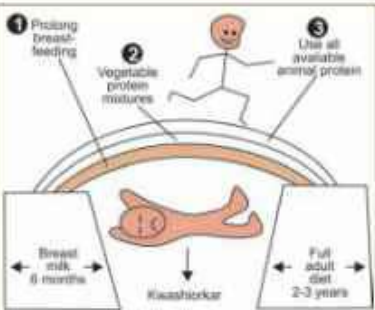
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Trẻ Nuôi Dưỡng Kém  Hình 3.3.3A và B: Trẻ nuôi dưỡng kém Photo Courtesy: Urban health center, Dharavi, Department of Community Medicine, LTMM College and General Hospital, Sion, Mumbai (for both photos)	Suy dinh dưỡng hay gặp ở trẻ từ 5-6 tháng tuổi. Đứa trẻ trong ảnh đã đến Urban Health Center, Dharavi để điều trị.	Trẻ được đưa đến Trung tâm phục hồi chức năng dinh dưỡng (NRC) thuộc Urban Health Center (UHC), Dharavi. Giáo dục sức khỏe về cai sữa mẹ đã được diễn ra. Nhấn mạnh vai trò của thức ăn bản lòng giàu năng lượng—NRC, UHC, Dharavi. Theo chương trình ICDS, các phép đo nhân trắc đã được tiến hành theo từng tháng bởi công cụ Anganwadi để xác định các trường hợp suy dinh dưỡng.

Giáo Dục Dinh Dưỡng: Chế Độ Ăn Cân Bằng cho Sự Phát Triển Tốt

 Hình 3.3.4: Chế độ ăn cân bằng cho sự phát triển tốt Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bức hình cho thấy đứa trẻ đã phát triển tốt như thế nào bằng chế độ ăn cân bằng hợp lý trong tất cả các nhóm thức ăn	Việc giáo dục về dinh dưỡng cần nhấn mạnh rằng có sự liên kết giữa thức ăn tốt và hợp lý cho sự tăng trưởng chiều cao và sức mạnh
---	---	--

Giáo Dục Dinh Dưỡng: Thức Ăn Giàu Vitamin A, Bơ Sữa, Rau Quả và Cá

 Hình 3.3.5A tới D: Thức ăn giàu vitamin A, bơ sữa, rau củ quả và cá Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Thực phẩm giàu vitamin A: Bơ sữa, trứng, thực vật có lá xanh đậm, đu đủ, cà rốt, cá và các loại thực vật khác.	Chế độ ăn thích hợp từ những loại thức ăn này tùy vào tình hình kinh tế xã hội của gia đình.
---	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 3.3.5: Ba bước sử dụng protein dự phòng suy dinh dưỡng Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Mumbai	Ba bước sử dụng protein theo thứ tự ưu tiên: (1) Kéo dài thời gian bú sữa mẹ, (2) Ăn tất cả các loại protein thực vật sẵn có, (3) Ăn tất cả các loại protein động vật khi có thể, giúp đưa trẻ dự phòng kwashiorkor.	Sử dụng hợp lý sữa mẹ (protein), protein thực vật và động vật bắt đầu từ 6 tháng tuổi- sau giai đoạn cai sữa đến lúc 2-3 tuổi khi mà đứa trẻ đã ăn đầy đủ chế độ ăn của người lớn để dự phòng kwashiorkor.

3.4 THỰC PHẨM GIÀU AMYLASE (ARF): ĐIỀU KÌ ĐIỀU

ARF—Điều Kì Điều Đến Từ Bột Ngũ Cốc Nảy Mầm

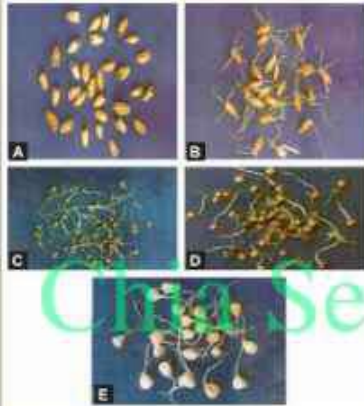
 Hình 3.4.1: Điều kì diệu đến từ bột ngũ cốc nảy mầm Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Vấn đề đặt ra: Phần lớn trẻ nhỏ (sau 6 tháng tuổi) bị suy dinh dưỡng vì cai sữa với các loại ngũ cốc to, nhớt nấu thành cháo ít dinh dưỡng ở các cộng đồng khác nhau. Trẻ nhỏ không có khả năng tiêu hóa một lượng cháo nhất định với mỗi lần cho ăn và do đó bị mất năng lượng.	Cháo nấu từ ARF sẽ làm giảm độ nhớt, giảm độ to, do đó trẻ có thể hấp thu tốt hơn và có nhiều năng lượng hơn.
--	---	--

ARF—Các Giải Pháp Khả Dĩ

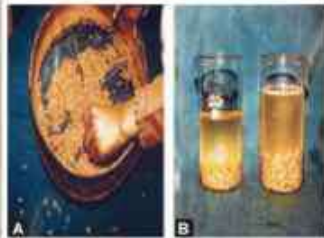
 Hình 3.4.2: ARF—Các giải pháp khả dĩ Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Các giải pháp: Để bổ sung năng lượng, các giải pháp thay thế là 1. Thêm dầu ăn 2. Lên men 3. Bổ sung thêm thành phần 4. Bột ngũ cốc nảy mầm và thêm các sản phẩm/bột vào cháo	Trong số các giải pháp đã nêu, 3 phương pháp đầu tiên hay được sử dụng. Bột ngũ cốc nảy mầm sản sinh amylase, một phương pháp ít được biết đến, rất đơn giản và giá rẻ được nhắc đến ở đây.
--	---	--

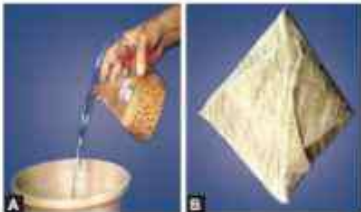
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 3.4.3: ARF—Khái niệm Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Alpha-amylase là enzym hòa lỏng phá vỡ chuỗi dài của ngũ cốc thành các đoạn dextrin ngắn. Vì vậy, điều này làm giảm độ nhớt và độ cứng của cháo ngũ cốc. Do đó, bột ngũ cốc này mầm rất giàu alpha-amylase sẽ có khả năng nấu thành cháo ngũ cốc loãng với một lượng lớn chất xúc tác.	Vì vậy, loại cháo loãng này được dùng nhiều hơn ở trẻ nhỏ và gián tiếp làm tăng năng lượng qua mỗi lần cho ăn.

ARF—Nguồn Gốc Dẫn Từ Bột Ngũ Cốc Nảy Mầm

 Hình 3.4.4A tới E: (A) Lúa mì 6-8 giờ; (B) Lúa mì 48 giờ; (C) Hạt kê nhỏ 72 giờ; (D) Lúa mì 72 giờ; (E) Ngô 96 giờ. Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Bức hình cho thấy thời gian nảy mầm của từng loại ngũ cốc khác nhau, lúa mì, hạt kê nhỏ, lúa mì và ngô, trong đó lúa mì ít thời gian nhất. Lúa mì "Lokwan" tạo môi trường thuận lợi nhất cho hoạt tính của amylase tại thời điểm 48 giờ.	Sử dụng lúa mì nảy mầm sau 48 giờ là bước chuẩn bị tiếp theo.
--	---	--

ARF—Bước 1

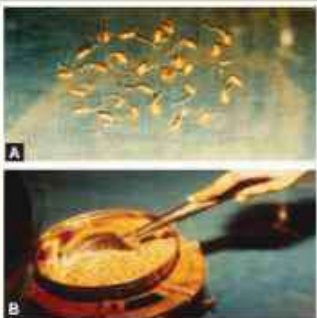
 Hình 3.4.5A và B: ARF—Bước 1 Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	1. Chọn lọc lúa mì, lọc các mảnh vụn và rửa sạch. 2. Thêm nước vừa đủ (gấp 3 lần thể tích lượng hạt), khuấy lại, để trong vòng 6 đến 12 giờ.	Sau bước ngâm lúa mì, đi tới bước tiếp theo.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
ARF—Bước 2		
 Hình 3.4.6A và B: ARF—Bước 2 Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	• Đổ phần nước thừa • Bọc trong một tấm vải ướt sạch.	Đây là những bước trong quá trình chuẩn bị thực phẩm giàu amylase (ARF). Sau quá trình này mầm, đi tới bước tiếp theo để có lúa mì nảy mầm toàn bộ.

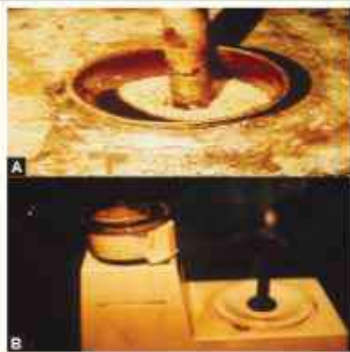
ARF—Bước 3		
 Hình 3.4.7A và B: ARF—Bước 3 Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	• Giữ chung ở chỗ tối và mát • Nhỏ nước mỗi 6 đến 8 giờ giữ cho vải luôn ẩm.	Sau quá trình này mầm, đi tới bước tiếp theo để có lúa mì nảy mầm toàn bộ.

Chia Sẻ Ca Lam Sang

ARF—Bước 4		
 Bước 3.4.8A và B: ARF—Bước 4 Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Chúng ta lựa chọn lúa mì "Lokwan" trong số rất nhiều loại lúa mì, nó sản sinh ra lượng thực phẩm giàu amylase tối đa. 1. Ngâm lúa mì sau 6 đến 8 giờ 2. Lúa mì nảy mầm sau 48 giờ,	Hình ảnh cho thấy lúa mì đã nảy mầm như thế nào để hoạt tính của amylase đạt mức tối đa.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
ARF—Bước 4  Hình 3.4.9A và B: ARF—Bước 5 Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	1. Sau những bước trên, mở ngũ cốc này mầm từ trong túi và phơi khô dưới nắng hoặc trong không khí từ 1 đến 2 giờ và thỉnh thoảng đảo chúng lên. 2. Lăn phơi cuối cùng: dưới ánh nắng nắng 6 tiếng hoặc dưới ngọn lửa trong một dụng cụ (kaddai) có đáy dày để làm khô hoàn toàn.	Cần làm khô lúa mì này mầm vì bất kì độ ẩm nào còn tồn tại sẽ có thể làm hỏng hoạt tính của amylase.

ARF—Bước 6  Hình 3.4.10: ARF—Bước 6 Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	1. Lăn phơi cuối cùng: dưới ngọn lửa nhỏ đặt trong một loại chảo tên là "mud tawa". 2. Loại bỏ bằng tay tất cả rễ và vỏ chồi qua sàng.	Vì chồi có chứa cyanide nên cần loại bỏ chúng.
--	---	---

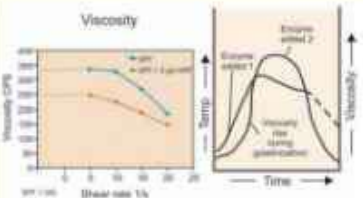
ARF—Bước 7  Hình 3.4.11A và B: ARF—Bước 7 Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	1. Xay bằng tay hoặc 2. Xay bằng cối xay điện.	Để có được hoạt tính của amylase, lúa mì này mầm phơi khô rất giàu amylase phải được tạo thành bột để loại bột này có thể sử dụng một cách tiện lợi khi nấu cháo.
--	---	--

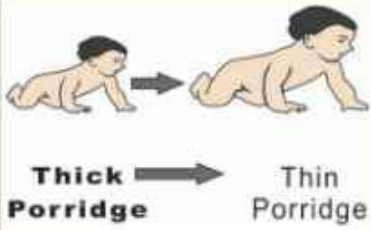
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
ARF—Bước 8		
 Hình 3.4.12: ARF—Bước 8 Photo Courtesy: Mernakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Đổ đầy bột ARF vào túi polythelene và đặt túi này vào trong một chai có miệng rộng và đóng kín. Bột ARF cần phải được chống ẩm. Loại bột này bảo đảm cho hoạt tính từ 4 đến 6 tuần tại nhiệt độ phòng.	Bột ARF cần được bảo quản chống ẩm để ngăn chặn sự thoái biến hoạt tính của amylase

ARF—Bước 9

 Hình 3.4.13: ARF—Bước 9 Photo Courtesy: Mernakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	1. Nướng khô các thành phần bằng dầu để có được màu và mùi thơm mong muốn 2. Thêm nước và đường thô 3. Đưa cháo ra khỏi lửa, bỏ vào đó ARF. Khuấy đều trong 10 phút. Đem phần lõi đun sôi, tiếp tục khuấy. Lầm nguội. ARF cũng có thể thêm vào khi cháo đun sôi đã được làm mát	Để dùng ARF, thêm 1 đến 2 gam bột ARF vào 100-200 gam cháo ngũ cốc đồ dầu để làm giảm độ nhớt làm cho trẻ có thể hấp thu tốt hơn và vì vậy có thêm protein và năng lượng. Bột ARF nên được thêm vào khi mà cháo hầu như đã được nấu chín.
---	---	---

ARF—Giảm Độ Nhớt Sau Khi Bổ Sung ARF

 Hình 3.4.14: Giảm độ nhớt sau khi thêm ARF Photo Courtesy: Mernakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Cả hai đồ thị đều cho thấy độ nhớt đã giảm sau khi thêm ARF.	Giảm độ nhớt sẽ làm giảm độ cứng và làm cháo dễ hấp thu hơn.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
ARF—Điều Ki Điều Từ ARF  Thick Porridge → Thin Porridge Hình 3.4.15: Điều ki điều từ ARF Photo Courtesy: Meenakshi Mehta, Romeen Lavani, Mumbai	Chia sẻ điều ki điều từ ARF giúp làm tăng cân nặng và cải thiện sức khỏe khi cho trẻ ăn cháo có ARF	Bên cạnh đó, chi phí của loại bột ARF này dưới 30 đến 40 Rupee trong cả tháng. Vì vậy, cháo có ARF sẽ giúp làm tăng năng lượng cho trẻ.

Chia Sẻ Ca Lam Sang

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 4

Bệnh Truyền Nhiễm

Section Editors

Jaydeep Choudhury, Nupur Ganguly

Photo Courtesy

Arun Shah, Atul Kulkarni, Dipankar Das, Jaydeep Choudhury,
Nupur Ganguly, Prabhas Prasun Giri, Priyanka Pal,
Ritabrata Kundu, Sandipan Dhar, Swapan Kumar Ray

- 4.1 Các bệnh lý thường gặp
- 4.2 Các bệnh lý ít gặp nhưng không phải hiếm
- 4.3 Các bệnh lý cấp cứu nhiễm
- 4.4 Các hội chứng

Mục Lục

4.1 CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP 51

4.1.1 Nhiễm khuẩn 51

- Hồng ban nút 51
- Sốt tính hồng nhiệt 52
- Lao da 52
- Viêm khớp nhiễm trùng 53

4.1.2 Nhiễm siêu vi 53

- Thủy đậu 53
- Cytomegalovirus 54
- Dengue 54
- Enterovirus 54
 - Herpes Simplex Virus 55
- HIV 55
- Sởi 56
- Quai bị 56
- Dại 57
- Rubella 57

4.1.3 Ký sinh trùng 58

- Sốt rét 58
- Chấy 59
- Ghé 59

4.2 CÁC BỆNH LÝ ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM 59

- Nhiễm Brucella 59
- Nhiễm xoắn khuẩn Leptospira 60
- Nhiễm Rickettsia 60

4.3 CẤP CỨU NHIỄM 61

- Bệnh Kawasaki 61
- Ban xuất huyết bạo phát 61
- Hội chứng bong vảy da do tụ cầu 62

4.4 CÁC HỘI CHỨNG 62

- Loạn dưỡng mô trong HIV 62
- Post-Kala-Azar Dermal Leishmaniasis (PKDL) 63
- Viêm màng não mô tai phát 63
- Hội chứng Steven - Johnson (SJS) 63

Chia Se Ca Lam Sang

4.1 CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP

4.1.1 Bệnh nhiễm do vi khuẩn

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 4.1.1.1: Hồng ban nút Photo Courtesy: Prabhas Prasun Giri, Kolkata	Hồng ban nút là một tổn thương nổi hồng ban dạng sẩn cấp tính thường khu trú ở mặt dưới của chi dưới. Hồng ban nút mạn tính hoặc tái đi tái lại thì hiếm nhưng có thể gặp. Hồng ban nút được cho là do phản ứng quá mẫn mà có thể gặp trong nhiều bệnh lý hệ thống, thuốc, hoặc cũng có thể là vô căn. Phản ứng viêm xảy ra ở lớp mô dưới da. Tổn thương bắt đầu với một nốt màu đỏ, cứng chắc (Fig. 4.1.1.1). Bờ tổn thương không rõ, và đường kính tổn thương thay đổi trong khoảng 2 - 6cm. Trong tuần đầu tiên, tổn thương có tính chất cứng, chắc, và đau; trong tuần thứ hai, các tổn thương có thể thay đổi, như trong áp-xe, nhưng không có mủ hoặc loét. Các tổn thương đơn độc kéo dài khoảng 2 tuần, nhưng đôi khi, các tổn thương mới có thể kéo dài từ 3 đến tuần. Đau như chân và sưng mắt cá chân có thể kéo dài đến vài tuần. Nhiễm trùng do <i>Streptococcus</i> và lao nguyên phát là một trong những nguyên nhân thường gặp của hồng ban nút.	Ở hầu hết bệnh nhân, hồng ban nút là một bệnh lý tự giới hạn và chỉ cần điều trị giảm bớt triệu chứng bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), băng ướt, nghỉ ngơi, và cần phát hiện và điều trị nguyên nhân nền.

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Sốt tính hồng nhiệt  Hình 4.1.1.2A và B: (A) Sốt tính hồng nhiệt với lưỡi hình trái dâu và tróc da; (B) Lưỡi hình trái dâu nhìn gần Photo Courtesy: Nupur Ganguly, Prabhus Prasad Giri, Kolkata	Đặc điểm của bệnh: • Đau họng • Sốt • Lưỡi đỏ hồng có dạng như "trái dâu tây" • Phát ban Ban sẩn mịn, đỏ, hơi gồ ghề, mất khi ấn. Chúng xuất hiện trong khoảng 12 đến 48 giờ sau khi sốt và thường xuất hiện ở ngực, nách, và sau tai nhưng thường gặp ở vùng mặt (dù vậy nhưng đặc trưng là có vùng da bình thường quanh miệng). Ban nặng hơn ở các nếp gấp da. Đường Pastia (những rãnh đỏ tại nơi nối ban ở các nếp gấp như nách, bẹn) xuất hiện và có thể tồn tại kéo dài ngay cả khi đã hết ban. Ban bắt đầu nhạt dần từ 3 đến 4 ngày sau khi khởi phát và bắt đầu tróc vảy. Pha này bắt đầu với tình trạng bóc vảy ra. Tróc da ở lòng bàn tay và xung quanh các ngón tay xảy ra trong khoảng 1 tuần sau. Tróc da cũng có thể xảy ra ở nách, bẹn, đầu ngón tay và ngón chân	• Penicillin là lựa chọn điều trị đầu tiên. Bởi vì Cầu khuẩn tan huyết nhóm A vẫn còn nhạy với penicillin. Mặc dù Penicillin V là thuốc được lựa chọn, ampicillin hay amoxycillin cũng có tác dụng tương tự và, do có vị dễ chịu, hai thuốc này phù hợp với trẻ em hơn. Hơn nữa, thuốc tiêm penicillin không được thương mại hoá ở Mỹ, vì thế amoxycillin thường được sử dụng. • Thời gian chuẩn của điều trị kháng sinh là 10 ngày. Để cải thiện tuân thủ điều trị của bệnh nhân, bác sĩ cần phải giải thích tầm quan trọng của việc hoàn thành liệu trình điều trị (10 ngày) để tấn diệt hoàn toàn vi khuẩn, ngay cả khi tình trạng lâm sàng được cải thiện, thường vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 của bệnh. Kháng sinh nhóm Macrolide được sử dụng ở những bệnh nhân dị ứng với các kháng sinh nhóm beta-Lactam.
Lao da  Hình 4.1.1.3: Lao da ở hạc cổ trái Photo Courtesy: Sandipan Dhar, Kolkata	Lao da là một thể thường gặp của vi khuẩn lao ở da gặp ở trẻ em và người vị thành niên trong đó có sự phá vỡ lớp da bao phủ ở phía trên hạch, xương hoặc khớp cổ lao. Ban đầu, tổn thương có tính chắc và không đau, các nốt dưới da to dần và bắt đầu mưng mủ. Những tổn thương này dẫn đến loét và tạo thành đường rò và sau đó tạo sẹo nhân. Chẩn đoán thường được thực hiện bởi sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ hoặc sinh thiết toàn phần khối u và nhuộm tìm vi khuẩn kháng acid. PCR có độ nhạy thấp nhưng độ đặc hiệu cao.	Khuyến cáo điều trị thuốc kháng lao với phác đồ 6 tháng, bao gồm 2 tháng với giai đoạn tấn công và 4 tháng với giai đoạn duy trì.

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
	Tác nhân thường gặp nhất là <i>Staphylococcus aureus</i>. Trong viêm khớp nhiễm trùng, các loại vi khuẩn khác nhau chiếm ưu thế ở các độ tuổi khác nhau. <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Streptococcus agalactiae</i> và <i>Escherichia coli</i> là các tác nhân thường gây nhiễm trùng huyết ở trẻ sơ sinh. <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i> và <i>Haemophilus influenzae</i> thường gặp ở trẻ em dưới 4 tuổi.	Điều trị viêm khớp nhiễm khuẩn hầu hết không cần phẫu thuật. Điều trị ngoại khoa được chỉ định khi cần dẫn lưu mủ. Điều trị chủ yếu là giảm đau và giữ khô ráo, cố định khớp, kháng sinh liệu pháp và phẫu thuật giải áp. Thuốc tê và dịch truyền được sử dụng để giảm đau và giữ khô, chỉ được cố định để giảm đau và để ngăn cứng khớp, đồng thời điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Thuốc có thể thay đổi khi có kết quả vi sinh và kháng sinh đồ. Khoảng thời gian và đường dùng của kháng sinh liệu pháp thông thường từ 1 đến 2 tuần với kháng sinh đường tiêm và sau đó là 3 đến 6 tuần với kháng sinh đường uống. Một số tài liệu đề nghị liệu trình điều trị ngắn hơn với tác dụng tương tự. Tuy nhiên, thông dụng nhất, liệu trình tiêm-uống là tiêu chuẩn được chấp thuận. Kháng sinh đường tiêm nên được tiếp tục cho đến khi có cải thiện trên lâm sàng và nồng độ CRP trở về bình thường. Kháng sinh đường uống sau đó sẽ được bắt đầu và liên tục cho đến khi ESR bình thường.
Hình 4.1.1.4A và B: (A) Viêm đa khớp nhiễm trùng; (B) X-quang cho thấy có sự ăn mòn xương ở đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày Photo Courtesy: Priyanka Pal Prabhu Prasad Giri, Kolkata		
4.1.2 Bệnh nhiễm do siêu vi Thủy đậu	Triệu chứng báo trước bao gồm sốt, mệt mỏi, chán ăn và đau đầu. Ban điển hình thường bắt đầu với một sẩn nhỏ, màu đỏ và phát triển thành một bóng nước chứa dịch trong trên nền đỏ. Các bóng nước đục dần, khô đi và đóng vảy và biến mất sau 5 đến 15 ngày. Các giai đoạn khác nhau của ban có thể thấy tại cùng thời điểm. Ban thường ở thân, sau lưng và vai và ngực. Hiếm hơn, ban có thể có xuất huyết. Các triệu chứng thường cải thiện trong khoảng 7 ngày.	• Điều trị bao gồm điều trị triệu chứng và điều trị hỗ trợ. Paracetamol được dùng khi sốt. Không nên dùng Aspirin bởi vì làm tăng nguy cơ tiến triển hội chứng Reye. Thuốc kháng histamin có thể làm giảm ngứa. • Acyclovir thì an toàn, hiệu quả, nhưng không được khuyến cáo dùng thường quy trong trường hợp không có biến chứng. Acyclovir được chỉ định ở những trẻ em suy giảm miễn dịch. Varicella zoster immunoglobulin (VZIG) gây miễn dịch thụ động và được chỉ định cho dự phòng sau phơi nhiễm.
	Hình 4.1.2.1A và B: (A) Ban đặc trưng của thủy đậu; (B) Thủy đậu bẩm sinh Photo Courtesy: Jaydeep Choudhury Sandipan Dhar, Kolkata	

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Cytomegalovirus		
 Hình 4.1.2.2: Viêm hắc võng mạc do cytomegalovirus (CMV). Photo Courtesy: Prabhas Prasun Giri, Kolkata	Nhiễm Cytomegalovirus (CMV) thường nặng trong suy giảm miễn dịch. Biểu hiện bao gồm viêm phổi, viêm gan, viêm hắc - võng mạc kèm sốt và giảm bạch cầu hạt. Bệnh có thể gây tử vong. Viêm võng mạc là biểu hiện nặng.	Gancyclovir kết hợp với immunoglobulin, có thể dùng immunoglobulin tiêm tĩnh mạch (IVIG) hoặc hyperimmune CMV-IVIG.
Siêu vi Dengue		
 Hình 4.1.2.3A và B: Sốt xuất huyết Dengue Photo Courtesy: Arun Shah, Muzaffarpur	Sốt xuất huyết Dengue Độ I – Sốt, triệu chứng không đặc hiệu và nghiệm pháp dây thắt dương tính Độ II – Độ I + xuất huyết tự phát Độ III – Suy tuần hoàn, mạch nhanh yếu, tụt huyết áp và huyết áp kẹt. Hội chứng sốc sốt xuất huyết Dengue Độ IV – Sốc nặng và không đo được huyết áp.	Bồi hoàn đủ dịch là cốt lõi trong điều trị sốt xuất huyết áp. Bù đủ dịch nên được thực hiện để duy trì khối lượng tuần hoàn hiệu quả do rò rỉ huyết tương. Dịch tinh thể đẳng trương là một trong những dịch tuyến được lựa chọn nhưng trong sốc tụt huyết áp (sốc mất bù) thì dịch keo được chỉ định sử dụng. Truyền máu chỉ được chỉ định trong trường hợp xuất huyết nặng.
Enterovirus		
 Hình 4.1.2.4A đến C: Sẩn hồng ban trong tay-chân-miệng Photo Courtesy: Sandipan Dhar, Kolkata	Bệnh Tay - Chân - Miệng là một hội chứng phát ban đặc biệt gây ra bởi enteroviruses. Bệnh thường do coxsackievirus. Các bóng nước rải rác thường thấy ở lưỡi, niêm mạc miệng, thành họng sau, vòm miệng, nướu răng và môi với nền hồng ban xung quanh. Tổn thương dạng sẩn, bóng nước và mụn mủ cũng có thể xảy ra ở tay, nhón tay, ngón chân, vùng mông và bẹn. Các bóng nước tự thoái lui trong vòng 1 tuần.	Chỉ cần điều trị triệu chứng

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
	Tổn thương kết cụm các bóng nước có thành mỏng trên nền hồng ban. Các bóng nước này vỡ, đóng vảy và tự lành trong vòng 7 đến 10 ngày và không để lại sẹo. Tổn thương có thể bị nhiễm trùng thứ phát. Tổn thương có xu hướng tái phát tại cùng vị trí, đặc biệt là ở vị trí chuyển tiếp từ biểu bì thành niêm mạc. Nó là nguyên nhân thường gây viêm răng miệng ở trẻ em, xuất hiện đột ngột với triệu chứng đau và tăng tiết nước bọt.	Acyclovir đường uống là phương pháp điều trị chủ yếu.

Hình 4.1.2.5: Tổn thương Herpes ở miệng
Photo Courtesy: Priyankar Pal, Kolkata

HIV

	Quá trình tiến triển của HIV rất đa dạng. Đa số điều biểu hiện suy giảm miễn dịch. HIV/AIDS có thể tác động lên tất cả hệ thống cơ quan của cơ thể do đó đặc trưng bệnh có thể thay đổi. Phân giai đoạn HIV/AIDS trên lâm sàng theo WHO như sau: Giai đoạn 1 – Không triệu chứng Giai đoạn 2 – Nhẹ Giai đoạn 3 – Tiến triển Giai đoạn 4 – Nặng Các nhiễm trùng cơ hội thường gặp là <i>Pneumocystis carinii</i> (PCP) hay <i>jiroveci</i>, nấm candida miệng và lao.	Các thuốc kháng retrovirus khác nhau tác động trên các giai đoạn khác nhau trong quá trình nhân bản của virus HVI. Điều trị ART phù hợp là sử dụng kết hợp 3 thuốc ức chế men sao chép ngược có nucleoside (NRTI), ức chế men sao chép ngược không nucleoside (NNRTI) và ức chế men protease đã thay đổi chất lượng sống ở những trẻ bị nhiễm HIV. Điều trị nhiễm trùng cơ hội là một phần trong quá trình điều trị. Dinh dưỡng và tiêm chủng đầy đủ cũng rất cần thiết.
--	--	---

Hình 4.1.2.6A đến D: (A) Mụn cóc trong nhiễm HIV; (B) Nấm Candida miệng; (C) Zona da nằng; (D) X-quang ngực trong nhiễm *Pneumocystis carinii* (PCP) hay *jiroveci*.
Photo Courtesy: Sandipan Dhar Jaydeep Choudhary, Kolkata

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 4.1.2.7: Ban sởi <i>Photo Courtesy: Jaydeep Choudhury, Kolkata</i>	Triệu chứng báo trước bao gồm sốt, mệt mỏi, sổ mũi, ho và nghẹt mũi từ 2 đến 4 ngày. Nhiệt độ tăng nhanh khi xuất hiện ban da từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 6 của bệnh. Ban xuất hiện với sẩn hồng ban mịn ở hai bên cổ và thường ở sau tai và nhanh chóng lan ra mặt, thân đến tay và chân sau hơn 3 đến 4 ngày. Khi mà ban xuất hiện ở chân thì trên vùng mặt ban bắt đầu mờ đi. Nhiệt độ cũng trở về bình thường. Khi ban mất đi, nó để lại vết thâm và tróc vảy tại vị trí nốt ban.	Điều trị chủ yếu là điều trị hỗ trợ. Trẻ có thể được cho dùng thuốc hạ sốt, truyền dịch và thuốc kháng histamine trong giai đoạn cấp. Không dùng thuốc kháng virus. Trẻ có thể được cách ly trong giai đoạn lây nhiễm. Người ta thấy rằng có sự liên quan tỉ lệ nghịch giữa nồng độ retinol huyết tương và độ nặng của sởi. Uống Vitamin A đơn liều 100,000 đơn vị cho trẻ 6 đến 12 tháng tuổi và 200,000 đơn vị cho trẻ trên 1 tuổi làm giảm tỉ lệ tử vong.

Chia Sẻ Ca Lam Sang

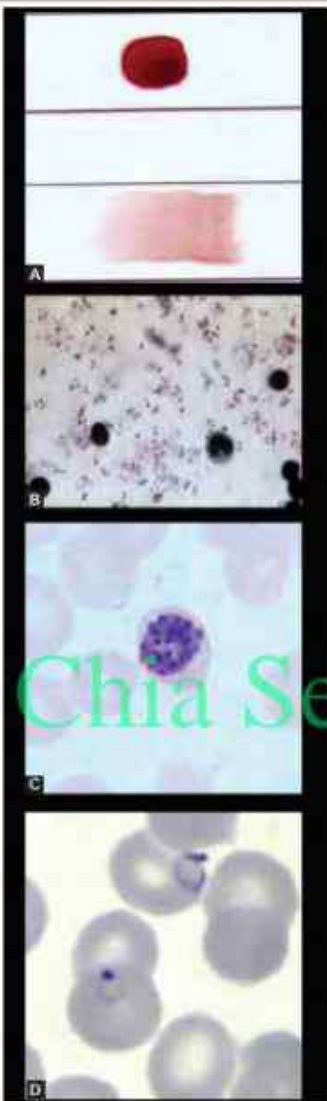
Quai bị

 Hình 4.1.2.8: Phô đại tuyến mang tai trong Quai bị <i>Photo Courtesy: Jaydeep Choudhury, Kolkata</i>	Viêm một hay cả hai tuyến mang tai là đặc điểm thường gặp. Đau tai, cứng hàm khi nhai, và khô miệng tiến triển nâng dần trong các ngày tiếp theo. Khối sưng nằm ngay tại góc hàm, và làm mất góc hàm, thường tiến triển đến dưới tai. Sốt giảm và tuyến mang tai bớt sưng trong khoảng 1 tuần.	Không có điều trị đặc hiệu. Điều trị triệu chứng bao gồm giảm đau đơn giản.
--	---	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Dại  Hình 4.1.2.9A và B: Vết cắn ở mặt và hũu; Nhóm III Photo Courtesy: Late Tapan Kumar Ghosh, Kolkata	Vết thương rách da ở vùng mặt hay vùng hũu ở trẻ do chó cắn. Dại có hai thể lâm sàng riêng biệt: (1) Thể điển đại—gặp trong 80% trường hợp, đặc trưng bởi sốt nước, sợ ánh sáng và kích động quá độ dẫn đến hôn mê và tử vong. (2) Thể liệt—Gặp trong 20% trường hợp với đặc điểm là liệt tiến triển. Lưu ý nhóm III có nhiều vết cắn ở vùng mặt.	- Do not suture in category III bites. If absolutely necessary, loose sutures only along with instillation or injection of rabies immunoglobulin (RIG). - Nursing care, symptomatic therapy with sedatives, analgesics, proper hydration and intensive therapy are some main steps of the treatment of rabies patients. Rabies should be prevented by vaccination (Pre-exposure prophylaxis) and proper precaution following exposure by wound care, rabies immunoglobulin and vaccine administration.

Rubella

 Figures 4.1.2.10A and B: (A) Neonate presenting with petechiae over body; (B) X-rays of limbs show alternate longitudinal bands of sclerosis and radiolucency in metaphyses, particularly around distal tibial metaphyses, giving rise to so called Celery-Stalk appearance. Photo Courtesy: Swapan Kumar Ray, Kolkata	Lớn hạch sau tai, hạch cổ sau và hạch sau cằm. Có thể thấy các đốm máu hồng đơn lẻ ở vòm miệng (đốm Forchheimer). Ban da bắt đầu ở vùng mặt và lan nhanh chóng xuống thân người và là các sẩn độc lập nhưng đa dạng về kích thước. Ở phụ nữ mang thai, virus rubella có thể đi qua nhau thai và lây nhiễm do hợp tử hay bào thai gây các dị tật bẩm sinh. Hội chứng rubella bẩm sinh kinh điển bao gồm tam chứng — Đục thủy tinh thể, điếc và bệnh tim bẩm sinh, thường gặp nhất là cơn ổng động mạch (PDA).	Hiện không có phương pháp điều trị đặc hiệu kháng virus rubella. Thuốc giảm sốt được sử dụng để làm giảm triệu chứng.
---	---	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
4.1.3 Kí sinh trùng Kí sinh trùng sốt rét  Hình 4.1.3.1A to D: (A) Giọt dày và giọt mỏng khi phết máu; (B) Giọt dày cho thấy nhiều kí sinh trùng sốt rét; (C) Tế bào nứt của kí sinh trùng sốt rét; (D) Dạng vòng nhân của Falciparum <i>Photo Courtesy: Ritabrata Kundu, Kolkata</i>	Nên thực hiện phết máu giọt mỏng và giọt dày. Giọt dày nên có độ dày đều đặn, có thể kiểm tra bằng cách có thể đọc chữ in rõ ràng xuyên qua giọt phết. Phết máu giọt dày giúp chẩn đoán sốt rét với độ nhạy cao gấp 10 lần so với phết máu giọt mỏng. Giọt dày còn giúp xác định tải lượng kí sinh trùng và giọt mỏng được dùng để định danh kí sinh trùng. Phết máu nên thực sớm ngay sau khi lấy máu, điều này giúp cho sự cố định giọt máu trên lam tốt hơn và giảm thiểu sự biến dạng của kí sinh trùng và hồng cầu. Giai đoạn phát triển của kí sinh trùng cũng có thể thấy trên máu ngoại vi. Thông thường, tiên lượng dè dặt nếu có số lượng kí sinh trùng trưởng thành chiếm ưu thế. Nếu hơn 50% lượng kí sinh trùng trong máu ngoại vi ở giai đoạn vòng nhân (đường kính nhân <50% so với đường kính của tế bào chất), tiên lượng thường tốt. Sự hiện diện của sắc tố chứa thể vô tính của kí sinh trùng <i>P. falciparum</i> là dấu hiệu của tiên lượng xấu. Chẩn đoán sốt rét nếu thấy sự hiện diện của sắc tố sốt rét trong in bạch cầu đa nhân. Cần quan sát tối thiểu 100 quang trường trước khi kết luận phết máu âm tính với sốt rét.	Thuốc uống dạng viên được sử dụng (kết hợp với cloroquine và artemisin) tùy theo loài và đặc biệt là tùy theo tình hình kháng thuốc tại khu vực.

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 4.1.3.2: Đục trung của da đầu do chấy. Photo Courtesy: Sandipan Dhar, Kolkata	Bệnh gây ra do sự tàn phá vùng da đầu do chấy.	Điều trị bao gồm thoa gamma benzene hexachloride (1%) hoặc malathion (0.5%) orpermethrin (1%). Gamma benzene hexachloride và malathion nên thoa vào buổi tối và để yên từ 10 đến 12 giờ, sau đó rửa sạch vào buổi sáng. Permethrin cũng nên được thoa từ 30 đến 45 phút và sau đó rửa sạch. Tốt nhất nên sử dụng hơn 1 tuần. Tất cả thành viên trong gia đình và những người gần gũi cũng nên được điều trị để phòng lây nhiễm.

 Hình 4.1.3.3: Tổn thương mụn nước do ghê ở nách. Photo Courtesy: Sandipan Dhar, Kolkata	Tổn thương do ghê ở trẻ sơ sinh là dạng nang lan toả và nang nhỏ. Chàm hoá thường gặp và có nhiều nốt đóng vảy cứng ở phần thân và các chi.	Permethrin (5%) là phương pháp được lựa chọn ở trẻ sơ sinh và trẻ em. Thuốc cũng rất an toàn cho trẻ khoảng 2 tháng tuổi. Nên thoa thuốc vào buổi tối khoảng 8 đến 10 giờ đối với trẻ sơ sinh và 12 đến 14 giờ ở trẻ nhỏ. Nếu cần, có thể sử dụng lặp lại sau 2 tuần.
---	--	--

4.2 CÁC BỆNH LÝ ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM

Nhiễm Brucella

 Hình 4.2.1A và B: (A) Gan lách to do nhiễm Brucella; (B) Siêu âm cho thấy áp xe lách đa ổ. Photo Courtesy: Nupur Ganguly, Jaydeep Choudhury, Kolkata	Tam chứng cổ điển là sốt, đau khớp và gan lách to. Các triệu chứng khác như chán ăn, suy nhược, mệt mỏi, yếu người rất hay gặp. Triệu chứng cơ xương khớp là đau các khớp, đau lưng dưới. Đau đầu, trầm cảm và mệt mỏi cũng đã được báo cáo.	- Tốt nhất là điều trị phối hợp thuốc. <i>Dosage trị liệu:</i> Có tỉ lệ tái phát cao. Cần thời gian điều trị dài để thuốc có thể qua được vào tế bào của tác nhân. Trên 8 tuổi: Doxycycline + Rifampicin uống từ 4 đến 6 tuần hoặc Doxycycline 4 đến 6 tuần + Streptomycin/Gentamicin tiêm bắp từ 1 đến 2 tuần. Dưới 8 tuổi: Trimethoprim-Sulfamethoxazole + Rifampicin uống từ 4 đến 6 tuần.
--	---	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Nhiễm Leptospira  Hình 4.2.2: Xuất huyết kết mạc do nhiễm Leptospira Photo Courtesy: Nupur Ganguly Jaydeep Choudhury, Kolkata	Triệu chứng bao gồm sốt cao kèm lạnh run, đau nhức cơ chủ yếu ở bắp chân, bụng và vùng thắt lưng. Đau đầu dữ dội, xuất huyết kết mạc hai bên, thường thấy ở kết mạc mi mắt. Ban da có màu đỏ, ấn không mất và thoáng qua. Có thể nổi ban đỏ trước xương chày. Gan lách to có thể gặp.	Leptospira nhạy cảm với kháng sinh beta-lactam, macrolides, tetracycline và fluoroquinolones.
Nhiễm Rickettsia  Hình 4.2.3A đến C: Đặc trưng thương tổn do Rickettsia ở mặt, bàn tay, bàn chân. Photo Courtesy: Anil Kulkarni, Solapur	Tam chứng kinh điển là nhức đầu, sốt và nổi ban. Ban có dạng dát màu hồng, mất khi đè nén, lan ra nhanh chóng đến toàn thân bao gồm lòng bàn tay và lòng bàn chân. Ban có thể tiến triển thành xuất huyết điểm hay các mảng xuất huyết. Triệu chứng ban đầu là chân ấn, đau nhức cơ, và đau khớp. Lách to và gan to có thể gặp. Có giật, mất điều hoà thần kinh, đau màng não, hôn mê, viêm cơ tim, suy thận cấp, viêm phổi với hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS) cũng có thể gặp.	Doxycycline và chloramphenicol là hai thuốc đã được sử dụng lâu dài trên các bệnh nhân ở nhiều độ tuổi. Các thuốc khác bao gồm azithromycin, clarithromycin, fluoroquinolones and rifampicin.

4.3 CẤP CỨU NHIỄM

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
	Sốt, viêm kết mạc không tiết dịch hai bên, môi và niêm mạc miệng ửng đỏ, thay đổi ở các chi, phát ban, phù đại hạch bạch huyết vùng cổ, phình hoặc dẫn động mạch vành: 15 đến 25%, nhồi máu cơ tim, đột tử, bệnh tim thiếu máu không điều trị.	Phương pháp điều trị chuẩn là IVIG với aspirin. Trong đợt cấp của bệnh: tiêm tĩnh mạch immunoglobulin (IVIG) (2 gm/kg) và aspirin 80 đến 100 mg/kg/ngày. Duy trì aspirin liều cao cho đến ngày thứ 14 của bệnh, nếu không sốt. Tiếp tục dùng aspirin 3 đến 5 mg/kg/ngày cho đến khi có bằng chứng không có sự thay đổi ở mạch vành vào tuần thứ 6 và thứ 8.

Hình 4.3.1A đến D: (A) Bệnh Kawasaki disease—Pha cấp tính—BCG tái hoạt; (B) Kawasaki disease—Pha cấp tính; (C) Kawasaki disease—Pha bán cấp; (D) Kawasaki disease—convalescent phase—Beau's line
Photo Courtesy: Priyanka Pal, Kolkata

Ban xuất huyết bạo phát

	Một bé gái 5 tuổi nhập viện vì nhiễm trùng huyết do não mô cầu với ban xuất huyết bạo phát. Sốt và các đặc điểm của nhiễm trùng huyết. Ban xuất huyết bạo phát (còn được gọi là ban hoại tử - purpura gangrenosa). Đây là bệnh lý nặng đe dọa tính mạng. Đặc điểm bệnh là xuất huyết dưới da kèm hoại tử (chết mô), huyết khối mạch máu nhỏ và đông máu nội mạch lan toả. Nguyên nhân thường gặp là do nhiễm khuẩn nặng (đặc biệt là <i>Não mô cầu</i>, và <i>Capnocytophaga canimorsus</i>, và các vi khuẩn gram âm khác), và thiếu hụt các chất kháng đông tự nhiên trong máu như protein C hay protein S. Trong một số trường hợp, có thể không tìm thấy nguyên nhân.	Điều trị chủ yếu là loại bỏ các nguyên nhân nền và giảm thiểu mức độ thiếu hụt các chất kháng đông và điều trị hỗ trợ (kháng sinh, bổ hoàn thể tích dịch, thở oxy, etc.). Ngoài ra, điều trị bao gồm kiểm soát tích cực tình trạng nhiễm trùng huyết. Phẫu thuật cắt bỏ mô hoại tử, rạch lớp vỏ cứng (escharotomies), cắt bao cần mạc, và đôi khi là đoạn chi. Trong nhiều trường hợp, cần phải cắt bỏ các ngón ở chi khi không còn máu tới nuôi. Việc sử dụng heparin liều cao hay các thuốc kháng đông khác vẫn còn tranh cãi.
--	--	---

Hình 4.3.2: Xuất huyết da và hoại tử trong Ban xuất huyết bạo phát.
Photo Courtesy: Prabhas Prasad Giri, Kolkata

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 	Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (SSSS) gây ra bởi độc tố gây ly giải biểu bì ở chủng staphylococcus thuộc nhóm II. Trong giai đoạn đầu, chúng gây ra các dát đỏ màu ở da toàn thân và có dạng chấm mịn, sần như giấy nhám, sau đó tiến triển thành pha ban tính hồng nhiệt sau 1 đến 2 ngày. Tình trạng đổi màu da lan ra toàn cơ thể. Tổn thương bong tróc, tiết dịch và đóng vảy xung quanh miệng và ổ mắt. Các mảng đóng vảy lớn phân tách và trong vòng 2 đến 3 ngày, lớp thượng bì trở nên nhăn nhéo và có thể dễ dàng bóc tách. Nếu không có nhiễm trùng da thứ phát, da hồi phục không để lại sẹo trong vòng 14 ngày kể từ lúc khởi phát bệnh.	Điều trị bao gồm tiêu diệt staphylococcus từ ổ nhiễm và do đó làm ngưng quá trình sản xuất độc tố. Các kháng sinh tại chỗ không có tác dụng. Đối với tụ cầu vàng nhạy với methicillin, có thể dùng cloxacillin, clindamycin, cefazolin. Bệnh nhân dị ứng với Penicillin, và cephalosporin nên được thay thế bằng vancomycin. Đối với tụ cầu vàng kháng methicillin (MRCA), thuốc được lựa chọn là vancomycin kết hợp với gentamycin. Các thuốc khác có thể được sử dụng là trimethoprim sulfamethoxazole, linezolid, quinupristin-dalfopristin, fluoroquinolone. Các thuốc ngoài đường uống chỉ được chỉ định trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng và ở những bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng.

4.4 CÁC HỘI CHỨNG

Loạn dưỡng mỡ trong HIV

 	Loạn dưỡng mỡ, thường được biết là tình trạng tái phân bố mỡ, là một tình trạng có đặc điểm là thoái triển và rối loạn chức năng mô mỡ ở cơ thể bệnh nhân. Những bệnh nhân bị loạn dưỡng mỡ nhận thấy tình trạng mất mô mỡ ở một số vùng cụ thể trên cơ thể; tuy nhiên, vùng mặt, hai tay và vùng lưng là những vùng thường gặp nhất.	Điều trị bằng thuốc kháng retrovirus
--	--	---

Hình 4.4.1A và B: Loạn dưỡng mỡ ở mặt và lưng
Photo Courtesy: Prabhas Prasun Giri, Kolkata

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 4.4.2: Nhiễm Leishmanias ở da vùng mặt Photo Courtesy: Arun Shah, Muzaffarpur	Post-kala-azar dermal leishmaniasis là bệnh lý ở da xảy ra sau khi nhiễm leishmania khi không tiêu diệt được hoàn toàn kí sinh trùng. Bệnh gặp trong 20% đến 30% các trường hợp. Kí sinh trùng sinh trưởng khu trú tại da dẫn đến các sản xuất huyết, sau đó tiến triển thành các nốt có loét nông và bờ gồ. Các tổn thương thường thấy ở mắt và các chi.	Bệnh từ khỏi sau vài tuần hoặc có thể đến vài năm và thường để lại sẹo phẳng. Chỉ định điều trị khi tổn thương gây biến dạng, kéo dài, hoặc tổn thương được biết hoặc có thể gây ra do các vi sinh vật lây nhiễm từ vùng mũi hầu hoặc niêm mạc vùng hầu họng.

Viêm màng não mủ tái nhiễm

 Figures 4.4.3A to C: (A) Frontal encephalocele; (B) Nasal dermal sinus; (C) Dorsal dermal sinus Photo Courtesy: Dipankar Das, Kolkata	Viêm màng não mủ tái nhiễm là hai hay nhiều hơn các đợt viêm màng não với khoảng cách giữa các đợt dài hơn 3 tuần sau một quá trình điều trị hoàn tất ở đợt đầu tiên gây ra do tác nhân vi khuẩn khác với tác nhân ban đầu. Hay một đợt viêm màng não thứ 2 hay hơn nữa do cùng tác nhân. Nguyên nhân gây viêm màng não tái nhiễm bao gồm thoát vị não vùng trán, xoang nang dưới da, và xoang da - lưng. Vi khuẩn có thể sinh trưởng dọc theo đường hầm bẩm sinh này hay các vùng mô lân cận để vào xoang dưới nhện hoặc do suy giảm miễn dịch chưa chẩn đoán làm cho vật chủ mất khả năng phòng vệ trước những tác nhân gây bệnh.	Tâm soát suy giảm miễn dịch và điều trị nguyên nhân
---	--	--

Hội chứng Stevens - Johnson (SJS)

 Figure 4.4.4: Erythema multiforme like lesions in Stevens-Johnson syndrome (SJS) Photo Courtesy: Arun Shah, Muzaffarpur	Hội chứng Stevens - Johnson (SJS) đặc trưng bởi các tổn thương như hồng ban da dạng, thường được biết là các tổn thương đích nhâm. Sự bong tróc và loét da và niêm mạc vùng miệng gặp ở 100% trường hợp. Phồng rộp và bong tróc da toàn thân. Sốt và đau nhức cơ có thể gặp. Quá trình hồi phục kéo dài khoảng hai tuần.	Tất cả trẻ em phải được nhập viện. Ngưng các thuốc nghi ngờ gây ra tổn thương. Duy trì nhiệt độ xung quanh ổn định (30-32°C). Vai trò của corticosteroid còn đang bàn cãi. Có thể dùng Methylprednisolone tiêm mạch or dexamethason. Kháng histamin và thuốc giảm đau có thể làm giảm triệu chứng. Chăm sóc da đúng cách rất cần thiết. Các chất làm mềm da tại chỗ và kháng sinh có thể giúp làm lui bệnh.
---	---	--

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 5

Thần Kinh Học

Biên Tập

PAM Kunju, Anoop Verma

Hình Ảnh

Anandakesavan, Anoop Verma, PAM Kunju, Ritesh Shah

Chia Se Ca Lam Sang

- 5.1 Bệnh Lý Thường Gặp
- 5.2 Bệnh Lý Ít Gặp
- 5.3 Cấp Cứu Thần Kinh
- 5.4 Hội Chứng

Mục Lục

5.1 BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP 67

- Thoát Vĩ Não Trước 67
- Di Tật Arnold-Chiari - Chiari II 67
- Di Tật Arnold-Chiari - Chiari III—Thoát Vĩ não Sau 67
- Di tật cột sống chẻ đôi thể ẩn/Nặng 68
- Tổn thương đám rối cánh tay lúc sinh 68
- Viêm màng não xuất tiết nền 68
- Liệt Bell 69
- Mặt thô và Bệnh loạn dưỡng sụn mỡ—MPS 69
- Mặt thô và Thoát vĩ rốn—Suy giáp bẩm sinh 69
- Giãn mao mạch kết mạc 70
- Thiếu sản thể chai—Sừng Devil 70
- Thiếu sản thể chai—CT mặt phẳng ngang 70
- Thiếu sản thể chai 71
- Bại não liệt hai chi—Commando Crawl 71
- Bại não liệt hai chi—Cái kéo 71
- Liệt hai chi với lác phần kỷ 72
- Bại não mùa vòm 72
- Bại não liệt nửa người—Nhồi máu đại não 72
- Bại não liệt nửa người—Cover Test 73
- Loạn dưỡng cơ Duchenne (DMD)—Đầu Valley 73
- Loạn dưỡng cơ Duchenne (DMD)—Giá tăng dưỡng 73
- Hiện tượng hải lòng (Thủ đám) 74
- Đầu nước—Mặt 74
- Đầu nước—Sau viêm màng não 74
- Đầu nước—Hẹp cống não 75
- Động kinh trẻ em lành tính với gai nhọn trung tâm thái dương (BCECTS) 75
- Hội chứng Lennox-Gastaut—EEG 75
- Hội chứng Lennox-Gastaut—Con co cứng 76
- Xơ cứng thái dương (MTS) 76
- Não nhỏ 76
- Nhược cơ 77
- Co giật đồng mắt 77
- Hội chứng Rett 77
- Tổn thương tăng đậm độ hình nhẵn 78
- Hội chứng Sturge-Weber 78
- Hội chứng Sturge-Weber—MRI, CT 78
- Xơ cứng củ—MRI 79
- Xơ cứng củ—Đa 79
- EEG hội chứng West—Loạn não 79

5.2 BỆNH LÝ ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIẾM 80

- Vô Não với Thoát vĩ màng não lớn 80
- Hội chứng Dandy-Walker 80
- Loạn dưỡng cơ mặt vai cánh tay-1 80
- Loạn dưỡng cơ mặt vai cánh tay-2 81
- Toàn máu Glutaric Type I 81
- Toàn máu Glutaric Type I—MRI 81
- Bệnh Hallervorden-Spatz 82
- Bệnh Hallervorden-Spatz—MRI 82
- Phi đại một bán cầu não—Hội chứng đường chàm tuyến nhờn—MRI 82
- Phi đại một bán cầu não—Hội chứng đường chàm tuyến nhờn 83
- Lạc chỗ 83
- Nốt lạc chỗ quanh não thất 83
- Nứt não 84
- Trần dịch toàn não 84
- Không hồi não 84
- Loạn dưỡng chất trắng nhợt sắc (MLD) 85
- Bệnh cơ của mắt 85
- Liệt TK quay 86
- Bệnh Wilson—vấn đề TK 86

5.3 CẤP CỨU THẦN KINH 87

- Âm thổi ở sọ—Dị dạng TM Galen (VGM) 87
- Gòong mắt vò và gòong mắt não 87
- Hình ảnh viêm não Herpes 87
- Viêm não Nhật Bản 88
- U nguyên bào tủy vòm Đầu nước cấp 88
- Giả suy tuyến cận giáp 88
- Vết mặt “Bạc”—Tăng áp lực nội sọ 89
- Máu tụ dưới nhện 89
- Thoát vĩ hải mã 89

5.4 HỘI CHỨNG 90

- Hội chứng Aperi—Mặt 90
- Hoàng điểm ảnh đảo 90
- Hội chứng Cornelia de Lange 90
- Hội chứng Cornelia de Lange 91
- Dây mắt—Củ mạch mạc 91
- Giám sát tổ của Ito 91
- Nhuộm sắc tổ đậm dề 92
- Hội chứng Miller-Dieker 92
- Khô da sắc tổ 92

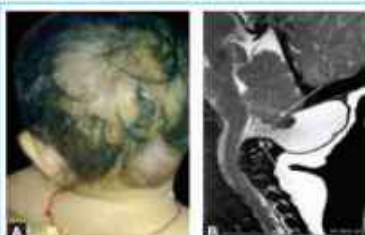
5.1 BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Thoát Vị Não Trước		
 Hình 5.1.1A và B: Thoát vị não trước. <i>Hình ảnh: Anandakesavan, Thiruvur</i>	Thoát vị não: túi nhô ra trước qua chỗ khiếm khuyết ở sọ. Nó chứa túi màng não có dịch não tủy và một phần não. Khiếm khuyết xảy ra chủ yếu ở vùng chẩm và hiếm khi ở vùng trán (Hình 5.1.1A) hay vùng mũi trán (Hình 5.1.1B).	Sửa chữa thoát vị và phẫu thuật giải chèn ép. Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ khiếm khuyết.

Dị Tật Arnold-Chiari - Chiari II

 Hình 5.1.2A và B: Thoát vị tủy-màng tủy trong ACM II. <i>Hình ảnh: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Thoát vị tủy-màng tủy vùng cổ (Hình 5.1.2A) trên MRI cho thấy thủy nhộng, cầu não, hành não, não thất tư lún vào ống tủy cổ (Hình 5.1.2B) ACM II được chẩn đoán trong lúc siêu âm trước sinh đến thời thơ ấu. Bệnh lý liên quan phổ biến như thoát vị tủy-màng tủy vùng thắt lưng và não úng thủy.	Dị tật Chiari II được giải áp bằng mở sọ dưới chẩm, cắt nhiều cung đốt sống cổ, sửa màng cứng, và bóc tách màng nhện. Quản lý bệnh đầu nước và thoát vị tủy màng tủy phù hợp. - cần theo dõi thường xuyên, chăm sóc shunt não thất.
--	--	--

Dị Tật Arnold-Chiari - Chiari III— Thoát vị não sau

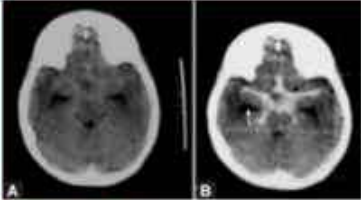
 Hình 5.1.3A và B: Thoát vị não sau - ACM II <i>Hình ảnh: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Loại III gồm khiếm khuyết xương chẩm-cổ với thoát vị tiểu não vào đại não. Hầu hết không sống.	Sửa thoát vị não và phẫu thuật giải chèn ép.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Nứt Cột Sống Ẩn/Thoát Vị Túi Màng Tủy		
 Hình 5.1.4A và B: (A) Nứt Cột Sống Ẩn; (B) Thoát Vị Túi-Màng Tủy Hình ảnh: Anandakesavan, Thrissur	(Hình 5.1.4A) Nứt Cột Sống Ẩn: Trẻ có thể không triệu chứng và không có dấu thần kinh. Có thể có những mảng tóc, u mỡ, thay đổi màu sắc da hay xoang ở da. (Hình 5.1.4B) Thoát vị màng tủy (màng tủy thoát vị qua chỗ khiếm khuyết) hay thoát vị tủy-màng tủy.	Trong thể ẩn, tham khảo các hiệp hội như cứng cột sống, bệnh rỗng tủy và tật nứt dọc cột sống. Viêm màng tủy tái phát có nguồn gốc ẩn nên tích cực khám kỹ đường dò của xoang nhỏ từ vùng giữa phía sau, gồm vùng sau đầu.

Tổn Thương Đám Rối Cánh Tay Lúc Sinh

 Hình 5.1.5A và B: (A) Tổn thương đám rối cánh tay hoàn toàn với thay đổi dinh dưỡng; (B) Liệt Erb phải Hình ảnh: PAM Kunju, Trivandrum	Tổn thương đám rối cánh tay lúc sinh hoàn toàn với thay đổi dinh dưỡng—loét không lành và vết chai. Ghi chú Horner phải (hình 5.1.5A). Thậm chí dù liệt Erb (hình 5.1.5B) là tổn thương lúc sinh thường gặp ảnh hưởng đến đám rối cánh tay, khám kỹ phải được thực hiện để tìm các tổn thương rễ khác của liệt đám rối cánh tay hoàn toàn hay để phân biệt với liệt Klumpke.	90 đến 95% trẻ bị tổn thương khi sinh sẽ cải thiện hoặc phục hồi trong 3 đến 4 tháng. Vật lý trị liệu và nghề nghiệp cùng với sử dụng prednisolone thời gian ngắn được đưa ra. Khả năng co khuỷu (chức năng cơ nhị đầu) sau 3 tháng được quan tâm và là dấu báo về khả năng phục hồi của liệt Erb. Nếu không, xem xét phẫu thuật sau 4 tháng. Giải áp thần kinh với EMG/SSEP trong lúc mổ để kiểm tra đoạn tổn thương.
--	---	---

Viêm Màng Não Xuất Tiết Nền Sọ

 Hình 5.1.6A và B: Phim thường lệ (A); cân quang (B) Hình ảnh: PAM Kunju, Trivandrum	CT đầu không cân quang (Hình 5.1.6A) và cân quang (Hình 5.1.6B) cho thấy vùng xuất tiết nổi bật (mũi tên đen). Lưu ý dấu nước tiền triển khi sưng thái dương của não thất bên lớn (mũi tên trắng). Sẽ được thấy nhiều hơn chỉ ở TBM. CT này là của viêm màng não do pneumococcus.	Nếu thời gian ít hơn 24h, không dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, đầu tiên chọc dịch não tủy và dùng kháng sinh. Nếu có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ hay dấu thần kinh khu trú thì dùng kháng sinh và chụp CT mà không chọc dịch não tủy. Kháng sinh theo kinh nghiệm—cefotaxime (200 mg/kg/24 hr, uống, mỗi 6h) hay ceftriaxone (100 mg/kg/24 hr dùng 1 lần). Điều trị tăng áp lực nội sọ và suy các cơ quan khác (shock, ARDS).
--	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Liệt Bell  Hình 5.1.7: Liệt mặt neuron vận động dưới phải <i>Hình ảnh: Anoop Verma, Raipur</i>	Một trong những rối loạn thần kinh phổ biến ảnh hưởng đến dây thần kinh số 5. Tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm tê hay liệt tất cả các cơ một bên mặt, khởi phát đột ngột, và không có bệnh của hệ thống thần kinh trung ương. Liệt cấp tính một bên mặt (trên 48h), đau sau tai, giảm khi căng.	• Liệt mặt cải thiện sau điều trị với acyclovir và prednisolone. • Vật lý trị liệu thường xuyên sẽ giúp cải thiện triệu chứng. • Tìm kiếm nhiễm trùng tại.

Mặt Thô và Bệnh Loạn Dưỡng Sụn Mỡ—MPS

 Hình 5.1.8A và B: Mặt Hurler và thân cột hình mỏ chim <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Sự thoái bộ phát triển muộn—Kiểm tra mặt thô (kiểu hình Hurler), bệnh loạn dưỡng sụn mỡ sụn (thân cột hình mỏ chim). Lưu ý bệnh sử gia đình và nhiễm trùng/ co giật RT thường xuyên. Những nguyên nhân khác của mặt thô—bất thường NST thường, GM1 gangliosidosis, MPS.	• Chẩn đoán phụ thuộc từng hiệp hội. • Nếu có co giật, đánh giá GM-1 gangliosidosis. • Nếu không co giật, lấy nước tiểu thử kiểm tra MPS và phân loại MPS bằng phân tích enzyme. Quản lý triệu chứng và dùng enzyme thay thế (ví dụ Hurler). Tham vấn di truyền phụ thuộc vào chẩn đoán.
--	---	--

Mặt Thô và Thoát Vị Rốn—Suy Giáp Bẩm Sinh

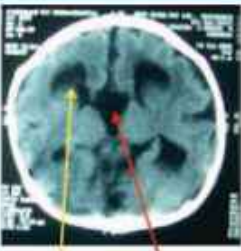
 Hình 5.1.9: Suy Giáp Bẩm Sinh <i>Hình: Anandakesavan, Thrissur</i>	Sự thoái bộ phát triển muộn—Kiểm tra mặt thô và thoát vị rốn. Lưu ý tiền sử vàng da sơ sinh và táo bón. Nguyên nhân phổ biến nhất cho việc chậm phục hồi tâm thần có thể điều trị được—Suy giáp.	Phụ thuộc vào chẩn đoán—Siêu âm cổ và kiểm tra chức năng tuyến giáp, khảo sát xương, dùng thyroxine càng sớm càng tốt.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Giãn mao mạch kết mạc  Hình 5.1.10: Thất điều-Giãn mạch <i>Hình: Ritenh Shah, Surat</i>	Nam 8 tuổi có giãn mạch kết mạc được thấy trong thất điều-giãn mạch. Chúng cũng xuất hiện trên da tiếp xúc như dải tai, mũi... Thất điều-Giãn mạch là nguyên nhân di truyền phổ biến nhất của thất điều khởi phát lúc trẻ nhỏ đặc trưng bởi thất điều tiểu não tiến triển, mất vận động cơ nhãn cầu, giãn mạch niêm mạc nhãn cầu, mùa xuân, khuynh hướng nhiễm trùng hô hấp và tăng sản hệ lưới-lympho.	Liệu pháp hỗ trợ tinh vi chủ ý đặc biệt với nhiễm trùng hô hấp tái diễn. Điều trị tăng sản phải tiến hành cẩn thận vì chúng cực kỳ nhạy cảm với hóa và xạ trị.

Thiểu Sản Thể Chai—Sừng Devil

 Hình 5.1.11 và B: Thể sản thể chai—Sừng Devil (A) Mặt; (B) MRI mặt phẳng đứng dọc <i>Hình: Anson Verma, Raipur</i>	Đặc trưng mặt: Bướu trán và sự rời rạc và thường liên quan đến lác phân kỳ. Đặc trưng lâm sàng: Thay đổi phát triển tâm thần hay mất khả năng học và động kinh. Trọng vai trường hợp, lâm sàng thâm lặn. Tổn thương thứ phát thể chai do bệnh não thiếu máu thiếu oxy (HIE), phẫu thuật hay nhồi máu.	- Triệu chứng: Bệnh nhân rối loạn tâm thần kinh nặng (chậm phát triển, rối loạn tâm thần, tự kỉ) can thiệp phục hồi chức năng gồm: liệu pháp nói, sinh lý, tâm thần, nghề nghiệp hay giáo dục, huấn luyện cha mẹ và tham vấn cho giáo viên. - Xử trí cơ giết và các vấn đề thần kinh khác
--	---	--

Thiểu Sản Thể Chai—CT mặt phẳng ngang

 Hình 5.1.12: Thiểu sản thể chai—CT mặt phẳng ngang <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	CT mặt phẳng ngang cho thấy sự thể chỗ bên trên của não thất và xuất hiện sừng Devil	- Tham vấn di truyền hội chứng và chẩn đoán trước sinh sẽ giúp trong đưa ra quyết định xử trí. - Chẩn đoán trước sinh trong thiểu sản thể chai có thể từ thai kì tuần thứ 20.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Colpocephaly Straight medial border Hình 5.1.13: Thiếu sản thể chai CT mặt phẳng ngang <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	CT mặt phẳng ngang thấy não thất bên tách rộng với bờ trong thẳng, và lớn sừng sau (Colpocephaly). U mỡ giữa hai bán cầu thể chỏ thể chai được cho liên quan với tỷ lệ cao của động kinh.	Tìm hội chứng khác như hội chứng Aicardi (+co giật trẻ nhũ nhi và loạn sản võng mạc), hội chứng Andermann (+khiếm khuyết tâm thần, bệnh thần kinh ngoại biên), trisome 8, 11, 13 và bệnh não Glycine.

Bại Não Liệt Hai Chi—Commando Crawl

 Hình 5.1.14: (A) Bại não liệt hai chi dưới—Commando crawl; (B) Nhuyễn chất trắng quanh não thất <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	(Hình 5.1.14A) Liệt cứng hai chi là co cứng hai bên của chân nhiều hơn tay. Trong lúc bò, sử dụng tay trong kiểu tương hỗ bình thường nhưng hướng đến kéo hai chân phía sau nhiều hơn như là bánh lái (Hình 5.1.14B) Nhuyễn chất trắng quanh não thất gây liệt hai chi. Ở đây thấy giãn não thất, bờ ngoài sù xù, mất chất trắng	Tránh bò liên tục trong khi di chuyển sớm.
--	---	---

Bại Não Liệt Hai Chi—Cái Kéo

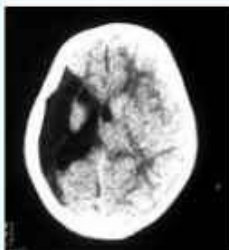
 Hình 5.1.15: Cái Kéo <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Liệt cứng hai chi là co cứng hai bên của chân nhiều hơn tay. Triệu chứng: - Cái kéo khi trẻ được bế thẳng đứng. - Dùng tà lót là cảm wusng vì co cơ khép. Được thấy trong sinh non với ngạt hay sau chảy máu trong não thất và quanh não thất. Do nhuyễn chất trắng quanh não thất, đặc biệt ở vùng má sợi TK phần bỏ cho chân.	- Liệu pháp sinh lý trong liệt hai chi sớm thực hiện bởi mẹ làm giảm co cơ khớp, thuốc chống co như baclofen, diazepam, tizanidine và nẹp thích hợp. - Trước khi co cứng cổ định tiềm độc tố botulinum nhiều mức độ và liệu pháp sinh lý với nẹp sẽ giúp trong việc di chuyển.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 5.1.16: Liệt hai chi dưới với lác phân kỳ <i>Hình:</i> PAM Kunju, Trivandrum	Di chứng phổ biến trong ngạt sinh non. Lác hội tụ là hội chứng của liệt não do sinh non	Điều trị bằng tác nhân, dùng kính thích hợp và phẫu thuật trước một tuổi để phòng ngừa suy giảm thị lực.

Bại Não Mùa Vernal

 Hình 5.1.17: Bại não mùa vernal <i>Hình:</i> PAM Kunju, Trivandrum	Bại não ngoại tháp thứ phát do vàng da nhân não và sang thương đối xứng ngạt lúc sinh trong nhân bèo sau và đồi thị bụng bên, tức là trạng thái đã vắn. Tứ chứng mùa vernal 1. Mùa vernal 2. Liệt liệt trên 3. Điếc 4. Giảm sản men răng	Loại trừ các tình trạng như rối loạn ty thể và toan nước tiểu glutaric. Với mùa giết tetrabenazine, haloperidol. Thử nghiệm LDOPA để loại trừ DOPA đáp ứng với loạn trương lực. Điếc → trợ thính, giọng nói, cấy ốc tai. Phương pháp giao tiếp thay đổi. Liệu pháp sinh lý nghề nghiệp, trường học đặc biệt.
---	---	---

Bại Não Liệt Nửa Người—Nhồi Máu Não

 Hình 5.1.18: Bệnh rò não vùng động mạch não giữa phải. <i>Hình:</i> PAM Kunju, Trivandrum	CT não ở trẻ trong bại não liệt nửa người—Vùng động mạch não giữa dạng hình nêm do nhồi máu. Chú ý đặc trưng của hội chứng Dyke Davidoff Mason = Thiếu sản bán cầu, dây sọ phải.	Giống bại não co cứng. Co giật khu trú có thể kiểm soát với carbamazepine/ oxcarbazepine.
---	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 5.1.19: Bait nao liet nua nguoi—Cover test <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Giám cứ động tự ý sớm bên bàn cầu liệt có thể được phát hiện bằng cách che mắt và quan sát trẻ luôn đứng một tay để loại khăn che mắt.	Giống bại não cơ cứng. Trẻ thuận tay trái không nên nỗ lực để viết bằng tay phải.

Loạn Dưỡng Cơ Duchenne (DMD)—Triệu chứng Valley

 Hình 5.1.20: Dấu Valley <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Dấu Valley Cơ đùi gai và del-ta to và giữa chúng, cơ hình thành hồ nước sau không hình thành vì có hình thác nước giữa 2 ngọn núi. Ví dụ của tổn thương cơ được lựa chọn (thiếu sản và tăng sản) Dấu Valley giúp chẩn đoán phân biệt DMD/BMD với những rối loạn thần kinh cơ tiến triển khác.	Điều trị nhằm mục đích duy trì sự tham gia và tối đa hóa chất lượng cuộc sống. Corticosteroids như là prednisolone và deflazacort với liều 0.6 mg/kg mỗi ngày trong 20 ngày đầu tiên. Thêm vitamin D và calcium mỗi ngày vì loãng xương. Beta 2-agonists có thể tăng sức cơ tim. Hoạt động vật lý nhẹ, không rắc rối như bơi được khuyến khích. Dụng cụ chỉnh hình vật lý trị liệu, ... được sử dụng theo yêu cầu. Liệu pháp gene như điều trị loại bỏ exon đối với những đột biến nhất định được thử nghiệm.
--	---	--

Loạn Dưỡng Cơ Duchenne (DMD)—Giã Tăng Dương

 Hình 5.1.21: Tăng Dương Cơ Bắp Chân—DMD <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Tăng Dương Cơ Bắp Chân—DMD Ví dụ tổn thương cơ lựa chọn (Thiếu dưỡng và tăng dưỡng). Giảm tăng dưỡng cơ bắp chân cũng thấy trong SMA thiếu niên.	Điều trị nhằm mục đích duy trì sự tham gia và tối đa hóa chất lượng cuộc sống. Corticosteroids như là prednisolone và deflazacort với liều 0.6 mg/kg mỗi ngày trong 20 ngày đầu tiên. Thêm vitamin D và calcium mỗi ngày vì loãng xương. Beta 2-agonists có thể tăng sức cơ tim. Hoạt động vật lý nhẹ, không rắc rối như bơi được khuyến khích. Dụng cụ chỉnh hình vật lý trị liệu, ... được sử dụng theo yêu cầu. Liệu pháp gene như điều trị loại bỏ exon đối với những đột biến nhất định được thử nghiệm.
--	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Hiện Tượng Hải Lồng (Thủ Dâm)		
	Hành vi tự kích thích ở bé gái 2 tháng tuổi 3 tuổi. Cử động rập khuôn ở tư thế co cứng liên quan với cử động giao cầu theo sau đồ mắt, cầu nhàu mà không mất ý thức. Tình trạng này dễ xác định hơn trên video sau đó hình ảnh.	- Xảy ra khi căng thẳng hay chán. Khám nên gồm bằng chứng của việc lạm dụng tình dục hay UTL. Đảm bảo hoạt động sẽ giảm bớt và chỉ sự xao lãng và sự hờn hận có hiệu quả. - Piracetam 50 mg/kg có hiệu quả

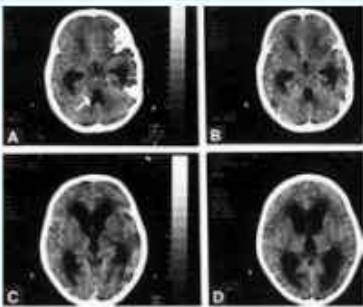
Hình 5.1.22: Hiện tượng hải lồng
Hình: PAM Kunju, Trivandrum

Não Ưng Thủy

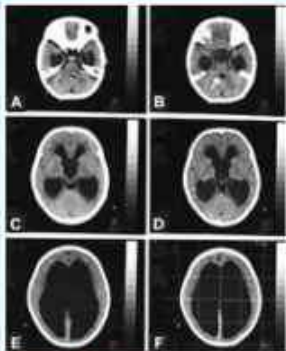
	Đầu to, dẫn tĩnh mạch da đầu căng thóp trán; mỏ thóp sau, đầu mặt tròn mọc.	- Đo vòng đầu mỗi tháng và nếu trên 2.5 cm/tháng xem xét phẫu thuật - Thuốc: Acetazolamide và furosemide - Phẫu thuật: (VP) shunt não thất-màng bụng - Nội soi mở não thất ba với đầu nước tắt nghẽn.
--	---	--

Hình 5.1.23: Đầu nước—Mặt
Hình: PAM Kunju, Trivandrum

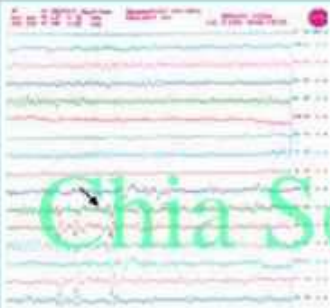
Não Ưng Thủy—Sau Viêm Màng Não

	Ghi chú sự lớn của toàn bộ não thất gồm cả não thất tư (mũi tên) và đồ đẩy các bể và rãnh não—trường hợp của đầu nước sau viêm màng não. Tim thấy trong viêm màng não vì trùng gồm viêm màng não do lao.	Chọc dò dịch não tủy lập lại sớm; khi mức protein CSF thấp với không có nhiễm trùng và tiến triển, đặt VP shunt.
---	--	--

Hình 5.1.24A tới D: Não ứng Thủy—Sau Viêm Màng Não
Hình: PAM Kunju, Trivandrum

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 5.1.25A-F: Đầu nước do hẹp cống não Hình: PAM Kunju, Trivandrum	CT cho thấy lớn tất cả não thất trừ não thất tư (mũi tên). Trường hợp hẹp cống não. Tìm hội chứng như khiếm khuyết ống thần kinh trung ương, bao gồm dị tật cột sống chẻ đôi ẩn, u xơ sợi thần kinh. Gliosis cống não; hình ảnh tương tự - nguyên nhân: viêm màng não sơ sinh hay chảy máu dưới nhện ở nhũ nhi sinh non, nhiễm virus trong tử cung, quai bị, viêm não màng não.	- Dẫn lưu não thất ổ bụng trước 6 tháng. Cắt não thất ba qua nội soi sau 6 tháng tuổi. - Chỉ tiếp tục shunt khi tiến triển và có bằng chứng chèn ép vỏ.

Động Kinh Trẻ Em Lành Tính với Gai Nhọn Trung Tâm Thái Dương (BCECTS)

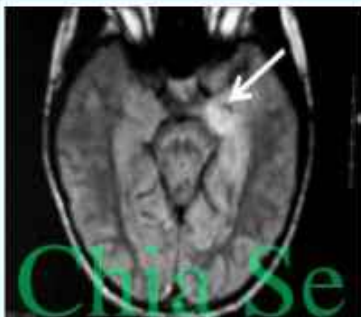
 Hình 5.1.26: EEG Động kinh trẻ em lành tính với gai nhọn trung tâm thái dương Hình: PAM Kunju, Trivandrum	EEG này thấy gai nhọn từ C3 và T3 (trung tâm và thái dương trái) với nền bình thường. Trường hợp BCECTS—tình trạng phổ biến hơn ở nam, thường bắt đầu lúc ngủ với đỉnh tuổi 9 tới 10 tuổi. Triệu chứng: Perioral (hồng miệng)—chợt đầu như tiếng ồn vùng yết hầu, dị cảm một bên lưỡi, mào và co giật co cứng vùng thấp của mặt và chi cùng bên và có thể tiến triển toàn thể. Nhiều lần có thể gây lú lẫn với động kinh toàn thể.	- Chống co giật không nên kê toa thuốc ý sau co giật đầu tiên. Nếu tái diễn Carbamazepine (10-20 mg/kg/ngày), trong ít nhất 2 năm đến khi 14 đến 16 tuổi. - Một vài trường hợp có thể dứt đột, thử Sodium valproate (20-50 mg/kg/ngày). Co giật từng phần là kiểu phổ biến ở trẻ em với tiên lượng tốt.
--	--	--

Hội Chứng Lennox-Gastaut—EEG

 Hình 5.1.27: EEG—sóng gai thấp hội chứng Lennox-Gastaut Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Sóng gai thấp giữa hai cơn 1-2/s thấy trong hội chứng Lennox-Gastaut. Đặc trưng lâm sàng—tam chứng: (1) co giật cứng nhiều loại (nhìn chậm chạp - cơn vắng không điển hình, ngã - co giật co cứng, giật mạnh - giật cơ) (2) EEG sóng gai chấn trong lúc tỉnh, và (3) suy giảm tinh thần. Bắt đầu lúc 3-4 tuổi hay có thể là sự tiếp tục của hội chứng West.	Valproic acid hay benzodiazepines có thể giảm tần số hay mức độ co giật. Lamotrigine, topiramate và levetiracetam có thể hiệu quả. Vài trường hợp hiếm—chế độ ăn kiêng ketogenic nên được xem xét cho bệnh nhân co giật và kháng trị với thuốc. Cắt thùy chày sẽ giúp giảm đợt tái phát.
---	--	---

Hình Ảnh	Chẩn Đoán	Xử Trí
 Hình 5.1.28: Co cứng Cơ <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Co cứng Cơ: Một trong những kiểu phổ biến nhất của co giật trong hội chứng Lennox-Gastaut thêm vào tam chứng (nhìn chăm chăm • cơn vắng không điển hình, ngã • co giật co cứng, giật mạnh • giật cơ) được mô tả trên. Co giật co cứng toàn thể hay khu trú có thể xuất hiện trước khởi phát của động kinh giật cơ.	Phẫu thuật cắt thể chai có thể giảm co cứng.

Xơ Hóa Thái Dương (MTS)

 Hình 5.1.29: MRI—Xơ hóa thái dương (MTS) với CPS (co giật từng phần phức tạp) <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Tăng tín hiệu bất thường ở hồi hải mã trái (mũi tên), so với hồi hải mã bình thường bên phải. Thấy ở trẻ em co giật từng phần phức tạp. Xơ hóa thái dương (MTS). Hồi hải mã nhỏ với tăng tín hiệu trên xung T2; thủy thái dương nhỏ; phì đại sừng thái dương. Bệnh sử sốt co giật vài lần.	Phẫu thuật được xem xét cho trẻ có co giật từng phần không đáp ứng với thuốc chống co giật. Mô gồm cắt thủy thái dương trước trong hay loại bỏ có giới hạn hơn hồi hải mã nằm dưới và hạnh nhân. Ghi EEG kéo dài với video theo dõi, được bổ sung bởi test tâm thần kinh, test Wada (tiêm amobarbital trong DM cảnh để hình thành bán cầu ưu thế), SPECT và PET là test đánh giá trước mổ.
--	--	---

Não Nhỏ

 Hình 5.1.30A và B: Não nhỏ và MRI có nhân não tạo nang <i>Hình: Anandakesavan, Thrissur</i>	Não nhỏ: Nó có thể nguyên phát (gia đình, bất thường NST), hẹp xương sọ hay thứ phát (ngạt lúc sinh, do thuốc...) CT trẻ bị ngạt lúc sinh nặng và não nhỏ cho thấy nhiều nang hai bên (nhũn não tạo nang).	Xác định nguyên nhân não nhỏ cung cấp tham vấn chính xác, tham vấn gia đình và di truyền hỗ trợ. Nó cũng chậm phát triển tâm thần. Vì thế hỗ trợ bằng những chương trình thích hợp sẽ cung cấp sự phát triển tối đa cho trẻ. Nếu não nhỏ do hẹp xương sọ, điều trị có thể là phẫu thuật mở các rãnh sọ để não phát triển bình thường (ở nữ nhi nhỏ hơn 6 tháng).
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 5.1.31: Sụp mí hai bên <i>Hình:</i> Anoop Verma, Raipur	Rối loạn tự miễn. Sụp mí là dấu hiệu nổi bật và rõ ràng nhất. Mọi cơ bắt đầu ở cơ mắt và cổ. Yếu mắt thường hai bên. Yếu hàm, khẩu cái mềm và hầu làm nổi khô và khó nuốt.	• Chẩn đoán: X-quang ngực tìm u tuyến ức. EMG với kích thích lặp lại, cơ đáp ứng ít với tăng sụp mí. • Prostigmine được tiêm 4-5 lần/ngày, hay pyridostigmine 15 mgm uống, thuốc ức chế miễn dịch: Prednisone, cyclosporine và azathioprine được dùng. Bệnh nhân chủ yếu được điều trị kết hợp những loại thuốc này với thuốc ức chế cholinesterase.

Cơ Giật Động Mắt

 Hình 5.1.32: Cơ giật động mắt <i>Hình:</i> PAM Kunju, Trivandrum	Loạn trương lực cơ do thuốc cấp tính xảy ra trong vòng 24h sau uống thuốc, tổng quát do metoclopramide hay prochlorperazine, mặc dù bất kỳ phenothiazine hay chống loạn thần liên quan có thể có tác dụng trên. Biểu hiện gồm—tư thế Bizarre của mắt (nhân nhỏ liên tục), mắt (con động mắt), hàm (khít hàm), loạn trương lực lưỡi, cổ (trẹo cổ), thân mình (veo cột sống).	• Phản ứng cấp tính thường tự giới hạn hay đáp ứng điều trị với kháng cholinergic như tiêm benztropine hay Promethazine. Hồi ý kiến khi nói cử động cấp tính thì tự giới hạn—vì thể chỉ đến 24h. • Hội chứng Parkinson do thuốc khi dùng haloperidol với múa giật Sydenham có thể được quản lý bởi trihexyphenidyle.
--	--	---

Hội Chứng Rett

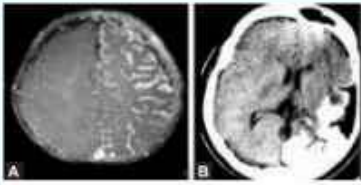
 Hình 5.1.33: Hội chứng Rett—cử động rửa tay <i>Hình:</i> PAM Kunju, Trivandrum	1. Mất cử động cử động chủ ý bàn tay, cử động rửa tay. 2. Phát triển thoái lui (tự kỷ) 3. Teo não mắc phải. Luôn ở nữ. Chẩn đoán: Đặc trưng lâm sàng + kiểm tra phân tử di truyền với đột biến MECP2. Các giai đoạn: I—Khởi phát sớm 6/12 tháng đến 1½ năm II—Thoái triển nhanh 1-3 năm III—Giai đoạn giả dừng IV—Thoái triển vận động muộn.	Tiếp cận đa cách thức: gồm điều trị triệu chứng và thuốc hỗ trợ, liệu pháp vật lý, nghề nghiệp, và giọng nói; với cơ giật dùng thuốc chống động kinh; với suy giảm vận động muộn (giai đoạn IV), L-dopa với gồng cứng; naltrexone để ổn định nhịp thở bất thường trong veo cột sống.
--	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tổn Thương Dạng Vòng		
 Hình 5.1.34A và B: Tổn thương dạng vòng <i>Hình: Anoop Verma, Raipur</i>	Chú Ý: Tổn thương hình nhẫn trên CT/MRI. Tổn thương phân biệt gồm: • U lao • Nang cysticer hệ thần kinh • Abscess não • Di căn • U thần kinh đệm • Nhồi máu bán cấp/chảy máu/đụng dập • Thoái hóa myelin (vòng mờ) • Hoại tử tia xạ • Thay đổi sau phẫu thuật.	Tùy vào nguyên nhân. U lao—ATT với steroid. Cysticercosis—Albendazole 15 mg/kg × 2 tuần. Thuốc chống động kinh.

Hội Chứng Sturge-Weber

 Figure 5.1.35: Hội chứng Sturge-Weber <i>Hình: Ritesh Shah, Surat</i>	Trẻ 8 tháng tuổi với u mạch máu ở mặt ảnh hưởng chủ yếu phần trên mặt và trẻ có động kinh khu trú. Hội chứng Sturge-Weber đặc trưng bởi u mạch máu màng mềm, da mặt cùng bên, động kinh, yếu nửa người, nhức đầu, chậm phát triển là những biểu hiện thần kinh phổ biến.	Điều trị: quản lý đau và động kinh. Lựa chọn điều trị với u mạch máu mặt gồm liệu pháp laser dùng sóng laser màu xung đa dạng, cũng như xung ánh sáng mặt. Cần nhắc điều trị glaucoma.
--	---	---

Hội Chứng Sturge-Weber—MRI, CT

 Hình 5.1.36A và B: (A) Hội chứng Sturge-Weber—MRI; (B) Hội chứng Sturge-Weber—CT Scan <i>Hình: Ritesh Shah, Surat PAM Kunju, Trivandrum</i>	(A) MRI của trẻ với SWS. U mạch máu màng mềm cùng bên tổn thương toàn bộ bán cầu trái. Thường tổn thương vùng đỉnh chẩm. Dấu chứng khác trên hình ảnh học thần kinh gồm calci hóa nội sọ cùng bên (B) “Dấu tram-track” đậm độ calci trong sọ.	Hầu hết bệnh nhân có giắt đạt được kiểm soát với thuốc chống co giật thích hợp. Bệnh nhân kháng trị nên được cân nhắc cân nhắc cắt bỏ thùy hay bán cầu.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Hình 5.1.37A và B: (A) Xơ cứng củ trên MRI với củ; (B) Xơ cứng củ CT với u TB hình sao TB không lồ dưới nội mô. Hình: Ritesh Shah, Surat PAM Kunju, Trivandrum	(Hình 5.1.37A) MRI não trong phức hợp xơ cứng củ cho thấy củ ở vỏ não (mũi tên ngang) và nốt dưới nội mô (mũi tên đứng). Dấu chứng khác gồm u TB hình sao TB không lồ dưới nội mô (Hình 5.1.37B) và calci hóa nốt.	Phức hợp xơ cứng củ ảnh hưởng chủ yếu hệ cơ quan và điều trị đa dạng theo biểu hiện của cơ quan. Liên quan đến thần kinh, động kinh và rối loạn hành vi là 2 điều trị chủ yếu. Vigabatrin đặc biệt hiệu quả trong co thắt nhũ nhĩ. Phẫu thuật động kinh có vai trò tổng quản lý bệnh nhân được lựa chọn. Sự phát triển của u TB hình sao tế bào khổng lồ dưới nội mô được quan sát.

Xơ Cứng Củ—Da

Hình 5.1.38A và B: Xơ cứng củ Hình: Ritesh Shah, Surat PAM Kunju, Trivandrum	Dát giảm sắc tố (dát Ashleaf) (Hình 5.1.38A) trên mông ở trẻ co giật nhũ nhĩ và phức hợp xơ cứng củ. Dấu chứng khác trên da ở TS gồm mảng da cá mập và u tuyến bã nhờn. (Hình 5.1.38B) Động kinh là triệu chứng biểu hiện chủ yếu ở trong phức hợp xơ cứng củ (80-90%).	Phức hợp xơ cứng củ ảnh hưởng chủ yếu hệ cơ quan và điều trị đa dạng theo biểu hiện của cơ quan. Liên quan đến thần kinh, động kinh và rối loạn hành vi là 2 điều trị chủ yếu. Vigabatrin đặc biệt hiệu quả trong co thắt nhũ nhĩ. Phẫu thuật động kinh có vai trò tổng quản lý bệnh nhân được lựa chọn. Sự phát triển của u TB hình sao tế bào khổng lồ dưới nội mô được quan sát.
---	--	--

Hội Chứng West EEG—Loạn Não

Hình 5.1.39: EEG—Loạn não Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Loạn não gồm kiểu hỗn loạn sóng điện thế cao, không đồng bộ hai bên, hoạt động sóng chậm với nhiều gai nhọn và đa gai. EEG này với suy giảm tinh thần và co giật nhũ nhĩ góp phần vào tam chứng của hội chứng West. Bắt đầu giữa 4 - 8 tháng. Ba loại co thắt nhũ nhĩ: gấp, duỗi, hỗn hợp.	Adrenocorticotrophic hormone (ACTH)—thuốc được ưu tiên. ACTH, 20 U/ngày tiêm trong cơ (TB) trong 2 tuần, và nếu không đáp ứng, tăng liều lên 30 sau đó 40 U/ngày IM thêm 4 tuần. Vigabatrin trong co thắt nhũ nhĩ của xơ cứng củ. Co thắt thị trường liên tục được báo cáo.
--	---	--

5.2 BỆNH LÝ ÍT GẶP

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 5.2.1A và B: Vô não <i>Hình: Anandakesavan, Thrissur</i>	Hình 5.2.1A) Vô não: Bàn cầu đại não, tiểu não. Tuyến yên thì giảm sản và bỏ thấp tủy sống thì không có. Bất thường như khiếm khuyết tai, chẻ đôi khẩu cái và bệnh tim bẩm sinh thường kèm theo. (Hình 5.2.1B) Chiều xuyên chỗ thoát vị màng não, cho thấy không thấy mô não bên trong.	Phòng ngừa: Vợ chồng có con vô não nên được theo dõi thai sản kĩ gồm chọc ối, đo nồng độ AFP và chuỗi USG.

Hội Chứng Dandy-Walker

 Hình 5.2.2A và B: Hội chứng Dandy-Walker đầu to <i>Hình: Anandakesavan, Thrissur</i>	(A) Đầu to. (B) Ưu thể chẩm). CT scan cho thấy thiếu sản tiểu não và nang ở hố sau. Hình dạng đầu có thể đưa gợi ý chẩn đoán như trong trường hợp này. Ví dụ khác là đầu vuông hay hình hộp (nang bạch huyết dưới màng cứng), ưu thể trán (hẹp cống não) và dị dạng Chiari lớn đồng nhất với đầu nước thông thường.	Đặt VP shunt nếu có đầu nước, liệu pháp vật lý, giọng nói hay giáo dục chuyên biệt cho người có khiếm khuyết liên quan.
--	--	--

Loạn Dưỡng Cơ Mặt-Vai-Cánh Tay-1

 Hình 5.2.3: Loạn dưỡng cơ mặt-vai-cánh tay <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Biểu hiện điển hình của vai, xương đòn hướng xuống, và phình to vùng cổ thang, do xương vai được thay thế lên trên. Yếu mặt biểu hiện bởi bầu môi. Cơ nhị đầu, tam đầu yếu và cơ căng tay ít tổn thương (dẫn đến biểu hiện "Popeye").	Hỗ trợ, vật lý trị liệu thường xuyên. Cố định xương vai, chỉnh dị dạng cánh tay có hiệu quả.
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Loạn Dưỡng Cơ Mặt-Vai-Cánh Tay-2		
	Biểu hiện điển hình của vai, xương đòn hướng xuống, và phình to vùng cổ thang, do xương vai được thay thế lên trên. Yếu mặt biểu hiện bởi bầu môi. Cơ nhị đầu, tam đầu yếu và cơ cẳng tay ít tổn thương (dẫn đến biểu hiện "Popeye").	Hỗ trợ, vật lý trị liệu thường xuyên. Cố định xương vai, chỉnh di dạng cẳng tay có hiệu quả

Hình 5.2.4: Loạn dưỡng cơ mặt-vai-cánh tay
Hình: PAM Kunju, Trivandrum

Toan Máu Glutaric Type I

	Thiếu glutaryl-coenzyme A dehydrogenase; nhũ nhũ lớn não, thoái triển não cấp, và mùa giết mùa vón tiền triển. Bại não thường chẩn đoán lâm; toan chuyển hóa, tiểu glutaric, 3-hydroxyglutaric, 3-hydroxybutyric, và acetoacetic acids được tìm thấy.	Uống carnitine, bổ sung Riboflavin, đột biến GCDH gene có thể phát hiện trước sinh.
--	---	---

Hình 5.2.5: Toan máu Glutaric type I
Hình: PAM Kunju, Trivandrum

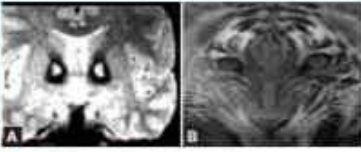
Toan Máu Glutaric Type I—MRI

	Thiếu dưỡng đại não, chủ yếu thủy trái thái dương, rãnh bên rộng (mũi tên vàng), giảm đậm độ tín hiệu của nhũ nhũ, máu tụ dưới màng cứng hai bên trán (mũi tên xanh).	• Chế độ ăn ít protein (hạn chế tryptophan và lysine) Uống carnitine, bổ sung Riboflavin. • Chẩn đoán trong tử cung bằng siêu âm thai với dẫn rãnh bên ở tam cá nguyệt 3rd hay phân tích DNA ở cuối tam cá nguyệt 1st hay 2nd.
--	---	--

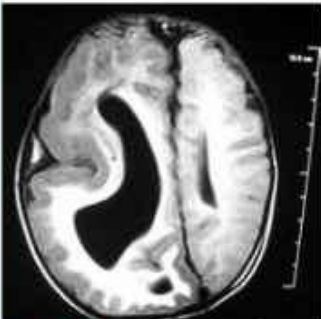
Hình 5.2.6: Toan máu Glutaric type I
Hình: PAM Kunju, Trivandrum

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Bệnh Hallervorden-Spatz  Hình 5.2.7A và B: Bệnh Hallervorden—Spatz <i>Hình: PAM Kunju, Trivendrum</i>	Thoái triển thần kinh do pantothenate kinase (PKAN)—gồng cứng tiến triển, đầu tiên ở chân. (Hình 5.2.7A) Sau đó ở tay với loạn trương lực nặng và co cứng bất động. (Hình 5.2.7B) Đặc trưng khác gồm múa vờn và loạn vận ngôn. Chết trong 5 - 10 năm. Do tích tụ sắt ở não. Bấy giờ được nhóm vào thoái triển thần kinh với tích tụ sắt trong não (NIBA).	Điều trị loạn trương lực, bơm baclofen, uống trihexyphenidyl, và kích thích não sâu.

Bệnh Hallervorden-Spatz—MRI

 Hình 5.2.8A và B: Dấu “mắt hổ” <i>Hình: PAM Kunju, Trivendrum</i>	MRI T2W đứng ngang—Dấu “mắt hổ”: MRI vùng tăng đậm độ xung quanh vùng giảm đậm độ ở bên nhất (GP). Chẩn đoán: Đặc trưng MRI + nghiên cứu di truyền cho thấy bất thường gene PANK 2, locus 20p13.	• Phân biệt với T2 tín hiệu thấp của GP—lipofuscinosis dạng sập của TB thần kinh, fucosidosis và GP tín hiệu cao—hội chứng toàn máu methyl malonic Kearn-Sayre và bệnh não thiếu oxy. • Điều trị: với PKAN, dù tích tụ sắt ở GP, chelate hóa sắt không hiệu quả. Tiêm nâng bổ sung pantothenate. Mô cầu nhát stereotactic trong trường hợp nặng.
---	---	---

Phì Đại Một Bán Cầu Não—Hội Chứng Đường Châm Tuyến Nhờn—MRI

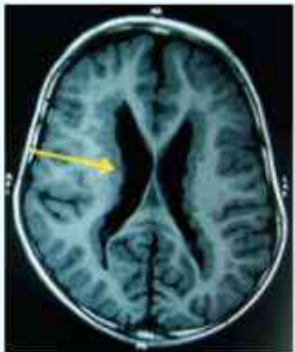
 Hình 5.2.9: Phì đại một bán cầu não MRI <i>Hình: PAM Kunju, Trivendrum</i>	MRI cho thấy bất thường hồi não, lớn não thất, “dấu chấm” (thay thế của thủy dịch ngang đường giữa), và tăng thể tích và tín hiệu T chất trắng, ngoài ra tăng kích thước toàn bộ bán cầu não. Đặc trưng lâm sàng (Hình 5.2.10)	• Tìm các hội chứng: • NF 1 • Xơ cứng củ • Klippel-Trenaunay-Weber Proteus • Hemihypomelanosis của Ito • Hội chứng chậm thương bì • Co giật có thể dùng nhiều thuốc chống co giật và nếu phẫu thuật cắt nửa bán cầu không thành công.
--	---	---

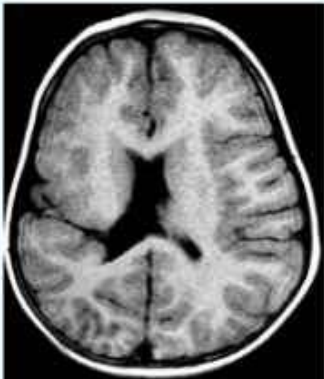
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 5.2.10: Hội chứng đường chàm tuyến nhờn Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Đường chàm tuyến nhờn (mảng không tóc ở da đầu và mặt phải, bất thường mắt, dị tật xương và CHD) MRI cho thấy bất thường xoay vòng, lớn não thất, “đầu chàm” (thay thế của thùy chàm ngang đường giữa), và tăng thể tích và tín hiệu T chất trắng, ngoài ra tăng kích thước toàn bộ bán cầu não.	• Tìm các hội chứng: • NF 1 • Xơ cứng củ • Klippel-Trenaunay-Weber Proteus • Hemihypomelanosis của Ito • Hội chứng chàm thương bì • Co giật có thể dùng nhiều thuốc chống co giật và nếu phẫu thuật cắt nửa bán cầu không thành công.

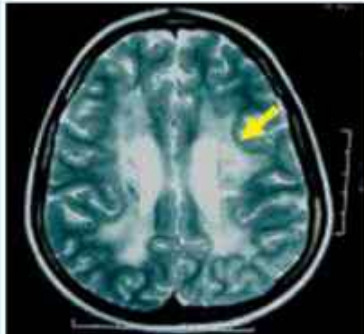
Lạc Chỗ

 Hình 5.2.11: Lạc chỗ dưới vỏ Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Lạc chỗ chất xám: Nhóm chất xám được đặt ở vị trí vùng chất trắng, do di cư giữ lại của các neuron tới vỏ. Chia làm 3 loại: dưới vỏ, dưới tế bào nội mô, và dải lạc chỗ (còn gọi là 2 vỏ não). MRI chỉ vùng lạc chỗ là vùng của đậm độ chất xám. Nó có thể xác định ở bất kỳ chỗ nào của chất trắng hay nhô vào trong não thất từ vùng trung gian quanh não thất. Triệu chứng thay đổi từ bình thường đến chậm phát triển trầm trọng, co giật hay suy giảm tinh thần.	Điều trị bằng thuốc chống co giật. Không chỉ định phẫu thuật ngoại trừ cắt thể chai nếu co giật khó chữa.
--	--	--

Nốt Lạc Chỗ Quanh Não Thất

 Hình 5.2.11: Nốt lạc chỗ quanh não thất. Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Nốt lạc chỗ quanh não thất. MRI T1W ngang cho thấy nốt chất xám liên tục viền thành não thất. Rối Loạn của Di Cư Neuron 1. Nguyên bào thần kinh không bao giờ bắt đầu di cư từ vùng quanh não thất tạo ra nốt lạc chỗ quanh não thất, 2. Di cư, bắt giữ ở lớp dưới vỏ chất trắng, tạo ra mảnh lạc chỗ dưới vỏ và 3. Nguyên bào thần kinh chạm đến vỏ nhưng thiếu chính xác, dẫn đến bất thường hồi não, như là không hồi não hay hồi não rộng.	Quản lý bằng thuốc chống co giật. Không chỉ định phẫu thuật ngoại trừ cắt thể chai.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Nứt Não  Hình 5.2.13: Nứt não Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Hình này cho thấy khe nứt được chèn đầy dịch não tủy bên mở rộng từ não thất đến ngoại vi. Trường hợp nứt não là một rối loạn của sự di cư neuron đặc trưng bởi khe nứt được chèn đầy dịch não tủy, được viền bởi chất xám. Khe nứt kéo dài từ não thất (nội mô) đến ngoại vi (màng mềm). Khe nứt có thể một bên hay hai bên, có thể đóng hay mở. Trong bệnh lỗ não, mô sẹo và chất trắng thì rõ ràng, nhưng trong khe nứt, nó được viền bởi mô não.	Hiện tại, không thể chữa khỏi, nhưng mục tiêu điều trị là quản lý triệu chứng. Điều trị có thể gồm: • Chống co giật • Đặt shunt dẫn lưu dịch • Phẫu thuật cắt bỏ mô não xấu xung quanh khe nứt.
Tràn Dịch Toàn Não  Hình 5.2.14A và B: Tràn dịch toàn não Hình: PAM Kunju, Trivandrum	(Hình 5.2.14A) Chiếu sáng xuyên thóp với gương mặt điển hình. (Hình 5.2.14B) CT scan cho thấy mất bán cầu đại não (do tắc ĐM cảnh trong hai bên trong tử cung). Lưu ý thân não còn lại và tiểu não được cấp máu bởi tuần hoàn sau.	VP shunt ngăn ngừa sự lớn dần khối sọ. Co giật được quản lý với AEDs.
Không Hối Não  Hình 5.2.15: Không hối não Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Không hối não: Não trơn do sự di cư neuron khiếm khuyết trong tuần 12th đến 24th của thai kỳ. Không hối não hay hối não rộng, vỏ não dày, và rãnh bên nằm ngang cho hình 8 bề mặt.	Cần thiệp và kích thích sớm với OT và PT. Co giật khó chữa có thể được kiểm soát với ACTH và nhiều loại thuốc. Nếu đặt shunt dẫn lưu nước. Nhiễm trùng hô hấp thường xuyên và các biến chứng hệ thống được ghi nhận. Nếu nuôi ăn trở nên khó khăn, mô dạ dày đặt ống có thể được cân nhắc.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Loạn Dưỡng Chất Trắng Nhựa Sắc (MLD)		
	MLD-MRI T2 W MRI thấy tăng tín hiệu đối xứng quanh não thất (thoái hóa myelin) mà dư thừa các sợi U dưới vỏ. MLD biểu hiện ở nhũ nhi lớn, vị thành niên (khô phổi hợp tư thế, gồng cứng, bất lực, loạn vận ngôn và bệnh thần kinh ngoại biên), và MLD người lớn (rối loạn trí nhớ và tâm thần)	Hỗ trợ, vật lý và thuốc chống gồng cơ. Ghép tủy xương và enzyme (arylsulfatase). Thay thế đang cố gắng.
Hình 5.2.16: Loạn dưỡng chất trắng nhựa sắc <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>		

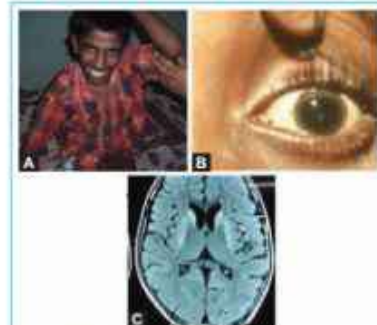
Bệnh Cơ của Mặt

	Bệnh cơ của mặt (sụp mí, giảm biểu hiện trên khuôn mặt, há miệng, nhìn mệt mỏi) gặp trong bệnh cơ bẩm sinh, loạn dưỡng cơ bẩm sinh. Loạn dưỡng trương lực cơ, bệnh cơ ti thể và loạn dưỡng cơ mặt vai cánh tay. Chẩn đoán bởi CK, EMG, sinh thiết cơ và phân tích di truyền.	Mục tiêu là phòng ngừa co cứng và di tật cơ và giữ cho bệnh nhân có thể đi lại được càng lâu càng tốt.. Thử nghiệm carnitine.
Hình 5.2.17: Bệnh Cơ của Mặt <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Liệt TK Quay  Hình 5.2.18: U thần kinh ngoại biên của thần kinh quay với cứng cổ tay. <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	U thần kinh ngoại biên của thần kinh quay với cứng cổ tay. Các tình huống sau có thể dẫn đến cứng cổ tay: Vết thương do đâm ở ngực ngay hay dưới xương đòn hay tổn thương lúc sinh phá hủy bó sau của đám rối cánh tay; gãy xương cánh tay; độc chì; dùng nang lâu dài, tổn thương tiêm, u thần kinh ngoại biên của thần kinh quay. Chú ý những điểm sau: 1. Yếu cơ cánh tay quay, cơ duỗi cổ tay và gấp ngón tay = sang thương thần kinh quay; 2. Yếu duỗi ngón tay và cổ tay nghiêng quay = sang thương thần kinh gian cốt sau; 3. Yếu cơ tam đầu, cơ duỗi và gấp các ngón = sang thương C7,8; 4. Yếu toàn thể cơ chi trên chủ yếu deltoid, tam đầu, duỗi cổ tay và duỗi ngón tay = sang thương vô gai.	• Chẩn đoán: Tốc độ dẫn truyền thần kinh; film thẳng có thể giúp xác định xương và chỗ gãy; MRI trong một số trường hợp. • Xử trí: Loại bỏ khối u trong bao và tái tạo thần kinh. Xử trí chung trong liệt thần kinh— Vật lý và thanh nẹp hình ống (nẹp được sử dụng để bắt động cổ tay và để các ngón tay tự do) sẽ ngăn ngừa sự co bóp trong thời gian dài.

Chia Sẻ Ca Lam Sang

Bệnh Wilson—Vấn Đề Thần Kinh



Hình 5.2.19A tới C: Bệnh Wilson
Hình: PAM Kunju, Trivandrum

(Hình 5.2.19A) Bệnh Wilson; cười chăm bém; nhãn mắt và rối loạn trương lực chi trên.

(Hình 5.2.19B) Vòng Kayser-Fleischer, tích tụ vàng nâu của đồng ở màng descemet giác mạc.

(Hình 5.2.19C) MRI tăng tín hiệu ở nhân bên và đuôi nhân của hạch nền. Triệu chứng thần kinh có thể là thay đổi lời nói, nước dãi, và rối loạn chức năng vận động, và thay đổi tính thần. Múa giật rung, rối loạn trương lực, và suy giảm tiểu não là những biểu hiện sớm nhất. Dấu chứng MRI khác — “mặt gấu trúc”, trong thần não và dấu “nhân trước tường sáng”.

Chẩn đoán bằng ceruloplasmin huyết thanh (giảm), lượng đồng nước tiểu 24h (tăng, điển hình quá 100mg/24h), kiểm tra đèn khe vòng Kayser-Fleischer và sinh thiết gan với mô học và thành phần đồng. Xử trí: chia thành cấp (với Penicillamine) và liệu pháp duy trì sự sống lâu dài (với Trientine và Zinc). Hoạt động ceruloplasmin oxidase và nồng độ đồng huyết thanh tự do nên được theo dõi để ngăn ngừa thiếu hụt đồng do điều trị.

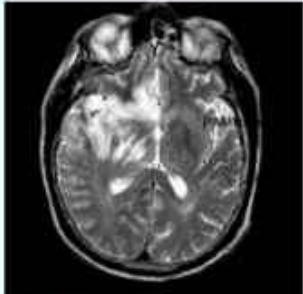
5.3 CẤP CỨU THẦN KINH

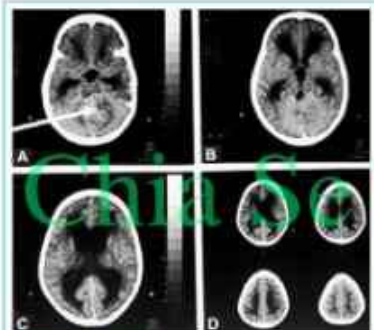
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Âm thổi ở sọ—Dị dạng TM Galen (VGM)		
 Hình 5.3.1A và B: Dị dạng TM Galen với âm thổi <i>Hình: Anandakesavan, Thirissur</i>	(Hình 5.3.1A) Nghe ở sọ: Âm thổi có thể nghe được ở thóp trước, vùng thái dương và ổ mắt; thấy trong AVM, dị dạng TM Galen, (hình 5.3.1B) Bướu mạch máu và tăng áp lực nội sọ. Điện hình, ở thời kì nhũ nhi, VGM biểu hiện với suy tim, và âm thổi ở sọ. Đầu nước có thể là đặc trưng hiện diện ở nhũ nhi lớn.	Nếu hỗ trợ thông khí và tổ chức quản lý tích cực việc suy tim. Đầu nước cấp—VP shunt. Liệu pháp tắc mạch, gồm cả catheter chọn lọc và truyền tắc động mạch nuôi bằng keo hay vi coil.

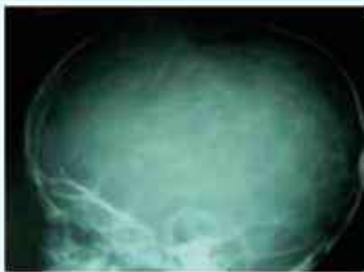
Gồng Mất Vó và Gồng Mất Não

 Hình 5.3.2A và B: Gồng mất vó và gồng mất não <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	Thuật ngữ mô tả cử động rập khuôn của tay và chân xảy ra tự ý hay được tạo ra với kích thích ở trẻ hôn mê, duỗi khuỷu và cổ tay với sấp cẳng tay (mất não, hình 5.3.2A) chỉ điểm tổn thương đường vận động ở trung não hay đuôi gian não. Gấp khuỷu và cổ tay và ngửa tay (mất vó, hình 5.3.2B) gợi ý tổn thương hai bên phần cao tủy đến trung não.	Hôn mê cần sự chú ý ngay lập tức. Vì thế bác sĩ phải dùng cách tiếp cận có tổ chức. ABC nên được thực hiện đầu tiên để đánh giá thần kinh. Sau đó chẩn đoán mức độ nặng và bản chất hôn mê. Nếu nguyên nhân hôn mê rõ ràng, tổ chức điều trị thích hợp. Mục tiêu trước mắt là ngừa tổn thương thần kinh trung ương lâu dài. Hạ huyết áp, hạ đường huyết, tăng calci máu, thiếu oxy, tăng CO₂, và tăng nhiệt độ nên được xử trí đúng.
--	---	--

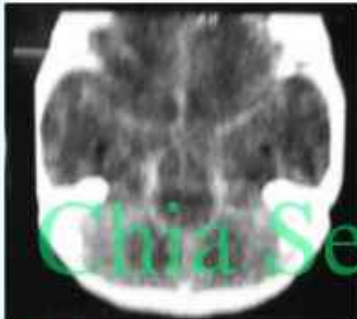
Hình Ảnh Viêm Não Herpes

 Hình 5.3.3: Viêm não Herpes <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	MRI T2W cho thấy sự tăng tín hiệu tương ứng với thay đổi phù ở thùy thái dương, sau thùy trán. Dấu chứng MRI khác: nhu mô lốm đốm hay phi đại các hồi, lan tỏa giới hạn và giảm tỷ lệ N-acetyl aspartate (NAA)/choline là những đặc trưng hỗ trợ khác.	- Bắt đầu liệu pháp acyclovir kinh nghiệm (tốt nhất trong 24h) nếu nghi ngờ HSE. - Acyclovir liều 10 mg/kg TM mỗi 8 giờ ở trẻ và 20 mg/kg (60 mg/kg/ngày) ở sơ sinh là khuyến cáo hiện nay cho HSE - Xử trí tăng áp lực nội sọ, co giật,... được bắt đầu.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Viêm Não Nhật Bản 	(Hình 5.3.4A) Bệnh nhân sốt, thay đổi cảm giác, rối loạn trương lực và múa giật (bình 5.3.4B) CT thấy giảm đậm độ hạch nền— dấu “Panda không lỗ”. Viêm não Nhật Bản-do động vật chân khớp (muỗi) Flavivirus gây viêm não cấp; tiền triệu hội chứng viêm không đặc trưng, tiến triển thành mất phương hướng và hôn mê. Rung, co giật và dấu thần kinh khu trú. CT và MRI có thể bình thường hay phù lan tỏa. Tổn thương đối thị hai bên thường có chảy máu nếu là JE. Dịch não tủy và hóa sinh để xác định nguyên nhân virus giúp chẩn đoán.	Điều trị chủ yếu là hỗ trợ. Cách phòng ngừa là quản lý vecto, vaccine và tự bảo vệ.
Hình 5.3.4A và B: Viêm Não Nhật Bản Hình: PAM Kunju, Trivandrum		
U Nguyên Bào Tủy với Não Ung Thủy 	U nguyên bào tủy (khối u hồ sau) (mũi tên) với não ung thủy, và chèn ép thần não. Khối đặc ở não thất 4th, tăng đậm độ với hoại tử trong u, dẫn não thất bên và 3rd.	• Cấp cứu (Mannitol, Frusemide,...) hay phẫu thuật (mở sọ) để cứu sống bệnh nhân • Đặt VP shunt cấp cứu theo sau là phẫu thuật điều trị phối hợp đa mô thức. • Xa trị nếu >5 năm. Khi có thể cấy trong thần kinh, đánh giá trước mổ toàn bộ trục thần kinh được yêu cầu.
Hình 5.3.5A tới D: Bệnh cơ của mắt Hình: PAM Kunju, Trivandrum		
Giả Suy Tuyến Cận Giáp 	(Hình 5.3.6A) Ngăn xương bàn chân 3rd và 4th. (Hình 5.3.6B) Calci hóa hạch nền. Trẻ với uốn ván và co giật toàn thể Bệnh sử cũ động bất thường Khám: Ngăn xương bàn tay bàn chân 3rd và 4th. Gặp trong giả suy tuyến cận giáp. CT cho thấy não bị calci hóa chủ yếu hạch nền.	• Calci tiêm mạch, điều trị hỗ trợ và bổ sung Vit D • Nếu tình trạng co giật xử trí với lorazepam và nếu không được kiểm soát phenytoin sau đó phenobarbitone/valproate tiêm mạch.
Hình: Anandakesavan, Thrissur		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Về Mặt “Bạc”—Tăng áp lực nội sọ  Hình 5.3.7: Về mặt “Bạc” <i>Hình: Anandakesavan, Thrissur</i>	X-quang xương sọ trẻ bị đau đầu và nôn cho thấy biểu hiện bạc và xói mòn mẫu giường sọ. Dấu hiệu khác gồm giãn khớp sọ và lõm rãnh hố yên. Những nguyên nhân thường gặp là ICSOL, abscess não và những nguyên nhân khác của tăng ICT.	Cấp cứu (Mannitol, Frusemide,...) hay phẫu thuật (mở sọ) để cứu sống bệnh nhân

Chảy Máu Dưới Nhện

 Hình 5.3.8: Chảy máu dưới nhện <i>Hình: PAM Kunju, Trivandrum</i>	CT thấy tăng đậm độ (trắng) ở khoang dưới nhện và bề mặt quanh gian não. Nguyên nhân phổ biến ở trẻ là chấn thương. Các nguyên nhân khác gồm chảy máu từ túi phình dạng túi, dị dạng mạch máu, thông nối động tĩnh mạch màng cứng và tiến triển của chảy máu trong não nguyên phát.	Điều trị tập trung bảo vệ đường thở, xử trí huyết áp trước và sau khi điều trị túi phình, ngừa chảy máu lại, xử trí co mạch, điều trị đau nước, giảm natri máu, và ngừa thuyên tắc phổi. Túi phình có thể được kẹp với phẫu thuật viên thần kinh hay “coil” bởi can thiệp nội mạch.
--	---	--

Thoát Vị Hài Mã

 Hình 5.3.9: Liệt dây 3rd <i>Hình: Anandakesavan, Thrissur</i>	Trường hợp liệt dây 3rd thấy sụp mí một phần với buồn ngủ tiến triển. Có ý nghĩ nhìn mờ do thiếu dưỡng thần kinh thị. MRI thấy xuất tiết nền, u lao Rt và đầu nước với thoát vị hải mã - đẩy mạnh của hồi thái dương trước trong (hải mã) vào lều chỉ ở phía trước và kê cân thần não dẫn đến liệt dây 3rd.	- Nội khí quản cấp cứu, và tăng thông khí, chống phù (Mannitol, Frusemide,...) hay phẫu thuật giải chèn ép (mở sọ) cứu sống. - Trường hợp lao màng não - giai đoạn III. Điều trị hỗ trợ, corticosteroid và ATT sẽ làm cho bệnh không tiến triển, nhưng sang thương còn lại sẽ ở đó trong hơn 50% trường hợp.
--	---	---

5.4 HỘI CHỨNG

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Hội Chứng Apert—Mặt		
	Hẹp sọ di truyền rải rác (hiếm AD). Mặt- bất đối xứng và lồi mắt nhẹ. Đặc trưng bởi dính ngón 2nd, 3rd và 4th (và cũng có thể ngón chân). Tất cả bệnh nhân calci hóa tiền triển và dính xương bàn tay, bàn chân và cột sống cổ.	Phẫu thuật thẩm mỹ
Hình 5.4.1: Hội chứng Apert. Hình: Anandakesavan, Thrissur		
Hoàng Điểm Anh Đào		
	Hoàng điểm anh đào; 2 đường kính đĩa bệnh tới đĩa thị. Ở bệnh nhân này đáp ứng giật mình mạnh với không to cơ quan gợi ý bệnh Tay-Sachs. Bệnh thần kinh khác gồm sandhof, GM1 gangliosidosis, và sialidosis (hội chứng giật cơ hoàng điểm anh đào).	Tùy vào nguyên nhân. Nhìn chung, tất cả tình trạng có thể co giật giật cơ. Có thể xử trí với clonazepam/sodium valproate.
Hình 5.4.2: Hoàng điểm anh đào. Hình: PAM Kunju, Trivandrum		
Hội Chứng Cornelia de Lange		
	Ảnh của bé trai 17 tuổi chậm phát triển nặng và co giật có lông mày rậm mà gặp nhau ở đường giữa—Đặc trưng điển hình của hội chứng Cornelia de Lange. Đột biến dị hợp tử của NIPBL và SMC3 và đột biến dị hợp tử (phụ nữ) hay bán hợp tử (đàn ông) trong SMC1A dẫn đến hội chứng Cornelia de Lange. Hầu hết trường hợp lẻ tẻ do đột biến tái diễn.	Điều trị chính là co giật và các vấn đề hành vi. Theo mức độ chậm phát triển, giáo dục được khuyến cáo.
Hình 5.4.3: Hội chứng Cornelia de Lange Hình: Ritesh Shah, Surat		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 5.4.4: Hội chứng Cornelia de Lange Hình: Ritesh Shah, Surat	Hình của cùng bệnh nhân có hội chứng Cornelia de Lange thấy đặc trưng điển hình khác—đỉnh hay thiếu ngón.	Điều trị chính là co giật và các vấn đề hành vi. Theo mức độ chậm phát triển, giáo dục được khuyến cáo.

Đáy Mắt—Củ Mạch Mạc

 Hình 5.4.5: Đáy mắt—Củ mạch mạc Hình: Anandakesavan, Thiruvir	Thấy củ mạch mạc, chỉ tình trạng lao có thể được chẩn đoán mà không cần xét nghiệm thêm.	Lao
---	--	-----

Giảm Sắc Tố của Ito

 Hình 5.4.6: Giảm sắc tố của Ito Hình: Anoop Verma, Raipur	Giảm sắc tố của Ito đặc trưng bởi sự hiện diện của sang thương da giảm sắc tố dạng vằn thường kèm với co giật, suy giảm tinh thần, nghe bất thường, vấn đề về thị giác và xương khớp.	• Tìm phôi đại bản cầu não/dị dạng. • Điều trị co giật và bắt đầu chương trình kích thích nhũ nhi sớm.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 5.4.7: Nhiễm sắc thể bẩm sinh Hình: Anoop Verma, Raipur	Do thiếu hụt di truyền ở NST X. Biểu hiện lâm sàng: Nhũ nhi bị IP được sinh ra với đường sọc, vùng phồng rộp. Khi vùng đỏ lành, chúng chuyển thành bướu thỏ. Hậu quả, bướu này biến mất, nhưng để lại vùng da sẫm màu, gọi là tăng sắc tố. Sau vài năm, da trở về bình thường. Ở một số người lớn, có những vùng da sáng hơn (giảm sắc tố) - Đặc tính hệ thần kinh trung ương - Chậm phát triển - Liệt - Suy giảm tinh thần - Cơ giết cơ - Động kinh	Không có điều trị đặc hiệu. Điều trị nhằm hỗ trợ triệu chứng.
 Hình 5.4.8: Hội chứng Miller-Dieker Hình: PAM Kunju, Trivandrum	Hội chứng Miller-Dieker—đặc trưng mất. Trán ưu thế, mũi nhỏ và lệch, hẹp ở vùng tam giác, mắt cách nhau xa. Kèm với não mìn (Hình 5.2.15).	Kích thích sớm và can thiệp với OT và PT. Cơ giết khó trị có thể kiểm soát với ACTH và phối hợp thuốc. Nếu đau nước, đặt shunt. Nhiễm trùng hô hấp thường xuyên và biến chứng hệ thống có thể được ghi nhận. Nếu cho ăn khó, mở dạ dày.
 Hình 5.4.9: Khô da sắc tố Hình: Anandakesavan, Thrissur	Khô da sắc tố: Rối loạn nhiễm sắc thể thường (hiếm) Da thay đổi ghi nhận trong suốt giai đoạn nhũ nhi ở vùng tiếp xúc ánh nắng—đỏ da, tróc vảy, bóng nước, đóng vảy, giãn mao mạch, sưng hóa, biểu mô hóa, và ung thư tế bào nền hay tế bào vảy. Biểu hiện thần kinh: suy giảm tinh thần, não nhỏ, điếc thần kinh, thất điều, múa vờn múa giết.	- Bảo vệ khỏi ánh nắng bằng quần áo, mũ kiếng hay kem chống nắng. - Phát hiện sớm và loại bỏ tế bào ác tính. - Phát hiện trước sinh bằng cấy dịch ối. Gia đình bị ảnh hưởng có thể có. - Tham vấn di truyền.

Phần 6

Tim Mạch

Tác Giả

M Zulfiqar Ahamed

Nguồn Hình Ảnh

Babu George, Balu Vaidyanathan, C Indrani, Lalitha Kailas, M Zulfiqar Ahamed, PN Manju, Praveen Velappan, S Harikrishnan, S Sankar, S Sivasankaran, VH Sankar

- 6.1 Hối Bệnh Sử Và Thăm Khám Lâm Sàng
- 6.2 Các Bệnh Li Ở Tim
- 6.3 Các Trường Hợp Cấp Cứu
- 6.4 Các Hội Chứng

Mục Lục

6.1 HỘI BỆNH SỬ VÀ THĂM KHÁM LÂM SÀNG 95

- Helen Taussig 95
- Robert Gross 95
- Ngón Tay Dài Trỏ Và Tim 95
- Bệnh Kawasaki 96
- Cây Cầu Ở Atrium 96

6.2 CÁC BỆNH LÝ Ở TIM 96

6.2.1 X-Quang 96

- Động Mạch Vành Trái Xuất Phát Bất Thường Từ Động Mạch Phổi (ALCAPA) 96
- Hẹp Eo Động Mạch Chủ 97
- Chuyển Vị Đại Động Mạch D (TGA-d) 97
- Tất Tim Sang Phổi Và Đặt Máy Tạo Nhịp Qua Thượng Tâm Mạc 97
- Tim Sang Phổi Có Đảo Ngược Phù Tang 98
- Tim Sang Phổi Không Có Đảo Ngược Phù Tang 98
- Bệnh Cơ Tim Giãn (DCM) 98
- Hội Chứng Eisenmenger 99
- Tăng Áp Phổi Vô Căn (IPAH) 99
- Tim Sang Trái Có Đảo Ngược Phù Tang 99
- Đặt Thiết Bị Tại Chỗ Trong Cơn Ổng ĐM 100
- Tử Chứng Fallot (TOF) 100
- Nối Liên Hoàn Toàn Bất Thường Tĩnh Mạch Phổi (TAPVC) Ở Trên Tim Không Tắc Nghẽn 100

6.2.2 ECGs 101

- Máy Ghi ECG 101
- WPW Xen Kê 101
- Thông Sản Nhĩ Thất (AVSD) 101
- Bất Thường Ebstein 102
- Bất Thường Ebstein (Trẻ Mới Sinh) 102
- Hội Chứng QT Dài (LQTS) 102
- Teo Tật Van 3 Lá 103
- Hiện Tượng Wenckebach 103
- Hội Chứng Wolf-Parkinson-White (WPW) 103

6.2.3 Siêu Âm Tim 104

- Máy Siêu Âm Tim 104
- Hình Ảnh Siêu Âm 3D Thông Liên Thất 104
- Hội Chứng Khiếm Khuyết Van ĐM Phổi 105

- Giãn ĐM Vành Trong Bệnh Kawasaki 105
- Dòng Lỗ ASD Bằng Dụng Cụ 106
- Bất Thường Ebstein 106
- Hội Chứng Lutembacher 106
- Hẹp 2 lá (MS) 107
- Hở 2 lá — Do Thấp 107
- ASD Nguyên Phát với shunt T → P 108
- U Co Ở Thất Trái 108
- Tử Chứng Fallot (TOF) 108
- TAPVC Có Tắc Nghẽn 109
- Sùi Ở Van Động Mạch Chủ 109
- Viêm Cơ Tim Do Virus 109

6.2.4 Chụp Mạch/Lấy Mẫu Bệnh Phẩm 110

- Phóng Can Thiệp Tim Mạch 110
- Nong Van ĐM Phổi Bằng Bóng (BPV) 110
- Nong Van Hai Lá Bằng Bóng (BMV) 110
- Gây Tắc PDA Bằng Cuộn Dây 111
- Dò Đóng Tĩnh Mạch Phổi (PAVF) 111
- Dụng Cụ Đóng Vách (dụng cụ Amplatz) 111
- Mẫu Bệnh Phẩm Tim Một Thất 112

6.3 CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU 112

- Phóng Can Thiệp Tim mạch 112
- Phấn Ly Nhĩ Thất 112
- d-TGA Ở Trẻ Sơ Sinh 113
- TAPVC Có Tắc Nghẽn 113
- Con Nhịp Nhanh Trên Thất (SVT) 113

6.4 CÁC HỘI CHỨNG 114

- Một Thiếu Nữ Mặc Hội Chứng Turner 114
- Hội Chứng DiGeorge 114
- Hội Chứng Down Với Dị Tật Thông Sản Nhĩ Thất (AVSD) 115
- Hội Chứng Edward 115
- Hội Chứng Noonan 115

6.1 HỒI BỆNH SỬ VÀ KHÁM LÂM SÀNG

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Helen Taussig  Hình 6.1.1: Helen taussig Nguồn: Web collection	Helen Taussig (1898-1986) được coi là cha đẻ của ngành tim mạch học Nhi khoa. Bà làm việc tại Bệnh viện John Hopkins, USA. Tác phẩm đặt nền móng cho tim mạch nhi khoa của bà là 'Congenital Malformations of the Heart', được công bố năm 1947.	Bà nhấn mạnh ý tưởng đặt một shunt giữa động mạch hệ thống và động mạch phổi để cải thiện độ bão hòa oxy ở những trẻ TBS có tim. Alfred Blalock là phẫu thuật viên đã ứng dụng ý tưởng của bà vào thực hành và đã lần đầu tiên đặt shunt cho bệnh nhân Tử chứng Fallot (TOF), do đó gọi là shunt Blalock-Taussig-Thomas. Phẫu thuật được thực hiện vào năm 1944 trên một trẻ 11 tháng tuổi.

Robert Gross

 Hình 6.1.2A và B: Robert Gross Nguồn: Web collection	Robert Gross (1905-1988) là một phẫu thuật viên Nhi khoa làm việc tại Bệnh Viện Nhi Khoa Boston, USA. Ông là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật tim trên thể giới năm 1938 bằng cách thắt PDA ở một đứa trẻ rất yếu, đây cũng là bằng chứng để chẩn đoán TBS cho các bác sĩ Nhi khoa.	Dấu mốc lịch sử này đã đặt nền tảng cho can thiệp ngoại khoa đối với TBS. Dẫn đến sau đó là phẫu thuật đặt shunt BT năm 1944. Phẫu thuật sửa chữa tim sử dụng phương pháp tim phổi nhân tạo (mô tim) được thực hiện lần đầu tiên cho bệnh nhân ASD năm 1953.
--	---	---

Ngón Tay Dài Trống và Tim

 Hình 6.1.3: Ngón tay dài trống và tim Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Biểu hiện tim và dài trống rõ rệt ở hai tay. Tim sẽ rõ ràng nếu độ bão hòa oxy xuống khoảng 80 đến 85%, bình thường trên 95%. Tình trạng này gặp trong bệnh TBS có tim. Tim thường có đi kèm với ngón tay dài trống ở nhiều mức độ. Ngón tay dài trống mà không có tim trong bệnh lý tim mạch gặp trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.	Tất cả bệnh TBS có tim đều cần can thiệp phẫu thuật. Ở trẻ sơ sinh, ban đầu ổn định bằng oxy, prostaglandin E, thông vách liên nhĩ bằng bóng và đặt shunt để giảm triệu chứng. Sau đó, tiến hành phẫu thuật tim ở thời điểm thích hợp. Ngày nay 90% TBS có tim có thể được sửa chữa hoặc làm giảm nhẹ triệu chứng.
--	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Bệnh Kawasaki (KD)  Hình 6.1.4A đến C: bệnh Kawasaki Nguồn: M Zulfikar Ahmed, Lalitha Kailas	Cả bàn tay và bàn chân đều bị lột da cùng với phù ở bàn chân. Đây là những biểu hiện điển hình trên da của bệnh Kawasaki (KD). Phù xuất hiện sớm. Lột da muộn hơn—10 đến 14 ngày. KD đặc trưng bởi sốt kéo dài trên 5 ngày, thay đổi ở niêm mạc, viêm kết mạc không tạo mủ, nổi hạch cổ. Khoảng 20 đến 25% trường hợp sẽ có tổn thương mạch vành (CAL) nếu không điều trị sớm.	Lựa chọn điều trị cho KD là immunoglobulin tĩnh mạch (IVIG) 2 gm/kg chuyển trong 12 giờ. IVIG hạ thấp nguy cơ CAL từ 25% đến 5%. Ngoài ra, aspirin liều cao (60– 100 mg/kg/ngày) được cho ngay từ đầu, sau đó là aspirin liều thấp (5 mg/ kg). KD đang dần trở thành bệnh lý tim mạch phải phẫu thuật thứ hai ở trẻ em Ấn Độ, chỉ sau thấp tim (RF).

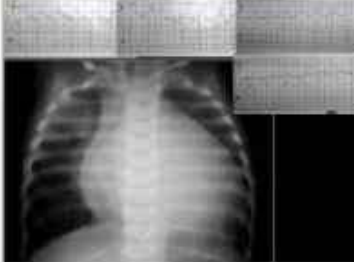
Cây Cầu Ở Arnheim

 Hình 6.1.5: Cây cầu Arnheim Nguồn: Tổng hợp	Cây cầu ở Arnheim, Hà Lan rất nổi tiếng ở hai vấn đề. Sự bao vây của quân Đức trong Thế Chiến Thứ 2 ở Tây Hà Lan gần Arnheim gây ra nạn đói lịch sử ở Hà Lan. Vào khoảng cuối cuộc chiến, Quân Đồng Minh đã cố gắng chiếm giữ cây cầu nhưng không thành công. Nạn đói ở Hà Lan đã vô tình tạo cơ hội cho nghiên cứu những tác động bệnh tật của nạn đói về mặt lâu dài. Nghiên Cứu Thuận Tập (cohort) trong nạn đói này là một dấu mốc để đưa ra những bằng chứng dịch tễ cho Giả thuyết Barker.	Giả thuyết Barker's khẳng định những đứa trẻ có nhẹ cân lúc sinh (LBW) nhiều khả năng sẽ mắc béo phì, kháng insulin, tăng huyết áp và có nguy cơ cao mắc bệnh lý mạch vành khi trưởng thành. Vì vậy, các biện pháp dự phòng bệnh tim mạch nên chú trọng vào việc giảm tình trạng nhẹ cân lúc sinh.
--	---	---

6.2 CÁC BỆNH LÝ Ở TIM

6.2.1 X-Quang

Động Mạch Vành Trái Xuất Phát Bất Thường Từ Động Mạch Phổi (ALCAPA)

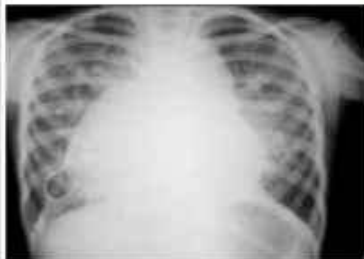
 Hình 6.2.1.1: ALCAPA Nguồn: M Zulfikar Ahmed	X-quang cho thấy tim to toàn bộ, hình cầu và hai nhĩ lớn gọi ý bệnh cơ tim giãn (DCM). Tuy nhiên, ECG thấy có ST chênh từ V2-V5 (nhỏ màu thành trước), đặc trưng cho ALCAPA. Đây là nguyên nhân gây bệnh cơ tim giãn có thể điều trị được. Các nguyên nhân khác gây suy chức năng thất trái có biểu hiện giống với DCM có thể điều trị được là Hẹp eo động mạch chủ, hẹp van chủ, DCM phụ thuộc Carnitine và bệnh cơ tim do nhịp nhanh (tachycardiomyopathy).	ALCAPA được điều trị bằng cách chuyển vị trí mạch vành. ĐM vành trái được chuyển từ ĐM phổi sang gốc ĐM chủ. Trước đây người ta tiến hành điều trị bằng phẫu thuật Takeuchi.
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 6.2.1.2: Hẹp Eo Động Mạch Chủ Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Tim to mức độ nhẹ và phân bố mạch máu phổi bình thường. Động mạch chủ lên và cung động mạch chủ giãn. Dấu hiệu nổi bật nhất là khuyết hình V xương sườn (rib notching) từ xương thứ 3 trở đi, rất rõ ở bên trái. Khuyết hình V là do các động mạch gian sườn giãn ra để tạo bằng hệ. Dấu hiệu này thường xảy ra ở trẻ trên 4 đến 6 tuổi. Quan sát kĩ trên X-quang này còn có thể thấy dấu hiệu số 3 (3 sign).	Hẹp eo có chênh áp qua chỗ hẹp lớn cần được điều trị. Thường là cắt bỏ đoạn hẹp và nối thông bằng phẫu thuật. Có thể làm giãn chỗ hẹp bằng bóng và đặt stent ở trẻ trên 12 tuổi.

Chuyển Vị Đại Động Mạch dạng D (d-TGA)

 Hình 6.2.1.3: d-TGA Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Hình ảnh quả trứng nằm về một bên (egg on side). Hình ảnh xảy ra vài tuần sau sinh và do tim to mức độ nhẹ, dính thất phải, phì đại nhĩ phải, hẹp đáy tim và tăng máu lên phổi (pulmonary plethora). Trẻ sơ sinh trong tuần đầu sẽ không thấy dấu hiệu này.	Xử trị gồm PGE 1, oxy và nâng độ bão hòa qua mớ thông nhĩ bằng bóng. Li tương là phẫu thuật chuyển động mạch: ĐMC về thất trái và ĐM phổi về thất phải cùng với đó là chuyển ĐM vành.
---	--	--

Tật Tim Sang Phải Và Đặt Máy Tạo Nhịp Qua Thượng Tâm Mạc (Epicardial Pacemaker)

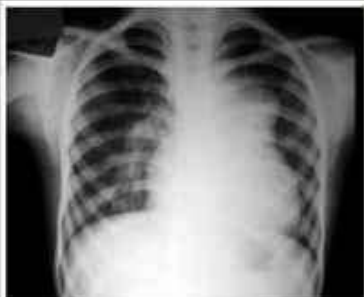
 Hình 6.2.1.4: Tật tim sang phải và đặt máy tạo nhịp qua thượng tâm mạc Nguồn: Praveen Velappan	Hình ảnh tim sang phải với vị trí các tạng bình thường. Nguyên nhân TBS hay gặp nhất trong tình huống này là chuyển vị đại động mạch dạng L (chuyển vị đại động mạch có sửa chữa bẩm sinh). Chúng ta có thể thấy dây máy tạo nhịp được gắn qua đường thượng tâm mạc.	Chuyển vị đại động mạch dạng L (TGA-L) có thể gây block nhĩ thất hoàn toàn do đó phải cần đặt máy tạo nhịp (PPI). Điều trị L-TGA bao gồm chuyển các động mạch về vị trí bình thường nếu có thể, sửa chữa các dị tật ở tim và đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn (PPI) nếu cần.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tim Sang Phải Có Đảo Ngược Phủ Tạng		
 Hình 6.2.1.5: Tim sang phải đảo ngược phủ tạng Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Còn gọi là tim sang phải có hình ảnh soi gương. Tỷ lệ mắc TBS kèm theo thấp (5%). Có liên quan với hội chứng Kartagener.	Ít phức tạp và được xử trí theo mức độ ảnh hưởng chất lượng sống.

Tim Sang Phải Không Có Đảo Ngược Phủ Tạng		
 Hình 6.2.1.6: Tim sang phải k đảo ngược phủ tạng Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Còn gọi là tim sang phải đơn độc. 90% sẽ có dị tật TBS kèm theo. Hầu như một nửa sẽ có L-TGA kèm có hoặc không VSD/hẹp ĐM phổi hoặc cả hai.	Hầu hết những trẻ này sẽ có dị tật TBS, do đó can thiệp là cần thiết. Có thể có những khó khăn về kỹ thuật khi phẫu thuật vì vị trí tim bất thường và các dị tật TBS hiếm.

Bệnh Cơ Tim Giãn (DCM)

 Hình 6.2.1.7: Bệnh cơ tim giãn Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Tim to không lồ có bóng hình cầu trên X-quang. Các góc tâm hoành rất rõ. Có sự phì đại nhĩ hai bên và phân bố mạch phổi gần như bình thường. Đáy tim hẹp.	DCM được xử trí bằng UCC men chuyển, digoxin, lợi tiểu và chẹn Beta. Tiến triển tự nhiên của bệnh khá xấu. Tiên lượng bệnh ở trẻ tốt hơn người trưởng thành và đã có trường hợp tự cải thiện được báo cáo. Trong giai đoạn cuối của DCM, buộc phải ghép tim.
---	---	--

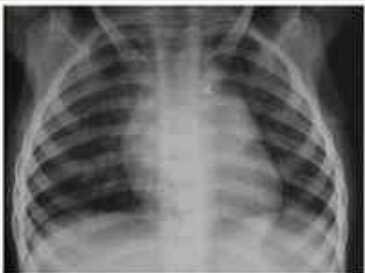
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 6.2.1.8: Hội chứng Eisenmenger Nguồn: M Zulfikar Ahamed	Tim to nhẹ, thân ĐM phổi, ĐM phổi trái, ĐM xương của phổi phải giãn khổng lồ so với các mạch máu ngoại vi phổi (dấu hiệu tia cây-pruning). Hội chứng Eisenmenger là bệnh tắc tĩnh mạch phổi (PVOD) nặng do shunt T→P gây ra shunt hai chiều hoặc shunt P→T. Các shunt có thể là ASD, VSD, PDA, cửa sổ chủ phổi (AP window) hoặc thông sản nhĩ thất. Dị tật không thể phẫu thuật được. Nhưng tỉ lệ sống 10 năm là khá cao: 80%.	Điều trị bằng các biện pháp không phẫu thuật và hỗ trợ: warfarin, sildenafil, chẹn kênh calcium và bosentan vẫn đang được thử nghiệm. Biện pháp duy nhất cho kết quả rõ ràng là ghép tim phổi.

Tăng Áp Phổi Vô Căn (IPAH)

 Hình 6.2.1.9: Tăng Áp Phổi Vô Căn (IPAH) Nguồn: M Zulfikar Ahamed	Tim không lớn, thân ĐM phổi, ĐM phổi phải và trái giãn lớn so với các động mạch ngoại vi (pruning). Rất khó để phân biệt với hội chứng Eisenmenger trên X-quang. IPAH hiếm gặp nhưng rất nặng và cũng có thể gặp ở trẻ nhỏ. Tỉ lệ sống 5 năm chỉ 20%.	Điều trị gồm liều cao thuốc chẹn calci, warfarin, sildenafil và bosentan. Prostacyclin hít hay dùng tĩnh mạch sẽ cải thiện tỉ lệ sống. Liệu pháp O₂ tại nhà cũng có hiệu quả.
---	--	---

Tim Sang Trái Có Đào Ngược Phù Tạng

 Figure 6.2.1.10: Tim sung trái đảo ngược phù tạng Nguồn: M Zulfikar Ahamed	Bệnh rất hiếm gặp. Còn gọi là tim sang trái đơn độc. 99% trường hợp có kèm theo dị tật TBS, chủ yếu là chuyển vị đại động mạch dạng L.	Hầu như các dị tật TBS đều rất phức tạp. Một số phải cần phẫu thuật 2 thì và cũng có thể phải đặt máy tạo nhịp.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Đặt Thiết Bị Tại Chỗ Trong Cơn Ổng ĐM		
 Hình 6.2.1.11: Đặt thiết bị tại chỗ trong cơn ồng đm Nguồn: M Zulfikar Ahamed	Thiết bị nhìn thấy là một cầu trúc dạng vòng gắn bóng động mạch phổi.	Hiện nay điều trị ồng đm vừa và lớn là đóng lại nhờ thiết bị. Có nhiều loại thiết bị trên thị trường— Amplatzter, Cocoon, vv. Tỷ lệ thành công là 97 đến 99% và tỉ lệ tử vong là 0. Bệnh nhân cần sử dụng liều thấp aspirin trong 6 tháng sau khi đặt thiết bị.

Tứ Chứng Fallot (TOF)

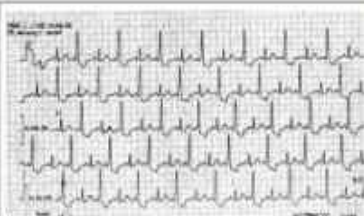
 Hình 6.2.1.12: Tứ Chứng Fallot (TOF) Nguồn: M Zulfikar Ahamed	Tim lớn nhẹ, thất phải phì đại, giảm máu lên phổi và đáy tim tương đối rộng—khả năng do cung phải lớn. Xuất hiện dấu hiệu tim hình ủng điển hình trên phim. Các dấu hiệu tương tự cũng được nhìn thấy trong TOF có teo tịt động mạch phổi.	Điều trị nội TOF gồm dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, viên sắt, bù dịch, điều trị và dự phòng các cơn cấp và điều trị các biến chứng như áp xe não và huyết khối.
---	---	--

Nối Liên Hoàn Toàn Bất Thường Tĩnh Mạch Phổi (TAPVC) Trên Tim Không Tác Nghiên

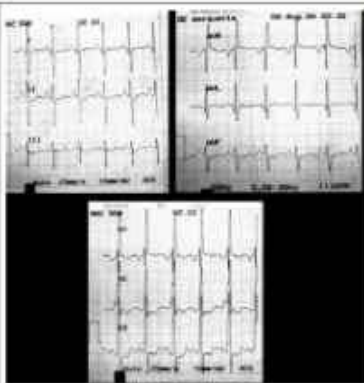
 Hình 6.2.1.13: TAPVC trên tim không tác nghiên Nguồn: M Zulfikar Ahamed	Tim lớn nhẹ và dấu hiệu số 8 điển hình. Nửa trên của số '8' là do giãn TM chủ trên ở bên phải và TM dọc (vertical) bên trái. Nửa dưới của số '8' là nhĩ phải bên phải và thất trái bên trái. Dấu hiệu hình số 8 xuất hiện ở giai đoạn sau tuổi nhũ nhi. Có thể giống với phì đại tuyến ức. Đa số các trường hợp TAPVCs đều không có các dấu hiệu điển hình.	Phẫu thuật chuẩn đối với TAPVC trên tim là phẫu thuật Schumaker.
--	---	---

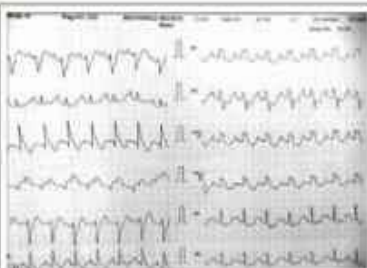
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
6.2.2 ECGs Máy Ghi ECG  Hình 6.2.2.1: Máy Ghi ECG Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Máy ghi ECG trước đây nặng 220 lbs đã được thay thế bởi máy ghi kỹ thuật số gọn hiện đại hơn, cân nặng nhỏ hơn chỉ 4 lbs.	Điện tim khá hữu ích trong chẩn đoán các bệnh tim bẩm sinh và cả với các bệnh tim mắc phải. Nó được ứng dụng nhiều nhất trong chẩn đoán các dạng rối loạn nhịp.

WPW Xen Kê

 Hình 6.2.2.2: WPW xen kê Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Đây là một ECG rất lạ, biểu hiện WPW xen kê — một nhịp bình thường và một nhịp tiền kích thích. Chú ý đến khoảng PR ngắn và sóng Delta. WPW trong trường hợp này là không liên tục.	WPW xen kê hay không liên tục tương đối lành tính và thường không gây ngưng tim đột ngột.
---	--	--

Thông Sàn Nhĩ Thất (AVSD)

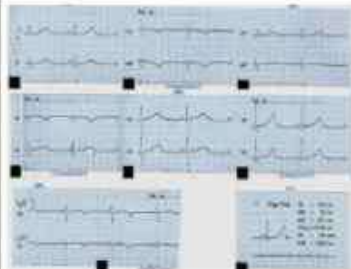
 Hình 6.2.2.3: Thông sàn nhĩ thất Nguồn: M Zulfikar Ahmed	ECG chỉ ra có nhĩ phải lớn, trục trái và rSR ở V1, điều này đủ để gợi ý đến chẩn đoán. AVSD là một bệnh tim bẩm sinh thường gặp (2– 5%), có thể gây suy tim, suy tim hoặc cả hai. AVSD đặc biệt thường gặp trong hội chứng Down.	AVSD thể toàn bộ nên được sửa chữa giữa từ 3 và 6 tháng đầu. Các trường hợp còn lại, trên 30% sẽ tiến triển thành bệnh tắc mạch máu phổi (PVOD) trong 1 năm.
---	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 6.2.2.4: Bất thường Ebstein Nguồn: M Zulfikar Ahmed	ECG biểu hiện sóng P cao, khoảng PR kéo dài, trục chuyển phải, QRS rộng, biến dạng ở V1-V2 và V3R, V4R (Block nhánh phải). ECG này gợi ý nhiều đến bất thường Ebstein. Khoảng PR ngắn có thể xảy ra trong Ebstein do Hội chứng WPW (15–20%).	Điều trị Ebstein phụ thuộc vào tình trạng nhĩ hóa thất phải và các rối loạn nhịp.

Bất Thường Ebstein (Trẻ Mới Sinh)

 Hình 6.2.2.5: Bất thường Ebstein (Trẻ mới sinh) Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Trẻ mới sinh có bóng tim lớn. Nhiều khả năng sẽ có bất thường Ebstein. Tim lớn trong trường hợp này được gọi là tim lớn "thành đôi thành". Chẩn đoán phân biệt với hẹp van ĐMP nặng và hẹp van ĐMP không xâm phạm vách. ECG chỉ ra sóng P cao hơn QRS • gọi là sóng P Himalayan.	Trẻ mới sinh có Ebstein có thể cần phải cung cấp O₂, PGE1 và đôi khi phải cần đến phẫu thuật shunt BT. Ở những trẻ rất yếu, thì thực hiện thủ thuật Starnes.
---	---	--

Hội Chứng QT Dài (LQTS)

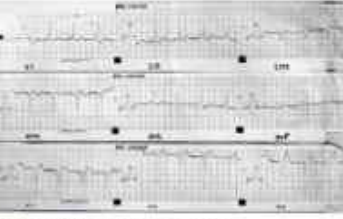
 Hình 6.2.2.6: Hội chứng QT dài Nguồn: M Zulfikar Ahmed	ECG chỉ nhịp tim chậm. Đặc điểm nổi bật là khoảng QT dài, lớn hơn 600 ms. QTc bình thường < 440 ms. Khoảng giới hạn từ 440–460 ms. LQTS được xác định có liên quan đến yếu tố di truyền nhiều nhất và có thể dẫn đến rối loạn nhịp thất ác tính và ngừng tim đột ngột.	Điều trị thuốc bằng chẹn bate-propranolol. Những trường hợp không đáp ứng, thì có chỉ định cấy máy khử rung (ICD) hoặc cắt hạch sao.
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 6.2.2.7: Hẹp van 3 lá Nguồn: M Zulfiqar Ahmed	ECG cho thấy nhĩ phải lớn, trục trái, điện thế về thất phải kèm ở V1 V2 và thất trái tốt gợi ý chẩn đoán hẹp van 3 lá (TA). TA là một bệnh tim bẩm sinh có tim quan trọng thường biểu hiện ở trẻ mới sinh có tim nặng. Tỷ lệ sống được trong 1 năm mà không phẫu thuật chỉ khoảng 10 - 15%.	Lựa chọn phẫu thuật là TCPC (nối hoàn toàn TMC vào ĐMP), tức là cả TMC trên và dưới đều được nối với ĐMP qua nhĩ và thất phải. Đôi khi có thể sử dụng thủ thuật shunt BT hoặc shunt Glenn để làm giảm triệu chứng.

Hiện Tượng Wenckebach

 Hình 6.2.2.8: Hiện tượng Wenckebach Nguồn: M Zulfiqar Ahmed	Đây là một loại block AV độ 2 Mobitz I. Bắt đầu với dạng block AV 4:3 (độ 2nd) và sau đó là block 6:5. Khoảng PR tăng dần và một QRS bị bỏ qua.	Hiện tượng này có thể không tiến triển thành Block tim hoàn toàn. Nhưng khi có tiến triển, thì có thể phải đặt máy tạo nhịp.
--	---	---

Hội Chứng Wolf-Parkinson-White (WPW)

 Hình 6.2.2.9: Hội chứng WPW Nguồn: M Zulfiqar Ahmed	ECG chỉ ra khoảng PR ngắn, sóng delta, QRS rộng và có biến đổi ST-T. Hướng của QRS và sóng delta ở V1 đi xuống, nên con đường phụ ở bên phải. Nếu ở V1, QRS và sóng delta hướng lên, con đường phụ nằm ở bên trái. Phần lớn WPW không liên quan đến bệnh TBS. Bệnh TBS có liên quan đến WPW là L-TGA và Ebstein.	Lựa chọn điều trị đối với WPW có triệu chứng là triệu đốt bằng sóng cao tần radio.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
6.2.3 Siêu Âm Tim Máy Siêu Âm Tim  Hình 6.2.3.1: Máy siêu âm tim Nguồn: M Zulfikar Ahmed, Babu George	Hình ảnh máy siêu âm tim hiện đại có bộ phận kĩ thuật số và đầu dò mảng điều pha (phased array probes). Nó có các chế độ M Mode, 2D, Doppler và Doppler màu. Hiện tại siêu âm 3D ngày càng được sử dụng nhiều trong chẩn đoán TBS và các bệnh van tim.	Phát minh ra siêu âm được coi là một cuộc cách mạng trong chẩn đoán TBS. Các thiết bị siêu âm ra đời vào cuối những năm 1970 và ngày nay trở thành công cụ phổ biến nhất trong chẩn đoán TBS. Trong bệnh TBS, có thể thu được > 95% thông tin chẩn đoán nếu tiến hành siêu âm cẩn thận.

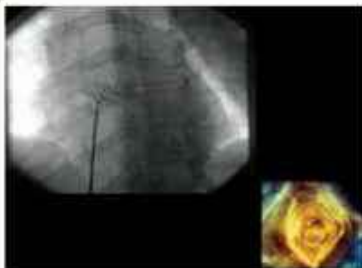
Hình Ảnh Siêu Âm 3D Thông Liên Thất

 Hình 6.2.3.2: Hình ảnh siêu âm 3D thông liên thất Nguồn: S Sivakumaran	Hình ảnh siêu âm 3D qua thực quản (TEE) thấy một VSD quanh màng khi nhìn từ bên trái. Trên hình còn thấy các vị trí VSD khác— VSD dưới ĐM phổi, VSD phần cơ và VSD gần mỏm tim. Dạng thứ tư là VSD phần buồng nhận.	Các VSD nặng (shunt >1.8:1) nên tiến hành đóng khoảng 2 đến 3 và nên sớm hơn nếu lỗ thông lớn hơn. VSD phần buồng nhận và dưới ĐM phổi sẽ không tự đóng do đó cần can thiệp phẫu thuật. VSD phần cơ có thể đóng lại bằng dụng cụ.
--	--	---

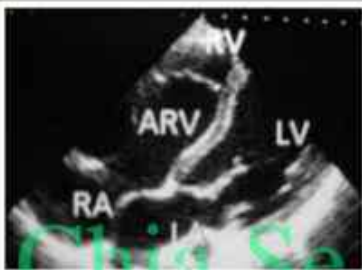
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 6.2.3.3: HC khiếm khuyết van ĐM phổi Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Hội chứng khiếm khuyết van ĐM phổi là một biến thể hiếm của tứ chứng Fallot, đặc trưng bởi van ĐM phổi rất thô sơ, thân ĐM phổi và các nhánh thì giãn rộng. Nó có thể biểu hiện ở trẻ sơ sinh với tim, hội chứng suy hô hấp (RDS), thở rít và một tiếng thổi to toàn bộ. Hình ảnh cho thấy hẹp và hở van ĐM phổi, cả trên siêu âm màu và trên siêu âm Doppler sóng liên tục (continuous wave Doppler).	Giai đoạn sơ sinh có lẽ là giai đoạn nguy hiểm nhất. Tỷ lệ tử vong gấp nhiều nhất ở trẻ sơ sinh do suy tim sung huyết, suy hô hấp và hạ oxy máu. Chỉ khi qua được giai đoạn sơ sinh, trẻ sẽ ổn định hơn và phù hợp để phẫu thuật tim (ICR) bằng miếng và qua vòng van.

Giãn Động Mạch Vành Trong Bệnh Kawasaki

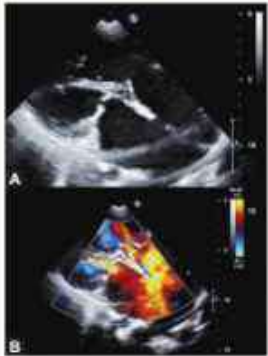
 Hình 6.2.3.4A và B: Giãn ĐM vành trong bệnh Kawasaki Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Cả hai hình đều cho thấy giãn động mạch vành (CAL) nhánh liên thất trước trong bệnh Kawasaki. CAL có thể được phân thành nhẹ (<4 mm), vừa (4–8 mm) và khổng lồ (>8 mm). 50% CAL sẽ thoái triển trong 1 năm. Tuy nhiên giãn phình khổng lồ thường sẽ không tự thoái triển.	Cho Aspirin liều thấp vĩnh viễn (5 mg/kg). Giãn phình to có thể cần thêm clopidogrel (1 mg/kg) cùng với aspirin liều thấp. Phình khổng lồ có thể được xử trí bằng thuốc chống đông uống để giữ INR trong khoảng 1.5 đến 2.
---	--	---

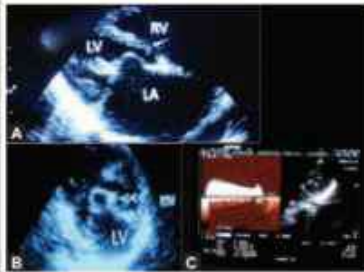
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Đóng Lỗ ASD Bằng Dụng Cụ		
	Phim trên cho thấy quá trình đặt dụng cụ đóng lỗ thông. Hình dưới là hình ảnh siêu âm 3D đóng lỗ thông liên thất bằng dụng cụ.	60% lỗ ASD thứ phát được đóng thông qua dụng cụ. Lỗ ASD nguyên phát và ASD xoang tĩnh mạch chỉ có thể đóng lại nhờ phẫu thuật.
Hình 6.2.3.5: Đóng ASD qua dụng cụ Nguồn: S Sivasankaran		

Bất Thường Ebstein

	Siêu âm mặt cắt đỉnh tim cho thấy bên trái là nhĩ trái (LA) và thất trái (LV). Nhĩ phải (RA) và lá trước van 3 lá cũng thấy được. Lá vách van 3 lá nằm xa bất thường tạo nên nhĩ hóa thất phải (ARV). Thất phải (RV) còn lại khá nhỏ. Bất thường rất hiếm gặp (0.5%), nhưng là 1 bệnh TBS khá thủ vị. Lâm sàng có thể có shock, suy tim sung huyết, tím hoặc cả ba trong giai đoạn sơ sinh. 20% trường hợp bất thường Ebstein có thể có hội chứng WPW.	Điều trị trường hợp Ebstein nặng cần phẫu thuật: sửa van 3 lá, gấp (plication) phần thất đã bị nhĩ hóa lại và đóng lỗ ASD. Chỉ định cho loại phẫu thuật này (phẫu thuật Danielson) là độ III và IV, tim nặng dần, tim to tiến triển và nhịp nhanh trên thất trợ với điều trị thuốc.
Hình 6.2.3.6: Bất thường Ebstein Nguồn: M Zulfikar Ahmed		

Hội Chứng Lutembacher

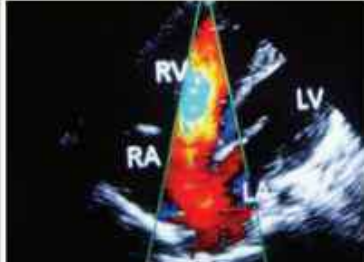
	Hình trên cho thấy hẹp 2 lá do thấp và một lỗ ASD thứ phát kích thước vừa. Hình siêu âm màu bên dưới với các chuyển động màu giúp nhận ra hẹp 2 lá và ASD. Lutembacher là một HC cực kì hiếm. Đây là nguyên nhân gây ASD có tiếng thổi. Hẹp 2 lá có thể làm nặng thêm triệu chứng của ASD và ASD có thể giúp giảm bớt ảnh hưởng huyết động của hẹp 2 lá như tăng áp tĩnh mạch phổi.	Xử trí chủ yếu là phẫu thuật. Có thể nong van 2 lá bằng bóng (BMV) và đóng lỗ ASD bằng dụng cụ.
Hình 6.2.3.7A và B: Hội chứng Lutembacher Nguồn: S Harikrishnan		

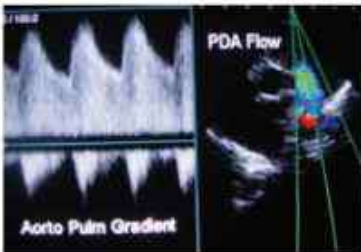
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Hẹp 2 lá (MS)  Hình 6.2.3.8A đến C: Hẹp 2 lá Nguồn: M Zulfiqar Ahamed	Hình trên (PS LAX) thấy van 2 lá dầy, đang vòm và nhĩ trái lớn. Hình dưới thì cho thấy lỗ van 2 lá hẹp (diện tích lỗ 2 lá rất nhỏ) siêu âm Doppler van 2 lá thấy cô hẹp nặng. Diện tích lỗ 2 lá có thể được tính bằng phương pháp thời gian bán giảm áp lực (pressure half time method) và đo bằng 2D. Bình thường khoảng 4 cm²/ M². Gọi là hẹp 2 lá khi < 2.5 cm². Hẹp nặng ở người trẻ (< 20 tuổi) còn gọi là hẹp 2 lá thiếu niên. Hầu như luôn do thấp tim. Hẹp 2 lá bẩm sinh cũng có thể gặp nhưng rất hiếm.	Ban đầu chủ yếu điều trị nội— nghỉ ngơi, lợi tiểu, chẹn beta. Điều trị chuẩn cho hẹp 2 lá là nong van bằng bóng.

Hở 2 lá — Đo Thấp

 Hình 6.2.3.9: Hở 2 lá—đo thấp Nguồn: M Zulfiqar Ahamed	Hình trên cho thấy hình ảnh giải phẫu của hở 2 lá đo thấp. Các hình còn lại chỉ ra các mức độ hở 2 lá qua siêu âm màu—từ không đáng kể đến nhẹ rồi nặng.	Tất cả hở 2 lá đo thấp đều được dự phòng thấp như dự phòng viêm nội tâm mạc. Nếu hẹp nhẹ - vừa thì không cần chỉ định thêm thuốc nào khác. Nếu hẹp vừa - nặng thì có thể cần thêm thuốc ức chế men chuyển. Với hở 2 lá nặng thì ưu tiên phẫu thuật sửa van.
--	---	--

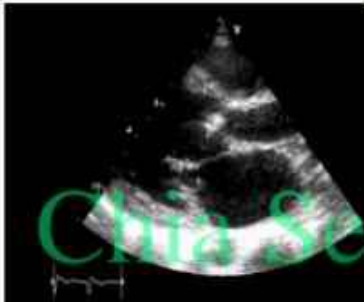
ASD Nguyên Phát với shunt T→P

 Hình 6.2.3.10: ASD nguyên phát với shunt T→P Nguồn: M Zulfiqar Ahamed	Hình ảnh siêu âm mặt cắt 4 buồng tim lỗ ASD nguyên phát với shunt T→P. Có dấu hiệu quá tải thể tích thất phải. ASD chiếm 10% các trường hợp TBS. Các dạng ASD khác là ASD nguyên phát và ASD xoang tĩnh mạch.	Tất cả lỗ ASD nguyên phát nên được đóng lại ngoại trừ lỗ nhỏ (shunt <1.5 : 1). 60% ASD có thể đóng lại nhờ thiết bị và phần còn lại là nhờ phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong do phẫu thuật gần như bằng 0. Sống 30 năm khi phẫu thuật được thực hiện trước 11 tuổi thì gần như kiểm soát dân số.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Còn Ống ĐM (PDA) với Shunt L→R Shunt  Figure 6.2.3.11: PDA with L→R shunt Photo Courtesy: M Zulfikar Ahmed	Dòng máu qua ống ĐM được ghi lại nhờ siêu âm Doppler tại ĐM phổi. Tín hiệu dòng máu liên tục ở hình bên trái chỉ ra chênh lệch qua ống ĐM giữa ĐM chủ và ĐM phổi khi tâm thu và tâm trương. Nó còn được gọi là chênh áp chủ phổi. Từ giá trị này, có thể tính được xấp xỉ áp lực ĐM phổi.	Tất cả PDA đều cần được đóng lại ngoại trừ thể im lặng hay thể ảnh hưởng tối thiểu. Có thể đóng lại bằng cuộn dây (thể nhẹ <3.5 mm) hay bằng thiết bị (thể vừa và lớn). Hiếm khi phải can thiệp phẫu thuật. Thời điểm tiến hành phụ thuộc vào kích thước của shunt và triệu chứng của trẻ.
U Cơ Ở Thất Trái  Hình 6.2.3.12: U cơ ở thất trái Nguồn: M Zulfikar Ahmed	U cơ vẫn là dạng u lành tính phổ biến nhất ở tim trẻ. Chúng có cường độ và thường thấy ở buồng thất, trong khi các u nhầy thì hay gặp ở nhĩ hơn. U cơ vẫn ở tim có thể không triệu chứng và tự thoái triển. Nó có thể gây tắc nghẽn đường ra thất trái hay phải, suy tim sung huyết và loạn nhịp thất. Bệnh này liên quan với bệnh xơ cứng củ.	Điều trị bảo tồn. Nếu khối u lớn kéo dài dai dẳng thì cần được cắt bỏ bằng phẫu thuật. Nếu khối u ở thất trái thì thường không thể làm gì được vì có thể phải can thiệp thất trái và có nguy cơ cao.
Tứ Chứng Fallot (TOF)  Hình 6.2.3.13A và B: Tứ chứng Fallot Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Hình ảnh siêu âm (ở trục dọc cạnh ức) thấy một lỗ VSD dưới ĐM chủ và sự cuồn cuộn của ĐM chủ lên vách. Ở mặt cắt đỉnh có thể thấy rõ một lỗ VSD lớn và lệch (malaligned); ĐMC cuồn cuộn gần 50%. ĐMC gần như xuất phát từ cả thất phải và thất trái. Đánh giá tắc nghẽn đường ra thất phải bằng mặt cắt ngang cạnh ức và ở đây thì không thấy. TOF là bệnh TBS có tim phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh và trẻ em chiếm 10 đến 15% các trường hợp TBS.	Lựa chọn điều trị TOF là phẫu thuật tim lúc khoảng 1 tuổi. Nếu trẻ có biểu hiện tim nặng và thường có những cơn tim sớm, thì cần đặt shunt BT để giảm nhẹ triệu chứng.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Nối Liên Hoàn Toàn Bất Thường Tĩnh Mạch Phổi (TAPVC) Có Tắc Nghẽn		
 Hình 6.2.3.14: TAPVC không tắc nghẽn Nguồn: M Zulfikur Ahamed	Quan sát thấy nhĩ phải và thất phải rất lớn nhưng thất trái thì rất nhỏ. Nhĩ trái cũng nhỏ và có một buồng phía sau nơi các tĩnh mạch phổi đổ về. TAPVC trên tim không tắc nghẽn biểu hiện ở trẻ sơ sinh và giai đoạn nhũ nhi sớm với suy tim sung huyết nặng và tím nhẹ. Bệnh này sẽ biểu hiện như một ASD có "tím". TAPVC được phân thành dưới tim, tại tim và trên tim.	Xử trí gồm ổn định nhanh bằng các thuốc inotrope, lợi tiểu, oxy và phẫu thuật sửa chữa khẩn cấp. Tỷ lệ tử vong khoảng 5 đến 10%. Tuy nhiên những trẻ sống được sẽ có cuộc sống gần như bình thường.

Sùi Ở Van Động Mạch Chủ

 Hình 6.2.3.15: Sùi ở van ĐMC Nguồn: S Sivasankaran	Mặt cắt dài cạnh ức (LAX) cho thấy các nốt cân âm ở van ĐMC. van 2 là bình thường. Khối sùi vận động khá tự do trên hình ảnh siêu âm. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (IE) ở van ĐMC thường xảy ra trên van ĐMC chỉ có 2 lá hoặc trong bệnh van ĐMC do thấp.	Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn có tỷ lệ tử vong khá cao - 30%. Do đó cần điều trị kháng sinh tích cực ít nhất 4 tuần. Các vi khuẩn thường gặp là <i>S. viridans</i> và <i>S. aureus</i>.
--	--	---

Viêm Cơ Tim Do Virus

 Hình 6.2.3.16: Bệnh cơ tim giãn Nguồn: M Zulfikur Ahamed	Hình ảnh siêu âm 2D thấy thất trái giãn lớn với thành mỏng. Thất trái dạng hình cầu và lớn. Trên siêu âm thời gian thực, khả năng co bóp kém và hở 2 lá nặng.	Điều trị chuẩn viêm cơ tim do virus gồm inotropes tĩnh mạch, U/C men chuyển, digoxin và lợi tiểu. IVIG cũng có thể có tác dụng ở trẻ bị viêm cơ tim.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
----------	-------	--------

6.2.4 Chụp Mạch/Lấy Mẫu Bệnh Phẩm

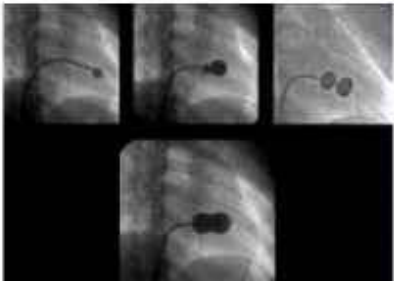
Phòng Can Thiệp Tim Mạch

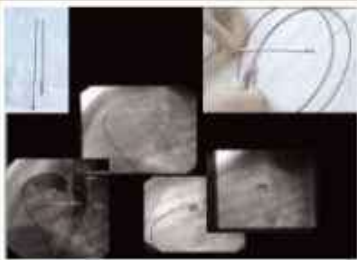
 Hình 6.2.4.1: Phòng can thiệp tim mạch Nguồn: M Zulfikur Ahamed	Hình ảnh về phòng can thiệp tim mạch chẩn đoán.	- Can thiệp tái thông TBS sẽ giúp đặt một ống thông. Hầu như các trường hợp PDA, hơn một nửa ASD, một phần nhỏ VSD và vài t/hợp của sò chủ phổi được đóng nhờ thiết bị. Nong van bằng bóng là phương pháp điều trị hẹp phổi, hẹp chủ, hẹp 2 lá và 3 lá. Một tỉ lệ lớn các t/hợp hẹp eo ĐMC cũng được xử trí bằng bóng và stent. - Các chỉ định tái thông khác là đặt stent trong PDA, đóng lỗ dò động tĩnh mạch vành (CAVF), đóng mạch bàng hệ chủ phổi chính (MAPCA), thông vách bằng bóng, vv.
---	--	---

Nong Van Động Mạch Phổi Bằng Bóng (BPV)

 Hình 6.2.4.2: Nong van ĐM phổi bằng bóng Nguồn: S Sivasankaran	Hình ảnh chụp mạch cho thấy quá trình nong van ĐM phổi bị hẹp bằng bóng. Chúng ta có thể thấy phần eo, chúng sẽ được bơm phồng hoàn toàn khi thủ thuật nong van thành công.	BPV rất an toàn, cho kết quả tốt đến >95% và hiệu quả kéo dài. Tỉ lệ tử vong gần như bằng 0. Chỉ định BPV khi chênh áp qua lỗ hẹp lớn hơn 50 mm Hg.
---	--	---

Nong Van Hai Lá Bằng Bóng (BMV)

 Hình 6.2.4.3: Nong van 2 lá bằng bóng Nguồn: S Harikrishnan	Hình ảnh chụp mạch quá trình nong van 2 lá bị hẹp bằng bóng. Có thể thấy xuất hiện hình ảnh chuông điển hình khi bóng qua van 2 lá.	BMV là một lựa chọn điều trị cho hẹp 2 lá ở mọi lứa tuổi. Nó đã dần thay thế phương pháp nong van 2 lá kín (CMV). Diện tích van tăng sẽ có nguy cơ nhỏ gây hở 2 lá và kết quả tốt kéo dài ít nhất 10 năm.
---	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Gây Tắc PDA Bằng Cuộn Dây  Hình 6.2.4.4: Gây tắc PDA bằng cuộn dây Nguồn: S Sivasankaran	Những cuộn dây đang thấy trên hình (Gianturco hay Cook), được đưa vào qua catheter để đóng lỗ PDA nhỏ hơn nó. Đóng lỗ PDA bằng dây rơ hơn so với bằng dụng cụ. Thỉnh thoảng lỗ PDA lớn cũng có thể được đóng bằng nhiều cuộn dây được đưa qua một dây thông sinh thiết (biopptome).	Các cuộn dây cũng được sử dụng để đóng các động mạch bàng hệ, dò động tĩnh mạch vành (CAVF), dò động tĩnh mạch phổi (PAVF) và các kênh bất thường khác.

Dò Động Tĩnh Mạch Phổi (PAVF)

 Hình 6.2.4.5: Dò động tĩnh mạch phổi Nguồn: S Harikrishnan	Hình ảnh chụp mạch sau bơm thuốc cản quang vào ĐM phổi trái thấy một lỗ dò nằm ở thùy dưới phổi trái và dẫn về nhĩ trái thông qua tĩnh mạch phổi. Hình ảnh chụp mạch giúp chẩn đoán PAVF. PAVF gây tim trung tâm mà không có thổi, ECG bình thường và X-quang cũng không có nhiều thay đổi. Siêu âm tim cũng bình thường. Một số ít trường hợp có thể nghe thổi liên tục và có thể biểu hiện rõ ràng trên phim phổi.	Điều trị hoặc là cắt bỏ lỗ dò, cắt bỏ thùy phổi bị ảnh hưởng, buộc các mạch máu nuôi hoặc gây tắc các mạch máu nuôi bằng cuộn dây.
---	---	---

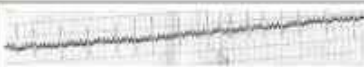
Dụng Cụ Đóng Vách (dụng cụ Amplatzer)

The Septal Occluder  Hình 6.2.4.6: Dụng cụ đóng vách (dụng cụ Amplatzer) Nguồn: S Sivasankaran	Cả ASD và VSD đều có thể được đóng bằng phương pháp không phẫu thuật thông qua các dụng cụ đóng vách. Nó được làm từ Nitinol, một kim loại có khả năng ghi nhớ hình dạng, do đó khi đưa qua catheter vào lỗ thông nó sẽ nhớ lại hình dạng ban đầu và đóng chặt lỗ thông.	Có thể được sử dụng để đóng lỗ ASD, VSD (phần cơ), PDA, AP window, vv. Gắn dây cũng đã đưa vào dụng cụ có thể đóng VSD phần quanh màng.
---	---	--

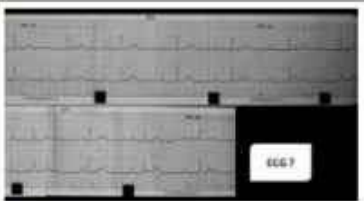
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 6.2.4.7: Mẫu bệnh phẩm tim một thất Nguồn: S Sankar, PN Manju, C Indrani	Chỉ có một tâm thất mà không có vách ngăn nào. Tim một thất là một tổn thương hỗn hợp ở tâm thất. Nó có thể tồn tại đồng thời với tăng áp phổi hay hẹp van ĐM phổi. Tim một thất đi kèm hẹp van ĐM phổi sẽ biểu hiện như từ chứng Fallot.	Tim một thất không thường gặp nhưng là bệnh TBS có tim rất quan trọng. Tim một thất có tăng áp phổi sẽ biểu hiện suy tim sung huyết, tím nhẹ và được xử trí bằng đặt dải băng ĐM phổi (PA banding) và sau đó là phẫu thuật Fontan. Tim một thất kèm hẹp van ĐM phổi sẽ biểu hiện tím và được xử trí bằng phẫu thuật Fontan có thể có hoặc không đặt shunt Glenn trước đó.

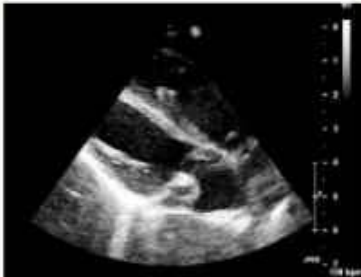
6.3 CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU

Cường Nhĩ Với Block Nhĩ Thất 4:2 và 6:3

 Hình 6.3.1: Cường nhĩ với block AV 4:2 và 6:3 Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Sóng răng cưa với block nhĩ thất thay đổi. Nó có thể gây các nhịp bất thường. Tình trạng gặp ở trẻ sơ sinh. Cường nhĩ ở trẻ sơ sinh hay nhũ nhi có thể do bất thường Ebstein. Cũng có thể là vô căn như trong trường hợp này.	Điều trị bằng chẹn beta tĩnh mạch, amiodarone tĩnh mạch, hay can thiệp bằng dòng điện trực tiếp (DC version). Adenosine không có tác dụng trong cường nhĩ.
---	--	---

Phân Ly Nhĩ Thất

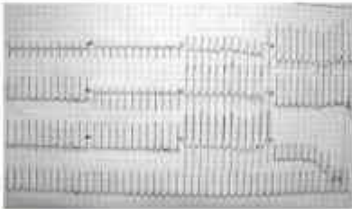
 Hình 6.3.2: Phân ly nhĩ thất Nguồn: M Zulfikar Ahmed	Phân ly nhĩ thất (khoảng PR thay đổi — không có liên hệ giữa sóng P và phức bộ QRS); nhịp nhĩ là 75/p, nhịp thất là 45/p và phức bộ QRS hẹp. Nhiều khả năng do block trên bó His.	Phân ly nhĩ thất là tình trạng cấp cứu. Khi đó cần truyền TM isoprenaline. Một người có thể cần tạo nhịp tạm thời. PPI được chỉ định trong các trường hợp đặc hiệu.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 6.3.3: d-TGA ở trẻ sơ sinh Nguồn: Balu Vaidyanathan	Trên siêu âm, chủ ý thấy một mạch máu lớn, có phân nhánh, xuất phát từ thất trái—động mạch phổi. Thất phải lớn và là nơi xuất phát của ĐMC. d-TGA là bệnh TBS có tim phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh và tỉ lệ sống 1 năm nếu không phẫu thuật chỉ 10%. d-TGA thường biểu hiện trong tuần đầu đời với tim sưng và suy tim sung huyết nhẹ.	Xử trí ngay lập tức bằng oxy, prostaglandin E1 (PGE1) và thông vách nhĩ bằng bóng (BAS). BAS còn được gọi là thủ thuật Rashkind và là một thủ thuật sẽ giúp cứu mạng trẻ. Phẫu thuật chuyển động mạch (ASO) càng sớm càng tốt, ít nhất là trước 4 tuần. TGA biểu hiện muộn sẽ cần phẫu thuật Senning.

Nổi Liên Hoàn Toàn Bất Thường Tĩnh Mạch Phổi (TAPVC) Có Tắc Nghẽn

 Hình 6.3.4: TAPVC có tắc nghẽn Nguồn: M Zulfiqar Ahmed	Hình ảnh phổi 'được rửa trắng' điển hình và rất cần phân biệt với bệnh màng trong. Trên X-quang để phân biệt là rất khó. Phổi rửa trắng là do tăng áp tĩnh mạch phổi nặng.	TAPVC tắc nghẽn là một cấp cứu tim mạch. TAPVC tắc nghẽn kèm tim sẽ tệ hơn nếu dùng PGE 1. Nên thực hiện phẫu thuật cấp cứu cho TAPVC tắc nghẽn.
--	---	---

Cơn Nhịp Nhanh Trên Thất (SVT)

 Hình 6.3.5: SVT Nguồn: M Zulfiqar Ahmed	Cơn nhịp nhanh với tần số khoảng 300/p ở trẻ sơ sinh. QRS hẹp và sóng P đảo ngược ở II, III, AVF. Nhiều khả năng SVT là do nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất—do một cơn đường phụ. Ở trẻ sơ sinh, SVT có thể biểu hiện bằng suy tim sung huyết, shock và trẻ kích thích rất nhiều.	Cắt cơn bằng adenosine tĩnh mạch. Nếu không đáp ứng có thể dùng amiodarone tĩnh mạch. Ở trẻ không ổn định, tiến hành can thiệp bằng dòng điện (0.5–1.0 J/kg).
---	---	--

6.4 CÁC HỘI CHỨNG

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Một Thiếu Nữ Mắc Hội Chứng Turner		
 Hình 6.4.1: Một thiếu nữ mắc HC Turner Nguồn: VH Sankar	U ở cổ (Webbing of neck) là dấu hiệu rất đặc trưng trong hội chứng Turner. Karyotype thấy NST giới tính dạng XO. HC Turner là một rối loạn NST hay gặp nhất ở trẻ gái. Hội chứng có thể có TBS đi kèm trong 30 đến 40% trường hợp. Dạng đặc trưng là Hẹp eo ĐMC. Van ĐMC 2 lá và bệnh ĐMC lan tỏa (diffuse aortopathy) cũng khá thường gặp.	Hẹp eo ĐMC cần phải phẫu thuật. Bệnh nhân mắc HC Turner thường có vóc người thấp và vô kinh nguyên phát. Chiều cao có thể được cải thiện một ít bằng cách sử dụng hormone tăng trưởng. Các kĩ thuật hỗ trợ sinh sản có thể mang lại cơ hội mang thai cho người mắc hội chứng này.
Hội Chứng DiGeorge		
 Hình 6.4.2A và B: Hội chứng DiGeorge Nguồn: VH Sankar, M Zulfikar Ahmed	Kĩ thuật lai huỳnh quang tại chỗ (FISH) thấy mất đoạn 22q và siêu âm tim có tình trạng thân chung động mạch. HC DiGeorge (Catch 22) là 1 HC di truyền lặn trên NST thường. Có mất đoạn 22q. Nó liên quan với các dị tật đường ra của tim — Thân chung động mạch, giãn đoạn cung ĐMC, TOF và thất phải hai đường ra. Sự thật là có 10 đến 15% TOF sẽ có HC DiGeorge khi làm FISH.	HC gây hạ canxi máu và suy giảm miễn dịch, do đó đứng trước những trường hợp này cần kiểm tra các dị tật đường ra của tim để chẩn đoán HC DiGeorge. Cần thăm khám các bệnh TBS để chuyển phẫu thuật. Cũng cần tư vấn với cho những người đã từng phẫu thuật TOF, khi họ mang thai.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 6.4.3A đến D: HC Down với dị tật AVSD Nguồn: VH Sankar	Một trường hợp HC Down đặc trưng với tật ngón vẹo (clinodactyly) của ngón út và tăng khoảng cách giữa ngón 1 và 2 (dấu hiệu Sandal) kèm theo karyotype và siêu âm AVSD. Hội chứng này biểu hiện chậm phát triển tâm thần trí tuệ, đầu nhỏ, hiện tượng dị hình đồng chất biến dạng theo hoàn cảnh (dysmorphism) và ngoài ra, bệnh lý mạch vành (TBS) cũng xảy ra đến 40%. Bệnh TBS phổ biến nhất là AVSD, sau đó là VSD, ASD và TOF.	Cần phối hợp nhiều chuyên khoa trong điều trị HC Down trong đó có cả tư vấn di truyền. Tỷ lệ tái xảy ra chỉ 1% ở Trisomy 21 do không tách rời (nondisjunction) nhưng cao đến 10% nếu do chuyển vị (translocation).

Hội Chứng Edward

 Hình 6.4.4A đến C: Hội chứng Edward Nguồn: VH Sankar	Trẻ có trisomy 18 trên karyotype và tình trạng các ngón gối chồng (overriding) lên nhau đặc trưng. Trisomy 18 là bất thường NST có kèm TBS nhiều nhất, gần như là 100%. Bao gồm cả những bệnh TBS đơn và phức tạp. Trẻ cũng sẽ có tình trạng tăng trương lực.	Thường không sống quá 2 năm, do các bệnh TBS phức tạp, hiện tượng đồng dạng (isomerism) và viêm phổi. Có thể cần tư vấn di truyền.
--	--	---

Hội Chứng Noonan

 Figure 6.4.5: Noonan syndrome Photo Courtesy: VH Sankar, M Zulfiqar Ahmed	Một trẻ thiếu niên nam có u ở cổ. Đây là HC Noonan có hẹp van ĐM phổi. ECG thấy trục vô định và phì đại thất phải do loạn sản gây hẹp van ĐM phổi. Hội chứng Noonan có đặc trưng hình thái giống HC Turner và di truyền trội trên NST thường. Bệnh TBS gặp trong khoảng 40% trường hợp, gồm loạn sản van ĐM phổi gây hẹp van và bệnh cơ tim phì đại. Hẹp van phổi nặng sẽ gây ra đặc trưng trục vô định và phì đại thất phải trên ECG.	Hẹp van phổi nặng sẽ được nong bằng bóng, mặc dù kết quả là không tối ưu. Trong những trường hợp này, phẫu thuật van sẽ giúp giảm tắc nghẽn. Bệnh cơ tim phì đại được điều trị nội khoa. Bệnh nhân cũng cần được chăm sóc đa chuyên khoa.
--	---	--

Chia Se Ca Lam Sang

Chương 7

Hô Hấp

Hiệu đính

TU Sukumaran, Devaraj Raichur

Chia Se Ca Lam Sang

- 7.1 Các bệnh lý phổ biến
- 7.2 Các bệnh lý không phổ biến nhưng không hiếm gặp
- 7.3 Các trường hợp cấp cứu
- 7.4 Các Hội chứng
- 7.5 Khác

MỤC LỤC

7.1 BỆNH LÝ PHỔ BIẾN 119

- Viêm amygdal cấp 119
- Viêm thanh khí phế quản cấp (ALTB) 119
- Viêm tai giữa cấp (AOM) 119
- Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) 120
- Gương mặt khẩu cái 120
- Viêm xoang đi ừng 120
- Hen 121
- Lồng ngực ứ đọng khí 121
- Giãn phế quản 121
- Viêm tiểu phế quản 122
- Viêm mô tế bào ở các vùng nguy hiểm trên mặt 122
- Viêm màng phổi 122
- Tràn dịch - tràn khí màng phổi 123
- Viêm phổi Klebsiella 123
- Viêm phổi Klebsiella—'phồng rãnh liên thùy' 123
- Abscess phổi 124
- Viêm phế quản phổi do sởi 124
- HC hít phân xu (MAS) 124
- Lao kê 125
- Tràn dịch màng phổi 125
- Tràn màng phổi 125
- Viêm phổi pneumocystis jiroveci 126
- Viêm phổi do phế cầu 126
- Phức hợp sơ nhiễm 126
- Suy hô hấp 127
- HC suy hô hấp (RDS) 127
- Áp xe sau hầu 127
- Lao hang với VPQ phổi hoại tử 128
- Viêm phổi do tụ cầu 128
- U lao phổi phải 129
- U lao phổi phải—CT Scan 129
- Lao—Nếp thùy giữa phổi P 129
- Lao—Hạch cảnh khí quản hai bên to 130
- Lao—Hạch rốn phổi to 130
- TDMP do lao—Hạch rốn phổi phải 130

7.2 BỆNH ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM 131

- Viêm nắp thanh quản cấp 131
- Viêm tiểu PQ tắc nghẽn - VP tổ chức hoại (BOOP) 131
- Nang phế quản 132
- Bệnh Castleman 132
- Di dạng nang phổi bẩm sinh (CCAM) 133
- Thoát vị hoành bẩm sinh 133
- Khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh 134
- Teo thực quản kèm rò thực quản khí quản 134
- Cơ hoành nhão 134
- Thiếu sản phổi phải 135
- Bệnh phổi kẽ (ILD) 135
- U nguyên bào TK (di căn) kèm TDMP phải và tiêu xương sườn 7 136
- Bất sản phổi 136
- Khối U 136

7.3 TÌNH TRẠNG CẤP CỨU 137

- Tràn khí màng phổi kín 137
- Chẩn đoán nhầm dị vật đường thở 137
- Dị vật đường thở 138
- Dị vật ở PQ phải 138
- Tràn khí màng phổi 139
- Thông khí nhân tạo—Tràn khí áp lực 139

7.4 HỘI CHỨNG 140

- Hội chứng swyer-James MacLeod (SJMS) 140

7.5 KHÁC 140

- Dụng cụ điều trị hen 140
- Nang sản - XQ ngực 140
- Máy khí dung 141
- Dụng cụ hồi sức và hỗ trợ Oxi 141
- Thoát vị qua khe thực quản (PEHH) 142
- Giảm tốc độ tăng trưởng 142
- Tuyến ức - dấu hiệu cánh bướm 143

7.1 CÁC BỆNH LÝ PHỔ BIẾN

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Figure 7.1.1: Viêm amidan cấp Photo Courtesy: S Nagabhushana, Bengaluru	Amidan sưng đỏ, xuất tiết. <i>Triệu chứng cơ năng:</i> Nuốt đau, ho khan, mệt mỏi, sốt và gai rét, nuốt khó, đau tai, đau đầu, đau cơ, hạch cổ sưng to. <i>Thực thể:</i> Lưỡi khô, amidan sưng đỏ, xuất tiết hầu họng, sung huyết họng, nổi hạch cánh-dạ dày.	Penicillin là thuốc được lựa chọn. Cephalosporins or clindamycin cho nhiễm trùng mạn tính. <i>Cắt Amidan, nếu bất kỳ:</i> - tái phát ≥ 7 lần/ năm - Tái phát ≥ 5 lần trong 2 năm - Viêm amidan gây ra tắc nghẽn đường hô hấp trên - apxe amidan Đốt với nitrat bạc cho các trường hợp viêm mạn tính

Viêm thanh khí phế quản cấp (ALTB)

 Figure 7.1.2: ALTb—"Steeple sign" Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Phát hiện hẹp ở vùng dưới thanh môn của đường hô hấp trên (steeple sign). ALTb nguyên nhân chính là các loại virus; phổ biến nhất là virus á cúm typ B. Đây là loại tắc nghẽn cấp tính đường hô hấp trên phổ biến nhất. <i>Triệu chứng cơ năng:</i> 1-3 ngày trước đó có nhiễm trùng đường hô hấp trên kèm ho, khàn tiếng, thở rít khi hít vào. <i>Thực thể:</i> Giọng khàn, chảy mũi, viêm thanh quản từ nhẹ tới trung bình và thở nhanh. Vị trí phổ biến nhất của tắc nghẽn là dưới thanh môn.	- Kiểm soát đường thở - Làm ẩm O_2 - Khí dung racemic/nonracemic epinephrine. - corticosteroid uống/ khí dung đều hiệu quả - Heliox—có ích trong các ca viêm thanh khí phế quản nặng. - Các hiệu pháp hỗ trợ khác. - Kháng sinh không được chỉ định trong viêm thanh khí phế quản.
---	---	---

Viêm tai giữa (AOM)

 Figure 7.1.3: Viêm tai giữa cấp mủ (ASOM) Photo Courtesy: S Nagabhushana, Bengaluru	Màng nhĩ căng phồng sung huyết và mất nón sáng AOM có thể có mủ hoặc không nung mủ; cả 2 đều gây ra tràn dịch tai giữa. Màng nhĩ sung đỏ, căng phồng kèm theo đau và kém di động là đặc trưng của viêm tai giữa cấp mủ (ASOM).	<i>Kháng sinh:</i> Ở bệnh nhi <6 tháng, kể cả nghi ngờ AOM cũng nên được điều trị. Dưới 2 tuổi điều trị tất cả các case AOM được xác định. Trẻ trên 2 tuổi, xác định điều trị các trường hợp nặng. Đầu tay—Amoxicillin. thay thế — co-amoxiclav, cefuroxime axetil, hoặc IM ceftriaxone. Thời gian điều trị -10 ngày cho trẻ <2 tuổi và 3-5 ngày cho trẻ lớn hơn. Chích màng nhĩ hiếm khi cần thiết.
---	---	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Figure 7.1.4: ARDS trong sốt xuất huyết Dengue Photo Courtesy: NK Kalappanavut, S Kavya, Davangere	XQ cho thấy các vùng phổi bình thường xen kẽ với các vùng phổi xẹp và đồng đặc được tập chung hướng về các vùng phụ thuộc. ARDS, được định nghĩa là 1 phủ phổi không do tim, với sự xuất hiện suy hô hấp $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio ≤ 300 mm Hg, xâm lấn 2 phổi trên XQ, không có suy tim. <i>Nguyên nhân:</i> nk huyết, viêm phổi, đuối nước, nhồi máu phổi, dập phổi, shock, hội chứng viêm đáp ứng hệ thống v.v.	- Loại bỏ các yếu tố nguyên nhân - Thông khí cơ học với PEEP cao và thể tích lưu thông thấp để duy trì - Các phương thức điều trị khác: - Thuật huy động phế nang: Đặt PEEP ở mức cao ngay từ đầu (giấy tờ phút) - Đảo ngược tỷ lệ thở và thở ra: IT>ET - Tăng PaCO_2 cho phép - Lợi tiểu - Tư thế nằm nghiêng - NO (Nitric Oxide). - Giảm chuyển hóa (an thần, hạ sốt) - Oxy hóa máu bằng màng ngoài cơ thể (ECMO) ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, mà ko đáp ứng với thông khí. - surfactant ngoại sinh.
  Figures 7.1.5A and B: (A) Bỏ mắt VA; (B) XQ cho thấy sự phì đại của hạch khẩu cái Photo Courtesy: S Nagabhushana, Bengaluru and Vijay Yewale, Navi Mumbai	Khuôn mặt điển hình với môi trên dài ra, răng hàm trên nhỏ, gọi ý tời phì đại hạch khẩu cái (Fig. 7.1.5A). Đấu hiện khác có thể gặp: cứng vòm cao, ngáy, khó thở khi ngủ/ thiếu oxy. yếu tố kích thích quan trọng cho hen và chảy dịch mũi sau. Liên cầu nhóm A là nguyên nhân. XQ (Fig. 7.1.5B) cho thấy mô mềm phình ra (khẩu cái) làm hẹp mũi hầu.	- Penicillin—là thuốc được chọn cephalosporins hoặc clindamycin có thể hiệu quả hơn với viêm mạn tính. - Phẫu thuật cắt VA—trong những trường hợp viêm VA mạn tính.
 Figure 7.1.6: Viêm mũi dị ứng Photo Courtesy: S Nagabhushana, Bengaluru and Devraj Raichuz, Hubli	"cháo kiểu dị ứng" ở bệnh nhân viêm xoang. Đường Dennie Morgan (nếp hằn mũi) có thể quan sát.	- Tránh các dị nguyên đã xác định. - Kháng histamin đường uống. - Steroid nhỏ mũi. - Đồng vận alpha uống/ qua mũi. - Liệu pháp miễn dịch dị ứng đặc hiệu. - Kháng thể đơn dòng kháng anti-IgE ở người.

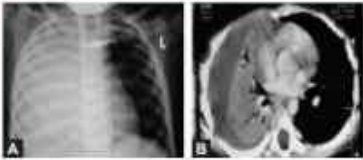
Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Figure 7.1.7: Phổi tăng sáng - hen Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Phổi tăng sáng, cho thấy tình trạng ứ khí. Hen là bệnh lý viêm mạn tính đường dẫn khí ở phổi gây nên các đợt tắc nghẽn khí. Ho khan từng đợt và/hoặc rít thì thở ra là triệu chứng phổ biến nhất của hen. Triệu chứng hô hấp có thể nặng hơn về đêm, đặc biệt là khi các yếu tố kích thích kéo dài bởi nhiễm trùng hô hấp hoặc hít phải các dị nguyên.	- Loại bỏ và hạn chế các vấn đề tiếp xúc về môi trường. - Điều trị đồng thời các bệnh lý phổi hợp. - Xử trí đợt cấp: - Oxy và đồng vận beta tác dụng ngắn dạng hít. - corticosteroids hệ thống - anticholinergic khi dung (Ipratropium bromide). - Truyền tĩnh mạch Magnesium sulfate - Aminophylline tĩnh mạch. - Epinephrine 0.01 mg/kg dưới da hoặc tiêm bắp - Terbutaline truyền tĩnh mạch. - Điều trị tại nhà: Tùy thuộc vào mức độ nặng của triệu chứng mạn.

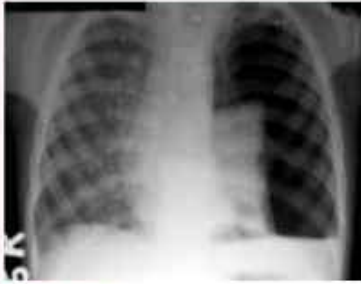
Lồng ngực ức gà ở trẻ đặt thông khí

 Figure 7.1.8: lồng ngực ức gà ở trẻ đặt thông khí Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Tăng đường kính trước-sau của lồng ngực. Nguyên nhân có thể do hội chứng hít phải phản su, nhưng với đứa trẻ đặt thông khí, sự ứ khí ở phổi do PEEP cao không phù hợp có thể gây hình ảnh trên.	- Giữ PEEP thấp - Không nên dùng các auto-PEEP - Cho phép thời gian thở đủ.
---	---	---

Giãn phế quản

 Figure 7.1.9: Giãn phế quản Photo Courtesy: TA Shepur, KIMS, Hubli	Giãn phế quản 2 bên ở các mức độ khác nhau có thể quan sát được; trái > phải. Giãn phế quản: sự giãn bất thường không thể hồi phục của cây phế quản. Cơ năng: Ho và khạc đờm nhiều; khác: ho máu, sốt, chán ăn và sụt cân. Thực thể: Rales khu trú ở các vùng bị ảnh hưởng, thở rít, dấu hiệu dùi trống ở đầu chi.	- Liệu pháp tức thì là giảm tắc nghẽn hô hấp và kiểm soát nhiễm trùng. - Phen hô hấp. - Thuốc giãn pq 2-4 tuần kèm kháng sinh - Dự phòng lâu dài: macrolide đường uống hoặc kháng sinh khi dung. - Điều trị các bệnh lý kèm theo - Đôi khi việc cắt thùy hoặc phân thùy phổi được thực hiện khi có giãn khu trú. - Hiếm khi phải ghép phổi.
--	---	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Viêm tiểu phế quản  Figure 7.1.10: Viêm tiểu phế quản Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Hình ứ khí 2 phổi. Lứa tuổi phổ biến: 2 tháng đến 2 năm. Nguyên nhân hàng đầu là virus. Hợp bào hô hấp (RSV) là nguyên nhân phổ biến nhất. Nguyên nhân khác gồm á cúm và adenoviruses, Mycoplasma, và các virus khác. Bắt đầu với nhiễm trùng nhẹ đường hô hấp trên (URTI) sau đó là suy hô hấp với thở rít ho, khô thở và kích thích.	• Điều trị hỗ trợ là chủ yếu. • Làm ẩm dòng O₂. • Giảm phế quản • Corticosteroids không được khuyến cáo với trẻ trước đó khỏe mạnh • Với trẻ có bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh phổi, ribavirin có thể sử dụng dưới dạng phun sương. • Kháng sinh chỉ khi có viêm phổi bội nhiễm.
 Figure 7.1.11: Viêm mô tế bào ở các vùng nguy hiểm trên mặt Photo Courtesy: S Nagabhushana, Bengaluru	Sưng đỏ đau xuất hiện ở đầu mũi. Nhiễm trùng ở "vùng nguy hiểm trên mặt" có thể dẫn đến huyết khối tĩnh mạch xoang hang.	• Kháng sinh trên phổ Streptococci, Staphylococcus aureus, and H. influenzae. (vd. Co-amoxycylav). • Điều trị triệu chứng.
Viêm màng phổi  Figures 7.1.12A and B: (A) Viêm màng phổi x; (B) Viêm màng phổi p-CT scan. Photo Courtesy: NK Kalappanavar, S Kavya, Davangere	Viêm màng phổi, tập trung mù ở khoang màng phổi, thường là biến chứng không điều trị hoặc điều trị không thích hợp của viêm phổi. Cơ năng: Ho, khô thở, rút lõm, thở nhanh, khô thở tư thể, hoặc tím tái. Thực thể: các dấu hiệu gợi ý tràn dịch màng phổi. Viêm màng phổi thường được chẩn đoán phân biệt với tràn dịch màng phổi thanh tỵ huyết bởi chọc dò dịch màng phổi. Hình CT ở bên cho thấy hình ảnh tràn mù xẹp phổi p (Fig. 7.1.12B).	• Kháng sinh. • Chọc màng phổi và dẫn lưu dịch có hoặc không có các chất tiêu sợi huyết. • phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ video (VATS) hoặc phẫu thuật mở tách màng phổi.

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Figure 7.1.13: Tràn dịch-khí màng phổi trái Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Hình ảnh mức dịch-khí do sự xuất hiện của chúng trong khoang màng phổi	Điều trị: tương tự như tràn dịch/ mũ màng phổi.

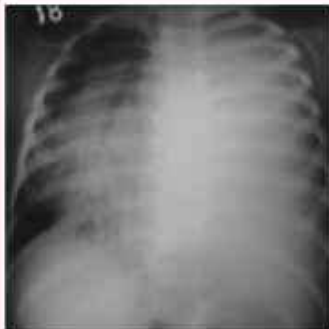
Viêm phổi *Klebsiella*

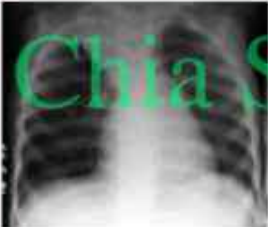
 Figure 7.1.14: Viêm phổi <i>Klebsiella</i> Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Các túi khí và túi mũ khu trú ở thùy trên phổi phải gợi ý tới viêm phổi <i>Klebsiella</i>. Viêm phổi <i>Klebsiella</i> phổ biến ở trẻ mới sinh. Đờm màu như thạch nho đỏ ‘Red Currant Jelly’. XQ cho thấy dấu hiệu ‘phồng rãnh liên thùy’ ‘Bulging fissure sign’.	Kháng sinh hiệu quả với <i>Klebsiella</i>: - Amoxicillin-clavulanate (20–45 mg/kg /24 hr chia đôi 8-12h uống). - Ceftriaxone (50–75 mg/kg q 24 hr IV or IM). - Amikacin (15–25 mg/kg/24 hr chia 2 lần 8–12 hr IV or IM).
---	---	--

Viêm phổi *Klebsiella*—‘Phồng rãnh liên thùy’

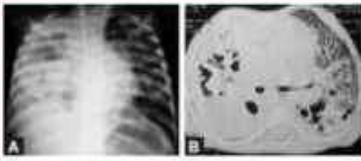
 Figure 7.1.15: Viêm phổi <i>Klebsiella</i>—‘Phồng rãnh liên thùy’ Photo Courtesy: Devaraj Balchut, KIMS, Hubli	Bờ dưới của thùy phải đồng đặc phồng lên gợi ý tới viêm phổi <i>Klebsiella</i>.	Kháng sinh hiệu quả với <i>Klebsiella</i>: - Amoxicillin-clavulanate (20–45 mg/kg /24 hr chia đôi 8-12h uống). - Ceftriaxone (50–75 mg/kg q 24 hr IV or IM). - Amikacin (15–25 mg/kg/24 hr chia 2 lần 8–12 hr IV or IM).
--	--	--

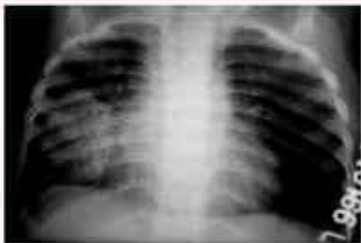
Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Abscess phổi  Figure 7.1.16: Abscess phổi Photo Courtesy: TU Sukumar, PIMS, Thiruvalla	Khoang khu trú có thành dày có thể thấy ở giữa phổi phải. Nguyên nhân: Vi khuẩn ái khí và yếm khí. Nằm ở các bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Cơ năng: Ho, sốt, khó thở, đau ngực, nôn, khạc đờm, sút cân và ho máu. Thực thể: Nhịp nhanh, cơ kéo cơ hô hấp phụ, giảm âm phổi, và gõ đục ở các vùng bị ảnh hưởng.	- Với các cases không có biến chứng, kháng sinh cho 4-6 tuần, phổ tác dụng <i>S. aureus</i>, vi khuẩn yếm khí và gram âm. - Với các bn nặng những người thất bại sau 7-10 ngày dùng kháng sinh, can thiệp ngoại như là kỹ thuật chọc dịch qua da, và hiếm khi pt lồng ngực với cắt thùy và hoặc bóc vỏ là cần thiết.
Viêm phế quản phổi do sởi  Figure 7.1.17: Viêm phế quản phổi do sởi Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	khoảng kẽ mờ hình lưới là bằng chứng chẩn đoán hình ảnh của trẻ bị sởi suy hô hấp. Viêm phế quản phổi do sởi (viêm phổi tế bào không lồ) gây ra trực tiếp bởi virus sởi. Nó nên được phân biệt với nhiễm trùng hô hấp do vi khuẩn kèm theo, thường phổ biến.	- Hỗ trợ hô hấp bằng liệu pháp oxy. - Hỗ trợ thông khí—trong trường hợp suy hô hấp. - Dự phòng bằng kháng sinh không phải đầu tay. Kháng sinh chỉ được dùng nếu vi khuẩn viêm phổi không thể loại trừ. - vitamin A hỗ trợ
Hội chứng hít phân su (MAS)  Figure 7.1.18: Lồng ngực ục gà ở MAS Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Tăng đường kính trước sau của lồng ngực thấy ở trẻ sơ sinh bị MAS. Phân su hay được nhìn thấy ở da và dây rốn. Bình thường, trẻ sơ sinh có đường kính lồng ngực trước sau lớn hơn ở trẻ lớn và người lớn, nhưng cơ chế van bóng (the ball-valve mechanism) của hít phải phân su làm tăng hơn đường kính trước sau.	- Chăm sóc hỗ trợ và điều trị tiêu chuẩn suy hô hấp. - surfactant ngoại sinh cho các trường hợp nặng. - Thông khí tự nhiên (CPAP) và thông khí cơ học Ở MAS mức độ trung bình hoặc nặng - Thông khí cao tần (HFV). - nitric oxide hít (iNO). - Oxy hóa máu bằng màng ngoài cơ thể (ECMO).

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Lao kê  Figure 7.1.19: Lao kê Photo Courtesy: Devaraj Raichur, HS Surendra, KIMS, Hubli	Các hình mờ sắc tròn, hạt kê ở cả 2 phế trường với hạch lympho bệnh lý ở trước phải khi quán. Lao kê là dạng lao lây nhiễm nhiều nhất trên lâm sàng. Phổ biến hơn ở trẻ sơ sinh, trẻ suy dinh dưỡng và suy giảm miễn dịch	• Kháng sinh kháng lao (ATT)—2HRZE₁ + 4HR₃ (phác đồ DOTS) cho 6 tháng. • Sốt thường giảm sau 2-3 tuần điều trị bằng ATT. • Corticosteroid làm giảm triệu chứng nhanh hơn.
 Figure 7.1.20: tràn dịch màng phổi 2 bên ở trẻ nhiễm virus Chikungunya.	lớp bóng mờ dày 2 bên làm giãn các khoang liên sườn ở phổi	• Điều trị hỗ trợ • Chọc màng phổi nếu suy hô hấp nặng xảy ra.
 Figure 7.1.21: tràn dịch màng phổi trái với phổi trái xẹp-dông đặc Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Bóng mờ thuần nhất xóa góc sườn hoành trái với trung thất bị đẩy sang phải. Dịch màng phổi có thể là dịch thấm hoặc dịch tiết. Cần nguyên phổ biến nhất—viêm phổi do vi khuẩn, tràn dịch nhiều sẽ gây ho và suy hô hấp. <i>Thực tế:</i> Trung thất bị đẩy sang phía đối diện, Giãn rộng các khoang liên sườn, Rung thanh giảm, gõ đục, Giảm hoặc mất âm phổi.	• Điều trị bệnh nền. • Chọc dịch màng phổi • Đặt ống dẫn lưu màng phổi—khi dịch tái ứ lại gây cản trở hô hấp hoặc dịch là mủ. • Trong tràn dịch cần phổi với pH dịch màng phổi <7.20 hoặc nồng độ glucose <50 mg/dl, ống dẫn lưu ngực được đặt.

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử trí
 Figures 7.1.22A and B: <i>Pneumocystis jirovecii</i> (<i>carinii</i>) pneumonia Photo Courtesy: Vinod Ratageri, TA Shepur KIMS, Hubli	(Fig. 7.1.22A) Thủy trên và dưới bên phải đồng đặc; các thủy phổi trái đồng đặc; thủy giữa phổi phải được bảo toàn gợi ý tới viêm phổi <i>Pneumocystis jirovecii</i>: Đây là nhiễm trùng đe dọa tính mạng ở trẻ suy giảm miễn dịch khi không dự phòng, ~40% trẻ em bị AIDS, 12% trẻ em bị bệnh bạch cầu, và 10% ở bệnh nhân ghép tạng dễ thụ cảm với viêm phổi <i>P. carinii</i>. (Fig. 7.1.22B) Phổi nở kém hai bên có những bóng nổi ở thủy phổi phải. Tổn thương hốc dày có thể quan sát ở đoạn đỉnh thủy dưới. Sự dày lên của khoảng kẽ được thấy ở rốn phổi 2 bên.	• (A and B) Trimethprim-sulfamethoxazole (TMP-SMZ) (15–20 mg TMP/kg/day chia 4 lần/ngày). • Kéo dài: 3 tuần với AIDS và 2 tuần cho các đối tượng khác. • Thay thế, pentamidine isethionate (4 mg/kg liều 1 lần/ngày/tm). • Atovaquone (750 mg 2 lần/ngày với ăn, >13 tuổi). • Các phương pháp hiệu quả khác gồm trimetrexate glucuronate hoặc phối hợp trimethoprim và dapsone, or clindamycin và primaquine. • Corticosteroids (Prednisolone) được dùng cho các trường hợp trung bình-nặng.
 Figure 7.1.23: xẹp-dông đặc thủy trên phổi phải Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Viêm phổi khu trú theo thủy. Gập phổ biến nhất là phế cầu. Viêm phổi phế cầu có triệu chứng khởi bệnh, tăng công hô hấp, tím tái và suy hô hấp. Nghe phổi -rales và rít.	• Khuẩn đa kháng thuốc nên được báo cáo. • Penicillin-G—thuốc được lựa chọn cho các chứng nhạy cảm. • Liều cao cefotaxime và ceftriaxone hiệu quả, kể cả đó là các khuẩn kháng cefalosforin. • Với phế cầu đa kháng thuốc: Vancomycin (hiện nay chưa bị đề kháng). Linezolid là liệu pháp thay thế.
 Figure 7.1.24: Phức hợp sơ nhiễm	trần dịch hình que trong rãnh liên thủy nhỏ ở trẻ con gợi ý Mantoux test dương tính.	2HRZE₃ + 4HR₃ theo khuyến cáo I của RNTCP (2011).

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trí
 Figure 7.1.25: Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh. Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Triệu chứng của suy hô hấp: Sự co rút lồng ngực (co rút xương sườn) và co rút khoang liên sườn. Triệu chứng khác có thể là phập phồng cánh mũi, và co kéo các cơ hô hấp phụ, tím tái. Rất nhiều bệnh liên quan nhau mô phổi và khí đạo có thể gây ra co rút lồng ngực.	• Đánh giá ABC • O₂ liệu pháp • Duy trì PaCO₂ • CPAP • IMV • Điều trị bệnh lý nền.
 Figure 7.1.26: RDS ở trẻ sơ sinh. Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Hình ảnh tấm gương mờ ở phổi với phế quản chứa khí. Giới hạn hình tim rất khó xác định. <i>Triệu chứng lâm sàng:</i> Nguyên phát ở trẻ lớn, thở nhanh, tiếng thổi, giãn các khoang liên sườn và xương sườn, phập phồng mũi, và xạm tái/ tím tái. có thể shock sau đó. <i>Âm phổi:</i> Bình thường hoặc giảm ± rales nhỏ.	• Hầu hết sẽ tự đỡ. • Tránh tình trạng thiếu oxy máu. • O₂ ẩm ẩm để duy trì PaO₂ 50 đến 70 mm Hg. • Sử dụng surfactant cho các trường hợp RDS trung bình đến nặng. • CPAP/IMV nếu PaO₂ không thể duy trì trên 50 mm Hg. • Các phương thức điều trị khác là thông khí cao tần, ECMO và nitric oxide hít (iNO).
  Figures 7.1.27A and B: (A) Áp xe sau thanh quản; (B) XQ cổ nghiêng	(Fig. 7.1.27A) Mặt sưng nề, và biến dạng cổ gây ra bởi abscess sau thanh quản <i>Cơ năng:</i> Sốt, kích thích, ăn uống kém và chảy dãi. Cứng gáy, cổ biến dạng và không muốn vận động cổ. <i>Thực thể:</i> Giọng nghe ko rõ, khô khè, và suy hô hấp. Khám lâm sàng: khối ở thành sau thực quản, hạch cổ to có thể xuất hiện. (Fig. 7.1.27B) XQ cổ nghiêng trên bệnh nhân cho thấy rõ ràng hình ảnh tăng khoảng trống giữa bóng khí thực quản với đốt sống cổ. Thành sau thực quản nổi khối.	• Kháng sinh tĩnh mạch kèm/ không kèm phẫu thuật dẫn lưu. • Một kháng sinh cefalosporin thế hệ 3 với ampicilin-sulbactam hoặc clindamycin có hiệu quả trên khuẩn yếm khí. • Bệnh nhân có suy hô hấp hoặc bệnh nhân thất bại với kháng sinh tĩnh mạch có thể điều trị phẫu thuật dẫn lưu.

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
Lao thể hang với viêm hoại tử phế quản phổi		
 Figures 7.1.28A and B: Lao thể hang với viêm hoại tử phế quản phổi (A) X-ray and (B) CT scan Photo Courtesy: Devvaraj Raichur, KIMS, Hubli	(Fig. 7.1.28A) Các tổn thương hang ở phổi phải với thâm nhiễm lan tỏa ở phổi trái ở trẻ có đờm dương tính với lao. Lao thể hang ở phổi không phổ biến ở trẻ em, nhưng có thể gặp, như ví dụ trên. (Fig. 7.1.28B) CT scan của đứa trẻ trên, hình ảnh các tổn thương hoại tử rõ ràng.	Phác đồ điều trị tuân theo hiệp hội phòng chống lao quốc gia (RNTCP) (2011) là: • Cat I (Mới): 2HRZE₃ + 4HR₃ • Cat II (đã từng điều trị trước đó): 2HRZE₃ + 1HRZE₃ + 5HRE₃ Steroids—trong tắc nghẽn phế quản, tràn dịch màng phổi lượng nhiều và lao kê.
Viêm phổi tụ cầu		
 Figure 7.1.29: Viêm phổi tụ cầu Photo Courtesy: TU Subraman, PIMS, Thiruvalla	Sự phá hủy nhu mô phổi lan tỏa tạo nên các hang ở cả 2 bên phổi là dấu hiệu chỉ điểm của viêm phổi tụ cầu. <i>S. aureus</i> gây ra viêm phế quản phổi. Dấu hiệu đặc trưng là các vùng hoại tử xuất huyết lan tỏa và các hang không đều ở nhu mô phổi, cuối cùng là các túi khí, túi mũ hoặc lá, các nang phế quản phổi.	• Cloxacillin or cefazolin- kháng sinh khởi trị cho nhiễm trùng nặng nghi đi tụ cầu nhạy cảm methicilin (MSSA). • Vancomycin- khởi trị cho các bệnh nhân đi ứng penicilin và những trường hợp nhiễm tụ cầu nghi do MRSA (Thay thế: linezolid or teicoplanin).
 Figure 7.1.30: Viêm phổi tụ cầu Photo Courtesy: Devvaraj Raichur, KIMS, Hubli	Hình đồng đặc 2 bên với các bóng sáng.	• Cloxacillin or cefazolin- kháng sinh khởi trị cho nhiễm trùng nặng nghi đi tụ cầu nhạy cảm methicilin (MSSA). • Vancomycin- khởi trị cho các bệnh nhân đi ứng penicilin và những trường hợp nhiễm tụ cầu nghi do MRSA (Thay thế: linezolid or teicoplanin).

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
U lao phổi phải  Figure 7.1.31: u lao phổi phải Photo Courtesy: Vinod Ratageri, TA Shepur KIMS, Hubli	Tổn thương khối calci hóa ở thùy giữa và dưới phổi phải.	Phác đồ điều trị tuân theo hiệp hội phòng chống lao quốc gia (RNTCP) (2011) là: - Cat I (Mới): 2HRZE₃ + 4HR₃ - Cat II (đã từng điều trị trước đó): 2HRZE₃ + 1HRZE₃ + 5HRE₃ Steroids—trong tắc nghẽn phế quản, tràn dịch màng phổi lượng nhiều và lao kê.
U lao phổi phải—CT Scan  Figure 7.1.32: U lao phổi phải— CT scan Photo Courtesy: TS Shepur, KIMS, Hubli	Hình ảnh CT cho thấy tổn thương ở thùy giữa phổi phải	Phác đồ điều trị tuân theo hiệp hội phòng chống lao quốc gia (RNTCP) (2011) là: - Cat I (Mới): 2HRZE₃ + 4HR₃ - Cat II (đã từng điều trị trước đó): 2HRZE₃ + 1HRZE₃ + 5HRE₃ Steroids—trong tắc nghẽn phế quản, tràn dịch màng phổi lượng nhiều và lao kê.
Lao—Xẹp và đông đặc thùy giữa phổi phải  Figure 7.1.33: Lao—Xẹp và đông đặc thùy giữa phổi phải Photo Courtesy: Devuraj Raichur and Poojpa Panigatti, KIMS, Hubli	Hình ảnh xẹp và đông đặc thùy giữa phổi phải Cardiac Silhouette's sign (Hình mờ ở sụn sườn phải của tim).	Phác đồ điều trị tuân theo hiệp hội phòng chống lao quốc gia (RNTCP) (2011) là: - Cat I (Mới): 2HRZE₃ + 4HR₃ - Cat II (đã từng điều trị trước đó): 2HRZE₃ + 1HRZE₃ + 5HRE₃ Steroids—trong tắc nghẽn phế quản, tràn dịch màng phổi lượng nhiều và lao kê.

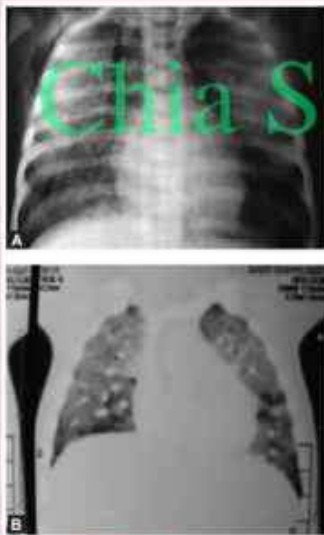
Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trí
Lao—Hạch khí quản hai bên  Figure 7.1.34: Lao—Hạch khí quản hai bên Photo Courtesy: TA Shepur, KIMS, Hubli	Bóng mờ hình oval ở cả 2 bên khí quản đoạn dưới.	Phác đồ điều trị tuân theo hiệp hội phòng chống lao quốc gia (RNTCP) (2011) là: - Cat I (Mới): $2HRZE_3 + 4HR_3$ - Cat II (đã từng điều trị trước đó): $2HRZE_3 + 1HRZE_3 + 5HRE_3$ Steroids—trong tắc nghẽn phế quản, tràn dịch màng phổi lượng nhiều và lao kê.
Lao—Hạch rốn phổi  Figure 7.1.35: Lao—Hạch rốn phổi Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Hạch lympho xuất hiện ở vùng rốn phổi. Phổi là vị trí hay gặp nhất của lao. Bệnh sẽ khác nhau, biểu hiện từ những tổn thương nhỏ tới các tổn thương rải rác Lâm sàng phụ thuộc vào tổn thương ở phổi. Lao ở trẻ em chủ yếu là nhóm ít vi trùng.	Phác đồ điều trị tuân theo hiệp hội phòng chống lao quốc gia (RNTCP) (2011) là: - Cat I (Mới): $2HRZE_3 + 4HR_3$ - Cat II (đã từng điều trị trước đó): $2HRZE_3 + 1HRZE_3 + 5HRE_3$ Steroids—trong tắc nghẽn phế quản, tràn dịch màng phổi lượng nhiều và lao kê.
Lao tràn dịch màng phổi—Hạch rốn phổi phải  Figure 7.1.36: Lao tràn dịch màng phổi—Hạch rốn phổi phải Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Dịch màng phổi lượng ít với sự xóa mờ góc sườn hoành bên phải kèm theo là hạch rốn phổi phải.	Phác đồ điều trị tuân theo hiệp hội phòng chống lao quốc gia (RNTCP) (2011) là: - Cat I (Mới): $2HRZE_3 + 4HR_3$ - Cat II (đã từng điều trị trước đó): $2HRZE_3 + 1HRZE_3 + 5HRE_3$ Steroids—trong tắc nghẽn phế quản, tràn dịch màng phổi lượng nhiều và lao kê.

7.2 NHỮNG BỆNH KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM GẬP

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
	Một bệnh lý có khả năng gây tử vong. Triệu chứng có thể là sốt cao, đau họng, khó thở và có thể tiến triển thành tắc nghẽn đường hô hấp. <i>Nguyên nhân: H. influenzae type b</i> <i>Nguyên nhân khác: Streptococcus pyogenes, pneumococci, và Staphylococcus aureus.</i> <i>Chẩn đoán: nội soi thanh quản—Nắp thanh quản lớn, viêm, sưng đỏ</i> <i>Xq cổ bên: "dấu hiệu ngón tay cái" của nắp thanh quản sưng lên.</i>	– Đường dẫn khí nhân tạo – O₂. – Kháng sinh từ 7-10 ngày: • Ceftriaxone, • Cefotaxime, hoặc • Ampicillin + sulbactam. – Dự phòng bằng Rifampin: (1) Trẻ dưới 4 tuổi có hệ miễn dịch chưa hoàn chỉnh đã có bất kỳ tiếp xúc; (2) Trẻ dưới 12 tháng chưa tiêm vaccines mà đã có tiếp xúc; hoặc (3) những đứa trẻ suy giảm miễn dịch tại gia đình.

Figure 7.2.1: Viêm nắp thanh quản cấp—dấu hiệu ngón tay cái. Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla

Viêm tiểu phế quản tắc nghẽn- viêm phổi tổ chức hóa (BOOP)

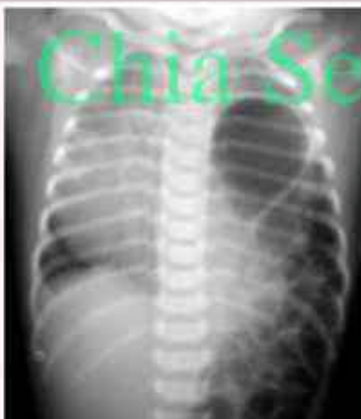
	BOOP là 1 bệnh xơ phổi kẽ không rõ nguyên nhân và bao gồm các dấu hiệu tắc nghẽn trên giải phẫu bệnh, còn được gọi là viêm phổi tổ chức hóa vô căn, tỷ lệ mắc 0.01%. Ít xảy ra ở trẻ em. Triệu chứng giống như viêm phổi, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản. <i>Nguyên nhân: không rõ. Nghi ngờ gây ra bởi adenovirus, sởi, influenza, Hô gà, Legionella, Mycoplasma.</i> <i>Nguyên nhân khác: JRA, SLE, xơ cứng bì, CT ngực cho thấy Các vùng loang lổ bởi ứ khí và giãn phế quản (Figs 7.2.2A and B).</i> BOOP được chẩn đoán tốt nhất qua sinh thiết phế quản và sinh thiết phổi mỡ.	• BOOP không triệu chứng, không tiến triển—chỉ theo dõi. • Bệnh có triệu chứng hoặc tiến triển—corticosteroid uống trên 1 năm. • <i>Tiền lượng:</i> Hồi phục hoàn toàn từ 60-80%. • Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) hiếm khi xảy ra.
--	--	---

Figures 7.2.2A and B: (A) Viêm tiểu pq tắc nghẽn- viêm phổi tổ chức hóa (BOOP); (B) BOOP trên CT ngực. Photo Courtesy: NK Kalappanavar and S Kavya, Davangere

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
Nang phế quản  Figure 7.2.3: Nang phế quản. Photo Courtesy: JK Lakhami, Gadag	Tổn thương nang nằm ở thùy giữa-dưới phải. Nang phế quản là 1 mầm của túi chứa khí quản phổi trước 16 tuần thai. Vị trí phổ biến nhất là bên phải và gần cấu trúc đường giữa (khí quản, thực quản, phế quản gốc) triệu chứng— Sốt, đau ngực, ho đờm, nuốt khó XQ ngực—Nang, có thể có mức khí-dịch.	<i>Nang có triệu chứng:</i> • Kháng sinh phù hợp • Phẫu thuật. <i>Nang không triệu chứng:</i> loại bỏ tr hợp tỷ lệ nhiễm trùng cao.
Bệnh Castleman  Figure 7.2.4: Bệnh Castleman Photo Courtesy: KE Elizabeth, GMC, Thiruvananthapuram	Hạch bệnh ở trung thất/ rốn phổi cho thấy bệnh castleman (tăng sản hạch angiofollicular, lymphoid hamartoma) trên sinh thiết thấy nó tồn tại sau khi đã dùng thuốc kháng lao. Đó là 1 tăng sản hạch lympho không phải ung thư không phổ biến Nó có thể liên quan tới 1 nhóm hạch đơn độc hoặc 1 hệ thống.	Tăng sản bạch huyết khu trú: Phẫu thuật loại bỏ. Tăng sản bạch huyết đa cơ quan: • Không có phác đồ điều trị tiêu chuẩn • Ganciclovir • Anti CD20 B-cell monoclonal antibody, rituximab • Tocilizumab. Điều trị khác cho tăng sản bạch huyết đa cơ quan bao gồm: • Corticosteroids • Chemotherapy • Thalidomide.

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
Dị dạng nang phổi bẩm sinh ở trẻ (CCAM)		
    Figures 7.2.5A to D: Dị dạng nang phổi bẩm sinh ở trẻ (CCAM) ở phổi phải—(A) X-ray; (B) CT scan; (C) mẫu phổi sau phẫu thuật cắt và (D) giải phẫu bệnh. Photo Courtesy: JK Lakhtani, Gadag	(Fig. 7.2.5A) Bóng mờ lớn chiếm thùy trên, giữa phổi phải. Tỷ lệ mắc—4/100000. Triệu chứng: với trẻ sơ sinh— suy hô hấp, nhiễm trùng hô hấp và tràn khí màng phổi nhiều lần. với trẻ lớn hơn— Nhiễm trùng hô hấp dai dẳng và tái diễn, liên quan tới đau ngực cấp tính. Âm phổi nghe giảm, với trung thất bị đẩy lệch. (Fig. 7.2.5B) CT scan cho thấy mức dịch ở khoang ngực trước bên phải. (Fig. 7.2.5C) Quan sát đại thể CCAM mô tả là nang tự nhiên của mô phổi được phẫu thuật cắt bỏ. (Fig. 7.2.5D) Các khoảng trống của nang ở mẫu giải phẫu bệnh.	- Can thiệp tiền sản làm ảnh hưởng tới thai nhi vẫn còn tranh cãi nhưng có thể bao gồm loại bỏ các tổn thương vi nang ở thùy, các tổn thương nang lớn, và phẫu thuật mổ mở thai. - Ở giai đoạn sau sinh, phẫu thuật được chỉ định cho tất cả các trường hợp có triệu chứng.

Thoát vị hoành bẩm sinh

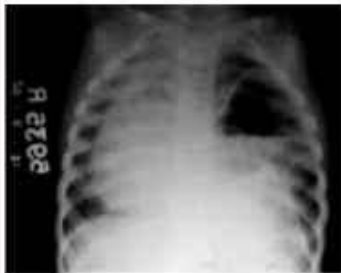
 Figure 7.2.6: Thoát vị hoành bẩm sinh—sau bên trái. Photo Courtesy: Devvaraj Raichur, KIMS, Hubli	Các quai ruột thoát lên ngực trái ở trẻ sơ sinh có bụng lõm lõng thuyên. Thoát vị hoành là khi có sự thông thương giữa khoang bụng và khoang ngực có hoặc không có các thành phần ổ bụng trong lồng ngực. Các loại: - Bochdalek (phía sau bên trái) 90% các trường hợp. - Morgagni (phía trước bên phải). Triệu chứng là suy hô hấp lúc sinh, bụng lõm lõng thuyên, nghe âm ruột khí đặt ống nghe lên ngực. Dị thường liên quan phổ biến nhất là thiếu sản phổi (hạn chế khả năng sống sót).	- Thông khí và liệu pháp oxy có thể được yêu cầu để hỗ trợ. - Phẫu thuật sửa thoát vị là cần thiết.
--	---	--

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
 Figure 7.2.7: khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh — thùy dưới phải Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Hình tăng sáng ở phổi phải với trung thất lệch trái. Lứa tuổi hay gặp: Thường ở giai đoạn sơ sinh, và 5% ở giai đoạn 5-6 tuổi. Triệu chứng: khó khê và thở nhanh từ nhẹ cho tới khó thở nặng có tím tái. Vị trí hay gặp nhất: thùy trên phổi trái. Giải phẫu bệnh: Ở khí bên tổn thương và xẹp ở bên phổi bình thường có thể gặp.	- Trẻ nhỏ dưới 2 tháng không có triệu chứng nặng thì chỉ cần theo dõi. - Một số bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa - Phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi ngay lập tức khi có tím tái và suy hô hấp nặng. - Đặt ống chọn lọc với những vùng phổi không bị ảnh hưởng có thể có giá trị.

Teo thực quản kèm rò thực quản khí quản

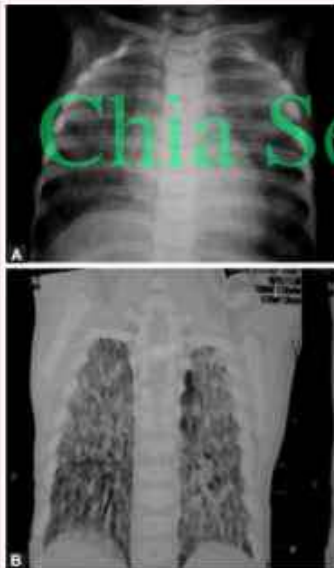
 Figure 7.2.8b: Teo thực quản kèm rò thực quản khí quản Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Có thể quan sát thấy túi bọt ở đầu trên thực quản. Sự xuất hiện khí ở dạ dày gọi ý tới đường rò từ khí quản sang thực quản (type phổ biến nhất của teo thực quản). Teo thực quản: Là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất của thực quản Triệu chứng: Sùi bọt của từ miệng và mũi sau sinh, Ho thành cơn, Tím tái và suy hô hấp, viêm phổi hít Đường rò type H xuất hiện muộn đi kèm với các rối loạn hô hấp mạn tính.	- Duy trì đường thở - Phòng ngừa viêm phổi hít bằng tư thế nằm nghiêng và hút liên tục. - Phẫu thuật đóng đường rò và nối hai đầu tận cùng của thực quản. - Primary repair cannot be done if gap between the atretic ends of the esophagus is >3 to 4 cm.
--	--	---

Nhào cơ hoành

 Figure 7.2.9: Nhào vòm hoành trái Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Nhào cơ hoành—là sự nâng cao bất thường, bao gồm sự mỏng đi của cơ hoành khiến cho vòm hoành trái bị đẩy cao lên. Nguyên nhân: Bẩm sinh (do sự phát triển không hoàn thiện của cơ hoành), liệt cơ hoành, tổn thương cơ rút, do điều trị. Liên quan: bệnh phổi biệt lập, tim bẩm sinh, và rối loạn nhiễm sắc thể.	- Hầu hết không có triệu chứng, không yêu cầu phải phẫu thuật. - trường hợp có triệu chứng— phẫu thuật bằng cách xếp nếp qua ổ bụng hoặc lồng ngực.
--	---	--

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
 Figure 7.2.10: Giảm sản phổi phải Photo Courtesy: NK Kalappanavar, S Kavya, Davangere	Đây là đứa trẻ 3 tuổi được điều trị viêm phổi dai dẳng tái diễn không có sự cải thiện trên hình ảnh. Sự hạn chế thể tích của lồng ngực phải với sự hạn chế của mạch máu và trung thất bị kéo sang phải. Triệu chứng thường gặp là tăng áp động mạch phổi ở trẻ sơ sinh (PPHN) ở trẻ mới sinh và liên quan tới các bệnh lý lồng ngực, thiếu ối, biến dạng lồng ngực và các khiếm khuyết vận động do rối loạn thần kinh cơ. Các trường hợp nhẹ hơn thì phát hiện sau 1 nhiễm trùng hô hấp.	• Oxy. • Thông khí. • nitric oxide dạng hít cho PPHN. • oxy hóa máu màng ngoài cơ thể (ECMO) có thể giúp kéo dài sự sống. • sử dụng công cụ mở rộng xương sườn ở các lồng ngực loạn dưỡng.

Bệnh phổi kẽ (ILD)

 Figures 7.2.11A and B: (A) bệnh phổi kẽ; (B) bệnh phổi kẽ Photo Courtesy: NK Kalappanavar, S Kavya, Davangere	(Fig. 7.2.11A) XQ ngực của bệnh phổi kẽ (ILD) cho thấy các đám mờ thuần nhất không đều. Trẻ em mắc IDL có triệu chứng khó thở, thở nhanh, ho, vận động hạn chế và thường xuyên nhiễm trùng hô hấp. (Fig. 7.2.11B) CT phổi có độ phân giải cao (HRCT): nó cho thấy sự lan tỏa và phân bố của bệnh nhu mô phổi. Sự lan tỏa của hầu hết các bệnh nhu mô phổi cho thấy hình ảnh tâm kính mờ, hoặc "xơ" với bệnh nang phổi. Cận lâm sàng khác: Huyết thanh, Gene, BAL và sinh thiết phổi, và miễn dịch học.	Điều trị hỗ trợ (O₂, dinh dưỡng phù hợp, kháng sinh khi có nhiễm trùng). Điều trị chống viêm với corticosteroids—được lựa chọn để khởi đầu. Lựa chọn điều trị khác gồm hydroxychloroquine, azathioprine, cyclophosphamide, cyclosporine, methotrexate, globulin miễn dịch tĩnh mạch, Steroid liều cao ngắt quãng. Ghép phổi cho các trường hợp IDL tiên triển hoặc giai đoạn cuối. Dự phòng phải tránh các yếu tố kích thích như khói thuốc lá, ẩm mốc, cùn.
--	---	--

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trí
U nguyên bào thần kinh (thứ phát) với TDMP phải và tiêu xương sườn 7		
 Figure 7.2.12: U nguyên bào thần kinh (thứ phát) với tràn dịch màng phổi: (A) XQ cho thấy sự ăn mòn xương sườn 7 bên phải (mũi tên) và (B) hình ảnh siêu âm Photo Courtesy: JK Lakshani, Gadag	Trong trường hợp này, FNAC (chọc hút tế bào bằng kim nhỏ) đã được sử dụng để chẩn đoán. Tế bào nguyên phát đã được tìm thấy ở tuyến thượng thận phải. U nguyên bào thần kinh (NB), loại ung thư phổ biến thứ ba trong nhi khoa, là u tế bào mầm của hệ thống thần kinh giao cảm ngoại biên. Thường ở tuyến thượng thận hoặc các hạch giao cảm dưới phúc mạc. Về giải phẫu bệnh, nó có thể giống với u các tế bào nhỏ. NB có thể xuất hiện ở hội chứng tiền ung thư—thắt điều hoặc rung giật mắt-co. Vị trí di căn phổ biến nhất là các xương dài hoặc xương sọ, tủy xương, gan, hạch lympho và da.	Điều trị cho nhóm u nguyên bào tk có nguy cơ thấy là phẫu thuật (giai đoạn 1 và 2). Theo dõi ở giai đoạn 4S. Hóa trị và xạ trị hiếm dùng cho trẻ em với khả năng tái phát. Điều trị với u nguyên bào tk mức độ trung bình là phẫu thuật, hóa trị và vài trường hợp xạ trị. Điều trị với nhóm nguy cơ cao là hóa trị gây đáp ứng có hoặc không phẫu thuật kèm theo xạ trị khu trú.

Bất sản phổi

 Figure 7.2.13: Bất sản phổi trái Photo Courtesy: TU Sukumaran, PIMS, Thiruvalla	Mất hoàn toàn phổi trái, phế quản trái, trung thất bị kéo sang trái. Vô sản phổi thường là do bất thường nhiễm sắc thể. Triệu chứng: Liên quan tới các biến chứng hẹp đường khí đạo trung tâm và hoặc chứng nhuyễn khí phế quản. Kèm theo: Hội chứng VACTERL. Bất thường về cơ vòm và nửa mặt cùng bên, dị tật thần kinh trung ương và tim mạch.	• Điều trị bảo tồn. • Phẫu thuật ở 1 số case được lựa chọn.
---	--	--

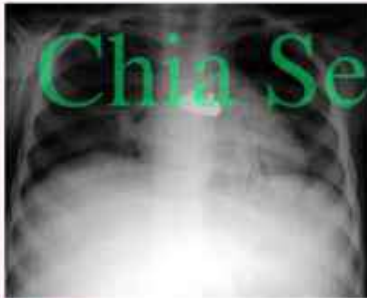
Khối u

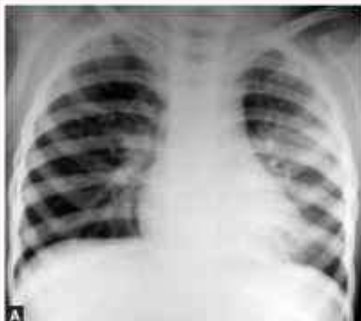
 Figure 7.2.14: U nguyên bào tk ở màng phổi, bên trái, với sự ăn mòn xương sườn số 9 (mũi tên) Photo Courtesy: Devaraj Raichur, HS Surendra, KIMS, Hubli	U nguyên bào tk ở màng phổi là khối u ác tính xuất phát từ màng phổi. Không có hội chứng hô hấp đặc hiệu nào xảy ra. chia 3 thể theo giải phẫu bệnh: • Type I: Nang thuần túy • Type II: Nang và tổ chức rắn chắc • Type III: tổ chức rắn chắc CDHA (X-ray, CT, MRI) giúp xác định sự xuất hiện và vị trí của khối u	• Type I điều trị bằng phẫu thuật có hoặc không hóa trị. • Type II và III điều trị bằng phẫu thuật, hóa trị có hoặc không xạ trị.
--	---	--

7.3 CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
 Figure 7.3.1: Tràn khí màng phổi kín ở bên phải ở trẻ sơ sinh Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Tràn khí màng phổi nhưng không có sự chèn ép. Trung thất không bị dẹt đẩy. <i>Tình trạng tuần mạch:</i> Ổn định.	- Điều trị bảo tồn với O_2 và các phương pháp hỗ trợ khác thường giải quyết được tràn khí màng phổi. - Theo dõi sát để xác định mức độ tràn khí màng phổi để xử trí sớm nhất.

Chẩn đoán nhầm dị vật ở ngực

 Figure 7.3.2: Chẩn đoán nhầm dị vật ở ngực Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Một vật cản quang ở thành ngoài của ngực dễ bị nhầm lẫn với "dị vật".	Khai thác bệnh sử trong lúc đang chụp nhanh XQ và khám tý mi những vật dụng quanh cơ thể bệnh nhân để sàng lọc.
--	--	--

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trí
 	A. Trường hợp này xuất hiện với đông đặc ở phổi phải. Các triệu chứng thường xảy ra khi có dị vật: • Khởi đầu (giai đoạn 1)—Họ kích phát dữ dội, nghẹt, ốm cổ, và có thể tắc nghẽn đường hô hấp ngay lập tức. • Giai đoạn ko có triệu chứng (giai đoạn 2)—Dị vật trở nên cố định, mệt mỏi, các triệu chứng kích thích không nổi bật. Giai đoạn này dễ bị bỏ sót và khiến chẩn đoán bị trì hoãn. • Biểu chứng (giai đoạn 3)— tắc nghẽn, ăn mòn, viêm phổi và xẹp phổi Đây là nguyên nhân quan trọng gây viêm phổi dai dẳng và tái phát. B. Sau khi xác nhận có ứ khí phổi trái đang tiến triển; thở ra cho thấy có bẫy khí, cho thấy có dị vật tắc nghẽn.	• Nội soi và gắp dị vật bằng ống cứng (Nội soi phế quản cho cả chẩn đoán và điều trị). • Bù nước thích hợp và làm trắng da dây trước khi nội soi phế quản. • Dị vật khí đạo nên được lấy sớm nhất có thể ngay sau khi được chẩn đoán.

Figures 7.3.3A and B: Dị vật hô hấp:

(A) kèm theo viêm phổi

(B) ứ khí phổi trái trong khi nằm yên

Photo Courtesy: S Nagabhushana, Bengaluru

Dị vật phế quản phải

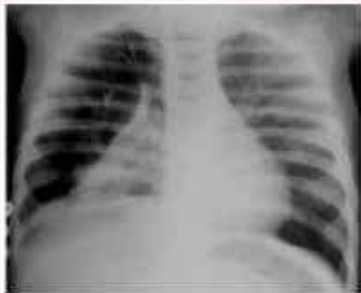
	Xẹp thùy trên phổi phải kèm thoát vị thùy trên phổi trái với khí phế thũng bù lại ở thùy trên phổi phải.	• Nội soi và gắp dị vật bằng ống cứng (Nội soi phế quản cho cả chẩn đoán và điều trị). • Bù nước thích hợp và làm trắng da dây trước khi nội soi phế quản. • Dị vật khí đạo nên được lấy sớm nhất có thể ngay sau khi được chẩn đoán.
---	---	---

Figure 7.3.4: Dị vật ở phế quản phải

Photo Courtesy: Vinod Ratageri, TA Shepur KIMS, Hubli

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
 Tràn khí màng phổi	Phổi trái bị xẹp với tràn khí lượng nhiều. Tim và trung thất bị đẩy sang phải. Tràn khí màng phổi là sự xuất hiện khí ở khoang màng phổi. <i>Phân loại:</i> Nguyên phát hoặc thứ phát, và có thể tự phát, chấn thương, điều trị, or catamenial <i>Tự phát nguyên phát:</i> Tràn khí màng phổi không có chấn thương và các bệnh lý phổi kèm theo. <i>Tự phát thứ phát:</i> Biểu chứng của các bệnh lý phổi không có chấn thương.	• <i>Cấp cứu:</i> chọc màng phổi • Điều trị bảo tồn— tràn khí màng phổi kích thước nhỏ và trung bình. • Dẫn lưu lồng ngực—tràn khí màng phổi lượng nhiều hoặc tái phát. • Gãy xương màng phổi hoặc phẫu thuật mở lồng ngực—tràn khí m.p do biến chứng bệnh ác tính. • Pt mở lồng ngực và đóng các kén khí, nang, bóc dính màng phổi, và làm mỏng di màng phổi ở nền • Phẫu thuật nội soi lồng ngực có sự hỗ trợ của video. • Điều trị các bệnh phổi kèm theo.

Figure 7.3.5: Tràn khí màng phổi—bên trái
Photo Courtesy: Vinod Ratageri, TA Shepur, KIMS, Hubli

Suy hô hấp ở bệnh nhân thông khí nhân tạo—Tràn khí màng phổi áp lực

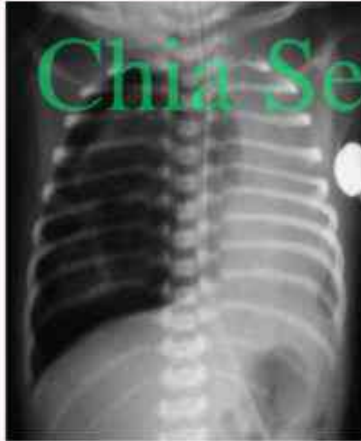
	khí ở khoang màng phổi làm xẹp phổi phải và trung thất bị đẩy sang trái. Vòm hoành phải hạ thấp Áp lực cao kích thích các phế nang mở trong thời gian dòng khí cố gắng để mở/ phục hồi các phế nang xẹp.	• Chọc khí màng phổi lập tức kèm theo là đặt ống dẫn lưu lồng ngực. • Giảm áp lực trung bình đường dẫn khí, thời gian thở vào ngắn hơn và O_2 thấp giúp giải quyết sớm các trường hợp tràn khí màng phổi.
--	---	---

Figure 7.3.6: Suy hô hấp ở bệnh nhân thông khí nhân tạo—Tràn khí màng phổi nhiều bên phải
Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli

7.4 HỘI CHỨNG

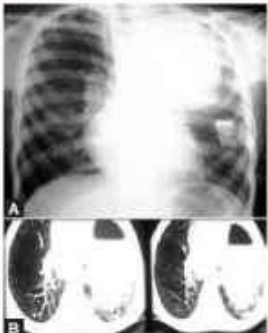
Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
 Figure 7.4.1: Hội chứng Swyer-James MacLeod (SJMS) Photo Courtesy: KE Elizabeth, GMC, Thiruvananthapuram	Phim XQ cho thấy phổi phải phát triển không bình thường và nó nhỏ hơn 1 chút so với bên đối diện. Dấu hiệu có giá trị chẩn đoán là phổi tăng sáng, gây ra bởi sự giãn quá mức của các phế nang. Liên quan tới sự hạn chế dòng máu động mạch, thường là biểu hiện của tắc nghẽn tiểu phế quản bội nhiễm.	Không có điều trị đặc hiệu; nó có thể trở nên ít triệu chứng hơn theo thời gian.

7.5 KHÁC

Dụng cụ trong điều trị hen

 Figure 7.5.1: Một số dụng cụ trong điều trị hen Photo Courtesy: Devaraj Raichur, KIMS, Hubli	Trên hình là các dụng cụ PEFR-meter (đo lưu lượng đỉnh) MDIs (Bình hít định liều) DPIs (bình hít bột khô) Breath actuated MDIs buồng đệm Mặt nạ trẻ em.	Với MDIs, sử dụng buồng đệm đáng được lưu ý ở lứa tuổi này vì làm phân bố thuốc tốt hơn.
--	--	---

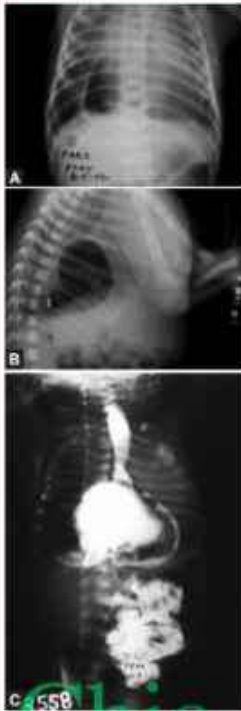
Nang sán—XQ ngực

 Figures 7.5.2A and B: (A) XQ; (B) CT ngực Photo Courtesy: NK Kalappanavar, S Kavya, Duvangure	Hình 7.5.2A là hình ảnh XQ ngực của trẻ 8 tuổi với tổn thương dạng nang ở thùy trên phổi trái. Hình ảnh CT ngực cho thấy tổn thương nang nằm trong nhu mô phổi (Hình 7.5.2B).	- Albendazole -15 mg/kg/ ngày chia 2 lần từ 1-6 tháng (uống 28 ngày rồi nghỉ 14 ngày xen kẽ), tối đa 800 mg/ngày. Với nang đơn độc, sát thành ngực có thể chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT scan. - PT cắt nang.
---	---	---

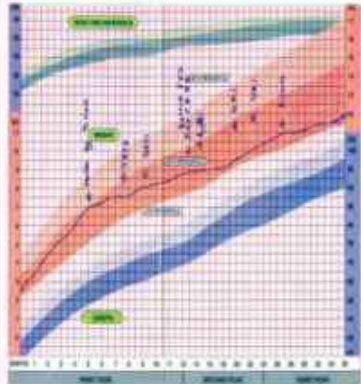
Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
Máy khí dung   Figures 7.5.3A and B: (A) Máy khai dung; (B) Bường khí dung Photo Courtesy: Devvaraj Raichur, KIMS, Hubli	Máy khí dung này là loại nén khí. Các loại khác: - Loại siêu âm - Loại dùng Oxygen Máy khí dung dùng để tạo ra khí hỗ trợ hô hấp	Sử dụng oxy 6-8 l/phút hoặc khí nén. Trong bệnh cấp tính, có thể khí dung 20 phút trong giờ đầu; 8-10 phút khi lâm thủ thuật.

Dụng cụ trong hồi sức và liệu pháp O₂

  Figures 7.5.4A and B: (A) Một số dụng cụ trong hồi sức và liệu pháp O₂ (B) Mặt nạ O₂ không hít lại Photo Courtesy: Devvaraj Raichur, KIMS, Hubli	Các dụng cụ dưới đây gồm: Mặt nạ O₂. Mũi trâm O₂. Kính mũi. Dây oxy. Bông bóp. Khẩu trang. Ống soi thanh quản với lưỡi cong và lưỡi thẳng. Ống nội khí quản. Mặt nạ O₂ không hít lại—là hệ thống cung cấp oxy lưu lượng cao (Fig. 7.5.4B), vì lợi điểm là hệ thống valve, nó có thể cung cấp gần 100% O₂.	Trong khi kính mũi và mặt nạ O₂ là hệ thống oxy lưu lượng thấp, các thứ khác là cung cấp oxy lưu lượng cao. Trong cấp cứu, hệ thống cung cấp O₂ lưu lượng cao nên được sử dụng.
---	---	--

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
 Figures 7.5.5A to C: Thoát vị qua khe thực quản.	(Hình. 7.5.5A) XQ của trẻ 7 ngày tuổi thở nhanh từ khi sinh, thấy dạ dày trong lồng ngực. Vị trí nối dạ dày-thực quản trong ổ bụng. Thoát vị qua khe thực quản: là sự di chuyển của dạ dày qua lỗ thực quản của cơ hoành, có 2 typ: • Kiểu trượt—Tâm vị chui qua khe thực quản vào lồng ngực. • Kiểu cuộn—Phần dạ dày cạnh thực quản thoát vị vào lồng ngực. • Vị trí của sonde giúp nghĩ tới chẩn đoán. (Fig. 7.5.5B) Thoát vị kiểu cuộn có sự di chuyển của dạ dày vào lồng ngực, trong khi tâm vị vẫn trong ổ bụng. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng ít gặp ở trẻ em, hiếm khi ở trẻ sơ sinh. (Fig. 7.5.5C) Chẩn đoán xác định thoát vị nhờ chụp cân quang đường tiêu hoá.	Phẫu thuật bao dạ vị Nissen và cố định dạ dày

Giảm tốc độ tăng trưởng: Bất thường hay không?

 Figure 7.5.6: NKHH cấp tái phát: Giảm tốc độ tăng trưởng	Khi NKHH cấp tái phát nhiều lần ở một trẻ khỏe mạnh, thì tốc độ tăng trưởng của trẻ không dưới 80% so với tốc độ phát triển bình thường của trẻ cùng lứa tuổi.	Nếu tốc độ phát triển của trẻ giảm dưới 80%, nên tìm nguyên nhân khác.
---	---	---

Hình ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
Tuyến ức—Dấu hiệu cánh bướm  Figure 7.5.7: Tuyến ức—Sail Sign (dấu hiệu cánh bướm)	Hình ảnh của một tuyến ức bình thường là: - Mềm mại, uốn theo xương sườn (dấu hiệu sóng của Mulvey) - Không đè đẩy khí quản, mạch máu. - Bờ mềm mại, rõ. - Nhu mô đồng nhất. - Biến đổi về kích thước Stress, mệt mỏi, steroid giảm kích thước tuyến ức. Ở hệ chứng DiGeorge, tuyến ức biến mất. Trên XQ ngực, tuyến ức rõ nhất ở dân từ năm 1 tuổi, nhỏ đi ở trẻ lớn.	- Không cần điều trị, tránh nhầm lẫn với khối bất thường ở trung thất. - Trong giai đoạn hồi phục sau điều trị hoá chất u lympho, During recovery from lymphoma chemotherapy, a tuyến ức đang nhỏ (do bệnh) có thể to ra, có thể nhầm với u lympho còn sót hoặc u tái phát.

Chia Se Ca Lam Sang

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 8

Hệ tiêu hoá và Gan

Chia Se Ca Lam Sang

Biên tập

Malathi Sathiyasekaran, A Riyaz

Ảnh

Malathi Sathiyasekaran, A Riyaz, B Sumathi, S Srinivas, VS Sankaranarayanan

- 8.1 Những bệnh thường gặp
- 8.2 Những bệnh ít gặp nhưng không hiếm
- 8.3 Cấp cứu tiêu hoá
- 8.4 Các hội chứng

8.1 NHỮNG BỆNH THƯỜNG GẶP 147

- Viêm tụy cấp 147
- Teo đường mật 147
- Hội chứng Budd-Chiari (BCS) 147
- Ứ mật và Ngứa 148
- Ngón tay dài trắng 148
- Hẹp môn thực quản 148
- Bệnh Crohn ở Đại tràng 149
- Bệnh gan mật bú 149
- Loét tá tràng, Testrihan *Helicobacter Pylori* Urease Dương tính 149
- Giãn tĩnh mạch thực quản 150
- Nứt hậu môn 150
- Di vật trong da dày 150
- Loét Dạ dày 151
- Rối loạn dự trữ glycogen (GSD) 151
- Dày da lichen hoá trong ứ mật giảm GTP 151
- Táo bón do thói quen 152
- Bệnh Hirschsprung 152
- Lao hồi-dại tràng 152
- Polyp thiếu niên (JP): Đại tràng sigma 153
- Vòng Kayser Fleicher (KF) 153
- Tăng sản nốt bạch huyết ở Đại tràng 153
- Xoắn ruột giữa do ruột xoay bất toàn 154
- Lách to 154
- Hội chứng ứ mật sơ sinh 154
- Loét miệng aphte 155
- Lòng bàn tay son 155
- Tụy vôi hóa 155
- Trầy xước quanh hậu môn 156
- Nang giả tụy 156
- Viêm thực quản do trào ngược 156
- Niêm mạc tá tràng hình nếp vỏ sò 157
- Váng cùng mạc 157
- Tắc tĩnh mạch cửa ngoài gan 157

- Loét trực tràng đơn độc 158
- Bụng to căng và Ứ máu tĩnh mạch trên bụng 158
- Viêm loét đại tràng 158
- Hình ảnh siêu âm nang ống mật chủ 159
- Hình ảnh siêu âm phát hiện sỏi mật 159
- Teo nhung mao trong bệnh celiac 159
- Thiếu Vitamin A do ứ mật 160

8.2 NHỮNG BỆNH ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM 160

- Gai đen trong Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NALFD) 160
- Co thắt tâm vị 160
- Viêm da đầu chi-ruột 161
- Hẹp thực quản bẩm sinh 161
- Xơ gan bẩm sinh 161
- Đa u máu gan ở trẻ em—CT mạch máu 162
- Giá phình mạch máu thông thương với U máu và Đường mật 162
- Thoát vị rốn và thoát vị thành bụng ở trẻ có bệnh gan mạn (CLD) 162

8.3 CẤP CỨU TIÊU HOÁ 163

- Giun chui ống mật 163
- Nuốt pin nút áo 163
- Rối loạn đông máu trong suy gan cấp 163
- Tắc nghẽn thức ăn trong thực quản 164
- Lở loét ruột 164
- Ứ máu da đầu trong hội chứng ứ mật sơ sinh 164
- Xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản 165

8.4 CÁC HỘI CHỨNG 165

- Hội chứng Alagille 165
- Hội chứng Hennekam 165
- Hội chứng Peutz-Jeghers 166
- Hội chứng Verner-Morrison 166
- Hội chứng Wolman 166

8.1 NHỮNG BỆNH THƯỜNG GẶP

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 8.1.1: Chụp cắt lớp thấy tụy phù nề và vùng hoại tử Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Viêm tụy cấp ở trẻ em có thể do chấn thương, nhiễm trùng, nguyên nhân ở đường mật, thuốc, chuyển hoá, tụy phân đôi, tự miễn. Tăng amylase và/hoặc lipase > 3 UL/N cùng với siêu âm có hình ảnh viêm tụy cấp giúp cho chẩn đoán. Chụp cắt lớp bụng tăng cường tương phản (CECT) rất hữu ích để xác định chẩn đoán và đánh giá độ nặng.	Xử trí viêm tụy cấp tùy thuộc vào độ nặng. Phần lớn là nhẹ. Viêm tụy cấp nặng cần được chăm sóc tích cực. Truyền dịch đường tĩnh mạch, thở oxy và cho ăn sớm giúp hồi phục. Điều trị đặc hiệu trong trường hợp có nang đường mật, sỏi ống mật chủ, giun chui ống mật.

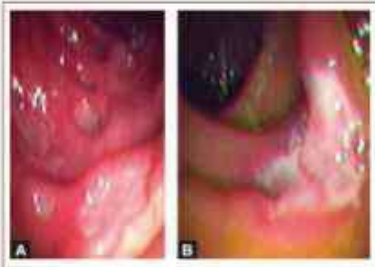
Teo đường mật

 Hình 8.1.2A và B: Teo đường mật/hậu phẫu thuật Kasai. Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Teo đường mật là một nguyên nhân ngoại khoa quan trọng gây ứ mật kéo dài ở trẻ. Biểu hiện là nước tiểu sẫm màu, phân nhạt màu và tăng bilirubin máu trực tiếp. Ban đầu trẻ còn bú khá tốt. Chụp đường mật trong lúc mổ cung cấp sinh thiết gan để chẩn đoán.	Phẫu thuật Kasai ngay khi có chẩn đoán trước khi trẻ được 60 ngày tuổi. Xơ gan mật với tăng áp cửa và bệnh gan giai đoạn cuối xảy ra ở trẻ không được phẫu thuật hoặc phẫu thuật Kasai thất bại. Ghép gan là lựa chọn tốt nhất.
---	---	--

Hội chứng Budd-Chiari (BCS)

 Hình 8.1.3A và B: Hội chứng Budd-Chiari Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Hội chứng Budd-Chiari kinh điển là tắc tĩnh mạch gan, đặc trưng là tắc các tĩnh mạch chính của gan và có hoặc không có tắc tĩnh mạch chủ dưới dẫn đến tăng áp cửa sau xoang. Bụng báng to căng, các tĩnh mạch ở thành bụng trước và lưng nổi rõ là những dấu hiệu để chẩn đoán. Siêu âm và siêu âm Doppler rất hữu dụng để phát hiện vị trí tắc.	Điều trị triệt để bằng quang tuyến can thiệp và đặt stent ở vị trí tắc có thể hiệu quả. Phẫu thuật nếu không tạo shunt được. Những nguyên nhân tiền huyết khối cần điều trị bằng thuốc kháng đông.
---	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Ứ mật và Ngứa		
 Hình 8.1.4: Ứ mật và ngứa dữ dội <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Ngứa là một triệu chứng quan trọng của ứ mật mạn tính. Có thể do lắng đọng các chất (bình thường được bài tiết qua mật) trong da. Các triệu chứng thường bắt đầu ở tháng tuổi thứ 7. Trẻ thường bứt rứt không yên. Tăng bilirubin trực tiếp và phosphatase kiềm (ALP) là hai đặc điểm sinh hóa quan trọng.	- Giảm ngứa bằng acid ursodeoxycholic, ondansetron, naloxone, rifampicin. - Phẫu thuật chuyển đổi một phần đường mật giúp giảm ngứa ở một số trẻ. - Khuyến cáo ghép gan khi ngứa khó kiểm soát.
Ngón tay dài trắng		
 Hình 8.1.5: Ngón tay dài trắng <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Ngón tay dài trắng là điểm đặc trưng của bệnh gan mạn như xơ gan. Giúp phân biệt bệnh gan cấp với bệnh gan cấp trên nền mạn.	- Không có điều trị đặc hiệu. - Gặp trong bệnh gan mạn và không trở về bình thường kể cả sau ghép gan.
Hẹp môn thực quản		
 Hình 8.1.6: Tổn thương môn thực quản <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Vô tình nuốt các chất ăn mòn là nguyên nhân gây hẹp thực quản thường gặp nhất mà có thể ngăn ngừa được. Biểu hiện là xuất huyết tiêu hóa, đau ngực và khó nuốt. Chất acid và chất kiềm đều có thể gây hẹp thực quản.	- Steroids không có vai trò trừ khi có tổn thương vùng khi-thực quản. - Hỗ trợ dinh dưỡng là điều rất cần thiết. - Nội soi nong thực quản có thể thực hiện sau 6 tuần.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Bệnh Crohn ở Đại tràng  Hình 8.1.7A và B: Các tổn thương loét "nhảy cóc" không liên tục. Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Bệnh Crohn là bệnh viêm ruột mạn tính ảnh hưởng lên đường tiêu hóa từ miệng đến hậu môn cùng với các biểu hiện ngoài ruột có liên quan. Triệu chứng gồm chảy máu đường trực tràng, đau bụng, sốt và các biểu hiện ngoài ruột. Nội soi đại tràng thấy các ổ loét "nhảy cóc" cùng với tổn thương loét xuyên thành và u hạt trên mô bệnh học giúp chẩn đoán.	• Điều trị tùy thuộc vào vị trí và độ nặng. • Acid 5-Aminosalicic acid (ASA), steroids, thuốc ức chế miễn dịch là những thuốc điều trị chính. • Liệu pháp sinh học như infliximab giúp nhanh làm lành niêm mạc và hữu ích trong trường hợp có lỗ dò.

Bệnh gan mất bù

 Hình 8.1.8: Xơ gan. Ảnh: VS Sankaranarayanan	Đặc trưng của bệnh gan mất bù là gan cứng chắc, bóng bụng, phù chân, lách to và giãn tĩnh mạch ở bụng. Có thể do nhiễm HBV, HCV, các nguyên nhân chuyển hóa, tự miễn hoặc mạch máu. Có thể biểu hiện là xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan, bàng quang kháng trị, viêm phúc mạc tự phát do vi khuẩn, hội chứng gan thận.	Chế độ ăn giảm muối. Thuốc lợi tiểu, chọc tháo dịch bụng, truyền albumin. Cephalosporins thế hệ 3 để điều trị viêm phúc mạc do vi khuẩn.
--	---	---

Loét tá tràng, Test nhanh *Helicobacter Pylori* Urease Dương tính

 Hình 8.1.9A và B: Loét tá tràng và test nhanh urease dương tính. Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	<i>H. pylori</i> cư trú ở niêm mạc hang vị, nơi sản xuất urease giúp chúng tồn tại và cũng giúp cho chẩn đoán. Urease thay đổi pH trung tính từ màu vàng sang màu hồng khi urea bị chuyển hóa thành ammonia (test nhanh urease). <i>H. pylori</i> được xếp vào chất sinh ung nhóm I và có thể gây viêm dạ dày mạn, loét dạ dày, loét tá tràng, u lympho MALT và ung thư dạ dày.	• Khuyến cáo điều trị cho trẻ có hình ảnh dạ dày thay đổi trên nội soi và có <i>H. pylori</i> trên sinh thiết. • Phác đồ 3 thuốc với PPI (ức chế bơm proton) và 2 kháng sinh amoxicillin và clarithromycin hoặc PPI, amoxicillin với metronidazole 2 lần/ngày trong 10 ngày.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Giãn tĩnh mạch thực quản		
	Giãn tĩnh mạch thực quản có trong cả 3 nhóm tăng áp cửa. Nội soi giúp cho cả chẩn đoán và điều trị. Tĩnh mạch có đốm đỏ, vết lằn đỏ và giãn to có thể dự đoán xuất huyết tiêu hóa trên.	• Điều trị giãn tĩnh mạch thực quản bằng nội soi. • Trong tăng áp cửa trước xoang, phẫu thuật tạo shunt có thể có lợi.
Hình 8.1.10: Giãn tĩnh mạch thực quản <i>Anh: Malathi Sathiyasekaran</i>		

Nút hậu môn

	Nút hậu môn là nguyên nhân của đau khi đi cầu thường gặp nhất và chảy máu rỉ rả dai dẳng ở mọi lứa tuổi. Thường khởi phát khi đi cầu phân cứng. Có nhiều chỗ nút hậu môn có thể là dấu hiệu của lạm dụng tình dục.	• Điều trị chủ yếu là tránh táo bón và tránh rặn khi đi cầu. • Chế độ ăn giàu chất xơ rất có lợi. • Kháng sinh ngăn hạn cùng với giảm đau có ích khi đang trong cơn đau.
Hình 8.1.11: Nút hậu môn <i>Anh: Malathi Sathiyasekaran</i>		

Dị vật trong dạ dày

	Đồng xu là dị vật phổ biến nhất mà trẻ nuốt phải. Đồng xu trong dạ dày thường sẽ bị đào thải tự nhiên. Nếu đồng xu vẫn nằm trong dạ dày trong 1 tuần thì không chắc nó có thể bị đào thải.	Nếu cần lấy đồng xu ra có thể dùng rọ hoặc kẹp răng chuột gấp dị vật qua nội soi.
Hình 8.1.12: Đồng xu trong dạ dày <i>Anh: Malathi Sathiyasekaran</i>		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 8.1.13: Hình ảnh nội soi của loét dạ dày Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Loét dạ dày ở trẻ em thường xảy ra thứ phát sau khi uống NSAIDs (thuốc kháng viêm không steroid). Biểu hiện gồm đau bụng, nôn ói hoặc xuất huyết tiêu hóa. Nội soi giúp chẩn đoán. Có thể sinh thiết để làm giải phẫu mô bệnh học và tìm <i>H. pylori</i>.	• Ngưng NSAIDs và dùng PPI (thuốc ức chế bơm proton). • PPI truyền tĩnh mạch, nếu đang xuất huyết. • Sucralfate cũng giúp làm lành chỗ loét.

Rối loạn dự trữ glycogen (GSD)

 Hình 8.1.14: Gan to trong GSD I Ảnh: A. Riyaz	GSD là bệnh lý chuyển hóa gan thường gặp nhất, do thiếu hụt một enzyme đặc biệt dẫn đến tích tụ glycogen trong gan, cơ, tim, thận. Type I và III thường gặp. Đặc trưng: mặt như búp bê, gan to, hạ đường huyết, háu đói, cơ giât lúc sáng sớm.	Tránh hạ đường huyết. Khuyến khích cho ăn cả ngày và đêm. Tinh bột bắp chưa nấu 1-2 g/kg từ 4-5 lần/ngày. Tránh dùng đường đơn.
---	---	---

Dày da lichen hóa trong ứ mật giảm GTP

 Hình 8.1.15: Dày da Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Dày da lichen hóa là một đặc điểm gặp trong tình trạng ứ mật với glutamyl transpeptidase (GTP) thấp, đặc biệt là bệnh ứ mật trong gan tiến triển có tính gia đình (PFIC) 1 và 2. GTP thấp là dữ kiện để chẩn đoán. Bệnh gan đang tiến triển. PFIC 1 cũng có liên quan đến tụy và ruột.	• Phẫu thuật chuyển đổi một phần đường mật có thể làm giảm ngứa ở một chứng mực nào đó. • Các biểu hiện ở da cũng có thể cải thiện nhờ phẫu thuật.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Táo bón do thói quen  Hình 8.1.16: Hình ảnh đặc trưng của táo bón khi thực barium Photo Courtesy: B Sumathi	Táo bón do thói quen hay táo bón chức năng là nguyên nhân của táo bón mạn tính thường gặp nhất. Vòng lún quần khô đều là dấu hiệu đi cầu, nhìn đi cầu, ứ phân trong trực tràng, trực tràng phình to, làm căng ống hậu môn gây đau và tiếp tục nín giữ phân. Thụt barium thấy đại tràng giãn rộng đến bờ hậu môn. Có phản xạ ức chế hậu môn-trực tràng (RAIR).	• Điều trị có hiệu quả là kết hợp giữa tập thói quen đi cầu, thay đổi chế độ ăn và sử dụng thuốc làm mềm phân, nhuận tràng. • Ba mẹ nên kiên nhẫn và hiểu rằng việc điều trị có thể kéo dài. • Polyethylene glycol và lactulose là hai loại thuốc rất có hiệu quả.

Bệnh Hirschsprung

 Hình 8.1.17: Hình ảnh vùng chuyển tiếp với giãn đoạn xa đại tràng khi thực barium. Ảnh: B Sumathi	Bệnh Hirschsprung là bệnh ruột vô hạch bẩm sinh do hệ thần kinh ruột-cơ ngừng phát triển trong thời kì phôi. Biểu hiện là chậm đi tiêu phân su và táo bón. Không có nhện đi tiêu hoặc són phân, vốn là đặc trưng của táo bón do thói quen (táo bón chức năng).	Phẫu thuật là điều trị được lựa chọn.
--	--	--

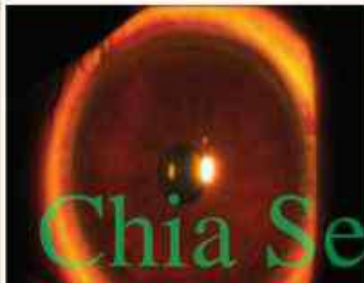
Lao hồi-dại tràng

 Hình 8.1.18A và B: Hình ảnh loét hồi-dại tràng không đều trên niêm mạc đại tràng Ảnh: Maithi Sathiyasekaran	Lao bụng có biểu hiện đa dạng. Triệu chứng của lao ruột là tiêu chảy, xuất huyết qua trực tràng hoặc tắc ruột. Hồi tràng là vị trí thường bị ảnh hưởng nhất. Sinh thiết vùng tổn thương trong lúc nội soi đại tràng giúp chẩn đoán. Xác định bệnh khi có u hạt hoại tử với AFB dương.	• Khuyến cáo điều trị kháng lao với 4 thuốc R/H/E/Z trong 2 tháng, sau đó là RH trong 5 đến 7 tháng. • Chỉ phẫu thuật khi có chít hẹp hoặc tắc ruột.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Polyp thiếu niên (JP): Đại tràng sigma		
	Polyp thiếu niên là nguyên nhân gây chảy máu qua đường trực tràng thường gặp nhất ở trẻ em. Polyp thiếu niên có màu đỏ ánh đào, polyp có cuống bề mặt nhẵn thường gặp ở trực tràng. Polyp đơn độc không có nguy cơ hóa ác.	- Điều trị cắt polyp bằng cách dùng thông lỏng đốt điện và dao mổ điện kết nối với máy nội soi đại tràng. - Nên làm giải phẫu mô bệnh học polyp. - Trẻ cần được theo dõi nếu có nhiều polyp vì polyp thiếu niên ở đại tràng có nguy cơ hóa ác, nhưng nguy cơ hóa ác ít hơn so với đa polyp tuyến gia đình.

Hình 8.1.19: Polyp màu đỏ ánh đào
Ảnh: S Srinivas

Vòng Kayser Fleicher (KF)

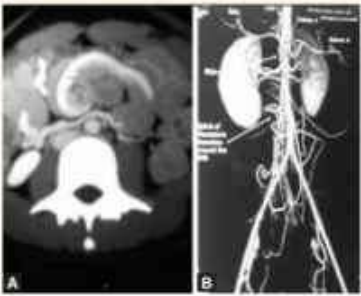
	Vòng KF là một vòng sắc tố trên cùng giác mạc, gặp trong bệnh Wilson. Bệnh Wilson là một bệnh di truyền của chuyển hóa đồng, do sự tích tụ đồng trong nhiều mô cơ thể. Biểu hiện: gan, thần kinh hoặc hỗn hợp. Ceruloplasmin giảm, vòng KF và đồng trong nước tiểu cao giúp chẩn đoán.	Chế độ ăn: Tránh thức ăn chứa đồng như các loại hạt, chocolate, đồng vật có vỏ. Chelat hóa đồng bằng D pencillamine, trientine. - Thuốc kẽm uống được kê kèm với pencillamine như metallothionein. Khuyến cáo ghép gan khi suy gan cấp.
---	---	---

Hình 8.1.20: Vòng KF khi quan sát bằng đèn khe
Ảnh: Malathi Sathiyasekaran

Tăng sản nốt bạch huyết ở Đại tràng

	Tăng sản nốt bạch huyết là điều thường gặp ở trẻ em và có thể là một biểu hiện của dị ứng với protein sữa bò. Trên hình ảnh nội soi đại tràng chúng như những hạt sago, như u hạt hoặc nốt có một chấm ở trung tâm. Có thể biểu hiện chảy máu qua đường trực tràng. Sinh thiết thấy cụm lympho tích tụ. Nếu có viêm đại tràng tăng bạch cầu ái toan, có thể nghĩ đến chẩn đoán dị ứng protein sữa bò (CMPA).	- Nếu chẩn đoán là CMPA, tránh dùng tất cả các dạng protein sữa động vật ở dạng sữa và sản phẩm từ sữa cho đến khi 1 tuổi. - Phần lớn sẽ dung nạp được protein sữa sau 1 tuổi. Một vài trẻ có thể cần đến 3 năm.
---	---	---

Hình 8.1.21A và B: Tăng sản nốt bạch huyết ở đại tràng
Ảnh: Malathi Sathiyasekaran

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Xoắn ruột giữa do Ruột xoáy bất toàn		
 Hình 8.1.22A và B: CT với dấu hiệu xoáy nước Ảnh: Malathi Sathiyekaran	Ruột xoáy bất toàn là một bất thường bẩm sinh về quá trình xoáy của ruột, thường gặp ở trẻ em. Khi có ruột xoáy bất toàn cùng với xoắn ruột giữa, dấu hiệu xoáy nước (whirlpool) hình thành do tĩnh mạch mạc treo tràng trên cùng với mạc treo quần quanh động mạch tràng trên. Triệu chứng là đau bụng và nôn ra mật.	Phẫu thuật là lựa chọn duy nhất khi có chẩn đoán.

Lách to

 Hình 8.1.23: Lách to Ảnh: B Samaha	Lách to có thể do hội chứng lách to nhiệt đới, nhiễm Leishmania, HIV, tăng áp của trước xoang, thiếu máu tán huyết, bạch cầu cấp dòng tủy thiếu miễn, bệnh bạch cầu tế bào lông, bệnh Gaucher, bệnh Niemann Pick và u ở lách. Công thức máu, phết máu ngoại biên, tủy đồ, nội soi tiêu hóa trên và siêu âm bụng giúp chẩn đoán.	- Sinh thiết và làm giải phẫu mô bệnh học của niêm mạc hình vỏ sò cho biết mức độ teo nhưng mao. - Xử trí phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. - Điều trị nguyên nhân nền. Chỉ cắt lách khi có cường lách, u hoặc tổn thương chiếm không gian của lách.
---	--	--

Hội chứng ú mật sơ sinh

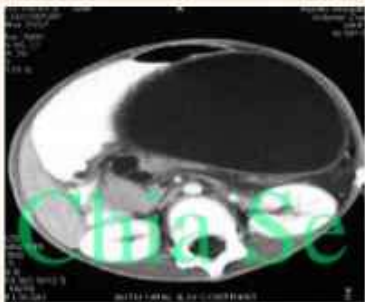
 Hình 8.1.24A và B: Hội chứng ú mật sơ sinh với phân bạc màu và nước tiểu sẫm màu Ảnh: A Riyue	Hội chứng ú mật sơ sinh (NCS) là một rối loạn không đồng nhất (heterogeneous), đặc điểm là nước tiểu sẫm màu, phân bạc màu và tăng bilirubin màu trực tiếp. 60% NCS do các nguyên nhân tại gan, có thể là vô căn, do nhiễm trùng, nguyên nhân chuyển hóa, bất thường nhiễm sắc thể, nội tiết hoặc giải phẫu.	- Phát hiện và nhận biết trẻ đi tiểu sẫm màu và có tăng bilirubin trực tiếp trên 20% so với bilirubin toàn phần là điều quan trọng. - Chẩn đoán ra được teo đường mật và chuyển cho bác sĩ ngoại khoa sớm nhất có thể. Nên phát hiện và điều trị phù hợp các nguyên nhân NCS có thể điều trị được.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Loét miệng apthe  Hình 8.1.25: Loét miệng apthe Ảnh: VS Sankaranarayanan	Loét apthe tái phát thường vô căn, tuy nhiên nó có thể là một biểu hiện ngoài ruột của bệnh Crohn. Nhiều giả thuyết gồm cả <i>H. pylori</i> được cho là có liên quan đến cơ chế bệnh sinh. Tồn thương loét rời rạc, nổi đơn độc hoặc nhiều nốt và đau.	• Gel thuốc tê bôi tại chỗ. • Súc miệng bằng kháng sinh, uống lợi khuẩn probiotic và điều trị <i>H. pylori</i> đối với loét miệng apthe tái phát mà không xác định được nguyên nhân.
Lồng bàn tay son  Hình 8.1.26: Lồng bàn tay son Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Lồng bàn tay son hoặc bàn tay gan là một dấu chứng quan trọng của bệnh gan mạn. Lồng bàn tay ẩm, có màu đỏ tươi ở các gò lòng bàn tay và mặt búp ngón tay.	• Không có điều trị đặc hiệu. • Giúp nghỉ đến bệnh gan.
Tụy vôi hóa  Hình 8.1.27: Tụy vôi hóa Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Tụy vôi hóa mạn tính (CCP) có thể do viêm tụy nhiệt đới, di truyền hoặc vô căn. Sỏi có thể nằm trong ống hoặc tuyến. Đau bụng, sỏi tháo đường và di tiêu phân mỡ có thể là những triệu chứng đặc trưng của CCP. Những biến chứng như băng bụng do viêm tụy và nang giả tụy thường gặp.	• Đau do sỏi tụy có thể được điều trị bằng nội soi. • Khuyến cáo tán sỏi ngoài cơ thể bằng sóng xung kích (ESWL) và sau đó loại bỏ sỏi trong trường hợp sỏi trong ống tuyến lớn.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Trầy xước quanh hậu môn		
	Trầy xước quanh hậu môn ở trẻ em do đi cầu phân có tính acid trong bệnh không dung nạp lactose. Bệnh không dung nạp lactose bẩm sinh rất hiếm. Không dung nạp lactose thoáng qua và thứ phát thường gặp hơn. pH của phân giảm, giảm thành phần trong phân là dữ kiện chẩn đoán.	- Trẻ bú mẹ nên được theo dõi sau khi bú. - Trẻ bú bình có thể chuyển qua sữa công thức giảm hoặc không có lactose.

Hình 8.1.28: Trầy xước quanh hậu môn nặng
Ảnh: Malathi Sathiyasekaran

Nang giả tụy

	Nang giả tụy thường là hậu quả tại chỗ viêm tụy cấp hoặc mạn. Những nang này chứa dịch trong túi mạc nối bèo hoặc bất kì vùng lân cận của tụy. Biểu hiện là đau, có khối u ở bụng, vàng da và nôn ói. Những biến chứng thường gặp là nhiễm trùng, xuất huyết và vỡ nang giả tụy.	Điều trị có thể là nội soi hoặc phẫu thuật, tùy thuộc vào vị trí và mối liên quan đến mạch máu xung quang.
--	--	---

Hình 8.1.29: Hình ảnh CT của nang giả tụy
Ảnh: Malathi Sathiyasekaran

Viêm thực quản do trào ngược

	Trào ngược dạ dày-thực quản là hiện tượng sinh lý, trong khi bệnh trào ngược dạ dày-thực quản (GERD) là bệnh lý và biểu hiện là các triệu chứng ở thực quản hoặc ngoài thực quản như hen, ho dai dẳng. Nội soi giúp phân biệt giữa viêm thực quản mòn và viêm thực quản không mòn.	- Thuốc ức chế bơm proton rất hiệu quả trong việc hạn chế các triệu chứng của trào ngược. - Phẫu thuật cuộn dây vị dành cho người không đáp ứng với điều trị bằng thuốc.
---	---	---

Ảnh 8.1.30: Hình ảnh nội soi của viêm môn thực quản loại A
Ảnh: Malathi Sathiyasekaran

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 8.1.31: Niêm mạc tá tràng hình nếp vò sò <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Hình ảnh niêm mạc tá tràng hình nếp vò sò trên nội soi gợi ý teo nhung mao. Nguyên nhân thường gặp nhất của teo nhung mao ở Ấn Độ là bệnh celiac. Những nguyên nhân khác là bệnh lý ruột nhiệt đới, dinh dưỡng kém và nhiễm ký sinh trùng.	- Sinh thiết và làm giải phẫu mô bệnh học niêm mạc giúp đánh giá mức độ teo nhung mao. - Điều trị tùy thuộc vào bệnh nền.

Vàng củng mạc

 Hình 8.1.32: Vàng da/Vàng củng mạc <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Vàng da là một triệu chứng có thể do tán huyết, bệnh gan hoặc tắc mật. Nguyên nhân thường gặp nhất là viêm gan siêu vi A, E và B. Biểu hiện là có muối mật trong nước tiểu, sắc tố mật, sắc tố mật, tăng bilirubin huyết thanh và transaminase là dữ kiện chẩn đoán viêm gan.	Viêm gan cấp do virus chỉ cần điều trị hỗ trợ. Trong trường hợp có triệu chứng bất thường. Nên loại trừ viêm gan không do virus như viêm gan do thương hàn, sốt rét, nhiễm leptospira và điều trị đặc hiệu.
---	--	--

Tắc tĩnh mạch cửa ngoài gan

 Hình 8.1.33: EHPVO: lách to đậm đặc, không phù chân, không bụng hoặc không nổi tĩnh mạch ở bụng <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Tắc tĩnh mạch cửa ngoài gan (EHPVO) là nguyên nhân thường gặp nhất của tăng áp cửa ở Ấn Độ. Biểu hiện là xuất huyết tiêu hóa lượng nhiều và lách to. Bụng cứng, phù chân và nổi tĩnh mạch ở bụng thường không có. Nội soi tiêu hóa trên và siêu âm giúp chẩn đoán.	- Điều trị bằng nội soi khi vỡ giãn tĩnh mạch và phẫu thuật tạo shunt khi có khuyến cáo. - Bệnh lý đường mật cho tăng áp cửa là một biến chứng muộn và được điều trị bằng ERCP hoặc phẫu thuật.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
	Hội chứng loét trực tràng đơn độc (SRUS) là một rối loạn đi cầu, đặc điểm là đi tiêu nhầy, chảy máu từ trực tràng và rặn nhiều khi đi cầu. SRUS không nhất thiết là đơn độc hoặc nằm trong trực tràng hoặc trông như một tổn thương loét trên hình ảnh nội soi đại tràng. Giải phẫu mô bệnh học thấy phá hủy xơ-cơ của tổ chức đệm.	- Tập đi cầu, tránh táo bón, chế độ ăn nhiều chất xơ và điều trị bằng thuốc ăn vì sinh giúp hạn chế triệu chứng. 5-ASA, thoa sucralfate, laser. Phẫu thuật dành cho bệnh nhân chảy máu nhiều và không đáp ứng với điều trị thuốc.

Hình 8.1.34: Loét trực tràng đơn độc
Ảnh: Malathi Sathiyasekaran

Bảng bụng cứng với ứ máu tĩnh mạch trên bụng

	Bảng bụng hoặc dịch tự do trong ổ bụng có thể xuất hiện thứ phát sau xơ gan, bệnh thận, suy tim sung huyết, bệnh lý phúc mạc hoặc viêm tụy bàng bụng. Chọc dò dịch bụng chẩn đoán và đánh giá tế bào, protein, độ chênh albumin huyết thanh-dịch bụng (SAAG), ADA giúp chẩn đoán.	- Điều trị bảng bụng thứ phát sau bệnh gan mạn bằng cách hạn chế muối và dịch. - Thuốc lợi tiểu spironolactone kèm hoặc không kèm frusemide. - Chọc tháo dịch bụng lượng lớn cùng với truyền albumin 6g cho mỗi lít dịch được rút. - Khuyến cáo tạo shunt cửa-chủ trong gan qua tĩnh mạch cánh trong khi điều trị nội thất bại.
--	---	--

Hình 8.1.35: Bụng bụng cứng
Ảnh: B Sumathi

Viêm loét đại tràng

	Viêm loét đại tràng là một dạng của bệnh viêm ruột (IBD), gặp ở người lớn nhiều hơn là trẻ em. Biểu hiện là chảy máu qua trực tràng, tiêu chảy, sốt, đau bụng, đặc điểm là viêm dai dẳng đại tràng nhưng chỉ giới hạn ở lớp niêm và dưới niêm với những vùng hồng ban, loét và dễ chảy máu khi tiếp xúc. Giải phẫu mô bệnh học thấy viêm hốc và abscess hang.	- Điều trị tùy thuộc vào vị trí và độ nặng. - ASA, steroid và thuốc ức chế miễn dịch là phương pháp điều trị chính. - Cắt toàn bộ đại tràng dành cho bệnh nhân phình đại tràng nhiễm độc hoặc chảy máu nặng.
--	--	--

Hình 8.1.36: Hình ảnh nội soi viêm đại tràng
Ảnh: Malathi Sathiyasekaran

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 8.1.37: Hình ảnh siêu âm của nang giả tụy. Anh: Malathi Sathiyasekaran	Nang ống mật chủ (CC) là giãn bẩm sinh ống mật chủ có kèm hoặc không kèm giãn đường mật trong gan. Thường gặp nhất là type I với ống mật chủ giãn thành nang hình cầu (CBD) ở đoạn xa của ống mật. Vàng da, sỏi thấy u, đau bụng là tam chứng thường gặp. CC là một tổn thương tiền ác tính.	Vì 100% nang ống mật chủ là tổn thương tiền ung nên phẫu thuật là lựa chọn duy nhất ngoại trừ type III (túi sa ống mật chủ) được điều trị bằng ERCP.

Hình ảnh siêu âm của sỏi mật

 Hình 8.1.38: Hình ảnh siêu âm của sỏi mật. Anh: Malathi Sathiyasekaran	Sỏi mật ở trẻ em ít hơn ở người lớn. Chúng thường là sỏi sắc tố. Nguyên nhân có thể là vỡ cân, có tính gia đình, tán huyết, chuyển hóa hoặc thứ phát sau bệnh gan. Phần lớn phát hiện sỏi một cách tình cờ. Trẻ thường không có triệu chứng hoặc biểu hiện là đau bụng, vàng da, viêm đường mật hoặc viêm tụy.	Điều trị làm tan sỏi không hiệu quả đối với sỏi sắc tố ở trẻ em. Có thể dùng ursodeoxycholic làm tan sỏi bùn, sỏi cholesterol và sỏi nhỏ. Chỉ khuyến cáo cắt túi mật cho trẻ có triệu chứng hoặc trẻ có bệnh lý tán huyết, sỏi lớn và có rút túi mật.
--	---	--

Teo nhung mao trong bệnh celiac

 Hình 8.1.39: Teo nhung mao niêm mạc tá tràng. Anh: Malathi Sathiyasekaran	Trong teo nhung mao, nhung mao bình thường thon dài như hình chiếc lá được thay thế bằng lớp niêm mạc trơn phẳng. Teo nhung mao trên giải phẫu mô bệnh học và sự xuất hiện các kháng thể transglutaminase mô là dữ kiện chẩn đoán bệnh celiac.	• Chế độ ăn không gluten (GFD) là chủ yếu trong điều trị. • Trẻ phải tránh ăn thực phẩm chứa lúa mì, lúa mạch và đại mạch. • Trẻ theo chế độ ăn không gluten tốt thì nhung mao sẽ trở về hình dạng bình thường.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Thiếu Vitamin A do Ủ mật		
	Vitamin tan trong chất béo như A, D, E và K cần muối mật để được hấp thu. Vì vậy tắc mật sẽ dẫn đến thiếu các vitamin này. Trẻ có thể biểu hiện quáng gà, còi xương và rối loạn đông máu.	• Tiêm vitamin A đều đặn để ngăn ngừa quáng gà. • Thêm vào đồ trẻ nên uống vitamin D, E và K đều đặn.
Hình 8.1.40: Vết Bitot <i>Ảnh: A Riyaz.</i>		

8.2 NHỮNG BỆNH ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIẾM

Gai đen trong bệnh Gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD)

	Bệnh gan nhiễm mỡ (NAFLD) không do rượu có ở 3-10% trẻ béo phì. Phổ bệnh gồm thoái hóa mỡ đến viêm gan nhiễm mỡ. Nó là nguyên nhân thường gặp hàng thứ hai gây ra bệnh gan ở người lớn. Gai đen là một dấu hiệu của đề kháng insulin, một đặc điểm có liên quan trong NAFLD.	• Giảm cân là cách điều trị hay nhất. • Tập thể dục thường xuyên được báo cáo là tốt cho điều trị.
Hình 8.2.1: Gai đen <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>		

Cơ thắt tâm vị

	Cơ thắt tâm vị là bệnh rối loạn nhu động thực quản được biết nhiều nhất. Khó nuốt cả thức ăn đặc và lỏng, sặc, nôn ói kéo dài là những triệu chứng thường gặp. Đo áp lực thực quản để tìm dấu hiệu cơ thắt thực quản dưới không giãn được và không có nhu động trong thân thực quản.	• Nong bằng bóng hoặc phẫu thuật Heller thường cho kết quả tốt. • Nifedipine uống và tiêm botulinum toxin injection cho kết quả thay đổi.
Hình 8.2.2: Hình ảnh cơ thắt tâm vị trong chụp cản quang barium <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>		

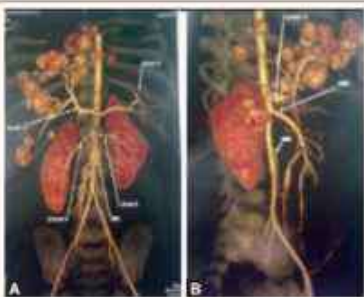
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 8.2.3 A và B: Viêm da đầu chi-ruột <i>Anh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Viêm da đầu chi-ruột là là một bệnh rối loạn chuyển hóa kẽm, di truyền lẫn trên NST thường. Khiếm khuyết NST <i>8q24.3</i> dẫn đến thiếu chất vận chuyển kim loại ZIP 4. Biểu hiện là loét đầu chi và loét sinh dục, rụng tóc và tiêu chảy.	Đáp ứng rất tốt bằng kẽm đường uống kéo dài.

Hẹp thực quản bẩm sinh

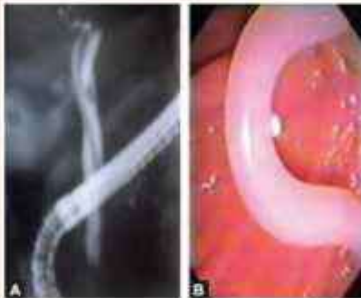
 Hình 8.2.4: Hình ảnh nội soi của hẹp thực quản <i>Anh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Hẹp thực quản bẩm sinh (CES) là một nguyên nhân quan trọng gây nôn ói tái phát ở trẻ em. Có thể hẹp ở đoạn giữa hoặc đoạn dưới thực quản. Các thành phần của phế quản có thể hiện diện trong thành thực quản ở vị trí hẹp. Thường biểu hiện khô nuốt, nghẹt thở, nôn ói và nghẹt thức ăn.	- CES đáp ứng tốt với điều trị làm giãn thực quản qua nội soi. - Tổn thương ở đoạn cuối thực quản có thể cần phẫu thuật.
---	--	---

Xơ gan bẩm sinh

 Hình 8.2.5 A và B: Xơ gan bẩm sinh <i>Anh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Xơ gan bẩm sinh (CHF) được xếp vào nhóm xơ gan đa nang và do dị dạng bẩm sinh. Nó thường có liên hệ đến bệnh nang thận. CHF kinh điển là tăng áp lực trước xoang trong gan và biểu hiện là to thủy trái gan, lách to và xuất huyết tiêu hóa. Sinh thiết gan thấy những dải xơ và những bất thường ở ống dẫn mật.	- Tăng áp cửa biểu hiện là giãn tĩnh mạch thực quản được điều trị bằng thuốc và nội soi. - Điều trị triệt để là ghép gan và ghép thận.
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Đa u máu gan ở trẻ em - CT mạch máu		
 Hình 8.2.6A và B: Hình ảnh đa u máu trên CT mạch máu Anh: Malathi Sathiyasekaran	U nội mô mạch máu trẻ em là u lành tính thường gặp nhất ở trẻ em. Phần lớn biểu hiện trước 6 tháng tuổi. Biểu hiện gồm chướng bụng, u ở bụng, thiếu máu, suy tim sung huyết, sốt, vàng da, giảm tiểu cầu và sụt cân. Siêu âm, chụp CT, MRI giúp chẩn đoán	- Điều trị phụ thuộc vào mức độ của triệu chứng. Điều trị nội khoa bằng lợi tiểu, steroid và interferon đã được báo cáo. Phẫu thuật được đặt ra khi có thể phẫu thuật được và có biểu hiện suy tim sung huyết. - Thuyên tắc động mạch và ghép gan đúng chỗ là những lựa chọn điều trị khác.
Giả phình mạch máu thông thương với U máu và Đường mật		
 Hình 8.2.7: Hình ảnh siêu âm Doppler của giả phình động mạch gan Anh: Malathi Sathiyasekaran	Chảy máu đường mật có thể xảy ra sau chấn thương hoặc thủ thuật như chọc hút gan hoặc sinh thiết. Biểu hiện là xuất huyết tiêu hóa, đau bụng và vàng da. Giả phình mạch thông thương với ổ bụng cũng như đường mật có thể thấy được trên siêu âm Doppler.	- Điều trị tùy thuộc vào mức độ triệu chứng. Điều trị nội khoa bằng lợi tiểu, steroid và interferon đã được báo cáo. - Phẫu thuật được đặt ra khi có thể phẫu thuật được và có biểu hiện suy tim sung huyết. - Thuyên tắc động mạch và ghép gan đúng chỗ là những lựa chọn điều trị khác.
Thoát vị rốn và thoát vị thành bụng ở trẻ có bệnh gan mạn (CLD)		
 Hình 8.2.8: Thoát vị rốn Anh: VS Sankaranarayanan	Thoát vị rốn thường gặp ở trẻ sơ sinh và nhất là ở trẻ sinh non. Chúng có thể đạt đến kích thước đáng kể nếu túi thoát vị chứa mạc nối hoặc quai ruột. Trong trường hợp có băng bụng, thoát vị có thể gây ra những vấn đề khác.	Phần lớn thoát vị rốn bẩm sinh là đóng không cần phẫu thuật. Nếu có xảy ra biến chứng và thoát vị không đóng lại đến năm 3 tuổi thì cần thiết phải phẫu thuật. Nếu có băng bụng, dùng thuốc lợi tiểu, chọc tháo dịch băng và truyền albumin.

8.3 CẤP CỨU TIÊU HÓA

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Giun chui ống mật  Hình 8.3.1A và B: Giun chui ống mật <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Giun chui ống mật là một biến chứng thường gặp của nhiễm giun đũa. Trẻ thường có những biểu hiện đặc trưng của viêm đường mật và đau bụng nhiều. Siêu âm thấy bóng mờ hình ống thấu quang trong ống mật chủ. Nội soi có thể thấy giun trong tá tràng.	- Tẩy giun. - Nội soi mật-tụy ngược dòng (ERCP) giúp lấy giun ra khỏi ống mật chủ. - Cắt cơ thắt và đặt stent giúp thông thoáng đường mật.
Nuốt pin nút áo  Hình 8.3.2A và B: Pin nút áo trong dạ dày khi nội soi <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Nuốt pin nút áo có thể gây ra biến chứng, phụ thuộc vào vị trí kẹt và tình trạng của pin. Thành phần kiểm chữa bên trong có thể thoát ra, gây bông và thủng, nhất là khi nó bị kẹt trong thực quản. Trong dạ dày, chất chứa trong pin thoát ra hòa vào dịch dạ dày mà không làm phá hủy niêm mạc dạ dày.	- Pin nút áo bị kẹt trong thực quản cần được lấy ra càng sớm càng tốt. - Pin trong dạ dày nếu không được thải ra trong vòng 24 giờ hoặc không có hình ảnh bờ đôi trên X-quang thì nên được lấy ra qua đường nội soi.
Rối loạn đông máu trong suy gan cấp  Hình 8.3.3: Đau xuất huyết da do rối loạn đông máu trong suy gan cấp <i>Ảnh: Malathi Sathiyasekaran</i>	Suy gan cấp (ALF) là một biến chứng khủng khiếp của tổn thương gan cấp, cần phải được chăm sóc tích cực. Thời gian prothrombin kéo dài là dấu hiệu tiêu chuẩn của ALF. Trẻ có thể xuất huyết tiêu hóa hoặc chảy máu ở bất kỳ vị trí nào kể cả nơi chọc kim tiêm truyền.	Nếu INR > 1.5, truyền huyết tương tươi đông lạnh (FFP) khi chảy máu nhiều. Nếu sau khi truyền FFP mà không cải thiện, cần thiết truyền yếu tố VII tái tổ hợp.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Tắc nghẽn thức ăn trong thực quản		
  Hình 8.3.4A và B: Nghẹt đầu bengal gram trong hẹp thực quản. <i>Anh: Mulathi Sathiyasekaran</i>	Nghẹt thức ăn trong thực quản có thể xảy ra ở trẻ nhỏ và cần được lấy ra ngay lập tức. Trẻ có thể biểu hiện khó nuốt cấp tính, nôn ói và chảy nước bọt. Hẹp hay co thắt thực quản bẩm sinh, viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan có thể biểu hiện là nghẹt thức ăn. Nội soi cấp cứu vừa là chẩn đoán vừa là điều trị.	- Nội soi lấy viên thức ăn ra sẽ giúp cải thiện ngay lập tức. - Làm giãn đoạn hẹp cùng vị trí để tránh nghẹt thức ăn tái phát.

Lồng ruột

 Hình 8.3.5: Dấu hiệu bánh donut trên siêu âm. <i>Anh: Mulathi Sathiyasekaran</i>	Lồng ruột là một cấp cứu tiêu hóa thường gặp ở trẻ nhỏ. Biểu hiện là đau bụng cơn dữ dội, khóc thét và xuất huyết tiêu hóa (tiêu chảy nhầy chua). Sờ thấy khối cứng với hình ảnh bánh donut hoặc dấu hình búa trên siêu âm giúp xác định chẩn đoán.	- Trẻ dưới 1 tuổi thường không rõ thời điểm khởi phát và hồi phục tốt sau khi tháo lồng bằng hơi. - Phẫu thuật dành cho bệnh nhi lồng ruột tái phát và có những tổn thương như u, túi thừa Meckel hoặc polyp.
--	--	--

U máu da đầu trong hội chứng ứ mật sơ sinh

 Hình 8.3.6: U máu da đầu. <i>Anh: A Riyaz</i>	Trẻ có hội chứng ứ mật sơ sinh có thể nhập viện cấp cứu vì khóc dai dẳng và co giật. Rối loạn đông máu thứ phát do thiếu vitamin K có thể bị bỏ qua. U máu da đầu và xuất huyết nội sọ có thể xảy ra và những trẻ này cần được điều trị ngay lập tức.	Ngăn ngừa biến chứng bằng tiêm truyền vitamin K₃ cũng như chẩn đoán ra được tắc mật.
---	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản		
 Hình 8.3.7A và B: Thắt giãn tĩnh mạch thực quản độ III Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Xuất huyết tiêu hóa lượng nhiều là một cấp cứu tiêu hóa quan trọng. Ở trẻ em phần lớn xuất huyết tiêu hóa trên là do giãn tĩnh mạch thực quản. Máu nôn ra là máu đỏ tươi và cục máu đông to. Nội soi tiêu hóa trên giúp chẩn đoán và điều trị.	- Điều trị nội soi đối với xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. - Có thể thắt tĩnh mạch thực quản cho trẻ dưới 2 tuổi. - Điều trị xơ hóa mạch máu qua nội soi thường được ưa thích ở trẻ nhỏ.

8.4 CÁC HỘI CHỨNG

Hội chứng Alagille

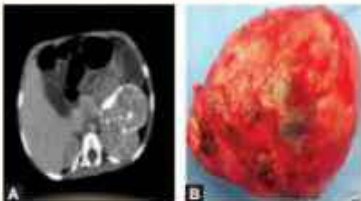
 Hình 8.4.1A và B: Hội chứng Alagille ở trẻ 6 tháng và 9 tuổi Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Hội chứng Alagille là một bệnh di truyền trội trên NST thường của tình trạng ứ mật, do khiếm khuyết gene <i>20p JAG 1</i> trên NST. Đặc điểm chính là giảm thiểu đường mật gian tiêu thủy. Biểu hiện đặc trưng là mặt hình tam giác, hẹp động mạch phổi, đột sừng hình cánh bướm, cung giác mạc sâu bẩm sinh cùng với giảm số lượng đường mật trên giải phẫu mô bệnh học là đủ kiện chẩn đoán.	Điều trị hỗ trợ cho tình trạng ứ mật, đặc biệt là ngứa. Ghép gan sẽ có lợi nếu ít có bất thường trên tim mạch và thận.
---	---	---

Hội chứng Hennekam

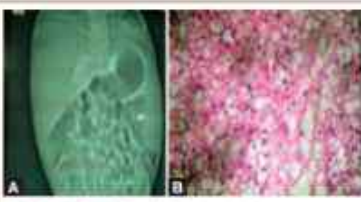
 Hình 8.4.2A và B: Mắt không cân đối cùng với giãn mạch bạch huyết ruột Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Hội chứng Hennekam là một bệnh di truyền lặn trên NST thường do đột biến gen <i>CCBE1</i> (collagen và calci gắn đoạn EGF chứa protein I). Biểu hiện gồm giãn mạch bạch huyết ruột, biến dạng mắt, phù bạch mạch ngoại biên và chậm phát triển tâm thần.	Điều trị chỉ là hỗ trợ bằng chế độ ăn chứa triglycerid chuỗi trung bình. Truyền albumin đều đặn có thể cần thiết để điều trị giảm albumin máu.
---	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Hội chứng Peutz-Jeghers		
 Hình 8.4.3A và B: Polyp 3 thùy và thâm sắc ở niêm mạc Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Hội chứng Peutz-Jeghers (PJ) là một hội chứng polyp di truyền trội trên NST thường. Trên ống tiêu hóa thấy thâm sắc tố ở niêm mạc nhũ và polyp mô đệm. Chảy máu qua trực tràng và lồng ruột là biểu hiện thường gặp. Tần suất ác tính ở đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa cao.	- Cắt polyp tổn thương qua nội soi. - Phẫu thuật mở ruột nội soi và cắt polyp ở ruột non cũng là một lựa chọn.

Hội chứng Verner-Morrison

 Hình 8.4.4A và B: Khối nhiều thùy bị vỡ với hoa gần đuôi tụy. U VIP+ Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Hội chứng Verner-Morrison hoặc u VIP hoặc Đái tiểu phân nước, hạ kali máu, hội chứng thiếu acid dịch vị là nguyên nhân hiếm gặp gây tiêu chảy nước ở trẻ em do tăng tiết peptide ruột hoạt mạch (VIP). VIP được tiết ra bởi những khối u ở tụy hoặc đôi với trẻ em là từ u hạch nguyên bào thần kinh.	Phẫu thuật loại bỏ u.
---	--	------------------------------

Hội chứng Wolman

 Hình 8.4.5A và B: Vỡ hóa tuyến thượng thận, hình ảnh không bảo tồn sinh thiết gan Ảnh: Malathi Sathiyasekaran	Hội chứng Wolman là một bệnh di truyền lặn trên NST thường hiếm gặp do thiếu acid lipase, đặc điểm là tích lũy cholesterol ester và triglyceride trong tế bào bọt ở các cơ quan nội tạng. Biểu hiện là gan lách to, tiêu chảy và thiếu máu. Với hóa tuyến thượng thận hai bên trên phim X quang là dấu hiệu của bệnh.	- Không có điều trị đặc hiệu cho bệnh này. - Điều trị bằng tế bào gốc cường rôn để thay thế nồng độ acid lipase. Nếu thực hiện sớm thì bệnh có thể được chữa khỏi.
--	--	---

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 9

Thận Học

Tác Giả

Pankaj Deshpande

Nguồn Hình Ảnh

Fagun Shah, Pankaj Deshpande

Chia Sẻ Ca Lam Sang

- 9.1 Những Tình Trạng Phổ Biến
- 9.2 Những Tình Trạng Không Phổ Biến Nhưng Không Hiếm
- 9.3 Các Hội Chứng

9.1 NHỮNG TÌNH TRẠNG PHỔ BIẾN 169

- Các Vết Rạn Ở Bụng Sau Liệu Pháp Steroid 169
- Tác Dụng Phụ Của Steroid Lên Chiều Cao 169
- Giãn Dài Bề Thận Hai Bên 169
- Biểu Hiện Muộn Của Toan Hóa ờng Thận 170
- Xạ Hình Thận Bằng DMSA 2 Tháng Sau Nhiễm Trùng Đường Niệu 170
- Xạ Hình Thận Bằng DMSA 6 Tháng Sau Nhiễm Trùng Đường Niệu 170
- Xạ Hình DMSA Thấy Loạn Sản Thận Trái Với Chức Năng Thận Kém 171
- Tăng Sắc Tổ Da Ngón Tay Do Cyclophosphamide 171
- Điều Trị Lâu Dài Steroid Cho Hội Chứng Thận Hư Vô Căn 171
- Khuôn Mặt Dạng Cushing Trong Hội Chứng Thận Hư Vô Căn 172
- MCUG Thấy Trào Ngược Bằng Quang Niệu Quán Hai Bên Độ 4 172
- MCUG Thấy Van Niệu Đạo sau Và Cầu Bằng Quang Vòi Trào Ngược Bên Phải Độ 5 172
- Sử Dụng Cyclosporin Trong Hội chứng Thận Hư: Khuôn Mặt Trông Bình Thường 173

- Van Niệu Đạo Sau 173
- Toan Hóa ờng Thận—Biến Dạng Năng Chi Dưới 173

9.2 NHỮNG TÌNH TRẠNG KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM 174

- Túi Thẩn bàng Quang 174
- Biến Dạng Gối Vero Trong Do Loạn Dưỡng Xương Trong Bệnh Thận Mạn 174
- Thận Lớn—Biểu Hiện Bất Thường Của Bệnh 174
- Thận Loạn Sản Đa Năng 175
- Thận Loạn Sản Đa Năng—Quá Trình Teo Lại 175
- Vôi Hóa Thận 176
- Hẹp ĐM Thận Trái Trên CTA 176
- Chấn Vồng Kiểng Năng 176
- Còi Xương Năng Do Thiếu Vitamin D 177
- Chậm Phát Triển Thể Chất Trong Bệnh Thận Mạn 177
- Hẹp ĐM Thận Trên CTA 178

9.3 CÁC HỘI CHỨNG 178

- Hội Chứng Bartter 178
- Hội Chứng Bartter—Đáp Ứng Điều Trị 179
- Hội Chứng Bụng Quả Mặn 179

Chia Se Ca Lam Sang

9.1 NHỮNG TÌNH TRẠNG PHỔ BIẾN

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Các Vết Rạn Ở Bụng Sau Liệu Pháp Steroid		
	Trẻ nam 12 tuổi mắc hội chứng thận hư nặng cảm steroid hơn 7 năm nay. Em đã được điều trị steroid nhiều đợt; các vết rạn trên bụng của em là do tác dụng phụ của steroid. Ban đầu lúc mới xuất hiện chúng có thể đau sau đó dần dần nhạt đi để lại các dấu tích. Xảy ra do căng dẫn da.	Khi đã xảy ra thì rất khó để làm biến mất hoàn toàn. Vì vậy mục đích là nên dự phòng. Việc ít sử dụng steroid và dùng các thuốc khác để ngăn chặn tác dụng phụ của steroid là rất quan trọng. Vitamin E được sử dụng để làm giảm khả năng xuất hiện các vết rạn này.
Hình 9.1.1: Các vết rạn ở bụng sau liệu pháp steroid Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai		

Tác Dụng Phụ Của Steroid Lên Chiều cao

	Trẻ nam mắc hội chứng thận hư và đã điều trị steroid nhiều đợt. Trên hình trẻ nam 7 tuổi là anh trai của trẻ gái 5 tuổi bên cạnh. Như ta thấy trẻ nam dù là anh nhưng vẫn thấp hơn em gái của mình mặc dù trước khi phát hội chứng thận hư, chiều cao của em thuộc bách phân vị 10 th .	Theo dõi chiều cao thường xuyên khi sử dụng steroid. Tốc độ tăng chiều cao chính xác hơn. Nếu có bất cứ tác động nào lên chiều cao ở trẻ điều trị HC thận hư thì cần đổi thuốc khác. Chiều cao của trẻ nam lúc này dưới bách phân vị thứ 3 mặc dù vài năm trước khi khởi phát HC thận hư là thứ 10.
Hình 9.1.2: Tác dụng phụ của steroid lên chiều cao Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai		

Giãn Dài Bể Thận Hai Bên

	Siêu âm cho thấy giãn dài bể thận hai bên ở trẻ nam 6 tuổi. Chú ý xuất hiện dấu hiệu "Chuột Mickey".	Nếu có giãn nặng dài bể thận thì cần nghĩ đến hẹp khúc nối bể thận niệu quản. Quét đồng vị phóng xạ—MAG3/EC/DTPA sẽ giúp xác định tình trạng đào thải nước tiểu như thế nào. Nếu chức năng cả hai thận còn bảo tồn, thường chỉ cần điều trị bảo tồn. Nếu chức năng của thận bị bệnh giảm đi, thì cần can thiệp ngoại khoa để bảo tồn chức năng thận.
Hình 9.1.3: Giãn dài bể thận hai bên Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai		

Hình Ảnh	Chú Ý	Nữ Trí
Biểu Hiện Muộn Trong Toan Hóa Ống Thận		
 Hình 9.1.4: Biểu hiện muộn trong toan hóa ống thận Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai	Trẻ 12 tuổi bị toan hóa ống thận chưa điều trị. Chú ý là trẻ rất thấp so với tuổi. Các hình ảnh khác cũng cho thấy biến dạng.	Cần chú ý phát hiện sớm. Cần nghi ngờ toan hóa ống thận ở trẻ chậm lớn. Lâm khi máu và điện giải đồ với chức năng thận bình thường sẽ giúp chẩn đoán.

Xạ Hình Thận Bằng DMSA 2 Tháng Sau Nhiễm Trùng Đường Niệu (UTI)

 Hình 9.1.5: Xạ hình DMSA 2 tháng sau UTI Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai	Xạ hình DMSA 2 tháng sau UTI. Hình ảnh cho thấy giảm thu nhận ở cực trên và dưới của thận. Hình ảnh được báo cáo lại là sẹo.	Xạ hình DMSA sau UTI để tìm các tổn thương mạn tính. Những thay đổi cấp trên xạ hình DMSA có thể kéo dài vài tháng. Vì vậy không nên thực hiện xạ hình DMSA trong ít nhất 4 tháng sau UTI. Thực tế là càng chờ lâu càng tốt. Tốt nhất là nên thực hiện sau 6 tháng!
---	---	--

Xạ Hình Thận Bằng DMSA 6 Tháng Sau Nhiễm Trùng Đường Niệu (UTI)

 Hình 9.1.6: Xạ hình DMSA 6 tháng sau UTI Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai	Đây là hình ảnh xạ hình của cùng trẻ trên hình 9.1.5, chụp lại sau 6 tháng. Hoàn toàn bình thường mà không có 'sẹo'!	Xạ hình DMSA sau UTI để tìm các tổn thương mạn tính. Những thay đổi cấp trên xạ hình DMSA có thể kéo dài vài tháng. Vì vậy không nên thực hiện xạ hình DMSA trong ít nhất 4 tháng sau UTI. Thực tế là càng chờ lâu càng tốt. Tốt nhất là nên thực hiện sau 6 tháng!
--	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
	Xa hình DMSA cho thấy loạn sản thận trái với chức năng thận kém. 4 tháng trước cô vào viện vì sốt nhẹ được chẩn đoán UTI sau đó được điều trị. Một đặc điểm thú vị đó là dù thận trái bị loạn sản, nhưng trên siêu âm vẫn thấy hai thận với kích thước bằng nhau.	Xa hình DMSA được sử dụng trong UTI để phát hiện các tổn thương mạn tính nhưng cần phải phân biệt giữa sẹo và loạn sản trên bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Kích thước thận bình thường trên siêu âm không loại trừ được loạn sản. Sự mất phân biệt tùy-vô là một dấu hiệu rất tinh tế trong loạn sản. Ở những trường hợp này, bắt buộc phải theo dõi chức năng thận và protein niệu dài hạn. Nhờ rằng chúng hoàn toàn không triệu chứng!

Hình 9.1.7: Xa hình DMSA cho thấy loạn sản thận trái với chức năng thận kém
Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai

Tăng Sắc Tổ Da Ngón Tay Do Cyclophosphamide

	Trẻ gái này mắc HC thận hư và thường hay tái phát. Vì vậy, bé được điều trị một đợt cyclophosphamide. Trong quá trình uống cyclophosphamide, bệnh nhân có thể xuất hiện tăng sắc tổ ở ngón tay và ngón chân (màu da tối lại). Hình ảnh tăng sắc tổ có thể quan sát ở hình bên. Đây là một vấn đề thường gặp: bố mẹ hay van ngón tay và chân của con mình trở nên tối màu hơn!	Theo dõi! Không cần điều trị thuốc! Tình trạng tăng sắc tổ sẽ biến mất hoàn toàn sau khi hoàn thành 12 tuần liệu pháp!
---	--	---

Hình 9.1.8: Tăng sắc tổ da ngón tay do cyclophosphamide
Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai

Điều Trị Lâu Dài Steroid Cho Hội Chứng Thận Hư Vô Căn

	Trẻ gái một tuổi rưỡi mắc HC thận hư. Bé sử dụng steroid hằng ngày trong hơn 3 tháng tuy nhiên không có dấu hiệu thuyên giảm rõ ràng nào, vì vậy tình trạng của bé được gọi là HC thận hư kháng steroid. Khuôn mặt dạng Cushing với má sưng và cũng có thể thấy sưng húp mí mắt, chỉ ra tình trạng phù và chứng tỏ HC thận hư không thuyên giảm.	Thậm chí nếu phù biến mất, để đảm bảo bệnh thoái lui cần phải kiểm tra tỉ protein/creatinin niệu. Nếu tỉ còn cao (thường < 0.5), có thể là trường hợp HC thận hư kháng thuốc. Những trẻ này cần sinh thiết thận và thay các thuốc khác như cyclosporine. Trẻ gái này có bệnh cầu thận thay đổi tiến triển trên sinh thiết và đáp ứng rất tốt với cyclosporine.
---	---	--

Hình 9.1.9: Điều trị lâu dài steroid ở bệnh nhân HC thận hư vô căn
Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Khuôn Mặt Dạng Cushing Trong Hội Chứng Thận Hư Vô Căn		
 Hình 9.1.10: Khuôn mặt dạng Cushing trong HC thận hư vô căn Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai	Trẻ nam ba tuổi rưỡi mắc HC thận hư và thường tái phát. Vì vậy em đã được điều trị nhiều đợt steroid. Hình ảnh khuôn mặt dạng Cushing khá rõ ràng của em. Khuôn mặt dạng “Mặt Trăng” sau sử dụng liều cao steroid sẽ giúp hướng đến chẩn đoán. Không cần nói, béo phì cũng góp phần làm dấu hiệu rõ hơn.	Dù HC thận hư nguyên phát có thể nhạy cảm với steroid, trẻ tái phát thường xuyên (hơn 2 lần trong 6 tháng) phải cân dùng các thuốc khác để tránh tác dụng phụ của steroid. Mặt tròn như Mặt Trăng, béo phì, dễ nhiễm trùng, loãng xương, tăng huyết áp, rối loạn dung nạp glucose, chậm phát triển chiều cao, đục thủy tinh thể là một vài tác dụng phụ cần theo dõi khi sử dụng steroid!

MCUG Thấy Trào Ngược Bàng Quang Niệu Quản Hai Bên Độ 4

 Hình 9.1.11: MCUG thấy trào ngược bàng quang niệu quản hai bên độ 4 Nguồn: Fagun Shah, Surat	Trẻ một tuổi có nhiễm trùng đường niệu tái diễn và ứ nước thận niệu quản 2 bên trên siêu âm. Chụp X-quang niệu đạo bàng quang khi đi tiểu (MCUG) được tiến hành khi hết nhiễm trùng đã phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản hai bên độ 4.	Trẻ bị UTI tái diễn, đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi thì cần chăm sóc và khám xét đặc biệt. Ngoài siêu âm, MCUG cũng cần để chẩn đoán và phân độ trào ngược. Điều trị nội và ngoại khoa đều cho thấy kết quả khá tương tự nhau ở những trẻ có trào ngược. Cùng với dự phòng bằng thuốc thì việc chú ý đến các yếu tố tại chỗ để dự phòng UTI là rất quan trọng.
--	---	--

MCUG Thấy Van Niệu Đạo Sau Và Cầu Bàng Quang Với Trào Ngược Bên Phải Độ 5

 Hình 9.1.12: MCUG thấy van niệu đạo sau và cầu bàng quang với trào ngược bên phải độ 5 Nguồn: Fagun Shah, Surat	Trẻ nam 3 tháng tuổi có nhiều đợt UTI tái diễn, đóng tiểu yếu và sờ thấy khối rõ trên xương mu. MCUG thấy niệu đạo sau giãn tại vị trí cổ bàng quang cùng với cầu bàng quang và trào ngược bên phải độ 5.	Van niệu đạo sau phải được chẩn đoán sớm ở giai đoạn sơ sinh. Siêu âm tiền sản có thể thấy được giãn bể thận và/hoặc bàng quang lớn. Van niệu đạo sau được chẩn đoán nhờ MCUG và cần được đốt điện. Theo dõi lâu dài chức năng thận và protein niệu là chủ yếu và bắt buộc.
---	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Sử Dụng Cyclosporine Trong Hội Chứng Thận Hư: Khuôn Mặt Trông Bình Thường		
	Trẻ gái 6 tuổi mắc HC thận hư tái phát nhiều lần. Hình bên cạnh cho thấy bé trông khá khỏe khi điều trị bằng cyclosporine. Bình thường tác dụng phụ chủ yếu của cyclosporine ở trẻ gái là chứng rụng lông. Do việc điều chỉnh liều hợp lý nên không thấy có dấu hiệu rụng lông nào ở bé gái này! Không cần phải nói, bé không có khuôn mặt dạng Cushing hay tác dụng phụ nào của steroid.	Khi sử dụng đúng liều, các thuốc như Cyclosporine tác dụng ngăn chặn tái phát rất tốt trong HC thận hư mà không gây tác dụng phụ đã biết như chứng rụng lông, quá sản lợi. Bé gái này hiện đã không còn dùng thuốc và đang sống rất khỏe.
Hình 9.1.13: Sử dụng Cyclosporine trong HC thận hư: Khuôn mặt trông bình thường Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai		

Van Niệu Đạo Sau

	MCUG thấy niệu đạo sau giãn chỉ ra tình trạng có van nhỏ ở niệu đạo sau.	Trẻ nam 4 tuổi này có biểu hiện với đi tiểu sau một thời gian nhịn tiểu rất dài, thậm chí có lúc đến 12h. Ngoài những đợt đó thì đi tiểu bình thường và có dòng tiểu bình thường. Những lúc lâu đi tiểu như vậy, cậu cảm giác rất muốn đi tiểu. Van niệu đạo sau nhỏ thường không ảnh hưởng chức năng thận nhưng cần được cắt bỏ/đốt điện bằng phẫu thuật hay nội soi.
Hình 9.1.14: Van niệu đạo sau Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai		

Toan Hóa Ống Thận—Biến Dạng Nặng Nề Chi Dưới

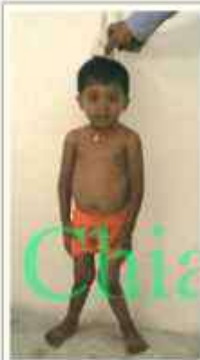
	Biến dạng nặng nề chi dưới dạng tương tự như đã đề cập ở hình 9.1.4. Do còi xương không được điều trị, nên phần mắt cá chân rộng ra, bé rất yếu và không thể ngồi và có loãng xương nặng trên X-quang cùng với còi xương. Hình này được chụp trước hình 9.1.4 khi đó bé đã có cải thiện lâm sàng do được điều trị: bé đứng và tự đi lại được.	Khoảng trống anion bình thường—Toan chuyển hóa còi hụ Kali và tăng chlor máu là yếu tố chủ yếu cho chẩn đoán toan hóa ống thận (RTA). Còi xương trong RTA thường do toan hóa làm bất hoạt vitamin D hoặc ít gặp hơn là do mất phospho như trong hội chứng Fanconi. Dự phòng biến dạng tốt nhất là phát hiện và điều trị sớm.
Hình 9.1.15: Toan hóa ống thận—biến dạng nặng nề chi dưới Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai		

9.2 NHỮNG BỆNH KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
	Phim MCUG bơm thuốc vào bàng quang cho hình ảnh bàng quang như hình.	Nếu trẻ có nhiễm trùng đường tiểu tái diễn hay nếu túi thừa lớn, thì cần phẫu thuật cắt bỏ. Những túi thừa nhỏ ở giai đoạn nhũ nhi sớm có thể tự cải thiện do đó ban đầu nên điều trị bảo tồn.

Hình 9.2.1: Túi thừa bàng quang
Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai

Biến Dạng Gối Vẹo Trong Do Loạn Đường Xương Trong Bệnh Thận Mạn

	Biến dạng nghiêm trọng tương tự như Hình 9.1.4.	Trong khi những trẻ mô tả trên là do toan hóa ống thận, thì ở trẻ này khám xét thấy toan chuyển hóa có tăng khoảng trống anion và chức năng thận bị giảm sút nặng nề. Nguyên nhân gây biến dạng ở đây là do loạn đường xương thứ phát sau bệnh thận mạn. Những thận không chức năng gây rối loạn chuyển hóa xương do nhiều yếu tố. Hình ảnh này giúp làm rõ những nguyên nhân khác nhau nhưng biểu hiện bệnh giống nhau.
--	--	---

Hình 9.2.2: Biến dạng gối vẹo trong do loạn đường xương trong bệnh thận mạn
Nguồn: Fagan Shah, Surat

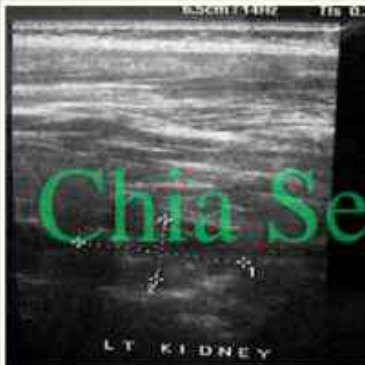
Thận Lớn—Biểu Hiện Bất Thường Của Bệnh

	Siêu âm bụng thấy thận lớn. Biểu hiện bất thường của bệnh. Trẻ nhũ nhi này vào viện với sốt, CTM có Hb thấp 8, bạch cầu 5200 và tiểu cầu giảm còn 80,000/cmm. Chỉ định siêu âm vì thấy bụng chướng.	Chính xác là trẻ mắc leukemia cấp dòng lympho (ALL)! Thận lớn là do ALL lan sang thận. Do vậy cần nhớ biểu hiện bất thường này của bệnh!
---	--	---

Hình 9.2.3: Thận lớn—biểu hiện bất thường của bệnh
Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai

Hình Ảnh	Chữ Ý	Xử Trị
 Hình 9.2.4: Thận loạn sản đa nang <i>Người: Pankaj Deshpande, Mumbai</i>	Siêu âm thận thấy nhiều cấu trúc dạng nang kích thước khá lớn. Đây là trường hợp thận loạn sản đa nang bên trái ở trẻ 6 tháng tuổi.	Loạn sản thận đa nang I bên thường không cần điều trị. Hầu hết nó sẽ tự teo khi trẻ khoảng 8 tuổi do đó không cần phẫu thuật. Điều cần thiết là theo dõi chức năng thận và huyết áp. Thường thì thận còn lại bình thường nên tiền lượng về lâu dài là khá tốt. Tuy rất hiếm, nhưng nếu MCDK không teo mà lại tăng kích thước hay gây tăng huyết áp thì cần phải can thiệp điều trị.

Thận Loạn Sản Đa Nang—Quá Trình Teo Lại

 Hình 9.2.5: Thận loạn sản đa nang—Quá trình teo lại <i>Người: Pankaj Deshpande, Mumbai</i>	Hình ảnh siêu âm này được thực hiện 3 năm sau thời điểm siêu âm ở hình trên. Chú ý kích thước nhỏ hơn và các nang biến mất.	Loạn sản thận đa nang I bên thường không cần điều trị. Hầu hết nó sẽ tự teo khi trẻ khoảng 8 tuổi do đó không cần phẫu thuật. Điều cần thiết là theo dõi chức năng thận và huyết áp. Thường thì thận còn lại bình thường nên tiền lượng về lâu dài là khá tốt. Tuy rất hiếm, nhưng nếu MCDK không teo mà lại tăng kích thước hay gây tăng huyết áp thì cần phải can thiệp điều trị.
 Hình 9.2.6: Thận loạn sản đa nang—Quá trình teo lại <i>Người: Pankaj Deshpande, Mumbai</i>	Cũng trường hợp trên giờ siêu âm lại thấy kích thước thận còn rất nhỏ. Nhỏ hơn 1 cm!	Loạn sản thận đa nang I bên thường không cần điều trị. Hầu hết nó sẽ tự teo khi trẻ khoảng 8 tuổi do đó không cần phẫu thuật. Điều cần thiết là theo dõi chức năng thận và huyết áp. Thường thì thận còn lại bình thường nên tiền lượng về lâu dài là khá tốt. Tuy rất hiếm, nhưng nếu MCDK không teo mà lại tăng kích thước hay gây tăng huyết áp thì cần phải can thiệp điều trị.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Vôi Hóa Thận		
	Siêu âm thấy vôi hóa nặng nề ở thận; những cấu trúc sáng hình tam giác. Bé này bị toan hóa ống lượn xa.	Tăng âm (sáng lên) trên hình ảnh siêu âm có thể do nhiều lý do. Trong đó vôi hóa thận là một nguyên nhân quan trọng. Để khám xét nguyên nhân này nên thực hiện các test về các rối loạn ống thận, tăng canxi máu, tiền sử dùng lợi tiểu, vv. Toan chuyển hóa có tăng chlor máu, hạ kali máu và khoảng trống anion bình thường chỉ ra toan hóa ống thận và tăng canxi máu thì thường do toan hâu ống lượn xa.
Hình 9.2.7: Vôi hóa thận <i>Nguồn:</i> Pankaj Deshpande, Trivandrum		

Hẹp Động Mạch Thận Trái Trên CTA

	CTA ở trẻ nam bị van niệu đạo sau thấy thận trái nhỏ và hẹp ĐM thận trái ngay vị trí xuất phát. Bé này có tăng huyết áp dai dẳng.	Trẻ mắc van niệu đạo sau thường có tăng lượng nước tiểu và không có tăng huyết áp cho đến khi chức năng thận bị suy giảm nghiêm trọng. Trẻ nam này có chức năng thận bình thường và tăng huyết áp dai dẳng. THA trong van niệu đạo sau là một dấu hiệu bất thường do đó cần khám xét kỹ hơn gồm cả CTA.
Hình 9.2.8: Hẹp động mạch thận trái trên CTA <i>Nguồn:</i> Pankaj Deshpande, Mumbai		

Chân Vòng Kiềng Nặng (Gối Vẹo Ngoài)

	Chân vòng kiềng nặng. Tăng khoảng cách hai lồi cầu đùi khi chụm hai mắt cá trong vào nhau. Đây là trẻ nam 65 tháng. Chân vòng kiềng ở tuổi này là bất thường. Bé còn có dấu hiệu còi xương và khám xét thì thấy còi xương do giảm phospho máu.	Chân vòng kiềng quá 3 tuổi thì không còn là sinh lý nữa do vậy cần khám xét kỹ càng. Dấu hiệu đặc trưng của còi xương hạ phospho máu là ngủ lịm, yếu (thiếu phosphate), canxi bình thường, phospho rất thấp, tăng alp và PTH thì bình thường hay chỉ tăng nhẹ. Điều trị chủ yếu là bằng dung dịch Joulie, 1, 25 calcitriol và theo dõi vôi hóa thận. Tình trạng này có thể di truyền liên kết trội trên NST X hoặc di truyền trội trên NST thường.
Hình 9.2.9: Chân vòng kiềng nặng <i>Nguồn:</i> Pankaj Deshpande, Mumbai		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Còi Xương Nặng Do Thiếu Vitamin D  Hình 9.2.10A và B: Còi xương nặng do thiếu vitamin D Nguồn: Fagun Shah, Surat	Một trường hợp điển hình của còi xương nặng do thiếu vitamin D. Chú ý căng tay veo hướng ra ngoài, cổ tay rộng và chi dưới cũng tương tự. Bụng phệ ra, rãnh Harison rất rõ là do giảm trương lực cơ.	Trẻ gái này có lâm sàng điển hình và cận lâm sàng gợi ý còi xương nên nên được cho nhiều liều 25-hydroxy vitamin D mà không có hiệu quả. Sau khi chuyển tuyến và khảo sát sâu hơn thì phát hiện trẻ mắc Còi xương phụ thuộc vitamin D type 1. Trẻ được điều trị hằng ngày với 1,25-dihydroxy vitamin D. Nếu không đáp ứng với các điều trị thông thường cho còi xương thì nên tìm các nguyên nhân khác gây còi xương như RTA, còi xương phụ thuộc vitamin D còi xương giảm phosphate máu, vv.
Chậm Phát Triển Thể Chất Ở Bệnh Nhân Bệnh Thận Mạn  Hình 9.2.11: Chậm phát triển thể chất ở bệnh nhân bệnh thận mạn Nguồn: Fagun Shah, Surat	Trẻ gái mắc bệnh thận mạn có chiều chậm phát triển thể chất nghiêm trọng. Trẻ gái tuổi đang học lớp 2 và chỉ cao 80 cm.	Chậm phát triển thể chất là một hậu quả quan trọng trong bệnh thận mạn. Nó là do nhiều yếu tố tạo thành—các tạng kháng với hormone tăng trưởng, toan hóa, thiếu máu, suy dinh dưỡng, vv. Do vậy cần bắt buộc sàng lọc chức năng thận ở tất cả trẻ chậm phát triển thể chất. Điều trị đa yếu tố và cần tiếp cận nhiều mặt ở tất cả các yếu tố gây ra.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Hep Động Mạch Thận Trên CTA  Hình 9.2.12: Hep ĐM thận trên CTA Nguồn: Parkaj Deshpande, Mumbai	CTA thấy mỗi bên có đến 2 ĐM thận. Trong đó ĐM dưới bên phải bị hẹp.	Xem hình 9.2.13.
 Hình 9.2.13: Hep ĐM thận trên CTA Nguồn: Parkaj Deshpande, Mumbai	CTA thấy mỗi bên có đến 2 ĐM thận. Trong đó ĐM dưới bên phải bị hẹp. Đây là một trường hợp bất thường. Đây là CTA của trẻ nam 10 tuổi có tăng huyết áp dai dẳng sau tắc nghẽn khúc nối bể thận niệu quản của thận trái đã được phẫu thuật sửa chữa bể thận. Hình ảnh thấy mỗi bên có đến 2 ĐM. ĐM dưới bên phải có một đoạn 7 mm bị tắc hoàn toàn và vì vậy gây tăng huyết áp!	THA ở trẻ em cần được khám xét cẩn thận vì ở trẻ thì nguyên nhân thận-mạch máu là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất. Có thể làm các xét nghiệm đo nồng độ renin và aldosteron để phát hiện chứng tăng trong máu, chụp thận sau tiêm captopril để phát hiện giảm chức năng thận. Siêu âm Doppler không phải lúc nào cũng chẩn đoán được hẹp ĐM thận. CTA cho hình ảnh tốt hơn. Bề này được điều trị tại thông mạch và hiện tại đã khỏi mà không cần dùng thuốc.
9.3 CÁC HỘI CHỨNG Hội Chứng Bartter  Hình 9.3.1: Hội chứng Bartter Nguồn: Parkaj Deshpande, Mumbai	Siêu âm thận thấy bể thận giãn lớn.	Trong khi nguyên nhân phổ biến nhất gây giãn dài bể thận là hẹp khúc nối bể thận niệu quản hoặc trào ngược, thì trẻ này lại mắc một nguyên nhân khác mà rất hay quên. Giãn ở đây là thứ phát sau đa niệu do các rối loạn ở ống thận. Trẻ này mắc hội chứng Bartter và hình dưới đây sẽ cho thấy sự cải thiện sau điều trị ở bệnh nhân này thế nào.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 9.3.2: Hội chứng Bartter—Đáp ứng với điều trị <i>Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai</i>	Tình trạng giãn ở hình trên đã giảm đáng kể sau khi kiểm soát đa niệu. Ngoài ra, chú ý các cấu trúc tăng âm ở thận chỉ ra tình trạng vôi hóa thận, dấu hiệu đặc trưng trong hội chứng Bartter.	Sự xuất hiện đa niệu, trẻ chậm lớn thì cần nghi ngờ hội chứng Bartter. Về mặt sinh hóa, sẽ có kiềm hóa, giảm kali máu, giảm chlor máu và đồng thời có tăng canxi và chlor niệu. Điều trị bằng Indomethacin và bù kali sẽ giúp kiểm soát triệu chứng và hỗ trợ trẻ phát triển.

Hội Chứng Bụng Quả Mặn (Prune-Belly Syndrome)

 Hình 9.3.3: Hội chứng bụng quả mặn <i>Nguồn: Pankaj Deshpande, Mumbai</i>	Cơ thành bụng nhão và tinh hoàn không xuống. Hội chứng gồm thận ứ nước, bàng quang lớn, thiếu cơ thành bụng, loạn sản thận và các nếp nhăn đặc trưng ở da bụng.	Trẻ mắc HC bụng quả mặn sẽ có giãn đài bể thận hai bên có thể có hay không có trái ngược bằng qunag niệu quản. Loạn sản thận cũng thường hay gặp và phải khám phát hiện tình trạng này ở tất cả bệnh nhân.
---	--	---

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 10

Huyết Học

Hiệu Đỉnh
MR Lukeshwar,
Bharat Agarwal

Chia Se Ca Lam Sang

- 10.1 Các bệnh lý thường gặp
- 10.2 Các bệnh lý ít gặp nhưng không hiếm
- 10.3 Cấp cứu huyết học
- 10.4 Các hội chứng

Mục Lục

10.1 CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP 183

- Trẻ xanh xao do thiếu máu 183
- Thiếu máu tán huyết: Viêm ngôn hồng cầu hình liềm 183
- Thiếu máu tán huyết: Trẻ sơ sinh Thalassemia Major 184
- Thiếu máu tán huyết: Trẻ có kiểu hình Thalassemia 184
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia trung gian 185
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia Major 185
- Thiếu máu tán huyết: Gò vùng mắt ở trẻ Thalassemia 186
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia Child—Hot Cross Bun Appearance 186
- Thiếu máu tán huyết: Chậm phát triển trí tuệ ở trẻ bị Thalassemia 186
- Thiếu máu tán huyết: Phết máu ngoại vi trong Thalassemia 187
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Nestor Test trong Thalassemia Minor 187
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Điện di Hemoglobin trên giấy và Cellulose Acetate 187
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Phân tích Hb bằng HPLC 188
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—thay đổi hình ảnh học trong Thalassemia Major 188
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Dexa Scan 189
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Ly tâm lạnh 189
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Laminar Flow 190
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Lọc bạch cầu 190
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Theo dõi tại trung tâm truyền máu 190
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Bom Desferal dưới da 191
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Điều trị tạo Chelat đường uống 191
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Cắt lách ở trẻ Thalassemia 192
- Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Ghép tế bào gốc trong Thalassemia 192
- Thiếu máu Kala-Azar 193
- Thiếu máu-Sốt rét 193
- Thiếu máu - Hội chứng suy tuỷ xương—Thiếu máu bất sản 194

- Thiếu máu - Dinh dưỡng—Thiếu máu thiếu sắt 194
- Thiếu máu - Dinh dưỡng—Thiếu máu hồng cầu to 195
- Thiếu máu - Dinh dưỡng—Phết máu ngoại vi trong IDA 195
- Thiếu máu - Dinh dưỡng—Đếm hồng cầu lưới 196
- Thiếu máu - Dinh dưỡng—Thăm dò chức năng tuỷ xương 196
- Bệnh chảy máu—Phản ứng thuốc 196
- Bệnh chảy máu—Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn 197
- Bệnh chảy máu—Hemophilia 197
- Bệnh chảy máu—Thiếu Vitamin K 198
- Bệnh bạch cầu—Bạch cầu cấp dòng lympho 198

10.2 CÁC BỆNH LÝ ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM 199

- Thiếu máu ở trẻ sơ sinh—Truyền máu từ thai sang mẹ 199
- Thiếu máu tán huyết tự miễn trong điều trị Steroid 199
- Bệnh Gaucher 200
- Bệnh hồng cầu hình bầu dục bẩm sinh 200
- Bệnh hồng cầu hình tròn 201
- Bệnh hồng cầu hình tròn trong gia đình—Vàng da ở cả mẹ và con 201
- Nhược giáp và thiếu máu 202
- Nhiễm độc chì với biểu hiện thiếu máu 202
- Thiếu máu kinh niên trong bệnh Celiac 203
- Thiếu hụt Protein C (đồng hợp tử) 203
- Ban xuất huyết bạo phát 203

10.3 CẤP CỨU HUYẾT HỌC 204

- Đông máu nội mạch lan tỏa 204
- Thiếu men G6PD 204
- Hội chứng tán huyết tăng ure máu 205

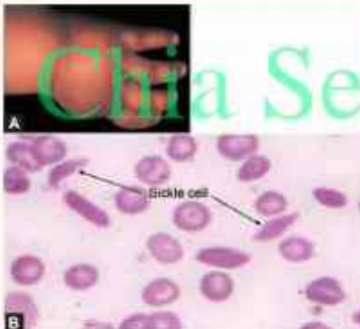
10.4 CÁC HỘI CHỨNG 205

- Battered Baby Syndrome 205
- Diamond Blackfan Syndrome 205
- Dyskeratosis Congenita 206
- Fanconi's Anemia 206
- Glanzmann's Thrombasthenia 207
- Henoch's Schönlein Purpura 207
- Kasabach-Merritt Syndrome 207
- Wiscott-Aldrich Syndrome 208

10.1 CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG GẶP

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Thiếu máu-Trẻ xanh xao  Hình 10.1.1: Trẻ xanh xao do thiếu máu Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Xanh xao là một triệu chứng thường gặp quan trọng của thiếu máu. Nguyên nhân gây thiếu máu thường gặp nhất là do thiếu hụt dinh dưỡng như thiếu sắt, B₁₂, acid folic, thiếu hụt các vi chất, đặc biệt là khi không kèm theo phì đại các hạch bạch huyết hay gan lách to, xuất huyết điểm, ban xuất huyết. Khi trẻ không đáp ứng với điều trị suy dinh dưỡng, nên cân nhắc đến các nguyên nhân khác.	- Tất cả các bệnh nhân thiếu máu không nhất thiết có xanh xao và trẻ xanh xao không nhất thiết là có thiếu máu. Xanh xao phụ thuộc vào thành phần hemoglobin, tình trạng các mao mạch dưới da, và độ dày các mảng sắc tố da. - Trẻ có nhược giáp, hội chứng thận hư, bệnh tim bẩm sinh có tim không có biểu hiện thiếu máu. Vàng da, tím có thể làm ảnh hưởng việc đánh giá tình trạng xanh xao và việc đánh giá thiếu máu. Điều trị nguyên nhân. Triệu chứng thiếu máu không chỉ phụ thuộc vào nồng độ hemoglobin mà còn phụ thuộc vào tốc độ suy giảm hemoglobin.

Thiếu máu tán huyết: Viêm ngón trong Thiếu máu hồng cầu hình liềm

 Hình 10.1.2A và B: Viêm ngón trong bệnh hồng cầu hình liềm Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Shah	Hội chứng tay - chân (viêm ngón) có biểu hiện: - Phù ở cả bàn tay - ? viêm mô tế bào. - X-quang cho thấy có viêm xương tủy. - CTM: Thiếu máu, bạch cầu tăng. - Phết máu ngoại vi cho thấy có hồng cầu hình liềm giúp chẩn đoán xác định thiếu máu hồng cầu hình liềm. - Test tạo hình liềm dương tính - HPLC (High-performance liquid chromatography) giúp xác định chẩn đoán.	- Giảm đau và bù dịch. - Nếu có nhiễm trùng thì nên xem xét dùng kháng sinh. - Truyền máu khi nồng độ HbS cao. - Không có chỉ định phẫu thuật. - Hydroxyurea có tác dụng phòng ngừa tốt.
--	--	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
	Trẻ xanh xao ở Mahar. Không có tiền căn cận huyết. TS truyền máu hai lần trong quá khứ. Khi thăm khám, xanh xao rõ, trán gồ, gan lách khá to. Phết máu ngoại vi cho thấy tăng nguyên hồng cầu, HbF 10%, HbA₂ 3.2%, Ferritin huyết tương 120 ng/dL. Chẩn đoán ?? Thalassemia, nhưng HbF tăng không nhiều. Khảo sát tiền căn gia đình— mẹ và ba đều bị thalassemia thể nhẹ có HbA₂ tăng lần lượt là 4.2 và 5.1%.	Sau truyền máu nhiều lần thường nồng độ HbF không cao ở trẻ Thalassemia. Khảo sát tiền căn và làm các xét nghiệm gene giúp ích cho chẩn đoán thalassemia thể nặng. Thalassemia thường gặp ở các cộng đồng sau: • Sindhis và Punjabis, Khattris, Kukrejas • Bhamshalis Kutchis Lohanas • Mahars, Chamars Buddhas và Navabudhas • Kolies, Agris và Kumbies • Reddies, Gowdas và Lingayats, Kurgs và Gaud Saraswats.

Thiếu máu tán huyết: Trẻ có kiểu hình Thalassemia

	Trán phẳng và đỉnh đầu phẳng là các dấu hiệu cho thấy kết quả điều trị kém ở trẻ thalassemia thể nặng. Nguyên nhân chủ yếu do tăng sản xuất hồng cầu ở tủy xương ở các xương dẹt ở sọ.	• Điều trị truyền máu dài hạn. Hb trước truyền máu không nên ít hơn 10 đến 11 gm%. • Hb sau truyền máu không nên ít hơn 12 gm%.
--	---	--

Hình 10.1.4A và B: Thiếu máu tán huyết: Trẻ có kiểu hình Thalassemia
 Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
	Tăng HbF, có thể gặp thể đồng hợp tử hay dị hợp tử kép. Thường kèm theo xanh xao và gan lách to. Về mặt thiếu máu tán huyết: trán phẳng, đỉnh đầu phẳng, má gò, răng mọc không đều. Biểu hiện của hội chứng này rất thay đổi, trải từ thalassemia mức độ nặng đến β-thalassemia mức độ nhẹ với ít hoặc không có triệu chứng. Có thể biểu hiện sớm cỡ khoảng 2 tuổi cho đến vị thành niên hay độ tuổi trưởng thành. Sự sinh trưởng và phát triển có thể bình thường với đầy thi và sinh sản bình thường tùy thuộc vào độ nặng của bệnh. Bệnh nhân có thể có loãng xương tiến triển với gãy xương bệnh lý, loét chân, thiếu máu và cứng gập.	• Thiếu máu mức độ vừa. • Khả năng sống không phụ thuộc vào truyền máu. • Chỉ định truyền máu thay đổi tùy theo độ nặng của bệnh. Khi trẻ phát triển có thể cần truyền máu thông thường. • Dùng thêm acid folic.

Hình 10.1.5: Thalassemia thể vừa

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia thể nặng

	HbF tăng rõ, thể đồng hợp tử. Cả ba và mẹ là thể dị hợp tử (thalassemia thể nhẹ). Điều trị không đầy đủ dẫn đến chậm phát triển, xanh xao, gan lách to và rối loạn chức năng các cơ quan. Bệnh nhân sống còn phụ thuộc vào truyền máu. Bệnh nhân thường phải được truyền máu mỗi 3 đến 6 tuần. Phối hợp điều trị chelat hoá để tránh quá tải sắt. Kết hợp điều trị rối loạn chức năng cơ quan.	Vành đai Thalassemia trải dài suốt Châu Phi, vùng Địa trung hải, Trung Đông, Ấn Độ, Đông Nam Á, Thái Lan, Campuchia, Lào, Việt Nam, Malaysia, Singapore, Nam Trung Quốc, và Melanesia. Có khoảng 100,000 trẻ bị Thalassemia được sinh ra trên khắp thế giới. Tại Ấn độ có tỉ lệ sinh 22.8 trên 1000, ước lượng rằng, 8 đến 10,000 bị thalassemia thể nặng được sinh ra mỗi năm.
---	---	--

Figure 10.1.6: Thalassemia thể nặng

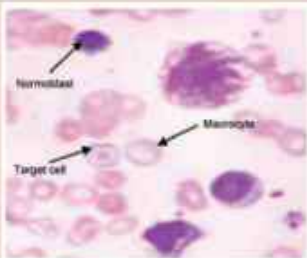
Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.7: Thiếu máu tán huyết: Trẻ có kiểu hình Thalassemia—Má gỗ	Má gỗ trong thalassemia thể nặng là chỉ điểm cho việc truyền máu không đầy đủ. Nguyên nhân do sự gia tăng khoang tủy xương chủ yếu ở các xương dẹt do sự tăng sinh hồng cầu tại tủy xương.	• Truyền máu làm hạn chế phình các khoang tủy xương. • Truyền hồng cầu rửa bằng nước muối làm giảm về mặt tán huyết. Trẻ sống nhờ truyền máu và không tự tạo máu của bản thân.

Thiếu máu tán máu: Hình ảnh diềm bàn chải của xương sọ

 Figure 10.1.8: Hình ảnh diềm bàn chải	Hình ảnh diềm bàn chải của xương sọ cho thấy trẻ mắc thalassemia thể nặng không được điều trị tốt. Nguyên nhân chủ yếu do tăng quá trình tạo máu ở các xương dẹt của xương sọ	Điều trị bằng truyền máu. Hb trước truyền máu không nên thấp hơn 10 đến 11 g/dl và sau truyền máu không nên thấp hơn 12 g/dl. Giúp cho giảm quá trình tạo tế bào máu bất thường trong tủy xương, vì vậy quá trình tạo máu ngoài tủy không xảy ra.
---	---	--

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia và Chậm phát triển

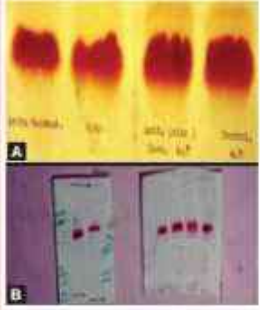
 Hình 10.9: Thalassemia và chậm phát triển	So sánh trẻ thalassemia: • Điều trị đúng và đầy đủ. • Điều trị không đầy đủ. • Trẻ khỏe mạnh không bị Thalassemia. Các trẻ đều có cùng độ tuổi.	Truyền máu đầy đủ, điều trị chelat hoá và xử trí đúng các biến chứng giúp trẻ sinh trưởng và phát triển gần như bình thường.
---	---	---

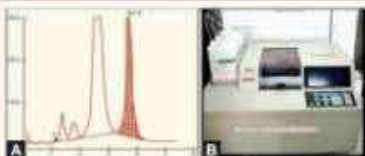
Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.10: Phết máu ngoại vi trong thalassemia thể nặng Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai	Phết máu ngoại vi trong thalassemia được chẩn đoán khi có hình ảnh hồng cầu có hình dạng khác thường, bao gồm hồng cầu nhỏ, hồng cầu to, nhược sắc, hồng cầu biến dạng, bất màu kiềm và các hồng cầu hình bia, vòng Cabot và số lượng lớn các nguyên hồng cầu.	Có thể chẩn đoán thalassemia major trên phết máu ngoại vi.

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Xét nghiệm Netrof trong Thalassemia thể nhẹ

 Hình 10.1.11A và B: Netrof test trong thalassemia thể nhẹ	Netrof test là viết tắt của naked eye single tube red cell osmotic fragility. Test nestroft dương tính trong một số bệnh β-thalassemia, α-thalassemia, HbE, HbS tồn tại Hb bất thường di truyền. Đây chỉ là 1 test sàng lọc, vì vậy nên làm xét nghiệm Hb A₂ để chẩn đoán.	Là test sàng lọc tốt. Test Netrof âm tính loại trừ thalassemia thể nhẹ. Test có độ nhạy cao (80,7–100%) và giá trị dự đoán âm tính cao (96–100%). Nhưng, độ chính xác thấp, phụ thuộc vào kĩ thuật viên, độ đặc được dùng là 1 test thường quy. Với xét nghiệm CTM có thể đo được RDW, MCV... giúp nghĩ tới thalassemia thể nhẹ và chẩn đoán phân biệt với thiếu máu thiếu Fe.
---	---	---

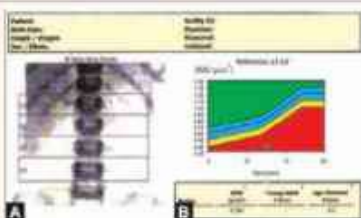
Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Điện di Hemoglobin trên giấy và Cellulose Acetate

 Hình 10.1.12A và B: Điện di Hb bằng giấy và cellulose acetate Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Manita Mangani, Mumbai	Điện di trên giấy Hình. 10.1.12A). Điện di trên Cellulose Acetate Hình. 10.1.12B).	- Hiện tại với kĩ thuật HPLC, Điện di Hemoglobin không còn sử dụng nhiều. - Tuy nhiên, điện di trên Cellulose Acetate vẫn được sử dụng khi không có HPLC. - Điện di trên giấy không còn được dùng.
--	--	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.13A và B: Phân tích Hb bằng HPLC Photo Courtesy: Biorad	Sắc kí lỏng hiệu năng cao (HPLC) đã trở nên phổ biến và được dùng để phân tích các thành phần Hb. Hemoglobins được phân biệt theo biểu đồ và được định lượng bằng quan phổ sử dụng phần mềm vi tính. Xét nghiệm rất nhanh và chính xác. Nó có thể phát hiện nhiều loại Hb trong các bệnh lý hemoglobin.	Rất hữu dụng trong định lượng HbA2 trong β-thalassemia, cũng như tầm soát, phát hiện và định lượng các loại hemoglobin khác.

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Thay đổi trên XQ trong Thalassemia thể nặng

 Hình 10.1.14A và B: Thay đổi trên XQ của thalassemia thể nặng	Hình ảnh “Hair on end” do sự mở rộng khoang tủy xương và sự mất khoảng lá cho các bề xương nổi rõ. Loãng xương là 1 bệnh hệ thống, tiến triển đặc trưng bởi giảm khối lượng xương dẫn tới tăng nguy cơ gãy xương. Thiếu xương và loãng xương là những nguyên nhân chính gây tàn tật ở bệnh nhân thalassemia.	• Truyền máu định kì để duy trì Hb trên 11g/dl để đảm bảo sự tăng trưởng và phát triển của trẻ mắc bệnh. • Bổ sung calcium và vitamin D qua đường uống với tất cả trẻ, hằng ngày. • Bổ sung dưỡng chất cũng giữ vai trò quan trọng
--	--	--

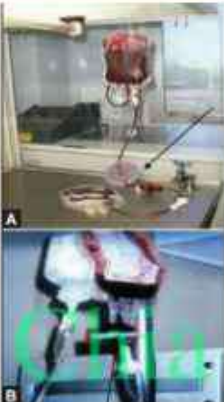
Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Thiếu máu tan máu: Thalassemia—Chụp DEXA  Figures 10.1.15A and B: Chụp DEXA ở trẻ thalassemia	Khi tuổi thọ trung bình tăng, bệnh xương do thalassemia gồm thiếu xương và loãng xương được cho là nguyên nhân chính gây gãy xương, đặc biệt là cột sống thắt lưng, xương dài. Tồn thương xương nặng hơn ở nam so với nữ, ở bệnh nhân đái tháo đường, suy giảm tính dục.	- Nên bổ sung Calci và vitamin D cho trẻ mắc thalassemia. - Bổ sung hydroxyurea, biphosphonate và pamidronate đường tĩnh mạch cũng có hiệu quả. - Có thể dùng Pamidronate liều 30mg hàng tháng. - Liệu pháp thay thế hormone với estrogen cho nữ và HCG cho nam giúp tăng tỉ trọng xương. - Calcitonin và ức chế huy cốt bào có thể giảm loãng xương và tăng bề dày vỏ xương ở trẻ mắc thalassemia.

Thiếu máu tán huyết : Thalassemia—Quay ly tâm lạnh

 Hình 10.1.16: Quay ly tâm lạnh	Quay ly tâm lạnh được thực hiện để phân tách các thành phần của máu. Quay ly tâm lạnh được dùng để rửa hồng cầu.	Tất cả các ngân hàng máu có trung tâm thalassemia phải có quay ly tâm lạnh để chuẩn bị chế phẩm hồng cầu rửa nước muối sinh lý, giúp ngăn ngừa các biến chứng như phản ứng phản vệ, phản ứng ly giải máu.
---	---	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Figure 10.1.17: Laminar flow	Xét nghiệm dòng chảy để chuẩn bị cho các chế phẩm máu trong môi trường vô khuẩn.	Tất cả ngân hàng máu phải có XN dòng chảy để tạo chế phẩm máu.

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Lọc bạch cầu

 Hình 10.1.18A và B: Lọc bạch cầu Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Anipam Sachdeva	Lý tưởng là lọc bạch cầu tại giường: tuy nhiên, hầu hết bệnh nhân không thể đáp ứng được phương pháp này.	Lọc bạch cầu tại giường hiệu quả hơn rửa bằng nước muối sinh lý.
--	---	--

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Chăm sóc tại trung tâm truyền máu

 Hình 10.1.19: Chăm sóc tại trung tâm truyền máu	Trong quá khứ, trẻ thalassemia phải nhập viện để truyền máu chung với các bệnh nhi cùng phòng bệnh. Nhập viện lâu dài, nhiễm khuẩn chéo, tăng kinh phí, ảnh hưởng đến cả ba mẹ bệnh nhi và bệnh viện cũng như ảnh hưởng đến tâm lý trẻ chính là nhược điểm chính của phương pháp điều trị này.	Hiện nay, sự phát triển của phương pháp điều trị truyền máu ở trẻ thalassemia là chăm sóc tại trung tâm truyền máu được phát triển để liệu pháp điều trị nhẹ nhàng hơn. Với trung tâm truyền máu riêng biệt, việc truyền máu có thể được lên kế hoạch kỹ càng và tránh được tác động đến tâm lý trẻ và ba mẹ cũng như việc truyền máu được thực hiện chung với các trẻ thalassemia khác.
---	--	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.20A đến C: Bom Desferal dưới da và khám mắt bằng đèn khe Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mumbai	Desferrioxamine (DFO) được giới thiệu vào khoảng đầu các năm 60. Tough ideal, việc sử dụng thuốc với kèm với bom desferal dưới da, hơn 6 tới 8 giờ, có giá thành cao và kết quả liệu pháp không được áp dụng rộng rãi đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển.	Desferal nên được tiêm dưới da với bơm tiêm desferal dưới da từ hơn 4 đến 6 giờ, 5 đến 6 ngày trong tuần. Liều dùng từ 20 đến 40 mg/kg cân nặng cơ thể/ngày. Tác dụng phụ bao gồm: • Dị ứng tại chỗ • Độc tai và thị giác • Chậm phát triển. • Nhiễm trùng <i>Yersinia spp.</i> Thông thường, việc đánh giá thính giác và thị giác bằng audiometry và slitlamp nên được thực hiện mỗi 6 tháng.

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Liệu pháp Chelat hoá đường uống

 Hình 10.1.21: Thuốc sắt đường uống Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mumbai	• Deferiprone (L1 or 1,2 dimethyl 1, 3 hydroxy pyridin-4-one (L1 or Kelfer) được phát triển tại phòng thí nghiệm Hiders, London. • Đây là thuốc hàng đầu được chứng nhận sử dụng tại Ấn độ từ năm 1995. • Thuốc dùng đường uống và không đắt tiền. • Thuốc huy động sắt từ Transferin, Ferritin và Hemosiderin. • Hiệu quả 70 đến 100% so với desferrioxamine. • Không gây độc cho tai hay mắt. • Đào thải Ca, Cu, Mn, và Mg qua đường niệu không bị ảnh hưởng.	Liều: 75 đến 100 mg/kg/ cân nặng cơ thể. Độc tính: • Buồn nôn, nôn, đau bụng và tiêu chảy. • 20 đến 30% trẻ bị đau khớp, triệu chứng này giảm sau khi giảm liều hay ngưng thuốc. • Giảm số lượng tuyệt đối của bạch cầu đa nhân trung tính và tiểu cầu đã được báo cáo.
---	---	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.22: Cắt lách ở trẻ Thalassemia Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Cường lách có thể xảy ra ở trẻ thalassemia do truyền máu không đầy đủ, phản ứng đào thải và hiếm hơn là tán huyết tự miễn làm nặng thêm thalassemia major và bệnh lý gan mãn.	- Cắt lách được khuyến cáo khi lượng truyền máu vượt quá 200 đến 250 ml/kg/năm tới hồng cầu. - Cắt lách nên được trì hoãn cho đến khi trẻ đủ 5 tuổi. - Trước cắt lách nên chủng ngừa pneumococcal vaccine, H influenza vaccine, vaccine não mô cầu ít nhất 2 đến 4 tuần. - Tiêm chủng thường quy Viêm gan A, viêm gan B tiếp tục chích theo lịch. - Sau phẫu thuật khuyến cáo nên dùng kháng sinh penicillin dự phòng.

Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Ghép tế bào gốc trong Thalassemia

 Hình 10.1.23A and B: Thiếu máu tán huyết: Thalassemia—Ghép tế bào gốc trong Thalassemia	Phẫu thuật ghép tủy xương lần đầu tiên trong thalassemia major thuộc về E. Donald Tomas. Ca ghép tủy xương lần đầu tiên tại Ấn Độ trong thalassemia được thực hiện bởi Bác sĩ M. Chandu tại Bệnh viện đại học y Christian, Vellore. Các nguồn tế bào gốc: - Tủy xương - Máu ngoại vi - Máu từ dây rốn - Gan bào thai Kinh phí rất đắt, nhưng đáng giá so với kinh phí hàng năm cho liệu pháp truyền máu và chelat hoá.	3 yếu tố tiên lượng quan trọng cho tỉ lệ sống và sống không biến chứng là: - Gan to (gan 2 cm dưới bờ sườn) - Xơ hoá không cửa - Chelat hoá không đều
--	--	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
  Figures 10.1.24A and B: Kala-azar	Một trẻ sống ở huyện Darbhanga xuất hiện sốt thất thường, kéo dài kèm thiếu máu, gan lách to mức độ vừa. Giảm 3 dòng HC, BC và TC. Quan sát tiêu bản máu ngoại vi không thấy KST sốt rét. Aldehyde test +ve. Protein 6.5 gm%, Globulin 3.5%, Albumin 3%. Chọc tủy xương: thấy thể LD, cũng có ở tiêu bản sinh thiết gan và lách.	Điều trị gồm: • Pentavalent antimonials—Sodium stibogluconate, 20 mg/kg/ngày trong 3 tới 4 tuần • Amphotericin B 1 mg/kg/ngày TM × 20 ngày. • Pentamidine isothionate 4 mg/kg TM trong 5 ngày tới 52 tuần

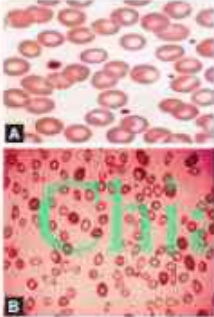
Thiếu máu - Sốt rét

  Hình 10.1.25A và B: Sốt rét Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Shah	Thiếu máu tiến triển với gan lách to ở trẻ sơ sinh - • Người mẹ có thể có tiền căn sốt kèm lạnh run trong thai kỳ mà không được chẩn đoán như trong nhiễm trùng tiêu. Tam soát: • Bạch cầu: không đặc biệt • Giảm tiểu cầu Coomb's test: Trực tiếp và gián tiếp-ve. • G6PD: bình thường • Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc • Xét nghiệm ki sinh trùng—<i>P. Vivax</i>.	• Xét nghiệm ki sinh trùng là chìa khóa để chẩn đoán. • Sốt rét bẩm sinh có thể không có các triệu chứng điển hình như: sốt cao, lạnh run, nhưng có thể có biểu hiện sốt, quấy khóc, xanh xao, tiểu chảy, nôn ói và các triệu chứng không đặc hiệu khác và có thể có gan lách to vừa. Điều trị sốt rét và truyền máu nếu cần thiết • Acid Folic có hiệu quả trong điều trị.
--	---	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.26: Thiếu máu-Hội chứng suy tủy xương—Thiếu máu bất sản Photo Courtesy: Niran Shah, Mumbai	- Các đốm xuất huyết và bầm máu ở trẻ xanh xao không có các dấu hiệu nào khác như phì đại hạch lympho, gan lách to và giòn xương thì khả năng cao là do thiếu máu bất sản. - Bệnh đặc trưng bởi giảm số lượng tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính, thiếu máu. Thiếu máu không tương quan với lượng xuất huyết. - Đếm số lượng hồng cầu lưới thấy giảm nặng. - Stressed erythropoiesis is evident —HbF and I antigen. - Phân tích tế bào theo dòng chảy đối với CD48 và CD59 để loại trừ PNH. - Xét nghiệm tủy và sinh thiết tủy xương giúp xác định chẩn đoán.	Điều trị bao gồm: - Điều trị hỗ trợ - Ghép tủy—Ghép tế bào gốc - Điều hoà miễn dịch - ATG, ALG - Cyclosporin A - Cyclophosphamide - Methylprednisolone - Androgen
 Hình 10.1.27: Thiếu máu dinh dưỡng—Thiếu máu thiếu sắt Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Bharat Agarwal, Mumbai	Khoảng 30% dân số thế giới bị thiếu máu do dinh dưỡng. Trong số đó, 90% ở các nước đang phát triển.	Triệu chứng thường thấy ở người lớn hay trẻ lớn là viêm họng miệng, lưỡi chóc và mất các gai lưỡi, viêm lưỡi, viêm góc môi, móng lõm, móng đứt, hội chứng Plummer-Winson, hội chứng Paterson Kelly ít gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Triệu chứng ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ chủ yếu do ảnh hưởng đến khả năng nhận thức như dễ kích động, mất tập trung, học tập kém, etc. Chứng ăn đất, ăn xơ (ăn rom hay gạo thô) hay ăn nước đá cũng là những triệu chứng thường gặp. Các triệu chứng này đáp ứng với điều trị bổ sung sắt.

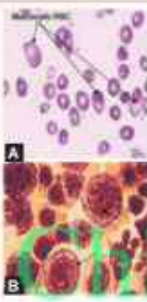
Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.28: Thiếu máu hồng cầu to Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Manta Manglani, Mumbai	Xanh xao, thiếu máu, da sạm màu ở các đầu khớp ngón tay, tăng sắc tố quanh miệng, vàng da, và có thể biểu hiện với da màu vàng đồng, phù bản chân, không hạch to, gan, lách không to. Hồng cầu to trên PS, MCV tăng, bạch cầu đa nhân trên PS, tăng bilirubin máu gián tiếp, LDH tăng—giúp chẩn đoán sớm thiếu máu hồng cầu to.	Folic acid và vitamin B₁₂ là điều trị chủ yếu.

Thiếu máu dinh dưỡng—Phết màu ngoại vi trong thiếu máu thiếu sắt

 Hình 10.1.29A và B: (A) Hồng cầu bình thường; (B) Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai	Hồng cầu nhỏ nhược sắc. Hồng cầu điển hình của thiếu máu thiếu sắt. Phân loại thiếu máu: - Hồng cầu đẳng bào nhược sắc—MCV 80–94 m³ - Hồng cầu nhỏ nhược sắc—MCV < 80 m³, MCH < 27 - Hồng cầu to nhược sắc—MCV > 94 m³, MCHC < 32%.	Thiếu máu thiếu sắt được điều trị bằng uống viên sắt với liều 3 đến 5 mg/kg/cân nặng cơ thể cho đến khi nồng độ Hb đạt mức bình thường và tiếp tục uống ít nhất 3 đến 6 tháng để bổ sung dự trữ sắt.
---	--	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.30: Thiếu máu dinh dưỡng—Đếm hồng cầu lưới <i>Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai</i>	Đếm 500 tế bào—nhuộm tươi Bình thường: 1 đến 2%. Số lượng thấp: - Hội chứng suy tủy xương - Thiếu máu bất sản - Hội chứng Fanconi - Thảm nhập tủy xương - PRCA. Số lượng cao: Tăng đáp ứng tủy xương - Tân huyết - Xuất huyết - Sau điều trị	Đếm hồng cầu lưới là một xét nghiệm tầm soát rất quan trọng trong thiếu máu và phản ánh tình trạng của tủy xương: - Số lượng hồng cầu lưới giảm là chỉ định cho sinh thiết tủy, để loại trừ bất sản tủy và thảm nhập tủy xương. - Ngược lại tăng số lượng hồng cầu lưới không cần phải thực hiện các xét nghiệm xâm lấn.

Thiếu máu dinh dưỡng—Tủy đỏ

 Hình 10.1.31A và B: Thiếu máu dinh dưỡng—Tủy đỏ	- Hồng cầu to nhược sắc MCV > 94, MCHC—bình thường - Bạch cầu đa nhân trung tính nhiều mũi trên PS là một chỉ điểm bệnh lý. - Giảm nồng độ B₁₂ và acid folic huyết tương. - Tủy đỏ cho thấy tăng các tế bào không lồ giúp xác định chẩn đoán	Liều dùng acid folic: - Dưới 6 tháng—15 mcg/kg hay 50 mcg/ngày. - Bảy tháng đến 13 năm—1 mg/ngày × 2–3 tuần sau đó 0.1 đến 0.5 mg/day. - Hơn 13 năm—1 mg/day × 2–3 tuần sau 0.5 mg/ngày. Cobalamin được cho với liều 500 đến 1000 mcg/ngày uống × 4–6 tuần sau đó 25–50 mcg/ngày hay 100 mcg/ngày. Tiêm bắp trong 2 tuần, sau đó dùng 100–250 mcg/liều mỗi tháng cho đến khi cải thiện hoàn toàn.
---	---	---

Bệnh chảy máu—Phản ứng thuốc cố định

 Figure 10.1.32: Phản ứng thuốc cố định	Phản ứng thuốc cố định tái diễn ở cùng 1 hoặc nhiều vị trí mỗi khi sử dụng thuốc; tuy nhiên, mỗi lần dùng thuốc, số vị trí có thể tăng. Đây là 1 phản ứng dị ứng thuốc. Thường do 1 loại thuốc, mặc dù các tổn thương khác nhau do nhiều loại thuốc đã được mô tả. Thường gặp tổn thương ở tay, chân hơn ở thân mình; ở dương vật, vùng quanh hậu môn, miệng, mắt.	Các thuốc có thể gây phản ứng: - Paracetamol - KS nhóm Sulphonamide gồm cotrimoxazole/phenacetin - NSAIDs - Thuốc an thần như barbiturates, benzodiazepines - Chlordiazepoxide - Quinine - Dapsone - Fluconazole - Doxycycline - Clarithromycin - Ciprofloxacin.
--	---	---

Bệnh chảy máu—Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn



Hình 10.1.33A and B: Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn
Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nirin Chavan, Mumbai

- Nguyên nhân thường gặp gây giảm số lượng tiểu cầu cấp tính và chảy máu ở trẻ khỏe mạnh.
- Tiền căn nhiễm siêu vi trước đó—như là Epstein barr virus, HIV.
- Đốm xuất huyết xuất hiện đột ngột khắp người, ban xuất huyết và các vết bầm ở trẻ khỏe mạnh trước đó, nhóm tuổi từ 1 đến 4. Thường thấy xuất huyết từ mồm răng, màng nhầy và hiếm khi xuất huyết thần kinh trung ương.
- Sinh thiết tủy bình thường ngoại trừ tăng tế bào không lồ.
- Xuất hiện gan lách to rõ nên hướng đến bệnh lý ác tính như bệnh bạch cầu.
- Chảy máu không tương quan với số lượng tiểu cầu, nếu giảm 3 dòng thì nên nghĩ đến thiếu máu bất sản hay bệnh bạch cầu.

- “Điều trị dựa trẻ chứ không phải số lượng tiểu cầu.” “Không đợi bệnh trở nặng”. Điều trị khi số lượng tiểu cầu giảm còn ít hơn 10 đến 20000 và kèm xuất huyết niêm mạc. Không có phương pháp khác ngoài tham vấn cho gia đình- IVIG với liều 0.8 đến 1.0 gm/kg/ngày từ 1 đến 2 ngày. Tiêm tĩnh mạch anti D globulin 50 đến 75mcg/kg với trẻ ITP chưa bị cắt lách hay Rh dương.
- Steroid 1 đến 4 mg/kg/4 ngày, tiếp tục liều 2 mg/kg/ngày $\times$ 2 to 3 tuần, sau đó ngưng dần.

Bệnh chảy máu—Hemophilia



Hình 10.1.34: Bệnh chảy máu—hemophilia
Photo Courtesy: Anupam Sachdeva

Hemophilia A (Thiếu Yếu tố VIII) và Hemophilia B (Yếu tố IX) là hai thiếu hụt yếu tố đông máu bẩm sinh nặng và thường gặp nhất. Hemophilia C là bệnh lý chảy máu do giảm yếu tố XI. Bệnh có đặc điểm là kéo dài thời gian kích hoạt thromboplastin từng phần (APTT hay PTT). Các triệu chứng của các bệnh lý trên rất thường gặp và có tính di truyền. Các triệu chứng bao gồm các mảng bầm máu trong cơ, tụ máu khớp, chảy máu từ các vết thương nhỏ đặc biệt là ở miệng. Chẩn đoán bởi PTT tăng và PT bình thường và số lượng tiểu cầu bình thường, thời gian máu chảy, thrombin time và giảm nồng độ các yếu tố đông máu.

- Điều trị bao gồm bổ sung yếu tố đông máu bị thiếu hụt. Trong hemophilia A factor VIII được dùng với liều 20 đến 40 IU/kg/ngày cho những vết thương nhỏ hay tụ máu trong khớp và đối với xuất huyết nặng 50 đến 100 IU/kg từ 7 đến 10 ngày. Có thể truyền từ 2 đến 3 IU/kg/giờ liên tục và có thể tiêm tĩnh mạch liều nạp. Desmopressin acetate có thể làm tăng sản xuất yếu tố VIII nội sinh.
- Điều trị hỗ trợ bao gồm nghỉ ngơi tại giường, đè chặt từ 15 đến 20 minutes, chườm đá hay chườm petrolatum gauze. Hemophilia B prothrombin complex concentrate 60 đến 80 IU/kg vào ngày 1 sau đó 40 IU/kg mỗi ngày từ 7 đến 10 ngày.

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.1.35: Bệnh chảy máu—Thiếu hụt Vitamin K Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Trong số các bệnh lý đông cầm máu thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh là bệnh lý xuất huyết sơ sinh và được gọi là xuất huyết do thiếu vitamin K. Nó có thể xảy ra sớm dưới 24 giờ sau sinh và có liên quan đến các thuốc dùng trong thai kỳ có tác động đến vitamin K. Xuất huyết do thiếu Vitamin K có diễn khởi phát từ 2 đến 7 ngày sau sinh ở trẻ nhũ nhi. Xuất huyết bất chợt khởi phát trễ hơn có thể do thiếu hụt Vitamin K nặng chủ yếu ở trẻ 2 đến 12 tuần tuổi, ngoại trừ những trẻ không được tiêm Vitamin K dự phòng sau sinh. Có thể gặp ở những trẻ có bất thường hấp thu tại ruột non, vàng da tắc mật, xơ hoá nang, và thiếu hụt alpha-1-antitrypsin.	Vitamin K liều duy nhất là đủ để ngưng chảy máu và làm giá trị PT trở về khoảng bình thường. Có thể điều trị tiêm vitamin K (1 mg) dưới da hay tiêm tĩnh mạch. Theo dõi vàng da và vàng da nhân đặc biệt ở trẻ sinh đủ tháng. FFP có thể dùng trong trường hợp xuất huyết trung bình hay nặng. Prothrombin complex concentrate trong xuất huyết nặng nguy hiểm đến tính mạng Vitamin K1 đơn liều nên dùng cho tất cả trẻ mới sinh, liều tiêm bắp/tiêm tĩnh mạch 0.5 đến 1 mg và 0.5 mg cho trẻ dưới 34 tuần tuổi. Vitamin K đường uống cũng cho tác dụng tương tự với các phương pháp trên.
 Hình 10.1.36A và B: Bệnh bạch cầu—Bệnh bạch cầu cấp dòng lympho Photo Courtesy: Nitin Shah, Mumbai	Nghĩ ngờ bệnh bạch cầu khi có các triệu chứng sốt kéo dài, xanh xao, dễ chảy máu, hạch to toàn thể với giảm ba dòng tế bào máu và phết máu ngoại vi có các tế bào bất thường kèm giảm tiểu cầu. Các thể khác nhau của bệnh bạch cầu cấp ở trẻ em bao gồm bạch cầu cấp dòng lympho, bạch cầu cấp dòng tủy, bạch cầu mạn dòng uỵ. Phết máu ngoại vi thấy lymphoblasts.	• Sinh thiết tủy xương và đánh giá immunopheno typing, di truyền tế bào là cần thiết để chẩn đoán. Điều trị bao gồm: • Điều trị hỗ trợ, hoá trị • Xạ trị khi cần thiết.
 Hình 10.1.37A và B: Bệnh bạch cầu—Bệnh bạch cầu cấp dòng lympho Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	• Nghi ngờ bệnh bạch cầu khi có các triệu chứng sốt kéo dài, xanh xao, dễ chảy máu, hạch to toàn thể với giảm ba dòng tế bào máu và phết máu ngoại vi có các tế bào bất thường kèm giảm tiểu cầu. Các thể bạch cầu cấp gặp ở trẻ em bao gồm: • Bạch cầu cấp dòng lympho • Bạch cầu cấp dòng tủy • Bạch cầu mạn dòng tủy. Phết máu ngoại vi thấy lymphoblasts L₁.	Với phác đồ điều trị hiện tại, tỉ lệ chữa khỏi ALL đã tăng đáng kể, hơn 70% ca bệnh có thể chữa khỏi.

10.2 CÁC BỆNH LÝ ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Thiếu máu ở trẻ sơ sinh—Truyền máu thai - mẹ  Hình 10.2.1A and B: Thiếu máu ở trẻ sơ sinh—Truyền máu thai - mẹ Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mumbai	Xuất huyết thai - mẹ là một trong những nguyên nhân quan trọng gây thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc ở trẻ sơ sinh. Có thể có tăng hồng cầu lưới. Tầm soát G6PD: bình thường, Coomb's test trực tiếp và gián tiếp đều âm tính. Kleihauer-Betke test thực hiện trên phết máu của mẹ cho thấy có hồng cầu thai kháng acid. Chẩn đoán: Xuất huyết thai - mẹ.	• Khi tiếp cận bệnh nhân, bạn phải đánh giá cả hai người—đứa bé và người mẹ. • Khi không phát hiện nguyên nhân bệnh ở đứa bé thì phải tìm nguyên nhân từ mẹ. • Bác sĩ nhi khoa không chỉ khám mỗi riêng trẻ lúc đang lâm bồn mà còn phải khám cả thai phụ.

Thiếu máu tán huyết tự miễn khi điều trị với Steroid

 Hình 10.2.2A và B: Thiếu máu tán huyết tự miễn khi điều trị với Steroid Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Bharat Agarwal, Mumbai	Thiếu máu tán huyết tự miễn là hậu quả của sự tương tác giữa hồng cầu với hệ miễn dịch, đặc trưng bởi sự rút ngắn thời gian sống của hồng cầu, tán huyết và thiếu máu. Bệnh gây ra do tự kháng thể kháng kháng nguyên hồng cầu bao gồm: • Các kháng thể nóng • Bệnh lý ngưng kết lạnh • Do thuốc hoặc • Có thể thứ phát do khiếm khuyết miễn dịch, HIV và do thuốc hoặc bệnh lý tự miễn hoặc do nhiễm trùng như mycoplasma hay các bệnh lý ác tính.	Điều trị phụ thuộc vào độ nặng của tán huyết trong lòng mạch và chức năng thận: • Duy trì tốt lượng nước tiểu. • Bổ sung acid folic. • Truyền hồng cầu phản ứng chéo tương hợp, tối thiểu là phù hợp nhóm máu. • Cortico steroid là lựa chọn hàng đầu và đóng vai trò chính trong điều trị AIHA. • Methylprednisolone tiêm tĩnh mạch với liều 1 đến 2 mg/kg từ 6 đến 8 giờ và sau đó chuyển sang uống prednisolone 2 mg/kg/ngày/2 đến 4 tuần và sau đó giảm dần trong 3 tháng. • IgG tiêm tĩnh mạch đã được thử nghiệm trong điều trị AIHA với liều cao 2 gm/kg chia thành hai liều. • Cắt lách và thuốc gây độc tế bào.
---	---	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Bệnh Gaucher  Hình 10.2.3A và B: Bệnh Gaucher Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Là bệnh lý rối loạn lipid đặc trưng bởi các rối loạn về huyết học, phì đại các cơ quan, ảnh hưởng lên xương với biểu hiện đau xương và các thương tổn nứt gãy bệnh lý. Nguyên nhân thường gặp nhất là do rối loạn tiêu thể. Bệnh Gaucher là hậu quả của khiếm khuyết các hydrolase tiêu thể—acid betaglucohydrolase. Sự thiếu hụt enzyme gây tích tụ của các glucolipid—glucosylceramide. Hậu quả là gây thâm nhiễm vào tủy xương, gan lách to và các biến chứng lên hệ xương.	• Điều trị bao gồm: Liệu pháp thay thế enzyme kết hợp với acid beta glucocidase tái tổ hợp. • Hầu hết triệu chứng phì đại cơ quan ngoài xương, các triệu chứng huyết học được cải thiện sau liệu truyền tĩnh mạch enzyme đầu tiên (60 lu/kg) cách tuần. • Ghép tủy xương đã được thử nghiệm nhưng kết quả không khả quan về mặt bệnh và tử vong.

Bệnh hồng cầu hình bầu dục

 Hình 10.2.4: Bệnh hồng cầu hình bầu dục Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai	Bệnh hồng cầu hình bầu dục di truyền thường được di truyền trội hoặc lặn trên nhiễm sắc thể thường, là một bệnh lý hồng cầu ít gặp—thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ khi làm xét nghiệm phết máu ngoại vi, với biểu hiện khoảng 15% - 20% tế bào hồng cầu hình bầu dục và thiếu máu tán huyết mức độ nhẹ kèm lách to và sỏi túi mật. Bệnh cũng có thể có biểu hiện thiếu máu mức độ trung bình hoặc nặng. Ở trẻ nhỏ thì khi có triệu chứng và cũng có thể có thiếu máu tán huyết nặng với các mảnh vỡ của hồng cầu, hồng cầu biến dạng, hình bầu dục và hồng cầu nhỏ.	Điều trị ít khi được đặt ra cho bệnh nhân hồng cầu hình bầu dục nhẹ. Tuy nhiên ở những trường hợp nặng có thể cần phải truyền máu. • Bổ sung folate mỗi ngày. • Quang liệu pháp và truyền máu trao đổi được chỉ định trong trường hợp thiếu máu nặng và tăng bilirubin máu trong giai đoạn sơ sinh. • Tâm soát sỏi mật thường thực hiện ở những bệnh nhân ngoài 60 tuổi và nên được thực hiện bằng siêu âm bụng. • Cần theo dõi kỹ khi phát hiện đang nhiễm siêu vi (parvo virus) đặc biệt là khi có sự sụt giảm Hb đột ngột. • Cắt lách được đặt ra khi trẻ kém phát triển, có biến đổi xương, loét chân, v.v..
---	--	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.2.5A và B: Bệnh hồng cầu hình cầu <i>Photo Courtesy:</i> MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai	Xanh xao tím đọt : vàng da tái diễn, gan lách to nhẹ, tiền căn gia đình có ba mẹ hay các thành viên khác cũng bị vàng da, tiền căn đau ở vùng bụng và tiền căn cắt lách hay cắt tủy mật hoặc sỏi mật trong gia đình, các thông tin này giúp cho việc chẩn đoán sớm bệnh hồng cầu hình cầu. Xét nghiệm máu cho thấy tăng hồng cầu lưới. Phết máu ngoại biên giúp xác định chẩn đoán. Số lượng hồng cầu hình cầu chiếm hơn 15%, hồng cầu dễ vỡ.	Điều trị bao gồm: - Theo dõi thường xuyên. - Chủng ngừa vắc-xin phế cầu, não mô cầu, Hib và các vắc-xin khác. - Cắt lách nên được xem xét nếu thiếu máu kháng trị, thiếu máu tiến triển hoặc tái diễn. - Phẫu thuật được chỉ định khi trẻ bị viêm túi mật, sỏi túi mật kèm đau bụng tái diễn. - Cần truyền máu nếu có thiếu máu nặng.

Bệnh hồng cầu hình cầu gia đình—Vàng da ở mẹ và trẻ

 Hình 10.2.6: Bệnh hồng cầu hình cầu gia đình—Vàng da ở mẹ và trẻ <i>Photo Courtesy:</i> MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Bệnh hồng cầu hình cầu biểu hiện triệu chứng rất đa dạng từ vàng da ở trẻ sơ sinh cần phải truyền máu trao đổi đến triệu chứng im lặng ở người 80 tuổi có cháu bị hồng cầu hình cầu. Các triệu chứng trung gian bao gồm—đau vùng bụng, vàng da tái diễn, sỏi mật, con bắt sản máu, con tán huyết, v.v..	- Ngoài thăm khám trẻ còn phải thăm khám và ghi nhận tiền căn gia đình, đặc biệt là tiền căn cắt lách, cắt túi mật và thăm khám thực thể ba mẹ để phát hiện lách to. - Phết máu ngoại vi và xét nghiệm đánh giá sức bền hồng cầu là những xét nghiệm cần phải được thực hiện. Điều trị dựa trên độ nặng của bệnh và do đó điều trị thay đổi từ việc theo dõi ngắn hạn đến truyền máu nhiều lần, cũng như cắt lách và cắt túi mật khi cần thiết.
--	--	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.2.7: Suy giáp và thiếu máu Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Thiếu máu dai dẳng, chậm phát triển, tiền căn vàng da kéo dài, táo bón mạn tính, học tập kém. Thăm khám ghi nhận: xanh xao ++, lưỡi to, thóp rộng, khốc khan, hypotonia++, bụng trướng, thoát vị rốn. Hb trong khoảng 6 đến 8 gm. Điều trị uống sắt nhiều lần—không cải thiện. TS, TIBC, serum ferritin-N, HbF, HbA2-N, Coomb's-âm tính. B₁₂ và Folic acid—bình thường. T3, T4 giảm, TSH tăng. Chẩn đoán—Suy giáp.	• Điều trị hỗ trợ. • Trẻ sơ sinh—Eltroxin 10 mcg/kg mỗi ngày • Trẻ lớn—khởi đầu 50 đến 100 ugm tăng dần mỗi 25 đến 50 ug trong 3 đến 4 tuần. Duy trì 100 mcg đến 200 ug mỗi ngày.

Ngộ độc chì với biểu hiện thiếu máu

 Hình 10.2.8A và B: Ngộ độc chì với biểu hiện thiếu máu Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai	Trẻ thiếu sắt ban đầu có đáp ứng với điều trị uống sắt nhưng sau đó không còn đáp ứng thì nên nghĩ đến các khả năng: • Nhiễm độc chì. • Thiếu folic acid or Vitamin B₁₂ • Thalassemia minor. Cần tìm: • Basophilic stippling. Là một trong những dấu hiệu đầu tiên. • Tiền căn gia đình có người làm sản xuất pin xe hơi hay nhà máy chì. • Xét nghiệm nồng độ chì.	Điều trị nhiễm độc chì. Điều trị đặc hiệu với BAL 10 mcg/d.
--	--	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.2.9: Thiếu máu mạn tính trong bệnh Celiac Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Tiền căn giảm trương lực cơ và di phần khối lượng rất lớn. Chuông bụng ++. Bệnh sử thiếu máu—không đáp ứng với điều trị sắt. Hb 7 gm% (thấp), MCV60 u³ (thấp), RBC 3.4 triệu. TS 6% (thấp), serum ferritin 12 ng/dl (thấp), HbF 0.8%, HbA2 2.8% (N) Coomb's test âm tính. Kháng thể Antigliadin:+ve. Các xét nghiệm chuyên sâu hơn giúp chẩn đoán 'Bệnh lý ruột do Gluten với hội chứng kém hấp thu'.	Trẻ được bổ sung sắt ngoài ruột, tránh ăn ngũ cốc, và các sản phẩm từ ngũ cốc. Trẻ đáp ứng và phát triển tốt.

Thiếu protein C (Đồng hợp tử)

 Hình 10.2.10A và B: Thiếu protein C (Đồng hợp tử) Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Bharat Agarwal, Mumbai	Protein C, protein S, antithrombin III đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát đông máu, bằng cách ức chế yếu tố Va hoạt hoá và yếu tố VIIIa hoạt hoá là hai yếu tố biến đổi prothrombin thành bin. Và ức chế phức hợp yếu tố IX a, yếu tố VIIIa, và phospholipids biến đổi yếu tố X thành yếu tố Xa.	Điều trị kháng đông khởi đầu với liều phù hợp heparin hay heparin trọng lượng phân tử thấp từ 5 đến 10 ngày và sau đó thay bằng warfarin trong vòng 24 giờ để đạt INR 2 đến 3.
---	--	---

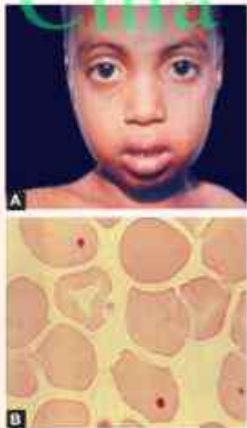
Ban xuất huyết bạo phát

 Hình 10.2.11A và B: Ban xuất huyết bạo phát Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Bharat Agarwal, Mumbai	Bệnh lý có nguy cơ tử vong cao do nhiễm khuẩn <i>meningococcus</i>, <i>Streptococcus</i>, varicella, and rubella. Huyết khối hình thành tại các mạch máu nhỏ dẫn đến nhồi máu và xuất huyết da, mô dưới da và cơ. Bệnh bắt đầu với tổn thương xuất huyết nhỏ ở da, sau đó lớn dần và hoại tử.	• Điều trị heparin, hay các thuốc kháng tiêu cầu đều không cho kết quả khả quan. • Huyết tương tươi đông lạnh có hiệu quả điều trị tốt. • Protein C nồng độ cao hiện đã có sẵn và là phương pháp điều trị có hiệu quả cao. • Ghép gan cho thấy có hiệu quả, giải quyết được các đợt đông máu huyết khối.
--	--	---

10.3 CẤP CỨU HUYẾT HỌC

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.3.1: Đông máu nội mạch lan toả (DIC) Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Anupam Sachdeva, Mumbai	Đông máu nội mạch lan toả đặc trưng bởi sự kích hoạt hệ thống đông máu gây hậu quả là sự tạo thành mất kiểm soát các fibrin trong lòng mạch dẫn đến hình thành huyết khối ở các mạch máu nhỏ, kèm theo sự tiêu thụ tiểu cầu và các protein đông máu gây xuất huyết ở các dạng khác nhau. Bệnh nhân DIC cấp có tình trạng nguy kịch và chẩn đoán dựa trên dựa số lượng tiểu cầu, PT, APTT, các yếu tố đông máu và kháng đông và sự hiện diện của D-Dimers. Các mảnh vỡ hồng cầu, tế bào hình nón được nhìn thấy trên phết máu ngoại vi kèm theo giảm số lượng tiểu cầu.	Điều cơ bản trong điều trị là chẩn đoán được nguyên nhân nền và bắt đầu điều trị ngay bệnh lý nền. Điều trị thay thế: Mục tiêu là giải quyết sự tiêu thụ tiểu cầu, các yếu tố đông máu và kháng đông để phòng hoặc ngăn chặn xuất huyết. • Truyền tiểu cầu—1 đến 2 đơn vị/10 kg khi số lượng tiểu cầu dưới 20,000/mm³ hoặc khi đang có xuất huyết và tiểu cầu dưới 50,000/mm³. • Huyết tương tươi đông lạnh (FFP—15-20 ml/kg) hoặc • Fibrinogen đậm đặc hoặc cryo-precipitate 1 túi/10 kg/cân nặng cơ thể.

Thiếu men G6PD

 Hình 10.3.2A và B: Thiếu men G6PD Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Xanh xao bất chợt trong 24 giờ, theo sau bởi triệu chứng sốt, lạnh run và ho. Trẻ được điều trị với bác sĩ gia đình. Hb thấp, tăng số lượng hồng cầu lưới. Số lượng bạch cầu bình thường. Cần khai thác cụ thể: • Tiền căn dùng Aspirin để hạ sốt • Trẻ đến từ cộng đồng người Khoja • G6PD—Decolorization time 25 min. • Coomb's trực tiếp và gián tiếp—Âm tính. • Điều trị bằng truyền hồng cầu lắng • G6PD lặp lại sau 6 tuần decolorization time > 120 m.	Các xét nghiệm tam soát thiếu men G6PD bình thường trong giai đoạn tán huyết không loại trừ thiếu men G6PD. Hồng cầu lưới non có chứa nồng độ G6PD cao. Lặp lại xét nghiệm sau 3 tháng. Biểu hiện lâm sàng: Giai đoạn sơ sinh—vàng da cần điều trị bằng quang liệu pháp, truyền máu trao đổi. Các đợt tán huyết cấp—tự giới hạn. Có thể cần phải truyền hồng cầu lắng. Tán huyết mạn tính—hiếm gặp. Các thuốc cần phải tránh: • Các thuốc trị sốt rét • Các thuốc hạ sốt như aspirin • Thuốc nhóm Sulphat • Nitrofurantoin • Ascorbic acid • Vitamin K.
--	--	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
	Bệnh sử ghi nhận tiêu phân lỏng, về mặt nhiễm độc, chấm xuất huyết, gan lách to nhẹ, xanh xao nhanh chóng và vô niệu > 8 đến 12 hours cần nghi ngờ HUS. Các xét nghiệm cho thấy có suy chức năng thận cấp, điện giải—tăng kali. Phết máu ngoại vi thấy các mảnh vỡ tế bào, hồng cầu hình gai, hồng cầu hình nón.	• Điều trị tích cực, cần phối hợp với kháng sinh. • Cân bằng điện giải. • Có thể cần phải lọc máu.

Hình 10.3.3A và B: Hội chứng tán huyết tăng ure máu (HUS)
Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai

10.4 CÁC HỘI CHỨNG

Hội chứng battered Baby

	Tụ máu tái diễn ở trán, nứt xương đòn, cổ đầu bầm ở vùng đùi ở trẻ sơ sinh gợi ý đến khả năng “Battered baby syndrome” Các xét nghiệm tầm soát xuất huyết đều bình thường—CBC, thời gian máu chảy, thời gian cơ cục máu, PT, PTT, đếm số lượng tiểu cầu.	Thường gặp nhiều ở trẻ gái. Các dấu hiệu nghi ngờ trên lâm sàng là chia khớp để chẩn đoán.
---	---	---

Hình 10.4.1A và B: Battered baby syndrome
Photo Courtesy: Raj Warriar

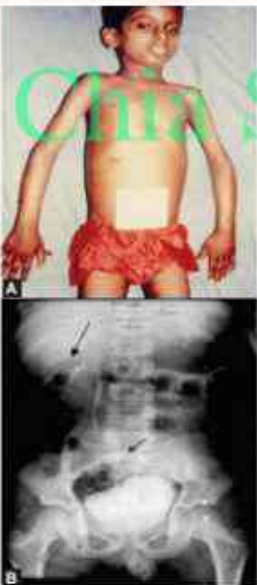
Hội chứng Diamond Blackfan

	Hội chứng Diamond blackfan là một hội chứng thiếu máu bất sản bẩm sinh. Di truyền trội hoặc lặn trên nhiễm sắc thể thường. Các bất thường đi kèm: • Lề mắt, cổ cò mòng, bất thường bàn tay, ngón tay, ngón chân. • Bất thường thận bao gồm niệu quản đôi với thận ứ nước, thận lạc chỗ. • Giảm số lượng hồng cầu lưới. • Tuỷ xương cho thấy giảm sản xuất nguyên bào hồng cầu và gia tăng tỉ lệ M:E rõ rệt. • Hemoglobin thai tăng cao. • Kháng nguyên I trên bề mặt hồng cầu tăng. • Giảm gamma-globulin máu.	Điều trị chủ yếu bao gồm: • Truyền máu hồng cầu lắng. • Steroids—1 đến 2 mg of prednisolone trong 4 đến 6 tuần và sau đó duy trì liều tối thiểu nhất. Dừng mỗi ngày sau đó dùng cách ngày trong vài tháng. • Có thể dùng Methylprednisolone. • Thải sắt để ngừa quá tải sắt. • IV IgG đã được thử nghiệm. • Kết quả ghép tuỷ xương điều trị thành công đã được ghi nhận.
---	---	--

Hình 10.4.2A và B: Diamond blackfan syndrome
Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Chavan, Mumbai

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.4.3: Rối loạn tạo sừng bẩm sinh Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Mamta Manglani, Mumbai	Rối loạn có các đặc trưng: • Tăng sắc tố da. • Teo móng. • Bất thường về răng miệng. • Thay đổi ở tóc. • Bạch sản. • Nguy cơ của các bệnh ác tính. • Bất thường về mắt. Viêm mi mắt và đục thủy tinh thể. • Chậm phát triển. • Không liên quan đến sức bền NST. • 80% Tiến triển thành thiếu máu bất sản.	Không có điều trị đặc hiệu. Điều trị hỗ trợ và điều trị biến chứng.

Thiếu máu Fanconi

 Hình 10.4.4A và B: Thiếu máu Fanconi Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Bharat Agarwal, Mumbai	<i>Thiếu máu bất sản bẩm sinh đặc trưng bởi:</i> • Tăng sắc tố da ngoại biên. • Các đốm màu cà phê sữa trên da. • Dáng người thấp, đầu nhỏ, thân kinh kém phát triển, bất thường hệ xương. • Bất thường thận, suy sinh dục. • Điếc, bất thường lỗ tai. • Bất thường ống tiêu hóa. • Bất thường tim - phổi. <i>Chẩn đoán cận lâm sàng:</i> • Thiếu máu tiến triển với giảm số lượng 3 dòng tế bào máu, hồng cầu lưới thấp. • HbF tăng và hiện diện kháng nguyên I. Sinh thiết tủy xương cho thấy có giảm sản tế bào máu. Di truyền tế bào cho thấy thay đổi nhiễm sắc thể như là gãy NST, cổ đặc nhiễm sắc thể,	Nếu không điều trị 80% sẽ tử vong trước 16 tuổi hoặc 2 đến 4 tuổi: • Ghép tủy xương là hy vọng duy nhất để kéo dài sự sống. • Điều trị cổ điển là steroids, androgens—oxymethalone, nandrolone đơn độc. • Các yếu tố kích thích như GCSF, erythropoietin, IL3, IL6.
--	---	--

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
Nhược tiểu cầu Glanzmann  Hình 10.4.5c: Nhược tiểu cầu Glanzmann Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Shah, Mumbai	Là một trong những bệnh lý rối loạn tiểu cầu bẩm sinh, với mất chức năng tiểu cầu dẫn đến kéo dài thời gian chảy máu và có số lượng tiểu cầu bình thường. Các nghiên cứu về sự kết tập tiểu cầu cho thấy có sự bất thường hoặc không có sự kết tập tiểu cầu với tất cả các chất chủ vận ngoại trừ ristocetin. Bệnh lý gây ra bởi sự thiếu hụt thụ thể GP2B-IIIa của tiểu cầu với fibrinogen.	- Tất cả các bệnh lý rối loạn chức năng tiểu cầu ngoại trừ rối loạn nặng dùng desmopresin 0.3 mcg/kg IV trong các đợt xuất huyết nhẹ đến trung bình. - Truyền tiểu cầu—1 đơn vị/5 đến 10 kg để giải quyết tình trạng chảy máu và giữ tính mạng bệnh nhân. - Trong các trường hợp nặng yếu tố VII A tái tổ hợp có hiệu quả. - Ghép tế bào gốc cho thấy có hiệu quả.

Ban xuất huyết Henoch's Schönlein

 Hình 10.4.6c: Ban xuất huyết Henoch's Schönlein Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Shah, Mumbai	Đây là bệnh lý viêm mạch máu hệ thống bao gồm các mao mạch nhỏ, tiểu động mạch và tiểu tĩnh mạch do IgA, thường ảnh hưởng đến da, ruột và tiểu cầu thận. Đặc trưng bởi triệu chứng đau bụng lan tỏa, viêm xương khớp và thận (tiểu máu/ tiểu đạm) kèm với ban xuất huyết. Sinh thiết cho thấy có sự kết tụ IgA. Có thể do các bệnh lý nhiễm trùng như <i>Streptococcus</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Mycoplasma</i>, <i>Taxoplasma</i>, <i>Varicella</i>, sởi, HIV.	Điều trị chủ yếu: - Điều trị triệu chứng đối với các trường hợp nhẹ, thuốc giảm đau như paracetamol để giảm đau và thuốc giảm co thắt để giảm đau bụng. - Nếu đau bụng nặng có thể dùng liều nhỏ steroid.
--	---	---

Hội chứng Kasabach-Merritt

 Hình 10.4.7A và B: Hội chứng Kasabach-Merritt Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Nitin Shah, Mumbai	Sự kết hợp giữa các mảng bầm máu lớn và đông máu nội mạch khu trú gây giảm số lượng tiểu cầu và giảm nồng độ fibrinogen trong máu được gọi là hội chứng Kasabach-Merritt. Phết máu ngoại vi cho thấy sự thay đổi trong các vi mạch.	Nhiều phương pháp điều trị đã được thử nghiệm: - Corticoid liều cao. - Xạ trị vùng - Các yếu tố kháng mạch máu: Interferon, laser photo coagulation. - Phẫu thuật cắt bỏ.
--	--	---

Hình ảnh	Lưu ý	Xử trí
 Hình 10.4.8: Hội chứng Wiscott-Aldrich <i>Photo Courtesy: MR Lokeshwar, Bharat Agarwal, Mumbai</i>	Hội chứng di truyền lặn liên kết NST X có đặc điểm: - Viêm teo bì. - Ban xuất huyết giảm tiểu cầu. Tiểu cầu nhỏ khiếm khuyết kết hợp với sự xuất hiện của các mẫu tiểu cầu bình thường. - Tăng khả năng nhiễm trùng - Chảy máu kéo dài Có thể biểu hiện: - Tiểu chảy phần máu ở tuổi nhỏ. - Viêm teo bì. - Nhiễm trùng tái diễn. - Immunoglobulin nổi bật là nồng độ IgM thấp, IgA và IgE tăng cao và nồng độ IgG bình thường hoặc tăng nhẹ	- Bệnh nhân nên được truyền IVIG hàng tháng - Dinh dưỡng phù hợp. - Chỉ dùng vaccine chết. - Truyền tiểu cầu khi có xuất huyết nặng - Ghép tủy xương là phương pháp được lựa chọn.

Chia Sẻ Ca Lam Sang

Phần 11

Ung thư

Section Editors

Purna Kurkure, Anupama S Borker

Nguồn ảnh

Purna Kurkure, Anupama S Borker, Leni Mathew, Sajid Qureshi, Sumeet Gujral

Chia Sẻ Ca Lam Sang

- 11.1 Bệnh thường gặp
- 11.2 Bệnh không thường gặp nhưng không hiếm
- 11.3 Cấp cứu ung thư
- 11.4 Các hội chứng

Mục Lục

11.1 CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP 211

- Khối u vùng bụng 211
- U Askin Rosai 211
- U màng não thất 212
- Sarcoma Ewing xương trụ trái 212
- Sarcoma Ewing xương bả vai 212
- Bệnh mô bào - Lỗ mắt 213
- Bệnh bạch cầu - Hang nấm ở phổi 213
- Bệnh bạch cầu - Thủy đầu trên bệnh nhân Bạch cầu cấp dòng lympho (ALL) 213
- Bệnh bạch cầu - Nấm lan rộng trong quá trình hóa trị 214
- Bệnh bạch cầu - Phi đại nướu răng trên bệnh Bạch cầu cấp dòng tủy M4 214
- Bệnh bạch cầu - Viêm da hoại thư ở trẻ em kèm Viêm phổi 214
- Lymphoma - Lymphoma Burkitt 215
- Lymphoma - Hạch cổ trên Lymphoma Hodgkin 215
- Lymphoma - Lymphoma nguyên bào lympho 215
- U nguyên bào thần kinh - Thương thận - CT Scan 216
- U nguyên bào thần kinh - Lỗ mắt khi chẩn đoán và sau khi điều trị 216
- U nguyên bào thần kinh giai đoạn IVs 216
- U nguyên bào thần kinh - Thẩm nhiễm tủy xương 217
- U nguyên bào thần kinh - Di căn xương 217
- U nguyên bào thần kinh - U nguyên bào thần kinh vùng chậu 217
- Sarcoma xương đầu dưới xương đùi trái 218
- Sarcoma xương đầu trên xương cánh tay 218
- U nguyên bào võng mạc trên CT scan 218
- Đặt mắt giả trong u nguyên bào võng mạc 219
- U nguyên bào võng mạc - Giai đoạn muộn 219
- U nguyên bào võng mạc - Giai đoạn sớm 219
- U nguyên bào võng mạc - Hội chứng hậu loét nhãn cầu 220
- Sarcoma cơ vân sau nhiều nỗ lực phẫu thuật 220
- Sarcoma cơ vân thành ngực 220
- Sarcoma cơ vân vùng mang tai bên trái 221
- Sarcoma cơ vân vùng tai giữa biểu hiện liệt mặt 221

- Sarcoma cơ vân - Xa hình xương cho thấy di căn xương đa ổ 221
- Sarcoma cơ vân - Di căn phổi 222
- Sarcoma cơ vân - Hốc mắt 222
- Sarcoma cơ vân âm đạo dạng chùm 222
- U quái vùng cụt-cụt 223
- Phương pháp trị liệu - Catheter Hickman đối với bệnh bạch cầu 223
- Phương pháp trị liệu - Loét hoại tử do Vincristine thoát mạch 223
- Phương pháp trị liệu - Đặt catheter trung tâm từ ngoại biên 224
- Phương pháp trị liệu - Buồng tiêm tĩnh mạch dưới da (Port-a-Cath) 224
- U Wilms 224

11.2 BỆNH KHÔNG THƯỜNG GẶP NHƯNG KHÔNG HIẾM 225

- U quái dạng cơ vân không điển hình ở não 225
- Sarcoma sợi bẩm sinh ở bàn chân 225
- Dị dạng bạch mạch dạng nang 225
- U xơ cứng 226
- U nguyên bào gan 226
- Bệnh bạch cầu thâm nhiễm da 226
- Bệnh bạch cầu - Tồn thương xương trong bạch cầu cấp dòng lympho 227
- Bệnh bạch cầu - U lức (sarcoma lức) 227
- Lymphoma - Nốt dưới da trong lymphoma tế bào lớn không biệt hóa 227
- Lymphoma - Lymphoma tế bào T ở da 228
- Lymphoma - Lymphoma Amidan 228
- Sarcoma cơ vân má phải trên bệnh nhân tật đầu nhỏ 228
- Carcinoma tuyến giáp trên một nam thanh niên 229

11.3 CẤP CỨU UNG THƯ 229

- Tăng áp lực nội sọ cấp 229
- Tràn dịch màng phổi lượng nhiều 229
- Bệnh hạch bạch huyết trung thất 230

11.4 CÁC HỘI CHỨNG 230

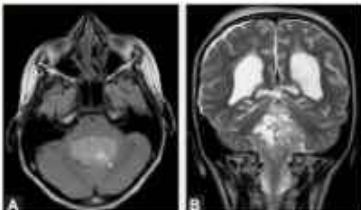
- Hội chứng Down - Bạch cầu cấp dòng tủy M7 230
- U sợi thần kinh type I kèm theo u vô bào thần kinh ngoại biên ác tính 230

11.1 CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Khối u vùng bụng	Những khối u ác tính vùng bụng thường từ chắc hoặc cứng. U Wilms và u nguyên bào thần kinh thường gặp ở bệnh nhân nhỏ tuổi; trong khi lymphoma chiếm ưu thế ở bệnh nhi lớn tuổi hơn. Những khối u vùng chậu lan đến vùng bụng thường là u tế bào mầm hoặc sarcoma cơ vân	Chẩn đoán hình ảnh với CT scan kèm sinh thiết hoặc mổ bụng thăm dò để xác định chẩn đoán
		
Hình 11.1.1: Khối u vùng bụng Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal		

U Askin Rosai

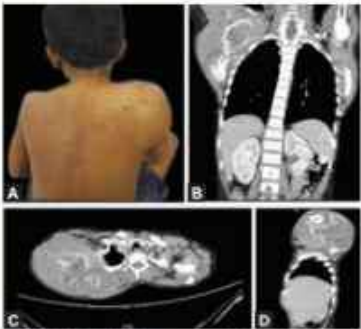
	Một bé gái 10 tuổi có triệu chứng ho và khó thở. CT scan cho thấy hình ảnh khối u mô mềm với bao mòn xương sườn. Sinh thiết xác định là u ngoại bì thần kinh nguyên thủy của thành ngực (U Askin Rosai). CT scan cho thấy khối u thành ngực phải với bao mòn xương sườn	Hóa trị với vincristine, ifosfamide và etoposide; luân phiên vincristine, cyclophosphamide và doxorubicin dẫn tới đáp ứng cho phép phẫu thuật cắt u sau đó xạ trị và duy trì hóa trị
Hình 11.1.2A và B: (A) U Askin Rosai; (B) U Askin Rosai: CT scan Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Mumbai		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
U màng não thất		
 Hình 11.1.3A và B: U màng não thất. Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 12 tuổi có triệu chứng đau đầu và nôn ói. MRI sọ não cho thấy tổn thương tăng đậm độ không đồng nhất chiếm toàn bộ não thất tư kèm theo tràn dịch não thất	Mở hộp sọ cắt lọc. Giải phẫu bệnh cho kết quả u màng não thất. Xạ trị hỗ trợ tại giường khối u được khuyến nghị. Hóa trị chưa có vai trò xác định

Sarcoma Ewing xương trụ trái

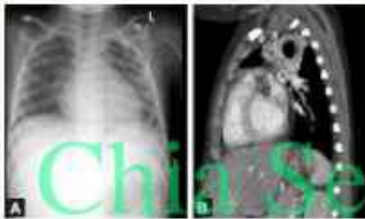
 Hình 11.1.4A và B: Sarcoma Ewing xương trụ trái. Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 16 tuổi với khối sưng không đau vùng cẳng tay trong vòng 2 tháng. X-quang cho thấy một khối mô mềm với sự phá hủy phần thân xương trụ bên dưới. Sinh thiết khẳng định là sarcoma Ewing. Theo dõi sự di căn với CT ngực, xạ hình xương và lâm tủy đồ và sinh thiết tủy chưa cho thấy bằng chứng di căn.	Hóa trị hỗ trợ trước trong 9 - 12 tuần, sau đó đánh giá đáp ứng; điều trị tại chỗ bằng phẫu thuật và/hoặc xạ trị, sau đó duy trì hóa trị hỗ trợ
--	--	--

Sarcoma Ewing xương bả vai

 Hình 11.1.5A đến D: Sarcoma Ewing xương bả vai. Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé trai 14 tuổi với khối sưng không đau vùng vai và lưng phải. Sinh thiết cho kết quả sarcoma Ewing. CT ngực, xạ hình xương và lâm tủy đồ và sinh thiết tủy chưa cho thấy bằng chứng di căn	Hóa trị hỗ trợ trước trong 9 - 12 tuần, sau đó đánh giá đáp ứng, sau đó phẫu thuật và/hoặc xạ trị, sau đó duy trì hóa trị hỗ trợ
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Bệnh mô bào - Lồi mắt		
	Một em bé 4 tuổi với lồi mắt trái, sinh thiết mô sau hốc mắt cho kết quả bệnh mô bào.	Đánh giá giai đoạn bằng Xquang kiểm tra xương, xạ hình xương, CT scan ngực, bụng chậu và lâm tủy dò, sinh thiết tủy giúp xác định mức độ lan rộng của bệnh. Những rối loạn trong sự mất điều hòa miễn dịch giống với ung thư, và đáp ứng rất tốt với hóa trị bằng vinblastine và prednisone
Hình 11.1.6: Lồi mắt trong bệnh mô bào Nguồn ảnh: Purna Kulkare, Mumbai		

Bệnh bạch cầu - Hang nấm ở phổi

	Bé trai 4 tuổi với bệnh bạch cầu cấp dòng lympho, đã hoàn tất hóa trị, và xuất hiện ho, ran ngày, hạ huyết áp. X-quang ngực cho thấy hình ảnh tổn thương dạng hang phía trên phổi trái, được xác định lại trên CT.	Điều trị 6 tuần với voriconazole làm cho tổn thương hang hồi phục hoàn toàn
Hình 11.1.7A và B: Hang nấm ở phổi Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal		

Bệnh bạch cầu - Thủy đậu trên bệnh nhân Bạch cầu cấp dòng lympho (ALL)

	Thủy đậu lan rộng trên bệnh nhi suy giảm miễn dịch do quá trình điều trị bệnh bạch cầu cấp dòng lympho	Điều trị ngay với acyclovir đường tĩnh mạch ngay khi khởi phát bệnh giúp giảm mức độ tổn thương của thủy đậu và giảm nguy cơ lây bệnh.
Hình 11.1.8: Thủy đậu trên bệnh nhân ALL Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal		

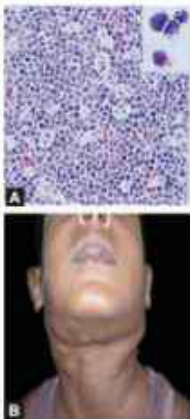
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình ảnh 11.1.9: Nấm lan rộng trong quá trình hóa trị bệnh bạch cầu Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Mumbai	Nhiễm Candida trong khoang miệng thường gặp ở bệnh nhân bệnh bạch cầu. Yếu tố nguy cơ nhiễm nấm là đã nhiễm nấm/có nấm thường trú trước đây, giai đoạn suy giảm miễn dịch và suy cơ quan.	Dự phòng Candida vùng miệng bằng cách sử dụng clotrimazole dự phòng hàng ngày.

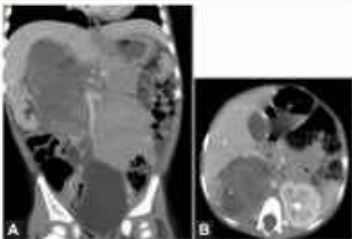
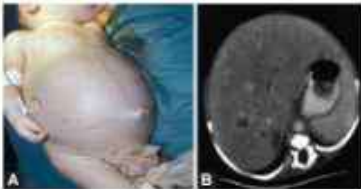
Bệnh bạch cầu - Phi đại nướu răng trên bệnh Bạch cầu cấp dòng tủy M4

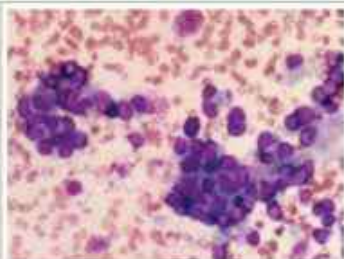
 Hình ảnh 11.1.10: Phi đại nướu răng trên AML M4 Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 12 tuổi biểu hiện sưng đau và chảy máu nướu răng trong vòng 3 tuần. Công thức máu cho thấy Hb = 8 g/dl, Bạch cầu = 56.000/mm³, Tiểu cầu = 48.000/mm³. Kết quả tủy đồ bạch cầu cấp dòng tủy nhóm M4	Hóa trị liệu cảm ứng kèm theo hóa trị tăng cường sau mỗi 3 đến 5 chu kỳ.
---	--	---

Bệnh bạch cầu - Viêm da hoại thư ở trẻ em kèm Viêm phổi

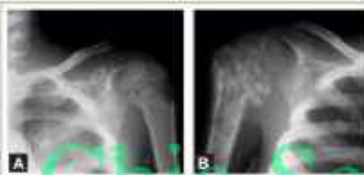
 Hình ảnh 11.1.11A đến D: Viêm da hoại thư ở trẻ em kèm Viêm phổi Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 6 tuổi mắc bệnh bạch cầu cấp dòng lympho, trong quá trình hóa trị cảm ứng xuất hiện những tổn thương hoại thư ở mu bàn tay sau đó lan đến mặt và khẩu cái cứng. X-quang ngực cho thấy hình ảnh viêm phổi phải	Kháng sinh tấn công với phổ kháng pseudomonas đặc hiệu và cắt lọc mô hoại tử sau khi sự giảm bạch cầu trung tính được phục hồi.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lymphoma - Lymphoma Burkitt		
 Hình 11.1.12A và B: Lymphoma Burkitt Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Sumeet Gujral, Mumbai	Một bé trai 7 tuổi biểu hiện sưng nề vùng má phải trong vòng 2 tháng. Sinh thiết kết quả Lymphoma Burkitt	Làm tủy đồ, sinh thiết tủy và chọc dò tủy sống cần thiết để đánh giá giai đoạn. Hóa trị liều cao thời gian ngắn kết hợp với chăm sóc nâng đỡ tốt mang lại khả năng sống còn cao.
Lymphoma - Hạch cổ trên Lymphoma Hodgkin		
 Hình 11.1.13: Hạch cổ trên Lymphoma Hodgkin Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Mumbai	Hạch lympho to vùng cổ, tiến triển chậm từ 4 đến 6 tháng, không có triệu chứng toàn thân như sốt hay sụt cân. Sinh thiết cho kết quả Lymphoma Hodgkin.	CT scan vùng cổ, ngực, bụng chậu cùng với sinh thiết tủy để chẩn đoán giai đoạn. Điều trị bằng hóa trị có hoặc không kèm theo xạ trị tùy thuộc vào giai đoạn.
Lymphoma - Lymphoma thể nguyên bào lympho		
 Hình 11.1.14A và B: Lymphoma thể nguyên bào lympho Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manijal Sumeet Gujral, Mumbai	Một bé trai 5 tuổi có sưng to nhiều hạch, kèm sốt và sụt cân. Chẩn đoán phân biệt gồm bệnh bạch cầu và lymphoma. Sinh thiết cho kết quả lymphoma dạng nguyên bào lympho.	Làm tủy đồ để xác định có kèm theo tủy xương hay không, nếu có, điều trị như bệnh bạch cầu cấp dòng lympho.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
U nguyên bào thần kinh - Thương thận - CT Scan		
 Hình 11.1.15A và B: CT scan bệnh nhân u nguyên bào thần kinh tuyến thượng thận phải Nguồn ảnh: Anapurna S Borker, Manipal	Một bé trai 2 tuổi biểu hiện kích thích, biếng ăn, xanh xao và chướng bụng. CT scan cho thấy khối u lớn phía trên thận phải và bất màu trên xạ hình thượng thận. Sinh thiết xác định là u nguyên bào thần kinh. VMA nước tiểu tăng cao. Chưa thấy kèm theo xương và tủy xương trên xạ hình. Phát hiện nhân đoạn gen N-myc bằng kỹ thuật FISH qua mẫu sinh thiết paraffin trước khi điều trị rất quan trọng để phân tầng nguy cơ đo nó quyết định quy trình điều trị.	Đa hóa trị liệu trong 4 chu kỳ với cyclophosphamide, doxorubicin, cisplatin và etoposide, sau đó đánh giá đáp ứng và phẫu thuật cắt trọn khối u cùng với hạch lympho để lấy mẫu; điều này quan trọng đối với quá trình xử trí chung.
U nguyên bào thần kinh - Lỗi mắt khi chẩn đoán và sau khi điều trị		
 Hình 11.1.16A và B: Lỗi mắt trong u nguyên bào thần kinh; trong khi chẩn đoán và sau khi bắt đầu điều trị Nguồn ảnh: Purna Kulkare, Mumbai	Lỗi mắt thứ phát do lắng đọng sau ổ mắt thường gặp trên bệnh u nguyên bào thần kinh	Bắt đầu hóa trị sau khi sinh thiết và xác định giai đoạn giúp điều trị lỗi mắt hoàn toàn.
U nguyên bào thần kinh giai đoạn IVs		
 Hình 11.1.17A và B: U nguyên bào thần kinh giai đoạn IVs Nguồn ảnh: Purna Kulkare, Mumbai	Gan to không lồ do di căn trên u nguyên bào thần kinh ở trẻ sơ sinh. Đây là giai đoạn IVs. Nếu không có sự nhân đoạn gen N-myc, nó rơi vào trường hợp nguy cơ thấp bởi vì độ tuổi thuận lợi và tiên lượng rất tốt.	Hóa trị tối thiểu với cyclophosphamide đường uống và adriamycin hoặc vincristine đường tĩnh mạch là đủ.

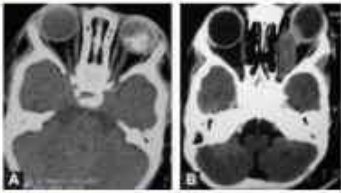
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
U nguyên bào thần kinh - Thâm nhiễm tủy xương		
 Hình 11.1.18: Tủy xương thâm nhiễm tế bào ung thư Nguồn ảnh: Sumet Gajral, Mumbai	Tủy xương thâm nhiễm tế bào bất thường hình hoa hồng ở bệnh nhân u nguyên bào thần kinh.	Xử trí u nguyên bào thần kinh giai đoạn IV bằng hóa trị có đáp ứng sớm và tốt, cần duy trì hóa trị liều cao cùng với phục hồi tế bào gốc.

U nguyên bào thần kinh - Di căn xương

 Hình 11.1.19A và B: Di căn xương trong u nguyên bào thần kinh Nguồn ảnh: Purva Kurkure, Mumbai	Xương và tủy xương là những vị trí di căn thường gặp của u nguyên bào thần kinh. X quang cho thấy hình ảnh di căn xương cánh tay.	Bắt đầu hóa trị được khuyến cáo sau khi chẩn đoán và xác định giai đoạn. Xạ trị tại chỗ được khuyến cáo trên tổn thương xương gây đau kèm theo sử dụng biphosphonate.
--	--	--

U nguyên bào thần kinh - U nguyên bào thần kinh vùng chậu

 Hình 11.1.20: U nguyên bào thần kinh vùng chậu Nguồn ảnh: Purva Kurkure, Mumbai	Khối u với hóa vùng chậu. Sinh thiết xác định u nguyên bào thần kinh.	Nếu chưa di căn, phẫu thuật kèm theo hóa trị sau đó.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Sarcoma xương đầu dưới xương đùi trái		
 Hình 11.1.21A và B: Sarcoma xương đầu dưới xương đùi trái Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Mumbai	Một bé trai 12 tuổi với triệu chứng sưng to nhanh chân trái trong thời gian 3 tháng. X-quang cho thấy hình ảnh “ánh mặt trời” điển hình của đầu dưới xương đùi trái với sự ăn mòn xương bên dưới.	Chuẩn bị kỹ để sinh thiết xác định bản chất mô học nên được thực hiện trước khi tiến hành tầm soát di căn xa bằng CT scan ngực và xạ hình xương. Hóa trị tiền phẫu giúp giảm thể tích khối u đồng thời kiểm soát sự di căn tiềm tàng, sau đó tiến hành phẫu thuật kèm hóa trị tăng cường.
Sarcoma xương đầu trên xương cánh tay		
 Hình 11.1.22A và B: Sarcoma xương đầu trên xương cánh tay Nguồn ảnh: Anapama S Borker, Manipal	Một bé gái 12 tuổi với khối sưng đau vùng vai trái 4 tháng nay. X-quang cho thấy sự tạo xương mới tại xương và xung quanh đầu xương cánh tay. Sinh thiết xác định sarcoma xương. CT scan ngực cho thấy nhiều ổ di căn phổi.	Hóa trị 4 chu kỳ, sau đó kiểm tra để đánh giá đáp ứng của khối u nguyên phát và sự di căn phổi.
U nguyên bào vồng mạc trên CT scan		
 Hình 11.1.23A và B: U nguyên bào vồng mạc trên CT scan Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Mumbai	CT scan cho thấy tổn thương u nguyên bào vồng mạc trong và sau nhân cầu.	Đối với những tổn thương tại nhân cầu, hóa trị cho phép bảo tồn thị lực của bệnh nhân. Đối với những tổn thương lan rộng, khoét bỏ nhân cầu kèm theo xạ trị và hóa trị có thể kiểm soát bệnh và duy trì sự sống.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Đặt mắt giả trong u nguyên bào vồng mạc		
 Hình 11.1.24A và B: Đặt mắt giả trong u nguyên bào vồng mạc Nguồn ảnh: Sajid Qureshi, Mumbai	Bệnh nhi với chẩn đoán u nguyên bào vồng mạc mắt phải và một năm sau khi đặt mắt giả.	Đặt mắt giả đa dạng và có thể nổi tự do, gắn vào cơ hay gắn bằng chốt.

U nguyên bào vồng mạc - Giai đoạn muộn

 Hình 11.1.25A và B: U nguyên bào vồng mạc giai đoạn muộn Nguồn ảnh: Sajid Qureshi, Mumbai	Mất thị lực và tăng sinh lông ra ngoài ở mắt đánh dấu giai đoạn muộn của u nguyên bào vồng mạc	Hóa trị giúp làm nhỏ khối u nhưng thời gian sống còn ngắn và tiên lượng dè dặt.
---	---	--

U nguyên bào vồng mạc - Giai đoạn sớm

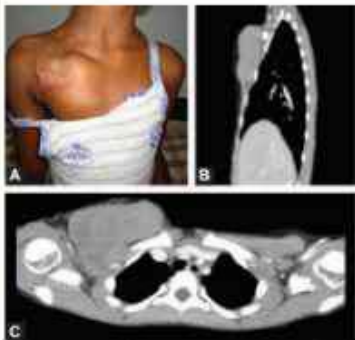
 Hình 11.1.26A và B: U nguyên bào vồng mạc giai đoạn sớm Nguồn ảnh: Sajid Qureshi, Mumbai	Đồng tử phản chiếu lại màu trắng là dấu hiệu thường gặp nhất của u nguyên bào vồng mạc ở giai đoạn sớm	Hóa trị kèm theo những liệu pháp tại chỗ để loại trừ bệnh tại chỗ giúp bảo tồn thị lực và có tiên lượng tốt.
---	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
U nguyên bào vồng mạc - Hội chứng hậu khoét nhãn cầu		
 Hình 11.1.27: U nguyên bào vồng mạc - Hội chứng hậu khoét nhãn cầu Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Mumbai	Khoét bỏ nhãn cầu được đề nghị trong u nguyên bào vồng mạc khi mà bệnh lan rộng và không còn thị lực. Khoét bỏ nhãn cầu mà không kèm theo lấp mắt giả thẩm mỹ, kết quả là hốc mắt kèm tăng sinh và khuôn mặt mất cân đối.	Nên đặt mắt giả để ngăn ngừa biến chứng đó.

Sarcoma cơ vân sau nhiều nỗ lực phẫu thuật

 Hình 11.1.28: Sarcoma cơ vân sau nhiều nỗ lực phẫu thuật Nguồn ảnh: Anapama S Borker, Manipal	Một bé trai 14 tuổi sưng đau cánh tay phải, sinh thiết kết quả sarcoma cơ vân thể nang. Cậu bé được điều trị hóa trị 4 chu kỳ và nhiều phẫu thuật sau đó.	Hóa trị không để kháng chéo và xạ trị giảm đau.
--	--	--

Sarcoma cơ vân thành ngực

 Hình 11.1.29A đến C: Sarcoma cơ vân thể hang ở thành ngực Nguồn ảnh: Anapama S Borker, Manipal	Một bé gái 12 tuổi với khối sưng thành ngực trước bên phải đã được cắt bỏ và tái phát trong vòng 4 tuần. Kết quả sinh thiết sau phẫu thuật là sarcoma cơ vân thể nang. CT scan cho thấy khối u kích thước 9x7 cm phát triển từ cơ ngực lớn và bao phủ các mạch máu dưới đòn phải.	Hóa trị trong vòng 9 đến 12 tuần, sau đó đánh giá đáp ứng, phẫu thuật và/hoặc xạ trị, xa hơn nữa là hóa trị cùng cò. Tiên lượng dựa vào mức độ xâm phạm của phẫu thuật lần trước và phân độ mô bệnh học.
---	--	---

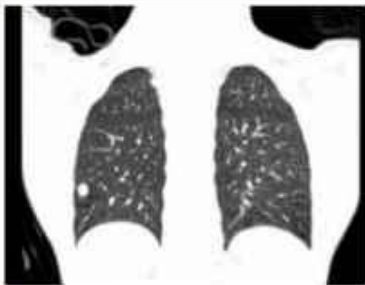
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Sarcoma cơ vân vùng mang tai bên trái		
 Hình 11.1.30: Sarcoma cơ vân vùng mang tai bên trái Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 3 tuổi với khối sưng không đau vùng mang tai bên trái trong vòng 4 tuần. CT scan cho thấy khối u phát triển từ vùng mang tai bên trái kèm theo phá hủy xương hàm dưới. Kết quả sinh thiết là sarcoma cơ vân thể phổi. Kiểm tra di căn xa bằng CT ngực, xạ hình xương và sinh thiết tủy cho thấy đã di căn phổi và xương.	Hóa trị trong vòng 9 đến 12 tuần trước khi xạ trị toàn bộ những vị trí ung thư. Mục đích của điều trị là hỗ trợ chứ không điều trị khỏi bệnh. Bác sĩ ung thư và nhân viên chăm sóc hỗ trợ cần bàn bạc với gia đình trước khi tiến hành điều trị.

Sarcoma cơ vân vùng tai giữa biểu hiện liệt mặt

 Hình 11.1.31: Liệt mặt là biểu hiện của sarcoma cơ vân tai giữa Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 5 tuổi biểu hiện liệt thần kinh vận động phía dưới mặt bên phải sau khi đau tai phải trong 1 tuần. CT scan cho thấy khối u ở tai giữa xâm lấn đến xoang chũm. Sinh thiết xác định sarcoma cơ vân thể phổi. Đây là sarcoma cơ vân thể phổi cạnh màng não.	Kiểm tra di căn với CT scan ngực, xạ hình xương, sinh thiết tủy xương và chọc dò tủy sống. Hóa trị trước và bắt đầu xạ trị sớm (lý tưởng là ngày 1), sau đó hóa trị củng cố. Tiên lượng phụ thuộc và kết quả dịch não tủy.
---	--	---

Sarcoma cơ vân - Xạ hình xương cho thấy di căn xương đa ổ

 Hình 11.1.32: Xạ hình xương cho thấy di căn xương đa ổ trong sarcoma cơ vân Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Nhìn từ sau cho thấy tăng bắt giữ chất chỉ thị phóng xạ ở khớp cùng chậu phải, đầu xa xương đùi trái và đầu gần xương chày trái.	Hóa trị toàn thân cùng với xạ trị đối với xương di căn đau.
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Sarcoma cơ vân - Di căn phổi		
	Tổn thương di căn từ sarcoma cơ vân tại giữa. Di căn phổi ở khối u rắn thường vị trí dưới màng phổi.	Di căn phổi đơn độc đáp ứng tốt với hóa trị.
Hình 11.1.33: Di căn phổi trong sarcoma cơ vân. Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal		

Sarcoma cơ vân - Hốc mắt

	Khối u thịt chắc lồi ra từ mí dưới, tiến triển nhanh trong vòng 3 tuần. Không có triệu chứng thực thể. Khối sưng hơi mềm trên nền da hồng ban. Sinh thiết xác định sarcoma cơ vân thể hang.	Đánh giá giai đoạn bằng CT ngực, xạ hình xương và sinh thiết tủy xương xác định mức độ lan rộng. Điều trị bằng hóa trị tiền phẫu, đánh giá đáp ứng và phẫu thuật và/hoặc xạ trị tại chỗ. Sau cùng là hóa trị củng cố.
Hình 11.1.34: Sarcoma cơ vân hốc mắt Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal		

Sarcoma cơ vân âm đạo dạng chùm

	Một bé gái 8 tháng tuổi với tổn thương dạng chùm nhỏ điển hình ở miệng âm đạo. Sinh thiết xác định sarcoma cơ vân dạng chùm.	Đánh giá giai đoạn bằng CT scan ngực bụng, xạ hình xương, tủy đồ và sinh thiết tủy. Hóa trị giúp làm teo khối u và cho phép phẫu thuật sau vài chu kỳ với tiên lượng tốt.
Hình 11.1.35: Sarcoma cơ vân âm đạo dạng chùm Nguồn ảnh: Purna Kurkure, Mumbai		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
U quái vùng cùng-cụt  Hình 11.1.36: U quái vùng cùng-cụt ở trẻ nhỏ. Nguồn ảnh: Anupama S Borket, Manipal	Một em bé 3 tháng tuổi nhập viện với khối sưng vùng mông phát triển từ sau khi sinh. CT scan xác định u quái vùng cùng-cụt - type I với AFP và beta-hCG bình thường.	Phẫu thuật cắt toàn bộ khối u và theo dõi sát hậu phẫu.

Phương pháp trị liệu - Catheter Hickman đối với bệnh bạch cầu

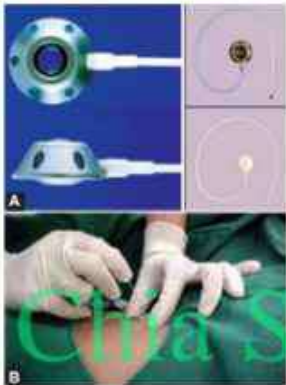
 Hình 11.1.37: Catheter Hickman điều trị bệnh bạch cầu. Nguồn ảnh: Anupama S Borket, Manipal	Một bệnh nhân 6 tuổi mắc bệnh bạch cầu cấp dòng tủy được đặt catheter Hickman để can thiệp tĩnh mạch để dùng và lâu dài.	Catheter Hickman và Broviac là các biện pháp can thiệp tĩnh mạch lâu dài được sử dụng trên bệnh nhân ung thư nhằm duy trì việc tiếp cận tĩnh mạch để lấy mẫu và sử dụng thuốc đường tĩnh mạch.
---	---	---

Phương pháp trị liệu - Loét hoại tử do Vincristine thoát mạch.

 Hình 11.1.38: Loét hoại tử do Vincristine thoát mạch. Nguồn ảnh: Purna Kulkure, Mumbai	Một số hóa chất nhất định như vincristine, daunorubicin và doxorubicin có khả năng làm rộp da và gây ra loét và hoại tử mô nặng nề nếu thoát ra khỏi lòng mạch.	Xử trí vincristine thoát mạch: ngưng truyền tĩnh mạch ngay lập tức, hút thuốc ra khỏi vị trí thoát mạch càng nhiều càng tốt, nâng cao tay bị thoát mạch, đắp gạc ẩm trong 1 giờ, bôi kem hydrocortisone 1% 2 lần/ngày, hội chẩn phẫu thuật sớm đối với hoại tử lan rộng.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Nữ trí
Phương pháp trị liệu - Đặt catheter trung tâm từ ngoại biên		
 Hình 11.1.39A và B: Đặt catheter trung tâm từ ngoại biên Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Đặt catheter trung tâm từ ngoại biên với thiết bị tiêm truyền.	Đặt catheter trung tâm từ ngoại biên để thực hiện hơn và ít tốn kém. Nó giúp tiếp cận tĩnh mạch đang tin cậy và trong thời gian dài mà không có nguy cơ thoát mạch và viêm tĩnh mạch huyết khối.

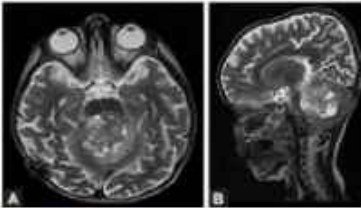
Phương pháp trị liệu - Buồng tiêm tĩnh mạch dưới da (Port-a-Cath)

 Hình 11.1.46A và B: Port-a-Cath Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Buồng tiêm tĩnh mạch dưới da (Port-a-Cath): biện pháp can thiệp tĩnh mạch cây dưới da lâu dài dùng cho hóa trị.	Buồng tiêm tĩnh mạch dưới da hữu ích ở bệnh nhân với khối u rắn để sử dụng thuốc hóa trị đường tĩnh mạch. Chúng không cần phải vệ sinh thường xuyên và có thể sử dụng tại nhà.
---	---	--

U Wilms

 Hình 11.1.41: U Wilms Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé trai 2 tuổi với triệu chứng căng chướng bụng không đau. CT scan cho thấy khối u to phát triển từ cực trên thận phải. Sinh thiết dưới hướng dẫn của CT xác định là u Wilms. Xquang ngực và CT scan bình thường xác định bệnh chưa di căn.	Hóa trị tiền phẫu trong 6 tuần với vincristine và actinomycin D kết quả đáp ứng nhanh và cho phép phẫu thuật cắt thận thành công, ngăn ngừa biến chứng vô thần. Sau đó hóa trị củng cố. Sự cần thiết xạ trị phụ thuộc vào giai đoạn của kết quả giải phẫu bệnh.
---	---	---

11.2 BỆNH KHÔNG THƯỜNG GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM

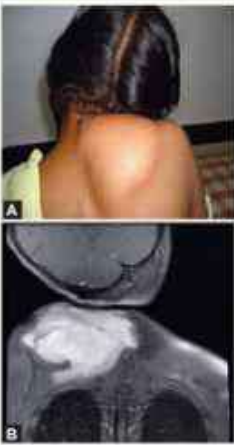
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 11.2.1A và B: U quái dạng cơ vân không điển hình ở não Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé trai 2 tuổi với triệu chứng đi đứng loạng choạng và yếu tiến triển trong vòng 1 tháng. Bệnh nhân có thất điều thân, giảm trương lực và rung giật nhãn cầu. MRI cho thấy khối tăng đậm độ to trên đường giữa trong hồ so sau.	Phẫu thuật cắt trọn khối u được thực hiện. Giải phẫu bệnh kết quả u quái dạng cơ vân không điển hình. Đây là một khối u hiếm và tiên lượng tử vong. Hóa trị liệu cao kèm theo xạ trị đã cải thiện khả năng sống sót trong thập kỷ qua.

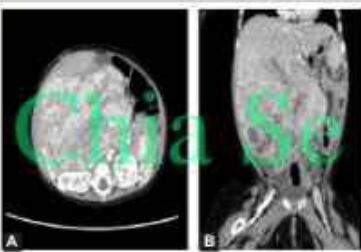
Sarcoma sợi bầm sinh ở bàn chân

 Hình 11.2.2A và B: Sarcoma sợi bầm sinh ở bàn chân Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một em bé 28 ngày tuổi với khối sưng không đau ở bàn chân trái phát hiện từ ngày thứ 8 và lớn dần, ngoài ra không có triệu chứng toàn thân khác. MRI cho thấy khối u mô mềm xuất phát từ cơ lớp sâu của mặt gập bàn chân. Sinh thiết xác định là sarcoma sợi bầm sinh.	Hóa trị với vincristine và actinomycin D trong 12 tuần làm cho thuyên giảm hoàn toàn và theo sau là hóa trị thêm 8 tuần mà không cần phẫu thuật.
--	---	---

Dị dạng bạch mạch dạng nang

 Hình 11.2.3: Dị dạng bạch mạch dạng nang Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé trai 11 tháng tuổi với một khối sưng mềm ở phía trên ngực từ lúc sinh. Khối sưng mềm, không đau và soi đèn xuyên qua.	Phẫu thuật cắt khối u được tiến hành. Giải phẫu bệnh xác định là dị dạng bạch mạch dạng nang.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
U xơ cứng		
 Hình 11.2.4A và B: U xơ cứng Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 12 tuổi với khối u cứng chắc từ đường giữa lưng đến xương bả vai bên phải, phát triển chậm trong 6 tháng	Sinh thiết và chụp MRI. Phẫu thuật cắt khối u nếu khả thi với giới hạn rộng.

U nguyên bào gan		
 Hình 11.2.5A và B: U nguyên bào gan Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 10 tháng tuổi nhập viện vì căng cứng bụng không đau trong vòng 4 tháng kèm theo chậm lớn. CT scan cho thấy khối u to phát triển từ gan. Nồng độ AFP là 36000 ng/ml. Sinh thiết gan kết quả là u nguyên bào gan thể hỗn hợp.	Hóa trị tiền phẫu với cisplastin và doxorubicin, hoặc cisplastin, vincristine và % FU làm cho khối u nhỏ lại cho phép phẫu thuật cắt u.

Bệnh bạch cầu thâm nhiễm da		
 Hình 11.2.6: Bệnh bạch cầu thâm nhiễm da Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 4 tuổi với hồng ban sưng phù không đau ở trước tai trái, kéo dài trong 5 tuần. Sinh thiết hạch lympho trên cổ trái cho kết quả lymphoma thể nguyên bào lympho. Tủy đồ cho thấy có ảnh hưởng đến tủy với 32% blast.	Bắt đầu hóa trị dựa theo phác đồ bạch cầu cấp dòng lympho cho kết quả làm mất thương tổn trong vòng 1 tuần.

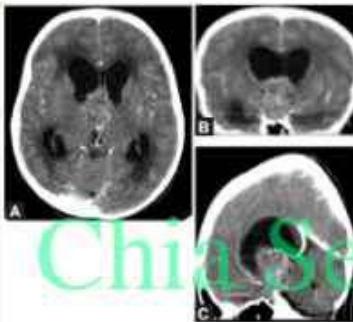
Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Bệnh bạch cầu - Tổn thương xương trong bạch cầu cấp dòng lympho		
 Hình 11.2.7A và B: Tổn thương xương trong ALL. Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 13 tháng tuổi sưng đau vùng thái dương trái trong 4 tuần, với triệu chứng toàn thân biếng ăn, yếu và sụt cân.	CT scan cho thấy tổn thương thâm nhiễm tiến triển từ xương thái dương mà không làm thủng màng cứng bên dưới. Sinh thiết cho kết quả thâm nhiễm nguyên bào lympho. Tủy đồ cho thấy tủy xương bị thay thế bởi nguyên bào lympho xác định chẩn đoán bạch cầu cấp dòng lympho.
Bệnh bạch cầu - U lỵ (sarcoma tủy)		
 Hình 11.2.8: U lỵ. Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Khối sưng to tiến triển nhanh vùng mắt trái trong 3 tuần, thị lực được bảo tồn cho đến 1 tuần trước khi có triệu chứng. Không có triệu chứng toàn thân.	CT scan cho thấy khối u ngoài mắt phát triển từ mí mắt không xâm phạm nhãn cầu. Sinh thiết cho kết quả u tế bào dòng tủy ngoại tủy (u lỵ). Tủy đồ và sinh thiết tủy không cho thấy bằng chứng bệnh bạch cầu. Điều trị giống như bệnh bạch cầu cấp dòng tủy.
Lymphoma - Nốt dưới da trong lymphoma tế bào lớn không biệt hóa		
 Hình 11.2.9: Nốt dưới da trong lymphoma tế bào lớn không biệt hóa. Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 15 tuổi với nhiều nốt sưng đau khắp lưng, cánh tay và đùi trong vòng 2 tuần với các triệu chứng toàn thân như sốt, chán ăn và sụt cân. CT scan cho thấy nhiều hạch lympho to ở sau phúc mạc và mạch treo ruột. Sinh thiết cho kết quả lymphoma tế bào lớn không biệt hóa.	Đa hóa trị 6 đến 8 chu kỳ qua khoảng dịch não tủy.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lymphoma - Lymphoma tế bào T ở da		
 Hình 11.2.10: Lymphoma tế bào T ở da Nguồn ảnh: Leni Mathew, Vellore	Một bé gái 10 tuổi biểu hiện sốt và nhiều sang thương hồng ban trên da bụng và ngực. Sinh thiết da cho kết quả Lymphoma tế bào T.	Những sang thương tại chỗ có thể điều trị bằng corticosteroid tại chỗ và quang trị liệu, trong khi những liệu pháp toàn thân cần thiết đối với những tổn thương lan tỏa. Bệnh nhân này được điều trị hóa trị 6 chu kỳ với phác đồ CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine và prednisone).
Lymphoma - Lymphoma Amidan		
 Hình 11.2.11A và B: Lymphoma Amidan Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 11 tuổi với bệnh sử nuốt đau trong vòng 2 tuần. Sinh thiết khối u trong hốc amidan trái cho kết quả Lymphoma non-Hodgkin - thể tế bào B lớn. Đánh giá giai đoạn chưa tìm thấy bằng chứng bệnh nơi khác.	Điều trị bằng đa hóa trị trong 6-8 chu kỳ. Trong trường hợp đáp ứng tốt, không cần thiết phải xạ trị.
Sarcoma cơ vân má phải trên bệnh nhân tật đầu nhỏ		
 Hình 11.2.12: Sarcoma cơ vân má phải trên bệnh nhi tật đầu nhỏ Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một em bé 9 tháng tuổi có tật đầu nhỏ kèm theo khối sưng không đau vùng má phải kéo dài trong 4 tháng. Sinh thiết cho kết quả Sarcoma cơ vân thể nang.	Đánh giá giai đoạn trước khi hoá trị tiền phẫu.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 11.2.13: Carcinoma tuyến giáp trên một nam thanh niên Nguồn ảnh: Puena Kurkure, Mumbai	Một bệnh nhân nữ 17 tuổi với khối sưng tại vị trí tuyến giáp trong vòng 4 tháng. Sinh thiết cho kết quả carcinoma tuyến giáp dạng nang.	Cắt tuyến giáp toàn bộ, sau đó xạ hình tuyến giáp với I^{131} sau phẫu thuật để loại trừ sót hay di căn. Nếu bị sót/di căn, điều trị với I^{131} liều cao. Bổ sung thyroxine lâu dài và theo dõi là một phần quan trọng của việc điều trị.

11.3 CẤP CỨU UNG THƯ

Tăng áp lực nội sọ cấp

 Hình 11.3.1A đến C: Tăng áp lực nội sọ cấp Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé trai 13 tuổi với triệu chứng liệt nửa người phải, sụp mí phải và song thị trong vòng 2 ngày kèm theo bệnh sử ăn nhiều, tiểu nhiều và tiểu dầm trong 3 tháng nay. CT scan cho thấy một khối u ở trên yên và tại hố yên với vôi hóa và hoại tử kèm theo tràn dịch ổ não thất mức độ vừa và tăng sáng quanh não thất.	Cắt khối u cấp cứu kèm theo đặt shunt não thất-ổ bụng. Giải phẫu bệnh cho kết quả u tế bào mầm hỗn hợp. Xa trị trước kèm theo hóa trị cho kết quả tốt.
---	--	---

Tràn dịch màng phổi lượng nhiều

 Hình 11.3.2: Tràn dịch màng phổi lượng nhiều Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal	Một bé gái 13 tuổi có triệu chứng đau ngực trái và ho trong 4 ngày. Chọc dò dịch màng phổi cấp cứu cho kết quả tế bào ác tính. CT scan cho thấy tràn dịch màng phổi lượng nhiều kèm theo khối u tại màng phổi, sinh thiết xác định là sarcoma cơ vân.	Hóa trị 4-6 chu kỳ với vincristine, cyclophosphamide, doxorubicin thay thế bằng ifosfamide và etoposide sau đó đánh giá lại đáp ứng và tiếp theo là điều trị tại chỗ.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Bệnh bạch bạch huyết trung thất		
	Khối u trung thất trên một bé trai 11 tuổi có triệu chứng ho và khó thở trong vòng 4 ngày.	Công thức máu và phết máu ngoại biên kèm theo tủy đồ không kèm giảm đau ở tư thế nửa ngồi để loại trừ bệnh bạch cầu. Sinh thiết khối u trung thất có thể thực hiện nếu chẩn đoán chưa rõ.
Hình 11.3.3: Bệnh bạch bạch huyết trung thất Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal		

11.4 CÁC HỘI CHỨNG

Hội chứng Down - Bạch cầu cấp dòng tủy M7

	Hội chứng Down dẫn đến bệnh bạch cầu - thường gặp bạch cầu cấp dòng tủy M7.	Hóa trị đối với BCC dòng tủy, giảm liều do những bệnh nhân này nhạy cảm với các hóa chất hóa trị.
Hình 11.4.1: A và B: Hội chứng Down - BCC dòng tủy M7 Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal Sumeet Gujral, Mumbai		

U sợi thần kinh type I kèm theo u vô bào thần kinh ngoại biên ác tính

	Một bé trai 10 tuổi với bệnh u sợi thần kinh type I có khối sưng đau vùng lưng phát triển trong 6 tháng. Giải phẫu bệnh của mẫu cắt khối u cho kết quả u vô bào thần kinh ngoại biên ác tính. Khối u tái phát vài tuần sau khi phẫu thuật.	U vô bào thần kinh ngoại biên được điều trị bằng phẫu thuật và xạ trị. Hóa trị có vai trò hạn chế.
Hình 11.4.2: U sợi thần kinh type I kèm theo u vô bào thần kinh ngoại biên ác tính Nguồn ảnh: Anupama S Borker, Manipal		

Phần 12

NỘI TIẾT

Chia Sẻ Ca Lam Sang

- 12.1 Các Bệnh Thường Gặp
- 12.2 Các Bệnh Ít Gặp Nhưng Không Hiếm
- 12.3 Cấp Cứu Nội Tiết
- 12.4 Hội Chứng

NỘI DUNG

12.1 CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP 233

- ♦ Chứng Gai Đen 233
- ♦ Bệnh Addison 233
- ♦ Cơ Quan Sinh Dục Bất Thường, Các Tuyến Sinh Dục có sờ thấy, Hội Chứng Không Nhảy Cầm Androgen 233
- ♦ Cơ Quan Sinh Dục Bất Thường, Phi Đại Âm Vật, Các Tuyến Sinh Dục Không Sờ Thấy 234
- ♦ Cơ Quan Sinh Dục Bất Thường, Khó Xác Định, Đào Lộn Dương Vật Bìu 234
- ♦ Dương Vật Vùi 234
- ♦ Tăng Sản Thượng Thận Bẩm Sinh 235
- ♦ U Sọ Hầu 235
- ♦ Cushing - Hội Chứng Mặc Phải do Điều Trị 235
- ♦ Bệnh Cushing - U Nhỏ Tuyến Yên 236
- ♦ DI - MRI Vắng Mặt Thủy Sau Tuyến Yên trong Bệnh Đái Tháo Nhạt Thể Trung Tâm 236
- ♦ Bệnh Đái Tháo Đường -- Biểu Chứng Vi Mạch Ảnh Hưởng tới Khớp Nhỏ 236
- ♦ Bướu Cổ -- Bệnh Tự Miễn 237
- ♦ Bướu Cổ -- Rối Loạn Tạo Hormon 237
- ♦ Thiếu Hormon Tăng Trưởng 237
- ♦ Chứng Vú To - Hội Chứng Klinefelter 238
- ♦ Chứng Vú To - Dậy Thì 238
- ♦ Phi Đại Nửa Người - Hội Chứng Beckwith-Widemann 238
- ♦ Nhược Giáp - Bẩm Sinh 239
- ♦ Nhược Giáp - Thanh Thiếu Niên 239
- ♦ Tăng Sản Mô do Insulin 239
- ♦ Hội Chứng Mauriac 240
- ♦ Dương Vật Nhỏ 240
- ♦ Mucopolysaccharid 240
- ♦ Béo Phi - Đơn Thuần 241
- ♦ Thước Đo Thể Tích Tinh Hoàn 241
- ♦ PHHI-Chùm Lông Tai 241
- ♦ Dậy Thì Sớm-Thể Trung Tâm với Hamartoma Vùng Dưới Đồi 242
- ♦ Dậy Thì Sớm Già và Tăng Huyết Áp Bé Trai -- CAH 242
- ♦ Toan Hóa Ống Thận (RTA) - Chậm Phát Triển 242
- ♦ Loạn Sản Xương 243
- ♦ Stadiometer và Infantometer 243
- ♦ Chiều Dài Dương Vật Bị Căng - Phương Pháp 243
- ♦ U Vú - Lành Tính 244
- ♦ Bệnh Còi Xương Kháng Vitamin D (VDRR) 244
- ♦ Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007 -- Cân Nặng và Tầm Vóc Bé Trai Ấn Độ 245

- ♦ Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007 -- Cân Nặng và Tầm Vóc Bé Gái Ấn Độ 246
- ♦ Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007 -- BMI Bé Trai Ấn Độ 247
- ♦ Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007 -- BMI Bé Gái Ấn Độ 248

12.2 CÁC BỆNH ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIỂM 249

- ♦ Giảm Sản Thượng Thận Bẩm Sinh 249
- ♦ Hội Chứng Cushing - U Thượng Thận 249
- ♦ Bệnh Graves 249
- ♦ Nhược Tuyến Giáp Gây Co Quắp Bàn Tay Bàn Chân 250
- ♦ Nhược Giáp Gây U Tuyến Yên 250
- ♦ Hội Chứng Langer 250
- ♦ Bệnh Mô Bào Langerhan (LCH) Gây Đái Tháo Nhạt 251
- ♦ Tăng Kích Thước Tinh Hoàn trong Thiếu Năng Sinh Dục 251
- ♦ Tăng Sản Thượng Thận Bẩm Sinh Thể Không Điển Hình (CAH) 251
- ♦ Dậy Thì Sớm Thể Già Ngoại Biên 252
- ♦ Hội Chứng U Bướu Trứng Đa Nang 252
- ♦ U Tiết Prolactin - Biểu Hiện Với Điều Trị Carbergoline 252
- ♦ Dậy Thì Sớm Già Do Suy Giáp 253
- ♦ Nang Giáp Lưỡi 253

12.3 CẤP CỨU NỘI TIẾT 253

- ♦ Tăng Sản Thượng Thận Bẩm Sinh (CAH) Con Khủng Hoảng Mất Muối 253
- ♦ Rối Loạn Phát Triển Giới Tính (DSD) 254
- ♦ Hạ Đường Huyết Dại Dàng Do Tăng Insulin Máu Trẻ Sơ Sinh 254

12.4 HỘI CHỨNG 254

- ♦ Lùn Laron - Hội Chứng Không Nhảy Cầm Hormon Tăng Trưởng 254
- ♦ Hội Chứng Lawrence - Moon - Biedl (LMB) 255
- ♦ Hội Chứng McCune - Albright 255
- ♦ Hội Chứng Noonan 255
- ♦ Hội Chứng Prader - Willi 256
- ♦ Hội Chứng Russell - Silver 256
- ♦ Khiếm Khuyết Gen SHOX 256
- ♦ Hội Chứng Turner 257

12.1 CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Chứng Gai Đen	Béo phì dẫn tới vô số ảnh hưởng thứ phát như kháng insulin thấy ở đây là chứng gai đen. Đây là một tiên tri của bệnh đái tháo đường typ 2 mà ngày càng gặp ở người trẻ. Rối loạn lipid máu thường phối hợp với kháng insulin.	Không có điều trị đặc hiệu chứng gai đen. Giảm cân sẽ giảm kháng insulin do đó giảm chứng gai đen. Kháng insulin cần được đánh giá qua đường huyết lúc đói và các giá trị insulin. Chỉ số HOMA được tính bằng $(\text{Glucose mg} \times \text{insulin iu/ml}) / 405$. Nếu HOMA lớn hơn 2.5 và nhỏ hơn hoặc bằng 4.5 sau tuổi dậy thì, chỉ định Metformin.

Bệnh Addison

 Hình 12.1.2: Bệnh Addison—Chăm đen ở lưỡi và môi	Suy tuyến thượng thận có thể do các nguyên nhân bẩm sinh và mắc phải khác nhau. Các nguyên nhân mắc phải như bệnh thượng thận tự miễn, riêng biệt hoặc 1 phần của bệnh đa tuyến nội tiết, lao, loạn dưỡng não chất trắng thượng thận, hội chứng AAA. Giảm sản thượng thận bẩm sinh tạo ra bởi nhiều khuyết tật di truyền như DAX1 thường kèm theo thiếu năng sinh dục.	Bệnh Addison có thể biểu hiện giống cơn Addison như là một cấp cứu y khoa. Xử trí cơn cấp tính có hạ đường huyết, hạ natri máu và tăng kali máu bằng hydrocortisol tĩnh mạch liều 2.5 mg/kg trong 6 đến 8 h, duy trì bằng hydrocortisone và fludrocortisone đường uống ở liều 10 đến 15 mg/m² trên 1 ngày.
---	---	--

Cơ Quan Sinh Dục Bất Thường, Các Tuyến Sinh Dục Có Sờ Thấy, Hội Chứng Không Nhạy Cảm Androgen

 Hình 12.1.3: Cơ quan sinh dục bất thường, hội chứng không nhạy với androgen	Cơ quan sinh dục bất thường nơi các tuyến sinh dục có thể sờ thấy gặp trong phân loại rối loạn phát triển giới tính 46 XY; thường có rối loạn tổng hợp hoặc hoạt động của testosterone như trong chứng không nhạy với androgen.	Điều trị dựa vào nguyên nhân. Đáp ứng với liệu pháp androgen trong 1 số tuần đầu hỗ trợ việc xác định giới tính. Khi không nhạy cảm 1 phần với androgen và thiếu 5 alpha reductase thì đáp ứng với điều trị theo mức tăng trưởng của dương vật.
---	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Cơ Quan Sinh Dục Bất Thường, Phì Đại Âm Vật - Các Tuyến Sinh Dục Không Sở Thấy		
 Hình 12.1.4: Phì đại âm vật không sở thấy các tuyến sinh dục.	Cơ quan sinh dục bất thường quan sát được âm vật phì đại nhưng không sở thấy các tuyến sinh dục hay gặp trong rối loạn phát triển giới tính 46 XX. Tăng sản thượng thận bẩm sinh là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh này.	Cơ quan sinh dục bất thường là một cấp cứu tâm lý trẻ em. Luôn luôn kết hợp đa ngành trong xử trí. Với bệnh nhân rối loạn phát triển giới tính nên được điều trị tại trung tâm nơi có đội ngũ bác sĩ được đào tạo để chăm sóc những trường hợp như vậy.

Cơ Quan Sinh Dục Bất Thường— Khó Xác Định— Đảo Lộn Dương Vật Bù

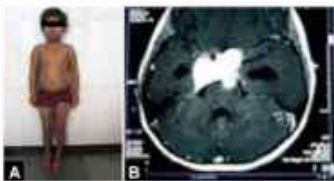
 Hình 12.1.5: Cơ Quan Sinh Dục Ngoài Bất Thường, đảo lộn dương vật bù.	Cơ quan sinh dục ngoài bất thường thỉnh thoảng có thể rất khó xác định. Như trong trường hợp này có sự đảo lộn dương vật bù. Những dị dạng nghiêm trọng như vậy thường kèm theo nhiều bất thường của hệ cơ quan khác.	Dị dạng nghiêm trọng như vậy không phải lúc nào cũng chịu tác động điều trị nội và ngoại khoa. Trong những trường hợp nghiêm trọng thường kèm theo nhiều bất thường nguy hiểm hệ cơ quan khác và chăm sóc sức khỏe tinh thần là điều cần thiết.
---	--	--

Dương Vật Vùi

 Hình 12.1.6: Dương Vật Vùi	Dương vật bị vùi sâu vào bên trong là một phát triển bình thường khi nó bị che lấp bởi mô mỡ vùng trên mu. Đó thường là hậu quả béo phì hoặc hiếm hơn có thể do bẩm sinh hoặc biến chứng sau cắt bao quy đầu.	Điều trị béo phì với thay đổi chế độ ăn và bài tập thể chất là cần thiết. Phẫu thuật chỉnh sửa rất hiếm khi được chỉ định cho lý do thẩm mỹ hoặc nếu có một chức năng bất thường chảy sệ.
---	--	--

Hình Ảnh	Lưu Ý	Xử Trị
Tăng Sản Thượng Thận Bẩm Sinh  Hình 12.1.7 Tăng sản thượng thận bẩm sinh. Nấm vú, rốn, cơ quan sinh dục sẫm màu, chậm phát triển.	Đây là nguyên nhân phổ biến nhất của 46 XX DSD. Trẻ nữ bị bệnh thường phát hiện dễ dàng vì cơ quan sinh dục bất thường khi sinh. Trẻ nam thường bỏ sót chẩn đoán trong những năm đầu và có thể biểu hiện dậy thì sớm. Sự thiếu hụt muối nhiều biểu hiện thành cơn Addison do hạ Na, tăng K và hạ đường huyết, chậm phát triển. Thiếu 21 Hydroxylase là nguyên nhân thường gặp nhất.	Bù Hydrocortisone bằng đường uống ở liều 10 đến 15mg/m²/ ngày chia làm 3 lần. Khi thiếu hụt muối nhiều, fludrocortisones được thêm vào với liều 100 mg/m²/ngày như liều hàng ngày. Lượng fluhydrocortisol cao hơn trong những năm đầu cuộc sống.

U Sọ Hầu

 Hình 12.1.8A và B: (A) U sọ hầu ở nữ 14 tuổi ; (B) U sọ hầu	U sọ hầu chiếm khoảng 10% các u não gặp ở trẻ em. Nó thường có cấu trúc dạng nang đặc. Có một biến đổi quan trọng gồm các bệnh lý của hormon. Trong đó bệnh thiếu hormon tăng trưởng, thiếu TSH, ACTH và DI là những bệnh thường gặp.	Vẫn còn tranh cãi vai trò tương đối của xạ trị và phẫu thuật. Hormon thay thế trước và sau phẫu thuật là quan trọng trong xử trí. Đãi tháo nhất sau phẫu thuật nên được tiên lượng và có thể được thử thách.
--	--	---

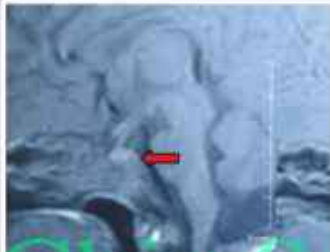
Chia Se Ca Lam Sang

Cushing - Hội Chứng Mặc Phải do Điều Trị

 Hình 12.1.9: Hội chứng Cushing mắc phải trong điều trị	Sử dụng corticosteroids cho các bệnh như HCTH hoặc viêm khớp mãn tính tuổi trẻ gây hội chứng Cushing do điều trị, bệnh có thể phục hồi khi ngừng steroid. Việc sử dụng không hợp lý dạng viên và nhỏ giọt steroid ở đất nước chúng ta không phải nguyên nhân hiếm gặp của bệnh này.	Hỏi tiền sử cẩn thận giúp cho những gợi ý quan trọng để chẩn đoán. Khi giảm Steroid dần dần, các dấu hiệu và triệu chứng giảm chậm nhưng có thể kéo dài trong nhiều tháng.
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Bệnh Cushing— U Nhỏ Tuyến Yên		
 Hình 12.1.10A và B: (A) Bệnh Cushing, (B) U nhỏ tuyến yên	Thuật ngữ để chỉ bệnh Cushing do rối loạn vùng dưới đồi – tuyến yên tiết quá mức ACTH dẫn tới dư thừa cortisol. Thường gặp da sẫm màu, vóc người thấp bé, bệnh cơ góc chi, béo trung tâm, mắt tròn như mặt trăng và tăng huyết áp.	Nếu vị trí u tuyến yên có thể phát hiện được qua đường mũi, phẫu thuật được lựa chọn để điều trị. Điều trị nội khoa bằng cabergoline không hiệu quả lắm.

Đái Tháo Nhật—MRI Biểu Hiện Vắng Thủy Sau Tuyến Yên Trong Bệnh Đái Tháo Nhật Thể Trung Tâm

 Hình 12.1.11: Thiếu điểm sáng thủy sau tuyến yên trong đái tháo nhạt trung tâm.	Bệnh đái tháo nhạt thể trung tâm do thiếu hormon chống bài niệu được tiết từ thủy sau tuyến yên. Tổn thương thường dẫn đến bệnh lý đa niệu ($>2L/m^2/24$ giờ). Bình thường thủy sau tuyến yên được quan sát như 1 điểm sáng trên hình ảnh T1 điều chỉnh. Chú ý sự vắng điểm sáng trong phim chụp.	Đái tháo nhạt thể trung tâm được điều trị bởi dDAVP (Desmopressin) tương tự như vasopressin tác dụng kéo dài bằng cách phun qua mũi hoặc viên uống cách nhau 8 đến 12 giờ.
--	--	---

Đái Tháo Đường— Biểu Chứng Vi Mạch Ảnh Hưởng tới Khớp Nhỏ

 Hình 12.1.12: Hội chứng hạn chế vận động khớp trong đái tháo đường typ 1.	Kiểm soát đường huyết kém dẫn tới hội chứng hạn chế vận động các khớp. Lưu ý sự cứng các khớp nhỏ cả 2 bàn tay trên hình chụp. Tổn thương này thường đi kèm với sự tiến triển sớm các biến chứng vi mạch bệnh đái tháo đường, như trong bệnh võng mạc và bệnh cầu thận.	Cải thiện việc kiểm soát đường huyết như theo dõi đường huyết tại nhà, điều trị insulin tích cực, dinh dưỡng hợp lý và bài tập thể dục là cần thiết để ngăn chặn những biến chứng xa.
---	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Bướu Cổ—Bệnh Tự Miễn		
	Phần lớn do viêm tuyến giáp tự miễn. Gặp nhiều hơn ở nữ. Sưng đồng đều, bề mặt lồi nhẵn, mật độ chắc. Bệnh tuyến giáp tự miễn được xem bệnh gia đình do di truyền thẳng. <i>Các test chức năng tuyến giáp và kháng thể kháng giáp phải được kiểm tra trước khi cắt bỏ bướu cổ như 1 bướu cổ ở tuổi dậy thì.</i>	Nếu nhược giáp dùng Levothyroxine. Nếu các test chức năng tuyến giáp bình thường nhưng bướu cổ lớn, Levothyroxine có thể được sử dụng trong 6 tháng để giảm kích thước bướu giáp. Nếu kháng thể dương tính nhưng tuyến giáp bình thường nên đề nghị đánh giá chức năng tuyến giáp hằng năm.
Hình 12.1.13: Bướu cổ		

Bướu Cổ—Rối Loạn Tạo Hormon

	Bướu cổ gặp ở hai anh em ruột giống nhau thường do rối loạn tạo hormon. Dạng này có kích thước trung bình và mềm hơn dạng gặp ở bệnh tự miễn. Nếu những bệnh nhân này được phát hiện bằng sàng lọc sơ sinh và được điều trị từ lúc còn nhỏ, bướu cổ có thể không phát triển. Chẩn đoán dựa vào xạ hình tuyến giáp. Nên kiểm tra thành giác.	Khuyến cáo dùng Levothyroxine ở liều 100 mcg trên một m² diện tích bề mặt cơ thể trên một ngày.
Hình 12.1.14: Bướu cổ—Rối loạn tạo hormon		

Thiếu Hormon Tăng Trưởng

	Những đặc điểm điển hình là vóc người thấp bé, nhìn non nớt, giảm sản nhẹ vùng mặt, dương vật nhỏ, tri hoãn dậy thì và béo trung tâm.	Test kích thích hormon tăng trưởng với insulin, clonidine, và arginine ở các trung tâm có chuyên môn được đề nghị. Sự kết hợp giữa IGF-1, IGF-BP3, lượng GH được kích thích và MRI cải thiện độ đặc hiệu của các test chẩn đoán. Điều trị bằng hormon tăng trưởng từ lúc chẩn đoán cho đến khi trưởng thành, sử dụng ở liều 20 tới 30 mcg/kg/ngày.
Hình 12.1.15: Thiếu Hormon tăng trưởng		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
----------	-------	--------

Chứng Vú To— Hội Chứng Klinefelter

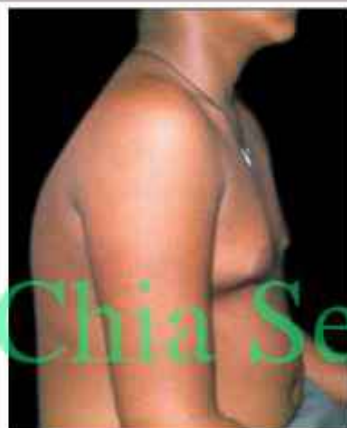


Hình 12.1.16: Chứng vú to trong hội chứng klinefelter

Khoảng 1/500 trẻ trai mới sinh có bộ nhiễm sắc thể 47,XXY. Các đặc điểm lâm sàng là vóc người cao, trí tuệ dưới mức bình thường, tinh hoàn nhỏ và vú to.

Điều trị thay thế với testosterone bảo chế tác dụng kéo dài theo tuổi của người bệnh. Nên bắt đầu khi 11 đến 12 tuổi. Vú to thường yêu cầu điều trị bằng phẫu thuật.

Chứng Vú To — Dậy Thì



Hình 12.1.17: Chứng vú to dậy thì

Chứng vú to dậy thì sinh lý có thể xuất hiện 1 bên vú, và cũng không bất thường khi cả hai vú to không đối xứng hoặc ở các thời điểm khác nhau. Sờ thường thấy đau. Trở lại bình thường có thể trong một vài tháng; hiếm khi kéo dài dai dẳng hơn 2 năm.

Điều trị thường gồm trấn an tâm lý trẻ và hiện tượng tự nhiên tạm thời. Khi vú to nổi rõ, dai dẳng và tác động tâm lý sâu sắc, điều trị có thể được đề nghị. Điều trị thuốc gồm sử dụng chất ức chế aromatase, Danazol và dihydrotestosterone bôi tại chỗ. Trong những trường hợp thất bại, phẫu thuật là cần thiết.

Phi Đại Nửa Người— Hội Chứng Beckwith-Wiedemann



Hình 12.1.18: Phi đại nửa người

Phi đại nửa người thường phối hợp với hội chứng Beckwith-Wiedemann (BWS) hoặc thỉnh thoảng với dị dạng mạch ở phần cơ thể đặc biệt. BWS gồm tăng insulin, thoái vị rốn, u thận và tăng trưởng quá mức.

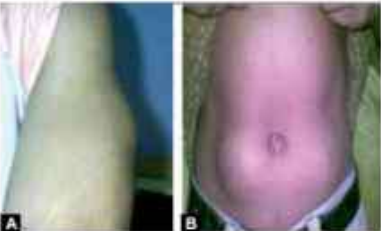
Quản lý đường huyết và sàng lọc sự phát triển u thận là nguyên tắc điều trị chính.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
	Các dấu hiệu lâm sàng như lưỡi to, giảm trương lực cơ, tri hoãn tăng trưởng, táo bón, da khô, phù mi mắt... là dấu hiệu muộn. Vào lúc các dấu hiệu lâm sàng rõ ràng được coi quá muộn khi sự tổn thương não đã bắt đầu. Với sự chậm trễ mỗi tuần trong chẩn đoán sẽ giảm 5 đến 10 điểm IQ.	Levothyroxine ở liều 10 đến 12 mcg trên KG trên ngày là cần thiết trong năm đầu tiên. Sau đó giảm xuống 100 mcg trên diện tích mét vuông trên ngày. <i>Phổ cập sàng lọc tuyến giáp sơ sinh phải tuyệt đối để ngăn chặn nguyên nhân phổ thường gặp của bệnh chậm phát triển trí tuệ vì có khả năng phòng ngừa được.</i>

Nhược Giáp—Thanh Thiếu Niên

	Vóc dáng thấp, lưỡi biếng, không hoạt động, táo bón, phù mắt, giả phì đại cơ xương, tinh hoàn lớn ở trẻ trai là những dấu hiệu thường gặp. Bướu cổ không phải là đặc điểm phù hợp. Thường đáp ứng tốt và thoái triển dần khi điều trị.	Levothyroxine ở liều 2 đến 5 mcg trên KG trên ngày vào sáng sớm khi dạ dày trống được đề nghị để sự hấp thu tốt nhất. Các test chức năng tuyến giáp và đánh giá sự phát triển được theo dõi 3 - 6 tháng 1 lần. <i>Trẻ nhược giáp không được chẩn đoán trong thời gian dài có chiều cao đạt được sau cùng thường nhỏ hơn chiều cao mong muốn.</i>
---	---	--

Tăng Sinh Mô do Insulin

	Tăng sinh mô thường gặp hơn với người tiêm insulin đặc biệt khi không thay đổi các vị trí tiêm. Sự hấp thu insulin trở nên bất thường tại các vùng đó và do vậy ảnh hưởng kiểm soát đường huyết.	Thay đổi vị trí tiêm là phương thức điều trị cho tình trạng này. Bệnh nhân phải được hướng dẫn kỹ thuật tiêm và thay đổi vị trí để phòng tránh vấn đề thường gặp này.
--	---	--

Hình 12.1.21A và B: (A) Tăng sinh mô do Insulin; (B) Tăng sinh mô do Insulin

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 12.1.22: Hội chứng Mauriac	Đái tháo đường typ 1 không được kiểm soát dẫn tới vóc dáng thấp bé, gan to, bụng lõm ra trước, yếu cơ ngón chỉ. Hiện nay tình trạng này ít gặp vì sẵn có các loại insulin bảo chế tốt hơn.	Kiểm soát đường huyết chặt chẽ là cần thiết để ngăn chặn cũng như điều trị các biến chứng của đái tháo đường. Với kiểm soát đường huyết chặt chẽ phần lớn các biểu hiện lâm sàng được cải thiện.

Dương Vật Nhỏ

 Hình 12.1.23: Dương vật nhỏ	Dương vật nhỏ được định nghĩa là dương vật có hình dạng bình thường mà chiều dài ít nhất 2.5 z scores nằm dưới chiều dài trung bình. Ở trẻ sơ sinh chẩn đoán dương vật nhỏ nếu chiều dài khi kéo ra nhỏ hơn 2 cm. Dương vật nhỏ được biết là bệnh phối hợp với nhiều rối loạn nội tiết như thiếu hormone tăng trưởng, thiếu năng sinh dục, hội chứng Prader-Willi và hội chứng Lawrence-Moon-Biedl.	Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân và đáp ứng với androgen.
---	--	--

Mucopolysaccharidoses

 Hình 12.1.24: Mucopolysaccharidoses	Mucopolysaccharidoses là nhóm các bệnh di truyền, tiến triển do đột biến các gen mã hóa enzym lysosom cần thiết cho sự giáng hóa glycosaminoglycans. Vóc dáng thấp gập ở phần lớn đi kèm biểu hiện ở 1 số cơ quan khác. Cấu trúc xương giống loạn sản xương.	Ghép tủy xương hoặc máu cuống rốn dẫn đến cải thiện lâm sàng quan trọng trong typ I, II và VI. Tư vấn di truyền là cần thiết để ngăn chặn các trẻ dị dạng sau này. Các điều trị hỗ trợ hiệu quả vẫn là trụ cột trong xử trí.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
----------	-------	--------

Béo Phì—Đơn Thuần



Hình 12.1.25: Béo phì đơn thuần

Có 1 báo động tăng tỷ lệ béo phì ở urban Ấn Độ trong 1 vài thế kỷ gần đây. Tình trạng này gây ra bởi dư thừa calolây vào không phải protein và liên quan lười vận động. Thừa cân và béo phì được chẩn đoán bằng cách tính chỉ số khối cơ thể ($BMI = \text{Cân nặng kg} / \text{Chiều cao M}^2$). Giá trị cắt cho BMI là tuổi và giới tính và do đó biểu đồ BMI nên được sử dụng để phát hiện sớm thừa cân ở trẻ em.

Khi hơn 97% tổng số béo phì không liên quan đến nội tiết, xử trí chủ yếu gồm thay đổi lối sống và hành vi, các chương trình can thiệp dinh dưỡng, giảm thời gian màn hình và tăng hoạt động thể chất. Không thấy có vai trò của được chất ở trẻ béo phì do dinh dưỡng đơn thuần.

Thước Đo Thể Tích Tinh Hoàn



Hình 12.1.26: Thước đo thể tích tinh hoàn.

Đánh giá sự trưởng thành giới tính của trẻ trai bằng đo thể tích tinh hoàn. Sử dụng thước đo tinh hoàn để đo thể tích tinh hoàn.

Chú ý rằng 3 hạt đầu tiên tương ứng thể tích 1,2 và 3 ml thời kỳ trước dậy thì. Dậy thì bắt đầu tại 4 ml và sau đó thể tích tinh hoàn tăng dần cho tới 20 đến 25 ml ở nam giới trưởng thành.

PHHI—Chùm lông tai



Hình 12.1.27: Chùm lông tai trong PHHI

Tăng insulin là nguyên nhân thường gặp nhất gây hạ đường máu dai dẳng trong giai đoạn sơ sinh và nhũ nhi. Tăng insulin trong máu trẻ sơ sinh có thể gây thừa cân khi sinh, thường có chùm lông tai và hạ đường máu dai dẳng. Nồng độ insulin tăng không hợp lý dẫn đến lượng glucose máu thường trên 5 mIU/ml.

Điều trị bao gồm truyền glucose, diazoxide, hydrochlorothiazide, octreotide và cắt bỏ 1 phần tuyến tụy bằng phẫu thuật.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 12.1.28A và B (A) Dậy thì sớm thể trung tâm; (B) Dậy thì sớm thể trung tâm do hamartoma vùng dưới đồi.	Dậy thì sớm thực sự xảy ra khi có sự hoạt động trực dưới đồi - tuyến yên - tuyến sinh dục. Thể trung tâm thường gặp nhiều hơn ở nữ. Ở trẻ nam, dậy thì sớm thể trung tâm thường kèm theo rối loạn thần kinh nghiêm trọng như SOL. Test kích thích hormon giải phóng Gonadotropin phân biệt thể này với dậy thì sớm thể ngoại vi.	Dậy thì sớm thật được điều trị với analog giải phóng Gonadotropin (GnRha). analogs này hoạt động bằng giám điều hòa của receptor dưới đồi. Điều trị sớm với GnRha cải thiện chiều cao cuối cùng và làm kinh nguyệt xuất hiện chậm lại.

Dậy Thì Sớm Giả Và Tăng Huyết Áp Ở Trẻ Trai -- CAH

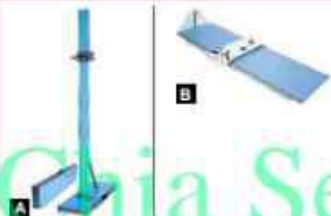
 Hình 12.1.29: Dậy thì sớm giả (CAH)	Trái lại với tình trạng trên, bệnh này do hoạt động của các mô ngoại vi như tuyến thượng thận hoặc tuyến sinh dục. Đây là dậy thì không liên quan gonadotropin và gonadotropins bị ức chế. Dậy thì sớm giả có thể thích giao hợp với người cùng hoặc khác giới. Tăng sản thượng thận bẩm sinh là nguyên nhân phổ biến nhất của dậy thì sớm giả.	Phụ thuộc vào nguyên nhân. Điều trị tăng huyết áp với hydrocortisone và fludrocortisone đường uống. Phẫu thuật lấy bỏ khối u buồng trứng, tinh hoàn, thượng thận cũng với hóa trị có thể cần thiết.
---	--	--

Toan Hóa Ống Thận (RTA)—Chậm Phát Triển

 Hình 12.1.30: Toan hóa ống thận	Chậm phát triển và chuỗi sườn do còi xương. Toan hóa ống thận (RTA) là bệnh đặc trưng bởi rối loạn chuyển hóa acid với khoảng trống anion bình thường. Điều này có thể do giảm hấp thu bicarbonate hoặc giảm tiết ion hydro qua nước tiểu. Tồn tại các dạng toan hóa ở ống lượn gần, ống lượn xa, tăng kali máu và các dạng hỗn hợp.	Điều trị chủ yếu là thay thế bicarbonate. RTA ống lượn gần đòi hỏi liều cao hơn RTA ống lượn xa. Các điều trị khác gồm lợi tiểu thiazide và đo lường để kiểm soát tăng kali máu trong 1 số bệnh cảnh tăng kali máu.
--	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 12.1.31: Loạn sản xương	Loạn sản xương là bệnh di truyền và có lâm sàng phức tạp của nhóm các rối loạn sinh trưởng và phát triển của hệ xương. Phổ biến nhất là chứng loạn sản sụn. Phát triển không cân đối là triệu chứng chính của bệnh này. Chẩn đoán dựa trên nghiên cứu hình ảnh x quang xương.	Điều trị bị giới hạn chủ yếu là chỉnh hình sửa chữa các khuyết tật. Cải thiện chiều cao cuối cùng bằng phương pháp phẫu thuật kéo dài chi. Các thử nghiệm lâm sàng cho việc sử dụng hormon tăng trưởng để điều trị loạn sản xương đang tiến hành nhưng kết quả không rõ ràng và hormon tăng trưởng không phải là hình thức điều trị thông thường có thể chấp nhận được.

Stadiometer và Infantometer

 Hình 12.1.32A và B: (A) Stadiometer; (B) Infantometer	Stadiometer được sử dụng để đo chính xác chiều cao lên tới 1mm. Theo dõi phát triển và đo chiều cao chính xác vẫn là một công cụ vô giá trong đánh giá tăng trưởng và các rối loạn nội tiết ở trẻ nhỏ.	Đối với trẻ dưới 2 tuổi chiều dài được sử dụng thay thế cho chiều cao. Đo chính xác chiều dài trên Infantometer nên cần 2 người.
---	---	---

Chiều Dài Dương Vật Bị Căng—Phương Pháp

 Hình 12.1.33: Chiều dài dương vật bị căng	Chiều dài dương vật được đo như hình có sự hỗ trợ của 1 thanh gỗ. Dương vật được dựa trên thanh gỗ. Sau đó đẩy thanh gỗ nhẹ nhàng vào trong cho đến khi nó chạm tới khớp mu. Đỉnh dương vật (không tính da bao quy đầu) được đánh dấu và đo ngay trên thước.	Mức chuẩn về chiều dài dương vật đã có sẵn. Ở trẻ sơ sinh giới hạn dưới là 2.5 cm và dương vật nhỏ khi chiều dài nhỏ hơn 2 cm.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
	Sự phát triển vú độc lập thường thấy trong 2 năm đầu tiên của đời sống. Không có các dấu hiệu khác của dậy thì như mọc lông nách lông mu và estrogen hóa cơ quan sinh dục ngoài. Tuổi xương không có ý nghĩa nhiều và tự trở lại bình thường trong 2 đến 3 năm.	Chỉ cần chẩn an. Không cần điều trị đặc hiệu nhưng cần phân biệt với u vú không điển hình hoặc dậy thì sớm thực sự.

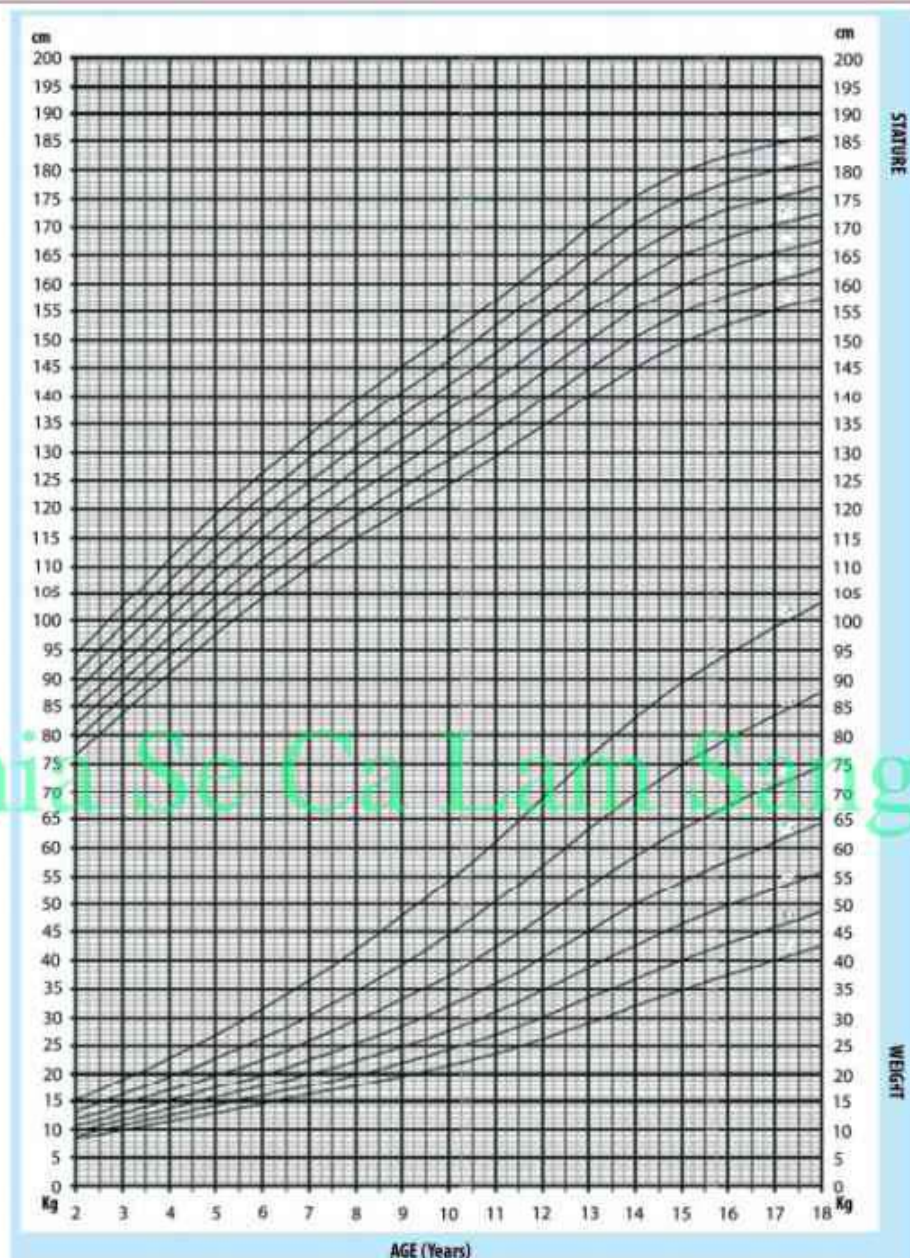
Hình 12.1.34: U vú lành tính

Bệnh Còi Xương Kháng Vitamin D (VDRR)

	Còi xương hạ phot phat máu là nguyên nhân thông thường nhất của bệnh còi xương kháng vitamin D. Bệnh này gây ra bởi khiếm khuyết gen PHEX. Sự thiếu sót này dẫn đến tăng tiết phot phat từ ống lượn gần gây hạ phot phat máu, giảm sản xuất 1-25 D3.	Điều trị gồm phot phat viên uống ở liều 1 đến 3 gm phot phat nguyên tố chia thành 4 -- 5 liều nhỏ. Calcitriol được chỉ định ở liều 30 -- 70 ng/kg/ngày chia thành 2 lần.
---	---	---

Hình 12.1.35: Bệnh còi xương kháng vitamin D

Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007— Cân Nặng và Tầm Vóc của Bé Trai Ấn Độ Mức Sống Đầy Đủ



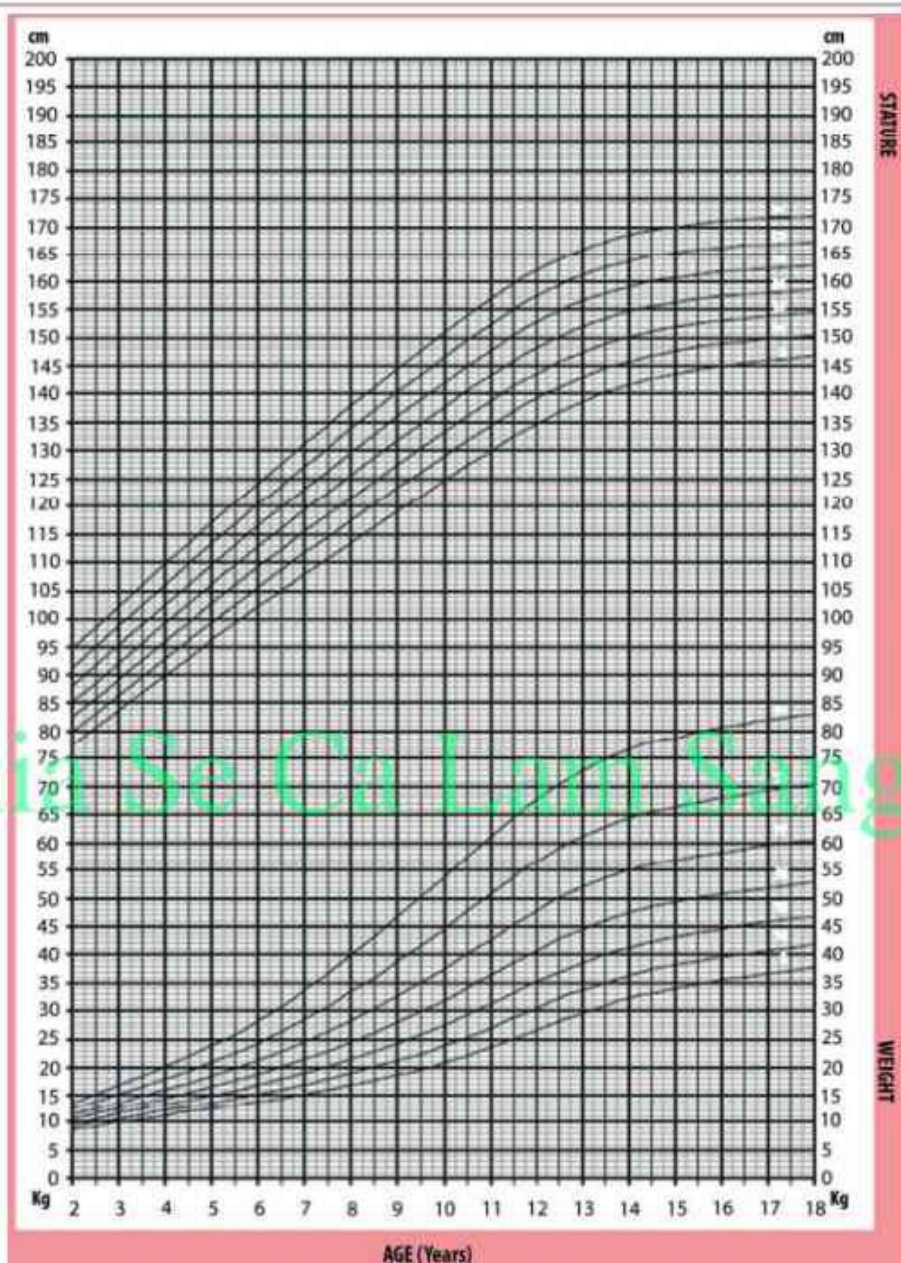
Hình 12.1.36: Biểu đồ tăng trưởng 2007 cân nặng và chiều cao của bé trai Ấn Độ mức sống đầy đủ

Hình Ảnh

Chú Ý

Xử Trí

Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007— Cân Nặng và Tầm Vóc của Bé Gái Ấn Độ Mức Sống Đầy Đủ



Hình 12.1.37: Biểu đồ tăng trưởng 2007 cân nặng và chiều cao của bé gái Ấn Độ mức sống đầy đủ

Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007-- BMI của Bé Trai Ấn Độ Mức Sống Đầy Đủ



Hình 12.1.38: Biểu đồ tăng trưởng 2007 BMI của bé trai Ấn Độ mức sống đầy đủ

Hình Ảnh

Chủ Ý

Xử Trí

Biểu Đồ Tăng Trưởng 2007— BMI của Bé Gái Ấn Độ Mức Sống Đầy Đủ



Hình 12.1.39: Biểu đồ tăng trưởng 2007 BMI của bé gái Ấn Độ mức sống đầy đủ

12.2 BỆNH LÝ ÍT GẶP NHƯNG KHÔNG HIẾM

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 12.2.1: Giảm sản thượng thận bẩm sinh	Giảm sản thượng thận bẩm sinh có thể do nhiều khuyết tật di truyền và biểu hiện suy thận ở giai đoạn sơ sinh hoặc muộn hơn ở trẻ nhỏ nếu khởi phát âm thầm. Trong trường hợp khiếm khuyết gen DAX1 hay phối hợp thiếu năng sinh dục.	Điều trị thay thế glucocorticoid và mineralocorticoid là cần thiết. Điều trị thay thế steroid sinh dục có thể cần thiết trong khiếm khuyết DAX1 để điều trị thiếu năng sinh dục khi vào bước vào tuổi dậy thì.

Hội Chứng Cushing—U Thượng Thận

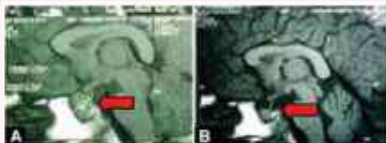
 Hình 12.2.2: U thượng thận	Hội chứng Cushing ở trẻ nhỏ thường do u thượng thận. Đặc điểm lâm sàng là béo phì, chậm phát triển, mặt tròn như trăng, tăng huyết áp, tăng đường huyết, bướu lạp dã và thỉnh thoảng có dấu hiệu thừa androgen như phì đại âm vật và rậm lông mu.	Các xét nghiệm hóa sinh thể hiện tăng sản xuất cortisol nó không bị ức chế bởi liều nhỏ dexamethasone, dư thừa androgen trong thể tăng testosterone. Xác định vị trí khối u tốt nhất nên chụp CT chứ không phải siêu âm. Điều trị cắt bỏ khối u làm loại bỏ phần lớn các triệu chứng.
--	--	--

Bệnh Graves

 Hình 12.2.3: Bệnh Graves	Cường giáp là nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh Graves ở trẻ nhỏ. Bệnh là một rối loạn tự miễn do đột biến làm tăng cường chức năng của receptor TSH. Các đặc điểm lâm sàng bao gồm bướu cổ, sút cân, thô kệch, nhịp tim nhanh, lồi mắt và tăng cảm giác thèm ăn.	Bệnh Graves được điều trị với thuốc chẹn beta để kiểm soát các triệu chứng giao cảm và thuốc kháng tuyến giáp như carbimazole, methimazole và propylthiouracil (PTU). Trong trường hợp thất bại iod xạ trị hoặc phẫu thuật là cần thiết.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Nhược Năng Tuyến Cận Giáp Gây Co Quắp Bàn Tay Bàn Chân		
 Hình 12.2.4: Nhược năng tuyến giáp gây co quắp bàn tay	Nhược năng tuyến giáp dẫn tới cơn tetany hạ calci máu ở trẻ lớn hơn và động kinh ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Chẩn đoán khi giảm calci ion và toàn phần, tăng phot pho cùng với hạ hormone cận giáp. Nhược năng tuyến cận giáp do nhiều nguyên nhân khác nhau trải dài từ di truyền đến phá hủy tự miễn.	Xử trí tức thì hạ calci máu bằng truyền calci tĩnh mạch. Nhược năng tuyến cận giáp được điều trị đầu tiên bằng 1 đến 25 dihydroxy D3 với liều 0.25 microgam/24 giờ. Liều duy trì trong khoảng từ 0.01-- 0.10 microgam/kg/24 giờ đến lớn nhất là 1--2 microgam/24 giờ chia thành 2--3 lần.

Nhược Giáp Gây U Tuyến Yên

 Hình 12.2.5A và B: (A) U tuyến yên-- Chứng suy giáp trước điều trị; (B) U tuyến yên biến mất sau điều trị suy giáp	Suy giáp mạn tính dẫn tới tăng sản TSH của tuyến yên. Bệnh được xem như u tuyến yên có thể được mô phỏng.	Không cần thiết phẫu thuật cho những trẻ này. Điều trị thay thế levothyroxine làm mất hoàn toàn khối u trong 1 vài tháng điều trị.
--	--	---

Hội Chứng Langer

 Hình 12.2.6: Hội chứng Langer	Hội chứng Langer được gây ra do đột biến đồng hợp gen SHOX trong khi đột biến dị hợp gây chứng loạn sản xương sụn Leri-Weil. Có biến dạng nghiêm trọng xương cẳng tay cẳng chân, xương quay và trụ cong ra ngoài và dị dạng Madelung. Dạng nhẹ hơn của khiếm khuyết gen SHOX gây vòm dáng thấp nguyên phát.	Hiện nay hormon tăng trưởng là chỉ định cho phép để điều trị vòm dáng thấp bé gây ra do khiếm khuyết gen SGOX.
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
----------	-------	--------

Bệnh Mô Bào Langerhan (LCH) Gây Đái Tháo Nhạt



Hình 12.2.7: LCH, MRI biểu hiện sự liên quan tới cường tuyến yên.

Ảnh hưởng tới vùng dưới đồi -- tuyến yên thường không hay gặp trong bệnh mô bào. Chú ý cường tuyến yên to lan xung quanh ở hình chụp. Tri hoãn sự phát triển và đái tháo nhạt là những bệnh tuyến yên thường gặp gây ra do LCH.

Bệnh đa hệ thống đòi hỏi hóa trị và tiên lượng đa dạng. Đái tháo nhạt được điều trị bằng dDAVP đường uống hoặc mũi.

Tăng Kích Thước Tinh Hoàn Trong Thiếu Năng Sinh Dục



Hình 12.2.8: Tăng kích thước tinh hoàn trong thiếu năng sinh dục.

Thiếu năng sinh dục không điều trị trong thời gian dài dẫn tới tinh hoàn không lớn mà không có bất kì dấu hiệu dậy thì khác. Điều này gây ra bởi lượng TSH quá lớn nó gây "tín hiệu đặc biệt" tạo hoạt động giống FSH mà bỏ qua sự hoạt hóa LH điều đó dẫn tới hình thái dậy thì sớm chưa hoàn hiện đầy đủ phụ thuộc gonadotropin.

Điều trị thay thế với levothyroxin làm tinh hoàn không lớn tự trở lại bình thường, các dấu hiệu thiếu năng sinh dục khác mất và hồi phục sự tăng trưởng.

Tăng Sản Thượng Thận Bẩm Sinh Thể Không Điển Hình (CAH)



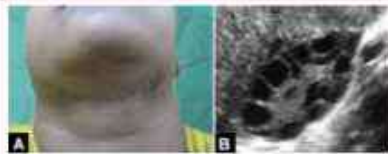
Hình 12.2.9: CAH không điển hình

Tăng sản thượng thận bẩm sinh thể không điển hình thường không quan trọng lâm biểu hiện cơ quan sinh dục bất thường khi sinh. Đây là 1 thể CAH xuất hiện dậy thì sớm, kinh nguyệt không đều, rậm lông, mụn nhọt, và muộn hơn là vô sinh. Tuy nhiên nhiều bé trai và bé gái có thể hoàn toàn không triệu chứng.

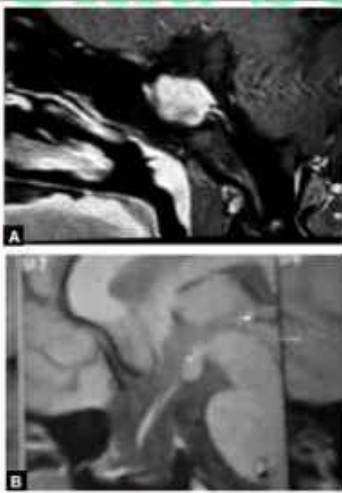
Điều trị gồm thay thế glucocorticoid ở liều $10 \text{ mg/m}^2/24$ giờ chia làm 3 lần. Cả thể không có triệu chứng không cần điều trị.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 12.2.10: Hội Chứng McCune Albright và dậy thì sớm	Dậy thì sớm không phụ thuộc Gonadotropin gây ra do hoạt hóa ngoại biên các tuyến sinh dục ở tình hoàn trong trường hợp này. Cũng nên chú ý đến loạn sản xương đùi. Nó gặp trong hội chứng McCune Albright. Rối loạn này đặc trưng bởi tăng chức năng tự trị của nhiều tuyến do đột biến điểm gen mã hóa đơn vị dưới alpha của GS.	Tình trạng này khó khăn cho điều trị. Nhiều phương pháp như kết hợp medroxyprogesterone, anti-androgens và chất ức chế aromatase đã được áp dụng với thành công còn hạn chế.

Hội Chứng Buồng Trứng Đa Nang (PCOS)

 Hình 12.2.11A và B: (A) PCOS với chứng rậm lông (B) Buồng trứng đa nang điển hình trên siêu âm	PCOS là bệnh lý gồm tăng androgen đi kèm không phóng noãn mãn tính hoặc buồng trứng đa nang. Bệnh thường xuất hiện qua nhiều năm thanh thiếu niên và rõ ràng khi kinh nguyệt không đều, rậm lông và vô sinh gặp muộn hơn. Bệnh thường kèm theo béo phì và kháng insulin.	Xử trí gồm giảm cân ở trẻ béo phì. Thêm vào đó sử dụng các thuốc để kiểm soát triệu chứng gồm kháng androgen, metformin khi kháng insulin và viên uống tránh thai để điều hòa kinh nguyệt và tăng globulin gắn hormone giới tính.
---	---	--

U Tiết Prolactin—Biến Mất Khi Điều Trị Với Cabergoline

 Hình 12.2.12A và B: (A) U tiết Prolactin ; (B) U tiết prolactin sau điều trị cabergoline	U tiết prolactin thường gặp ở thanh thiếu niên và rõ ràng khi có tiết sữa. Nồng độ prolactin rất cao. Khối u thường quan sát được MRI và nó thường nhỏ dần hoặc biến mất biểu hiện như trong hình.	Phẫu thuật ít khi cần thiết đối với u tiết prolactin và khối u sẽ nhỏ dần hoặc biến mất khi điều trị với bromocriptin hoặc cabergoline.
---	---	--

Hình Ảnh	Chủ Ý	Xử Trị
 Hình 12.2.13: Dậy thì sớm giả-- Chứng suy giáp	Chứng suy giáp tri hoãn hoặc gây dậy thì sớm. Dậy thì sớm được quan sát khi vú to hoặc kinh nguyệt rất ít gặp nhưng thường không thấy phát triển lông nách hoặc lông mu. Lượng prolactin tăng cao kèm theo suy giáp cũng dẫn tới phát triển vú. Ở bé gái gặp các nang trứng lớn khi không điều trị trong thời gian dài.	Điều trị thay thế với levothyroxine thường dẫn đến bình thường tất cả biểu hiện lâm sàng và hồi phục tăng trưởng.

Nang Giáp Lưỡi

 Hình 12.2.14: Nang giáp lưỡi	Các nang giáp lưỡi thường được thấy ở đường giữa cổ và có thể kéo dài lên trên tới gốc lưỡi. Khối sưng di chuyển khi nuốt. Có thể có hoặc không kèm theo chứng suy giáp. Thường có mô giáp hoạt động bình thường trong các nang ý.	Nếu trẻ bị nhược giáp, điều trị thay thế bằng Levothyroxine có thể làm giảm kích thước nang giáp lớn. Khi nhiều trẻ bị nang giáp lưỡi thì rối loạn này có thể chỉ là mô giáp chức năng khi đó nó không cần cắt bỏ trừ khi nhiễm trùng hoặc gây chèn ép nguy hiểm cấp tính.
--	---	---

12.3 CẤP CỨU NỘI TIẾT

Tăng Sản Thượng Thận Bẩm Sinh (CAH) Cơ Khung Hoảng Mất Muối

 Hình 12.3.1: CAH mất muối	Trong tăng sản thượng thận bẩm sinh mất muối nặng biểu hiện thành cơ Addisonian sau tuần đầu tiên của đời sống. Ở bé gái xuất hiện cơ quan sinh dục bất thường trong khi ở bé trai thường bị bỏ sót. Diễn hình là sẫm màu cơ quan sinh dục, núm vú, vùng nách.	Điều chỉnh hạ natri máu và mất nước, điều trị thay thế với hydrocortisone ở liều 100 mg /m²/ngày chia làm 3 lần tiêm và sau đó ở liều 10 -- 15 mg/ m²/ngày chia 3 lần uống. Điều trị mineralocorticoid ở liều 100 -- 300 mcg/ngày trong giai đoạn đầu, sau đó giảm xuống 100 mcg/m²/ngày.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Rối Loạn Phát Triển Giới Tính (DSD)		
	Rối loạn phát triển giới tính là 1 cấp cứu tâm lý diễn ra trong phòng đẻ. Một bệnh lý thường gặp xuất hiện như DSD và cũng có thể trở thành cấp cứu nội khoa trong những ngày đầu tiên của cuộc sống là tăng sản thượng thận bẩm sinh. Cần theo dõi cẩn thận cơn hạ đường huyết và mất muối.	Điều trị DSD đòi hỏi tiếp cận nhóm. Rất quan trọng việc nhân viên chăm sóc nhẹ nhàng, cảm thông, hỗ trợ và giao tiếp với người thân và gia đình. Nhóm gồm bác sĩ phụ khoa, bác sĩ nội tiết nhi, nhà tâm lý học, nhân viên xã hội, bác sĩ ngoại nhi và nhân viên hỗ trợ chăm sóc.
Hình 12.3.2: DSD		

Hạ Đường Huyết Dai Dẳng Do Tăng Insulin Máu Ở Trẻ Sơ Sinh

	Hạ đường huyết trong giai đoạn sơ sinh là 1 cấp cứu. Ở trẻ sơ sinh hạ đường huyết dai dẳng đòi hỏi tốc độ truyền glucose rất cao ($> 12 \text{ mg/kg/phút}$) thường gây ra do tăng insulin trong máu kéo dài (PHHI) và cũng được biết như hội chứng rối loạn điều hòa insulin.	Rối loạn này đòi hỏi có sự kết hợp điều trị thuốc Diazoxide, Hydrochlorothiazide, Octreotide, Corticosteroids và trong trường hợp thất bại nên cắt bỏ tuyến tụy.
Hình 12.3.3: PHHI với chùm lông tai		

12.4 HỘI CHỨNG

Lùn Laron — Hội Chứng Không Nhạy Cảm Hormone Tăng Trưởng

	Bệnh cảnh lâm sàng có vẻ giống thiếu hormone tăng trưởng với vóc dáng quá thấp bé, non nớt, giảm sản mật nhẹ, dương vật nhỏ, trí hoãn dầy thì và béo trung tâm. Tuy nhiên trong bệnh lý này hormone tăng trưởng không nhạy cảm với cơ bản cao và giá trị hormone tăng trưởng được kích thích tăng. IGF-1 thấp.	Rối loạn này không đáp ứng với điều trị hormone tăng trưởng. Điều trị IGF-1 vẫn đang trong giai đoạn thử nghiệm và hiện không sẵn có tại Ấn Độ.
Hình 12.4.1: Lùn Laron		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
----------	-------	--------

Hội Chứng Lawrence-Moon-Biedl (LMB)


Hình 12.4.2A và B: (A) LMB, béo phì, thiếu năng sinh dục, quáng gà; (B) LMB Viêm võng mạc sắc tố.

Biểu hiện của hội chứng này gồm tất nhiều ngón tay, béo phì, thiếu năng sinh dục và quáng gà vì viêm võng mạc sắc tố. Những bất thường tại thận cũng với suy thận mạn cũng được biết như 1 bệnh phối hợp.

Không có điều trị đặc hiệu cho bệnh lý này.

Hội Chứng McCune-Albright


Hình 12.4.3: Hội chứng McCune Albright

Hội chứng rối loạn chức năng nội tiết kèm theo mảng sắc tố ở da được thấy như trong hình và loạn sản xương. Dậy thì sớm và cường chức năng của tuyến yên, tuyến giáp, tuyến thượng thận đã được ghi nhận. Các rối loạn gây ra do protein G kích thích sự hình thành AMP vòng (cAMP).

Không có điều trị đặc hiệu cho bệnh này và khó khăn khi điều trị cường chức năng tuyến nội tiết.

Hội Chứng Noonan


Hình 12.4.4: Hội Chứng Noonan

Biểu hiện của hội chứng Noonan gồm vóc dáng thấp bé, chân tóc sau gáy thấp, khoảng cách 2 mắt xa nhau, ngực phẳng, bệnh tim bẩm sinh, cổ ngắn và có nếp da thừa.

Không có điều trị đặc hiệu cho tình trạng này và điều trị chủ yếu là triệu chứng như phẫu thuật chỉnh sửa dị tật ở tim và thử điều trị hormon tăng trưởng cho vóc dáng thấp.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Hội Chứng Prader-Willi		
	Hội chứng Prader-Willi (PWS) gồm béo phì do vùng dưới đồi, mắt hình hạnh nhân, khe hở miệng bị trễ xuống, ăn nhiều, bàn tay bàn chân nhỏ, cơ nhẽo ở trẻ nhỏ và thiếu năng sinh dục. Sự không cân đối ở trẻ nhỏ PWS do thiếu hormone tăng trưởng. Ngưng thở có thể xảy ra trong bệnh này. Mắt đoạn NST 15 gấp ở 1 số trẻ.	Không có điều trị đặc hiệu. Trẻ PWS mà thiếu hormone tăng trưởng được điều trị với hormone tăng trưởng điều này có thể cải thiện chiều cao của trẻ, cấu tạo cơ thể và ngay cả điều hòa cơ thể. Ngưng thở lúc ngủ có thể là vấn đề chính và cần được điều trị.
Hình 12.4.5: Hội chứng Prader-Willi		

Hội Chứng Russell-Silver		
	Hội chứng Russell-Silver là 1 rối loạn xuất hiện ngay khi sinh biểu hiện chậm phát triển, cân nặng khi sinh ra thấp, chiều dài ngắn, và sự khác biệt kích thước 2 bên cơ thể. Trần nhô ra trước, khuôn mặt hình tam giác, 2 nhiễm sắc thể có nguồn gốc từ mẹ không NST có nguồn gốc từ bố (UPD) ở NST số 7 gặp trong 1 số bệnh nhân và bất thường NST số 11 gặp ở 1 số khác.	Không có điều trị đặc hiệu cho bệnh di truyền này. Điều trị bằng hormone tăng trưởng đã thành công trong điều trị vóc dáng thấp nhỏ ở bệnh này.
Hình 12.4.6: Hội chứng Russell-Silver		

Khiếm Khuyết Gen SHOX		
	Đột biến dị hợp gen SHOX gây chứng loạn sản xương sụn Leri-Weil trong khi các dạng nhẹ hơn chỉ gây tầm vóc thấp bé. Có sự biến dạng các xương cẳng tay cẳng chân nghiêm trọng đặc biệt các xương quay và trụ, dị dạng Madelung và u xương.	Hiện nay hormone tăng trưởng là chỉ định cho phép để điều trị vóc dáng thấp bé gây ra do khiếm khuyết gen SHOX. Các khuyết tật như dị dạng Madelung có thể can chỉnh hình sửa chữa.
Hình 12.4.7: Khiếm khuyết gen SHOX — Biến dạng Madelung		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 12.4.8: Hội chứng Turner, nếp thừa da cổ, cổ ngắn.	Bệnh do bất thường nhiễm sắc thể số 45 XO hoặc 46 XX, NST X thứ 2 giống NST vòng. Các dạng khảm cũng thường gặp. Đặc điểm kiểu hình là vóc dáng thấp bé, nếp da thừa ở cổ hình cánh bướm kéo dài từ mỏm chũm đến mỏm cùng vai, mép xệ ,nếp quạt mắt, tóc mọc thấp, và nhiều bất thường cơ quan khác như hẹp động mạch chủ, thận hình móng ngựa và buồng trứng xơ hóa.	Vóc dáng thấp bé trong hội chứng Turner đáp ứng với điều trị hormon tăng trưởng. Liều hormone tăng trưởng cao hơn so với bệnh thiếu hormon tăng trưởng. Đến khi dậy thì, cần có liệu pháp hormone thay thế để tạo và duy trì đặc tính sinh dục.

Chia Se Ca Lam Sang

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 13

Bệnh di truyền

Section Editors

Shubha R Phadke, ML Kulkarni

Nguồn ảnh

Shubha R Phadke, ML Kulkarni

Chia Se Ca Lam Sang

- 13.1 RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ
- 13.2 NHỮNG HỘI CHỨNG KÈM RỐI LOẠN TĂNG TRƯỞNG
- 13.3 NHỮNG RỐI LOẠN LIÊN QUAN TỚI LYSOSOME
- 13.4 LOẠN SẢN XƯƠNG
- 13.5 DỊ DẠNG/CÁC HỘI CHỨNG DỊ DẠNG
- 13.6 NHỮNG RỐI LOẠN ĐƠN GEN HỖN HỢP

Mục Lục

13.1 RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ 261

- Hội chứng Angelman 261
- Mất vi đoạn NST 1p36 261
- Cri du Chat (Mất đoạn cuối 5p) 261
- Hội chứng Down (3 NST 21) 262
- Hội chứng Klinefelter 262
- Hội chứng Prader-Willi 262
- Hội chứng Rubinstein-Taybi 263
- Hội chứng Turner (Đơn NST X) 263
- Hội chứng Velocardiofacial (DiGeorge) 263
- Hội chứng Williams 264
- Hội chứng Wolf-Hirschhorn (Hội chứng mất đoạn 4p) 264

13.2 NHỮNG HỘI CHỨNG KÈM RỐI LOẠN TĂNG TRƯỞNG 264

- Hội chứng Beckwith-Wiedemann 264
- Hội chứng Cockayne 265
- Hội chứng Cornelia de Lange 265
- Hội chứng Hallermann-Streiff 265
- Tăng sản nửa người đơn thuần 266
- Hội chứng lùn-dầu nhỏ-loạn sản xương bẩm sinh II (MOPD II) 266
- Hội chứng Proteus 266
- Hội chứng Russell-Silver 267
- Hội chứng Seckel 267
- Hội chứng Sotos 267

13.3 NHỮNG RỐI LOẠN LIÊN QUAN LYSOSOME 268

- Bệnh Fabry 268
- Bệnh I-Cell (Mucopolidosis Type II) 268
- Mucopolysaccharidosis I (Hội chứng Hurler) 268
- Mucopolysaccharidosis II (Hội chứng Hunter) 269
- Mucopolysaccharidosis Type IV—Morquio Type 269

13.4 LOẠN SẢN XƯƠNG 269

- Bất sản sụn 269
- Loạn sản sụn 270
- Hội chứng Ellis-Van Creveld 270

- Bệnh tạo xương bất toàn—Type III 270
- Bệnh xương đá 271
- Già loạn sản sụn 271
- Loạn sản đầu xương-cột sống (SED) 271

13.5 DỊ DẠNG/CÁC HỘI CHỨNG DỊ DẠNG 272

- Hội chứng Apert (Tật đầu hình tháp-dinh ngón) 272
- Bất sản thể chai (ACC) 272
- Hội chứng Bardet-Biedl 272
- Hội chứng tim-mật 273
- Hội chứng Cardiofaciocutaneous (CFC) 273
- Hội chứng Carpenter (Acrocephalopolysyndactyly II) 273
- Hội chứng Crouzon 274
- Hội chứng Dandy-Walker 274
- Hội chứng Goldenhar (Hội chứng Mặt-Tai-Đốt sống) 274
- Dị tật không phân chia não trước 275
- Hội chứng Holt-Oram 275
- Hội chứng Noonan 275
- Hội chứng Orofaciodigital—Type IV 276
- Rộng hõm não 276

13.6 NHỮNG RỐI LOẠN ĐƠN GEN HỖN HỢP 276

- Bệnh bạch tạng type I 276
- Thắt điều giãn mạch 277
- Bệnh nhào da 277
- Hội chứng Ehlers-Danlos 277
- Thiếu máu Fanconi 278
- Hội chứng NST X dễ gãy 278
- Hội chứng Griscelli kèm hội chứng thực bào máu (Type II) 278
- Hội chứng Larsen 279
- Hội chứng Marfan 279
- U sợi thần kinh I 279
- Xơ cứng củ 280
- Hội chứng Waardenburg - Type I 280
- Loạn sản ngoại bì giảm tiết mô hôi liên kết NST X 280

13.1 RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.1.1: Hội chứng Angelman Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đầu nhỏ, chậm phát triển trí tuệ và động kinh kèm với cười tít, khả năng ngôn ngữ chậm đáng kể và mất điều hòa hành vi như vận động thân mình và chỉ trên. Da và tóc có thể sáng màu. Cằm và hàm nhỏ nhẹ cho khuôn mặt đặc trưng. Gây ra bởi sự mất đoạn trong quá trình sao chép của NST 15 ở mẹ và vị trí tương tự trong hội chứng Prader-Willi. 2 NST 15 thuộc bố và bất thường methyl hóa DNA cũng là nguyên nhân.	Chăm sóc hỗ trợ và tư vấn di truyền là những mặt quan trọng trong Xử trí. Nguy cơ tái phát thấp nhưng phụ thuộc vào nguyên nhân bệnh. Sàng lọc trước sinh có thể thực hiện được.

Mất vi đoạn NST 1p36

 Hình 13.1.2: Mất vi đoạn NST 1p36 Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đặc điểm đặc trưng là dẹt giữa mặt, chân mày thẳng, mắt trũng sâu và thóp trước rộng. Đầu nhỏ và chậm phát triển trí tuệ. Gây ra do mất vi đoạn ở đoạn cuối nhánh p của NST 1. Hội chứng này gần đây được miêu tả nhờ sự phát triển của kỹ thuật FISH và không hiếm.	Hỗ trợ liệu pháp là phương pháp điều trị duy nhất. Nên tư vấn di truyền. Nguy cơ tái phát ở anh chị em không tăng. Có thể chẩn đoán trước sinh.
--	---	--

Cri du Chat (Mất đoạn cuối 5p)

 Hình 13.1.3: Cri du Chat (Mất đoạn cuối 5p) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Một số biến dạng khuôn mặt như mặt tròn, 2 mắt xa nhau, cằm nhỏ và chậm phát triển trí tuệ. Một vài bệnh nhân có biểu hiện khóc như mèo kêu. Đặc điểm lâm sàng đa dạng. Nhiều trường hợp chỉ có thể phát hiện sự mất đoạn bằng di truyền học phân tử như FISH, MLPA hay microarray.	Điều trị hỗ trợ, tư vấn di truyền. Nguy cơ tái phát không đáng kể, trừ khi cha hoặc mẹ có bất thường NST. Có thể chẩn đoán trước sinh.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.1.4A và B: Hội chứng Down (3 NST 21) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đặc điểm là mặt dẹt, mắt xếch, 2 mắt xa nhau và lưỡi thè ra ngoài. Mặc dù dễ chẩn đoán trên lâm sàng nhưng việc xác định bộ NST của mỗi trẻ bị hội chứng Down là cần thiết vì nguy cơ tái mắc ở những trẻ sau phụ thuộc vào sự bất thường nhiễm sắc thể của trẻ bệnh. (Hình 13.1.2B). Chẩn đoán có thể gặp khó khăn ở giai đoạn sơ sinh. Ở những trẻ này, khoảng cách giữa ngón 1 và ngón 2 bàn chân rộng và có 1 nếp gấp sâu ở lòng bàn tay có thể củng cố nghi ngờ.	Tất cả trẻ sơ sinh bị Down nên được tầm soát suy giáp và những dị tật ở ruột, tim, mắt. Có thể sự phỏng ban đầu bằng cách siêu âm và xét nghiệm sinh hóa trong tam cá nguyệt thứ nhất hoặc thứ 2 (Triple hoặc quadruple test) cho phụ nữ mang thai mọi lứa tuổi. Bên cạnh lập nhiễm sắc thể đồ truyền thống, kỹ thuật lai huỳnh quang tại chỗ (FISH) (Hình 13.1.2B) và PCR định lượng huỳnh quang (QF PCR) của dịch ối có thể cho kết quả chẩn đoán trước sinh nhanh trong vòng 48 giờ.

Hội chứng Klinefelter

 Hình 13.1.5: Hội chứng Klinefelter Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Thường biểu hiện vóc dáng cao, chậm dậy thì ở nam. Dương vật, tinh hoàn nhỏ, ít/không có tinh trùng thường gặp ở bệnh nhân sau dậy thì. Một số có vú to. Nhiễm sắc thể đồ cho thấy 2 hoặc nhiều hơn NST X. Những bệnh nhân có NST khảm và bộ NST bình thường ở một số tế bào có thể có biểu hiện nhẹ hơn.	Liệu pháp testosterone được chỉ định. Vú to có thể cần phẫu thuật. Vô sinh rất phổ biến. Hút tinh trùng từ tinh hoàn và tiêm vào bào tương noãn (ICSI) có thể giúp thụ tinh. Bệnh nhân Klinefelter cần được giúp đỡ để có thể tự hài lòng và giảm tối đa vấn đề sinh lý do thiếu năng sinh dục.
--	--	--

Hội chứng Prader-Willi

 Hình 13.1.6: Hội chứng Prader-Willi Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Béo phì, vóc dáng thấp, bàn tay và bàn chân nhỏ, mắt hình hạnh nhân, thiếu năng sinh dục và thiếu năng trí tuệ là những đặc điểm của hội chứng này. Giảm trương lực cơ và khó cho ăn gặp ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi. Mất đoạn trên NST 15 của cha hoặc 2 NST 15 thuộc mẹ và khiếm khuyết trong quá trình methyl hóa của một vùng trên NST 15 có thể gây ra hội chứng Prader-Willi.	Liệu pháp hành vi, kiểm soát chế độ ăn là cần thiết. Liệu pháp hormone tăng trưởng đã được thử để kiểm soát béo phì. Đột tử ở trẻ sử dụng liệu pháp hormone tăng trưởng đã được báo cáo. Cần có tư vấn di truyền. Sự tái phát ở những trẻ sau thi hiếm và phụ thuộc vào nguyên nhân. Có thể chẩn đoán trước sinh.
--	---	--

Hình ảnh	Chủ ý	Xử trí
 Hình 13.1.7A đến C: Hội chứng Rubinstein-Taybi Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Ngón tay cái và chân cái rộng (chê đôi và lệch) với những đặc điểm khuôn mặt đặc trưng như mắt xếch trái với hội chứng Down, mũi khoằm với trụ giữa nhỏ ra xác định chẩn đoán. Có thể gặp vóc người thấp và chậm phát triển trí tuệ. Nguyên nhân bao gồm mất đoạn trên NST 16 chứa gen <i>CREBBP</i>, đột biến gen <i>CREBBP</i>, gen <i>EP 300</i> và những nguyên nhân chưa rõ khác	Xử trí là hỗ trợ. Những bất thường về tim và hệ thần kinh trung ương kèm theo như hội chứng Dandy-Walker có thể cần điều trị.

Hội chứng Turner (Đơn NST X)

 Hình 13.1.8: Hội chứng Turner (Đơn NST X) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Những đặc điểm đặc trưng như cổ ngắn có màng da, nốt sắc tố nevi, góc khuỷu tay tăng, xương bàn tay thứ 4 ngắn và thiếu sản móng có thể gặp ở nhiều trường hợp. Thường biểu hiện dậy thì trễ hoặc vóc dáng lùn ở bé gái trước dậy thì. Một số có thể biểu hiện phù bàn tay, bàn chân thời kì sơ sinh (mũi tên). Bất thường NST có thể là 45,X ở mọi tế bào hoặc thể khảm hoặc mất đoạn hoặc NST đều của NST X. Tri thông minh thường bình thường mặc dù có thể có khó khăn trong học tập.	Mọi bé gái bị h/c Turner cần được tầm soát bệnh tim và thận lúc chẩn đoán và đánh giá thường xuyên suy giáp và vấn đề tinh lực. Liệu pháp hormone tăng trưởng nếu bắt đầu sớm có thể tăng thêm 5-7cm chiều cao. Vào tuổi dậy thì, bé gái cần được bắt đầu liệu pháp thay thế hormone để phát triển đặc tính sinh dục thứ phát và kinh nguyệt. Vấn đề vô sinh có thể giải quyết bằng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như hiến noãn.
--	--	--

Hội chứng Velocardiofacial (DiGeorge)

 Hình 13.1.9A và B: Hội chứng Velocardiofacial (DiGeorge) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Hội chứng này bao gồm bất thường ở tim, chẻ vòm hầu (dưới niêm), mũi rộng hình quả lê (gặp ở cả 2 trẻ trong hình). Bất thường về mắt, dị tật khác và chậm phát triển cũng có thể gặp.	Xử trí thích hợp dị tật tim và các dị tật khác kèm theo. Hội chứng này gây ra do mất đoạn NST 22q11. Kỹ thuật FISH hoặc MLPA tìm mất đoạn 22q cần được thực hiện ở mọi trường hợp dị tật tim phát hiện trước và sau sinh.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.1.10: Hội chứng Williams Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Những đặc điểm chính là khuôn mặt đặc trưng, khiếm khuyết ở tim (hẹp van DMC hoặc DMP), chậm phát triển trí tuệ kèm tính cách hướng ngoại và đôi khi tăng calci máu ở trẻ nữ nhi. Đặc điểm khuôn mặt gồm đầy xung quanh mắt, phần giữa chân mày loe ra, mỏng mắt hình sao, má và môi đầy đặn, miệng rộng kèm nhân trung dài và nhọn. Cho ý sự giống nhau ở 2 bệnh nhân. Khuôn mặt có thể trở nên thô hơn theo tuổi. Đoạn gen mất trên NST 7 có chứa gen elastin.	Điều trị vấn đề ở tim và liệu pháp hỗ trợ cho việc học tập. Nguy cơ tái mắc ở trẻ sau không đáng kể trừ khi cha mẹ có mất đoạn NST, điều này rất hiếm. Có thể chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật FISH.

Hội chứng Wolf-Hirschhorn (Hội chứng mất đoạn 4p)

 Hình 13.1.11: Hội chứng Wolf-Hirschhorn (Hội chứng mất đoạn 4p) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Bao gồm 2 mắt xa nhau, vùng gian chân mày nhô cao, môi chẻ, đầu nhỏ và chậm phát triển trí tuệ. Sự mất đoạn NST 4p có thể quá nhỏ để có thể phát hiện trên NST đồ và cần khảo sát bằng FISH hoặc MLPA. Hình ảnh MLPA trên hình bên cho thấy đỉnh nhỏ của NST 4p ở bệnh nhân (mũi tên nhỏ) so sánh với NST bình thường (mũi tên lớn).	Những dị tật kèm theo như bất thường ở tim và thoát vị hoành cần được điều trị. Tư vấn di truyền đóng vai trò quan trọng. Nếu cha mẹ không có bất thường cấu trúc của NST 4, nguy cơ tái mắc trên những trẻ sau không tăng đáng kể. Có thể chẩn đoán trước sinh bằng chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau.
--	---	---

13.2 NHỮNG HỘI CHỨNG KÈM RỐI LOẠN TĂNG TRƯỞNG

Hội chứng Beckwith-Wiedemann

 Hình 13.2.1: Hội chứng Beckwith-Wiedemann Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đây là một hội chứng tăng trưởng quá mức đặc trưng bởi lười to, nội tạng to, thoát vị rốn và hạ đường huyết. Tai lớn hoặc có nếp gấp. Một số có phì đại nửa người. Nguyên nhân phức tạp và những bất thường có thể gây ra do mất đoạn, đột biến hoặc bất thường trong quá trình imprinting của 4 gen trên vùng 11p15.5.	Tăng nguy cơ u Wilms và các loại u khác. Giám sát cho đến khi trưởng thành được chỉ định. Tăng tỉ lệ hội chứng Beckwith-Wiedemann các rối loạn khác gây ra do bất thường trong quá trình imprinting được báo cáo ở những trẻ sinh ra bằng những kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
---	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.2.2A và B: Hội chứng Cockayne Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Hình bên cho thấy 1 trẻ với hội chứng Cockayne lúc 5 tuổi và 12 tuổi. Đầu nhỏ, chậm phát triển thể chất và trí tuệ, mắt trũng sâu, da mỏng, loạn dưỡng võng mạc và nhạy cảm với ánh sáng là những đặc điểm đặc trưng. Những biểu hiện lão hóa sớm rõ dần theo tuổi. Nó gây ra do đột biến của gen sửa chữa DNA như <i>ERCC 6</i> và <i>ERCC 8</i>.	Không có liệu pháp đặc hiệu ngoài điều trị nâng đỡ. Nếu do đột biến gen lặn trên NST thường, có 25% nguy cơ tái mắc ở những trẻ sau. Chẩn đoán trước sinh nên được thực hiện nếu phát hiện đột biến ở những người trong gia đình hoặc cha mẹ.

Hội chứng Cornelia de Lange

 Hình 13.2.3: Hội chứng Cornelia de Lange Nguồn ảnh: ML Kulkarni, Shubha R Phadke	Đặc trưng bởi nhẹ cân lúc sinh, vòm thấp, chậm phát triển trí tuệ, rậm lông toàn thân và những khuyết tật ở chi trên nhiều mức độ. Những biến dạng ở mặt đặc trưng như đầu nhỏ, mũi ngắn hếch lên và lông mày giao nhau. (Chú ý khuôn mặt giống nhau ở 2 bệnh nhân). Nguyên nhân do bất thường ở gen <i>NIPBL</i>, <i>SMC1A</i> và <i>SMC3</i>.	Chỉ có thể điều trị hỗ trợ. Phát hiện đột biến trên lâm sàng vô cùng khó khăn do bất kì gen nào trong 3 gen trên cũng có thể là nguyên nhân. Hầu hết trường hợp ngẫu nhiên và nguy cơ tái mắc ở trẻ sau không đáng kể.
--	--	---

Hội chứng Hallermann-Streiff

 Hình 13.2.4: Hội chứng Hallermann-Streiff Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Gợi ý chẩn đoán bởi trán dô, mũi nhọn, cằm nhỏ và thường có mắt nhỏ và đục thủy tinh thể. Những đặc điểm khác gồm tóc thưa, bất thường về răng và vòm thấp. Chậm phát triển trí tuệ gặp trong số ít trường hợp.	Xử lý bệnh về mắt nếu có thể.
---	--	--------------------------------------

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Tăng sản nửa người đơn thuần		
	Chẩn đoán cần được cân nhắc sau khi đã loại trừ các hội chứng khác như Klippel-Trenaunay-Weber, Proteus, Beckwith-Wiedemann, những hội chứng này có kèm theo tăng sản nửa người. Trong tăng sản nửa người đơn thuần, sự mất cân đối không nghiêm trọng và không nặng lên theo tuổi. Có thể có kèm theo u máu ở da hoặc bất thường sắc tố khác.	Nguyên nhân thường hỗn hợp với một số trường hợp là thể nhẹ của hội chứng Beckwith-Wiedemann. Có nguy cơ ác tính. Một vài nghiên cứu chỉ ra nguy cơ lên tới 5%.

Hình 13.2.5: Tăng sản nửa người đơn thuần
Nguồn ảnh: Shubha R Phadke

Hội chứng lùn-đầu nhỏ-loạn sản xương bẩm sinh II (MOPD II)

	Dây là rối loạn gen lặn trên NST thường gây ra do đột biến gen <i>PCNT</i> . Đặc trưng bởi chậm phát triển thể chất nặng và đầu nhỏ kèm theo một số thay đổi ở xương trên X quang. Mặc dù đầu nhỏ nặng hơn so với hội chứng Seckel nhưng chậm phát triển trí tuệ thì nhẹ hơn hoặc không có. Hình bên cho thấy 2 chị em với h/c MOPD II trong cùng gia đình.	Điều trị hỗ trợ. Những biến chứng như vẹo cột sống cần được điều trị.
---	---	---

Hình 13.2.6A và B: Hội chứng lùn-đầu nhỏ-loạn sản xương bẩm sinh II (MOPD II)
Nguồn ảnh: Shubha R Phadke

Hội chứng Proteus

	Có sự phát triển nhanh quá mức của một số bộ phận của cơ thể (phần bờ dạng khảm) kèm theo mất cân đối, nốt, bất thường sắc tố, u máu, giãn tĩnh mạch và u mỡ. Sự mất cân đối của cơ thể gây ra biến dạng và tàn tật. Có thể có phì đại ngón. Hội chứng Proteus đi kèm với đột biến xôma thể khảm của gen <i>AKT1</i> .	Xử trí phẫu thuật khó khăn và có thể dẫn tới biến dạng và làm nặng nề tình trạng hiện có.
--	--	---

Hình 13.2.7: Hội chứng Proteus
Nguồn ảnh: Shubha R Phadke

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.2.8: Hội chứng Russell-Silver Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Chậm phát triển trước sinh, vóc dáng thấp cân đối và bất đối xứng chỉ là những đặc điểm của hội chứng này. (Chân phải của bé trong ảnh nhỏ hơn chân trái). Chu vi vòng đầu gần như bình thường nên nhìn giống như đầu to. Những đặc điểm khác gồm cẳng mạc màu xanh dương, tật quẹo ngón, mặt hình tam giác và đốm máu cá phê sữa. Trí tuệ thường bình thường. Một vài trường hợp nguyên nhân là do 2 NST 7 thuộc mẹ.	Điều trị hỗ trợ và tư vấn di truyền. Chậm phát triển trong thời kì bào thai có thể không nhận thấy trong suốt 2 tam cá nguyệt đầu.

Hội chứng Seckel

 Hình 13.2.9: Hội chứng Seckel Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Chậm phát triển trong tử cung, tật đầu nhỏ nặng, chậm phát triển trí tuệ và khuôn mặt “giống chim” do mũi nhỏ ra là những đặc điểm của hội chứng này. Đây là bệnh di truyền lặn trên NST thường. Có 5 gen gây bệnh và bao gồm gen trong bệnh thất điều-giãn mạch.	Trí thông minh không tệ so với biểu hiện của tật đầu nhỏ. Cần thiết điều trị hỗ trợ.
--	--	---

Hội chứng Sotos

 Hình 13.2.10: Hội chứng Sotos Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đặc trưng bởi sự tăng trưởng nhanh, tuổi xương tăng có hoặc không có kèm theo chậm phát triển trí tuệ. Đặc điểm khuôn mặt gồm đầu to, trán dô, cằm nhỏ kèm hàm nhỏ nhẹ. Gây ra do đột biến gen <i>NSD 1</i>.	Hầu hết trường hợp xảy ra rải rác và do đột biến tế bào mầm. Tuy nhiên, nếu cha hoặc mẹ mắc bệnh, nguy cơ ở con cái là 50%. Tăng nguy cơ xuất hiện các khối u tân sinh như u Wilms, U nguyên bào thần kinh, u nguyên bào gan và bệnh bạch cầu. Nguy cơ được báo cáo khoảng 2%.
---	---	---

13.3 NHỮNG RỐI LOẠN LIÊN QUAN TỚI LYSOSOME

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Bệnh Fabry  Hình 13.3.1A đến C: Bệnh Fabry Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Rối loạn liên quan NST X gây ra do thiếu men alpha-galactosidase biểu hiện đau rất cách hồi ở chi mà không có triệu chứng lâm sàng (Chú ý biểu hiện đau đớn trên mặt bệnh nhân). Điều này làm cho chẩn đoán khó khăn và người bệnh có thể bị chẩn đoán nhầm với bệnh thần kinh và chẩn đoán chậm trễ vài năm. U mạch máu sừng hóa (Hình 13.3.1C) trên da nếu xuất hiện cũng hỗ trợ thêm chẩn đoán. Lăng động giác mạc và gương mặt thổ cũng là những gợi ý.	Liệu pháp thay thế enzyme (ERT) có thể thực hiện và giúp giảm đau, nâng cao chất lượng cuộc sống. ERT cũng làm giảm nguy cơ đột quỵ, bệnh lý cơ tim và suy thận mạn, là những nguyên nhân chính dẫn tới bệnh tật và tử vong ở bệnh nhân Fabry. Những người họ hàng bao gồm cả nữ nên tầm soát sự thiếu hụt enzyme do có nhiều loại biểu hiện khác nhau.
Bệnh I-Cell (Mucopolidosis Type II)  Hình 13.3.2A và B: Bệnh I-Cell (Mucopolidosis Type II) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Bệnh này đặc trưng bởi chậm phát triển tâm thần-vận động, vóc người thấp và những đặc điểm giống với Hurler. Hầu hết trường hợp biểu hiện trong năm đầu tiên với đặc điểm khuôn mặt thô, cơ rút khớp, tăng sản nướu và gan lách to. Sự phát triển vận động có thể bị ảnh hưởng nặng nề hơn so với phát triển nhận thức. Nguyên nhân là do thiếu enzyme N-acetyl-α-glucosaminyl phosphotransferase (GNPTA).	Điều trị hỗ trợ. Nguy cơ tử vong ở trẻ sau là 25%. Mặc dù đặc điểm lâm sàng và sự loạn phát đa xương trên X quang gợi ý chẩn đoán, chẩn đoán xác định bằng phân tích enzyme rất cần thiết để tư vấn di truyền và chẩn đoán trước sinh.
Mucopolysaccharidosis I (Hội chứng Hurler)  Hình 13.3.3A và B: Mucopolysaccharidosis I (Hội chứng Hurler) Nguồn ảnh: ML Kulkarni, Shubha R Phadke	Đây là một rối loạn tiến triển gây ra do thiếu một enzyme lysosome là alpha-L-iduronidase. Biểu hiện dưới dạng bướu, khuôn mặt thô, cứng khớp, chậm phát triển và gan lách to. Có đục giác mạc, chậm phát triển trí tuệ và thay đổi đặc trưng của xương được miêu tả như loạn phát đa xương. Biểu thể nhẹ là MPS I scheie type. Biểu thể trung bình (MPS ISH) có chức năng nhận thức bình thường (bé gái trong hình 13.5.3).	Liệu pháp thay thế enzyme giúp cải thiện nhiều tình trạng cơ rút, dày da và gan lách to và có lợi trên bệnh nhân không có vấn đề ở não bộ. Ghép tủy xương nếu được thực hiện trước khi mà chức năng nhận thức có biểu hiện suy giảm cho kết quả tốt. Di truyền lặn trên NST thường, nguy cơ tái mắc ở trẻ sau là 25%. Chẩn đoán trước sinh có thể thực hiện bằng cách kiểm tra đột biến hoặc phân tích enzyme trong mẫu gai nhau.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.3.4: Mucopolysaccharidosis II (Hội chứng Hunter) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Bệnh mucopolysaccharidosis type II di truyền lặn liên kết NST X. Biểu hiện giống với type I ngoại trừ không có đục giác mạc. Tuổi khởi phát từ 1-2 tuổi. Chẩn đoán xác định hội chứng Hunter và mọi rối loạn liên quan tới lysosome cần thực hiện phân tích enzyme. Có những biến thể nhẹ hơn với IQ bình thường.	Liệu pháp thay thế enzyme có thể thực hiện được và có hiệu quả. Tuy nhiên chi phí tốn kém. Ghép tủy xương là một lựa chọn khác. Tư vấn di truyền, phát hiện người mang đột biến trong những phụ nữ có nguy cơ trong gia đình và chẩn đoán trước sinh giúp ích rất nhiều.

Mucopolysaccharidosis Type IV—Morquio Type

 Hình 13.3.5A và B: Mucopolysaccharidosis type IV—Morquio type Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đây là bệnh mucopolysaccharidosis di truyền lặn trên NST thường với bất thường xương nổi trội dẫn tới chứng lùn thân (đốt sống dẹt có mô phía trước và thay đổi ở xương bàn tay và hành xương). Khởi phát ở tuổi 1-2 với biểu hiện khớp gối quỳ ngoài, thân mình và cổ thấp, ngực ức gà và gương mặt thô. Giác mạc đục nhẹ nhưng có thể có đục.	Yếu khớp, gối quỳ ngoài và thiếu sản móm răng dẫn tới lệch khớp đối-trục cần phải can thiệp thích hợp. Tư vấn di truyền là một phần quan trọng của việc điều trị.
--	--	--

13.4 LOẠN SẢN XƯƠNG

Bất sản sụn

 Hình 13.4.1A và B: Bất sản sụn Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Có 2 loại bất sản sụn gây ra bởi gen DTDST và COL2A1 và cần phải phân biệt với nhiều loại loạn sản xương sơ sinh khác. Lồng ngực hẹp và nhỏ và tứ chi rất nhỏ. X quang đặc trưng bởi sự không cốt hóa của cột sống.	Tử vong giai đoạn sơ sinh. X quang, chụp ảnh và khám nghiệm tử thi của mọi trẻ tử vong cần được thực hiện để xác định nguyên nhân chết lưu và đưa ra tư vấn di truyền. Chỉ ngăn không cần đòi hỏi ý có thể có loạn sản xương. Chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm cần được thực hiện.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.4.2A đến C: Loạn sản xương Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Loạn sản xương là một bệnh loạn sản xương thường gặp di truyền trội trên NST thường. Có thể chẩn đoán lúc sinh. Đầu to kèm trán dô, ngắn gốc chi, bàn tay hình đinh ba (thời kỳ nhũ nhi) và vòm dáng thấp là những đặc điểm lâm sàng. X quang chẩn đoán bởi xương chậu vuông (hình tai voi) và giảm khoảng gian cuống sống của cột sống thắt lưng. Một đột biến đặc trưng ở gen <i>FGFR 3</i> gặp ở hầu hết các trường hợp loạn sản xương và giúp chẩn đoán trước sinh.	Vai trò của phẫu thuật kéo dài xương chi và học môn tăng trưởng hạn chế và còn bàn cãi. Biến chứng kèm theo như não úng thủy, hẹp ống sống lưng và ngưng thở khi ngủ có thể cần phải điều trị. Béo phì cũng là một biến chứng cần tránh. Nguy cơ tái mắc ở trẻ sau ở cấp cha mẹ bình thường là 1/400 trong khi nguy cơ ở con của người mắc loạn sản xương là 50%. Chẩn đoán trước sinh dựa vào siêu âm không thể thực hiện trước tam cá nguyệt thứ 3.

Hội chứng Ellis-Van Creveld

 Hình 13.4.3A đến C: Hội chứng Ellis-Van creveld Nguồn ảnh: ML Kulkarni, Shubha R Phadke	Những đặc điểm chính là vòm người thấp, chi ngắn, lồng ngực hẹp, thừa ngón sau trục, móng sâu và bất thường ở tim. Nhiều hăm ở miệng, thiếu răng, giả sứt môi cũng là những đặc điểm. Lồng ngực hẹp có thể gây ra suy hô hấp và tử vong sơ sinh trong phần nửa trường hợp. Di truyền theo kiểu lặn trên NST thường và gen gây bệnh là gen <i>EVC</i>.	Những dị tật ở tim kèm theo cần phải phẫu thuật. Vấn đề về hô hấp nên được chăm sóc. Mặc dù chi ngắn có thể không thấy được trước tuần 20 của bào thai, chẩn đoán trước sinh có thể thực hiện bằng cách tìm tật thừa ngón qua siêu âm.
---	--	---

Bệnh tạo xương bất toàn—Type III

 Hình 13.4.4A đến C: Bệnh tạo xương bất toàn—Type III Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Một bệnh thường gặp với biểu hiện gãy và biến dạng xương tái phát, có nhiều thể dựa vào biểu hiện lâm sàng và gen gây bệnh. Mức độ nặng rất thay đổi. Type II tử vong trong thời kỳ sơ sinh và type III là loại nặng nhất trong số bệnh nhân sống sót. Biến dạng chi, cùng mac máu xanh dương, các khớp lỏng lẻo có thể xuất hiện. X quang cho thấy giảm đáng kể mật độ xương và các đốt sống có thể dẹt.	Bisphosphonate cải thiện mật độ xương, giảm tỉ lệ gãy xương và nâng cao chất lượng cuộc sống. Điều trị phải được giám sát chặt chẽ. Đây là một biến chứng thường gặp của bệnh. Những thể nặng có thể chẩn đoán trước sinh qua siêu âm. Nguy cơ tái mắc phụ thuộc vào thể bệnh.
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.4.5A và B: Bệnh xương đá Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Di truyền trội hoặc lặn. Có nhiều gen gây bệnh và mức độ nặng khác nhau. Những trường hợp có biểu hiện từ nhỏ thường là nặng với giảm toàn bộ tế bào máu, gan lách to, tràn dịch ổ hoặc không kèm theo bệnh về mắt. X quang cho thấy tăng mật độ xương và hình ảnh xương trong xương.	Ghép tủy xương là biện pháp có thể điều trị. Những rối loạn của thần kinh sọ kèm theo cần phẫu thuật. Có thể ngừa tái phát ở những trẻ sau bằng chẩn đoán trước sinh nếu có thể xác định được loại đột biến trên trẻ bệnh. Siêu âm và x quang trước sinh không thấy được tăng mật độ xương.

Giả loạn sản sụn

 Hình 13.4.6A đến C: Giả loạn sản sụn Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Giả loạn sản sụn biểu hiện ở 2-3 tuổi với vóc dáng thấp, chi ngắn, dáng đi núng nính và uõn cột sống lưng. Khớp lỏng lẻo, xương nhỏ, xương bàn tay rộng và thay đổi trên x quang của sột sống giúp chẩn đoán. Gương mặt bình thường. Gen gây bệnh là <i>COMP</i>.	Viêm xương khớp, biến dạng gò và trật khớp đôi-trục nếu có cần phải được điều trị. Có chỉ định tư vấn di truyền.
--	--	---

Loạn sản đầu xương-cột sống (SED)

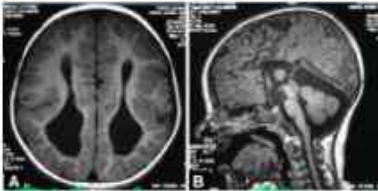
 Hình 13.4.7A đến C: Một bé mắc loạn sản đầu xương-cột sống (SED) và cậu bị bệnh tương tự Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đây là một bệnh loạn sản xương với thân mình thấp chiếm ưu thế (bàn tay chạm tới gối). Đặc trưng là đốt sống det. Có thể thiếu thể bệnh gây ra bởi các gen khác nhau, thể thông thường nhất liên kết với NST X. (Một bé trai và cậu cùng mắc bệnh như trong hình bên). Biểu hiện đa dạng từ vóc dáng lùn lúc sinh đến viêm xương khớp ở tuổi trưởng thành. Một số đặc điểm kèm theo như chẻ vòm hầu, tật cận thị có thể xuất hiện trong một số thể bệnh.	Viêm xương khớp có thể cần điều trị và thay thế khớp trong vài trường hợp. Loại di truyền có thể là trên NST thường hay liên kết với X, di truyền trội hoặc lặn. Nguy cơ tái mắc phụ thuộc vào chẩn đoán chính xác và tiền sử gia đình.
---	---	--

13.5 DỊ DẠNG/CÁC HỘI CHỨNG DỊ DẠNG

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Hội chứng Apert (Tật đầu hình tháp-dính ngón)		
	Xương sọ hình tháp, mắt lồi, bàn tay và bàn chân dính ngón (tay mang găng) giúp chẩn đoán lâm sàng dễ dàng. Một đột biến thường gặp ở gen <i>FGFR 2</i> chiếm đa số trường hợp giúp chẩn đoán y học phân tử dễ dàng. 50% số bệnh nhi có chậm phát triển trí tuệ.	Phẫu thuật đối với dính khớp sọ nên được thực hiện càng sớm càng tốt để cho kết quả tốt. Vẫn có chậm phát triển trí tuệ mặc dù phẫu thuật sớm và tốt. Bàn tay cần phẫu thuật tạo hình. Có thể chẩn đoán trước sinh.

Hình 13.5.1: Hội chứng Apert (Tật đầu hình tháp-dính ngón)
Nguồn ảnh: ML Kulkarni

Bất sản thể chai (ACC)

	Bất sản thể chai là bệnh không phổ biến được phát hiện trên người bình thường. Nó có thể là một phần của nhiều hội chứng dị dạng. MRI sọ não đứng dọc cần thiết để xác định bất sản thể chai. Não thất bên song song và giãn sừng sau não thất bên trên CT đầu mặt phẳng ngang và siêu âm chẩn đoán trước sinh giúp gợi ý bất sản thể chai.	Tầm soát các dị dạng khác kèm theo và điều trị thích hợp nếu có.
--	---	--

Hình 13.5.2A và B: Bất sản thể chai (ACC)
Nguồn ảnh: Shushu R Phadke

Hội chứng Bardet-Biedl

	Đặc trưng bởi thừa ngón sau trực, vóc người thấp, béo phì, vấn đề ở thận, thoái hóa võng mạc và điếc. Nguyên nhân đa dạng làm cho chẩn đoán phân tử khó khăn. Nguy cơ tử mắc ở trẻ sau là 25%.	Điều trị hỗ trợ là cần thiết đối với vấn đề ở võng mạc, thận và điếc. Siêu âm có thể được sử dụng để tìm tật thừa ngón trong chẩn đoán trước sinh.
--	--	--

Hình 13.5.3: Hội chứng Bardet-Biedl
Nguồn ảnh: ML Kulkarni

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Hội chứng tim-mặt (Mặt khòe không đối xứng)		
	Gây ra bởi liệt mặt một phần hoặc thiếu sản cơ hạ góc miệng. Có thể kèm theo các bất thường ở tim như thông liên thất.	Những bất thường chỉ phát hiện khi khòe. Dự tật tim cần điều trị thích hợp.
Hình 13.5.4: Hội chứng tim-mặt (Mặt khòe không đối xứng) Nguồn ảnh: Shubha R. Phadke		

Hội chứng Cardiofaciocutaneous (CFC)

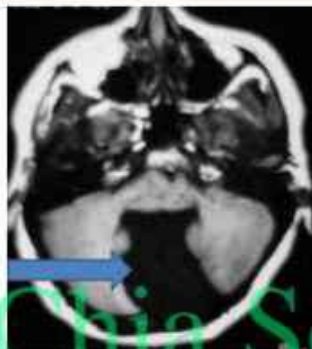
	Bất thường ở tim và mặt biến dạng giống hội chứng Noonan, da khô và tóc thưa, xoắn, dễ gãy là những đặc điểm của hội chứng này. Đầu có thể to. Thường có hẹp động mạch phổi. Hội chứng CFC gây ra bởi đột biến ở gen <i>KRAS</i> và <i>BRAF</i> .	Phẫu thuật đối với những bất thường ở tim nếu cần thiết.
Hình 13.5.5: Hội chứng Cardiofaciocutaneous (CFC) Nguồn ảnh: ML Kulkarni		

Hội chứng Carpenter (Acrocephalopolysyndactyly II)

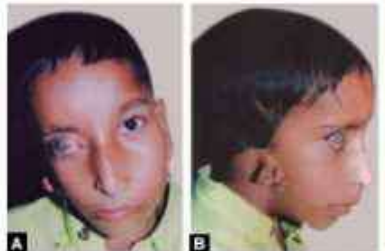
	Những đặc điểm gồm thừa ngón trước trục ở chân và dính sụn khớp sọ. Chậm phát triển trí tuệ có thể có hoặc không. Thừa ngón sau trục và bất thường ở tim, tật ngón ngắn và dính ngón cũng có thể biểu hiện. Gen gây bệnh là <i>RAB 23</i> .	Điều trị phẫu thuật đối với dính khớp sọ và bất thường ở bàn tay. Di truyền theo kiểu lặn trên NST thường và nguy cơ tái mắc ở trẻ sau là 25%. Chẩn đoán trước sinh có thể thực hiện bởi siêu âm hoặc phát hiện đột biến.
Hình 13.5.6: Hội chứng Carpenter (Acrocephalopolysyndactyly II) Nguồn ảnh: Shubha R. Phadke		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Hội chứng Crouzon		
 Hình 13.5.7A và B: Hội chứng Crouzon Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Xương sọ hình tháp, lồi mắt, thiếu sản vùng mặt giữa, mũi khoằm và răng so le là những đặc điểm đặc trưng. Không có bất thường ở tứ chi. Hội chứng Crouzon gây ra bởi đột biến gen <i>FGFR 2</i>.	Những biến chứng có thể gặp như não úng thủy, lệch nhãn cầu cần được điều trị. Phẫu thuật đối với tái định khớp sọ sớm cần thiết trong giai đoạn nhũ nhi. Nguy cơ tái mắc ở con cái của bệnh nhân mắc Crouzon là 50%.

Hội chứng Dandy-Walker

 Hình 13.5.8: Hội chứng Dandy-Walker Nguồn ảnh: Shubha R. Phadke	Đặc điểm đặc trưng gồm khiếm khuyết thủy giục tiểu não và nang lớn ở hố sọ sau (→). Hội chứng Dandy-Walker có thể đơn độc hoặc là một biểu hiện của hội chứng NST hoặc hội chứng không của NST. Não úng thủy, bất sản thể chai và những dị tật toàn thân khác có thể kèm theo.	Dandy-Walker đơn thuần có tiên lượng thần kinh tốt. Phẫu thuật là cần thiết đối với những dị tật của hệ thần kinh trung ương hoặc không của hệ thần kinh trung ương. Tư vấn di truyền được chỉ định. Có nguy cơ cao kèm theo những bất thường ở NST.
---	---	---

Hội chứng Goldenhar (Hội chứng Mặt-Tai-Đốt sống)

 Hình 13.5.9A và B: Hội chứng Goldenhar (Hội chứng Mặt-Tai-Cột sống) Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Đặc trưng bởi tai nhỏ, mấu da thừa trước tai, miệng rộng, thiếu sản xương hàm dưới và u bì quanh nhãn cầu. Cả 2 bên mặt có thể đều bị ảnh hưởng nhưng không đối xứng. Có thể có bất thường kèm theo ở cột sống cổ, tim, thận, não và chi.	Phẫu thuật đối với những dị tật. Hầu hết các trường hợp là lẻ tẻ. Nguy cơ tái mắc ở trẻ sau không đáng kể.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Dị tật không phân chia não trước		
	Khiếm khuyết đường giữa não nhiều mức độ gặp ở thai chết lưu và trẻ sống. Đôi thị hợp nhất và có 1 não thất trên CT scan của trẻ sơ sinh với tật đầu nhỏ. Dị tật không phân chia não trước được phát hiện trước sinh trong tam cá nguyệt thứ 3.	Cần cố gắng tìm nguyên nhân bằng cách phân tích NST, kiểm tra bố và mẹ. Chỉ có 1 rằng của có thể là đặc điểm duy nhất ở cha mẹ mang gen bệnh. Nhiều gen đã được xác định, nhưng phát hiện đột biến trên thực hành lâm sàng có thể không khả thi. Có thể chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm.

Hình 13.5.10: Dị tật không phân chia não trước
Nguồn ảnh: Shubha R Phadke

Hội chứng Holt-Oram

	Dị tật ngón cái kèm theo thông liên nhĩ là những điểm đặc trưng. Có thể có thông liên thất và dị tật cẳng tay nhiều mức độ. Hội chứng này gây ra bởi đột biến ở gen <i>TBX5</i>.	Những khiếm khuyết ở tim cần can thiệp phẫu thuật. Tri tuệ bình thường. Chẩn đoán trước sinh nhờ vào bất thường ở chi trên trên siêu âm.
---	---	---

Hình 13.5.11A đến C: Hội chứng Holt-Oram
Nguồn ảnh: ML Kulkarni

Hội chứng Noonan

	Những đặc điểm khuôn mặt gồm 2 mắt xa nhau, sa mi mắt, mũi hếch lên (Hình 13.12.4A và B). Đặc điểm chính là vòm thấp, cổ ngắn kèm màng da cổ (C) hoặc thừa da, bất thường ở tim và bệnh cơ tim phì đại. Có thể kèm theo biến dạng lồng ngực. Hội chứng Noonan gây ra bởi đột biến gen <i>PTPN11</i> hoặc <i>KRAS</i>.	Cần điều trị những vấn đề ở tim.
--	--	---

Hình 13.5.12A đến C: Hội chứng Noonan
Nguồn ảnh: Shubha R Phadke, ML Kulkarni

Hình ảnh	Chủ ý	Xử trí
Hội chứng Orofaciodigital—Type IV  Hình 13.5.13A đến C: Hội chứng Orofaciodigital—Type IV Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Hội chứng này đặc trưng bởi 2 mắt xa nhau, sứt môi, thừa ngón, lưỡi chẻ đôi, lưỡi phân thùy. Có các dị tật ở tim, thần kinh trung ương và các dị tật khác. Thiếu sản xương chày là một đặc trưng của type IV (thể Morh Majewski)	Có chỉ định tư vấn di truyền. Chẩn đoán trước sinh nhờ siêu âm.

Rộng hồi não

 Hình 13.5.14: Rộng hồi não Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Rộng hồi não là một bất thường của sự di trú neuron đặc trưng bởi hồi não rộng và vỏ não dày. Nguyên nhân đa dạng. Chu vi vòng đầu có thể bình thường hoặc nhỏ.	Điều trị hỗ trợ đối với những thiếu hụt nhận thức, động kinh. Nền tư vấn di truyền cho gia đình.
--	--	---

13.6 NHỮNG RỐI LOẠN ĐƠN GEN HỖN HỢP

Bệnh bạch tạng type I

 Hình 13.6.1A và B: Bệnh bạch tạng type I Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Thể lâm sàng thường gặp nhất của bạch tạng (Type I) gây ra bởi đột biến ở gen tyrosinase và di truyền theo kiểu lặn trên NST thường. Giảm hoặc mất sắc tố ở da, tóc và mắt. Thị lực bị ảnh hưởng đáng kể. Mờ mắt trong suốt, rung giật nhãn cầu, lác mắt, tật khúc xạ nặng, loạn sản đĩa thị, giảm sắc tố hắc mạc là những rối loạn chính.	Mang kính râm nếu nhạy cảm với ánh sáng và mặc quần áo thích hợp. Có thể phát hiện đột biến và giúp chẩn đoán trước sinh. Nguy cơ tái mắc ở trẻ sau là 25%. Cha mẹ là những người mang gen nhưng không có biểu hiện lâm sàng.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Thất điều giãn mạch  Hình 13.6.2: Thất điều giãn mạch Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Rối loạn di truyền lặn trên NST thường biểu hiện sớm ở trẻ em với chứng thất điều, rối loạn vận động ngôn ngữ, suy giảm miễn dịch và giãn mao mạch kết mạc gây ra bởi đột biến ở gen ATM. Có nguy cơ cao ác tính. Alpha fetoprotein trong huyết thanh tăng.	Chỉ có thể điều trị hỗ trợ. Tư vấn di truyền và chẩn đoán trước sinh được chỉ định. Chẩn đoán trước sinh chỉ có thể thực hiện nếu đột biến ở bệnh nhân hoặc cha mẹ mang gen được phát hiện.

Bệnh nhào da

 Hình 13.6.3: Bệnh nhào da Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Bệnh nhào da là một bệnh lý di truyền không đồng nhất. Biểu hiện lâm sàng gồm gò má trũng, da thừa và nhão, nhiều nếp nhăn da. Các biến chứng có thể có gồm trật khớp, túi thừa bàng quang, vỡ ruột. Di truyền lặn trên NST thường kèm theo chậm phát triển. Cũng có thể gặp thóp trước và các xương thóp sọ lớn.	Tầm soát biến chứng và điều trị phù hợp. Chẩn đoán di truyền có thể giúp chẩn đoán trước sinh bằng cách phát hiện đột biến trong mẫu sinh thiết gai nhau.
---	--	--

Hội chứng Ehlers-Danlos

 Hình 13.6.4: Hội chứng Ehlers-Danlos Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Những điểm đặc trưng gồm da tăng độ đàn hồi, mềm và mịn và yếu khớp. Đặc điểm khác gồm dễ bầm da và sẹo mỏng. Có nhiều thể hóa sinh, lâm sàng và di truyền khác nhau.	Cẩn tim và điều trị những biến chứng có thể như phình mạch, trật thụ tinh thể và những biến chứng khác. Yếu khớp có thể khó điều trị và dẫn tới tàn tật. Có chỉ định tư vấn di truyền.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.6.5: Thiếu máu Fanconi Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Thiếu máu biểu hiện vào khoảng 8 tuổi. Thường có bất thường ngón cái và khiếm khuyết xương quay. Tật đầu nhỏ, chậm phát triển trí tuệ và thể chất có thể biểu hiện. Nguy cơ mắc các bệnh ung thư tăng. Ít nhất 8 gen gây bệnh đã được biết tới. Là một rối loạn sửa chữa DNA, chẩn đoán có thể đưa ra bằng cách xác định đứt đoạn NST → và chạc 3/chạc 4 → ở pha giữa phân bào.	Biện pháp điều trị là ghép tủy xương từ anh em có HLA phù hợp. Cần chắc chắn rằng người cho tủy không phải là người mang bệnh không biểu hiện triệu chứng.

Hội chứng NST X dễ gãy

 Hình 13.6.6A và B: Hội chứng NST X dễ gãy Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Hình bên cho thấy khuôn mặt bình thường của 2 anh em với hội chứng X dễ gãy. Những đặc điểm gồm bất thường về tâm thần nhiều mức độ, khuôn mặt dài, đầu to, tinh hoàn lớn, yếu khớp, tăng đông, động kinh và rối loạn hành vi. Những đặc điểm lâm sàng mơ hồ và không giúp chẩn đoán. Là một bệnh di truyền trội không hoàn toàn liên kết với NST X, những bệnh nhân nữ mang gen có thể bình thường hoặc biểu hiện nhẹ. Rối loạn này gây ra do đột biến lặp đoạn.	Là nguyên nhân thường gặp nhất của chậm phát triển trí tuệ mang tính gia đình, tư vấn di truyền và phát hiện người mang gen của các thành viên trong gia đình đóng vai trò quan trọng. Mọi nam giới với chậm phát triển trí tuệ bẩm sinh nên được kiểm tra DNA. Tùy thuộc và IQ, luyện tập và đào tạo quan là quan trọng. Có thể chẩn đoán trước sinh.
---	--	---

Hội chứng Griscelli kèm hội chứng thực bào máu (Type II)

 Hình 13.6.7A và B: Hội chứng Griscelli kèm hội chứng thực bào máu (Type II) Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Là một bệnh di truyền lặn trên NST thường gây ra bởi đột biến gen <i>RAB27A</i>. Đặc điểm lâm sàng gồm tóc xám bạc, da nhợt nhạt và suy giảm miễn dịch. Nhiễm trùng tái phát có thể nghiêm trọng và đi kèm với gan lách to, thiếu máu và có hạch. Kiểm tra cho thấy giảm bạch cầu hạt, bất thường miễn dịch tế bào, giảm kháng thể, tăng triglycerid máu, giảm protein máu và hiện tượng thực bào hồng cầu. Quan sát tóc dưới kính hiển vi cho thấy nhiều nốt sắc tố lớn. Những thể khác có biểu hiện thần kinh hoặc chỉ có biểu hiện ở da gây ra bởi những gen khác.	Ghép tủy xương từ người có HLA phù hợp thành công đối với những trường hợp không có biểu hiện ở thần kinh. Những trường hợp chỉ biểu hiện ở da và tóc cần được theo dõi để tìm những biểu hiện khác ở hệ miễn dịch hay thần kinh.
---	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 13.6.8A và B: Hội chứng Larsen Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đây là hội chứng tăng biên độ vận động khớp và trật nhiều khớp. Sống mũi tẹt, vùng mắt giữa dẹt và ngón tay hình thìa là những điểm đặc trưng. Đây là bệnh di truyền và kiểu hình đa dạng.	Yếu khớp cần điều trị đặc hiệu. Trật khớp đôi-trục là một biến chứng cần tìm và điều trị.

Hội chứng Marfan

 Hình 13.6.9A đến D: Hội chứng Marfan Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Khô người nhược sức, tay dài, ngón dài, dị dạng lồng ngực, vẹo cột sống, yếu khớp, bàn chân dẹt và rạn da là những biểu hiện gợi ý hội chứng Marfan. Giãn góc động mạch chủ, cận thị và trật thủy tinh thể là những vấn đề chính. Hội chứng Marfan gây ra bởi đột biến gen <i>FBN1</i>.	Theo dõi chặt chẽ về ở tim và phẫu thuật nếu cần thiết. Vấn đề về mắt cần điều trị chuyên khoa. Beta blocker được cho để kiểm soát tiến triển của bệnh lý tim mạch. Những thành công bước đầu của losartan trong dự phòng biến chứng tim mạch trên động vật đã được thử nghiệm trên người.
---	--	---

U sợi thần kinh 1

 Hình 13.6.10A và B: U sợi thần kinh 1 Nguồn ảnh: ML Kulkarni, Shubha R Phadke	Là một rối loạn di truyền trội trên NST thường biểu hiện là những u sợi thần kinh, đốm máu cà phê sữa. Một số có thể có vấn đề tâm thần. Gen gây bệnh là NF 1. U sợi thần kinh dạng đám (gặp ở chân phải trong hình 13.6.1B) có thể xuất hiện ở 1/3 số trường hợp và làm biến dạng.	Biến chứng như vẹo cột sống, khớp giả ở xương chày, tăng huyết áp do hẹp động mạch thận, u tế bào ưa chrom, ung thư sợi thần kinh, u màng não, u thần kinh tiền đình cần được điều trị thích hợp. Nguy cơ tái mắc ở con của bệnh nhân u sợi thần kinh là 50%. Nếu đột biến có thể phát hiện ở người bệnh, chẩn đoán trước sinh có thể thực hiện bằng sinh thiết gai nhau. Nó sẽ xác định có hoặc không có đột biến trong bào thai nhưng không đưa ra gợi ý nào về mức độ biểu hiện lâm sàng.
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Xơ cứng củ		
 Hình 13.6.11A và B: Xơ cứng củ Nguồn ảnh: ML Kulkarni	Xơ cứng củ là bệnh di truyền trội trên NST thường với tính biến đổi lớn trong gia đình. Động kinh và chậm phát triển trí tuệ gặp trong 60% và 40% trường hợp. Biểu hiện ở da bao gồm u tuyến bã (trong hình là mẹ và con bị bệnh), mảng giảm sắc tố, mảng da nhám, u sợi dưới móng. Sự có mặt của những sợi vôi hóa trong chẩn đoán hình ảnh của hệ thần kinh giúp chẩn đoán.	Động kinh khó kiểm soát. U mô mạch thần, u não tế bào hình sao, u cơ tim là những biến chứng có thể có và cần phải tìm và điều trị. Gen gây bệnh là TSC 1 và TSC 2. Phát hiện đột biến giúp chẩn đoán trước sinh. Cha mẹ cần được tầm soát dấu hiệu của xơ cứng củ trước khi tư vấn di truyền. Nguy cơ tái mắc ở trẻ sau của một trường hợp đơn lẻ (cha mẹ bình thường) là 2-3%.

Hội chứng Waardenburg - Type I

 Hình 13.6.12: Hội chứng Waardenburg - Type I Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Đây là bệnh di truyền trội trên NST thường biểu hiện tóc trên trán màu trắng, móng mắt sáng màu, loạn sắc tố móng mắt, sống mũi cao, lông mày giao nhau và góc mắt lạc chỗ (Tăng khoảng cách giữa 2 khòe mắt nhưng khoảng gian đồng tử bình thường). Khoảng phần nửa bệnh nhân có điếc. Type II không có góc mắt lạc chỗ. Sự môi và chẻ vòm hầu, bệnh Hirschsprung, và bệnh tim bẩm sinh có thể xuất hiện.	Điếc có thể điều trị bằng máy trợ thính hoặc cấy ốc tai điện tử kèm theo liệu pháp hỗ trợ ngôn ngữ. Gen gây bệnh là gen <i>PAX 3</i>. Có chỉ định tư vấn di truyền.
--	---	--

Loạn sản ngoại bì giảm tiết mồ hôi liên kết NST X

 Hình 13.6.13: Loạn sản ngoại bì giảm tiết mồ hôi liên kết NST X Nguồn ảnh: Shubha R Phadke	Loạn sản ngoại bì thường gặp. Bé trai bị bệnh có mũi hình yên ngựa, thiếu răng, tóc thưa và sáng màu, trí tuệ bình thường. Lông mày và lông mi thưa. Bệnh nhân không đổ mồ hôi và thường biểu hiện sốt cao ở trẻ nữ nhi. Nhiều loại loạn sản ngoại bì thuộc NST thường đã được biết.	Điều trị triệu chứng để ngừa tăng thân nhiệt. Bệnh nhân nữ có thể thiếu một vài răng. Đột biến ở gen liên kết với NST giới tính X, có tên <i>EDA 1</i>; nếu được phát hiện, phát hiện người mang gen và chẩn đoán trước sinh có thể áp dụng cho những thành viên khác trong gia đình.
--	---	--

Phần 14

Dị Ứng, Thấp Học

Chủ Biên

Major K Nagaraju, Vijay Viswanathan

Hình Ảnh

Major K Nagaraju, M Ramprakash, Raju P Kumbhandani, Vijay Viswanathan

Chia Sẻ Cà Lam Sang

- 14.1 Các Bệnh Dị Ứng Phổ Biến
- 14.2 Các Bệnh Dị Ứng Không Phổ Biến Nhưng Không Hiếm
- 14.3 Các Bệnh Li Thấp Học Phổ Biến
- 14.4 Các Bệnh Thấp Học Không Phổ Biến Nhưng Không Hiếm
- 14.5 Các Hội Chứng Cơ Xương Khớp

PHỤ LỤC

14.1 CÁC BỆNH DỊ ỨNG PHỔ BIẾN 283

- Mề Dậy Cấp 283
- Viêm Kết Mạc Dị Ứng 283
- Đường Dị Ứng (Allergic Line) 283
- Những Vòng Tới Dị Ứng (Allergic Shiners) 284
- Viêm Da Cơ Địa—Mặt 284
- Viêm Da Cơ Địa—Khủy (Eczema chỗ nếp gấp) 284
- CT-Các Xương Cạnh Mũi—Bình Thường 285
- CT-Các Xương Cạnh Mũi—Viêm Xương Toàn Bộ 285
- CT-Các Xương Cạnh Mũi—Polyp Xương Hàm Trái 285
- Phương Pháp Khám Mũi 286
- Mề Dậy Dạng Sẩn—Dị Ứng Do Côn Trùng Cắn 286
- Viêm Kết Mạc Mụn Phồng 286
- Phi Đại Amida 287
- X-Quang Cổ Bền Quan Sát Hạnh Nhân Hầu 287

14.2 CÁC BỆNH DỊ ỨNG KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM 287

- Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Sắc Tổ Kết Mạc 287
- Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Các Đốm Horner-Trantas 288
- Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Các Nốt Gelatine Vùng Rìa 288
- Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Các Nốt Vùng Rìa 288
- Hà Miệng Do Dị Ứng 289
- Viêm Kết Mạc Nhũ Không Lở Do Dị Ứng 289
- Các Thỏi Do Dị Ứng 289
- Cháo Kiểu Dị Ứng (Allergic Salute) 290
- Cháo Kiểu Dị Ứng—Cách Khác 290
- Test Da Dị Ứng—Phản Ứng (Cảng Tạm) 290
- Test Da Dị Ứng—Phản Ứng (Ổ Lưng) 291
- Test Da Huyết Thanh Tự Thân (ASST) 291
- Các Nếp Dennis Morgan—DH Viêm Mũi Dị Ứng 291
- Hội Chứng Mắt Dài 292
- Dụng Cụ Đo Đồng Thở Vào Dinh Qua Mũi Dề Đánh Giá Nghẹt Mũi 292

- Kỹ Thuật Xit Steroid Vào Mũi Ở Trẻ Nhỏ 292
- Kỹ Thuật Xit Steroid Vào Mũi Ở Trẻ Vị Thành Niên 293

14.3 CÁC BỆNH LÝ THẤP HỌC PHỔ BIẾN 293

- Viêm Viêm Bám Gân Do Viêm Khớp (ERA) 293
- Viêm Vài Khớp Tự Phát Thiếu Niên 293
- Viêm Đa Khớp Thiếu Niên Tự Phát 294
- Bệnh Kawasaki 294
- Bệnh Kawasaki—Chai Sạn Đồ Ở Vùng Tiêm BCG 294
- Tác Dụng Phụ Của Liệu Pháp Steroid Kéo Dài—Xẹp Đốt Sống 295
- Viêm Khớp Tự Phát Thiếu Niên Thể Hệ Thống 295
- Ban Xuất Huyết Schönlein-Henoch điển hình 295

14.4 CÁC BỆNH LÝ THẤP HỌC KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM 296

- Viêm Đa Cơ Thiếu Niên 296
- Viêm Đa Cơ Thiếu Niên—Các Nốt Sưng (Sự Ngấm Vôi) 296
- Viêm Đa Cơ Thiếu Niên—Ngấm Vôi Ở Da 296
- Xơ Cứng Hệ Thống Tuổi Thiếu Niên—Hình Ảnh “Mím Mỏi” 297
- Xơ Cứng Hệ Thống Tuổi Thiếu Niên—Cứng Khớp Và Giảm Sắc Tổ Ở Các Điểm Xương 297
- Xơ Cứng Hệ Thống Tuổi Thiếu Niên—Loét Da Viêm Mạch Đã Lành 297
- Xơ Cứng Bì Tĩnh Dài 298
- SLE—Ban “Cánh Bướm” 298
- SLE—Viêm Niêm Mạc Trung Tâm Khẩu Cái Cứng 298

14.5 CÁC HỘI CHỨNG CƠ XƯƠNG KHỚP 299

- Hội chứng Tăng Động Khớp Lạnh Tĩnh 299

14.1 CÁC BỆNH DỊ ỨNG PHỔ BIẾN

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 14.1.1: Mề đay cấp Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Hình ảnh cho thấy các tổn thương đỏ da gồ lên ở lưng của trẻ 10 tuổi, kèm ngứa. Các nguyên nhân phổ biến nhất là nhiễm virus, thức ăn và thuốc.	Kháng histamin, Steroids nếu có phù mạch.

Viêm Kết Mạc Dị Ứng

 Hình 14.1.2: Viêm kết mạc dị ứng Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Tình trạng viêm kết mạc do dị ứng. Thường đi kèm với viêm mũi dị ứng.	• Điều trị: tránh xa dị nguyên, kháng histamin tại chỗ và NSAIDs tại chỗ • Thuốc nhỏ mắt sodium chromoglycolate được sử dụng để dự phòng.
--	--	--

Đường Dị Ứng

 Hình 14.1.3: Đường dị ứng Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Đường tối giữa phần sụn và xương của vách mũi do ấn liên tục vào phần sụn của vách mũi để làm giảm nghẹt mũi.	Đôi khi Leukotriene hữu ích trong viêm mũi dị ứng theo mùa và viêm mũi dị ứng liên quan với hen.
--	--	---

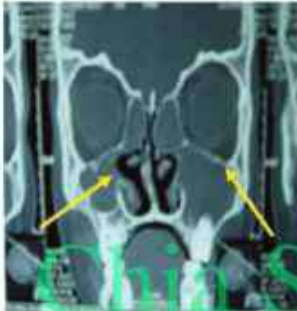
Hình Ảnh	Chú Ý	Nữ Trí
Những Vòng Tối Dị Ứng		
 Hình 14.1.4: Những vòng tối dị ứng Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Vòng tối bầm ở mí dưới do ứ trệ tĩnh mạch ở mô lông lẹo của rãnh mí ở mắt dưới do niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi bị phù và ép vào tĩnh mạch. Triệu chứng rất có giá trị trong viêm mũi dị ứng.	Dấu hiệu này chứng tỏ có tình trạng nghẹt mũi. Điều trị bằng steroid trong mũi hay đôi vận leukotriene của đối vận receptor leukotriene sinh khả dụng hệ thống thấp.

Viêm Da Cơ Địa—Mặt

 Hình 14.1.5: Viêm da cơ địa—Mặt Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Hình ảnh tổn thương đỏ da ở vùng má của trẻ. Nguyên nhân hay gặp nhất là do viêm da cơ địa, thường đi kèm với ngứa.	Điều trị bằng chất làm mềm da/steroid nhẹ
---	--	--

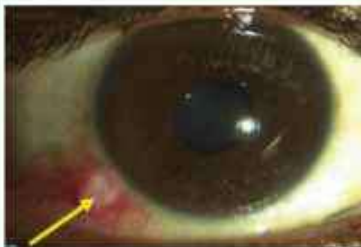
Viêm Da Cơ Địa—Khuỷu tay (Eczema Vùng Nếp Gấp)

 Hình 14.1.6: Viêm da cơ địa—Khuỷu tay (Eczema vùng nếp gấp) Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Ban đỏ ở vùng nếp gấp thường gặp ở trẻ. Đây là một trong những biểu hiện của viêm da cơ địa.	Điều trị bằng chất làm mềm da/steroid nhẹ.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
CT-Các Xoang Cạnh Mũi—Bình Thường		
 Hình 14.1.7: CT-Các xoang cạnh mũi—Bình thường Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	CT scan các xoang cạnh mũi—Mắt cắt coronal cho thấy sự bình thường của xoang hàm, xoang sàng, tình trạng mô của phức hợp lỗ ngách và bất sản hai bên xoang trán của trẻ. Mắt cắt axial và coronal được dùng để đánh giá viêm xoang, polyps và tình trạng mô của phức hợp lỗ ngách.	<i>Viêm xoang cấp:</i> Điều trị bằng Co-amoxiclav từ 10 đến 14 ngày.
CT-Các Xoang Cạnh Mũi—Viêm Xoang Toàn Bộ		
 Hình 14.1.8: CT-Xoang cạnh mũi - Viêm xoang toàn bộ Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	CT các xoang cạnh mũi cho thấy viêm xoang hàm hai bên. Viêm xoang sàng với tắc phức hợp lỗ ngách 2 bên.	<i>Viêm xoang mạn:</i> Dùng kháng sinh trong 6 tuần. <i>Trường hợp kháng thuốc:</i> Phẫu thuật. Các chỉ định phẫu thuật xoang khác là: polyp Killian, áp xe ổ mắt và các biến chứng nội sọ do viêm xoang.
CT-Các Xoang Cạnh Mũi—Polyp Xoang Hàm Trái		
 Hình 14.1.9: CT-Các xoang cạnh mũi—Polyp xoang hàm trái Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	CT-các xoang cạnh mũi—mắt cắt coronal ở trẻ 12 tuổi thấy polyp ở xoang hàm trái.	Polyps có thể điều trị bằng phẫu thuật xoang nội soi chức năng xâm nhập tối thiểu.

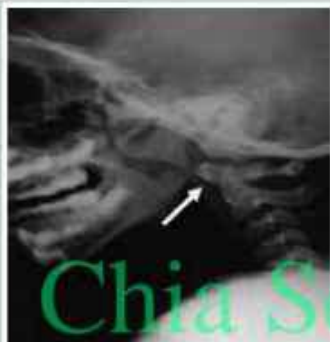
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Phương Pháp Khám Mũi		
 Hình 14.1.10: Phương pháp khám mũi Photo Courtesy: Major K Nagaraju, Chennai	Có thể khám mũi tốt hơn bằng cách nâng đỉnh mũi của bệnh nhân bằng ngón cái của thầy thuốc để quan sát niêm mạc mũi, vách mũi và các cuộn mũi. Trẻ sẽ rất sợ nếu chúng ta sử dụng pinch mũi.	Khám mũi là một phần quan trọng trong khám hệ hô hấp.

Mề Đay Dạng Sẩn—Dị Ứng Do Côn Trùng Cắn		
 Hình 14.1.11: Mề đay dạng sẩn— Dị ứng do côn trùng cắn Photo Courtesy: Major K Nagaraju, Chennai	Mề đay sẩn là một bệnh lý phổ biến và thường gây khó chịu, biểu hiện gồm các sẩn tại phát và mạn tính do phản ứng quá mẫn với vết cắn của muỗi, bọ chét, rệp, và các côn trùng khác. Sẩn có thể bao quanh một nốt phồng và có một chấm nhỏ ở trung tâm.	Tự giới hạn, bệnh sẽ biến mất khi trẻ lớn lên, có thể do giảm nhạy cảm do phơi nhiễm với động vật tiết túc nhiều lần.

Viêm Kết Mạc Mụn Phồng		
 Hình 14.1.12: Viêm kết mạc mụn phồng Photo Courtesy: Major K Nagaraju, Chennai	Đây là dạng quá mẫn type IV với kháng nguyên ở nơi khác của cơ thể. Biểu hiện là một nốt ở kết mạc vùng rìa giác mạc với tình trạng sung huyết xung quanh.	Điều trị bằng steroid bệ mắt.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 14.1.13: Phi đại amydale Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Phi đại amydale: Độ 1: Amydale vượt ra ngoài hồ amydale, $\leq 25\%$ chiều rộng miệng hầu. Độ 2: Amydale chiếm 26 - $\leq 50\%$ chiều rộng miệng hầu. Độ 3: Amydale chiếm 51 - $\leq 75\%$ chiều rộng miệng hầu. Độ 4: Amydale chiếm hơn 75% chiều rộng miệng hầu.	Cắt amydale được chỉ định ở bệnh nhân viêm nhiễm ≥ 3 lần trong 1 năm trong mỗi 3 năm trước đó mặc dù đã điều trị đầy đủ.

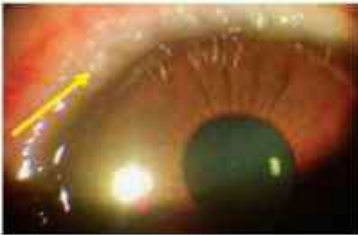
X-Quang Cổ Bên Quan Sát Hạnh Nhân Hầu

 Hình 14.1.14: X-quang cổ bên quan sát hạnh nhân hầu Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	X-quang cổ bên thấy bóng của mô mềm. (Hạnh nhân hầu) ảnh hưởng đến vùng mũi hầu. Phi đại hạnh nhân hầu sẽ chèn ép vào đường dẫn khí mũi hầu.	Cắt VA được chỉ định khi có ngưng thở khi ngủ nặng và viêm tai giữa tái diễn hay viêm tai giữa thanh dịch mạn tính.
--	---	--

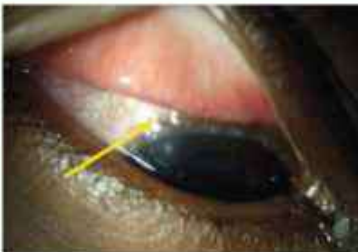
14.2 NHỮNG BỆNH DỊ ỨNG KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM

Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Sắc Tổ Kết Mạc

 Hình 14.2.1: Viêm kết mạc dị ứng—Sắc tổ kết mạc Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, M Ramprakash, Chennai	Lắng đọng sắc tổ kết mạc xảy ra trong viêm kết mạc dị ứng mạn tính và trên lâm sàng gọi là kết mạc bùn (muddy conjunctiva). Đây là dấu hiệu của viêm kết mạc dị ứng mạn tính.	Không cần điều trị.
--	--	----------------------------

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Các Đốm Horner-Trantas		
 Hình 14.2.2: Viêm kết mạc dị ứng—Các đốm Horner-Trantas Photo Courtesy: Major K Nagaraju, M Ramprakash, Chennai	Đốm Horner-Trantas là những đốm trắng nhỏ tìm thấy ở rìa giác mạc do sự tích tụ bạch cầu eosin.	Điều trị bằng thuốc nhỏ mắt fluoromethalone hay loteprednol cùng với nước mắt nhân tạo.

Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Các Nốt Gelatine Vùng Rìa		
 Hình 14.2.3: Viêm kết mạc dị ứng—Các Nốt Gelatine Vùng Rìa Photo Courtesy: Major K Nagaraju, M Ramprakash, Chennai	Thường gặp trong viêm kết mạc dị ứng. Dấu hiệu này cần phải phân biệt với viêm kết giác mạc mụn phỏng bóng soi đèn khe (slit lamp).	Điều trị bằng các thuốc kháng viêm bề mặt hay steroid bề mặt. Nước mắt nhân tạo giúp giảm ngứa.

Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Các Nốt Vùng Rìa		
 Hình 14.2.4: Viêm Kết Mạc Dị Ứng—Các Nốt Vùng Rìa Photo Courtesy: Major K Nagaraju, M Ramprakash, Chennai	Sự tích tụ bạch cầu và phì đại kết mạc vùng rìa (hình ảnh các nốt gelatine) hay ở kết mạc mi trên.	Có thể sử dụng các thuốc tác dụng kép như thuốc nhỏ mắt olopatadine ketotifen.

Hình Ảnh	Chú Ý	Nữ Trí
 Hình 14.2.5: Hà Miệng Do Dị Ứng Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Trẻ hình bên đang mở miệng—để thở miệng. Đây là một dấu hiệu của viêm mũi dị ứng, trẻ bị nghẹt mũi nên phải thở miệng.	<i>Viêm mũi dị ứng:</i> dùng steroid xịt mũi.

Viêm Kết Mạc Nhũ Không Lỗ Do Dị Ứng

 Hình 14.2.6: Viêm Kết Mạc Nhũ Không Lỗ Do Dị Ứng Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, M Ramprakash, Chennai	Các vách ngăn cách các nhũ võ ra, dẫn đến sự tạo thành các nhũ không lỗ ở kết mạc mi trên. Cũng có thể thấy ở người dùng kính áp tròng.	Điều trị bằng steroid hay các thuốc kháng viêm.
---	--	--

Các Thở Do Dị Ứng

 Hình 14.2.7: Các Thở Do Dị Ứng Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Trẻ biểu hiện nhăn mặt do nghẹt mũi.	Điều trị viêm mũi dị ứng nên tránh kháng histamin thế hệ 1 do làm giảm nhận thức và tác dụng an thần.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Chào Kiểu Dị Ứng (Allergic Salute)		
	Trẻ liên tục đưa tay ca vào đỉnh mũi để làm giảm ngứa và tách các cuộn mũi bị dính vào vách mũi do phù.	Liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi hay dưới da được khuyến cáo cho một hay hai kháng nguyên gây viêm mũi dị ứng và những trường hợp không đáp ứng với dùng thuốc.
Hình 14.2.8: Chào Kiểu Dị Ứng <i>Photo Courtesy:</i> Major K Nagaraju, Chennai		

Chào Kiểu Dị Ứng—Cách Khác

	Hình ảnh lâm sàng này gặp phổ biến trong thực hành hằng ngày cũng là một biểu hiện chào kiểu dị ứng.	Điều trị bằng steroid xịt mũi để làm giảm nghẹt mũi.
Hình 14.2.9: Chào Kiểu Dị Ứng—Cách Khác <i>Photo Courtesy:</i> Major K Nagaraju, Chennai		

Test Da Dị Ứng—Phản Ứng (Cẳng Tay)

	Test da dị ứng dùng một dao theo phương pháp chích, đây là phương pháp phổ biến được sử dụng để phát hiện nhạy cảm với dị nguyên. Giải thích kết quả bằng cách đo kích thước nốt phồng. Nếu >2 cm so với mẫu âm thì có ý nghĩa.	• Test da dị ứng là điều kiện cần cho liệu pháp miễn dịch. • Độ nhạy và độ đặc hiệu với các triệu chứng hô hấp trên là 94% và 80%, với triệu chứng hô hấp dưới là 84% và 87%. Với dị ứng thức ăn độ nhạy 76 đến 98% và độ đặc hiệu 29 đến 57%.
Hình 14.2.10: Test Da Dị Ứng—Phản Ứng (Cẳng Tay) <i>Photo Courtesy:</i> Major K Nagaraju, Chennai		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 14.2.11: Test Da Dị Ứng—Phản Ứng (Ở Lưng) Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Lưng là vị trí rất nhạy với test da dị ứng.	Rất khó để thực hiện ở lưng vì vảy phần ít nhạy cảm hơn là mặt trong của cẳng tay thường được sử dụng.

Test Da Huyết Thanh Tự Thân (ASST)

 Hình 14.2.12: Test Da Huyết Thanh Tự Thân (ASST) Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	ASST hữu ích với bệnh nhân tự miễn và mê đay mạn tính, những người có các tự kháng thể chức năng kháng IgE và/hoặc ái lực cao với receptor FcεR1.	Điều trị châm tự miễn bằng liều cao kháng histamin, corticosteroid toàn thân và thỉnh thoảng là các thuốc điều hòa miễn dịch.
---	--	--

Các Nếp Dennis Morgan—Dấu Hiệu Viêm Mũi Dị Ứng

 Hình 14.2.13: Các Nếp Dennis Morgan—Dấu Hiệu Viêm Mũi Dị Ứng Photo Courtesy: Major K. Nagaraju, Chennai	Các nếp ở mí dưới do co thắt cơ Mueller. Đây là một dấu hiệu của viêm mũi dị ứng.	Viêm mũi dị ứng: Điều trị chủ yếu bằng kháng histamin đường uống thế hệ 2, steroid xịt mũi.
---	--	---

Hình Ảnh	Chữ Ý	Xử Trị
	Thở miệng liên tục gây mất cân đối các cơ. Lực áp vào hàm trên, tạo nên vòm rất cao ở khẩu cái và làm tăng chiều dài toàn bộ mặt dưới.	Phẫu thuật laser hàm mặt sau khi xương phát triển hoàn toàn.
Hình 14.2.14: Hội Chứng Mặt Dài <i>Photo Courtesy:</i> Major K Nagaraju, Chennai		

Dụng Cụ Đo Dòng Thở Vào Đình Qua Mũi Để Đánh Giá Nghẹt Mũi

	Dụng cụ di động đo dòng thở vào có thể được sử dụng để theo dõi nghẹt mũi và đánh giá đáp ứng điều trị, nhờ sự đánh giá khách quan tình trạng sung huyết trong đường thở mũi.	Do theo dõi trong vài tuần sẽ cho thông tin chính xác về những thay đổi trong đường thở mũi, và tương quan tốt với diễn triệu chứng.
Hình 14.2.15: Dụng Cụ Đo Dòng Thở Vào Đình Qua Mũi Để Đánh Giá Nghẹt Mũi <i>Photo Courtesy:</i> Major K Nagaraju, Chennai		

Kỹ Thuật Xịt Steroid Vào Mũi Ở Trẻ Nhỏ

	Lỗ ống xịt hướng trực tiếp vào cuống mũi dưới về phía tai và nên tránh xa vách mũi để tránh thủng vách. Steroid xịt mũi được khuyến cáo trong 3 tháng theo các guideline.	Steroid xịt mũi là phương pháp điều trị chủ yếu cho viêm mũi dị ứng vừa đến nặng.
Hình 14.2.16: Kỹ Thuật Xịt Steroid Vào Mũi Ở Trẻ Nhỏ <i>Photo Courtesy:</i> Major K Nagaraju, Chennai		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 14.2.17: Kỹ Thuật Xịt Steroid Vào Mũi Ở Trẻ Vị Thành Niên Photo Courtesy: Major K Nagaraju, Chennai	Dùng tay phải với lỗ mũi trái và tay trái cho lỗ mũi phải, steroid xịt mũi được khuyến cáo trong viêm mũi dị ứng trung bình-nặng và nghẹt mũi.	Dùng đúng kỹ thuật, đúng thời gian giúp hạn chế các biến chứng tại chỗ.

14.3 CÁC BỆNH THẤP PHỔ BIẾN

Viêm Điểm Bám Gân Do Viêm Khớp (ERA)

 Hình 14.3.1A và B: Viêm điểm bám gân do Vkhớp Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ nam trước đây thì có đau và sưng gối trái và cổ chân phải (bám tận của gân achilles)—ảnh hưởng khớp lớn không đối xứng ở chi dưới. Viêm điểm bám gân do viêm khớp. Đây là tình trạng viêm nơi bám của dây chằng, gân, bao khớp và mạc vào xương.	- Cần làm HLA-B27 và yếu tố thấp ở những ca này. - Điều trị gồm triamcinolone acetonide nội khớp, steroids hệ thống và các thuốc DMARDs cho những bệnh trợ với điều trị.
--	---	---

Viêm Vài Khớp Tự Phát Thiếu Niên

 Hình 14.3.2: Viêm Vài Khớp Tự Phát Thiếu Niên Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ gái 5 tuổi có sưng khớp lớn một bên trong 8 tuần với teo nặng cơ tứ đầu đùi. Đây là dấu hiệu rất điển hình trong viêm vài khớp thiếu niên tự phát.	- Loại trừ nhiễm trùng, các rối loạn chảy máu và u. - Cần thực hiện ANA (nếu có viêm màng bồ đào) yếu tố thấp (viêm đa khớp âm tính với RF) với những ca này. - Điều trị gồm triamcinolone acetonide nội khớp, steroids hệ thống với các thuốc DMARDs cho những bệnh trợ với điều trị.
---	---	--

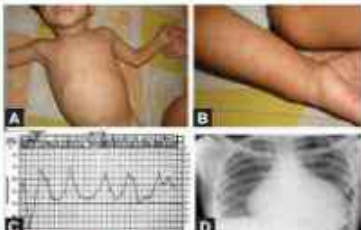
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 14.3.3A đến D: Viêm Đa Khớp Thiếu Niên Tự Phát Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ gái 10 tuổi sưng khớp đối xứng 2 bên— khớp cổ tay, gối, cổ chân và bàn ngón với khớp gian ngón gần, nhạy cảm đau và hạn chế vận động (các khớp lớn và nhỏ). Đây là dấu hiệu rất điển hình trong viêm đa khớp thiếu niên tự phát.	Cần làm yếu tố thấp ở những ca này (để tiên lượng). Điều trị tấn công bằng steroid, DMARDs (methotrexate, leflunomide) và với những ca trợ với điều trị thì dùng các thuốc sinh học (anti-TNF alpha).

Bệnh Kawasaki

 Hình 14.3.4: Bệnh Kawasaki Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ gái 7 tuổi sốt dai dẳng, sưng hạch cổ một bên. Thăm khám phát hiện lưỡi đỏ như dâu tây điển hình (do ban đỏ lan tỏa và nổi các nhú lưỡi) và viêm niêm mạc miệng. Phi địa hạch cổ với viêm niêm mạc miệng (lưỡi dâu tây) là một phần trong tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Kawasaki.	• Luôn luôn bắt buộc siêu âm tim 2 chiều để khảo sát. • Điều trị gồm gammaglobulin tĩnh mạch, aspirin liều cao sau đó là một liều aspirin chống ngưng tập tiểu cầu. Những trường hợp trợ có thể cần steroid và/hoặc chen TNF alpha
--	---	---

Bệnh Kawasaki—Chai Sạn Đỏ Ở Vùng Tiêm BCG

 Hình 14.3.5: Bệnh Kawasaki—Chai Sạn Đỏ Ở Vùng Tiêm BCG Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ 6 tháng tuổi sốt dai dẳng, nổi ban, quấy khóc, tiêu chảy. Thăm khám thấy viêm niêm mạc (mucositis) cùng với một vết sẹo do tiêm BCG chai sạn và đỏ. Hiện tượng này được cho là do phản ứng chéo giữa protein shock nhiệt (HSP) 65 của vi khuẩn với HSP 63 tương tự ở người.	Ý nghĩa: Bệnh Kawasaki không hoàn toàn (KD) biểu hiện không đầy đủ các tiêu chuẩn. Chẩn đoán sớm là rất quan trọng vì những trẻ này dễ bị các biến chứng tim mạch. Sự tái hoạt của BCG hiểm nhưng lại là dấu hiệu đặc hiệu cho KD; vì vậy có thể được sử dụng như một dấu hiệu chẩn đoán KD.
--	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tác Dụng Phụ Của Liệu Pháp Steroid Kéo Dài—Xẹp Đốt Sống		
 Hình 14.3.6: Tác Dụng Phụ Của Liệu Pháp Steroid Kéo Dài—Xẹp Đốt Sống Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai	Trẻ nữ 10 tuổi được chẩn đoán viêm khớp tự phát thiếu niên thể hệ thống, dùng steroid kéo dài. Vào viện vì đau lưng. Hình ảnh cho thấy xẹp đốt sống thứ phát sau liệu pháp steroid.	Trong những trường hợp viêm mạn tính khi dùng ức chế miễn dịch kéo dài, việc loại trừ các biến chứng của liệu pháp là rất quan trọng. Điều trị gồm hỗ trợ, cung cấp canxi và dùng bisphosphonate.
Viêm Khớp Tự Phát Thiếu Niên Thể Hệ Thống		
 Hình 14.3.7A đến D: Viêm Khớp Tự Phát Thiếu Niên Thể Hệ Thống Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ nam 2 tuổi vào viện vì sốt dai dẳng 4 tuần và có nổi ban. Thăm khám thấy các dát đỏ không phai điển hình ở thân, chi và bụng. (A và B) Ngoài ra còn có dạng sốt hằng ngày (quotidian) (C) là triệu chứng đặc hiệu với viêm khớp tự phát thiếu niên thể hệ thống (SOJIA). Các tiêu chuẩn kèm theo gồm sưng hạch, to các tạng và viêm thanh mạc—tràn dịch màng ngoài tim (D).	- Xét nghiệm cho thấy thiếu máu do viêm mạn tính, tăng bạch cầu neutro, tăng tiểu cầu và tăng các marker pha cấp. - Điều trị gồm kháng viêm cùng với steroid toàn thân. DMARDs như methotrexate được sử dụng điều trị viêm khớp với tỉ lệ thành công trung bình. Anti interleukin-1 and anti-IL-6 dùng trong trường hợp trợ.
Ban Xuất Huyết Schönlein-Henoch điển hình		
 Hình 14.3.8: Ban XH Schönlein-Henoch điển hình Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ gái 5 tuổi khởi phát đau bụng cấp và xuất huyết ở chi dưới. Thăm khám thấy các tổn thương điển hình của xuất huyết Henoch Schonlein ở mông và chi dưới (phụ thuộc vào vùng cơ thể). Tổn thương điển hình gồm phỏng nước bề mặt, các dát sần đỏ và các tổn thương mảng xuất huyết lớn hơn, sờ được. Các đốm xuất huyết và các tổn thương hình bia bắn cũng có thể có.	Thường điều trị triệu chứng. Steroid chỉ định trong trường hợp có biểu hiện ở thận, bụng/TKTW nghiêm trọng.

14.4 CÁC BỆNH THẤP KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIẾM

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Viêm Da Cơ Thiếu Niên  Hình 14.4.1A và B: (A) Sẩn Gottron; (B) Rối loạn sắc tố ở khuỷu tay của cùng bệnh nhân. Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ 5 tuổi xuất hiện các tổn thương da 1 năm trước. Sau một năm xuất hiện yếu các cơ gần gốc. Các sẩn Gottron được coi là dấu hiệu tiêu chuẩn vàng của viêm da cơ. Các tổn thương nguyên phát gồm các sẩn đối xứng từ đỏ đến tím ở mặt dưới của khớp bán ngón và gian ngón tay, gối, khuỷu, và cổ chân. Những tổn thương thứ phát cũng có thể có, gồm vảy da, vảy tiết, trợt, loét hoặc rối loạn sắc tố.	Kết hợp steroids với DMARDs như methotrexate và với hydroxychloroquine. Uớc chế miễn dịch bằng cyclophosphamide ở những trường hợp tổn thương nặng.
Viêm Da Cơ Thiếu Niên—Các Nốt Sưng (Sự Ngấm Vôi)  Hình 14.4.2: Viêm Da Cơ Thiếu Niên—Các Nốt Sưng. Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai	Trẻ gái 10 tuổi được chẩn đoán viêm da cơ thiếu niên với các lắng đọng nốt. Đây là một biến chứng của viêm da cơ thiếu niên. Sự ngấm vôi ở da trong viêm da cơ thiếu niên là do chẩn đoán muộn tình trạng viêm ác tính (aggressive). Gặp khoảng 40% trường hợp ở giai đoạn muộn.	Các phác đồ đã được thử nghiệm, bisphosphonates, diltiazem, vv. Bệnh thường trợ với điều trị. Kiểm soát trường hợp bệnh ác tính làm giảm khả năng canxi hóa.
Viêm Da Cơ Thiếu Niên—Ngấm Vôi Ở Da  Figures 14.4.3A and B: Viêm Da Cơ Thiếu Niên—Ngấm Vôi Ở Da. Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai	X-quang của cùng bệnh nhân ở Hình 14.4.2 cho thấy các nốt canxi đặc.	Các phác đồ đã được thử nghiệm, bisphosphonates, diltiazem, vv. Bệnh thường trợ với điều trị. Kiểm soát trường hợp bệnh ác tính làm giảm khả năng canxi hóa.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
	Trẻ gái 10 tuổi vào viện vì khó há miệng, biến dạng ngón tay tiên triển và loét ở các lõi xương. Thăm khám cho thấy dấu hiệu “mím môi” điển hình cũng với mắt các nếp ở mắt, mũi hẹp, da bóng, cứng khớp và các vết loét do viêm mạch ở các lõi xương. Đây là các dấu hiệu điển hình của xơ cứng hệ thống tuổi thiếu niên.	Cần làm xét nghiệm ANA, anti(SCL 70 (đặc hiệu cho topoisomerase 1), Cần loại trừ các tổn thương cơ quan (thận phổi tim, tiêu hóa và thần kinh). Điều trị bằng steroids, DMARDs, và ức chế miễn dịch (khi có tổn thương tạng).
Figure 14.4.4: Xơ cứng hệ thống tuổi thiếu niên—Hình ảnh “mím môi” Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai		

Xơ Cứng Hệ Thống Tuổi Thiếu Niên—Cứng Khớp Và Giảm Sắc Tổ Ở Các Điểm Xương

	Cùng bệnh nhân ở Hình 14.4.4. Hình ảnh các ngón tay căng bóng và biến dạng gấp ở khớp gian đốt gần và giảm sắc tổ sáng bóng ở các điểm xương. Đây là các dấu hiệu điển hình của xơ cứng hệ thống tuổi thiếu niên.	Cần làm xét nghiệm ANA, anti(SCL 70 (đặc hiệu cho topoisomerase 1), Cần loại trừ các tổn thương cơ quan (thận phổi tim, tiêu hóa và thần kinh). Điều trị bằng steroids, DMARDs, và ức chế miễn dịch (khi có tổn thương tạng).
Figure 14.4.5: Xơ cứng hệ thống tuổi thiếu niên — Giảm sắc tổ ở các điểm xương Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai		

Xơ Cứng Hệ Thống Tuổi Thiếu Niên—Loét Da Viêm Mạch Đã Lành

	Cùng bệnh nhân ở hình 14.4.4. Vết loét do viêm mạch đã lành ở mắt cá ngoài, xung quanh có hình ảnh da căng bóng. Đây là các dấu hiệu điển hình của xơ cứng hệ thống tuổi thiếu niên.	Cần làm xét nghiệm ANA, anti(SCL 70 (đặc hiệu cho topoisomerase 1), Cần loại trừ các tổn thương cơ quan (thận phổi tim, tiêu hóa và thần kinh). Điều trị bằng steroids, DMARDs, và ức chế miễn dịch (khi có tổn thương tạng).
Hình 14.4.6: Xơ cứng hệ thống tuổi thiếu niên — loét do viêm mạch đã lành Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Xơ Cứng Bì Tầng Dài		
 Hình 14.4.7A và B: Xơ cứng bì tầng dài Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Mumbai	Trẻ gái 8 tuổi vào viện vì khó đi lại, cùng với đau ở khớp cổ chân phải 3 tháng nay. Thăm khám thấy một dải tổn thương rộng bóng, đang sập, màu thịt chạy dọc theo toàn bộ chi (Hình 14.4.7A). Bề cũng bị ảnh hưởng ở các khớp phía dưới (Hình 14.4.7B). Thủ vị là ở cổ chân bị ảnh hưởng còn có viêm màng hoạt dịch.	Điều trị gồm DMARDs như methotrexate có hay không steroids. Steroids nội khớp có hiệu quả với viêm màng hoạt dịch tại chỗ.

SLE—Ban “Cánh Bướm”

 Hình 14.4.8: SLE—Ban “cánh bướm” Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai	Trẻ gái 10 tuổi sở dĩ dai dẳng, nổi ban, loét miệng, đau khớp. Thăm khám thấy ban cánh bướm điển hình trong lupus ban đỏ hệ thống chưa lại nếp mũi má. Ban cánh bướm trong lupus đỏ hoặc tím và có ít vảy da, nó có hình cánh bướm và ảnh hưởng đến cầu mũi. Lưu ý, ban thường chứa lại nếp mũi má. Nó thường có dạng dát với bờ rõ và không ngứa. Ban gặp trong 70 đến 80% trường hợp.	Cần làm xét nghiệm Anti-dsDNA, các kháng thể với kháng nguyên nhân hòa tan (ENAs) và phân tích nước tiểu. Loại trừ các tổn thương cơ quan.
--	---	---

SLE—Viêm Niêm Mạc Ở Trung Tâm Khẩu Cái Cứng

 Hình 14.4.9: SLE—Viêm niêm mạc ở trung tâm khẩu cái cứng Photo Courtesy: Raju P Khubchandani, Mumbai	Cùng bệnh nhân với Hình 14.4.8, hình ảnh viêm niêm mạc ở trung tâm khẩu cái cứng—đặc điểm điển hình của SLE.	Cần làm xét nghiệm Anti-dsDNA, các kháng thể với kháng nguyên nhân hòa tan (ENAs) và phân tích nước tiểu. Loại trừ các tổn thương cơ quan.
--	---	---

14.5 CÁC HỘI CHỨNG CƠ XƯƠNG KHỚP

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Hội Chứng Tăng Động Khớp Lạnh Tĩnh  Hình 14.5.1A đến C: (A) Tư thế ngồi chữ W điển hình trong tăng vận động khớp; (B) Tăng vận động ngón cái; (C) Tăng vận động các ngón tay <i>Photo Courtesy: Vijay Viswanathan, Raju P Khubchandani, Mumbai</i>	Trẻ gái 5 tuổi có đau chi dưới. Dễ bầm tím, thường té khi đi, tăng động khớp và có cận thị cao (high myopia).	Tăng vận động (còn gọi là “double jointedness” hay hội chứng tăng vận động, hội chứng tăng vận động khớp lạnh tĩnh, tăng độ dẻo) là tình trạng khớp dẫn nhiều hơn bình thường. Hội chứng tăng vận động khớp có nhiều đặc điểm chung với các bệnh như hội chứng Marfan syndrome, hội chứng Ehlers-Danlos và xương bất toàn. Hệ thống điểm Beighton và hệ thống điểm Brighton đánh giá độ tăng vận động và hội chứng tăng vận động khớp lạnh tĩnh.

Chia Se Ca Lam Sang

Chia Se Ca Lam Sang

CHƯƠNG 15

Y HỌC VÀ SỨC KHỎE VỊ THÀNH NIÊN

Biên tập chương
Swati Y Bhave

Tác giả hình ảnh

Abhaya Martin, Anand Galagali, Ashish Kakkar, Harish Pemde, Jayakar Thomas, MKC Nair, Nitin A Yelikar, Paula Goel, Preeti Galagali, Quresh B Maskati, Shailaja Mane, Shaji Thomas John, Siddharth S Budhraj, Sonia Kanitkar, Swati Y Bhave, Tanmaya Amladi, Vaman Khadilkar, Vijay Zawar

- 15.1 Vấn đề phát triển
- 15.2 Vấn đề hệ thống
- 15.3 Các vấn đề khác
- 15.4 Chương trình cộng đồng

MỤC LỤC

15.1 VẤN ĐỀ PHÁT TRIỂN

15.1.1 Giai đoạn phát triển giới tính

- Cơ quan sinh dục trước tuổi dậy thì - SMR 1 **303**
- Vũ và lông nách trước tuổi dậy thì **303**
- Phát triển vú ở bé gái - SMR 2 và 3 **303**
- Phát triển vú ở bé gái - SMR 4 và 5 **303**
- Mọc lông nách ở bé trai **304**
- Phát triển lông mặt ở bé trai **304**
- Quả táo Adam ở bé trai **305**
- Lông mu và tinh hoàn ở bé trai - SMR 4 và 5 **305**

15.1.2 Các vấn đề khác 305

- Một thiếu niên hiện đại điển hình **305**
- Thể dục thể thao quan trọng với thanh thiếu niên **306**
- Áp lực đồng trang lứa **306**
- Dịch vụ CSSK thân thiện cho vị thành niên (AFHS) **307**
- Phòng khám tư nhân cho trẻ vị thành niên 1 và 2 **307**
- Núm vú phụ **307**
- Hình phạt lên thân thể của giáo viên **308**
- Vết thương tự gây ra **308**

15.1.3 Dinh dưỡng 308

- Suy dinh dưỡng ở trẻ vị thành niên **308**
- Béo phì ở bé trai và bé gái **308**

15.2 VẤN ĐỀ HỆ THỐNG 309

15.2.1 Đa hình 309

- Liệt Bell bên trái **309**
- Viêm da do thuốc **309**
- U vàng ở gối phải **310**
- U máu lớn **310**
- Hội chứng ma cà rồng **310**
- Viêm mạch máu nhỏ **310**
- Hoại tử đầu tận các ngón **311**
- Áp xe nông **311**

▪ Các hội chứng

- Hội chứng Klippel-Treunay-Weber
- Hội chứng Peutz-Jeghers
- Hội chứng Marfan

15.3 CÁC VẤN ĐỀ KHÁC 313

15.3.1 Răng 313

- Sâu răng **313**
- Tất lệch khớp cắn của răng **313**
- Niềng răng **313**
- Mề các răng cửa đơn giản **314**
- Chấn thương răng cửa **314**
- Trang sức cho răng- răng cửa bên hàm trên **314**
- Nhai trấu và các vết hoen ở **315**
- Mất răng sau tai nạn **315**
- XQ thấy hình ảnh gãy răng cửa chính hàm trên **315**
- Mảnh vỡ của răng được nhổ ra **316**
- Hình ảnh nướu sau khi cấy chân răng **316**
- Hình ảnh X-quang của cấy ghép răng **316**

15.3.2 Mắt 317

- Mù tiền phòng **317**

- Loạn sắc tố mỏng mắt **317**
- Melanoma ác tính **317**
- Đốm Bitot- thiếu Vitamin A-1 **318**
- Đốm Bitot- thiếu Vitamin A-2 **318**
- Viêm kết mạc dị ứng **319**
- Giác mạc hình chớp- dấu hiệu Munson- Mi mắt dưới bị kéo xuống **319**
- Phẫu thuật LASIK **320**
- Kính áp tròng thẩm mỹ **320**

15.3.3 Xỏ khuyên và hình xăm 321

- Khuyên tai 321
- Viêm quanh sụn tai 321
- Viêm tai tiếp xúc 321
- Khuyên mũi 322
- Xăm hình 322
- Xăm chữ viết tắt 322
- Hình xăm hiện đại của giới trẻ 323
- Xóa hình xăm 323

15.3.4 Bệnh da và bệnh lây qua đường tình dục 324

- Gàu **324**
- Viêm da do điện thoại di động ở tay **324**
- Viêm da do điện thoại di động ở tai **324**
- Viêm da dị ứng do tiếp xúc với giày dép **325**

• Tóc xoắn 325

• Gel uốn tóc 325

• Hậu quả của mụn sẹo 326

• Hậu quả của mụn vết thâm 326

• Viêm tuyến mồ hôi mưng mủ 327

• Sản cục 327

• Bớt Berker 327

• Móng gà 328

• U nhầy lầy 328

15.3.5 Chính hình nhi khoa 328

- Vẹo cột sống ở trẻ vị thành niên **328**
- Vẹo cột sống ở trẻ vị thành niên - Adam's test **329**
- Vẹo cột sống trên phim X-quang- Góc Cobb **330**
- Viêm ngứa do lao **330**
- Hình ảnh X-quang của viêm ngón do lao **330**
- MRI viêm xương sụn bóc tách trước phẫu thuật-1 **331**
- Xương sườn cổ **331**

15.4 CÁC CHƯƠNG TRÌNH SK CỘNG ĐỒNG 332

- Pranayama-1 **332**
- Kiểm soát căng thẳng, thư giãn **332**
- Giáo dục sức khỏe cho thiếu niên **332**
- Hội thảo nuôi dạy- đóng kịch **333**
- Hội thảo nuôi dạy- kiểm soát căng thẳng **333**
- Chương trình định hướng cho GV và PH **334**
- Với trẻ vị thành niên đặc biệt **334**
- Tư vấn học đường **334**
- Chương trình chăm sóc SK thân thiện **335**
- Tuyên thệ để ngăn lạm dụng tình dục -1 **335**
- Tuyên thệ để ngăn lạm dụng tình dục -2 **335**
- KSK răng miệng ở trường **336**
- KSK tai mũi họng ở trường **336**

15.1 VẤN ĐỀ PHÁT TRIỂN

Hình ảnh	Chú ý
----------	-------

15.1.1 Giai đoạn phát triển giới tính (SMR, Tanner's Staging)

Cơ quan sinh dục trước tuổi dậy thì—SMR 1

 Hình 15.1.1.1 A và B: (A) Cơ quan sinh dục ngoài trước dậy thì ở bé trai—SMR 1; (B) Cơ quan sinh dục ngoài trước tuổi dậy thì của bé gái; Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Lông mu gđ SMR -1 ở bé trai • Không có lông mu, biau. • Màu da của biau, dương vật bình thường • Kích cỡ của dương vật bình thường • Thể tích tinh hoàn < 3ml Lông mu gđ SMR- 1 ở bé gái • Không có lông mu
---	---

Vú và lông nách trước tuổi dậy thì

 Hình 15.1.1.2 A và B: (A) Vú của bé gái trước tuổi dậy thì—SMR 1; (B) Lông nách bé trai trước tuổi dậy thì Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Vú của bé gái trước tuổi dậy thì SMR 1 hoặc B1 • Quầng vú nhỏ • Không có đồi thư phát và núm vú nhỏ lên Lông nách ở bé gái và trai — SMR gđ 1 • Không có lông
---	--

Phát triển vú ở bé gái—SMR 2 và 3

 Hình 15.1.1.3 A và B: (A) Phát triển vú ở bé gái—SMR 2; (B) Phát triển vú ở bé gái SMR 3 Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Phát triển vú ở bé gái giai đoạn SMR 2(B2): Vú và núm vú được nâng lên như một đồi nhỏ, đường kính quầng vú cũng tăng. Giai đoạn SMR -3 (B3): Vú và quầng vú lớn, không có đường viền tách biệt.
--	--

Hình ảnh	Chú ý
Phát triển vú ở bé gái—SMR 4 và 5	
 Hình 15.1.1.4A và B: (A) Phát triển vú ở bé gái—SMR 4; (B) Phát triển vú ở bé gái—SMR 5 Tác giả: Vaman Khadilkar, Pune	<i>Phát triển vú ở bé gái gđ SMR-4 (B4):</i> quầng và núm vú hình thành một đôi thứ phát. SMR 5 (B5): Núm vú trưởng thành nhô ra, phần quầng vú có một đường viền rõ.

Mọc lông nách ở bé trai

 Hình ảnh 15.1.1.5A và B: (A) Mọc lông nách ở bé trai; (B) Sự phát triển lông nách ở bé trai Tác giả: Shailaja Mane, Pune	• Sự phát triển lông nách giống nhau ở các giai đoạn 0, 1 và 2. • Lông nách bắt đầu xuất hiện trước gđ SMR- 4. • Mồ hôi nách sẽ bắt đầu tiết ra trước gđ SMR-3 ở bé trai và gái.
---	--

Phát triển lông mặt ở bé trai

 Hình 15.1.1.6A and B: (A) Phát triển lông mặt ở bé trai - trước dậy thì; (B) Lông mặt của bé trai ở tuổi dậy thì sớm Tác giả: Shailaja Mane, Pune	• Lông trên mặt ở bé trai cho thấy tình trạng bắt đầu tăng tiết của tuyến thượng thận. • Lông mặt xuất hiện quanh giai đoạn SMR-4 ở bé trai. • Lông thường ở môi trên và cằm.
---	---

Hình ảnh	Chú ý
 Hình 15.1.1.7: Quà tảo Adam ở bé trai Tác giả: Shailaja Mane, Pune	• Lông phát triển ở môi trên cằm và má. • Quà tảo Adam nhỏ lên ở bé trai • Giọng nói bắt đầu thay đổi nhiều sau gd SMR-4 và quanh gd SMR-5.

Lông mu và tinh hoàn ở bé trai - gd SMR 4 và 5

  Hình 15.1.1.8A and B: (A) Lông mu và tinh hoàn ở bé trai - SMR 4; (B) Lông mu và tinh hoàn ở bé trai - SMR 5 Tác giả hình ảnh: Vaman Khadilkar, Pune	Giai đoạn SMR-4 (G4) • Tinh hoàn: Thể tích 12 đến 20 mL. • Bìu: Lớn và sẫm màu hơn. • Dương vật: Tăng độ dài và chu vi. Giai đoạn SMR-5 (G5) • Tinh hoàn: Thể tích lớn hơn 20 mL. • Bìu và dương vật: Giống người trưởng thành. • Lông mu và bìu phát triển.
--	--

15.1.2 Các vấn đề khác

Một thiếu niên hiện đại điển hình

 Hình 15.1.2.1: Một thiếu niên hiện đại điển hình của Ấn Độ Tác giả: Paula Goel, Mumbai	Một thiếu niên cân bằng tốt có khả năng làm chủ cuộc sống với các kỹ năng và sự tự trọng cao, có thể đối mặt một cách tự tin với các thay đổi. Việc giao tiếp và hòa hợp với các bậc phụ huynh sẽ giúp những đứa trẻ tránh xa các hành động có nguy cơ cao. • Các hội thảo cha mẹ cần nhận định rõ: Trẻ sẽ dành ít thời gian cho gia đình và nhiều thời gian hơn cho các bạn đồng lứa. • Lập ra các giới hạn • Đồng cảm • Giúp phát triển sự tự tôn của chúng. • Khuyến khích phát triển tài năng và niềm yêu thích. • Kiên nhẫn lắng nghe ý kiến của chúng. • Phê bình khi cần thiết.
--	---

Hình ảnh	Chủ ý	Nữ trí
Tham gia thể thao rất quan trọng đối với thanh thiếu niên		
	Tham gia thể thao rất quan trọng để hoàn thiện phát triển nhân cách. Cải thiện sự tự tin, bền bỉ và khả năng lãnh đạo, làm việc nhóm và duy trì tình bạn. Giữ được động lực cao, tránh ra các hành vi nguy cơ cao.	• Cần theo dõi kỹ việc sử dụng doping trong thể thao • Quan hệ với huấn luyện viên và đồng đội, có thể bị tra tấn về mặt tinh thần. • Quấy phá người khác. • Chấn thương có thể dẫn đến dị tật suốt đời • Không thể đối mặt với thất bại có thể dẫn đến tổn thương tinh thần
Hình 15.1.2.2: Tham gia thể thao rất quan trọng đối với thanh thiếu niên Tác giả: Paula Goel, Mumbai		

Áp lực đồng trang lứa

	Ngăn chặn những áp lực tiêu cực: • Những bạn cùng trang lứa rất quan trọng cho sự phát triển của trẻ vị thành niên • Các bậc phụ huynh nên thừa nhận vai trò quan trọng của những bạn đồng trang lứa • Buộc chúng tránh xa bạn cùng lứa có thể dẫn đến sự nổi loạn hoặc các hành vi nguy cơ cao. • Các bậc phụ huynh nên gắn kết chặt chẽ với con cái để bảo vệ chúng khỏi các áp lực đồng lứa tiêu cực,	Một mối quan hệ tốt giữa trẻ và cha mẹ, ý thức của cộng đồng và xã hội, những bài học đạo đức là những nhân tố bảo vệ trẻ.
Hình 15.1.2.3: Áp lực đồng trang lứa Tác giả: Paula Goel, Mumbai		

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe thân thiện cho trẻ vị thành niên (AFHS)

	Các cơ sở giáo dục và cung cấp thông tin tập trung cho vị thành niên cũng cần thiết. Các cơ sở này để truyền đạt các bài giảng ở nhiều lĩnh vực. Để đảm bảo sự riêng tư, một màn được che nơi bác sĩ khám bệnh cho bệnh nhân. Khu vực này cũng có ích cho việc sử dụng các liệu pháp tâm lý như thư giãn,...	Thành lập các AFHS trong cộng đồng rất quan trọng cho trẻ vị thành niên vì chúng là thành phần của xã hội mà không đủ khả năng chi trả cho các phòng khám tư nhân.
Hình 15.1.2.4A and B: (A) AFHS ở một bệnh viện địa phương -1; (B) AFHS ở một bệnh viện địa phương-2 Tác giả: Harish Pemde, New Delhi		

Hình ảnh	Chủ ý	Xử trí
----------	-------	--------

Phòng khám tư nhân cho vị thành niên 1 và 2



Hình 15.1.2.5A và B: (A) Phòng khám tư nhân cho vị thành niên -1; (B) Phòng khám tư nhân cho vị thành niên - 2

Tác giả: Sonia Kanitkar, Bengaluru

- Phòng tư vấn riêng.
- Tiếp viên thân thiện, luôn nở nụ cười.
- Khu vực nhà chờ thoải mái cho các phụ huynh.
- Khu vực khám riêng biệt.
- Nên có thêm nhân viên nữ/nam trong lúc khám bé gái/traị.
- Môi trường thân thiện cho trẻ vị thành niên.
- Bảng trình bày thông điệp về sk.
- Thường được tặng các cuốn sách mỏng cung cấp thông tin.

Vì cha mẹ của trẻ vị thành niên có thể trả phí cho các phòng khám tư này, nên những AFHS này có thể được trang trí đẹp hơn và cung cấp các dịch vụ tốt nhất cho trẻ.

Núm vú phụ



Hình 15.1.2.6: Núm vú phụ

Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

- Còn được gọi là đa vú.
- Thường nhầm lẫn là nốt ruồi.
- Xuất hiện cùng với đồng sữa...
- Thường chỉ có ở một bên.

- Thường vô hại.
- Rất quan trọng đối với hình ảnh bên ngoài của trẻ vị thành niên.
- Phẫu thuật thẩm mỹ nếu liên quan đến mô mỡ (núm vú giả)

Hình phạt lên thân thể của giáo viên



Hình 15.1.2.7: Hình phạt lên thân thể của giáo viên

Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

- Thương cho roi cho vọt là châm ngôn thường thấy ở các trường học ngày xưa.
- Nhưng ngày nay, việc cấm sử dụng các hình phạt lên thân thể học sinh đã được ban hành ở Ấn Độ. Nó được sửa lại là "hoặc thương cho roi, hoặc kết thúc sự nghiệp".
- Giáo viên vẫn dùng phương pháp này trong nhiều trường học nhưng trẻ em đều im lặng vì chúng là người có lỗi đầu tiên.

- Giáo viên nên ý thức được quy định của luật pháp.
- Trẻ em nên được khuyến khích làm việc bằng những hành động tích cực và phần thưởng.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Vết thương tự gây ra  Hình 15.1.2.8: Vết thương tự gây ra Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	- Vết thương kì lạ về hình dạng và kích cỡ. - Đặc trưng bên tay trái ở những người thuận tay phải và thường ở mặt bụng của cánh tay. - Thường ở trẻ vị thành niên gặp bất lợi do cha mẹ hoặc giáo viên gây ra.	- Điều trị vết thương với kháng sinh nếu có chỉ định hoặc kháng sinh tại chỗ. - Kiểm soát các nguyên nhân tiềm tàng gây ra ý định.

15.1.3 Dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng ở trẻ vị thành niên

 Hình 15.1.3.1: Suy dinh dưỡng ở trẻ vị thành niên Tác giả: Shailaja Mane, Pune	- Trong giai đoạn vị thành niên, tỉ lệ lưu hành suy dinh dưỡng cao do chế độ ăn uống không hợp lý. - Hầu hết suy dinh dưỡng là do nghèo nàn và lượng lương thực không đủ. - Các bệnh rối loạn chuyển hóa năng cũng có thể dẫn đến suy dinh dưỡng nặng.	Chán ăn tâm lý được đặc trưng bởi tình trạng tự bỏ đói bản thân qua những chế độ ăn kiêng khắc nghiệt và giảm cân tích cực.
---	--	--

Béo phì ở các bé trai và gái

 Hình 15.1.3.2A và B: (A) Béo phì ở bé trai, (B) Béo phì ở bé gái Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Béo phì ở trẻ em nói chung và trẻ vị thành niên nói riêng đang là vấn đề đáng báo động. Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa tăng đi kèm với tình trạng béo phì. Béo phì là nguyên nhân hàng đầu gây ra kháng insulin ở trẻ và hội chứng chuyển hóa gồm rối loạn lipid máu, đái tháo đường type 2, biến chứng mạch máu.	
---	--	--

15.2 VẤN ĐỀ HỆ THỐNG

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
----------	-------	--------

15.2.1 Đa hình

Liệt Bell bên trái



Hình 15.2.1.1: Liệt Bell bên trái
Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

- Liệt thần kinh mặt một bên cấp tính.
 - Không liên quan với các bệnh thần kinh sơ hoặc rối loạn chức năng thần não.
- Đặc điểm lâm sàng:
- Liệt neuron vận động ngoại biên.
 - Hạ góc miệng một bên.
 - Mất vị giác 2/3 trước lưỡi bên tổn thương.

- Prednisolone uống
- Acyclovir/valacyclovir uống nếu có chỉ định.
- Vật lý trị liệu.
- Chất bôi trơn mắt để bảo vệ giác mạc.

Viêm da do thuốc



Hình 15.2.1.2: Viêm da do thuốc
Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

- Bùng phát với viêm và bóng tróc trên các ngón và cả bàn tay.
- Bệnh nhân viêm da tiếp xúc nhẹ và những thuốc cổ truyền được sử dụng.
- Những đợt bùng phát của viêm da do thuốc có thể dẫn đến các triệu chứng hệ thống.

- Kháng sinh nếu có bội nhiễm.
- Có thể đắp gạc tẩm nước muối hoặc Steroid tại chỗ.
- Điều trị đau và ngứa.
- Steroid uống nếu cần.
- Tránh xa các tác nhân có hại để phòng ngừa chêt tế bào.

U vàng ở gò mắt



Hình 15.2.1.3: U vàng ở gò mắt
Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

- Triệu chứng lâm sàng ở da của rối loạn lipid máu.
- Thường xảy ra quanh khớp.
- Do sự tích tụ lipid trong các tế bào bọt ở da.
- Tăng LDL cholesterol.
- Nguy cơ bệnh mạch máu não và tim mạch.
- Có thể liên quan đến bệnh mắt trí, rối loạn điều hòa và đục thủy tinh thể.

- Thay đổi lối sống bao gồm chế độ ăn và tập thể dục.
- Statin liều cao Statins, bile acid se-questrants, niacin và ezetimibe tried.
- Giảm LDL.
- Ghép gan.
- Nổi tĩnh mạch cửa - chủ.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.2.1.4: U máu lớn Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	- U máu thường thấy ở trẻ sơ sinh và tan đi trước khi chúng đến tuổi trưởng thành. - Nhưng những khối u lớn như được thấy trong hình có thể tồn tại dai dẳng và gây ra các vấn đề tâm lý xã hội. - Biến chứng bao gồm loét và chảy máu. Hiệu ứng chèn ép cũng có thể có phụ thuộc vào vị trí. Các u lớn cũng có thể gây ra suy tim cung lượng cao và giảm tiêu cầu nhưng hiếm.	- Thường chỉ hiện diện ở một bên trái. - Những khối u lớn cần phẫu thuật để cải thiện về thẩm mỹ cũng như ngăn chặn biến chứng. - Liệu pháp Steroids và laser đã được điều trị thử cho các u nhỏ.

Hội chứng ma cà rồng (Hypohydrotic Ectodermal Dysplasia)

 Hình 15.2.1.5A and B: Hội chứng ma cà rồng (Hypohydrotic ectodermal dysplasia) Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	- Nguyên nhân thường gặp nhất của loạn sản ngoại bì. - Liên quan đến rối loạn về mặt di truyền. - Giảm khả năng tiết mồ hôi (hypohydrosis). - Tóc và lông mọc chậm và thưa thớt (hypotrichosis). - Không có răng (hypodontia) hoặc răng rất nhỏ. - Đặc điểm nhận dạng khuôn mặt: trán dô, môi dày và mũi tẹt. - Không có tóc, lông mày và lông mi. - Không có mồ hôi. - Giảm sắc tố da, khô và có dạng vảy. - Da thường đen, mỏng và nhăn. - Bệnh khô mắt/ viêm kết mạc mắt.	- Kiểm soát nhiệt độ, phòng ngừa tăng thân nhiệt. - Chăm sóc mắt và da. - Vệ sinh răng miệng. - Điều trị viêm họng viêm mũi là những bệnh thường gặp. - Tạo thuận lợi cho tăng trưởng và phát triển với chế độ dinh dưỡng phù hợp.
---	--	--

Viêm mạch máu nhỏ

 Hình 15.2.1.6: Viêm mạch máu nhỏ Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	Nguyên nhân: phức hợp trung gian miễn dịch (ban Henoch-Schonlein,...), rối loạn ANCA (U hạt Wegener, ...), đa hình (rối loạn mô liên kết,...) Triệu chứng lâm sàng: chấm đốm xuất huyết, xuất huyết tiêu hóa, viêm khớp, tiểu máu, viêm màng bồ đào. Đau và thay đổi màu sắc trong một số trường hợp.	- Tìm các nguyên nhân đặc biệt. - Steroids uống/TM - Ức chế miễn dịch: Cyclophosphamide, methotrexate.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.2.1.7: Hoại tử đầu tận các ngón. Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	• Hoại tử do viêm mạch máu nhỏ • Bắt đầu với đau và thay đổi màu sắc ở đầu ngón tay và chân • Tiến triển dẫn đến hoại tử hầu hết các ngón. • Cơ chế khác của viêm mạch máu nhỏ đã được quan sát thấy gần đây.	• Steroids. • Heparin để cải thiện dòng máu • Cắt cụt như một biện pháp cuối cùng • Theo dõi

Áp xe nông

 Hình 15.2.1.8: Áp xe nông Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	Dù là vị trí thường gặp nhất của áp xe, có thể nông hoặc sâu. Có thể lan rộng nhưng thường giới hạn bởi thành áp-xe hoặc vỏ bao. Hoặc nó có thể lan xuống lớp dưới da, dẫn tới viêm mô tế bào.	• Rạch và dẫn lưu • Cấy mù • Kháng sinh đường tĩnh mạch: Staphylo-coccus aureus là tác nhân thường thấy nhất; vì thế cloxacillin là thuốc được lựa chọn • Kháng sinh thay thế nếu nghi ngờ nhiều đến MRSA.
--	---	---

15.2.2 Các hội chứng

Hội chứng Klippel-Trenaunay-Weber

 Hình 15.2.2.1: Hội chứng Klippel-Trenaunay-Weber Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	• Tam chứng vết bớt rượu vang đỏ, dẫn tĩnh mạch và phì đại xương mô mềm. • Biểu hiện lúc sinh, giai đoạn sớm của nhũ nhi, hoặc trẻ nhỏ. • Thường chỉ ảnh hưởng một bên. • Có thể liên quan đến nội tạng. • Nguyên nhân thường được quan tâm nếu tồn tại đến tuổi vị thành niên.	• Chủ yếu bảo tồn • Điều trị triệu chứng khi cần. • Kiểm soát đau. • Kháng sinh và giảm đau nếu có viêm mô tế bào và viêm huyết khối tĩnh mạch. • Kháng đông nếu có huyết khối. • Điều trị phì đại chi và phẫu thuật thẩm nếu có thể.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Hội chứng Peutz-Jeghers  Hình 15.2.2.2: Hội chứng Peutz-Jeghers Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	• Đột biến gen lặn trên nhiễm sắc thể thường, polyp lành tính đường tiêu hóa. • Biến đổi màu sắc niêm mạc và nốt melanin quanh miệng, má. • Nữ hóa tuyến vú và tăng trưởng nhanh nếu có u tình hoàn. • Nguy cơ cao ác tính.	• Cắt bỏ polyp lớn và có triệu chứng. • Điều trị biến chứng như chảy máu. • Cần theo dõi ung thư lâu dài.

Hội chứng Marfan

 Hình 15.2.2.3 A và B: Hội chứng Marfan Tác giả: Natin A. Yelikar, Pune	Trẻ vị thành niên với tầm vóc cao mặt dài, hàm trên hẹp và răng chen chúc. Dị dạng mắt phản ánh bất thường mô liên kết gồm củng mạc xanh, cận thị thường gặp ở 60% số BN, sự lỏng lẻo của dây chằng treo gây ra chứng rung rinh mỏng mắt. Kiểm tra đèn khe - cho thấy trật khớp thủy tinh thể.	Điều trị theo từng vấn đề đi kèm.
---	---	--

15.3 CÁC VẤN ĐỀ KHÁC

Hình ảnh	Chủ ý	Xử trí
 Hình 15.3.1.1: Sâu răng Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Sâu răng - Một trong những vấn đề thường gặp ở trẻ vị thành niên do vệ sinh răng không đúng, răng không thẳng hàng, thói quen ăn socola và kẹo làm tăng nguy cơ sâu răng. Triệu chứng lâm sàng—Đau răng, áp xe chân răng, viêm nướu. Biến chứng—Nguy cơ viêm nội tâm mạc NT ở BN có bệnh tim trước đó. Có thể làm xấu hình ảnh bản thân và sự tự tin.	• Phòng ngừa—Chải răng đúng cách, thay đổi các thói quen xấu, khám răng định kỳ thường xuyên. • Trám răng với bạc hoặc ceramic. • Điều trị hút tủy cho các sâu răng lỗ sâu. • Nhổ răng sâu và cấy răng ceramic. • Súc miệng bằng Fluoride thường xuyên có thể giúp ngăn ngừa sâu răng.
 Hình 15.3.1.2: Tật lệch khớp cắn của răng Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	• Liên kết giữa các răng không thích hợp do di truyền, mút ngón tay, sâu răng, bệnh nướu răng, mất răng sữa sớm, vẫn còn răng sữa,... • Có thể gây ra cắn chéo, cắn sâu và răng mọc chen chúc. • Trong hình là hình ảnh cắn chéo với hàm dưới thụt ra sau dẫn đến lệch khớp cắn.	Điều trị nên được cá thể hóa. Hầu hết được phòng ngừa bởi khí cụ. Sửa chữa với khí cụ bắt đầu lúc 12 đến 13 tuổi. Phẫu thuật chỉ đặt ra sau 18 tuổi với nữ và 20 tuổi với nam.
 Hình 15.3.1.3: Niềng răng Tác giả: Shailaja Mane, Pune	• Để điều trị bất thường dây chằng răng, niềng hoặc các dụng cụ khác đã được sử dụng. Các khâu kim loại được gắn vào một vài răng, các mắc cài bằng sứ, kim loại hoặc nhựa bám vào bề mặt răng. Dây kim loại hoặc thun dùng để siết các răng lại. • Dây, bản, vít bằng kim loại có thể sử dụng để cố định hàm tương tự cách cố định trong gãy xương hàm.	Chai và xỉa răng mỗi ngày đều đặn và thường xuyên đi khám răng. Màng bám tích tụ lâu dài trên răng có thể làm hoen ố hoặc sâu răng nếu không vệ sinh thích hợp. Biến chứng: • Sâu răng. • Khó chịu trong quá trình điều trị. • Dễ kích ứng miệng và nướu răng (viêm nướu) do dụng cụ. • Nhai hoặc nói khó khăn trong quá trình điều trị. • Điều trị đa số thành công ở trẻ em và thanh thiếu niên vì xương vẫn còn mềm và răng có thể di chuyển dễ dàng. • Điều trị có thể kéo dài 6 tháng đến 2 hoặc nhiều năm hơn, phụ thuộc vào độ nặng của bệnh.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Mề các răng cửa đơn giản		
	Không cần can thiệp lên phần chân răng	Điều trị chủ yếu là bảo tồn. <i>Bao gồm:</i> Mũ tủy và trám thẩm mỹ với vật liệu composite để phục hồi hình dạng và chức năng của răng.
Hình 15.3.1.4: Mề răng cửa đơn giản Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi		

Chấn thương răng cửa

	Do không được điều trị, răng cửa trên bên trái trở nên không có khả năng sống và đen. Có nhiều tổn thương quanh chóp răng kèm theo như u hạt và nang.	Điều trị nên được bắt đầu sớm với phương pháp nội nha.
Hình 15.3.1.5: Chấn thương răng cửa Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi		

Trang sức cho răng - răng cửa bên hàm trên

	Trang sức cho răng được sử dụng từ thời cổ đại nhưng ngày nay nó đã sống lại như một thời trang mới nhất. Trang sức cho răng làm từ ngọc hoặc kim cương được gắn lên bề mặt răng bằng một phương pháp đơn giản. Thiết kế có thể thay đổi theo mong muốn hoặc có thể quay về với nụ cười ban đầu.	Thường không gây hại cho bề mặt răng nhưng cần chăm sóc kỹ lưỡng, loại bỏ các mảnh thức ăn để ngăn chặn sâu răng quanh chỗ bám của trang sức.
Hình 15.3.1.6: Trang sức cho răng - răng cửa bên hàm trên Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi		

Hình ảnh	Chủ ý	Xử trí
 Hình ảnh 15.3.1.7: Nhai trầu và các vết hoen ố Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi	Thường gặp ở trẻ vị thành niên ở độ tuổi đang trưởng thành ở Ấn Độ nhất là ở bé trai. - Tạo ảnh hưởng xấu khi có vết ố trên răng. - Mất đi phần men răng. - Điều kiện để phát triển viêm nướu và viêm quanh răng. - Xơ hóa dưới niêm mạc. - Tăng sùng hóa của niêm mạc miệng. - Carcinoma của tế bào vảy ở miệng.	- Ngưng hút thuốc lá và chấy sạch răng. - Điều trị nếu có viêm nướu và viêm quanh răng. - Có thể phẫu thuật nếu có ung thư hốc miệng và các phụwown pháp điều trị chuyên biệt khác khi cần.

Mất răng sau tai nạn

 Hình ảnh 15.3.1.8: Mất răng sau tai nạn Tác giả: Shalaja Mune, Pune	Trẻ vị thành niên thường có các hành vi nguy cơ cao. Điều này có thể dẫn đến tai nạn và các tổn thương. Tham gia các hoạt động thể thao cũng có thể mất răng.	- Mất răng nhất là răng cửa có thể làm trẻ cảm thấy xấu hổ. Nếu không thay răng đúng lúc sẽ ảnh hưởng đến tự tôn của chúng. - Có thể thay thế bằng cầu răng. - Nếu cha mẹ có khả năng kinh tế có thể cấy ghép răng.
--	--	---

X- quang cho thấy hình ảnh gãy răng cửa chính hàm trên

 Hình ảnh 15.3.1.9: X-quang cho thấy gãy răng cửa chính hàm trên. Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi.	Gãy răng cửa dưới mào xương ổ răng thì không có phương pháp cứu vãn.	Nhỏ và trông răng mới là lựa chọn duy nhất
---	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Mảnh vỡ của răng được nhổ ra		
 Hình 15.3.1.10: Mảnh vỡ của răng được nhổ ra Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi	Gãy răng cửa dưới máo xương ổ răng thì không có phương pháp cứu vãn.	Nhổ và trồng răng mới là lựa chọn duy nhất.

Hình ảnh nướu sau khi cấy chân răng

 Hình 15.3.1.11: Nướu răng sau khi cấy chân răng. Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi	Nhổ mảnh vỡ răng còn lại	- Sau khi nhổ sẽ được trồng răng mới - Mão răng phía trên phần chân răng cấy.
--	--------------------------	--

Hình ảnh X-quang của cấy ghép răng

 Hình 15.3.1.12: X-quang của hình ảnh cấy ghép răng Tác giả: Ashish Kakkar, New Delhi	Đây là hình ảnh X-quang của cấy ghép răng. Cần kiểm tra lại vị trí của phần cấy ghép để tiến hành mào răng.	Một khi phần cấy ghép đã cố định, các răng có thể được mào.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
----------	-------	--------

15.3.2 Mắt

Mủ tiền phòng



Hình 15.3.2.1: Mủ tiền phòng
Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

Mủ hoặc bạch cầu ở tiền phòng của . Nguyên nhân gồm loét giác mạc đặc biệt do nấm, bệnh Behcet, viêm nội nhãn, viêm màng bồ đào lan toả, viêm toàn nhãn. Phát hiện khi phản mủ vàng đọng ở đáy của tiền phòng, sung huyết kết mạc và viêm màng bồ đào trước.

Điều trị nguyên nhân bằng kháng sinh đường tĩnh mạch.

Loạn sắc tố mống mắt



Hình 15.3.2.2: Loạn sắc tố mống mắt
Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

Loạn sắc tố mống mắt là sự khác nhau giữa màu sắc 2 mắt.

Mắt trái thường có màu bình thường.

Mắt phải có vết giảm màu sắc ở vị trí 4 và 8 giờ.

Khi các phần của mống mắt có màu khác nhau được gọi là loạn sắc tố mống mắt từng phần.

- Không cần điều trị.
- Trấn an bệnh nhân.
- Trẻ vị thành niên có thể xem nó như một dấu hiệu của cái đẹp.
- Nếu việc điều trị không cần thiết, kính áp tròng nhiều màu sắc có thể được lựa chọn khi cần.

Melanoma ác tính

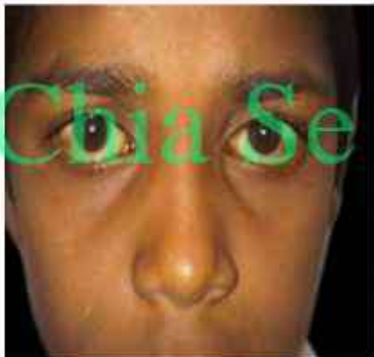


Hình 15.3.2.3: Melanoma ác tính
Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut

Khối u ác tính của mắt ảnh hưởng đến một vài phần của mắt - thường nhất là lớp màng mạch. Có thể không có triệu chứng, hoặc với mắt lồi, thay đổi màu sắc mống mắt, giảm thị lực, mắt đỏ đau, bất thường mống mắt và kết mạc.

- Melanoma nhỏ - laser, cận xạ trị, xạ trị.
- Khoét nhãn.
- Hóa trị.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Đốm Bitot - Thiếu Vitamin A - 1		
	<i>Quáng gà</i>—Triệu chứng sớm nhất. <i>Biến đổi ở mắt</i>— Bệnh khô mắt, đốm Bitot, khô loét giác mạc. <i>Biến đổi ở da</i>—Khô, tróc vảy, mảng dày sừng thường ở cánh tay, chân, vai và mông.	Phòng ngừa với Vitamin A liều cao cho trẻ em dưới 5 tuổi theo chương trình sức khỏe cộng đồng có thể giảm tỉ lệ thiếu vitamin A trầm trọng dẫn đến mù lòa.
Hình 15.3.2.4. Đốm Bitot— Thiếu Vitamin A -1 Tác giả: Shailaja Mane, Pune		

Đốm Bitot - Thiếu Vitamin A - 2		
	Mất tính toàn vẹn của biểu mô bọng quang - tiểu mù và tiểu màu. <i>Biến đổi của biểu mô</i> - Hệ hô hấp - tắc nghẽn phế quản.	Giáo dục sức khỏe để tăng nhận thức về vai trò của Vitamin A trong chế độ ăn hằng ngày và việc cung cấp ở nơi cần có thể phòng ngừa được tình trạng thiếu Vitamin A.
Hình 15.3.2.4. Đốm Bitot— Thiếu Vitamin A -2 Tác giả: Siddharth S Budhraya, Pune		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Viêm kết mạc dị ứng-1  Hình 15.3.2.6A and B: (A) Viêm kết mạc dị ứng - Confluent papillae at limbus (B) Palpebral allergic conjunctivitis—Giant or cobblestone papillae Tác giả: Quresh B Maskati, Mumbai	Ở Ấn Độ, viêm kết mạc dị ứng hiện diện suốt, không giống như các nước ôn đới thường gặp trong mùa xuân. Triệu chứng đầu tiên thường là ngứa. Chảy nước mắt, tiết dịch và đỏ mắt là các triệu chứng kèm theo. Sự hiện diện của nhú bên trong mi mắt hoặc bờ mi có ý nghĩa chẩn đoán. Đây là hiện tượng tăng đáp ứng miễn dịch Type IV đối với tác nhân ngoại lai như bụi nhà, ve, phấn hoa,...	• Vệ sinh tại chỗ và không được dụi mắt • Nhỏ kháng Histamin tại chỗ có thể giảm bớt triệu chứng. • Thuốc nhỏ mắt ổn định đường bảo có thể sử dụng thời gian dài để giải mẫn cảm. • Steroid tại chỗ thường được sử dụng trong các trường hợp bệnh dai dẳng. Liều cao ngắn ngày có thể được chỉ định nhưng phải lưu ý các tác dụng phụ như lệ thuốc thuốc, khô, đục thủy tinh thể và glaucoma mắt

Giác mạc hình chớp—Dấu hiệu Munson—Mi mắt dưới bị kéo xuống



Hình 15.3.2.7: Giác mạc hình chớp—Dấu hiệu Munson—Mi mắt dưới bị kéo xuống

Tác giả: Quresh B Maskati, Mumbai

Giác mạc hình chớp là tình trạng thoái hóa của giác mạc, triệu chứng điển hình thường xuất hiện ở trẻ lớn.

Chỉ 20% trường hợp tiến triển.

Nghi ngờ khi có sự suy giảm thị lực hoặc có sự biến động thị lực trong vòng ít tháng với kính cận thị hoặc đột ngột cảm thấy khó chịu với kính áp tròng.

Trong một số trường hợp hiếm, có thể bị tách lớp như mô do căng quá mức gây ra hiện tượng phù giác mạc và đục phần đỉnh của nón.

Ở giai đoạn sớm của bệnh có thể điều trị với kính cận; sau đó cần kính áp tròng đặc biệt như kính áp tròng loạn thị mềm hoặc kính áp tròng hỗn hợp. Nếu không thích hợp với các loại kính này có thể dùng kính thay thế như loại kính theo thiết kế "Rose K" hoặc kính áp tròng cỡ lớn che phủ toàn bộ giác mạc và cũng mạc được biết như kính áp tròng cũng mạc. Tốc độ tiến triển có thể ngưng lại bằng phương pháp nối ngang giác mạc bằng cách liên kết các bó collagen trong chất nền lại với riboflavin lỏng và chiếu tia UV lên. Trong các trường hợp nặng, giác mạc có thể làm phẳng bằng chèn vào các mảng plastic ở vùng ngoại vi giác mạc. Ghép giác mạc là lựa chọn cuối cùng.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.3.2.8: Phẫu thuật LASIK Tác giả: Quresh B Maskati, Mumbai	Các loại kính bị loại bỏ. Liệu pháp không đau dưới gây tê cục bộ (bằng thuốc nhỏ mắt) để điều trị tật cận thị, viễn thị và loạn thị. Bệnh nhân nên trên 18 tuổi và có độ ổn định về khúc xạ nhiều năm. Đo bề dày giác mạc và làm giác mạc đồ trước để loại trừ giác mạc hình chóp và giác mạc mỏng vì đây là các chống chỉ định. Đeo kính áp tròng nên dừng ít nhất một tuần trước đó.	- Lật vạt bán phần với một dao cơ học. - Chùm tia excimer laser được dùng để cắt gọt sửa lại giác mạc theo các thông số đã định trong máy tính. - Úp vạt trở lại vị trí ban đầu và làm tương tự với mắt kia. - Sau phẫu thuật bệnh nhân sẽ được dùng một liệu trình ngắn kháng sinh + steroid + thuốc nhỏ mắt một vài tuần. - Bệnh nhân có thể hoạt động trở lại trong vòng 24 đến 48 giờ.

Kính áp tròng thẩm mỹ - Kim cương hoặc vàng được gắn vào những kính áp tròng cũng mạc thẩm mỹ

 Hình 15.3.2.9: Kính áp tròng thẩm mỹ—Vàng và kim cương được gắn vào kính áp tròng cũng mạc thẩm mỹ Tác giả: Quresh B Maskati, Mumbai	- Đối với những trẻ vị thành niên muốn hợp thời trang, nhiều kính áp tròng thẩm mỹ (CL) sẽ sẵn có. - Kính áp tròng thẩm mỹ thường dùng là những tròng kính mềm có sẵn ở các quầy thuốc với nhiều màu sắc và thiết kế như theo màu cơ của các nước... - Kính áp tròng thẩm mỹ mới nhất là loại kính áp tròng cũng mạc lớn với kim cương hoặc vàng được gắn lên. Những loại này được làm theo đơn đặt hàng có thể không hợp với người mang hoặc có lỗi về khúc xạ.	- Giống như bất cứ loại kính áp tròng nào, cần vệ sinh thích hợp và tuân thủ thời gian đeo tối ưu nếu không sẽ gây ra các nguy cơ có hại. - Vì chúng được bán rộng rãi ở các quầy thuốc và bệnh nhân thường không được hướng dẫn đầy đủ từ các chủ quầy nên sẽ có các biến chứng không cần thiết. - Với bất kì triệu chứng nào như giảm thị lực, mắt đỏ, chảy nước mắt sau mang các kính này cần khám mắt ngay lập tức.
--	--	---

Hình ảnh	Chủ ý	Xử trí
15.3.3 Xô khuyên và hình xăm		
Khuyên tai		
 Hình 15.3.3.1 A and B: Xô khuyên tai Hình ảnh: Shulaja Mane, Pune	Xô khuyên, một hình thức của việc dùng kim đâm qua một bộ phận cơ thể tạo ra một lỗ tròn để đeo đồ trang sức. Tai là vị trí thường được xô - một hay nhiều vị trí. Nhiều loại trang sức thường được đeo ở nhiều vị trí khác nhau.	Điều trị chỉ cần khi có biến chứng của xô khuyên

Viêm quanh sụn tai

 Hình 15.3.3.2: Viêm quanh sụn tai Tác giả: Vijay Zawar, Nashik	Bội nhiễm sau khi xô khuyên tai không vô khuẩn là nguyên nhân thường gặp, đặc biệt khi được làm bởi những người không phải chuyên môn. Viêm mô tế bào của vùng loa tai và nhiễm trùng nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến viêm nhiễm trùng quanh sụn, gây đau và sưng nề vùng vành tai.	- Trong giai đoạn sớm, điều trị chủ yếu là giảm đau và giảm sưng. - Phẫu thuật có thể cần thiết. - Giáo dục sức khỏe, chuẩn đoán và điều trị sớm.
---	---	---

Viêm tai tiếp xúc

 Hình 15.3.3.3: Viêm tai tiếp xúc Tác giả: Vijay Zawar, Nashik	Viêm tai tiếp xúc do sử dụng các trang sức rẻ tiền. Bệnh nhân nhạy cảm với nickel và các kim loại tương tự thường có nguy cơ viêm tai tiếp xúc, đặc biệt trong mùa hè và ở những bệnh nhân đổ mồ hôi nhiều. Ion Nickel qua mồ hôi gây khó chịu dẫn đến viêm tai.	- Tránh xa nickel trong các trang sức giả. - Sử dụng kim loại ít nhạy cảm như vàng, bạc hay thậm chí hoa tai bằng thép không gỉ. - Điều trị với steroid tại chỗ và kháng histamin.
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Khuyên mũi		
 Hình 15.3.3.4: Khuyên mũi Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Xo khuyên vẫn còn là phong tục tập quán của phụ nữ Hindu Ấn Độ như một thứ trang sức ở mũi, thường là lỗ mũi trái. Vị trí khác - Môi, vú, rốn, bộ phận sinh dục, má,...	Dụng cụ để xo gồm kim, sùn, kim bấm, kẹp, ống nhựa,... <i>Biến chứng:</i> dị ứng, nhiễm trùng hoặc có thể có sẹo.

Xăm hình

 Hình 15.3.3.5: Xăm hình Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Một hình xăm là một dấu hiệu tồn tại lâu dài bằng cách đưa mực in vào dưới da nhằm mục đích tạo thẩm mỹ, thể hiện tình cảm hoặc cho mục đích tôn giáo. Có ích như một dấu hiệu nhận dạng trong trường hợp tìm người phạm tội vì hình xăm này được in sâu trong da và không bị phá hủy thậm chí với bóng năng.	Điều trị phụ thuộc vào biến chứng: - Xăm hình không vô khuẩn có thể lây truyền nhiễm trùng như viêm gan B, C, HIV, ... - Cũng có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết và sẹo lồi.
---	---	--

Xăm chữ viết tắt

 Hình 15.3.3.6: Xăm chữ viết tắt Tác giả: Shailaja Mane, Pune	Xăm tên viết tắt của bạn tình là một hành động có từ lâu đời.	Ngày nay việc xóa đi hình xăm khi mối quan hệ gây đổ là một vấn đề quan trọng. Việc xóa hình xăm thường đắt và có thể để lại sẹo.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.3.3.7: Hình xăm hiện đại của giới trẻ. Tác giả: Tanmaya Amiladi, Mumbai	Giới trẻ thường xăm hình để: - Làm đẹp cho cơ thể. - Hấp dẫn với người khác phái. - Ghi nhớ người mình yêu thương. - Thể hiện sự chân thành trong tình yêu. - Hình ảnh nam tính - Áp lực với trẻ đồng lứa khác. - Khả năng nhận thức bản thân kém - nếu có 3 hình xăm trở lên thường được cho là khả năng nhận thức bản thân kém.	Thận trọng: - Sử dụng kim đốt nóng đỏ lên để xăm hình. - Không dùng chung kim tiêm. - Rửa tay với xà phòng và lau khô trước khi xăm hình. - Chạm nhẹ máu lúc xăm với gạc sạch. - Nếu cần có thể bôi một loại kem vô trùng lên hình xăm. - Sử dụng khăn sạch để lau khi hình xăm hoàn thành. - Xăm những hình nhỏ ở khu vực kín đáo để kiểm tra trước nếu cơ thể và da không thích hợp với nó. - Tiếp xúc với ánh nắng mặt trời có thể gây mờ vết xăm.

Xóa hình xăm

 Hình 15.3.3.8: Xóa hình xăm. Tác giả: Vijay Zawar, Nasik	Xóa vết xăm không phải là công việc dễ dàng. Được làm với sự hỗ trợ của Q-switched NdYag Lasers. Cần được thực hiện nhiều lần. Trước khi có laser, các phương pháp khác được sử dụng như mài da, xóa xăm bằng muối, phẫu thuật cắt và ghép da, đốt điện, liệu pháp làm lạnh.	- Sẹo, biến đổi màu sắc, hình thành sẹo là những tác động bất lợi của việc xóa vết xăm bằng laser. - Sau đó các triệu chứng sẽ tự giảm đi.
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
----------	-------	--------

15.3.4 Bệnh về da và bệnh lây truyền qua đường tình dục ở trẻ vị thành niên

Gàu



Hình 15.3.4.1: Gàu
Tác giả: MKC Nair,
Thiruvananthapuram

Gàu là vấn đề da đầu thường gặp nhất ở tuổi vị thành niên với nhiều mảng trắng tróc ra và tóc rụng làm trẻ thấy xấu hổ. Gàu có thể liên quan đến:

- Da đầu do sự tăng hoạt động của tuyến bã và tuyến mồ hôi.
- Sản phẩm chuyển hóa phụ của vi sinh vật thường trú ở da (Đặc biệt là nấm men *Malassezia*).
- Sự nhạy cảm của da với khăn trải giường.

Không có phương pháp chữa khỏi hoàn toàn, điều trị có thể kéo dài nhiều năm. Có sự liên quan giữa nấm, gàu và chất chứa trong dầu gội đầu;elenium sulfide, zinc pyrithione, ketoconazole, terbinafine, là những thuốc được khuyến cáo sử dụng và trong các trường hợp nặng steroid hệ thống có thể được chỉ định.

Viêm da do điện thoại di động ở tay



Hình 15.3.4.2: Viêm da do điện thoại di động ở tay
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

Sử dụng điện thoại tăng ở giới trẻ.
Việc sử dụng điện thoại liên tục có thể dẫn đến viêm da dị ứng tại điểm tiếp xúc với điện thoại.
Đây là hình ảnh của bàn tay có viêm da tiếp xúc.

Kiểm tra dị ứng áp da (patch test) có thể được thực hiện để tìm ra tác nhân dị ứng.

Viêm da do điện thoại di động ở tai



Hình 15.3.4.3: Viêm da do điện thoại di động ở tai
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

Tác nhân dị ứng thường là tấm nickel cấu tạo nên điện thoại. Nickel rò rỉ qua mồ hôi và dẫn đến viêm da dị ứng.

- Bệnh nhân cần ngừng sử dụng điện thoại và chuyển qua một máy khác không bị rò rỉ nickel.
- Điều trị viêm da dị ứng bằng thuốc ở vùng bị ảnh hưởng.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
----------	-------	--------

Viêm da dị ứng do tiếp xúc với giày dép



Hình 15.3.4.4: Viêm da dị ứng do tiếp xúc với giày dép.
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

Giày dép là nguyên nhân gây dị ứng do tiếp xúc.

Xu hướng thời trang giày dép mới hiện nay và việc sử dụng chất hóa học tổng hợp trong sản xuất dẫn đến tăng số trường hợp dị ứng do tiếp xúc lên.

Việc cạnh tranh về mặt thời trang giữa những đứa trẻ cùng lứa khiến giới trẻ cố để thử các loại mẫu giày dép mới kì lạ.

- Bệnh nhân cần ngừng mang các mẫu giày dép là nguyên nhân gây ra dị ứng.
- Kiểm tra bằng dị ứng áp da với các mẫu giày dép để nhận ra tác nhân gây dị ứng.

Tóc xoắn



Hình 15.3.4.5: Tóc xoắn
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

Tạo kiểu tóc theo một ngày nay đã trở nên rất bình thường ở giới trẻ.

Duỗi, uốn, làm tóc gọn sóng hay xoắn có thể sử dụng các chất hóa học gây tổn thương thân tóc.

• Đây là nguyên nhân chính gây ra biến màu rụng tóc.

• Bệnh nhân nên được giải thích nguyên nhân và dừng việc uốn tóc lại.

Gel vuốt tóc

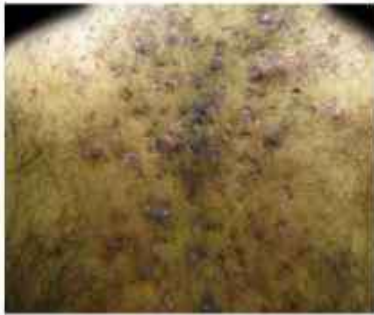


Hình 15.3.4.6: Gel vuốt tóc
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

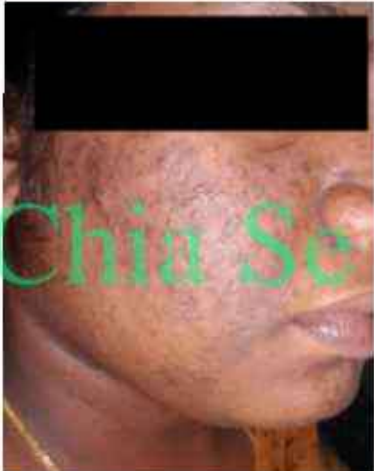
Gel vuốt tóc thường được giới trẻ sử dụng ngày càng nhiều để tạo kiểu cho tóc và giữ kiểu tóc cho một thời gian dài.

• Đây có thể là nguyên nhân chính khiến tóc biến màu và rụng tóc.

• Bệnh nhân phải được giải thích để dừng sử dụng gel hoặc giới hạn ít nhất có thể.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.3.4.7: Hậu quả của mụn - sẹo Tác giả: Abhaya Martin, Calicut	Sẹo xảy ra do viêm sâu trong vùng lỗ chân lông. Thường gặp ở bệnh nhân sau mụn trứng cá dạng nang cục. Sẹo được phân loại thành: sẹo có đáy hình đá nhọn, sẹo lõm chân hồ vuông, sẹo lồi,... Việc phân loại giúp lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.	Phẫu thuật cần thiết điều trị sẹo, bao gồm: phẫu thuật subscission, discission, punch floatation, mài da và mặt nạ hóa học.

Hậu quả của mụn - vết thâm

 Hình 15.3.4.8: Hậu quả của mụn - vết thâm Tác giả: Abhaya Martin, Calicut	Mụn ở một số người có thể mất đi để lại vết thâm như là một hiện tượng tăng sắc tố sau viêm (PIH). Trẻ với mụn và vết thâm cần có sự điều trị thích hợp. Bệnh sinh: Sự hình thành sắc tố thường diễn ra ở da nên có thể tạo ra sự biến đổi màu sắc khi da bị tổn thương. Chẩn đoán phân biệt: - Vết thâm do việc sử dụng Minocycline - Trùng cá trầy xước - Viêm da dạng Lichen và Lichen phẳng	Dùng các thuốc làm mờ vết thâm như hydroquinone, kojic acid, arbutin, glabridin. Liệu pháp: Mặt nạ hóa học với acid glycolic.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Viêm tuyến mồ hôi mưng mủ		
	Bệnh của tuyến cần tiết do mụn gây bít tắc của tuyến mồ hôi. Thường tăng ở giai đoạn tuổi dậy thì và sinh sản. Biểu hiện triệu chứng với nốt hoặc nang đau ở vùng nách, háng hoặc đáy chậu có thể vỡ ra và đổ vào các xoang.	• Khó điều trị do tỉ lệ tái phát cao. • Có thể liên quan đến mụn trứng cá dạng conglobata và u nang lông và được gọi là tam chứng Pillsbury.

Hình 15.3.4.9: Viêm tuyến mồ hôi mưng mủ
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

Sẩn cục

	Một rối loạn tâm lý biểu hiện ở da thường gặp ở trẻ vị thành niên. Căng thẳng tiềm ẩn và dai dẳng có thể dẫn đến tình trạng này. Tổn thương tăng sắc tố và liken hóa dạng nốt nhú biểu hiện ở những vùng dễ thấy như các chi. Chứng bắt đầu với triệu chứng ngứa (thường gặp nhất) ở vị trí côn trùng chích và việc gãi thường xuyên khiến vùng đó bị dày lên và liken hóa.	• Tư vấn. • Đánh giá về mặt tâm lý. • Steroid tại chỗ hoặc tiêm vào vùng tổn thương có thể giảm triệu chứng ngứa.
---	---	---

Hình 15.3.4.10: Sẩn cục
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

Bớt Berker

	Bớt tăng sắc tố khởi phát ở tuổi dậy thì và tiếp tục phát triển cho đến giai đoạn vị thành niên. Bớt lành tính nhưng có thể thay đổi thứ phát như mụn, phát ban, rụng tóc, giảm sản một bên vú và thiếu sản cơ ngực.	Điều trị phụ thuộc vào biến chứng. Có thể dễ dàng điều trị nếu không có biến chứng.
--	--	--

Hình 15.3.4.11: Bớt Berker
Tác giả: Abhaya Martin, Calicut

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.3.4.12: Mông gà Tác giả: Abhaya Martin, Calicut	Bệnh lây truyền qua đường tình dục ngay cảng tăng trong giới trẻ. Việc quan hệ tình dục không an toàn đặt trẻ vị thành niên vào các nguy cơ của nhiễm trùng như mụn cóc sinh dục do HPV. HPV type huyết thanh 16 và 18 có thể gây ra chuyển sản ác tính (ung thư cổ tử cung).	Các lựa chọn điều trị bao gồm: • Podophyllin trong 25% cồn benzoic. • Trichloroacetic acid. • Imiquimod. • Radioand.

U nhầy lây

 Hình 15.3.4.13: U nhầy lây Tác giả: Jayankar Thomas, Chennai	Một trẻ vị thành niên với nhú rời rạc màu trắng sữa, hình vòm, lõm ở trung tâm. Chăm quanh tổn thương, bội nhiễm và sự lan rộng của nhiễm trùng do hiện tượng Koebner là những biến chứng thường gặp. Bệnh nhân thường có tiền sử về quan hệ tình dục không an toàn.	Trước tiên cần loại trừ HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác. Cắt các u nếu có thể Ở trẻ nhỏ, dùng tại chỗ: retinoic acid 0.025 đến 0.1%, KOH 10%, imiquimod 1-5%, flexible collodion – 17% salicylic acid và 17% lactic acid . đốt điện, liệu pháp Nitro long áp lạnh. Ở trẻ lớn: Ritonavir, cidofovir, zidovudine có ích cho điều trị.
--	---	--

15.3.5 Chỉnh hình nhi khoa

Vẹo cột sống ở trẻ vị thành niên

 Hình 15.3.5.1: Vẹo cột sống ở trẻ vị thành niên Tác giả: Preeti Galagali, Bengaluru	Vẹo cột sống là cột sống cong qua một bên > 10 độ trên phim X-quang ngực thẳng. Thường gặp ở bé gái nhiều hơn, 3 đến 5 % trẻ gái vị thành niên có cong vẹo cột sống, chỉ 15% trong số này cần điều trị. Nguyên nhân thường không rõ có thể do di truyền, hormon, bất thường cấu trúc và bệnh thần kinh cơ.	• 23 trẻ có biểu hiện triệu chứng. • Tiến triển nhanh nhất trong giai đoạn SMR 2 đến 3 ở bé gái và 3 đến 4 ở bé trai. • Di chứng nếu vẹo cột sống nặng không điều trị bao gồm đau lưng mạn tính, viêm khớp, ngoại hình xấu, bệnh tim mạch hô hấp.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.3.5.2: Vẹo cột sống ở trẻ vị thành niên - Adam's test Tác giả: Anand Galagali, Bengaluru	Test cúi người về phía trước của Adams.. Bệnh nhân tư thế đứng thẳng, cúi xuống 90 độ hoặc hơn với tay ở tư thế thư giãn nhất, khuỷu duỗi và lòng bàn tay hướng về nhau. Test cúi người về phía trước nhằm đánh giá khả năng di động và mức độ đối xứng của cột sống ngực thắt lưng.	• Phụ thuộc vào mức độ cong, tốc độ tăng trưởng, triệu chứng liên quan và độ hải lỏng của bệnh nhân. Theo dõi chặt chẽ thì cần thiết. • Không có chỉ định điều trị đối với trẻ thành niên đã phát triển hoàn toàn (SMR giai đoạn 4 và 5) không có triệu chứng và mức độ cong < 20 độ có thể chấp nhận được, không có các bệnh thần kinh hoặc cơ xương khớp đi kèm. • Trẻ vị niên chưa trưởng thành một cách hoàn toàn (SMR giai đoạn 2 đến 4) với độ cong < 25 độ có thể không cần thiết điều trị nhưng cần theo dõi sát bằng khám lâm sàng định kì và X-quang theo hướng dẫn sau: • < 15 độ - tái khám 6 đến 12 tháng một lần • 15 đến 20 độ - tái khám 5 đến 6 tháng một lần • > 25 độ - tái khám 4 tháng một lần • Cong > 30 độ, tiến triển nhanh, có triệu chứng tim mạch hô hấp, bất thường cấu trúc cần can thiệp phẫu thuật.

Chia Se Ca Lam Sang

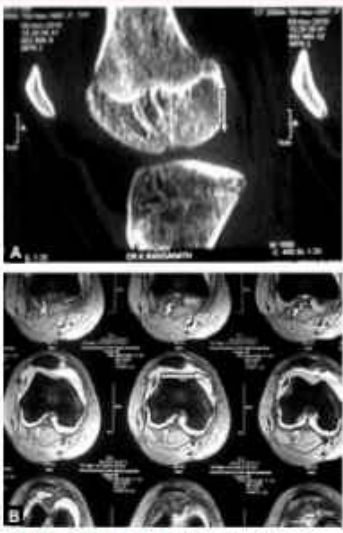
Hình ảnh	Chủ ý	Xử trí
Vẹo cột sống trên phim X-quang - Góc Cobb		
	X-quang cột sống - vẹo cột sống qua trái từ T10 đến L4. Phương pháp Cobb được sử dụng để đo độ cong. Xác định đốt sống đầu tiên và cuối cùng của đoạn cong, kẻ đường thẳng qua bờ trên của đốt sống trên và bờ dưới của đốt sống dưới. Kẻ 2 đường thẳng vuông góc với 2 đường thẳng trên. Đo góc tạo bởi 2 đường vuông góc trên.	- Cong < 30 độ ở xương đã trưởng thành không cho thấy sự tiến triển. - Cong > 30 độ hoặc tăng nhanh độ cong cần can thiệp chỉnh hình bằng nẹp lưng và/hoặc phẫu thuật.
Hình 15.3.5.3: Vẹo CS trên phim X-quang - Góc Cobb Tác giả: Anand Galagali, Bengaluru		

Viêm ngón do lao

	Viêm ngón là tình trạng viêm của xương đốt ngón. Thường kèm đau, sưng, và giới hạn vận động của khớp gian ngón thường thấy trong thiếu máu hình liềm, u nội sụn, viêm khớp dạng thiếu niên, vẩy nến, lồi cầu, và viêm khớp lao.	Thường là điều trị nguyên nhân, trong trường hợp này là thuốc kháng lao.
Hình 15.3.5.4: Viêm ngón do lao Tác giả: Preeti Galagali, Bengaluru		

Hình ảnh X-quang của viêm ngón do lao

	Đây là hình ảnh X- quang chỉ ra bất thường ở đốt ngón do lao.	Chụp lại X-quang khi kết thúc điều trị để kiểm tra.
Hình 15.3.5.5: Hình ảnh X-quang của viêm ngón do lao Tác giả: Anand Galagali, Bengaluru		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Hình ảnh MRI viêm xương sụn bóc tách trước phẫu thuật -1  Hình 15.3.5.6A và B: Hình ảnh MRI viêm xương sụn bóc tách trước phẫu thuật-1 Tác giả: Anand Galagali, Bengaluru	Một bé gái 13 tuổi với biểu hiện đau và phù khớp gối sau một tổn thương vận xoắn trong lúc biểu diễn múa Bharatna tyam. Khám thấy giới hạn vận động khớp gối với hemarthrosis MRI Scan—Khu vực thấu quang giới hạn rõ ở vùng lõi củ. • Triệu chứng gồm đau phần trước khớp gối, giới hạn vận động và tràn dịch khớp gối ở trẻ vị thành niên. Đặc trưng bởi bóc tách của xương dưới sụn. • Nguyên nhân chính xác không được biết, có thể do việc vận động quá mức hoặc thiếu máu cục bộ vùng khớp gối. • <i>Biểu chứng</i>: Lồng lẹo hoặc cứng khớp gối, viêm khớp gối giai đoạn sớm. • CT và MRI để xác định chẩn đoán và loại trừ rách sụn chêm và dây chằng nội khớp.	• Nghỉ ngơi và thuốc giảm đau cho phép lành bệnh trong 8 đến 12 tuần. • Các trường hợp đáp ứng kém với điều trị bảo tồn nên được chuyển đến một bác sĩ chỉnh hình nhi sớm để được phẫu thuật. • Phẫu thuật đòi hỏi phải nội soi khớp để xác định mức độ tổn thương. Những trường hợp nhẹ có thể điều trị với nẹp vít sinh học, các trường hợp nặng cần công nghệ vi khoan với ghép sụn.

Chia Se Ca Lam Sang

Xương sườn cổ

 Hình 15.3.5.7: Xương sườn cổ Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut	Xuất phát từ đốt sống cổ 7 với tỉ lệ 1/500. Thường ở một bên, hiếm khi 2 bên Có thể gây ra hội chứng lồng thoát ngực. Tê và yếu tay đặc biệt là khả năng dang và xoay ngoài vai là những triệu chứng sớm nhất.	• Chẩn đoán bằng X-quang. • Trấn an bệnh nhân. • Cắt xương sườn nếu chèn ép mạch máu hoặc vấn đề thần kinh.
--	---	---

15.4 CÁC CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

Hình ảnh	Chú Ý	Xử trí
 Pranayama-1 Figure 15.4.1: Pranayama-1 Photo Courtesy: Swati Y Bhawe, New Delhi	Ngày nay do việc cạnh tranh trong học tập, những đứa trẻ Ấn Độ thường chịu áp lực nặng nề và thường xuyên kèm theo những ảnh hưởng về mặt tinh thần và thể chất.	- Học đương đầu với căng thẳng sẽ giúp trẻ vị thành niên tránh xa việc lạm dụng chất kích thích và các vấn đề như trầm cảm, kích động và bạo lực. - Yoga và phương pháp pranayama là các phương pháp tốt cho sức khỏe.

Kiểm soát căng thẳng- thư giãn

 Kiểm soát căng thẳng- thư giãn Hình 15.4.2: Kiểm soát căng thẳng—thư giãn Tác giả: Swati Y Bhawe, New Delhi	Học để giảm và kiểm soát căng thẳng theo một lối sống tích cực là một kỹ năng quan trọng đối với trẻ vị thành niên. Có nhiều phương pháp để thư giãn như thiền, giãn cơ, v.v.,	Đây là lớp học dạy thiền cho giới trẻ.
--	---	---

Giáo dục sức khỏe cho thiếu niên

 Giáo dục sức khỏe cho thiếu niên Hình 15.4.3: Giáo dục sức khỏe cho thiếu niên Tác giả: Swati Y Bhawe, New Delhi	Đây là cuộc thi làm poster về thuốc lá và sức khỏe. Các cuộc thi sức khỏe là phương pháp tốt để giáo dục giới trẻ.	Những cuộc thi làm poster cho giới trẻ trên nhiều lĩnh vực sức khỏe là một phương pháp tốt để tạo sự nhận thức, cung cấp thông tin và cũng mang đến sự sáng tạo.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
----------	-------	--------

Hội thảo nuôi dạy (Parenting Workshops) — Đồng kịch



Hình ảnh 15.4.4: Hội thảo nuôi dạy - Đồng kịch
Tác giả: Swati Y Bhawe, New Delhi

Hội thảo tương tác là các phương pháp tốt để nâng cao khả năng nuôi dưỡng và hiểu thêm các vấn đề của trẻ và đối mặt với chúng.

Đưa ra các tình huống cụ thể và yêu cầu họ xử trí với vai trò đó để nhấn mạnh vấn đề là phương pháp thực hành hiệu quả.

Hội thảo nuôi dạy - kiểm soát căng thẳng



Hình ảnh 15.4.5: Hội thảo nuôi dạy - kiểm soát căng thẳng
Tác giả: Swati Y Bhawe, New Delhi

Cha mẹ của trẻ thường xuyên cảm thấy căng thẳng do đang ở tuổi trung niên thường đối mặt với nhiều vấn đề nhất là các vấn đề liên quan đến con trẻ.

Đối mặt với vấn đề căng thẳng rất quan trọng đối với các bậc phụ huynh và phương pháp thở pranayama và yoga được dạy trong các buổi hội thảo này có thể có ích.

Chương trình định hướng cho giáo viên và phụ huynh - sự phát triển của trẻ vị thành niên



Hình 15.4.6: Chương trình định hướng cho giáo viên và phụ huynh - sự phát triển của trẻ vị thành niên
Tác giả: Swati Y Bhawe, New Delhi

Chương trình định hướng cho giáo viên và phụ huynh đối với vấn đề phát triển tinh thần, thể chất và tâm lý xã hội rất quan trọng để hiểu và cải thiện khả năng giao tiếp với trẻ

Tham gia những chương trình này không chỉ giúp cha mẹ hiểu rõ hơn về con cái mà còn giúp cha mẹ phát triển các kĩ năng để có lối sống khỏe mạnh và tích cực.

Hình ảnh	Chủ ý	Nữ trí
Chương trình định hướng cho giáo viên và phụ huynh - ngăn chặn tự tử		
	Tự tử ở giới trẻ ngày càng tăng ở Ấn Độ. Nguyên nhân thường là do thành tích học tập kém, bị từ chối hoặc thất bại trong các mối quan hệ tình cảm.	Các chương trình ngăn ngừa tự tử rất quan trọng đối với phụ huynh vì giúp họ hiểu rõ các dấu hiệu biểu hiện của trầm cảm và cố gắng tự tử.
Hình 15.4.7: Chương trình định hướng cho giáo viên và phụ huynh - ngăn chặn tự tử Tác giả: Swati Y Bhawe, New Delhi		

Với trẻ vị thành niên đặc biệt(thử thách về mặt tâm lý)

	Những người chăm sóc trẻ vị thành niên có thể thấy các thử thách về mặt tâm lý của những đứa trẻ trong nhà nuôi dưỡng. Cần giải thích rõ và dạy dỗ chúng một cách nghiêm túc. Những cuộc dã ngoại và huấn luyện chung ở giai đoạn sớm rất quan trọng cho những đứa trẻ này.	Khuyến khích tương tác với các trẻ vị thành niên có hoàn cảnh đặc biệt. Những đứa trẻ bình thường khác nên được đồng cảm với những trẻ trong điều kiện khó khăn hơn. Những tương tác như vậy có thể giúp ích được cho cả 2 nhóm trẻ.
Hình 5.4.8: Với trẻ vị thành niên đặc biệt (Thử thách về mặt tâm lý) Tác giả: Shaji Thomas John, Calicut		

Tư vấn học đường

	Tư vấn học đường tập trung vào mối quan hệ và tương tác giữa học sinh và môi trường học tập để giảm thiểu ảnh hưởng của hàng rào môi trường và tổ chức cản trở thành tích học tập của học sinh. Nhà tư vấn hỗ trợ học sinh trong vấn đề học tập, hướng nghiệp, xã hội và phát triển nhân cách, giúp chúng đi theo một con đường dẫn đến thành công.	Các nhà tư vấn làm việc như những người hướng dẫn sẽ lập thành một đội để làm việc với thầy cô và gia đình để giúp cha mẹ và những người giám hộ nhận ra những nhu cầu, sự yêu thích của trẻ và tiếp cận những nguồn lực sẵn có.
Hình 15.4.9: Tư vấn học đường Tác giả: MKC Nair, Thiruvananthapuram		

Hình ảnh	Chú ý	Nữ trí
 Hình 15.4.10: Tổ chức các chương trình chăm sóc sức khỏe thân thiện cho vị thành niên ở nông thôn Tác giả: MKC Nair, Thiruvananthapuram	Dịch vụ chăm sóc sức khỏe thân thiện (AFHS) là một trong các chương trình dễ tiếp cận, được chấp nhận, bao quát và toàn diện với những nhân viên thân thiện được thực hiện ở vùng nông thôn.	Chương trình chăm sóc sức khỏe thân thiện thường được tổ chức ở nông thôn cho trẻ từ 10 đến 19 tuổi một cách kỷ lưỡng và đạt hiệu quả cao. Những chương trình như thế này nhằm mục đích đảm bảo quyền được sống khỏe mạnh của trẻ vị thành niên và tận dụng một cách hiệu quả các nguồn lực để bảo vệ sức khỏe.

Tuyên thệ để ngăn chặn tình trạng lạm dụng tình dục - 1

 Hình 15.4.12: Tuyên thệ để ngăn chặn tình trạng lạm dụng tình dục Tác giả: MKC Nair, Thiruvananthapuram	Một trong những chiến lược hiệu quả để giảm lạm dụng tình dục trẻ vị thành niên là trao quyền cho chúng được bảo vệ chính chúng.	Những đứa trẻ trong trường sẽ cùng nói một lời tuyên thệ: "Tôi chính là người chăm sóc cho thể chất, tinh thần và linh hồn của tôi - Tôi sẽ bảo vệ, giữ gìn và phát triển nó".
---	---	---

Tuyên thệ để ngăn chặn tình trạng lạm dụng tình dục - 2

 Hình 15.4.12: Tuyên thệ để ngăn chặn tình trạng lạm dụng tình dục Tác giả: MKC Nair, Thiruvananthapuram	Một trong những chiến lược hiệu quả để giảm lạm dụng tình dục trẻ vị thành niên là trao quyền cho chúng được bảo vệ chính chúng.	Mang một huy hiệu và nói cùng một lời tuyên thệ tại một cuộc hội họp ở trường. Chúng sẽ tiếp tục mang huy hiệu suốt ngày và tạo ra những cuộc thảo luận với bạn bè đồng lứa hoặc cha mẹ.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 15.4.13: Khám sức khỏe răng miệng tại trường. Tác giả: MKC Nair, Tiruvatanapuram	Khám sức khỏe răng miệng tại trường rất quan trọng cho trẻ. Chúng giúp phát hiện ra các vấn đề ảnh hưởng xấu lâu dài đến sức khỏe. Chúng cũng giúp theo dõi sự phát triển của trẻ và quyết định thời gian thích hợp cho điều trị.	Khám sức khỏe tại trường nên bao gồm cả tình trạng chủng ngừa: • Cân nặng • Chiều cao • Huyết áp • Hemoglobin • Bướu giáp • Sâu răng • Đau đầu • Thị giác • Thính giác • Vấn đề kinh nguyệt • Bệnh buồng trứng đa nang • Nhiễm trùng đường tiết niệu sinh dục • Vấn đề y tế • Vấn đề hành vi • Lo lắng • Trầm cảm • Ý nghĩ tự sát • Các vấn đề đặc biệt khác.

Chia Se Ca Lam Sang

Khám sức khỏe tai mũi họng tại trường

 Hình 15.4.14: Khám sức khỏe tai mũi học tại trường. Tác giả: MKC Nair, Tiruvatanapuram	Khám tai mũi họng cho trẻ thường được thực hiện trong một trại sức khỏe.	Khám tai mũi họng rất quan trọng để tìm ra khiếm khuyết về thính giác mà có thể ảnh hưởng đến thành tích học tập cũng như phát triển lâu dài của trẻ.
---	---	--

Mục 16

Lạm dụng, bỏ bê trẻ em và lao động trẻ em

Phụ trách chuyên mục
Meenakshi Mehta

Nguồn ảnh
Meenakshi Mehta

- 16.1 Lạm dụng và bỏ bê trẻ em
- 16.2 Lao động trẻ em

16.1 LẠM DỤNG VÀ BỎ BỎ TRẺ EM 339

- ♦ Chuột cắn ở trẻ mới sinh bị bỏ rơi 339
- ♦ Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với các vết chuột cắn 339
- ♦ Bỏ bỏ trẻ; chuột cắn 339
- ♦ Lạm dụng thể chất nghiêm trọng, ở trẻ có việc làm như giúp việc nhà 340
- ♦ Lạm dụng thể chất ở hai chị em 340
- ♦ Lạm dụng trẻ em: Thể chất, bị đánh bởi chủ lao động 340
- ♦ Lạm dụng tinh dục: Trẻ gái 3 tuổi, bị "hãm hiếp" bởi nhân viên của bố 341
- ♦ Lạm dụng tinh dục và các lạm dụng khác ở trẻ, khắp cả nước Ấn Độ 2010 341
- ♦ Dữ liệu về lạm dụng tinh dục ở trẻ em khắp cả nước 2010 341
- ♦ Lạm dụng tinh dục trẻ em 342
- ♦ Lạm dụng trẻ em: Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với các bất thường bẩm sinh 342
- ♦ Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với tình trạng gãy mòn 342
- ♦ Lạm dụng trẻ em: trẻ bị bỏ rơi ở khoa Nhi 343
- ♦ Lạm dụng trẻ em: trẻ bị sử dụng cho giải trí 343
- ♦ Lạm dụng trẻ em: trẻ gái bị sử dụng để giải trí 343
- ♦ Lạm dụng trẻ em: giải trí (trẻ gái đi bộ trên dây) 344
- ♦ Lạm dụng trẻ em: giải trí (trẻ trai trèo lên sào) 344
- ♦ Lạm dụng trẻ em: giải trí (tự làm chủ) 345
- ♦ Lạm dụng trẻ em: lạm dụng rượu/bỏ bỏ trẻ 345
- ♦ Bỏ bỏ trẻ: bị bỏng do nước nóng 345
- ♦ Bỏ bỏ trẻ: bị bỏng nước nóng 346
- ♦ Lạm dụng trẻ em: Hội chứng Manchaursan 346

16.2 LAO ĐỘNG TRẺ EM 347

- ♦ Lao động trẻ em: trẻ em làm việc trong các khu công nghiệp khác nhau 347
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ em làm việc trong các khu công nghiệp khác nhau 347
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ gái đội đá trên đầu 347
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc trong nhà máy sản xuất bông gạo 348
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc trên đường có ổ gà 348
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai nghiền đá 348
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong lò nung gạch 349
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai sửa ốc vít của máy 349
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ mang đồ nặng/gạch đá ở trên đầu 349
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong các mỏ 350
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ gái mang vác những chậu bằng đất 350
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ gái bán hoa, vòng hoa 350
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ mang vác đá 351
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ mang vác bánh phở bỏ 351
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong gara 351
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong cánh đồng ớt 352
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà 352
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà 352
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà 353
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong nhà xưởng/nhà máy 353
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở công xưởng 353
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ bán hoa tại 354
- ♦ Lao động trẻ em: trẻ rửa chén đĩa 354
- ♦ Lao động trẻ em: lao động là trẻ em bị bắt ở ga tàu 354
- ♦ Lao động trẻ em: cầm hay không cầm 355

16.1 LẠM DỤNG VÀ BỎ BÊ TRẺ EM

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 16.1.1: Chuột cắn ở trẻ mới sinh bị bỏ rơi. Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với nhiều tổn thương do chuột cắn ở tay trái, cánh tay, cổ và mắt một mảng da đầu, được cảnh sát tìm thấy từ bãi rác.	Điều trị các tổn thương, hạ thân nhiệt và nhiễm trùng ngay lập tức. Phòng ngừa uốn ván bằng ATS và globulin miễn dịch uốn ván và phục hồi chức năng sau đó thông qua trại trẻ mồ côi và tòa án dành cho vị thành niên.

Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với các vết chuột cắn

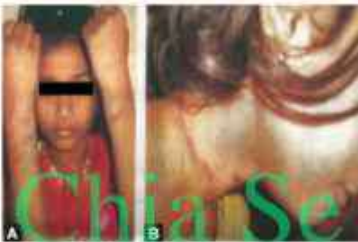
 Hình 16.1.2: Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với các vết chuột cắn. Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ mới sinh này bị bỏ rơi ở một bãi rác. Trong khi cứu hộ, các vết chuột cắn đã được thấy ở sau lưng.	Tạo ra nhận thức xã hội đối với phúc lợi của trẻ em và xóa đói giảm nghèo, đó là một nhiệm vụ khó khăn.
--	---	--

Bỏ bê trẻ: chuột cắn

 Hình 16.1.3: Chuột cắn Nguồn ảnh: DNA, Mumbai, 17th September, '11, Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ hai tháng tuổi bị tấn công bởi những con chuột, phá hủy mũi, môi và tai trong khi trẻ đang ngủ, bên cạnh người mẹ bị bệnh tâm thần trong các khu ổ chuột. Bố của trẻ đang làm việc như người canh gác và đã phát hiện bé bị thương khi ông trở về sau giờ làm vào buổi sáng.	Điều trị ngay lập tức các vết thương, mất máu, ngăn ngừa nhiễm trùng. Phẫu thuật chỉnh hình khi trẻ lớn lên khoảng 10 tuổi.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 16.1.4: Lam dụng thể chất nghiêm trọng, ở trẻ có việc làm như giúp việc nhà. Nguồn ảnh: Mumbai Mirror, October 1st, 2011, Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ trai 10 tuổi, được thuê làm giúp việc gia đình? được nhận nuôi, bởi một gia đình mà ba năm trước đã bị đâm với một cái tua vít bởi gia chủ, bởi vì cậu ta đã làm rơi một cái đĩa trong nhà đó.	- Hàng xóm đã đưa cậu bé đang chảy máu và gào khóc đến phòng khám, nơi mà nhiều hơn nửa đầu vết của đợt tra tấn trước đó—các vết bầm tím, các vết bong, những vết sẹo đã lành ở lưng, tay chân, hông và mặt được nhận thấy. - Các chế độ phúc lợi xã hội cho giáo dục, y tế và chăm sóc toàn diện của trẻ lao động và phục hồi chức năng trong gia đình của chúng.

Lạm dụng thể chất ở hai chị em

 Hình 16.1.5A và B: Hai trẻ gái với các tổn thương ở tay và cổ Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bị tra tấn bởi bố của chúng, bị đánh đập và gây bong băng gậy sắt liên tục. Người bố đã hy sinh hai đứa trẻ theo lời khuyên của “mật tông” khi sự nghiệp của ông thất bại.	Cứu hai chị em khỏi hoàn cảnh này và tư vấn cho người bố.
---	---	--

Lạm dụng trẻ em: Thể chất, bị đánh bởi chủ lao động

 Hình 16.1.6: Bé gái với máu tụ dưới cả hai mắt Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bé gái 10 tuổi này làm giúp việc gia đình. Bé bị đánh đập do ăn món “shrikhand” (món trắng miện) mà không có sự cho phép của gia đình chủ.	Cứu bé khỏi lao động trẻ em và phục hồi chức năng sau đó.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lạm dụng tình dục: Trẻ gái 3 tuổi, bị 'hãm hiếp' bởi nhân viên của bố		
	Bé gái này, con ngoài giá thú, bị hãm hiếp bởi nhân viên của bố. Người bố là chủ sở hữu một sòng bài và một nhân viên đã hãm hiếp bé. Bé đã được đưa tới bệnh viện LTMG, Sion, Mumbai.	Phục hồi chức năng thông qua trại tạm giữ trẻ.
Hình 16.1.7: Trẻ gái 3 tuổi, đứa con ngoài giá thú bị hãm hiếp bởi nhân viên của bố Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai		

Lạm dụng tình dục và các lạm dụng khác ở trẻ, khắp cả nước Ấn Độ 2010

 OVER 2,300 CHILDREN RAPED LAST YEAR, DATA REPORT 347 451 448 387 389 8,580 1,288 1,225 148 706 581 1,065 4,458 5,382 2,837 2,338 1,441 2,700 316 1,387 21 208 124	Phòng lưu trữ hồ sơ tội phạm quốc gia: 5484 trẻ bị tấn công tình dục, 1408 trẻ bị giết và hơn 10,000 trẻ bị bắt cóc. Maharashtra có tỉ lệ cao nhất về tấn công tình dục.	Bảo vệ trẻ bởi tất cả người lớn—gia đình, chính phủ, cảnh sát, luật pháp, các tổ chức phi chính phủ. Giáo dục giới tính cho trẻ và dạy chúng về việc báo ngay khi có lạm dụng tình dục.
Chia sẻ Ca Lam Sang		
Figure 16.1.8: Lạm dụng tình dục và các lạm dụng khác ở trẻ, khắp cả nước Ấn Độ 2010 Nguồn ảnh: Hindustan Times, Mumbai, Oct., 31, 2011, Meenakshi Mehta, Mumbai		

Dữ liệu về lạm dụng tình dục ở trẻ em khắp cả nước 2010

 5K kids faced sex assaults last year 10,670 1,182 2,087 20,700 people died in natural calamities in 2010, survey	Phòng lưu trữ hồ sơ tội phạm quốc gia: 5484 trẻ bị tấn công tình dục, 1408 bị giết và hơn 10,000 trẻ bị bắt cóc. Maharashtra có tỉ lệ cao nhất về tấn công tình dục.	Bảo vệ trẻ bởi tất cả người lớn—gia đình, chính phủ, cảnh sát, luật pháp, các tổ chức phi chính phủ. Giáo dục giới tính cho trẻ và dạy chúng về việc báo ngay khi có lạm dụng tình dục.
Hình 16.1.9: Dữ liệu về lạm dụng tình dục ở trẻ em khắp cả nước 2010 Nguồn ảnh: Hindustan Times, 31st October 2011, Meenakshi Mehta, Mumbai		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 16.1.10: Lạm dụng tình dục trẻ em Nguồn: Hindustan Times, 4th October 2011, Mumbai	Phong lưu trữ hồ sơ tội phạm quốc gia: 5484 trẻ bị tấn công tình dục, 1408 trẻ bị giết và hơn 10,000 trẻ bị bắt cóc. Maharashtra có tỉ lệ cao nhất về tấn công tình dục.	Bảo vệ trẻ bởi tất cả người lớn—gia đình, chính phủ, cảnh sát, luật pháp, các tổ chức phi chính phủ. Giáo dục giới tính cho trẻ và dạy chúng về việc báo ngay khi có lạm dụng tình dục.

Lạm dụng trẻ em: Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với các bất thường bẩm sinh

 Hình 16.1.11: Lạm dụng trẻ em: Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với các bất thường bẩm sinh Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ mới sinh với các bất thường bẩm sinh bị bỏ rơi ở bãi rác là một ví dụ của lạm dụng trẻ em. Đã được cảnh sát mang tới bệnh viện.	Giáo dục xã hội và phúc lợi nói chung của trẻ bao gồm cả trẻ tàn tật.
---	--	--

Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với tình trạng gãy mồm

 Hình 16.1.12: Trẻ mới sinh bị bỏ rơi với tình trạng gãy mồm Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ 15 - 16 ngày tuổi có các cử động lỏng lẻo trong tình trạng gãy mồm, bị bỏ rơi trong một cái nôi của trại trẻ mồ côi. Là một ví dụ của lạm dụng/bỏ bê về dinh dưỡng.	Nâng cao nhận thức xã hội về chấp nhận sự bất hợp pháp và xóa đói giảm nghèo.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lạm dụng trẻ em: trẻ bị bỏ rơi ở khoa Nhi		
 Hình 16.1.13: Bé gái vô danh bị bỏ rơi ở khoa Nhi Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bé gái 3 tuổi này bị bỏ rơi ở khoa Nhi của bệnh viện LTMG, Sion, Mumbai, trong tình trạng mất ý thức. Được chẩn đoán là TBM, được điều trị và phục hồi chức năng sau đó.	Được phục hồi chức năng sau đó ở trại tạm giữ trẻ, Mumbai.

Lạm dụng trẻ em: trẻ bị sử dụng cho giải trí

 Hình 16.1.14: Bé trai với đá treo vào cổ Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Đưa trẻ đường phố đang nâng những tảng đá nặng bằng cổ và trình diễn để thỏa mãn sự giải trí của người dân.	Tro giúp toàn diện cho trẻ và gia đình chúng đặc biệt là giáo dục, phục hồi xã hội và kinh tế thông qua các chương trình của chính phủ.
--	--	--

Lạm dụng trẻ em: trẻ gái bị sử dụng để giải trí

 Hình 16.1.15A và B: Những bé gái giữ thăng bằng trên dây phục vụ cho giải trí Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Những bé gái giữ thăng bằng, bước đi trên dây, trình diễn chương trình đường phố nguy hiểm để kiếm tiền sinh nhai cho gia đình.	Xóa đói giảm nghèo, nâng cao xã hội, bảo đảm việc làm cho gia đình, giáo dục và phúc lợi của trẻ.
---	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Nữ trí
 Hình 16.1.16: Một bé gái đu mục di trên dây Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Một bé gái đu mục di trên dây, thực hiện động tác thăng bằng—một hình thức biểu tình ở New Delhi để thực hiện Báo cáo hội đồng Rinke. Là một ví dụ của lạm dụng trẻ em, sử dụng trẻ em cho giải trí của người dân để kiếm kế sinh nhai.	Báo cáo này khuyến cáo nâng cao địa vị xã hội và kinh tế của những người đu mục và người dân nói chung.

Lạm dụng trẻ em: giải trí (trẻ trai trèo lên sào)

 Hình 16.1.17: Bé trai trên cái sào Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bé trai đang trèo lên một cái sào, đang mua vui cho mọi người trong một buổi biểu diễn đường phố.	Nâng cao xã hội, xóa đói giảm nghèo, bảo đảm giáo dục, việc làm cho gia đình. Phục hồi chức năng cho trẻ bị ảnh hưởng trong gia đình của chúng.
---	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lạm dụng trẻ em: giải trí (tự làm chủ)		
 Hình 16.1.18: Bé trai với con khỉ như là một con vật cưng Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Cầu bé đường phố nghèo có lẽ không được giáo dục, không có việc làm đã giữ con khỉ như con vật cưng và kiếm được số tiền nhỏ bằng cách biểu diễn các tiết mục đường phố với con khỉ nhằm mua vui cho người khác.	Tro giúp toàn diện cho trẻ và gia đình đặc biệt là giáo dục, phục hồi xã hội và kinh tế thông qua các chương trình của chính phủ.

Lạm dụng trẻ em: lạm dụng rượu/bỏ bê trẻ

 Hình 16.1.19: Lạm dụng trẻ, lạm dụng rượu Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Bé gái 10 tuổi trong trạng thái mất ý thức được phát hiện trong tình trạng "hôn mê do rượu". Mẹ bé đã bỏ bê lại cho bà ngoại chăm sóc, người kinh doanh "rượu đế". Bé gái này đã giúp bà ngoại phục vụ khách hàng và đã say rượu, và trở nên mất ý thức.	Giáo dục cho bố mẹ/người giám hộ chăm sóc trẻ một cách đúng đắn. Nếu có thể, xóa đói giảm nghèo, đảm bảo việc làm và phục hồi xã hội.
---	---	--

Bỏ bê trẻ: bị bỏng do mẹ bỏ bê trẻ

 Hình 16.1.20: Những vết bỏng ở chân trái và mông Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Dứa bé sơ sinh này bị bỏ một mình gần nước nóng khi đi tắm, trong khi bà mẹ đi lấy một vài thứ. Bé đã bò bật lên và bị bỏng.	Mẹ/người chăm sóc nên cẩn thận trong khi trông trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ để ngăn chặn những rủi ro như vậy.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 16.1.21: Tồn thương bỏng ở hai đùi Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Đứa bé sơ sinh này bị bỏ một mình gần nước nóng khi đi tắm, trong khi bà mẹ đi lấy một vài thứ. Bé đã bò/bật lên và bị bỏng.	Mẹ/người chăm sóc nên cẩn thận trong khi trông trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ để ngăn chặn những rủi ro như vậy.

Lạm dụng trẻ: Hội chứng Manchausan

 Hình 16.1.22: Hội chứng Manchausan Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Đứa trẻ được mang đến với bệnh sử nôn mửa, được làm giả bởi người bỏ. Trên lâm sàng không có bằng chứng của tổn thương bất kỳ cơ quan nào, bệnh này được theo dõi bởi người bỏ. Nó là một biểu hiện của bệnh được theo dõi thường bởi một người lớn—bỏ, mẹ/người chăm sóc, ở một trẻ có thể tương tự một bệnh thực sự, với một mục tiêu của sự chú ý của nhân viên y tế và lần lượt nhận được sự tự cho là quan trọng. Máu gái ở trong chai là bột “sín-đua” hòa tan trong nước.	Điều trị tâm thần với tư vấn của bỏ mẹ có trách nhiệm để ngăn ngừa tái phát.
---	---	---

16.2 LAO ĐỘNG TRẺ EM

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 16.2.1A đến F: Lao động trẻ em; trẻ em làm việc trong các khu công nghiệp khác nhau Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ em làm việc trong các khu công nghiệp khác nhau ở "Dharavi", Mumbai, khu ổ chuột lớn nhất ở Ấn Độ. Ví dụ: kim khí, bao bì, các sản phẩm từ nhựa, v.v...	Phục hồi toàn diện về lao động trẻ em. Giáo dục, xã hội, kinh tế với sự dịch chuyển trong gia đình với hỗ trợ tài chính.

Lao động trẻ em: trẻ em làm việc trong các khu công nghiệp khác nhau

 Hình 16.2.2A đến F: Lao động trẻ em; trẻ em làm việc trong các khu công nghiệp khác nhau Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ làm việc trong hàng dệt kim, quần áo may sẵn, gara ô tô, thợ đóng giày, bán rau, v.v... ở các khu ổ chuột Dharavi, Mumbai.	Thông qua các chương trình việc làm của chính phủ. Xóa bỏ lao động trẻ em không phải là giải pháp trừ khi sự giúp đỡ thay thế từ gia đình được đảm bảo.
---	---	--

Lao động trẻ em: trẻ gái đội đá trên đầu

 Hình 16.2.3: Bé gái đội đá trên đầu Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Là ví dụ về lao động trẻ em. Gần 1/2 của Ấn Độ đang phải vật lộn với lao động trẻ em, xấp xỉ 18 triệu trẻ em đang làm việc cực nhọc để kiếm tiền hàng ngày, phần lớn là trong hoàn cảnh bóc lột.	Phục hồi toàn diện về lao động trẻ em. Giáo dục, kinh tế với sự dịch chuyển của trẻ trong gia đình chúng với sự hỗ trợ tài chính cho gia đình thông qua các chương trình việc làm của chính phủ, v.v...
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Nxử trí
Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc trong nhà máy sản xuất bông gạo		
	Nhiều trẻ trong nhà máy sản xuất bông gạo có những vấn đề về hô hấp bởi vì chúng làm việc gần các vạc đun nóng đến 800°C.	Phát triển kinh tế xã hội của Ấn Độ. Phục hồi chức năng gia đình, giáo dục, kinh tế, xã hội.
Hình 16.2.4: Trẻ trai làm việc trong nhà máy sản xuất bông gạo Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai		

Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc trên đường có ổ gà		
	Bé trai này đang làm việc và giúp sửa chữa ổ gà. Nguy cơ chết đuối trong rãnh nước sâu hơn bên dưới nơi bé đang làm việc.	Phát triển kinh tế xã hội của Ấn Độ. Phục hồi chức năng gia đình, giáo dục, kinh tế, xã hội.
Hình 16.2.5: Trẻ trai làm việc trong ổ gà trên phố Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai		

Lao động trẻ em: trẻ trai nghiền đá		
	Trẻ con tham gia vào công việc vát và lã phá đá. Nguy cơ chấn thương tay, chân và hít phải các hạt bụi đá.	Phát triển kinh tế xã hội của Ấn Độ. Phục hồi chức năng gia đình, giáo dục, kinh tế, xã hội.
Hình 16.2.6: Bé trai đang nghiền những viên đá Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai		

Hình ảnh	Chú ý	Nữ trí
Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong lò nung gạch		
	Trẻ con làm việc ở một lò nung gạch ở Allahabad.	Phát triển kinh tế xã hội của Ấn Độ. Phục hồi chức năng gia đình, giáo dục, kinh tế, xã hội.
Hình 16.2.7: Trẻ làm việc trong lò nung gạch Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai		

Lao động trẻ em: trẻ trai sửa ốc vít của máy

	Trẻ con được sử dụng trong tất cả các thể loại công việc nghiêm cấm sử dụng lao động trẻ em (luật cấm và quy chế) thực thi năm 1986, sẽ dẫn đến truy tố, phạt tiền và các hành động trừng phạt khác.	Phát triển kinh tế xã hội của Ấn Độ. Phục hồi chức năng gia đình, giáo dục, kinh tế, xã hội.
Hình 16.2.8: Trẻ trai sửa ốc vít của máy Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai		

Lao động trẻ em: trẻ mang đồ nặng/gạch/đá ở trên đầu

	Trẻ mang đồ nặng/gạch/đá ở trên đầu	Chính phủ phải theo dõi việc giáo dục lao động trẻ em đã được giải cứu sau khi được trả lại thẻ môn bài. Tuy nhiên, the HC has pulled up the state for failing to produce any such records.
Hình 16.2.9: Trẻ mang đồ nặng/gạch/đá ở trên đầu Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai		

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 16.2.10: Trẻ làm việc trong các mỏ Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Một bé gái làm việc trong một bãi quặng sắt ở bờ tây Jharkhand quận Singhbhum.	Chính phủ phải theo dõi việc giáo dục lao động trẻ em đã được giải cứu sau khi được trả lại thẻ môn bài. Tuy nhiên, the HC has pulled up the state for failing to produce any such records.

Lao động trẻ em: trẻ gái mang vác những chậu bằng đất

 Hình 16.2.11: Trẻ gái mang vác những chậu bằng đất Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Nơi thường thấy “Kumbharwada, Dharavi”. Trẻ gái giúp gia đình bán những chiếc chậu nhỏ.	Chính phủ phải theo dõi việc giáo dục lao động trẻ em đã được giải cứu sau khi được trả lại thẻ môn bài. Tuy nhiên, the HC has pulled up the state for failing to produce any such records.
---	---	--

Lao động trẻ em: trẻ gái bán hoa, vòng hoa

 Hình 16.2.12: Trẻ gái bán hoa, vòng hoa Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Một bé gái 7 - 8 tuổi đang làm và bán vòng hoa.	Phát triển kinh tế xã hội của Ấn Độ. Phục hồi chức năng gia đình, giáo dục, kinh tế, xã hội.
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lao động trẻ em: trẻ mang vác đá  Hình 16.2.13: Trẻ mang vác đá Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ mang vác đá/ vật nặng	Thông báo ban hành về việc cấm sử dụng lao động là trẻ em như giúp việc nhà và ở các quán dhabas, quán ăn, quán trà, v.v... với hiệu lực từ 2006. Sử dụng lao động trái phép có thể bị truy cứu trách nhiệm hình sự.
Lao động trẻ em: trẻ mang vác bánh phán bơ  Hình 16.2.14: Trẻ gái mang vác bánh phán bơ Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ mang bánh phán bơ để bán. Đặc biệt thấy ở làng và các khu ổ chuột ở đô thị.	Thông báo ban hành về việc cấm sử dụng lao động là trẻ em như giúp việc nhà và ở các quán dhabas, quán ăn, quán trà, v.v... với hiệu lực từ 2006. Sử dụng lao động trái phép có thể bị truy cứu trách nhiệm hình sự.
Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong gara  Hình 16.2.15: trẻ làm việc trong gara: bánh xe Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ con làm việc trong gara, một công việc vất vả, trên bánh xe.	Hiện nay, 13 công việc và 57 cách thức sản xuất là độc hại bị cấm sử dụng lao động là trẻ em.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong cánh đồng ớt		
 Hình 16.2.16: Trẻ làm việc trong cánh đồng ớt Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ làm việc trong nhà kho ớt, thường thấy ở Gujarat nơi có 31.8% trẻ em, mỗi ba trẻ lại làm việc trái ngược với 9% trẻ ở Maharashtra đã tham gia vào một số hoặc thể loại khác của lao động. Tiến triển về mặt kinh tế và công nghiệp, 1/18 trẻ được trả công.	Thông báo ban hành về việc cấm sử dụng lao động là trẻ em như giúp việc nhà và ở các quán dhabas, quán ăn, quán trà, v.v... với hiệu lực từ 2006. Sử dụng lao động trái phép có thể bị truy cứu trách nhiệm hình sự.
Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà		
 Hình 16.2.17: Trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Có lệnh cấm từ tháng 10 năm 2016 về làm việc trong các quán ăn, nhà hàng, cửa hàng trà, quán dhabas hoặc giúp việc gia đình.	Thông báo ban hành về việc cấm sử dụng lao động là trẻ em như giúp việc nhà và ở các quán dhabas, quán ăn, quán trà, v.v... với hiệu lực từ 2006. Sử dụng lao động trái phép có thể bị truy cứu trách nhiệm hình sự.
Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà		
 Hình 16.2.18: Trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Có lệnh cấm từ tháng 10 năm 2016 về làm việc trong các quán ăn, nhà hàng, cửa hàng trà, quán dhabas hoặc giúp việc gia đình.	Thông báo ban hành về việc cấm sử dụng lao động là trẻ em như giúp việc nhà và ở các quán dhabas, quán ăn, quán trà, v.v... với hiệu lực từ 2006. Sử dụng lao động trái phép có thể bị truy cứu trách nhiệm hình sự.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà		
 Hình 16.2.19: Trẻ trai làm việc ở cửa hàng trà Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Có lệnh cấm từ tháng 10 năm 2016 về làm việc trong các quán ăn, nhà hàng, cửa hàng trà, quán dhabas hoặc giúp việc gia đình.	Thông báo ban hành về việc cấm sử dụng lao động là trẻ em như giúp việc nhà và ở các quán dhabas, quán ăn, quán trà, v.v... với hiệu lực từ 2006. Sử dụng lao động trái phép có thể bị truy cứu trách nhiệm hình sự.

Lao động trẻ em: trẻ làm việc trong nhà xưởng/nhà máy

 Hình 16.2.20: Trẻ làm việc trong nhà xưởng, nhà máy Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ làm việc trong nhà xưởng/ nhà máy	Hiện nay, 13 công việc và 57 cách thức sản xuất là độc hại bị cấm sử dụng lao động là trẻ em.
---	--	--

Lao động trẻ em: trẻ trai làm việc ở công trường

 Hình 16.2.21: Trẻ trai làm việc ở công trường Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ thu thập cát để xây các tòa nhà	Chương trình Dự án quốc gia về lao động trẻ em (NCLP) bao gồm 250 quận hiện nay và có khả năng được mở rộng. Đặc điểm của chương trình này gồm có chuyển tiếp giáo dục, các kỹ năng trước khi vào nghề, tiền thù lao, bữa ăn giữa ngày, các cơ sở chăm sóc sức khỏe.
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Nxtri
Lao động trẻ em: trẻ bán hoa tai		
 Hình 16.2.22: Trẻ bán hoa tai Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ bán hoa tai trên tàu	Chương trình Dự án quốc gia về lao động trẻ em (NCLP) bao gồm 250 quân hiện nay và có khả năng được mở rộng. Đặc điểm của chương trình này gồm có chuyển tiếp giáo dục, các kỹ năng trước khi vào nghề, tiền thù lao, bữa ăn giữa ngày, các cơ sở chăm sóc sức khỏe.
Lao động trẻ em: trẻ rửa chén đĩa		
 Hình 16.2.23: Trẻ rửa chén đĩa Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ đang rửa chén đĩa bên vệ đường/quán ăn.	Chương trình Dự án quốc gia về lao động trẻ em (NCLP) bao gồm 250 quân hiện nay và có khả năng được mở rộng. Đặc điểm của chương trình này gồm có chuyển tiếp giáo dục, các kỹ năng trước khi vào nghề, tiền thù lao, bữa ăn giữa ngày, các cơ sở chăm sóc sức khỏe.
Lao động trẻ em: lao động là trẻ em bị bắt ở ga tàu		
 Hình 16.2.24A và B: Lao động trẻ em bị cảnh sát bắt ở ga tàu Nguồn ảnh: Meenakshi Mehta, Mumbai	Trẻ đang làm việc ở ga tàu bị bắt bởi cảnh sát.	Thông báo ban hành về việc cấm sử dụng lao động là trẻ em như giúp việc nhà và ở các quán đhabas, quán ăn, quán trà, v.v... với hiệu lực từ 2006. Sử dụng lao động trái phép có thể bị truy cứu trách nhiệm hình sự.

Hình ảnh	Chú ý	Nữ trí
Ban or no ban, they're labouring on  Hình 16.2.25: Cấm hay không cấm Nguồn: Times of India, 13-6- 2007, Mumbai	Ấn Độ có 12,7 triệu (thực tế >18 triệu) trẻ em từ 5 đến 14 tuổi đang làm việc, cao nhất thế giới. Chiếm 5% dân số và 3,15% lực lượng lao động. Điều này bất chấp lệnh cấm bóc lột lao động trẻ dưới 14 tuổi.	Chế độ phúc lợi toàn diện cho trẻ em đang làm việc và phục hồi lại trong gia đình chúng. Xóa bỏ lao động trẻ em mà không có sự giúp đỡ/hỗ trợ tài chính sẽ không giúp được gì cho trẻ hoặc gia đình chúng.

Chia Se Ca Lam Sang

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 17

Da liễu

Biên tập

Jayakar Thomas

Ảnh

Jayakar Thomas, Parimalam Kumar

Chia Se Ca Lam Sang

- 17.1 Bệnh phổ biến
- 17.2 Bệnh ít phổ biến nhưng không hiếm
- 17.3 Cấp cứu
- 17.4 Các hội chứng

MỤC LỤC

17.1 BỆNH PHỔ BIẾN 359

- ♦ Rụng tóc từng mảng 359
- ♦ Viêm da dị ứng 359
- ♦ Viêm mô tế bào 359
- ♦ Ẩu trùng di chuyển qua da (CLM) 360
- ♦ Viêm da tả lột 360
- ♦ Chốc loét 360
- ♦ Viêm quầng 361
- ♦ Nhọt 361
- ♦ Herpes Zoster (HZ) 361
- ♦ Chốc, lở 362
- ♦ Vết đốt côn trùng 362
- ♦ Kerion 362
- ♦ U mềm lây 363
- ♦ Chấy 363
- ♦ Vẩy phấn trắng 363
- ♦ Ghẻ 364
- ♦ Viêm da tiết bã 364
- ♦ Nấm da đầu 364
- ♦ Mề đay 365
- ♦ Mụn cóc 365

17.2 BỆNH ÍT PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM 365

- ♦ Bệnh gai đen (AN) 365
- ♦ Mụn trứng cá 366
- ♦ Chàm (CALM) 366
- ♦ Nấm Candida 366
- ♦ Bệnh da bong nước trẻ em (CBDC) 367
- ♦ Trẻ cô màng bọc 367
- ♦ Viêm da cơ 367
- ♦ Lupus ban đỏ dạng đĩa (DLE) 368
- ♦ Thương bì bong nước 368
- ♦ Hồng ban nút (EN) 368

- ♦ Phát ban do thuốc 369
- ♦ Bệnh tay, chân, miệng 369
- ♦ Bệnh Hansen 369
- ♦ U máu 370
- ♦ Herpes Simplex 370
- ♦ Bệnh da vảy cá 370
- ♦ Nhiễm Eczema 371
- ♦ Dây sừng nang lông 371
- ♦ Lichen phẳng 371
- ♦ Lichen thể vach 372
- ♦ Lang ben 372
- ♦ Xơ cứng bì khu trú 372
- ♦ Nơ vi thiếu máu 373
- ♦ Bệnh vẩy phấn hồng 373
- ♦ Lang ben 373
- ♦ Bệnh phát ban đa dạng do ánh sáng (PLE) 374
- ♦ Bệnh vẩy nến 374
- ♦ Lupus ban đỏ hệ hồng (SLE) 374
- ♦ Systemic Sclerosis Xơ cứng bì hệ thống 375
- ♦ Tinea Cruris Nấm da đùi 375
- ♦ Tuberculosis Verrucosa Cutis Lao sùi (TBVC) 375
- ♦ Bệnh xơ cứng củ 376
- ♦ Bệnh bạch biến 376
- ♦ Khô da sắc tố (XP) 376

17.3 CẶC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU 377

- ♦ Viêm da dạng hec-pet (EH) 377
- ♦ Hồng ban đa dạng (EMF) 377
- ♦ Ban xuất huyết Henoch Schönlein Purpura (HSP) 377
- ♦ Hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN) 378

17.4 CẶC HỘI CHỨNG 378

- ♦ Hội chứng Peutz-Jeghers 378
- ♦ Hội chứng Sturge-Weber 378

17.1 BỆNH PHỔ BIẾN

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.1.1: Rụng tóc từng mảng Hình ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Mảng tóc rụng loang lổ nhỏ, không có sẹo kèm vùng tóc mất sắc tố mọc lại. Nghiệm pháp kéo tóc dương tính (hair pull test) ở mảng tóc mới ám chỉ giai đoạn hoạt động của bệnh.	- Dùng steroid ngoài da và trong vùng tổn thương (cẩn trọng với vùng da teo) - Dùng các chất ức chế calcineurin ngoài da trong trường hợp liên quan đến dị ứng - Minoxidil 2% sol dùng ngoài da - Các chất điều chỉnh miễn dịch, e.g. levamisole. - Tránh dùng corticoid toàn thân

Viêm Da Dị Ứng

 Hình 17.1.2: Viêm da dị ứng Hình ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Ban đỏ, phù nề có vảy khô trên má. Da khô	- Sử dụng xà bông có ít chất tẩy rửa - Sử dụng kem dưỡng ẩm và các chất làm mềm da thường xuyên. Dùng steroid (hydrocortisone) khi tình trạng viêm thuyên giảm sau khi TCI - Kháng histamin và kháng sinh toàn thân khi cần thiết
---	--	---

Viêm mô tế bào

 Hình 17.1.3: Viêm mô tế bào Hình ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Viêm cấp, bán cấp hoặc mãn tính mô liên kết lỏng lẻo hoặc mô sâu dưới da ở ổ nhiễm khuẩn. Chẩn đoán là sưng nóng đỏ, đau, và ấn đau. Bờ mờ, ranh giới không rõ. Sốt, viêm mạch bạch huyết, hạch bạch huyết có thể gặp.	- Phẫu thuật cắt và dẫn lưu - Điều trị kháng sinh toàn thân - Không dùng kháng sinh bôi ngoài da
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Âu trùng di chuyển ngoài da (CLM)		
 Hình 17.1.4: Ấu trùng di chuyển ngoài da (CLM) Hình ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Ngứa cục bộ bắt đầu trong vài giờ sau khi ấu trùng xâm nhập Hình sóng, mông, dài, tăng dần, đường hầm giống như hồng ban di động ở gan chân nam giới, gần đây vừa đi du lịch ở biển Eczema thứ phát / biến chứng nhiễm trùng CLM	- Bôi ngoài da Thiabendazole 10% albendazole 400 mgm trong 3 ngày là an toàn và hiệu quả. Có thể dùng dung dịch nitrogen cho hang ấu trùng - Thuốc kháng histamin, kháng sinh cùng với steroid ngoài da có thể cần thiết nếu có eczema hóa - Tránh tiếp xúc với đất ẩm
Viêm da tả nốt		
 Hình 17.1.5: Viêm da tả nốt Hình ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Ban đỏ có ranh giới rõ phân cách với chiều sâu của nếp gấp	- Tránh sử dụng tả ướt bị hơi. Cần trọng khi sử dụng kháng sinh bôi ngoài da, kháng nấm, và steroid yếu (mild), đơn thuần hoặc phối hợp trong thời gian ngắn cho hiệu quả - Không nên dùng kem steroid mạnh (strong) cho vùng nếp gấp da và mông (bottom)
Chốc loét (Echthyma)		
 Hình 17.1.6: Chốc loét Hình ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Chốc ló (impetigo) đáy sâu có đặc điểm vô bầm dính dưới là loét. Bong nước nhỏ hoặc mụn mủ trên ban đỏ. Trên là lớp vỏ cứng lá do dịch tiết khô. Loại bỏ lớp vỏ thấy ổ loét. Lành để lại sẹo. Vị trí hay gặp đùi, mông, và cẳng chân	- Vệ sinh và dinh dưỡng - Kháng sinh trong chốc ló. Thăm nước để loại bỏ lớp vỏ. Điều trị bệnh nguyên phát nếu có

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Viêm quầng		
 Hình 17.1.7: Viêm quầng Hình ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Nhiễm khuẩn da và mô dưới da. Sưng, đỏ, đau. Bề mặt da có thể phỏng. Bờ danh giới rõ Luôn gặp sốt, viêm mạch và hạch bạch huyết	Không kháng sinh toàn thân can thiệp phẫu thuật. Dự phòng tái phát bằng sử dụng kháng sinh kéo dài
Nhot (Furuncle)		
 Hình 17.1.8: Nhot Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Đỏ, ấn đau, chắc, tròn, nang lông phủ nề. Có thể tiến triển thành áp xe. Phù mạch thứ phát do nhot Nhot tái phát thường gặp ở mũi.	Gạc ẩm và kháng sinh toàn thân có thể ngăn chặn nhot ở giai đoạn sớm. Cloxacillin, erythromycin, hoặc cephalosporin 1 đến 2 gm mỗi ngày theo cân nặng và mức độ nghiêm trọng. Tình trạng người mang bệnh nên được điều trị bằng thuốc mỡ ointment, bôi trong mũi, nách và quanh hậu môn trong 2 đến 3 tuần
Herpes Zoster (HZ)		
 Hình 17.1.9: Herpes zoster (HZ) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Ban đỏ một bên, mụn nước, nhanh chóng trở thành mụn mủ liên tiếp hoặc dải đoạn trên một hoặc nhiều vùng da (suy giảm miễn dịch). Liệt mặt cùng bên và mụn nước ở tai ngoài—Hội chứng Ramsay Hunt – Dấu hiệu Hutchinsonian dương tính (mụn nước ở bên và đỉnh mũi âm chỉ tổn thương dây thần kinh mũi mí. Tế bào Tzanck cho thấy tế bào không lồ đa nhân.	- HZ ở trẻ em tự giới hạn. Thuốc sát trùng ngoài da, kháng sinh để điều trị nhiễm trùng thứ phát. Không sử dụng steroid kết hợp. Kháng sinh giảm đau toàn thân khi cần. - Thành phần miễn dịch: Oral acyclovir, 30 g/kg 5 lần mỗi ngày trong 7 ngày, bắt đầu trong vòng 48 h kể từ khi bắt đầu nổi ban - Úc chế miễn dịch. IV acyclovir hoặc interferon alpha -2a tài trợ hợp. Tham khảo ý kiến của bác sĩ mắt để chăm sóc và phòng ngừa các biến chứng ở mắt

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.1.10: chốc, lở Hình : Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Loét có thành móng không đều và rải rác với vảy màu vàng. Tổn thương quanh lỗ (periorificial) là một dấu hiệu cảnh báo nghi ngờ có thể tiến triển đến hội chứng phỏng rộp da do tự cầu vàng	- Ngâm nước muối để loại bỏ lớp áo. Làm sạch vùng da. Mupirocin/ sisomicin/fusidic acid/gentamycin dùng ngoài da đem lại hiệu quả. Dạng kem được ưa chuộng hơn dạng mỡ và nên được dùng 3 - 4 lần mỗi ngày. - Cloxacillin 25 - 50 mg/kg/ngày chia nhiều lần trong 5 này/ kháng sinh thích hợp theo kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ - Tránh dùng steroid toàn thân.

Dị ứng vết đốt côn trùng

 Hình 17.1.11: Dị ứng vết đốt côn trùng. Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Nốt phỏng có mụn nước và sưng đỏ da ở mắt, chi. Hiếm khi ở ngực (được quần áo che). Thường ngứa. Trẻ em có cơ địa dị ứng có tiền sử khó khê. Biểu chứng phổ biến là nhiễm trùng thứ phát và eczema hóa	Mặc quần áo dài: - Sử dụng thuốc chống muỗi - Phòng ngừa, và giữ vệ sinh nơi ở - Giải thích, đảm bảo, vết đốt có thể tự lành Bôi ngoài da antipruritics (crotamiton), steroid nhẹ (hydrocortisone), TCI (tacrolimus). Kháng histamin, kháng sinh nếu cần thiết
---	---	--

Kerion

 Hình 17.1.12: Nấm da đầu Kerion Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Nhảy, cao, mủ, viêm sưng với nốt mảng chảy huyết thanh. Tóc không mọc, rụng và có thể đứt ra dễ dàng mà không đau (lông léo). Nấm da đầu kerion lành để lại sẹo rụng tóc	- Nếu có thể, vùng tóc bị nhiễm nên được cắt bớt để giảm lây nhiễm. Loại bỏ lớp vỏ (crusts) bằng gạc ướt. Không bao giờ được chọc rạch - Dầu gội chống nấm (ketoconazole) - Uống griseofulvin (ultramicrosized): - Liều: 10 đến 12.5 mg/kg/ngày (Tối đa: 750 to 1000 mg/ngày) để hấp thu hơn sau bữa ăn giàu chất béo trong 1 đến 2 tháng.
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
U mềm lây (Molluscum Contagiosum)		
	Hình vòm, màu trắng ngọc trai, rải rác, sần lồi hình rốn eczema quanh tổn thương, nhiễm khuẩn thứ phát, và lan rộng trong hiện tượng Koebner là các biến chứng phổ biến	- Loại bỏ nguyên nhân - Dùng ngoài da : Retinoic acid 0.025 đến 0.1%, KOH 10%, imiquimod 1 đến 5%, thuốc dân dèo – 17% salicylic acid và 17% lactic acid có hiệu quả. Đốt điện, áp lạnh bằng nito lỏng ở trẻ lớn hơn. Ritonavir, cidofovir, zidovudine cho thấy có hiệu quả ở trẻ bị HIV.
Hình 17.1.13: U mềm lây Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai		

Chấy (Pediculosis Capitis)

	Chấy, trứng chấy, hạch cổ to eczema hóa, và dính tóc (plica polonica) là những biến chứng phổ biến.	- Dùng ngoài da permethrin 1%, benzyl benzoate dạng nhũ tương 25% sau gội sạch đầu. - Cotrimoxazole, ivermectin 200 µ gm stat uống (ở trẻ lớn) - Thuốc kháng histamin và kháng sinh toàn thân nếu cần thiết
Hình 17.1.14: Hình: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai		

Vảy phấn trắng (Pityriasis Alba)

	Ranh giới không rõ, mảng giảm sắc tố kèm tróc vảy. Da mặt khô. Hay gặp ở trẻ em	Bệnh tự giới hạn. Đơn giản chỉ cần kem làm mềm da là đủ. TCI hoặc các chế phẩm 1% hydrocortisone bôi ngoài da hiệu quả nếu có biểu hiện viêm.
Hình 17.1.15: Vảy phấn trắng Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai		

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
	Trẻ hay ngứa về đêm và có tiền sử gia đình Mụn, mụn mủ, trầy da, mụn nước ở kẽ ngón tay. Trẻ có sẵn chốc lở ở bộ phận sinh dục Ít gặp ở mắt. Ghê Naury hay ghê vẩy xuất hiện ở trẻ suy giảm miễn dịch	• Điều trị tất cả người liên quan • Permethrin 2.5 đến 5%, • Tủa lưu huỳnh 3 đến 5%, • Gamma benzene hexachloride 1%, • Bezyll benzoate nhũ tương 25 to 33%, • Crotamiton 10%, • Kháng histamin đường uống. • Kháng sinh cho nhiễm khuẩn thứ phát. • Uống ivermectin 3 đến 6 mg— đơn liều.

Hình 17.1.16: Ghê

Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai

Viêm da tiết bã

	Vảy nhờn. Nhiễm trùng thứ phát và trầy da do gãi. Hạch cổ to. KOH gắn kết với nấm là âm tính.	• Loại bỏ lớp vảy cứng bằng acid salicylic 2 đến 3% trong dầu oliu, • Gội đầu bằng dầu gội bao gồm selen, lưu huỳnh hoặc kẽm pyrithione, nhựa đường, ketoconazole. Bôi ngoài da lotion steroid trong trường hợp rất nặng, trong thời gian ngắn. Uống kháng histamin và kháng sinh trong nhiễm trùng thứ phát • Điều trị tái phát phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng
--	--	--

Hình 17.1.17: Viêm da tiết bã

Hình: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai

Nấm da đầu (Tinea Capitis)

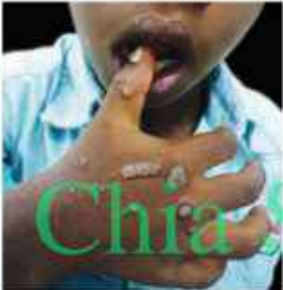
	Ranh giới rõ, mảng tròn hoặc ô van trên phủ vảy màu nhỏ màu trắng xám. Vảy có xu hướng lan rộng hơn xung quanh các nang tóc. Vùng tóc bị tổn thương dễ gãy dễ lại chân tóc.	• Nếu có thể, vùng tóc bị tổn thương nên được cắt bớt để giảm lây nhiễm • Dầu gội chống nấm (ketoconazole) có thể được sử dụng làm sạch da đầu và tóc • Uống griseofulvin (ultramicro-sized); • Liều: 10 đến 12.5 mg/kg/ngày sau bữa ăn giàu chất béo trong 1 đến 2 tháng
---	--	--

Hình 17.1.18: Nấm da đầu Ảnh :

Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.1.19: Mề đay Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Hồng ban thường thoáng qua. Nếu đau và kéo dài hơn 24h kèm nhiễm sắc tố nghi đến viêm mạch mề đay Xét nghiệm kháng nguyên liên quan đến viêm gan. Đánh giá bổ thể IgE đặc hiệu kháng thể bằng RAST. ESR ↑ trong mề đay dai dẳng (viêm mạch hoại tử), bạch cầu ưa acid tăng thoáng qua trong phản ứng với thức ăn và thuốc	- Loại bỏ các yếu tố nguy cơ. Kháng histamin là điều trị chủ lực - Prednisolone trong hội chứng bạch cầu ái toan mề đay phù mạch,, Danazol là liệu pháp điều trị lâu dài trong phù mạch di truyền; huyết thanh toàn phần hoặc thuốc ức chế C1 esterase trong đợt cấp - Điều trị cấp cứu : tiêm dưới da adrenalin. Tiêm tĩnh mạch hydrocortison ngay sau nhưng không trước adrenaline . Dùng ngoài da lotion nhẹ nhàng như calamine.

Mụn cóc (Verruca Vulgaris)

 Hình 17.1.20: Mụn cóc Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Ranh giới rõ, bề mặt thô, mụn cóc, chắc, sần sùi màu, mủn. Vị trí quanh móng và môi dưới	- Phụ thuộc vào vị trí tổn thương, type, mức độ, thời gian và độ tuổi trẻ, tình trạng miễn dịch. Dùng ngoài da: keratolytics, 5 fluorouracil (1/5%), các phương pháp khác gồm đốt điện, sóng điện từ, laser, đốt lạnh. Điều chỉnh miễn dịch (immunomodulator) được sử dụng trong tổn thương rộng và phòng ngừa tái phát. - Lời khuyên không cắn móng tay
--	---	---

17.2 BỆNH ÍT PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM

Bệnh gai đen (Acanthosis Nigricans) (AN)

 Hình 17.2.1: Bệnh gai đen (AN) Courtesy: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Dạ vùng nách tăng sắc tố, thô, dày ở trẻ béo phì. AN có thể liên quan đến di truyền nội tiết, béo phì, dùng thuốc hoặc bệnh ác tính tiềm ẩn	Bệnh gai đen (AN) hướng trực tiếp đến các nguyên nhân tiềm ẩn. Giảm cân, cân bằng nội tiết, ngừng thuốc, điều trị bệnh ác tính. Điều trị AN vô căn bao gồm làm mềm da, giảm sừng hóa
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.2.2: Mụn trứng cá Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Sân, mụn mủ trên mặt kèm thâm và sẹo ở tuổi vị thành niên	- Rửa mặt sạch - Kháng sinh ngoài da (clindamycin, erythromycin). - Benzoyl peroxide gel (2%, 5%) retinoids 0.025%, adapalene. - Thêm kháng sinh toàn thân và kháng histamin trong trường hợp nghiêm trọng. Dapsone 1 đến 2 mg/ kg/ngày với trứng cá bọc - Tư vấn là rất quan trọng

Chàm (CALM)

 Hình 17.2.3: Chàm Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Mảng màu nâu cafe không có triệu chứng gì, bờ không theo quy luật, xuất hiện từ khi sinh ra. Có nhiều hơn 6, kích thước lớn hơn 0.5 cm gọi là u sợi thần kinh. Mẹ cũng có CALM niếu hơn 6.	- Không cần điều trị. Tuy nhiên, có thể lựa chọn laser - Chủ yếu tư vấn hỗ trợ cho bố mẹ và bệnh nhân
--	--	--

Nấm candida

 Hình 17.2.4: nấm candida Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Tưa trắng đông cục, đau trên lưỡi, không thể loại bỏ được. Da vùng cạnh mũi có thể thấy hồng ban vảy trong viêm da tiết bã ở trẻ vị thành niên có HIV dương tính Cạo kiểm tra với KOH 10% cho thấy nấm và bào tử	- Fluconazole điều trị toàn thân sử dụng theo cân nặng - Điều trị tại chỗ bằng clotrimazole - Nấm candida miệng ở trẻ có HIV dương tính ám chỉ tình trạng miễn dịch suy giảm
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Điều trị
Bệnh da bóng nước trẻ em (CBDC)		
 Hình 17.2.5: Bệnh da bóng nước trẻ em (CBDC) Photo Courtesy: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Tổn thương điển hình của bệnh da bóng nước trẻ em là mụn hoặc bóng nước hình oval hoặc tròn rõ, trên vùng da bình thường, ban đỏ, mề đay. Tổn thương rất ngứa và xuất hiện đặc điểm nổi bật chuỗi trắng hạt. Ngứa có thể dẫn đến nhiễm trùng thứ phát và eczema hóa	Các tổn thương bị nhiễm trùng và vỡ ra có thể điều trị bằng bôi ngoài da mupirocin và thay băng vô khuẩn mỗi ngày 2 lần. Dapsone đường uống, khi chẩn đoán xác định. Steroid uống có thể dùng liều nhỏ ở giai đoạn đầu
Trẻ có màng bọc		
 Figure 17.2.6: Trẻ có màng bọc Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Màng ẩm, chặt, bóng bao quanh trẻ mới sinh. Có lộn mí nhẹ và lộn môi. Hậu quả chưa tiên lượng được. Một vài trẻ về bìn thường, trong khi một vài tiên triển thành ban đỏ vẩy cá không phỏng rộp. Một vài có vẩy cá dạng tấm nặng và mãn tính	- Phòng ngừa nhiễm khuẩn thứ phát và nằm trong chăm sóc đặc biệt bằng chất làm mềm da (dầu paraffin) và dưỡng ẩm (acid glycolic) sau khi dùng kháng sinh. - Retinoid toàn thân uống có thể cân nhắc sau hai tuần - Thăm vấn với cha mẹ là rất quan trọng
Viêm da cơ		
 Figure 17.2.7: Viêm da cơ Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Trẻ em với các biểu hiện sốt, mệt mỏi, yếu cơ và ngứa tái phát. Yếu gốc chi Phù, xanh tím, ban đỏ quanh hốc mắt Ngâm vôi da là một dấu hiệu tiên lượng xấu	- Đa phương pháp 3 ngày, IV methyl prednisolone pulse, uống prednisolone 1 đến 2 mg/kg giảm liều và dừng, thay thế bằng các thuốc ức chế miễn dịch, giảm giải enzyme cơ và công thức máu (MTX là chất ức chế hơn là một remittive) - IV immunoglobulin, infliximab có hiệu quả. Calci hóa có thể điều trị bằng tiêm corticosteroid trong tổn thương

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Discoid Lupus Erythematosus (DLE)		
 Figure 17.2.8: Lupus ban đỏ dạng đĩa (DLE) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Da đầu có mảng teo mất sắc tố, ban đỏ kèm vảy dính. Tại chỗ thấy dấu hiệu Shuster Chú ý: • Nguy cơ SLE cao hơn DLE • DLE lan tỏa là hậu quả xấu hơn • Phát hiện bệnh hệ thống - đau khớp và hội chứng Raynaud • IgM— Miễn dịch phổ biến nhất	• Tránh tiếp xúc với ánh sáng. Dùng kem chống nắng như Zinc, stearic β caroten toàn thân, chloroquine. • Theo dõi thường xuyên

Thương bì bong nước

 Figure 17.2.9: Thương bì bong nước Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Bong nước xuất hiện từ khi sinh ra và vùng tí đề như khúu, mu bàn chân và tay. Không có mụn thịt hoặc sẹo	• Vệ cơ bản cần hỗ trợ và tránh chấn thương. Gạc khô và dùng kháng sinh ngoài da (mupirocin 2%) là liệu pháp chủ yếu • Nhiễm trùng ngoài da không đáp ứng với kháng sinh ngoài da cần dùng kháng sinh toàn thân
---	--	---

Hồng ban nút (EN)

 Figure 17.2.10: Hồng ban dạng nút (EN) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Sẩn đỏ dày sần, ấn đau. Nguyên nhân phổ biến gây hồng ban nút ở trẻ em là TB và nhiễm liên cầu. Thuốc giống như sulphonamide. Tiền sử, và thăm khám đóng vai trò lớn	• Tìm nguyên nhân và điều trị. Nghỉ ngơi, thuốc giảm đau/ NSAID là điều trị chính
---	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Phát ban do thuốc		
	Ngứa, ranh giới rõ xung quanh ban đỏ, xuất hiện trong vòng 5h sau khi uống septran. Sau đó là phỏng rộp	- Xác định và giữ lại các thuốc. Các thuốc vi phạm và nhóm tương tự nên được tránh trong tương lai - Điều trị triệu chứng, với lotion calnemie hoặc steroid dùng ngoài da (Betamethasone). - Kháng histamin chọn lọc được chỉ định khi ngứa nặng.

Figure 17.2.11: Phát ban do thuốc
Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam-Kumar, Chennai

Bệnh tay, chân, miệng

	Trẻ sốt nhẹ trong 2 ngày kèm theo mụn nước ngứa ở bàn tay, chân, đùi. Mụn nước có thể ở chân. Đau miệng, nuốt khó	- Bệnh tự giới hạn. Giải thích chẩn đoán cho phụ huynh - Uống nhiều nước - Kháng sinh và kháng histamin nếu cần thiết - Không bắt buộc điều trị ngoài da
---	---	---

Hình 17.2.12: Bệnh tay, chân, miệng
Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam-Kumar, Chennai

Bệnh Hansen

	Mảng giảm sắc tố da màu đồng có danh giới. Vùng da nhạy cảm đau gợi ý bệnh phong củ danh giới (borderline tuberculoid leprosy). Không có nhánh cảm giác sờ mó và cũng không có sự dày lên của dây thần kinh ngoại vi	Rifampicin 450 mgm khi đói có giám sát trong 1 tháng và dapsone 50 mgm hằng ngày trong 6 tháng. Bắt buộc theo dõi thường xuyên trong 6 tháng
---	--	--

Hình 17.2.13: Bệnh Hansen
Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam-Kumar, Chennai

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.2.14: U máu Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	• U phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh • Phát triển nhanh nhưng gây ít vấn đề về thẩm mỹ • là thuật ngữ • Không có liên kết giữa các kênh • Sinh thiết là bắt buộc • Sự phát triển của u mạch có thể gây: 1. Ngưng tập tiểu cầu 2. Tắc nghẽn đường thở 3. Mờ thị giác 4. Mất bù ở tim	Trong nhiều trường hợp, không có chỉ định điều trị. Chỉ điều trị khi cần thiết, bao gồm: • Cortisone: Tiêm hoặc đưa vào u máu • Laser xung nhuộm màu tia (Pulsed dye laser therapy): Liệu pháp này điều trị bề mặt mạch máu rất hiệu quả. • Alpha interferon: Liệu pháp này làm giới hạn các khối u mạch nghiêm trọng đe dọa tính mạng • propranolol đường uống có giảm sát cho kết quả tốt.

Herpes Simplex

 Hình 17.2.15: Herpes simplex Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Mụn nước từng cụm đơn dạng trên nền ban đỏ. Chú ý không phân bố theo đoạn như trong herpes zoster. Nhiễm trùng thứ phát kèm viêm mô tế và phù môi ở trẻ nữ có HIV dương tính. Sưng hạch dưới hàm	• nhỏ hơn 6 tuổi, acyclovir 15 mg/kg/ngày chia 5 lần. Trẻ em > 40kg liều người lớn • Herpes simplex ở trẻ suy giảm miễn dịch dùng liều dự phòng khi trẻ dùng thuốc ức chế miễn dịch
--	---	---

Bệnh da vẩy cá

 Figure 17.2.16: Bệnh da vẩy cá Hình: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Bệnh da vẩy cá có biểu hiện là da khô giống vẩy. Bệnh vẩy cá là bệnh di truyền trên gen lặn nhiễm sắc thể thường, xuất hiện sớm ở trẻ. Đó là dạng phổ biến nhất của bệnh vẩy cá chiếm hơn 95% trường hợp. Có thể liên quan đến cơ địa dị ứng	• Phương pháp chính để điều trị bao gồm giữ ẩm da và dùng thuốc mỡ để ngăn ngừa sự bốc hơi. Kem dưỡng ẩm bao gồm ure với hàm lượng cao (10–20%) sản xuất đã những tế bào sừng mềm dẻo hơn bằng cách giống như chất hút ẩm. Bôi ngoài da retinoids (vd. tretinoin 0.025%) có thể hiệu quả. Bệnh vẩy cá không đáp ứng với steroid, nhưng bôi ngoài da steroid có thể hiệu quả trong trường hợp ngứa
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Figure 17.2.17: Nhiễm eczema. Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Sẩn hồng ban vảy xung ống tai ngoài kèm tổn thương ở má ở trẻ có ASOM	Eczema là thứ phát do nhiễm trùng, điều trị nhiễm ASOM, eczema tự lành

Dày sừng nang lông

 Figure 17.2.18: Dày sừng nang lông. Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Sẩn sừng hóa nang lông ở trẻ em có cơ địa dị ứng	Bôi ngoài da kem mềm da, dưỡng ẩm, tiêu sừng như acid salicylic, các acid amin cần thiết
--	---	--

Lichen phẳng (Lichen Planus)

 Figure 17.2.19: Lichen phẳng. Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Sẩn bóng màu hơi tím, đỉnh phẳng hình bầu dục/oval ngứa, có hiện tượng Koebner. Niêm mạc miệng có mảng trắng giống ren. Lông bàn tay, bàn chân và móng bình thường	- Giải thích hợp lý cho bệnh nhân và tránh stress và thuốc gây lichen khởi phát - Bôi ngoài da steroid flo dạng kem và thuốc mỡ, kháng histamin giảm đau. Dùng steroid toàn thân v.d. prednisolone 15 đến 20 mg/ngày trong một thời gian ngắn, chỉ định trường hợp nặng, nhiễm lichen cấp, loét miệng và khi có tổn thương móng tiên tri
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.2.20: Lichen thể vạch Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Lichen thể vạch là bệnh hiếm, lành tính, có danh giới tự giới hạn, không rõ nguyên nhân. Chuẩn đoán lâm sàng dựa vào sự xuất hiện và những đặc điểm phát triển của mảng gồm sắc tố và sần sau đó là đường cong Blaschko. Nhiều nguyên nhân và yếu tố nguy cơ được đề ra, phổ biến là kết hợp giữa yếu tố gen và môi trường. Cơ địa có thể là một yếu tố nguy cơ.	Bệnh tự giới hạn và tự khỏi trong vòng từ 3 đến 12 tháng. Giải thích hợp lý cho bệnh nhân và gia đình. Bệnh lichen thể vạch ở móng có thể kéo dài. Tổn thương móng tự khỏi nếu không có biến dạng trong vòng 30 tháng.

Lang ben

 Hình 17.2.21: Lang ben. Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Sẩn hồng ban rất ngứa trên mặt và vùng ra mồ hôi như trán và nách. Ngứa dẫn đến nhiễm trùng thứ phát (ngứa nội tiết (eccrine poritis, như trên mặt) và eczema hóa. Tổn thương lành có thể để lại sẹo.	- Thường tự giới hạn - Điều trị ngứa bằng lotion dịu nhẹ như lotion calamin và kháng histamin đường uống - Thoáng khí là biện pháp khắc phục tốt nhất
--	--	---

Xơ cứng bì khu trú

 Hình 17.2.22: Xơ cứng bì khu trú. Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Da teo, bóng trên mảng xơ cứng bì, phân bố theo đoạn. Da khô, khó véo, bốp. Hình ảnh mô học cho thấy collagen hyalin hóa, phì đại và đồng nhất thay thế lớp dưới da kèm tăng tái hấp thu ở các tuyến mồ hôi.	- Dùng ngoài da calcipotriene 0.005% twice a day, ngày hai lần - Uống natriphenytoin 4 đến 8 mgm/kg trong lượng cơ thể - Steroid sẽ làm ngừng tiến triển trong giai đoạn sớm của viêm
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.2.23: Nơ vảy thiếu máu Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Mảng giảm sắc tố nhưng cảm giác còn nguyên vẹn. Chú ý bờ răng cưa	Không yêu cầu phải điều trị. Nên phân biệt với bạch biến và giải thích với gia đình bệnh nhân rằng nó là một cái bột lành tính sơ sinh

Bệnh vẩy phấn hồng

 Hình 17.2.24: Bệnh vẩy phấn hồng Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Mảng ban đỏ hình ô val có vẩy và mảng nhỏ hơn hình cây thông noen. Vòng nhỏ ngoại vi quanh vẩy	- Bệnh tự giới hạn - Tránh tác nhân kích thích như áo len, nước ấm, xà phòng. Bôi ngoài da— kem dưỡng ẩm, lotion corticosteroid - Uống kháng histamin khi có ngứa và nếu nghiêm trọng. Điều trị UVB có thể được yêu cầu trong giảm sắc tố da sau viêm.
---	---	--

Bệnh lang ben

 Hình 17.2.25: Bệnh lang ben Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Rất hình tròn hoặc bầu dục, lẻ tẻ, rải rác, bờ sắc, rõ, kèm vẩy mịn nhỏ có dấu hiệu móng tay dương tính — Vẩy có thể dễ dàng loại bỏ bằng lam kính kính hiển vi	- Điều trị ngắn bằng selenium sulfide (2.5% rửa sạch trong 30 phút) trong 12 đêm. Nhắc lại sau 2 tuần - Natri thiosulfate (25%) hòa vào nước dùng một đến hai lần, hằng ngày - Miconazole 1 đến 2% kem. - Dùng ngoài da ketoconazole (2%) dầu gội hoặc kem. - Ở trẻ lớn tổn thương rộng, ketoconazole uống 200mg khi đói trong 10 ngày
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Điều trị
Bệnh phát ban đa dạng do ánh sáng (PLE)		
 Hình 17.2.26: Bệnh phát ban đa dạng do ánh sáng (PLE) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Màng và niêm mạc niêm mạc da có vảy kèm tiền sử ngứa tăng lên khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, nổi lên ở má và sống mũi.	• Khuyến khích trẻ đội mũ khi ra ngoài trời nắng/ đi chơi • Kem chống nắng nên sử dụng thường xuyên, thoa lại khi đổ mồ hôi nhiều và tắm làm trôi kem. Kem steroid (hydrocortisone) hoặc TCI có thể giúp ích • Thuốc kháng histamin toàn thân nên được dùng khi ngứa nặng
Bệnh vẩy nến		
 Hình 17.2.27: Bệnh vẩy nến Ảnh B: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Màng ban đỏ kèm vẩy màu bạc trên đỉnh mắt dưới gối và khuỷu tay. Dấu hiệu Auspitz dương tính. Móng tay có lõm	• Loại trừ các ổ nhiễm trùng ở ENT và răng • Dùng ngoài da steroid với kháng histamin. Sau đó TCI dùng ngoài da. Trẻ em cần được theo dõi sát
Lupus ban đỏ hệ thống (SLE)		
 Hình 17.2.28: Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Ban ở mắt như rết và niêm mạc nhuộm màu ở trẻ em kèm sốt tái phát. Vết loét ở miệng không đau. Trẻ dương tính với ANA, Ds DNA, $\downarrow$C3 and C4, $\uparrow$ protein niệu 24h.	• Điều trị phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh và hệ thống các cơ quan bị tổn thương sau loại trừ các nguyên nhân có thể. Quan trọng nhất trong công cụ điều trị lupus ban đỏ hệ thống là tìm và thường xuyên đánh giá lại bệnh nhân. • Hydroxy chloroquine. • Dexamethasone hằng tháng. • Điều trị lupus thận phụ thuộc vào phân lớp sau sinh thiết thận.

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 17.2.29: Xơ cứng bì hệ thống Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Bé gái này có tiền sử hội chứng Raynaud và nuốt nghẹn. Trán phẳng và mũi bị bẹp. Bàn tay, các ngón tay thon, mất sắc tố và đầu ngón tay loét và sẹo hình sao. Tất cả trẻ em nên được theo dõi kỹ tiến triển của hoại tử. Kiểm tra kháng thể ANA, ACA, APL, thường dương tính ở trẻ có hội chứng Raynaud	Mục tiêu điều trị hội chứng Raynaud là : giảm số lượng và mức độ nghiêm trọng các đợt tấn công. Phòng ngừa tổn thương mô. Điều trị bệnh chính. Tránh yếu tố nguy cơ. Điều trị JSSc nhằm ngăn tiến triển bệnh và tổn thương cơ quan. Thuốc được dùng là D penicillamine, nifedipine, ACE ức chế, NSAIDs, omeprazole, cần trong với liều thận trọng và các thuốc ức chế miễn dịch. IV Ig và prostanoids trong tương lai hứa hẹn

Nấm da đùi

 Hình 17.2.30: Nấm da đùi Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Rất ngứa, mông có danh giới rõ ở vùng háng. Bờ có vảy và sần mím. Tầng sắc tố da xuất hiện do gãi	- Vệ sinh sạch sẽ, đặc biệt trẻ trai từ 10 tuổi, rửa sạch và mặc đồ khô. Bôi ngoài da 1% clotrimazole/1% miconazole được sử dụng trong 4 đến 6 tuần. - Thêm thuốc kháng histamin giảm đau (pheniramine maleate) để kiểm soát ngứa - Uống griseofulvin (micronized) 250 mg mỗi ngày với sữa trong 3 ngày để điều trị trường hợp nấm đùi cứng đầu. - Không được dùng steroid bôi ngoài da
---	--	--

Lao sùi (TBVC)

 Hình 17.2.31: Lao sùi (TBVC) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Màng sùi thô không triệu chứng kèm chảy mủ ở các nang khi ấn. Không sưng hạch kế cận hoặc TB phổi	Điều trị lao da cũng giống như điều trị lao ở những nơi khác. 2 tháng 4 thuốc, tháng 2 thuốc là liệu pháp tốt và cho kết quả thành công. Trước khi bắt đầu điều trị, nên loại trừ tổn thương hệ thống
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
	Sân nâu đôi màu da, mảng xơ cứng dày và dát găm sắc tố trên cánh tay cùng với tiền sử co giật. Chụp CT so cho thấy củ não thất.	Đốt điện hoặc laser các tổn thương da, điều trị co giật thích hợp

Hình 17.2.32: Bệnh xơ cứng củ
Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai

Bệnh bạch biến

	Vùng mất sắc tố không có sẹo. Tóc bạc (mất sắc tố tóc) ám chỉ tình trạng ổn định của bệnh và có thể sắc tố trở lại bình thường tự nhiên hoặc do điều trị thuốc. Kiểm tra các bệnh tuyến giáp, đái đường, thiếu máu ác tính, bệnh Addison, bệnh lý đa tuyến nội tiết và nấm candida da niêm mạc	- Bôi ngoài da steroid, TCI, PUVA có thể hiệu quả ở một số mức độ như khi bệnh ổn định - PUVA toàn thân không nên thử ở trẻ dưới 10 tuổi - Loại bỏ, và điều trị bệnh nhiễm trùng ENT và răng miệng
---	--	--

Hình 17.2.33: Bệnh bạch biến
Ảnh : Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai

Khô da sắc tố (Xeroderma Pigmentosum (XP))

	Da khô, rất giảm sắc tố, teo ở trẻ kèm XP. Tổn thương lớn là ung thư tế bào vảy, nhỏ là dày sừng quang.	Đầu tiên bảo vệ da khỏi ánh nắng mặt trời. Dùng kem chống nắng như kem zinc và beta caroten toàn thân nên được bắt đầu sớm nhất có thể. Retinoid synthetic uống sẽ ngăn ngừa hoặc trì hoãn sự phát triển bệnh ác tính trên da. Phẫu thuật loại bỏ các tổn thương ác tính.
---	--	---

Hình 17.2.34: Khô da sắc tố (XP) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai

17.3 CÁC TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Viêm da dạng héc pết (Eczema Herpeticum (EH))		
	Mụn mủ, mụn nước lõm hình rón tập trung thành cụm ở trẻ có sốt, dự báo trước, sốt, ớn lạnh và khó chịu người. Một vài mụn mủ-nước tiến triển xuất huyết, đau, đóng vảy, loét. Tê bào Tzanck cho thấy tế bào khổng lồ đa nhân. Viêm da tiết bã, bệnh vẩy cá, bệnh Darier là một vài bệnh cảnh khác, EH có thể xuất hiện ở trẻ em	- EH là một cấp cứu trong y tế, có tổn thương mắt là một cấp cứu trong nhãn khoa. - Acyclovir 25 mg/kg/ngày, chia 5 lần trong 5 đến 10 ngày. Suy thận có thể được phòng ngừa bằng bôi phụ đầy đủ nước. - Dùng ngoài da steroid và chất ức chế calcineurin, chống chỉ định khi bùng phát viêm gan.

Hình 17.3.1: Viêm da dạng héc pết (EH) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam-Kumar, Chennai

Hồng ban đa dạng (Erythema Multiforme (EMF))

	Trẻ ốm có tổn thương loét niêm mạc và đóng vảy. Đây là tổn thương kinh điển trên da. Trẻ có sốt và nhiễm khuẩn hô hấp	- Chuyển điều trị ở ICU. Cân bằng điện giải, dinh dưỡng - Steroid toàn thân ở giai đoạn sớm. Trong các trường hợp, thuốc EM và SJS theo trọng lượng cơ thể. Acyclovir EMF là phù, nếu nghi ngờ herpes là nguyên nhân. - Kháng sinh an toàn thích hợp và ngâm nước muối để loại bỏ vảy được cân nhắc
---	--	---

Hình 17.3.2: Hồng ban đa dạng (EMF) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam-Kumar, Chennai

Ban xuất huyết Henoch Schönlein (HSP)

	Dát phẳng xuất huyết và gồ (sờ được) ở chi dưới HSP có thể là dấu hiệu của tổn thương viêm mạch tiềm ẩn. Thường liên quan đến đau bụng và đau khớp	Điều trị hỗ trợ là chủ yếu, giảm đau, NSAID hoặc acetaminophen để giảm đau khớp và mô mềm. Vai trò của corticosteroid còn tranh cãi. Nếu xuất hiện viêm thận ở trẻ em kèm HSP, mặc dù nó sử dụng trong điều trị biến chứng thần kinh và ruột được chấp thuận. Nếu sử dụng, prednisolone 1 đến 2 mg/kg/ngày PO trong 7 ngày được khuyến cáo. Hạ huyết áp được chỉ định khi có tổn thương thận
---	--	--

Hình 17.3.3 Ban xuất huyết Henoch Schönlein (HSP) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam-Kumar, Chennai

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN)		
 Hình 17.3.4: Hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN) Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Đa phóng xuất huyết kèm loét ở trẻ ốm sau khi dùng septran. Da ấn đau và có dấu hiệu Nikolsky dương tính. Tồn thương ở kết mạc và niêm mạc sinh dục	Nên điều trị giống như bệnh nhân bị bỏng nhiệt. Vai trò của corticosterooid còn tranh cãi nhưng sẽ ngừng quá trình tiến triển TEN nếu sử dụng 24 đến 48 giờ đầu. Duy trì dịch và cân bằng điện giải bằng truyền thay thế nước, điện giải, albumin và plasma chăm sóc tổn thương và mắt thích hợp. Kháng sinh an toàn và IV globulin miễn dịch cho trẻ em. Phòng ngừa viêm phổi hít, và tránh phơi nhiễm lại với thuốc

17.4 HỘI CHỨNG

Hội chứng Peutz-Jeghers

 Hình 17.4.1: Hội chứng Peutz-Jeghers Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Dất sắc tố ở da, môi, niêm mạc miệng lòng bàn tay và bàn chân. Trẻ có bệnh liên quan đến polyp ruột non	Bắt buộc phải quan sát kỹ và đánh giá định kỳ
---	--	---

Hội chứng Sturge-Weber

 Hình 17.4.2: Hội chứng Sturge-Weber Ảnh: Jayakar Thomas, Parimalam Kumar, Chennai	Mảng nhạt, đỏ ở trẻ có thể sờ co giật. Kiểm tra và phát hiện bệnh tăng nhãn áp, chậm phát triển tâm thần, u mạch màng não cứng bên	- Laser làm mờ dần các tổn thương. Tổn thương thần kinh mắt nên được điều trị - Giải thích hợp lý cho bố mẹ bệnh nhân rằng đây chỉ là bớt lành tính
--	---	--

Phần 18

Nhãn Khoa

Biên tập

TS Surendran, S Meenakshi, R Srikanth

Hình ảnh

S Meenakshi, Sumita Agarkar, Kavitha Kalaivani N, R
Srikanth, Akila Veeraputhiran, A Radhi Malar

- 18.1 Bệnh phổ biến
- 18.2 Bệnh ít phổ biến nhưng không hiếm
- 18.3 Các trường hợp cấp cứu
- 18.4 Hội chứng

18.1 BỆNH PHỔ BIẾN 381

- Lác trong điều tiết 381
- Giảm thị lực 381
- Loạn thị 381
- Đục thủy tinh thể bẩm sinh 382
- Tăng ồng dẫn nước mắt bẩm sinh 382
- Viêm thị 382
- Lác trong 383
- Lác ngoài không liên tục 383
- Cận thị 384
- Teo thị giác 384
- Lác giả 385
- Sụp mí 385
- Viêm kết mạc dị ứng (VKC) 386

18.2 BỆNH ỚT PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM 386

- Hội chứng Brown 386
- Loạn đường tế bào hình nón 387
- Đục giác mạc ở trẻ sơ sinh 387
- Hội chứng Duane's Retraction —Type 1 388
- Tăng nhãn áp ở trẻ em 388
- Viêm khớp tự phát thanh thiếu niên 389
- Sarcom mô liên kết quanh hốc mắt 389

- U máu mao mạch quanh mắt 389
- Viêm võng mạc sắc tố 390
- U nguyên bào võng mạc 390
- Bệnh lý võng mạc do sinh non (ROP) 390 •
Viêm kết mạc virus 391

18.3 CẤP CỨU 391

- Tổn thương giác mạc do virus 391
- Loét giác mạc 392
- Đau mắt trẻ sơ sinh 392 •
Viêm mô tế bào hốc mắt 393
- Võ sản hốc mắt 393
- Chấn thương xuyên 394
- Viêm mô tế bào trước vách 394

18.4 HỘI CHỨNG 395

- Hội chứng Bardet-Biedl 395
- Hội chứng Blepharophimosis 395 •
Hội chứng Crouzon 396
- Hội chứng Down 396
- Hội chứng oidenhar 397
- Hội chứng Marfan 397
- U sợi thần kinh (NF) 398
- Hội chứng Sturge-Weber 398

Chia Se Ca Lam Sang

18.1 BỆNH PHỔ BIẾN

Hình ảnh	Chủ ý	Xử lý
Lác trong điều tiết		
 	- Lác ẩn trong do sự hội tụ quá mức liên quan đến điều tiết - Xuất hiện lúc 2 tuổi. - Phân loại có tật khúc xạ và không có tật khúc xạ - Kết hợp với lệch góc nhiều kèm, viễn thị chưa chỉnh xác, tỉ lệ AC/A và type dư thừa	- Điều chỉnh, giải pháp điều trị bệnh nhân ở tim mạch - Khung harness cho trẻ nhỏ - Dạng hội tụ quá mức : kính hai tròng - Co đồng tử : Phospholine iodide (0.06–0.12%). - Lăng kính : Lác ẩn trong ít - Phẫu thuật : lác trong không điều tiết

Figures 18.1.1A và B: Lác trong điều tiết

Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya

Giảm thị lực

	- Trẻ phản nản nhìn mờ một bên mắt khi che một mắt. - Giảm thị lực có thể gây ra do tật khúc xạ hai mắt không đều, lác hoặc tổn thương thị giác (đặc thủy tinh thể, mờ giác mạc).	- Trước khi điều trị giảm thị lực quan trọng là điều trị các tật khúc xạ và nguyên nhân gây tổn thương thị lực - Che mắt nhìn thấy tốt hơn là phương pháp chính trong điều trị giảm thị lực. - Liệu pháp thay thế làm mờ mắt nhìn tốt hơn bằng atropine
--	--	---

Figure 18.1.2:

Giảm thị lực Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya

Loạn thị

	- Trẻ phản nản giảm thị lực khi đeo kính hình trụ. - Hình ảnh không hội tụ chính xác tại một điểm vì giác mạc hoặc thấu kính không phải là hình cầu và cực lớn hơn - Loạn thị có thể đều hoặc không đều (do sẹo giác mạc/ giác mạc hình chóp)	- Loạn thị đều điều trị bằng đeo kính hình trụ. Kính áp tròng Toric là một phương pháp thay thế - Loạn thị không đều thường rất khó để chọn kính phù hợp, kính áp tròng là liệu pháp thay thế tốt hơn
---	---	--

Hình 18.1.3:

Loạn thị Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Đục thủy tinh thể bẩm sinh		
 Hình 18.1.4: Đục thủy tinh thể bẩm sinh Ảnh: Sumita Agarkar, Sankara Nethralaya	• Đục thủy tinh thể từ mới sinh. • Nguyên nhân: Tự phát, AD, chuyển hóa, nhiễm trùng từ mẹ PHPV. • Phân loại đục thủy tinh thể bẩm sinh • Zonular, Polar, Nuclear và thủy tinh thể Posterior. • Xuất hiện cùng với trắng đồng tử (phản xạ trắng ở thấu kính), rung giật nhãn cầu, lác, RAPD.	• Điều trị phụ thuộc vào tình trạng mắt. • Tham vấn ý kiến của bác sĩ nhi khoa để điều trị bệnh hệ thống tiềm ẩn Phẫu thuật: • Phẫu thuật cắt thủ tinh thể • Trên hai năm: dùng kính kèm cấy LOL.
Tắc ống dẫn nước mắt bẩm sinh		
 Hình 18.1.5: Tắc ống dẫn nước mắt bẩm sinh Ảnh: Kavitha Kalaivani N, Sankara Nethralaya	• Tắc ống dẫn nước mắt ở dưới túi lệ xảy ra ở 5% trẻ sơ sinh • Nguyên nhân là màng ở đầu dưới ống mũi lệ. • 80-90% triệu chứng xuất hiện lúc 1 tháng tuổi, xuất hiện kèm chảy nhiều nước mắt. • Nhảy mù dính tinh tú trên mí mắt • Ép vào túi lệ có nước chảy qua điểm lệ (punctum)	Không phẫu thuật: massage túi lệ đến khi 1 tuổi. Sử dụng áp lực thủy tinh để mở ống. Nhỏ, bôi kháng sinh. Phẫu thuật: thăm dò sớm: trước khi 12 tuổi giảm thời gian triệu chứng • phá xương xoắn mũi dưới • Catheter có bóng giãn. • Đặt ống: đặt ống silicon được khuyến cáo khi thăm dò đơn giản thất bại hoặc mở thông ống lệ mũi.
Viễn thị		
 Hình 18.1.6: Viễn thị Ảnh: S. Meenakshi, Sankara Nethralaya	• Trẻ phàn nàn giảm thị lực khi đeo kính hội tụ. • Viễn thị ở trẻ em luôn bù tốt vì khả năng điều chỉnh tốt kính. • Trẻ em bị viễn thị có thể xuất hiện ở đầu, kèm lác hội tụ	• Điều trị bằng sử dụng phức hợp thấu kính. Kính áp tròng và tia laser là lựa chọn thay thế • Sử dụng kính để đọc sách có thể xuất hiện sớm hơn

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình ảnh 18.1.7: Lác trong Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Mắt lệch trong góc lớn - Xuất hiện từ lúc sinh ra đến 6 tháng tuổi - Có thể xuất hiện hạn chế nhẹ đưa nhãn cầu ra ngoài - Tỉ lệ giảm thị lực tương đương với thời gian lác trong - Bộ ba điển hình vận động bất thường của mắt là vận động quá mức cơ chéo dưới, lệch trục dọc, và rung giật nhãn cầu tiềm ẩn	- Điều trị cho trẻ lác trong là phẫu thuật - Chỉ định chính của phẫu thuật sớm là để điều chỉnh cả hai mắt - Quan trọng để điều trị giảm thị lực và bắt kì tật khúc xạ nào trước khi phẫu thuật - Thu thuật phẫu thuật: làm yếu cơ dọc giữa hai bên

Lác ngoài cách hồi

 Hình ảnh 18.1.8A và B: Lác ngoài cách hồi Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Lác ngoài nhiều do sự điều chỉnh chức năng chuyển động phân cách của mắt không liên tục - Có thể trở thành lác mắt bất cân xứng theo thời gian - Dấu hiệu bao gồm mờ mắt, thị lực suy nhược, mỏi mắt, nhìn đôi	- Điều trị không phẫu thuật : Sửa tật khúc xạ. Luyện thị lực; bài tập chống phè thị - Điều trị thị giác: sử dụng thấu kính lồi để tăng hội tụ - Lăng kính - Phẫu thuật lác
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 18.1.9: Cận thị Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Trẻ giảm thị lực theo khoảng cách, đeo thấu kính lõm - Có hai dạng cận thị được biết đến là - đơn thuần hoặc sinh lý và bệnh lý với thay đổi thoái hóa võng mạc	- Cận thị đơn thuần phải đeo kính phân kỳ. Kính áp tròng hoặc phẫu thuật laser là liệu pháp thay thế - Bệnh nhân bị cận thị bệnh lý có nguy cơ cao tiến triển thành tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, rách võng mạc và bong võng mạc cần điều trị phẫu thuật

Teo thị giác

 Hình 18.1.10: Teo thị giác Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Trẻ mất khả năng nhận ra bố mẹ. Soi đáy mắt cho thấy đĩa thần kinh nhợt - Teo thị giác bẩm sinh là dạng bệnh lý thị giác di truyền có thể trên nhiễm sắc thể thường lặn hoặc trội - Đặc trưng bởi không đảo ngược được tình trạng thoái hóa tế bào hạch võng mạc - Nguyên nhân phổ biến khác gây teo thị giác ở trẻ em là tăng nhãn áp, đột quỵ, phù gai thị, chấn thương, ngộ độc và u não	- Không có phương pháp điều trị làm đảo ngược quá trình thoái hóa sợi thần kinh thị giác - Mắt sợi thần kinh thị giác thứ phát trong tăng áp lực nội sọ có thể tìm nguyên nhân và điều trị nó - Teo thị giác thứ phát do mạch máu, chấn thương, thoái hóa và độc có tiên lượng xấu hơn
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Lác giả  Hình 18.1.11A và B: Giả lác trong Ảnh : S Meenakshi, Sankara Nethralaya	• Là nhóm bệnh vị trí của mắt xuất hiện sai. Có thể là giả lác trong hoặc giả lác ngoài • Nguyên nhân gây giả lác trong có thể là nếp quật rõ, sống mũi rộng. Hiếm khi bất thường điểm vàng dẫn đến góc kappa âm tính có thể gây giả lác trong • Giả lác ngoài phổ biến gặp như một di chứng của bệnh võng mạch do đẻ non, điểm vàng kéo dài tạm thời dẫn đến góc kappa dương tính. Xuất hiện lác ngoài • Quan trọng là phải phân biệt với lác thực tiềm năng có thể gây giảm thị lực và mất khả năng hội tụ nhãn cầu. Lác giả có thể dễ dàng chẩn đoán bằng nghiệm pháp cover	• Lác giả không yêu cầu bất cứ một can thiệp nào. Cần đánh giá mắt định kỳ và giải thích hợp lý cho gia đình

Chia Se Ca Lam Sang

Sụp mí

 Hình 18.1.12: Sụp mí Ảnh : Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya	• Rủi ro trên • Nguyên nhân : Khiếm khuyết cơ nâng mí trên hoặc cơ muller • Kết hợp với giảm thị lực, lác, xa hai góc mắt chân thương và hội chứng Jaw winking • Liên quan phổ biến với hội chứng hẹp khe mí	• Không phẫu thuật: Kính đỡ • Liệu pháp cho giảm thị lực • Phẫu thuật : thủ thuật Frontalis sling hoặc cắt cơ nâng mí trên
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 	- VKC tái phát, hai bên và viêm kết mạc tư giới hạn - VKC do dị ứng, trung gian IgE - Triệu chứng: nóng và ngứa, triệu chứng cảm giác liên quan bao gồm sợ ánh sáng nhẹ, chảy nước mắt, chảy thành dầy và nặng mi mắt Loại : - Dạng mạc mi: tổn thương điển hình là sự xuất hiện nhú cứng, dính phẳng sắp xếp giống dĩa sỏi - Dạng hành tủy: có đặc điểm lắng đọng dày chất keo màu đỏ sẫm và xuất hiện rải rác các chấm màu trắng (nốt Tranta) - Dạng hỗn hợp: có đặc điểm gồm cả hai dạng mạc mi và dạng hành tủy	- Điều trị cục bộ : Steroid bôi là hiệu quả - Ổn định tế bào Mast như Natri cromoglycate (2%) nhỏ 4 đến 5 lần một ngày là hiệu quả để kiểm soát VKC, Nhỏ mắt Lã hiệu quả - Có thể sử dụng bôi kháng histamin Acetyl cysteine (0.5%) sử dụng tại chỗ có tính tiêu nhầy và hiệu quả trong điều trị hình thành màng sớm - Dùng tại chỗ cyclosporin dành riêng cho trường hợp không đáp ứng - Điều trị dị ứng toàn thân - Điều trị các nhú lớn: phương pháp Cryo, phẫu thuật bỏ hoặc khâu dính da vào bao sụn mi, steroid có tác dụng kéo dài

Hình 18.1.13A và B:
Viêm kết giác mạc dị ứng (VKC) Ảnh

~ Bhaskar Srinivasan, Sankara
Nethralaya

Chia Se Ca Lam Sang

18.2 Bệnh ít phổ biến nhưng không hiếm

Hội chứng Brown

	- Trẻ mắt khả năng đưa mắt lên trên - Khả năng đưa mắt lên trên kém giữ mắt ở giữa hay ra ngoài - Nghiệm pháp kéo cơ cưỡng bức xác định chẩn đoán	- Tự điều chỉnh là phổ biến - Chỉ định phẫu thuật bao gồm tư thế đầu bất thường, lè dưới khi nhìn chăm chú, nhìn đôi và nhãn cầu đưa xuống dưới khi đưa vào trong - Lựa chọn phẫu thuật làm yếu cơ chéo trên cùng bên
---	---	---

Hình 18.2.1: Hội chứng Brown Ảnh:
S Meenakshi, Sankara Nethralaya

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 18.2.2: Loạn dưỡng tế bào hình nón Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Có đặc điểm gồm ba triệu chứng mất tầm nhìn tiến triển chậm, sợ ánh sáng và nhìn màu kém. Kiểm tra đáy mắt có thể bình thường tới đáy mắt bờ điển hình - Điện đồ võng mạc cho thấy chức năng bất thường của tế bào nón, tế bào que có đáp ứng bình thường - Các triệu chứng khác có thể là rung giật nhãn cầu và nhợt đáy thần kinh tạm thời. - Thường là tế bào nếu có di truyền là trội nhiễm sắc thể thường	- Không có bằng chứng chữa khỏi bệnh này nhưng có các biện pháp hỗ trợ như kính màu và thiết bị hỗ trợ tầm nhìn - Tư vấn di truyền là cần thiết

Dục giác mạc ở trẻ sơ sinh

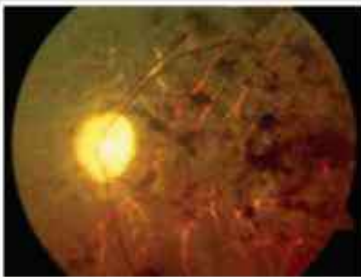
 Hình 18.2.3: Dục giác mạc ở trẻ sơ sinh Hình: Bhaskar Srinivasan, Sankara Nethralaya	- Nhiều nguyên nhân từ nhiễm trùng đến mắt cân bằng chuyển hóa - Nguyên nhân hay gặp là xơ hóa giác mạc, loét giác mạc, chấn thương, tăng nhãn áp, bệnh chuyển hóa như loạn dưỡng nội mô, Peters bất thường, etc.	- Cần đánh giá chi tiết dưới gây mê để tìm nguyên nhân - Kiểm tra nhãn áp là bắt buộc. Điều trị phụ thuộc và kích thước và vị trí cụ - Dục lớn hoặc ở trung tâm cần ghép giác mạc. Một đây một phần có thể tiến hành ghép giác mạc phần để giảm nguy cơ tái ghép - Mỡ nhỏ có thể điều trị bằng cắt mỏng mắt hoặc nhỏ thuốc giãn - Theo dõi sát phát hiện các nguy cơ tái ghép
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 18.2.4: Hội chứng co rút Duane—Type 1 Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Trẻ có mắt lệch vào trong. - Rối loạn di truyền có biểu hiện là không có khả năng liếc ra ngoài kèm hẹp mạc mi. - Nguyên nhân do phân bố sai các dây thần kinh vận nhãn tới cơ thẳng ngoài. - Thường gặp lẻ tẻ, có thể mang tính gia đình hoặc liên quan đến bệnh hệ thống (Hội chứng Goldenhar, Hội chứng Klippel Feil).	- Chỉ định phẫu thuật bao gồm lác tứ tiểu học, nhìn đôi và tư thế đầu đầu bất thường. - Thủ thuật được ưa chuộng là làm giảm tác động của cơ thẳng trong hai bên. - Chuyển vị cơ dọc giữa là liệu pháp thay thế. - Y-chia cơ thẳng ngoài có thể được áp dụng ở bệnh nhân khi nhìn lên/ nhìn xuống.

Tăng nhãn áp ở trẻ

 Hình 18.2.5A và B: Tăng nhãn áp ở trẻ em Ảnh: Sumita Agarkar, Sankara Nethralaya	- Thường xuất hiện sớm. Xảy ra ưu thế ở giới nam. - Ba triệu chứng chảy nước mắt, sợ ánh sáng và tắc. - Có thể thấy tăng đường kính giác mạc điển hình hơn 12mm. - Đục giác mạc xuất hiện do nước mắt ở màng Descemet gọi là sọc Haabs. Các mảnh này làm phủ giác và tiếp theo là mờ giác mạc. - Áp lực nội nhãn tăng. Có khoảng lõm ở thần kinh thị giác. - Thường hai bên nhưng có xuất hiện một bên hoặc biểu hiện không đối xứng. - Phần lớn các trường hợp là lẻ tẻ nhưng được biến đến là di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường.	- Điều trị phần lớn là phẫu thuật. - Lựa chọn thủ thuật mở ống shlemm hoặc tạo hình vùng bẻ. - Trường hợp nặng cần mở ống shlemm với chất chống chuyển hóa. - Theo dõi là cần thiết mặc dù kiểm soát áp lực ban đầu tốt bệnh nhân dễ bị giảm thị lực và cận thị. - Có thể tiến triển thành bệnh nước mắt vòng mạc không lõ sau đó.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Viêm khớp tự phát thanh thiếu niên		
	- Viêm màng bồ đào trước hai bên, không hạt, mãn tính - Phần lớp viêm khớp xuất hiện trước viêm màng bồ đào - Viêm màng bồ đào thường không triệu chứng - Có thể xuất hiện với lác, đục thủy tinh thể, hoặc viêm võng mạc thành dải - Phổ biến hơn liên quan với khởi phát viêm ít khớp và nhiều khớp	- Sàng lọc trẻ em có nguy cơ cao là rất quan trọng - Khởi phát toàn thân $\Rightarrow$ không yêu cầu - Khởi phát nhiều khớp = 9 tháng - Khởi phát nhiều khớp + ANA = 6 tháng - Khởi phát ít khớp = 3 tháng - Khởi phát ít khớp + ANA = 2 tháng
Hình 18.2.6: Viêm khớp tự phát thanh thiếu niên Ảnh: R Sudharshan, Sankara Nethralaya		
Sarcom mô liên kết hốc mắt		
	- U ác tính hốc mắt phổ biến nhất ở trẻ em - Tiến triển nhanh lối 1 bên mắt - Trong 10 năm đầu - Khởi sau nhãn cầu hoặc trên mũi có thể sờ được - Da có thể bị tiêm vào và sau đó sưng	- MRI cho thấy khối mờ không rõ ti trong đồng nhất kèm phá hủy xương xung quanh - Tầm soát di căn bao gồm chụp X quang ngực, chức năng gan, sinh thiết tủy xương, đánh giá xương và thất lưng - Bách sĩ nhãn khoa rạch sinh thiết gửi bác sĩ nhi khoa ung thư điều trị xạ trị và hóa trị
Hình 18.2.7: Sarcom mô liên kết hốc mắt Ảnh Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya		
U máu mao mạch quanh mắt		
	- Trẻ sơ sinh có tổn thương khối đỏ quanh mắt - U máu mao mạch là nguyên phát, đơn độc, u mô thừa lành tính của mao mạch đóng chặt hiện nhiên mới sinh hoặc trong vòng 8 tuần đầu đời, phần lớn thoái triển trong vòng 7 năm tuổi - Gặp phổ biến nhất là ở góc phần tư trên mũi của mí trên. Xa mí mắt, loạn thị giảm thị lực là biến chứng của type quanh mắt	- Đánh giá nhãn khoa định kỳ - Type bề mặt có thể thoái triển tự nhiên - Truyền tĩnh mạch corticosteroid - Vincristine - Tia Laser cho tổn thương bề mặt - Phẫu thuật cắt bỏ cho tổn thương cục bộ - Propranolol—kết quả đầy hứa hẹn
Hình 18.2.8: U máu mao mạch quanh mắt Ảnh: Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya		

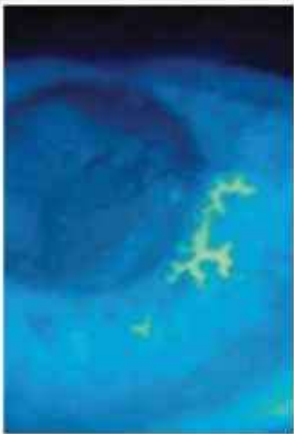
Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 18.2.9: Viêm võng mạc sắc tố Ảnh Photo Courtesy: Vikas Khetan, Sankara Nethralaya	• Biểu hiện là quầng giả • Thường ở gặp 30 tuổi hoặc có thể sớm hơn. • Hẹp tiểu động mạch võng mạc có thể là dấu hiệu đầu tiên. • Thay đổi sắc tố nhẹ và "thể tiêu xương" quanh mạch thay đổi sắc tố • Dây mắt khảm, nhợt đĩa xấp. • Teo điểm vàng và phù hoàng điểm hình túi có thể gặp	• ERG cho thấy giảm scotopic và đáp ứng kết hợp và photopic sau đó. • Loại trừ tổn thương hệ thống như Hội chứng Kearns-Sayre, Usher's, Bệnh Refsum. • Liệu pháp gen được thực hiện ở một vài trung tâm

Bệnh nguyên bào võng mạc

 Hình 18.2.10: Bệnh nguyên bào võng mạc Ảnh: Vikas Khetan, Sankara Nethralaya	• Trẻ 2 tuổi kêu thấy phản xạ màu trắng ở cả hai mắt • Kiểm tra đáy mắt cho thấy khối màu trắng rộng và CT scan cho thấy vôi hóa cả hai nhãn cầu • Bệnh nguyên bào võng mạc là u ác tính nhãn cầu nguyên phát phổ biến nhất ở trẻ em • Đồng tử trắng là lúc là triệu chứng phổ biến nhất	• Điều trị phụ thuộc vào giai đoạn và bệnh của khối u. • Hóa trị toàn thân với vincristine, etoposide và cisplatin • Mắt kèm tăng IOP, mờ mắt đỏ, khối u ở tiền phòng và có bằng chứng tổn thương thần kinh thị giác cần khoét • Xạ trị ghép liền, liệu pháp nhiệt (transpupillary thermotherapy) và xạ trị ngoài là liệu pháp thay thế
---	---	--

Bệnh lý võng mạc do sinh non(ROP)

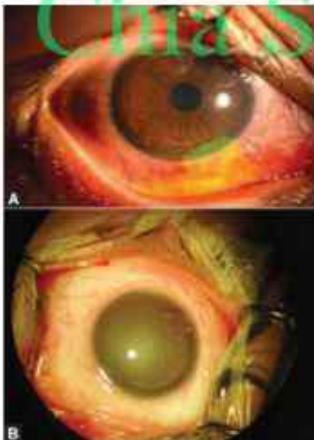
 Hình 18.2.11: Bệnh lý võng mạc do sinh non Ảnh: Vikas Khetan, Sankara Nethralaya	• Trẻ sinh sớm 4 tuần, cân nặng thấp được kiểm tra để sàng lọc các bệnh về mắt • Kiểm tra đáy mắt cho thấy mô mạch sợi ngoài võng mạc có nhiều mạch ngoằn ngoèo • Tăng sinh bất thường của mạch máu có thể tiến triển đến co thắt mô sợi và dẫn đến bong võng mạc • Cân nặng, tuổi thai thấp và liệu pháp oxy là nguy cơ chính gây ROP	• Điều trị nên được thực hiện sớm nhất có thể • Laser liệu pháp vào mạch võng mạc là thủ thuật được lựa chọn • Áp lạnh là liệu pháp thay thế • Bệnh giai đoạn cuối, phẫu thuật kính dịch kính và thắt cùng mạc • Lác và giảm thị lực cần được điều trị trong suốt quá trình theo dõi
---	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
	• Nguyên nhân phổ biến là adenovirus • Một vài type huyết thanh (types 18, 19 và 37) liên quan với dịch viêm kết giác mạc, sốt viêm họng hạch (types 3 hoặc 7) và viêm kết mạc nang (types 1 đến 4, 7 và 10). • Sau thời gian ủ bệnh kéo dài 5 đến 12 ngày bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng chảy nước, kích thích, xung huyết kết mạc và hình thành nang, hạch quanh tai to • Viêm giác mạc bề mặt lan tỏa theo sau là thâm nhiễm biểu mô và dưới biểu mô cục bộ trong giác mạc	• Ép lạnh • Kháng sinh bôi để phòng ngừa nhiễm khuẩn thứ phát • Steroid bôi và nước mắt thay thế

Hình 18.2.12: Viêm kết mạc virus Ảnh: Bhaskar Srinivasan, Sankara Nethralaya

18.3 Cấp cứu

Tổn thương do hóa chất

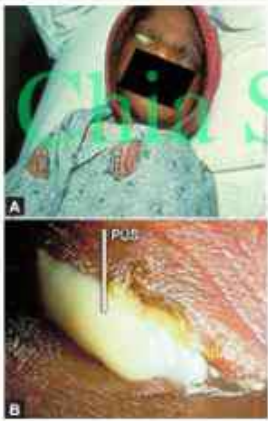
	• Tai nạn bỏng do kiềm như amoniac, Natri hydroxid hoặc vôi hoặc acid thường xảy ra phổ biến với các chất thông thường trong gia đình • Kiềm đâm xuyên sâu hơn nên gây nhiều tổn thương hơn • Hoại tử kết mạc và biểu mô giác mạc tiếp theo mắt các tế bào gốc rìa giác mạc • Phân mức độ nghiêm trọng là điều trị quan trọng • Phân bổ lại mạch và mờ giác mạc • Tổn thương bề mặt mắt ướt, dính mí nhãn cầu và quặm là vấn đề lâu dài	• Điều trị cấp cứu bao gồm rửa mắt bằng nước muối sinh lý trong 15 đến 30 phút • Lật mí mắt để loại bỏ các hạt vật chất • Mờ biểu mô hoại tử • Điều trị thuốc bao gồm steroid bôi, NSAIDs, acid ascorbic và acid citric
--	--	--

Hình 18.3.1A và B: Tổn thương do hóa chất: Bhaskar Srinivasan, Sankara Nethralaya

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Loét giác mạc 	- Loét giác mạc có thể do vi khuẩn, nấm, virus hoặc <i>acanthamoeba</i>. <i>N. gonorrhoea</i>, <i>N. meningitidis</i>, <i>C. diphtheriae</i>, <i>H. influenzae</i> có thể xâm nhập vào biểu mô giác mạc con nguyên vẹn. Triệu chứng là đau, đỏ, chảy nước. Chấn thương kèm vật phẩm thực vật có thể gây nhiễm nấm. - Viêm giác mạc vi khuẩn và <i>acanthamoeba</i> có thể liên quan với đeo kính áp tròng và vệ sinh, giữ gìn kém. Có thể xuất hiện nhiều loại hình thâm nhiễm và loét. - Viêm giác mạc virus Herpes có thể có thể liên quan đến da.	- Dịch kết mạc và giác mạc để chuẩn đoán vi sinh, nhuộm hoặc nuôi cấy là hướng dẫn điều trị chủ yếu. - Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm để tránh kháng thuốc. - Điều trị kháng sinh thích hợp kèm với chất chống loét cơ mị để giảm đau.

Hình 18.3.2: Loét giác mạc
 Ảnh: Bhaskar Srinivasan,
 Sankara Nethralaya

Đau mắt trẻ sơ sinh

	- Định nghĩa giống như viêm kết mạc xảy ra ở thời kỳ sơ sinh. - Nguyên nhân có thể do hóa chất hoặc lây nhiễm. - Vi khuẩn thường gặp ở kết mạc trẻ sơ sinh là <i>Gonococcus</i>, <i>Chlamydia</i>, herpes simplex và <i>Staphylococcus aureus</i>. - Biểu hiện phù, tắc kết mạc, và chảy dịch mủ. - Hình thành màng có thể xuất hiện trong trường hợp lạnh. - Thủng giác mạc và để lại sẹo là tụ cầu là biểu hiện.	- Nhuộm gram và lấy dịch màng kết. Nhuộm geimsa cũng được khuyến cáo. - Cấy máu và nuôi cấy thạch chocolate. - Lựa chọn kháng sinh phụ thuộc vào nuôi cấy và độ nhạy. Kháng sinh phổ rộng nên được bắt đầu điều trị sớm. - Nhiễm lậu cầu được khuyến cáo rửa mắt thường xuyên. Ceftriaxone toàn thân chia liều 30-50 mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc tĩnh mạch. - Viêm kết mạc Chlamydial được điều trị bằng erythromycin đường uống erythromycin 50 mg/kg kèm erythromycin nhỏ.
--	---	---

Hình 18.3.3A và B: Đau mắt trẻ sơ sinh
 Ảnh: Namitha Bhuvaneshwari, RIO GOH, Chennai

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
Viêm mô tế bào hốc mắt  Hình 18.3.4A và B: (A) CT scan; (B) Viêm mô tế bào hốc mắt Ảnh : Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya	• Biểu hiện phù mi mắt, đau, lồi mắt • Sờ đau và vận động mắt hạn chế • Mất thị lực và tổn thương phân xa hường tâm đồng tử có thể gặp • Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân kèm sốt • Nhiễm khuẩn thường do vi khuẩn xâm nhập qua chấn thương mi mắt, xoang và nhiễm trùng răng miệng	• Nhập viện • CT scan ổ mắt kiểm tra apxe dưới màng xương • Theo dõi kĩ thị lực và thấu kính. • Kháng sinh đường tĩnh mạch • Khám ENT

Vỡ sàn ổ mắt

 Hình 18.3.5A và B: Vỡ sàn ổ mắt Ảnh : Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya	• Do tăng áp lực đột ngột ở sàn ổ mắt do vật tác động như bóng tennis • Có thể xuất hiện phù nề, bầm tím • Nhìn đôi do tổn thương ở thẳng dưới hoặc ở chéo trên, hoặc do chấn thương trực tiếp • Lõm mắt xuất hiện khi gãy xương nặng • Tê dưới ổ mắt, môi dưới, má, mũi bên kia và môi trên có thể do đường gãy qua kênh dưới ổ mắt	• CT scan ổ mắt với mặt phẳng đứng ngang để chỉ ra mức độ gãy xương • Điều trị bảo tồn • Kháng sinh nếu có tổn thương xoang hàm • Chống chỉ định bệnh nhân xi mũi • Phẫu thuật can thiệp nếu nhìn đôi dai dẳng hoặc lõm mắt mắt thâm mĩ
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
	- Có thể xảy ra phổ biến như tai nạn gia đình, trong thể thao do vật bay hoặc sắc nhọn như dao - Tổn thương cấu trúc mắt rất thay đổi - Có thể tổn thương đơn giản như rách giác mạc đến nghiêm trọng gây tổn thương nhãn cầu, thấu kính, lõi mông mắt, và tổn thương võng mạc	- Không dùng kháng sinh ngoài da ở vết thương mắt hở - Che hoặc chắn một mắt lại - Phẫu thuật sửa chữa sớm nhất có thể - Dự phòng uốn ván

Hình 18.3.6: Chấn thương xuyên Ảnh: Bhaskar Srinivasan, Sankara Nethralaya

Viêm mô tế bào trước vách

	- Nhiễm khuẩn mí mắt và phần phụ - Biểu hiện đỏ và sưng mí mắt. Viêm kết mạc và tràn nước mắt. Trẻ có thể sốt. - Có thể gặp viêm hạch quanh tai - Nguyên nhân phổ biến là chấy, leo, chấn thương, côn trùng cắn, vv - Quan trọng cần phân biệt với viêm mô tế bào hốc mắt là một cấp cứu nhãn khoa	- Đánh giá toàn bộ mắt là cần thiết để loại trừ tổn thương hốc mắt. Bao gồm thị lực, đồng tử, vận động mắt và đáy mắt - Đếm số lượng bạch cầu và cấy dịch có thể làm CT scan lâm nếu có dấu hiệu tổn thương hốc mắt như vận động hạn chế hoặc RAPD - Kháng sinh bởi và uoogns như Augmentin và cephalosporin thế hệ ba. Chất chống viêm đường uống - Phẫu thuật dẫn lưu nếu có tổn thương hốc mắt hoặc dấu hiệu chèn ép thần kinh thị giác
--	--	---

Hình 18.3.7: Viêm mô tế bào trước vách Ảnh: Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya

18.4 CÁC HỘI CHỨNG

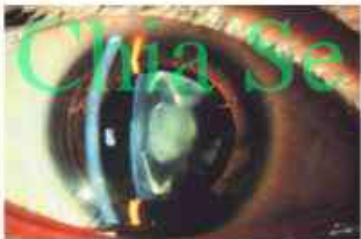
Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 18.4.1: Hội chứng Bardet-Biedl Ảnh : Sourmitra, VRF	- Hội chứng Bardet-Biedl là bệnh di truyền gen lặn nhiễm sắc thể thường bao gồm bệnh lý võng mạc sắc tố, thừa ngón, suy thận, chậm tăng trưởng kèm béo thân, chậm phát triển tinh thần và thường suy sinh dục. - Soi đáy mắt có thể xuất hiện điển hình viêm võng mạc sắc tố hạt chỉ là RPE hạt nhẹ - Các triệu chứng khác tối nhìn mờ, mất thị lực tiến triển và thị trường bị co rút. - Bệnh thận có thể dẫn đến tử vong sớm	- Chưa có điều trị hiệu quả sẵn có cho các biểu hiện của mắt. Điều trị tật khúc xạ và sử dụng dụng cụ hỗ trợ thị lực đóng vai trò chính - Tất cả bệnh nhân cần đánh giá thận và một vài có thể phải cấy ghép thận từ những năm tuổi thiếu niên

Hội chứng Blepharophimosis

 Hình 18.4.2: Hội chứng Blepharophimosis Ảnh: Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya	- Là hội chứng có biểu hiện phức hợp dị tật của mí mắt - Bao gồm sa mí mắt, hẹp khe mí, và xa hai hốc mắt chấn thương và nếp gấp góc mắt đảo ngược - Tổn thương mắt khác là lác, tật khúc xạ giảm thị lực - Bệnh còn liên quan đến suy buồng trứng sớm	- Bắt thường mí mắt cần phẫu thuật can thiệp. Đa phẫu thuật có thể yêu cầu - Tạo hình hốc mắt để sửa chữa xa hai hốc mắt chấn thương - Sau đó là phẫu thuật nếp quạt góc mắt, sau đó là phẫu thuật sa mí mắt - Điều chỉnh tật khúc xạ khi có giảm thị lực - Liệu pháp hormon thay thế cho suy buồng trứng sớm
--	---	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 18.4.3: Hội Chứng Crouzon Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Hội chứng Crouzon là hội chứng dính khớp sọ sớm ở trẻ em (đóng sớm đường khớp dọc và vòng) biểu hiện là tăng áp lực nội sọ, thất và căng thần kinh thị giác hoặc hẹp kênh thị giác tất cả dẫn tới teo thị giác tiến triển. - Các biểu hiện khác là ổ mắt nông, cách xa của 2 bộ phận, lệ ngoài mô hình V và lác đứng trên. - Có thể kèm theo bệnh lý giác mạc, lác vị thủy tinh thể, tật không mỏng mắt, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp - Biểu hiện toàn thân là hàm nhỏ, vùng giữa mắt không phát triển	- Điều trị nhằm mục đích cải thiện biểu hiện lâm sàng đơn độc như lác, bệnh lý giác mạc, etc. - Mở hộp sọ được dùng để giải ép thần kinh thị giác

Hội chứng Down

 Figure 18.4.4: Hội chứng Down Ảnh: S Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Đa tổn thương do đột biến 3 nhiễm sắc thể 21. Tổn thương mắt gặp tới 60% ở bệnh nhân down . - Biểu hiện ở mắt là mắt xèch, hẹp khe mi và mi mắt mềm, viêm bờ mi, tắc ống lệ mũi - Bất thường phần trước bao gồm chấm Brushfield ở mỏng mắt và đục thủy tinh thể - Tật khúc xạ, lác, rung giật nhãn cầu là những biểu hiện phổ biến ở bệnh nhân hội chứng Down	- Viêm bờ mi phải vệ sinh sạch mi mắt và bôi thuốc mỡ kháng sinh. Tật khúc xạ cần khắc phục bằng đeo kính - Đục thủy tinh thể và lác có thể cần phẫu thuật can thiệp thích hợp
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Figure 18.4.5: Hội chứng Goldenhar Ảnh: Bhaskar Srinivasan, Sankara Nethralaya	- Hội chứng Goldenhar bao gồm tật nhỏ nửa mặt, thụt thụt ở tai bất thường tai, xương cột sống và nang da trên nhãn cầu - Hội chứng Duane có thể kèm liệt dây thần kinh số 6 hoặc 5. - Tổn thương thần kinh trung ương bao gồm não ung thủy và dị tật Arnold-Chiari - Không mang tính di truyền, nam giới chiếm ưu thế	- Điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật phụ thuộc vào biểu hiện lâm sàng - Khuyết tật hệ thống cần đa phương pháp tiếp cận

Hội chứng Marfan

 A  B Hình 18.4.6A và B: Hội chứng Marfan Ảnh: S. Meenakshi, Sankara Nethralaya	- Hội chứng Marfan là hội chứng của mô liên kết liên quan đến bệnh lý tim mạch, chiều cao với độ dài chi và gù vẹo cột sống - Diễn hình có một thấu kính một bên lệch lên trên và về phía thái dương. Có thể có biểu hiện loạn thị, cận thị mức phải, đục thủy tinh thể, vv - Di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường	- Trong lệch, Nếu không có triệu chứng có thể quan sát. Cận thị nặng và loạn thị vừa có thể điều chỉnh bằng kính - Phẫu thuật cắt bỏ thấu kính được báo đảm lệch gấp, không có điều chỉnh, lõi, đục thủy tinh thể - Bệnh nhân cần chuyển đến tim mạch trong để điều trị bất thường liên quan đến tim mạch
---	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử lý
 Hình 18.4.7A và B; U sợi thần kinh Hình Photo Courtesy: Bipasha Mukherjee, Sankara Nethralaya	- NF-1 là u thần kinh ngoại bì phổ biến nhất với ưu thế di truyền - Dấu hiệu ở mắt là đám rối u sợi thần kinh ở mí mắt và kết mạc, tăng nhãn áp, lồi mắt đặp, phì đại thần kinh giác mạc, myelin hóa thần kinh, vv - Có thể xuất hiện u thần kinh thị giác và giao thoa thị giác. - NF-2 có thể có đục thủy tinh thể dưới bao sau.	- Điều trị phụ thuộc vào triệu chứng - Tư vấn di truyền là cần thiết - Hỗ trợ tâm lý và tư vấn cho cá nhân và gia đình

Hội chứng Sturge-Weber

 Hình 18.4.8: Hội chứng Sturge-Weber Ảnh: Sumita Agarkar, Sankara Nethralaya	- Là rối loạn thần kinh đa xuất hiện với u mạch ở màng não mềm và da, điển hình ở mặt. - Biểu hiện lâm sàng chính là vết chấm tím ở mặt. - Các biểu hiện toàn thân khác bao gồm co giật, chậm phát triển tâm thần, liệt nửa người và đau đầu. Liệt nửa nửa có thể thoáng qua - Tổn thương mắt là một dạng của tăng nhãn áp. Nguy cơ tăng nhãn áp tăng nếu vết chấm tím ở mí mắt trên. Tăng nhãn áp do tăng áp lực tĩnh mạch trên củng mạc hoặc bất thường góc - U máu màng mạch có thể gây xuất hiện nốt sần cả chưa xuất hiện ở đáy mắt.	- Trẻ em có hội chứng Sturge-Weber cần theo dõi thường xuyên nhãn áp như tăng nhãn áp có thể tiến triển sau đó - Tăng nhãn áp cần đa phẫu thuật xâm lấn và thường yêu cầu thuốc chống tăng nhãn áp - Laser có thể dùng giảm vết chấm tím, có ý nghĩa thẩm mỹ
---	---	--

Phần 19

Tai Mũi Họng

Chủ bút phần
Divya Prabhat

Hình ảnh
Divya Prabhat

Chia sẻ Ca Lam Sang

- 19.1 Các Bệnh Phổ Biến
- 19.2 Các Bệnh Không Phổ Biến Nhưng Không Hiếm
- 19.3 Cấp Cứu Tai Mũi Họng
- 19.4 Các Hội Chứng

MỤC LỤC

19.1 CÁC BỆNH PHỔ BIẾN 401

- Viêm Tai Giữa Cấp (AOM) 401
- VA—Vệ Mũi 401
- Viêm Mũi Dị Ứng—Các Bệnh Kém 401
- Viêm Mũi Dị Ứng—Các Dấu Hiệu 402
- Polyp Kallian 402
- BERA 402
- Chảy Dịch Tai 403
- Bơm Nước Vào Tai 403
- Ráy Tai 403
- Khám Tai Mũi Họng 404
- Polyp Xoang Sàng 404
- Liệt Mũi 404
- Nhọt Ở Tai 405
- Ống Thông Màng Nhĩ 405
- Đái 405
- Đo Thính Lực Trờ Kháng 406
- Khám Mũi 406
- Soi Tai 406
- Đo Thính Lực Đơn Âm 407
- Tai An Toàn—Thùng Trung Tâm 407
- Cắt Amygdale 407
- Tai Không An Toàn—Thùng Thương Nhĩ 408
- Các Nốt Ở Dây Thanh Âm 408
- Giọng Nói—Các Bệnh Li 408

19.1 CÁC BỆNH KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIẾM 409

- Dị Khó Màng 409
- Tắc Cửa Mũi Sau 409
- Hở Hàm Éch 409
- Ốc Tai Điện Tử 410
- Tai Bẩm Sinh 410
- Dị Dạng Bạch Mạch Dạng Nặng 410

- Nhũn Tai 411
- Viêm Xoang Sàng—Viêm Mô Tế Bào Ở Mũi 411
- U Mạch Máu 411
- U Xơ Mạch Tuổi Thiếu Niên 412
- U Nhú Thanh Quản 412
- Nhuyễn Sụn Thanh Quản 412
- Tật Đầu Nhỏ 413
- Dị Vật Thực Quản 413
- Âm Ốc Tai (OAE) 413
- Tụ Máu Loa Tai 414
- Rò Luồn Nhĩ 414
- Tuyến Giáp 414
- Dinh Dưỡng Lưỡi 415

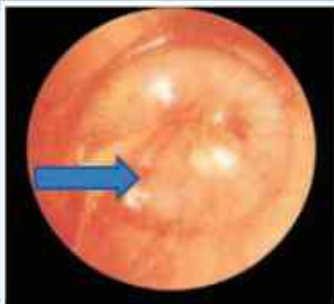
19.3 CẤP CỨU TAI MŨI HỌNG 415

- Chảy Máu Tai 415
- Chảy Máu Mũi 415
- Chấn Thương Mũi 416
- Dị Vật Phế Quản (Xẹp Phổi) 416
- Dị Vật Phế Quản (Trường Hợp Điển Hình) 416
- X-quang Dị Vật Phế Quản 417
- Dị Vật—Mũi 417
- Gãy Xương Mũi 418
- Túi Thừa Kommerell 418
- Áp Xe Sau Hầu 419
- Tụ Máu Vách Mũi 419
- Thờ Rừ—Các Dấu Hiệu 419
- Thờ Rừ—Các Vị Trí 420
- Mổ Khí Quản 420

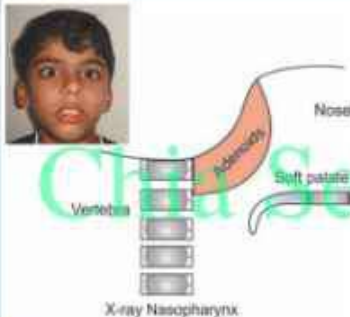
19.4 CÁC HỘI CHỨNG 420

- Hội chứng Down 420
- Hội Chứng Ngưng Thở Khi Ngủ Do Tắc Nghẽn (OSAS) 421
- Hội Chứng Vacterl 421

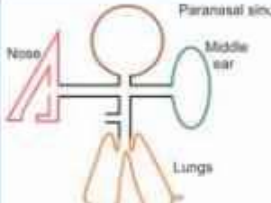
19.1 CÁC BỆNH PHỔ BIẾN

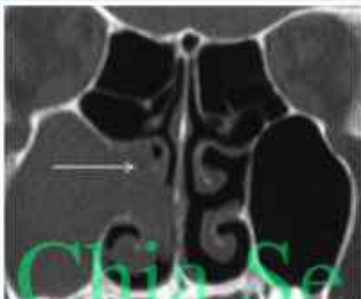
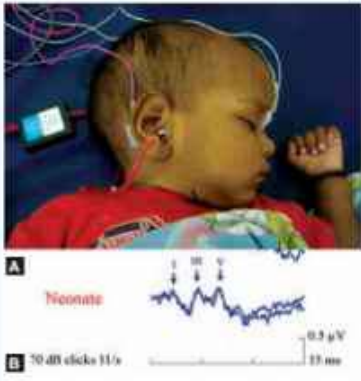
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Viêm Tai Giữa Cấp (AOM)  Hình 19.1.1: Viêm tai giữa cấp Photo Courtesy: Divya Prabhat	Màng nhĩ phồng và sung huyết.	• Là một trong những cấp cứu phổ biến nhất ở trẻ em. • Phi đại VA, chất nhầy và sữa có thể làm tắc vòi nhĩ. • Kháng sinh từ 7 đến 10 ngày. • Giảm đau và kháng histamin nếu có nhiễm trùng hô hấp trên (URTI). • Nếu AOM tái diễn cần thực hiện test nghe.

VA—Vệ Mất

 Hình 19.1.2: VA—Vệ mất Photo Courtesy: Divya Prabhat	Vệ mất và tác động đến đường hô hấp.	• Biểu hiện trống không (vacant). • Hở miệng. • Lỗ mũi bị ép (pinched). • Giảm sản xương hàm trên. • Răng cửa nhô ra. • Vòm khẩu cái cao. • Đầy. • X-quang để chẩn đoán. • Điều trị bằng steroid xịt mũi và kháng histamin.
---	---	---

Viêm Mũi Dị Ứng—Các Bệnh Kèm

 Figure 19.1.3: Viêm mũi dị ứng—Các bệnh kèm. Photo Courtesy: Divya Prabhat	Sự liên tục của niêm mạc.	• Viêm xoang. • VA. • Viêm tai giữa. • Ngáy—hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn (OSAS). • Viêm họng. • Hen.
--	----------------------------------	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Viêm Mũi Dị Ứng—Các Dấu Hiệu		
 Hình 19.1.4: Viêm mũi dị ứng—các dấu hiệu <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Chào kiểu dị ứng (allergic salute).	• Chào kiểu dị ứng. • Nhàn mũi. • Đường Darrier. • Niêm mạc và các cuống mũi ướt nhầy. • Dịch trong.
Polyp Killian		
 Hình 19.1.5: Polyp mũi—Polyp Killian <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Polyp mọc từ xoang hàm hướng về phía mũi hầu.	• Xảy ra khoảng những năm 20 của cuộc đời. • Xuất phát từ xoang hàm. • <i>Nguyên nhân:</i> nhiễm trùng. • Phát triển về phía mũi hầu. • Luôn là 1 polyp đơn/một bên. • Cắt bỏ bằng nội soi xoang.
BERA		
 Hình 19.1.6A và B: BERA <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Các sóng biểu hiện con đường dẫn truyền nghe toàn bộ.	• Thực hiện ở bất cứ tuổi nào—from sơ sinh đến vị thành niên. • Cho hình ảnh đường dẫn truyền từ dây thần kinh thính giác đến thân não. • Phải dùng cho trẻ có nguy cơ cao, những trẻ ứng cử viên được nhận nuôi, sau viêm màng não, vàng da, MR-CP hay chậm nói, vv.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Chảy Dịch Tai  Hình 19.1.7: Chảy dịch tai Photo Courtesy: Devya Prabhat	Phủ nề ống tai ngoài và chảy dịch tai.	<i>Viêm tai giữa:</i> • Ống tai ngoài bình thường. • Cử động loa tai không đau. • Điều trị nhiễm trùng hô hấp trên. <i>Viêm rai ngoài:</i> • Viêm ống tai ngoài. • Cử động loa tai rất đau. • Dùng thuốc kháng viêm.
Bơm Nước Vào Tai  Hình 19.1.8: Bơm nước vào tai Photo Courtesy: Devya Prabhat	Hướng của dòng nước trong bơm tiêm.	• Dùng để lấy ráy tai, nấm hay các dị vật. • Trẻ ở tư thế ngồi. • Cổ định chặt chẽ trước khi làm. • Kéo loa tai xuống dưới và ra sau. • Dùng nước ở nhiệt độ cơ thể. • Hướng dòng nước hướng lên và ra sau. • Làm khô tai sau thủ thuật.
Ráy Tai  Hình 19.1.9: Ráy tai Photo Courtesy: Devya Prabhat	Ống tai ngoài đầy các chất màu nâu.	• Nguyên nhân phổ biến nhất gây đau tai ở trẻ. • Bông ráy tai sẽ đẩy ráy vào sâu hơn. • Nhỏ dịch làm tan ráy tai được khuyến trong vòng 1 tuần. • Có thể thực hiện bơm nước vào tai nếu không làm sạch ráy tai được bằng thuốc nhỏ.

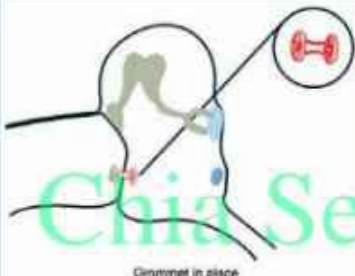
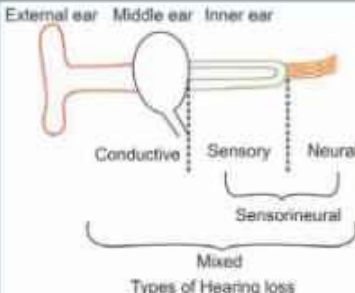
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 19.1.10: Khám tai mũi họng <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Tư thế giữ trẻ trong lúc khám tai mũi họng.	- Giữ chặt trẻ. - Một tay trên đầu. - Tay còn lại giữ các tay của trẻ. - Các chân trẻ bắt chéo và giữ giữa 2 chân của bố mẹ.

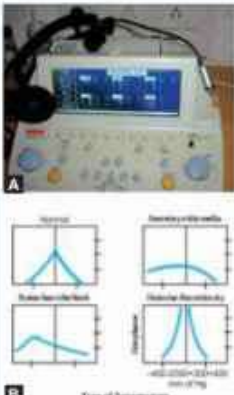
Polyp Xoang Sàng

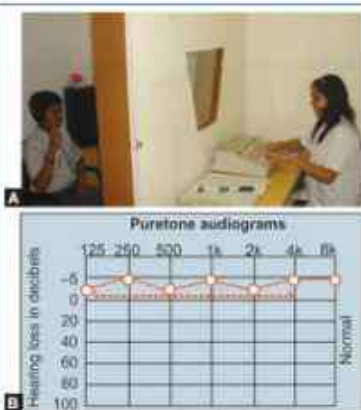
 A Nasal Polyp  B Hình 19.1.11A và B: Polyp xoang sàng <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Nhiều polyp ở cả 2 bên.	- Xuất phát từ các xoang sàng. <i>Nguyên nhân:</i> dị ứng. <i>Luôn luôn:</i> hai bên và nhiều polyp. - Hình ảnh như chùm nho khi soi mũi. - Kháng histamin, steroid xịt mũi và tránh các dị nguyên. - Cắt bỏ bằng nội soi với những trường hợp trợ điều trị thuốc.
--	-------------------------	---

Liệt Mặt

 Hình 19.1.12: Liệt mặt—Neuron VD dưới <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Mắt phải nhắm không kín.	- Bẩm sinh. - Sang chấn lúc sinh. - Liệt Bell. - Viêm tai giữa cấp. - Tai không an toàn (cholesteatoma). - Tổn thương đầu. Điều trị theo nguyên nhân.
--	--------------------------	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Nhọt Ó Tai  Hình 19.1.13: Nhọt ở tai Photo Courtesy: Divya Prabhat	Trẻ 3 tháng tuổi tắc nghẽn ống tai ngoài hoàn toàn do sử dụng bông rầy tai.	• Cử động loa tai rất đau. • Dùng kháng viêm là đủ. • Kháng sinh chỉ dùng khi trẻ sốt. • Dẫn lưu chỉ khi có áp xe.
 Hình 19.1.14: Grommet Photo Courtesy: Divya Prabhat	Đặt grommet ở 2 bên màng nhĩ.	• Sử dụng trong viêm tai giữa thanh dịch (SOM)—Nguyên nhân phổ biến gây chậm nói. • Grommet là một ống thông của tai giữa. • Chúng sẽ tự rơi ra khi biểu mô màng nhĩ di chuyển (migration) dẫn ra ngoài. • Cải thiện chức năng nghe nhờ dẫn lưu dịch.
Điếc  Hình 19.1.15: Điếc Photo Courtesy: Divya Prabhat	Các dạng điếc.	• <i>Tai ngoài</i>—Rầy tai, nấm, viêm tai ngoài. • <i>Tai giữa</i>—Viêm tai giữa, thủng màng nhĩ, dịch keo (glue) trong tai giữa, gián đoạn chuỗi xương con. • <i>Tai trong</i>—viêm màng não, nhiễm độc tai, rối loạn di truyền, vv. (cảm giác). • <i>Thần kinh</i>—Tứ thần kinh nghe đến thần não.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Đo Thính Lực Trờ Kháng  Hình 19.1.16A và B: Đo thính lực trở kháng. Photo Courtesy: Divya Prabhat	Hình ảnh đo trong các bệnh khác nhau của tai giữa.	- Thực hiện cho tuổi sơ sinh và lớn hơn. - Chẩn đoán chính xác bệnh lý của tai giữa. - Test đáng tin nhất trong phát hiện dịch ở tai giữa—viêm tai giữa thanh dịch (SOM). - Hữu ích với trẻ chậm nói, rối loạn chức năng vòi eustach, LD, vv.
Khám Mũi  Hình 19.1.17: Khám mũi. Photo Courtesy: Divya Prabhat	Vách mũi lệch sang trái về phía trước.	- Đối với trẻ thì không nên sử dụng dụng cụ khám. - Nâng đỉnh mũi bằng ngón tay cái là đủ. - Trên hình là hình ảnh vách mũi lệch. - Có thể nhìn thấy khu vực Little, tĩnh mạch sau cột mũi (nguyên nhân chảy máu mũi), polyp và các cường mũi.
Soi Tai  Hình 19.1.18A và B: Khám tai. Photo Courtesy: Divya Prabhat	Phương pháp giữ dụng cụ soi.	- Trẻ được giữ chặt nhờ bố mẹ/ điều dưỡng. - Ngón út của thầy thuốc (tay có máy soi) tựa vào mặt của trẻ. - Kích thước của phễu soi (speculum) chọn theo kích cỡ ống tai ngoài. - Kéo loa tai xuống dưới và ra sau để quan sát màng nhĩ.

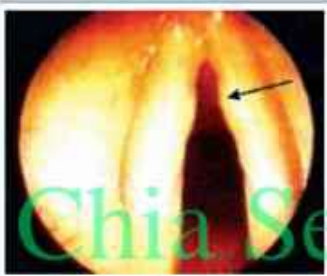
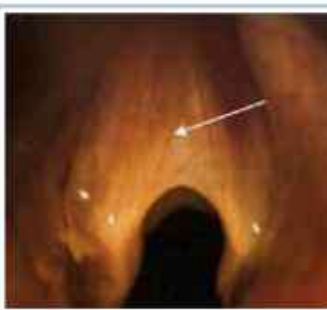
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Đo Thính Lực Đơn Âm  Hình 19.1.19A và B: Đo thính lực đơn âm Photo Courtesy: Divya Prabhat	Trẻ đáp ứng với âm thanh.	• Test đáng tin hơn với trẻ trên 5 tuổi. • Màu đỏ cho tai phải và xanh cho tai trái. • Đường liên tục đối với dẫn truyền khí và đường ngắt quãng với dẫn truyền xương. • Cả hai đường đều thấp gấp trong biểu cảm giác thần kinh (sensorineural). • Có khoảng trống giữa hai đường gấp trong biểu dẫn truyền.

Tai An Toàn—Thùng Trung Tâm

 Hình 19.1.20: Tai an toàn—Thùng trung tâm Photo Courtesy: Divya Prabhat	Thùng lớn ở trung tâm ảnh hưởng đến cả bốn phần của màng nhĩ.	• Chảy dịch tai quá nhiều. • Dịch không mùi. • Liên quan với nhiễm trùng hô hấp. • Dẫn truyền. • Kháng sinh và kháng histamin được khuyến dùng. • Chỉ sửa lại màng nhĩ với những thùng lớn.
--	--	--

Cắt Amydale

 Hình 19.1.21: Cắt Amydale Photo Courtesy: Divya Prabhat	Amydale phì đại với các hốc ngách.	• Tỷ lệ mắc mới giảm mạnh. • Nhiễm trùng hô hấp trên tái diễn với sốt cao (5 đến 7 lần 1 năm). • Châm lớn. • Khó thở, khó nói và/hoặc khó nuốt. • Chảy dịch tai hoặc hạch cổ hai bên không giảm nhiều với kháng sinh.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tai Không An Toàn—Thủng Thương Nhĩ		
 Hình 19.1.22: Tai không an toàn—Thủng thương nhĩ Photo Courtesy: Divya Prabhat	Một lỗ thủng ở phần chũm (thương nhĩ).	- Chảy dịch tai ít. - Mùi hôi (do cholesteatoma). - Không liên quan đến nhiễm trùng hô hấp. - X-quang chũm thấy phá hủy cấu trúc. - Điếc hỗn hợp. - Cần cắt xương chũm.
Các Nốt Ở Dây Thanh Âm		
 Hình 19.1.23: Các nốt ở dây thanh âm Photo Courtesy: Divya Prabhat	Nốt hình thành ở vị trí 1/3 trước và 2/3 sau.	- Nguyên nhân phổ biến nhất gây khàn giọng. - Sau la hét, reo hò, nói quá nhiều. - Tìm tiêu điểm nhiễm trùng, vd: răng hay amydale,... - Điều trị: giảm nói và dùng liệu pháp lời nói. - Hiếm khi cần phẫu thuật.
Giọng Nói—Các Bệnh Li		
 Hình 19.1.24: Giọng nói—Các bệnh li Photo Courtesy: Divya Prabhat	Màng niêm mạc thanh môn (glottic web) trước.	Giọng cọc cằn (Gruff): Viêm thanh quản mạn/u mạch máu. Giọng bị bóp nghẹt (Muffled): Nang/viêm nắp thanh môn/áp xe sau hầu. Giọng thờ: U hạt/nốt/liệt. Giọng cao vút: Màng niêm mạc (Hình 19.1.24)/rối loạn nội tiết. Hơi: Dị ứng/Trào ngược DD-TQ/NT hô hấp dưới (LRTI). Mất tiếng: Dị vật/tâm li.

19.2 CÁC BỆNH KHÔNG PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIỂM

Hình Ảnh	Chẩn Đoán	Xử Trị
 Figure 19.2.1: Dò khe miệng. Photo Courtesy: Divya Prabhat	Phẫu thuật cắt bỏ dọc theo chiều dài đường dò.	- Bất thường phát triển cung. - Lỗ nhỏ ở phía trước cổ. - Điều trị rò rỉ mũi tái diễn bằng kháng sinh. - Phẫu thuật cắt bỏ đường dò hoàn toàn khi nhiễm trùng tái diễn hoặc có tạo áp xe.
 Hình 19.2.2: Tắc cửa mũi sau. Photo Courtesy: Divya Prabhat	Đặt ống mũi sau phẫu thuật như 1 stent.	50% tắc cửa mũi sau 2 bên liên quan với các bất thường bẩm sinh khác. - Luồng thông khí được kiểm tra bằng phễu đèn dụng cụ để lưỡi hay đặt một catheter cao su trong lỗ mũi. - Trẻ không thở khi cho ăn. - Phẫu thuật ngay nếu tắc hai bên, nếu 1 bên thì tiến hành khoảng 2-3 tuổi.
 Hình 19.2.3: Hở hàm ếch. Photo Courtesy: Divya Prabhat	Khoảng hở rộng ở khẩu cái.	- Dị tật bẩm sinh, có thể ảnh hưởng môi trên. - Vấn đề phát âm, ăn uống và viêm tai giữa. - Đóng khe hở được thực hiện khoảng 1 tuổi, để phát triển lời nói được bình thường. - Cũng cần điều trị điếc do dịch keo trong tai. - Chỉnh hình răng.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Ôc Tai Điện Từ		
 Hình 19.2.4A và B: Ôc tai điện từ Photo Courtesy: Divya Prabhat	Phần nằm trong và ngoài của ôc tai điện từ.	- Nếu điếc cảm giác thần kinh nặng cả 2 bên thì không hiệu quả. - Làm khoảng 10 tháng tuổi trở lên. - Vì sự phát triển giọng nói tự nhiên kết thúc khoảng 5 tuổi, vì vậy nên tiến hành trước tuổi này. - Phải thực hiện BERA, CT scan, MRI, khám thần kinh và tâm lý. - X-quang thấy mô cấy sau tai với các điện cực đi vào ôc tai.
Tai Bẩm Sinh		
 Hình 19.2.5: Tai bẩm sinh Photo Courtesy: Divya Prabhat	Dị tật loa tai.	- Loa tai không tạo thành hoàn toàn. - CT scan dùng để phát hiện ôc tai có phát triển hay không. - BERA dùng xác định dẫn truyền nghe. - Tìm các bất thường bẩm sinh khác. - Ưu tiên điều trị điếc còn điều trị thẩm mỹ loa tai có thể chờ đợi được.
Dị Dạng Bạch Mạch Dạng Nang		
 Hình 19.2.6: Dị dạng bạch mạch dạng nang Photo Courtesy: Divya Prabhat	Cổ phồng ra 1 bên.	- Nang có thể không nhận ra lúc sinh. - Thường lớn dần khi trẻ lớn lên. - Thường là một khối ở cổ của trẻ như nhũ sau nhiễm trùng hô hấp. - Siêu âm/CT scan. - Điều trị: cắt bỏ mô bất thường khi có thể. - Có thể thử bằng tiêm xơ tại chỗ.

Hình Ảnh	Chú Ý	Nữ Trí
 Hình 19.2.7: Nhân tai Photo Courtesy: Divya Prabhat	Vùng trước loa tai.	- Một vùng da có cường xuất phát gần bờ bình tai. - Có thể chữa sụn nhưng không thông với ống tai ngoài hay tai giữa. - Có thể cắt bỏ đơn độc. - Cắt bỏ chỉ vì thẩm mỹ.

Viêm Xoang Sàng—Viêm Mô Tế Bào Ở Mắt

 Hình 19.2.8A và B: Viêm Xoang Sàng—Viêm Mô Tế Bào Ở Mắt Photo Courtesy: Divya Prabhat	Giảm viêm sau nội soi mũi.	- Do viêm xoang sàng không điều trị. - Thông qua vách ổ mắt của xương sàng. - Kháng sinh tiêm và thuốc chống sung huyết mũi. - Dẫn lưu áp xe bằng phẫu thuật nội soi xoang mũi.
---	----------------------------	--

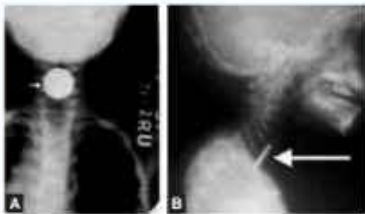
U Mạch Máu

 Hình 19.2.9A và B: U Mạch Máu Photo Courtesy: Divya Prabhat	U mạch máu tại đỉnh mũi và sàng miệng.	- Tình trạng bẩm sinh. - Tìm các vùng bị ảnh hưởng khác. - Có thể tự hết khi trẻ lớn dần, do đó cần chờ và theo dõi. - Tiêm bleomycin vào u cách tuần cũng là phương pháp điều trị.
--	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
U Xơ Mạch Tuổi Thiếu Niên		
 Hình 19.2.10: U Xơ Mạch Tuổi Thiếu Niên <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Hình ảnh thấy u bất thuốc.	- Chỉ thấy ở trẻ nam tuổi vị thành niên. - Gây tắc mũi và chảy máu mũi. - Xuất phát từ mũi hầu. - CT mạch là phương tiện chẩn đoán. - Nhiều mạch máu nhưng không ác tính. - Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ.
U Nhú Thanh Quản		
 Hình 19.2.11: U Nhú Thanh Quản. <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Đường vào thanh quản bị tắc bởi u nhú phát triển.	- Khàn tiếng hoặc suy hô hấp. - Xử trí khi tuổi dậy thì. - Soi thanh quản trực tiếp kèm sinh thiết. - Không bao giờ tiến triển ác tính. - Cắt bỏ u nhú với sự hỗ trợ của laser. - Có thể cần mở thông khí quản với những u nhú quá lớn.
Nhuyễn Sụn Thanh Quản		
 Hình 19.2.12: Nhuyễn Sụn Thanh Quản (Tăng rít thanh quản bẩm sinh) <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Nắp thanh môn bị gấp lại và hẹp đường vào thanh quản.	- Ấm gáy (crowing) khi thở. - Nắp thanh môn bị gấp lại. - Ông kích cỡ bình thường. - Không phải tất cả trẻ đều bị ảnh hưởng. - Chậm lớn. - Biến mất khoảng 2 đến 5 tuổi. - Thường không cần phẫu thuật.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 19.2.13: Tật Dấu Nhỏ <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Thụt hàm-hàm bị co lại.	- Chăm lớn. - Có các dị tật kèm theo. - Thở rít do nguyên nhân trung ương và tại chỗ. - BERA phát hiện các vấn đề về nghe. - Phục hồi chức năng nghe để phát triển lời nói tự nhiên.

Dị Vật Thực Quản

 Hình 19.2.14A và B: Dị Vật Thực Quản <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Đồng tiền trên phim trước sau và phim nghiêng.	- Đồng tiền là dị vật phổ biến nhất. - Vị trí thường gặp ở vùng nhân hầu (cricopharynx). - Các dị vật tròn, nếu qua được nhân hầu thường tiếp tục đi xuống. - Luôn chụp phim trước sau và phim nghiêng. - Soi thực quản với những dị vật bất động.
---	--	--

Âm Ốc Tai (OAE)

 Hình 19.2.15: Âm Ốc Tai (OAE) <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Nút chèn tai phát các âm click.	- Kiểm tra chức năng của tế bào lông ngoài (outer hair cell) của ốc tai. - Phải làm để sàng lọc nghe cho tất cả các trẻ có nguy cơ cao. - Apgar <5, thời máy >4 ngày, viêm màng não, truyền máu, vàng da sơ sinh, trẻ được nhận nuôi, vv.
--	---------------------------------	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tụ Máu Loa Tai		
 Hình 19.2.16: Tụ Máu Loa Tai <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Khối tụ máu làm sưng phồng loa tai.	- Sau chấn thương—boxing, tát tai hay vò tai. - Thường dùng kháng viêm là đủ. - Phải thực hiện dẫn lưu trong điều kiện vô khuẩn. - Băng ép chặt lại để ngăn chặn tái phát. - Viêm màng ngoài sụn hoặc tai súp lơ là các biến chứng.
Rò Luân Nhĩ		
 Hình 19.2.17: Rò Luân Nhĩ <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Lỗ ở trước loa tai.	- Bẩm sinh. - Luôn cần khám 2 bên. - Nếu có xuất tiết dịch mủ thì dùng kháng sinh. - Nhiễm trùng tái phát dẫn đến tạo thành áp xe. - Có thể cần phẫu thuật cắt bỏ đường rò.
Tuyến Giáp		
 Hình 19.2.18: Tuyến Giáp <i>Photo Courtesy: Divya Prabhat</i>	Khối phồng ở cổ chuyển động khi nuốt.	- Có thể bẩm sinh. - Khả năng chuyển sang ác tính cao. - Cần phải chụp xạ hình tuyến giáp. - Test chức năng giáp - Nồng độ Canxi/Phospho. - Kháng thể Anti-TPO. - Nồng độ Calcitonin huyết thanh. - Tế bào học chọc hút kim nhỏ (FNAC) và CT scan. - Cắt tuyến giáp SOS.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 19.2.19: Dinh Thẳng Lưỡi Photo Courtesy: Divya Prabhat	Hãm lưỡi ngăn chặn sự chuyển động tự do của lưỡi.	• Di tật bẩm sinh, còn gọi là ankyloglossia vì có giảm vận động lưỡi. • Có thể gây rối loạn kết hợp âm ở khoảng 50% trẻ. • Liệu pháp lời nói và theo dõi cho đến khi chỉ định điều trị được chấp nhận. • Cần nhắc cắt hãm vì các vấn đề phát âm, ăn uống và xã hội.

19.3 CÁC CẤP CỨU TẠI MŨI HỌNG

Chảy Máu Tai

 Hình 19.3.1: Chảy Máu Tai Photo Courtesy: Divya Prabhat	Cục máu đông ở ống tai ngoài.	• Do sử dụng bông rầy tai, kim, bút chì, vv. • Chảy dịch có máu do polyp/u hạt hay bệnh tai không an toàn (unsafe ear). • Tránh sử dụng các dụng cụ/sự xâm lấn sạch hay bất cứ dịch nhỏ tai nào. • Các miếng bông khô thường sẽ giúp dừng chảy máu.
---	--------------------------------------	--

Chảy Máu Mũi

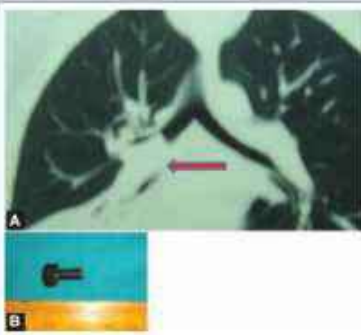
 Hình 19.3.2: Chảy Máu Mũi Photo Courtesy: Divya Prabhat	Vị trí bóp các lỗ mũi.	• Bóp các lỗ mũi trong 5 phút ở vùng Little (thấp hơn) và không nên bóp tại vị trí xương mũi. • Chảy máu mũi sau, nhỏ vào dụng cụ chứa. • Ép lạnh. • Đặt meche (dải gạc) ngấm adrenaline loãng vào mũi trước.
--	-------------------------------	--

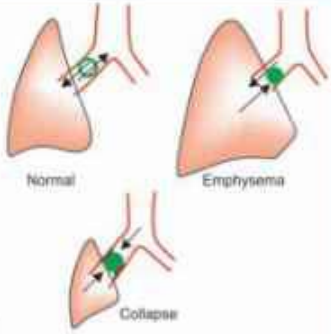
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Chấn Thương Mặt  Hình 19.3.3A and B: Chấn thương mặt Photo Courtesy: Divya Prabhat	Đa chấn thương ở mặt.	- Chấn thương ở mặt và cổ thường xảy ra ở trẻ em. - Hầu hết là chấn thương mô mềm. - Mày mắt là gãy xương mặt nghiêm trọng không phổ biến. - Những vết loét làm biến dạng được đóng lại bằng khâu, để giảm tối thiểu sẹo.

Dị Vật Phế Quản (Xẹp Phổi)

 Hình 19.3.4: Dị Vật Phế Quản (Xẹp Phổi) Photo Courtesy: Divya Prabhat	Xẹp hoàn toàn phổi phải ở trẻ 10 tháng tuổi.	- Khó thở tiến triển. - Xẹp bên phải. - Bên trái thở bù dẫn đến khí phế thũng. - Nghi ngờ dị vật/chất nhầy chèn phế quản gốc phải. - Soi phế quản để lấy ra.
--	---	--

Dị Vật Phế Quản (Trường Hợp Điển Hình)

 Hình 19.3.5A và B: Dị Vật Phế Quản (Trường Hợp Điển Hình) Photo Courtesy: Divya Prabhat	Dị vật phế quản gốc phải.	- Ho dai dẳng. - Cải thiện khi dùng kháng sinh, giãn phế quản, steroids. - Nhiễm trùng hô hấp tái diễn. - Huyết học bình thường. - Nghi ngờ dị vật. - CT scan chẩn đoán dị vật.
--	----------------------------------	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
X-quang Dị Vật Phế Quản  A X-ray findings with different types of foreign bodies  B Hình 19.3.6A và B: X-quang Dị Vật Phế Quản Photo Courtesy: Divya Prabhat	Biến đổi của phổi với những kiểu dị vật khác nhau.	• Van 2 chiều, vd: nhân, nút. • Van 1 chiều, vd: dị vật kim loại. • Van dừng (stop), vd: hạt, đậu xanh, các đậu khác (dị vật hút ẩm), vv.

Dị Vật—Mũi

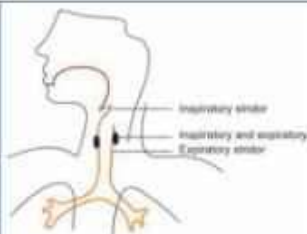
 Hình 19.3.7: Dị Vật—Mũi Photo Courtesy: Divya Prabhat	Dụng cụ đi qua dị vật.	• Tắc mũi 1 bên do dị vật mũi. • Lấy dị vật bằng cách đi ra sau dị vật rồi đưa ra. • Tránh sử dụng forcep, sẽ đẩy dị vật vào sâu hơn. • Chỉ khi dị vật tác động mạnh đến xung quanh hay có sỏi mũi (rhinolith) mới nên cân nhắc mổ toàn thân để lấy ra.
--	-------------------------------	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Gãy Xương Mũi  Hình 19.3.8: Gãy Xương Mũi Photo Courtesy: Divya Prabhat	Phù xung quanh sống mũi và các cục máu đông.	• Chảy máu mũi sau. • Rỉ dịch não tủy qua mũi. • Tụ máu vách mũi. • Phá hủy vách ở mắt xương sàng (cử động mắt). • Chấn thương xương trán (khám thần kinh).

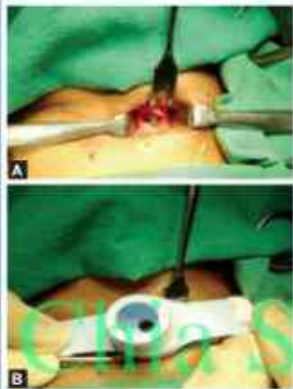
Túi Thừa Kommerell

 Hình 19.3.9A và B: Túi Thừa Kommerell Photo Courtesy: Divya Prabhat	Chèn ép khí quản và thực quản.	• Về mặt tạo phổi, cung động mạch chủ sang phải dài dãn. • Các triệu chứng hô hấp do vòng mạch (vascular ring) hoàn toàn. • Khó nuốt do ép vào thực quản (mũi tên). • Phim có Barium, MRI tìm là các phương tiện chẩn đoán. • Sửa chữa thông qua mổ ngực.
--	---------------------------------------	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Áp Xe Sau Hầu  Hình 19.3.10: Áp Xe Sau Hầu Photo Courtesy: Divya Prabhat	Tăng độ dày phần mềm trước cột sống.	• Xuất hiện với khô nuốt, thở rít và khàn giọng. • Viêm amidan, nhiễm trùng răng hoặc dị vật. • Kháng sinh tĩnh mạch và theo dõi độ bão hòa O_2. • Dẫn lưu SOS hay chọc hút áp xe. • Mở thông khí quản nếu có thở rít.
Tụ Máu Vách Mũi  Hình 19.3.11: Tụ Máu Vách Mũi Photo Courtesy: Divya Prabhat	Khởi phồng ở vách cả 2 bên lỗ mũi.	• Tắc mũi và có tiền sử chấn thương. • Cần can thiệp khẩn cấp. • Sụn mũi có thể hoại tử trong vòng 24h và dẫn đến biến dạng mũi dạng yên xe. • Điều trị bằng phẫu thuật dẫn lưu máu tụ và đặt meche.
Thở Rít—Các Dấu Hiệu  Hình 19.3.12: Thở Rít—Các Dấu Hiệu Photo Courtesy: Divya Prabhat	Các dấu hiệu nhìn thấy ở trẻ có thở rít.	• Không phải là một chẩn đoán; mà là một dấu hiệu hay triệu chứng. • Co kéo thượng đòn và rút lõm lồng ngực (H. 19.3.12). • Càng lúc càng nặng. • Thở rít bẩm sinh xuất hiện sau nhiễm trùng hô hấp trên. • Tăng mạch (rising pulse) là dấu hiệu đáng tin cậy nhất. • Suy dinh dưỡng, béo phì và thiếu máu dễ làm thở rít nặng thêm. • Cuối cùng đặt nội khí quản hay mở thông khí quản.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Thở Rít—Các Vị Trí  Hình 19.3.13: Thở Rít—Các Vị Trí Photo Courtesy: Divya Prabhat	Các mức ảnh hưởng khác nhau gây thở rít.	• Hít vào—trên thanh môn (nguyên sụn thanh quản). • Hai thì—thanh môn/dưới thanh môn (u nhú, liệt dây thanh âm, hẹp). • Thở ra—phế quản (dị vật).

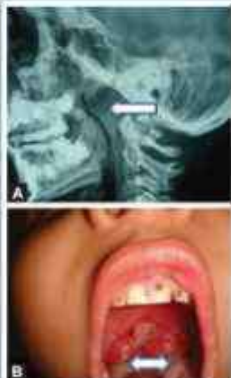
Mở Khí Quản

 Hình 19.3.14A và B: Mở Khí Quản Photo Courtesy: Divya Prabhat	Lỗ vào khí quản và đặt ống portex.	• Đường thông qua tắc nghẽn hô hấp trên. • Giảm khoảng chết. • Lỗ vào đường hô hấp dưới. • Dễ đặt vào. (Không có chống chỉ định).
--	---	---

19.4 CÁC HỘI CHỨNG

Hội chứng Down

 Hình 19.4.1: Hội chứng Down Photo Courtesy: Divya Prabhat	Lưỡi thè ra và lớn.	• Thở rít khi nằm. • Lưỡi to hẹp mũi hầu gây tụt lưỡi. • Phi đại hạnh nhân lưỡi thường gặp. • Nên nằm sấp hay nằm nghiêng. • Trường hợp nặng cần stitch lưỡi.
--	----------------------------	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 19.4.2A và B: Ngáy—OSAS Photo Courtesy: Divya Prabhat	Phì đại hạnh nhân hầu và amydale.	• Ngủ ngày quá nhiều. • Tăng cân bất thường. • Đau đầu gần đây. • Ảnh hưởng kết quả học tập. • Tăng huyết áp tiến triển. • Cần cắt hạnh nhân hầu, amydale.

Hội Chứng VACTERl

 Hình 19.4.3: Hội Chứng Vacterl Photo Courtesy: Divya Prabhat	Bất thường bẩm sinh đường giữa.	• Di tật cột sống. (Vertebra) • Không có lỗ hậu môn. (Anus) • Các di tật tim bẩm sinh. (Cardiac) • Dò khí quản thực quản. (Tracheo-Esophageal) • Các di tật ở thận. (Renal) • Bất thường chi. (Limb)
---	--	---

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 20

Phẫu Thuật Nhi Khoa

Chủ bút phần

Ketan Parikh, Arbinder Kumar Singal

Hình ảnh

Amrish Vaidya, Arbinder Kumar Singal, Ketan Parikh, Manish Jain, Rasik Shah

Chia Sẻ CẢ LAM SANG

- 20.1 Các Bệnh Phổ Biến Bên Ngoài
- 20.2 Các Bệnh Li Dầm Và Cổ
- 20.3 Ngực Và Cơ Hoành
- 20.4 Các Bệnh Li Đường Tiêu Hóa Và Gan Mật
- 20.5 Các Bệnh Li Tiết Niệu Nhi Khoa
- 20.6 Các Khối U Đặ Ở Trẻ Em

MỤC LỤC

20.1 CÁC BỆNH LÝ PHỔ BIẾN BÊN NGOÀI 425

- Áp xe 425
- Sứt Môi Và Hở Hàm Ếch 425
- Tràn Dịch Tinh Hoàn Bẩm Sinh 425
- U Mạch Máu 426
- Nào Ứng Thủy 426
- Thoát Vị Bẹn 426
- Dinh Môi Âm Hộ 427
- Thoát Vị Màng Nao Tuy/Thoát Vị Màng Nao Tuy-Tủy 427
- Viêm Mạc (Fasciitis) Hoại Tử 427
- Hep Bao Quy Đầu 428
- Thoát Vị Rốn 428
- Polyp Rốn/Nu Hạt 428
- Tinh Hoàn Chưa Xương 429

20.2 CÁC BỆNH LÝ ĐẦU VÀ CỔ 429

- Xoang/Nang Khe Màng 429
- Dị Dạng Bạch Mạch Dạng Nang 429
- U Nang Dưới Lưỡi (Ranula) 430
- Xoang Và Nang Ống Gióp Lưỡi 430
- Veo Cổ 430

20.3 NGỰC VÀ CƠ HOÀNH 431

- Dị Vật Đường Thở (FB) 431
- Dị Dạng U Nang Tuyến Bẩm Sinh 431
- Thoát Vị Hoành Bẩm Sinh (CDH) 431
- Tràn Mủ Màng Phổi 432
- Tràn Khí Màng Phổi 432
- Dở Khí Quản Thực Quản (TEF) 432

20.4 CÁC BỆNH LÝ ĐƯỜNG TIÊU HÓA VÀ GAN MẬT 433

- Co Thắt Tâm Vị 433
- Teo Đường Mật Bẩm Sinh 433
- Nang Ống Mật Chủ 433
- Tồn Tại Ở Nhóp 434
- Teo Tả Tráng 434
- Bệnh Omphalocele 434

- Trào Ngược Dạ Dày Thực Quản (GER) 435
- Bệnh Gastroschisis 435
- Dị Tật Hậu Môn Trực Tráng (ARM) Thê Cao 435
- Bệnh Hirschsprung 436
- Hep Phôi Đai Môn Vị Vô Căn (IHPS) 436
- Nhiễm Giun Tròn Đường Ruột 437
- Lồng Ruột 437
- Teo Hồng Tráng - Hở Tráng 437
- Dị Tật Hậu Môn Trực Tráng (ARM) Thê Thấp— Trẻ Nam 438
- Ruột Quay Bất Toàn 438
- Túi Thừa Meckel 438
- Viêm Phức Mạc Phẩn Su 439
- Viêm Ruột Hoại Tử 439
- Viêm Phức Mạc/Tắc Ruột 439
- Polyp Trực Tráng 440
- Dở Trục Tráng - Tiền Dinh Âm Hộ (RVF) 440

20.5 CÁC BỆNH LÝ TIẾT NIỆU NHI KHOA 440

- Thận Ứ Nước Được Chẩn Đoán Trước Sinh — Hai bên 440
- Thận Ứ Nước Được Chẩn Đoán Trước Sinh (ADH)— Một Bên 441
- Sỏi Tiết Niệu 441
- Rối Loạn Phát Triển Giới Tính (DSD) 441
- Tật Lỗ Đái Cao 442
- Lộn Bàng Quang Ra Ngoài 442
- Tật Lỗ Đái Thấp 442
- Bệnh Lị Bàng Quang/Thần Kinh 443
- Xoắn Tinh Hoàn 444
- Nang Niệu Quản 444
- Trào Ngược Bàng Quang Niệu Quản (VUR) 444

20.6 CÁC KHỐI U ĐẶC Ở TRẺ EM 444

- U Nguyên Bảo Thần Kinh 444
- U Quái Cứng Cục 445
- U Wilms 445

20.1 CÁC BỆNH PHỔ BIẾN BÊN NGOÀI

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 20.1.1: Áp xe Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Đau, đỏ và sưng là các chỉ điểm của viêm nhưng mềm mô hay di động và có thể dễ nén (fluctuation) là những chỉ điểm rõ ràng của tình trạng tụ mủ. - Nếu lâm sàng nghi ngờ, có thể dùng siêu âm để phát hiện các áp xe nằm sâu tuy nhiên có độ nhạy thấp.	- Mủ ở bất cứ đâu trên cơ thể phải được loại bỏ càng sớm càng tốt. Sự vỡ mủ (do hoại tử nông thứ phát) và tháo dịch tự phát có thể xảy ra trong những trường hợp muộn nhưng vết thương sẽ kém lành. - Dẫn lưu phẫu thuật càng sớm càng tốt giúp tránh gây bệnh tại chỗ và toàn thân.

Sứt Môi Và Hở Hàm Éch

 Hình 20.1.2: Sứt Môi Và Hở Hàm Éch Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Sứt môi có thể một hoặc hai bên. - Hở hàm éch dẫn đến trào ngược thực ăn lên mũi, ẩm mũi, NT hô hấp trên tái diễn/NT tai. - Trẻ thường phát triển bình thường. - Ở những trường hợp hàm dưới nhỏ — Hội chứng Pierre-Robin (PRS) — khó thở do tụt lưỡi.	- Có thể sửa môi lúc sinh nhưng tốt hơn là lúc 3 tháng tuổi. - Sửa hàm éch sau 9 tháng tuổi. - PRS có thể cần nuôi bằng ống sonde mũi dạ dày vài tháng. - Với những trường hợp PRS nặng, khó thở—chăm sóc ở tư thế nằm sấp—Mở thông khí quản SOS.
--	---	--

Tràn Dịch Tinh Hoàn Bẩm Sinh

 Hình 20.1.3: Tràn dịch tinh hoàn bẩm sinh Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Thường sưng ở bìu (có thể trên bìu). - Có thể khó làm giảm, có thể có biến đổi ngày đêm về kích thước khối sưng. Sở chạm cảm giác như nang. - Chiếu đèn cho ánh sáng xuyên qua.	- Ít có biến chứng. - Thường tự khỏi trước 6 tháng tuổi. - Vì vậy phẫu thuật được chỉ định khi khối phồng dai dẳng hay có tăng về kích thước. - Phẫu thuật: Mỡ thoát vị.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Nữ Trí
U Mạch Máu		
 Hình 20.1.4A và B: (A) 1, 2] Tồn thương dưới ổ mắt; 3] cắt bỏ và đóng ngay vết thương; 4] khối có rất nhiều thành phần dưới da; 5] không để lại biến dạng; (B) Tồn thương ở âm hộ - các hình ảnh sau điều trị tiêm trực tiếp vào tồn thương. <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh, Amrith Vaidya</i>	- Chẩn đoán hầu như luôn dựa vào lâm sàng. - Thỉnh thoảng, cần xét nghiệm hình ảnh để phân biệt với những tổn thương khác—Doppler, CT, MRI.	(Hình. 20.1.4A) Tổn thương có thể được cắt bỏ hoàn toàn mà không mất nhiều mô và bằng phẫu thuật là tốt nhất. (Hình. 20.1.4B) Nếu phẫu thuật có thể dẫn đến mất thẩm mỹ—tiêm trong tổn thương—steroids hay propranolol/steroid uống.
Não Úng Thủy		
 Hình 20.1.5: Não úng thủy—Dấu hiệu mắt trời lặn. <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	- Dễ dàng chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm. - Sau sinh: Đầy to và giãn khớp sọ, thóp trước mở, dấu hiệu Mắt Trời lặn.	Trước sinh: Định chỉ những trường hợp có chỉ định. - Những trường hợp tăng đường kính vòng đầu hay có dấu hiệu tăng áp nội sọ—cần đặt shunt não thất phúc mạc. - Mở thông não thất ba qua nội soi—thực hiện khi có chỉ định.
Thoát Vị Bẹn		
 Hình 20.1.6A và B: (A) Thoát vị bẹn bên trái ở trẻ nam; (B) Thoát vị bẹn bên trái ở trẻ nữ (thêm) buồng trứng và phần phụ trong túi thoát vị. <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	- Sung vóng bẹn búi. - Thường có thể giảm. - Không bao giờ tự khỏi. - Cũng có thể gặp ở nữ, khi đó buồng trứng có thể là bộ phận thoát vị.	- Chẩn đoán thường dựa chủ yếu vào lâm sàng và hiếm khi cần dùng chẩn đoán hình ảnh. - Dễ bị nghẹt đặc biệt ở trẻ sơ sinh/sinh non. - Phẫu thuật sớm được khuyến cáo—thậm chí với trẻ sơ sinh.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 20.1.7: Dinh môi âm hộ Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Dinh nông ở môi bé gấp ở trẻ gái trước đây thì. - Hầu hết không triệu chứng nhưng có thể dẫn đến viêm âm hộ hay khó tiểu. - Chẩn đoán chỉ cần lâm sàng không cần xét nghiệm nào thêm.	- Điều trị thông qua an thần nhẹ / gây tê bề mặt. - Ngăn chặn tái diễn bằng kem estrogen tại chỗ.

Thoát Vị Màng Não Tủy/Thoát Vị Màng Não Tủy-Tủy

 Hình 20.1.8A đến C: (A) Tổn thương còn phủ da—không cấp cứu; (B) Tổn thương hở; (C) Mô thần kinh và màng cứng tiếp xúc với môi trường ngoài Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Vị trí hay gặp nhất là vùng thắt lưng cùng. - Thoát vị màng não tủy (còn phủ da), thiếu sót thần kinh—phụ thuộc vào kích thước và vị trí thoát vị. - Thoát vị màng não tủy-tủy (lỗ mô thần kinh) khả năng cao viêm màng não tủy nếu không phẫu thuật sớm. - Thiếu sót thần kinh—không thể biến đổi.	- Thoát vị màng não tủy-tủy—ngay lập tức phủ lại bằng gạc ẩm vô trùng không thấm nước (plastic). - Phẫu thuật tốt hơn nên thực hiện trong vòng 36 đến 48 giờ sau sinh.
--	--	---

Viêm Mạc (Fasciitis) Hoại Tử

 Hình 20.1.9: Viêm mạc hoại tử Photo Courtesy: Arbindar Kumar Singal	Là một nhiễm trùng dưới da lan nhanh ở trẻ sơ sinh/trẻ em có suy giảm miễn dịch.	Dẫn lưu sớm và nhanh tất cả các mô nhiễm trùng và hỗ trợ cơ thể kiểm soát nhiễm trùng để làm giảm tối thiểu tỉ lệ bệnh và tử vong.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 20.1.10A và B: Hẹp bao quy đầu Photo Courtesy: Ashinder Kumar Singal	• Là bệnh phổ biến ở trẻ nam trước dậy thì và; là sinh lý cho đến khoảng 4 đến 5 tuổi. • Cần nhắc là bệnh lý nếu có những triệu chứng như căng phồng bao quy đầu, khô tiểu, nhiễm trùng tại chỗ (viêm bao quy đầu) hay nhiễm trùng đường tiểu. • Seo màu hơi trắng ở bao quy đầu chứng tỏ viêm bao quy đầu xơ tắc (BXO) (Hình 20.1.10B).	Trẻ đến 5-6 tuổi mà không triệu chứng không nên làm gì thêm. Điều trị với trẻ có triệu chứng: • Nội khoa bằng betamethasone dipropionate tại chỗ. • Trẻ không đáp ứng nội khoa hay bị BXO nên cắt bao quy đầu. • Phẫu thuật bảo tồn bao quy đầu (Preputioplasty) cũng là một phương pháp điều trị.

Thoát Vị Rốn

 Hình 20.1.11: Thoát vị rốn; Rốn lồi ra Photo Courtesy: Rasik Shah	• Phổ biến • Thường tự khỏi khoảng 2 tuổi. • Có thể gây nghẹt thậm chí ở trẻ nhũ nhi.	Phẫu thuật nếu: • Không tự khỏi. • Ở những bệnh nhân nhỏ hơn có tình trạng cấp cứu hay có tiền sử tắc ruột tái diễn.
--	---	--

Polyp Rốn/Nụ Hạt

 Hình 20.1.12: Polyp rốn/nụ hạt Photo Courtesy: Ketan Parikh	• Nụ hạt—phổ biến ở trẻ nhũ nhi do chân rốn không lành. • Rỉ dịch dai dẳng tại rốn—thường xuyên/có máu đỏ màu. • Polyp—bề mặt niêm mạc có rỉ dịch nhầy. • Cần loại trừ xoang hay lỗ dò từ bàng quang/ruột.	• Sử dụng nitrát bạc bề mặt, vv. chỉ hữu ích trong nụ hạt. • Thất nự hay polyp sẽ có hiệu quả cho hầu hết trường hợp. • <i>Tái phát:</i> Gợi ý tình trạng dinh với nội tạng bên trong.
--	---	--

Hình Ảnh	Chủ Ý	Xử Trị
 Hình 20.1.13: Tinh hoàn chưa xuống Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal	- Xảy ra khoảng 1/100 trẻ nam lúc sinh nhưng hơn 50% sẽ xuống hoàn toàn lúc 4 đến 5 tháng tuổi. - Lâm sàng đủ để chẩn đoán. Không nên đưa 100% vào MRI/SÁ để chẩn đoán/xác định vị trí tinh hoàn chưa xuống.	- Nếu đến 6 tháng tuổi mà tinh hoàn vẫn chưa xuống, thì cần phẫu thuật. - Nếu sờ chạm được—phẫu thuật tinh hoàn ẩn trong ngày (daycare). - Nếu không sờ chạm được—làm xét nghiệm chẩn đoán và tiến hành phẫu thuật tinh hoàn ẩn nhiều thì hay 1 thì.

20.2 CÁC BỆNH LÝ ĐẦU VÀ CỔ

Xoang/Nang Khe Mang

 Hình 20.2.1: Trường hợp dò khe mang hai bên Photo Courtesy: Rasik Shah	- Chẩn đoán—lâm sàng - Lỗ ở bờ trước cơ ức đòn chũm ở 1/3 dưới, có thể 1 bên/2 bên. - Ở trẻ em thì hay gặp xoang/lỗ dò hơn. Lỗ trong của đường đó là ở hầu. - Biến chứng: Nhiễm trùng, dễ lâu tiến triển ác tính.	- Phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật cắt bỏ đường dò. - Cắt bỏ phần sót lại: Cắt bỏ toàn bộ đường dò (thường đợi cho đến khi hệ thống bạch huyết hoàn thiện) là cần thiết để ngăn chặn tái phát. Điều này có thể cần một đường mổ bậc thang (step-ladder incision).
--	--	---

Dị Dạng Bạch Mạch Dạng Nang

 Hình 20.2.2: Sưng ở cổ và nách Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Khối mềm, có chia thùy, dạng nang và không đau, chiếu đèn cho ánh sáng đi qua. - Biến chứng: Nhiễm trùng, xuất huyết bên trong khối, thờ rù/ khó thở/khó nuốt.	- Điều trị là cắt bỏ toàn bộ. - Biến chứng hít chỉ gặp trong các trường hợp cấp cứu. - Tiêm thuốc vào khối tổn thương—cũng là một phương pháp khi có chỉ định.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 20.2.3: Hình ảnh thêm: Bẹn ngoài háy sung từ sàng miệng Photo Courtesy: Ketan Parikh	Khối mềm dạng nang nằm ở sàng miệng ngay dưới lưỡi—có thể gây tụt lưỡi và các vấn đề khi nuốt/thở.	• Phẫu thuật cắt bỏ trong miệng là phương pháp điều trị. • Cắt bỏ một phần có thể gây tái phát trở lại.

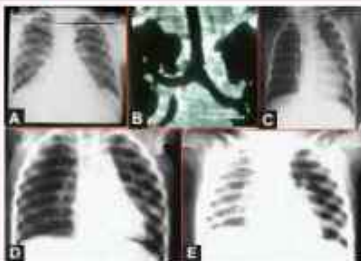
Xoang Và Nang Ống Giáp Lưỡi

 Hình 20.2.4: Nang và xoang ống giáp lưỡi Photo Courtesy: Ketan Parikh	• Khối ở đường giữa di động khi nuốt và lưỡi thè. • Nếu bị nhiễm trùng, có thể vỡ ra bên ngoài dẫn đến tạo thành xoang.	• Cẩn loại trừ mô giáp lạc chỗ. • Phẫu thuật cắt bỏ—Phẫu thuật Sistrunks—cẩn cắt bỏ toàn bộ đường ống cho đến đáy lưỡi kể cả thân xương móng.
--	--	--

Vẹo Cổ

 Hình 20.2.5A và B: (A) Phát hiện từ thời nhỏ; (B) Trường hợp không điều trị dẫn đến giảm sản một bên mặt Photo Courtesy: Rasik Shah	• Nguyên nhân chính xác vẫn chưa rõ. • Có thể có tiền sử u cơ ức đòn chũm ở tuổi nhũ nhi. Nếu quá 1 tuổi—không thể tự khỏi. • Không điều trị—có thể dẫn đến giảm sản một bên mặt và có những bất thường ở mắt vĩnh viễn (Hình 20.2.5B).	• Vật lý trị liệu gồm các bài tập ở cổ—có giá trị cho trẻ nhũ nhi. • Nếu cơ bị xơ, cần phẫu thuật cắt bỏ—vẫn phải cần vật lý trị liệu thậm chí sau khi đã phẫu thuật chỉnh sửa lại mô mềm.
---	---	---

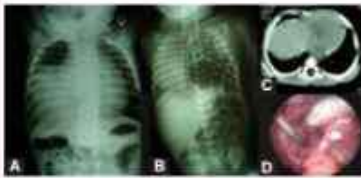
20.3 NGỰC VÀ CƠ HOÀNH

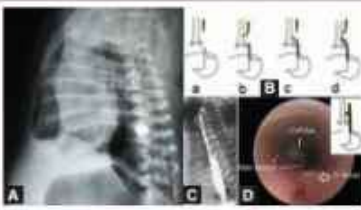
Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 20.3.1A đến E: (A) Xếp-Đóng đặc thủy dưới phổi phát do dị vật cũ đã được xác định bằng CT; (B, C) Hình ảnh dị vật cản quang; (D, E) Phun hít vào và thở ra trong trường hợp dị vật không cản quang - hình ảnh khi phế nang do tắc nghẽn ở bên trái. <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	Khởi phát cấp: nghẹt đường thở cấp, ho và thở rít. Trường hợp muộn: Viêm phổi khu trú tái diễn, áp xe phổi. X-quang: công cụ chẩn đoán cho hầu hết trường hợp, dấu hiệu phổ biến nhất là khí phế thũng do tắc nghẽn (quan sát tốt nhất ở phim thở ra). Các dấu hiệu khác: xẹp phổi/đóng đặc phổi hay thấy dị vật cản quang. CT/soi phế quản ảo (virtual): Có giá trị nhưng không nhạy 100%. Soi phế quản chẩn đoán với các trường hợp nghi ngờ nhiều.	- Cần nhanh chóng lấy dị vật ra. Soi phế quản (cứng): Hiệu quả nhất. Có forceps có thể thấy được—dụng cụ rất hữu ích. - Mô phế quản/cắt thủy phổi khi có chỉ định.

Dị Dạng U Nang Tuyến Bẩm Sinh

 Figure 20.3.2: Dị dạng u nang tuyến bẩm sinh ở phổi <i>Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal</i>	Chẩn đoán trước sinh: Có thể giải quyết luôn khi có chỉ định. Sau sinh: Suy hô hấp. Chẩn đoán phân biệt: Thoát vị hoành bẩm sinh (CDH), đặc biệt nếu nó ở bên trái. Hình ảnh: X-quang/SÃ/CT scan.	- Cần phẫu thuật cắt bỏ thủy phổi bị ảnh hưởng. - Tiền lượng—tốt ở hầu hết trường hợp trừ khi bị ảnh hưởng nhiều thủy phổi.
--	--	--

Thoát Vị Hoành Bẩm Sinh (CDH)

 Hình 20.3.3A đến D: (A) Thoát vị bên phải; Gan trôi lên (bóng dạ trắng cùng mức với da dây); (B) Thoát vị bên trái; ruột trôi lên; (C) CT scan thoát vị bên phải; (D) Soi lồng ngực thấy bất thường ở cơ hoành (mũi tên) <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	Chẩn đoán trước sinh: Định chỉ thai nghén khi có chỉ định. Biểu hiện sau sinh: Suy hô hấp và bụng lõm hình truyền, nón mủ/ chẩn đoán tình cờ (incidental).	- Tránh bóp bóng, đặt nội khí quản khi có chỉ định. - Đặt ống sonde mũi dạ dày và giữ nó luôn hở để tránh nuốt hơi. - Hầu hết luôn cần hỗ trợ thông khí—vài trường hợp có thể cần thông khí tần số cao. - Phẫu thuật sau một thời gian ổn định sinh lý—có thể từ 1 đến 5 ngày. - Phẫu thuật tức hánh (express)—không được chỉ định nhiều.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tràn Màng Phổi		
 Hình 20.3.4A đến C: Tràn màng phổi bên trái (X-quang): (A) Trên CT thấy vỏ của ổ tràn màng rất dày; (B) Dịch tiết fibrin màng lấy ra trong quá trình VATS; (C) Nội soi khoang màng phổi (honeycomb) thấy hình thành vách ngăn. <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh, Arbind Kumar Singal</i>	- Sốt, suy hô hấp, mờ 1 bên phế trường và hạn chế của động của cùng bên đó. Hình ảnh: SẼ quan trọng để nhận ra bản chất dịch và tìm vách ngăn nếu có. CT: Để tìm bệnh lý nguyên nhân hay áp xe và chỉ tiết về giải phẫu.	- Giai đoạn sớm—tìm lớp màng mỏng và không có vách ngăn: Có thể chỉ cần dẫn lưu gian sườn (ICD) là đủ. - Với lớp màng dày/vách ngăn: dẫn lưu VATS/bóc lớp vỏ xơ là phương pháp điều trị. - Dẫn lưu gian sườn và tiểu sợi huyết—điều trị cho những trường hợp giai đoạn trung gian được chỉ định.
Tràn Khí Màng Phổi		
 Hình 20.3.5: Nẹp phổi về phía rốn khác với nang hay khí phế thũng thủy bầm sinh <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	- Suy hô hấp kèm mờ phế trường 1 bên. - Lâm sàng—gõ vang và giảm thông khí. - Chẩn đoán dựa vào X-quang ngực. - CT có thể cần khi nghi ngờ nang phổi. - TKMQ tự phát—ở trẻ sơ sinh hay bệnh lý phổi.	- Dẫn lưu gian sườn. - Điều trị bệnh phổi nguyên phát.
Dò Khí Quản Thực Quản (TEF)		
 Hình 20.3.6A đến D: (A) Phim phổi nghiêng thấy catheter cao su cứng ở tủy trên (đường đỏ), hình ảnh thực quản chứa khí (air esophagogram) phản xạ hóa túi dưới (viên trắng); (B) Các biến thể xuất hiện ngay lúc sinh; (C, D) H Lỗ dò trên phim thực quản và trên nội soi phế quản <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	- Chẩn đoán trước sinh—hiếm. - Sút bọt—biểu hiện phổ biến nhất. - Nôn/viêm phổi nếu không được chẩn đoán sớm. - Hội chứng hít ở lỗ dò 'H'. - Không thể đặt ống cứng qua đường miệng (Hình 20.3.6A)—chẩn đoán trên lâm sàng.	- Phẫu thuật—sau ổn định 24 đến 48 giờ. Mục đích: Cắt đường thông giữa khí quản thực quản và đặt một đường sonde miệng dạ dày an toàn. - Phẫu thuật nguyên phát một thì hay dùng hơn, phẫu thuật nhiều thì khi có chỉ định. Sau điều trị: trẻ dễ bị trào ngược DD-TQ và mềm sụn khí quản.

20.4 CÁC BỆNH LÝ ĐƯỜNG TIÊU HÓA VÀ GAN MẬT

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Hình 20.4.1: Thực quản giãn với hình ảnh hẹp trong tư thế vị trí tâm vị. Photo Courtesy: Ketan Parikh	• Triệu chứng tương tự GER • Chẩn đoán bằng chụp phim có uống barium.	• Phẫu thuật được chỉ định cho tất cả các trẻ có triệu chứng, cũng có thể điều trị qua nội soi ổ bụng • Nong tâm vị không được khuyến cáo với trẻ em.
Hình 20.4.2: Vàng da và gan lách to Photo Courtesy: Ketan Parikh	• Vàng da và phân nhạt màu đất sét (clay) do teo đường mật • Tăng bilirubin trực tiếp từ rất sớm. • Lâm sàng—gan to chắc và chướng bụng • SẢ—Không thấy túi mật, HIDA scan thấy—không có bài tiết đồng vị phóng xạ trong dịch mật.	• Chẩn đoán sớm là bắt buộc để cho tiên lượng tốt hơn • Soi ổ bụng chẩn đoán kèm chụp đường mật khi phẫu thuật để khẳng định chẩn đoán. • Quan trọng là phẫu thuật Kasai (Nối cửa gan - ruột). • Tiên lượng dễ dứt và có thể cần ghép gan.
Hình 20.4.3: Chụp đường mật lúc phẫu thuật (kìm qua túi mật) cho thấy hình ảnh giãn có hình thoi ở ống mật chủ và các ống gan bình thường. Photo Courtesy: Ketan Parikh	• Vàng da tắc mật kèm sốt và đau bụng có thể có hoặc không khỏi ở bụng. • Có thể chỉ biểu hiện bằng các đợt đau bụng tái diễn kèm sốt • Chẩn đoán: SẢ, MRCP.	• Cắt bỏ nang kèm thủ thuật dẫn lưu thường chữa khỏi bệnh. • Có thể cần điều trị viêm đường mật tái diễn.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tồn Tại Ở Nhấp		
	- Lỗ đơn độc ở đáy chậu thay vì là niệu đạo, âm đạo và hậu môn. - Dị tật hậu môn trực tràng cao. - Có thể liên quan với các dị tật đường niệu dục khác.	- Mô thông đại tràng lúc sinh. - Điều trị theo giai đoạn sau khi đã mô tả chi tiết cấu trúc giải phẫu của bệnh. - Tiền lượng dè dặt.
Hình 20.4.4: Một lỗ đơn độc <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>		

Teo Tả Tràng

	- Nôn ra dịch mật hoặc không kèm rối loạn chuyển hóa nhanh chóng. - X-quang: Bóng đôi. - Loại trừ hội chứng Down.	- Điều trị rối loạn chuyển hóa rất quan trọng trước khi phẫu thuật. - Phẫu thuật: Nối tả tràng tá - tràng hoặc tá tràng - hồi tràng.
Hình 20.4.5: Teo tả tràng (Dấu hiệu bóng đôi và không có khí ở đoạn ruột xa) <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>		

Bệnh Omphalocele

	- Omphalocele—thường được chẩn đoán trước sinh. Một cái túi chứa các quai ruột nhìn thấy rõ. - Nếu là hội chứng, có thể chỉ định đình chỉ thai kỳ. - Thường có túi, dây rốn chèn vào đình túi.	<i>Bệnh Omphalocele nhỏ:</i> tiên lượng thường rất tốt sau phẫu thuật. <i>Bệnh Omphalocele lớn:</i> Nếu có thể đóng lại một thì, còn không thì đóng theo nhiều thì. Xử trí ban đầu với các thuốc tại chỗ rồi phẫu thuật đóng lại sau.
Hình 20.4.6: Bệnh Omphalocele Bệnh Omphalocele lớn với tình trạng còn túi <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>		

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Trào Ngược Dạ Dày Thực Quản (GER)  Hình 20.4.7: Phim Barium và milk-scan: GER độ 3 Photo Courtesy: Ketan Parikh	Nôn không có dịch mật, không tăng cân, co thắt phế quản, hội chứng hít. - Chẩn đoán—bệnh sử lâm sàng - Chụp phim uống barium để loại trừ các dị tật thực quản. Milk/GER nuclear scan để chẩn đoán và phân độ trào ngược.	Điều trị chủ yếu—nội khoa. Chỉ định phẫu thuật—viêm phổi tái diễn, điều trị nội không hiệu quả, GER độ 3, near miss SIDS.

Bệnh Gastroschisis

 Hình 20.4.8: Khối quai ruột lộ nôn Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Dễ dàng chẩn đoán trước sinh—các quai ruột nổi tự do trong khoang ổ - Không có hội chứng, các yếu tố của mẹ góp phần - Rốn vẫn còn nguyên vẹn, và dị tật nằm bên phải vòng rốn - Không có túi, ruột thương lớn rốn.	- Xử trí ngay lập tức lúc sơ sinh; Dùng dụng cụ đeo vô trùng phủ lại để ngăn chặn nhiễm trùng và hạ thân nhiệt khi vận chuyển - Phẫu thuật điều trị trong ngày đầu sau sinh - Có thể phẫu thuật nhiều thì hoặc nếu được thì một thì
---	--	---

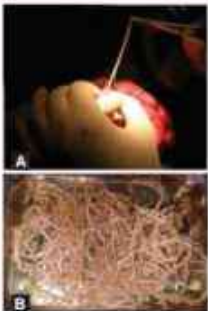
Dị Tật Hậu Môn Trực Tràng (ARM) Thể Cao

 Hình 20.4.9: ARM trung bình và cao (trẻ nam); Ruột thừa phẳng Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Ruột thừa phẳng. - Lỗ rò bên trong vào đường tiết niệu. - Luôn cần kiểm tra các dị tật liên quan ở đường tiết niệu và cột sống.	- Phẫu thuật nhiều thì—mở thông đại tràng sau đó PSARP rồi sau đó đóng lỗ mở thông. - Tiền lượng phụ thuộc vào mức độ teo và sự phát triển của cơ nâng hậu môn.
--	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
Hình 20.4.10A đến C: (A) Chướng bụng nhiều; (B) Đại tràng ngang có thể thấy và sờ được; (C) Thụt Barium thấy đoạn hẹp (Mũi tên trắng rỗng) "nón" điển hình (mũi tên đen) và đoạn giãn (mũi tên trắng) <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	Đặc trưng lâm sàng: - Chậm đào thải phân su và chướng bụng sơ sinh. - Táo bón ổn định ngay từ sơ sinh hay nhũ nhi sớm. - Chướng bụng do khí—thường nhìn thấy các quai ruột. Thăm trực tràng: Dấu hiệu tháo cống—tổng khí và phân khí thăm trực tràng. Thường gặp nếu bị ở đoạn đại tràng xích ma trực tràng, sẽ không có nếu bị cả đoạn dài. - Thụt Barium thấy vùng chuyển tiếp và giãn đại tràng đoạn gần. - Sinh thiết trực tràng thấy không có hạch.	Điều trị bảo tồn: (thụt đại tràng lặp lại bằng nước muối) có thể giúp có thêm thời gian. - Điều trị phẫu thuật gồm cắt đoạn ruột vô hạch và mang đoạn ruột có hạch gần với hậu môn (có thể làm một hay nhiều thí, mổ hở hay nội soi). Hiệu quả lâu dài: thường rất tốt.

Hẹp Phi Đại Môn Vị Vô Căn (IHPS)

Hình 20.4.11: Bụng lôm nhìn thấy các sóng như đồng. Hình ảnh nhỏ: Dấu hiệu chuỗi (String sign), môn vị phì đại (trước và sau mổ môn vị) <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	- Nôn vọt, tiến triển và không có dịch mật và nhìn thấy rõ các nhu động (trái sang phải), tăng dần về tần số và mức độ nôn. - Khởi phát trong vòng tháng đầu, cao nhất là lúc 3 tuần. - Sờ được môn vị phì đại khoảng 70% trường hợp.	Chẩn đoán: Sờ bụng thấy môn vị dài hơn 14 mm và cơ môn vị dày hơn 6 mm. - Nếu nghi ngờ—chụp phim barium. - Điều trị rối loạn chuyển hóa rất quan trọng bằng thay thế Natri. Chẩn đoán: Mổ hở/nội soi—kết quả rất tốt và không có hậu quả về lâu về dài.
--	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 20.4.12A và B: Giun tròn đường ruột sự phá hủy của giun tròn có thể thấy qua thành ruột và đang được lấy ra <i>Photo Courtesy: Manish Jain, Surat</i>	Commonly seen in a particular socioeconomic strata, nhiễm giun tròn có thể gây tắc ruột cấp. Thường sờ thấy khối giun tròn khi khám bụng. Nếu có nhạy cảm đau ở khối cần nghĩ đến tổn thương mạch máu của thành ruột bị ảnh hưởng.	Điều trị bảo tồn gồm thụt tháo ruột bằng nước muối ưu trương để phá vỡ khối giun tròn và chúng sẽ vượt xuống đại tràng làm giảm tắc nghẽn. Cần điều trị phẫu thuật trong trường hợp thất bại điều trị bảo tồn, nhạy cảm đau (tenderness) ở khối hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc.

Lở Ruột

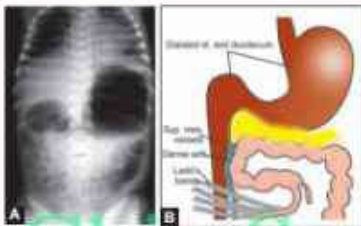
 Hình 20.4.13A đến C: (A) Phẫu thuật ổ bụng để điều trị lỗ ruột, (B) Dấu hiệu trên SÁ, (C) Chụp phim barium <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh, Arbind Kumar Singal</i>	- Đau quặn bụng dữ dội kèm nôn, máu dính găng khi thăm trực tràng, khối ở bụng (chẩn đoán). <i>Hình ảnh:</i> SÁ thấy dấu hiệu thận giả hoặc dấu hiệu bia bản - Thụt barium nếu chẩn đoán còn nghi ngờ.	- Thào lỏng bằng nước nếu trẻ đến sớm. Có thể thực hiện qua hướng dẫn của SÁ (ưu thích hơn) hay của chụp huỳnh quang <i>Phẫu thuật khi đến muộn:</i> Thào lỏng và nếu có hoại tử — cắt đoạn ruột và nối lại.
--	--	---

Teo Hồng Trạng - Hồi Trạng

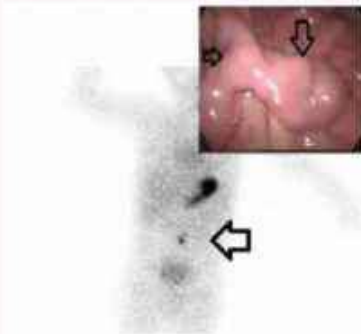
 Hình 20.4.14: Teo hồng trạng-hồi trạng, tắc càng xa—càng có nhiều mức hơi dịch <i>Photo Courtesy: Ketan Parikh</i>	- Nôn có dịch mật - Chướng bụng và và mức hơi dịch phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn: vị trí tắc càng xa thì mức hơi dịch và chướng bụng càng nhiều - Có thể đi phân sù nhọt máu.	- Điều trị mất cân bằng chuyển hóa - Phẫu thuật - Tiền lượng tốt trừ khi có biến chứng hoặc teo ruột dạng vô táo.
---	--	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Dị Tật Hậu Môn Trực Tráng (ARM) Thể Thấp—Trẻ Nam		
 Hình 20.4.15: Dị tật hậu môn trực tràng (ARM); Thể thấp ở trẻ nam—phần su ở rãnh búi (đỏ ra ngoài) Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Chẩn đoán—lâm sàng. Lỗ dò ngoài ở rãnh giữa búi. - Xác định mức độ teo hậu môn trực tràng rất quan trọng. - Hình ảnh—chụp ngược dòng, vv. hữu ích nhất sau 24h. - Phải loại trừ các dị tật ở đường tiết niệu và cột sống.	<i>Các dị tật thể thấp:</i> Tái tạo từ đầu (Phẫu thuật sửa hậu môn)

Ruột Quay Bất Toàn

 Hình 20.4.16 A và B: Ruột quay bất toàn và xoắn ruột giữa (X-quang thấy dấu hiệu bóng đôi—những có khí ở đoạn ruột xa) hình vẽ—sự sắp xếp của ruột do quay bất toàn. Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Khởi phát cấp tính nôn ra dịch mật kèm bụng lõm hình thuyền. Bệnh tiến triển nhanh nếu có tổn thương mạch máu. Dịch nôn có thể có máu hoặc phân su. - Cùng với khởi phát xoắn ruột trẻ có thể biểu hiện nhợt nhạt và giảm thể tích máu. Chẩn đoán: Chụp phim barium thấy tắc hồng tràng, góc hồng hồi tràng ở bên phải cột sống. - CDPB ở trẻ sơ sinh: teo tá tràng—xoắn ruột có thể có một ít khi ở xa.	- Điều chỉnh nhanh rối loạn chuyển hóa và phẫu thuật sớm để tránh hoại tử ruột giữa (midgut). - Phẫu thuật cấp cứu tuyệt đối, nên phẫu thuật trong vài giờ đầu.
---	--	--

Túi Thừa Meckel

 Hình 20.4.17: Túi thừa Meckel (Chụp phóng xạ túi thừa Meckel: Vùng nóng tại gần rốn). Photo Courtesy: Ketan Parikh, Arbindar Kumar Singal	- Đi cầu có nhiều máu tươi, không đau—Meckel's scan có thể dương tính. - Viêm túi thừa sẽ biểu hiện đau giống với viêm ruột thừa. - Tắc ruột. - Rỉ dịch ở rốn. - Chẩn đoán hình ảnh không thành công trong mọi trường hợp. - Meckel's scan có thể thấy niêm mạc dạ dày lạc chỗ. - Soi ổ bụng chẩn đoán: Phương pháp chẩn đoán duy nhất.	- Nếu mất máu nhiều—có thể cần truyền máu. - Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị và cũng có thể thực hiện qua nội soi.
---	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 20.4.18A đến C: Viêm phúc mạc phân su. Đặc trưng lâm sàng và X-quang. Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Chướng bụng, kèm tắc ruột, vẻ mặt đặc trưng, nhuộm sắc tố thành bụng. - X-quang: ruột ở giữa và có dịch bao quanh. - Có thể nhìn thấy vôi hóa dạng đốm (speckled).	Mở bụng thăm dò và phẫu thuật với những trường hợp viêm phúc mạc phân su do nguyên nhân nguyên phát.

Viêm Ruột Hoại Tử

 Hình 20.4.19: Viêm ruột hoại tử (Khí trong thành ruột). Photo Courtesy: Arbindar Kumar Singal	Chủ yếu gặp ở trẻ sinh non nhưng cũng có thể gặp ở trẻ đủ tháng. Đặc trưng lâm sàng: Ban đầu—Ảnh hưởng đến sinh lý—về đau ốm, chướng bụng, còn tồn tại thức ăn cũ - Sau đó: Nôn—có thể có dịch mật; chướng bụng, máu dính găng khi thăm trực tràng - Chẩn đoán: Lâm sàng như trên - X-quang: Dấu hiệu khí trong thành ruột, quai ruột cố định (fixed loop), tràn khí phúc mạc hay khí tĩnh mạch cửa.	Các chỉ định phẫu thuật: Quai ruột bất động kéo dài, quai ruột căng; Dấu hiệu thủng ruột/hoại tử; Khí tĩnh mạch cửa, tràn khí phúc mạc.
---	---	--

Viêm Phúc Mạc/Tắc Ruột

 Hình 20.4.20A và B: Intestinal obstruction Peritonitis; (A) Intestinal obstruction; (B) Peritonitis (thickened bowel wall and ground glass appearance) Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Lâm sàng: Đau bụng, chướng bụng, nôn có dịch mật, táo bón. - X-quang: Mức hơi dịch đều thấy trong tắc ruột và viêm phúc mạc (H. 20.4.20A). - Khi có viêm phúc mạc—hình ảnh kính mờ: dịch giữa các quai ruột (H. 20.4.20B). - Thủng viêm ruột thừa là nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm phúc mạc ở trẻ em.	- Có thể thử điều trị bảo tồn khi tắc ruột sớm chưa có viêm phúc mạc nếu ít đau. - Các chỉ định phẫu thuật: Đau dữ dội, triệu chứng dai dẳng, các ảnh hưởng do viêm phúc mạc.
---	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Polyp Trực Tràng  Hình 20.4.21: Polyp trực tràng. Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Thường ở tuổi 3 đến 8. - Là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra máu khi thăm trực tràng không đau ở nhóm tuổi này. - Triệu chứng: Ra máu tươi, thành tia trong hoặc sau đi cầu. Polyp có thể sa ra từng đợt.	Soi đại tràng sigma và cắt polyp.

Dò Trực Tràng - Tiền Đỉnh Âm Hộ (RVF)

 Hình 20.4.22: Dò trực tràng - Tiền đỉnh âm hộ Photo Courtesy: Ketan Parikh	- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng — không có lỗ hậu môn và thấy lỗ dò bên trong hăm môi âm hộ sau lỗ âm đạo. - Dị tật thể trung bình ở trẻ gái nhưng lỗ dò bên ngoài thường rộng vì vậy thường không cấp cứu.	- Thường phẫu thuật một thì. Kết quả—tốt. - Nếu lỗ dò hẹp và trẻ và ruột không được giải áp tốt (decompressed) tốt —có thể cần phẫu thuật nhiều thì. - Phẫu thuật “cutback” —không được khuyến cáo.
---	---	---

20.5 CÁC BỆNH LÝ TIẾT NIỆU NHI KHOA

Thận Ủ Nước Được Chẩn Đoán Trước Sinh—Hai bên

 Hình 20.5.1A đến C: Ứ nước thận trước sinh—hai bên Photo Courtesy: Arbindar Kumar Singal	- Nguyên nhân phổ biến nhất gây thận ứ nước trước sinh hai bên là van niệu đạo sau ở trẻ nam. - Các dấu hiệu trên SÁ trước sinh điển hình là ứ nước thận niệu quản hai bên (H. 20.5.1A) căng bàng quang và niệu đạo sau (dấu hiệu lỗ khóa) (H. 20.5.1B).	- Theo dõi tiền sinh đều đặn. - Các dấu hiệu tiền lượng nghèo—thiếu ối, thận có hồi âm và vỏ mỏng. - Thiếu ối sau 32 tuần—sinh sớm. - Đặt sonde sau sinh được thực hiện ở ngày 1 and chụp MCU để khẳng định chẩn đoán sớm, sau đó chụp MCU để xác định van niệu đạo sau (H. 20.5.1C).
--	---	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
 Hình 20.5.2: Thận ứ nước trước sinh—Giữ lại bể thận bên trái trong khi bên phải bình thường. Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal	- ADH là bệnh lý rất phổ biến gặp đến 1% tất cả phụ nữ có thai. - Với thận ứ nước một bên nguyên nhân phổ biến nhất là hẹp khúc nối bể thận niệu quản sau đó là trào ngược bàng quang niệu quản. - Khoảng 70% các trường hợp nhẹ và tự hết trước sinh hay trong vài tháng đầu sau sinh.	- Hội chẩn tiền sinh với một nhà niệu học nhi khoa/bác sĩ phẫu thuật là rất quan trọng. - Khi ứ nước thận một bên, tiên lượng rất tốt và nên thực hiện SÂ sau sinh lúc 5 đến 7 ngày tuổi. - Phải theo dõi đều đặn để xác định phương pháp giải quyết trong năm đầu đời.

Sỏi Tiết Niệu

 Hình 20.5.3A và B: Sỏi tiết niệu Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal	Sỏi tiết niệu ngày càng trở nên phổ biến ở trẻ em. Triệu chứng: - Đau—vùng thắt lưng do sỏi thận hoặc sỏi bể thận (H 20.5.3A và B). - Đau quần lan từ thắt lưng đến bên—sỏi niệu quản. - Đau trên xương mụ kèm tiểu buốt—sỏi bàng quang. - Tiểu máu. - Triệu chứng tiết niệu dưới như tiểu buốt, tiểu rất, vv. Chẩn đoán: - Phim KUB (Hình 20.5.3A), CT không thuốc lát cắt mỏng, SÂ tiết niệu (Hình 20.5.3B)	- Sỏi thận—tàn sỏi (ESWL) hoặc mổ lấy sỏi qua da. - Sỏi niệu quản—<6 mm—theo dõi, chen alpha; > 6 mm—sỏi niệu quản thận. - Sỏi bàng quang: Tân sỏi bàng quang laser qua da hoặc mổ hở. - Phải tìm các rối loạn chuyển hóa ở trẻ.
---	--	---

Rối Loạn Phát Triển Giới Tính (DSD)

 Hình 20.5.4A và B: Rối loạn phát triển giới tính (DSD) hay giới tính trung gian. (A) Trẻ bị quả sản thượng thận bẩm sinh và nam hóa, không sờ thấy tinh hoàn; (B) Trẻ bị loạn phát triển tuyến sinh dục hỗn hợp—lật lỗ đài thấp thể nặng và tinh hoàn chưa xuống. Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal	Nghi ngờ DSD khi có: - Cơ quan sinh dục không rõ ràng (H 20.5.4A) - Âm vật to - Tật lỗ đài thấp kèm tinh hoàn chưa xuống (H. 20.5.4B) - Tật lỗ đài thấp nặng. - Tinh hoàn chưa xuống hai bên và không sờ được. Nguyên nhân phổ biến nhất gây DSD là quả sản thượng thận bẩm sinh (CAH) có kiểu gen 46XX nhưng có quá nhiều androgen—dẫn đến nam hóa.	Chẩn đoán: - Karyotype. - Nồng độ 17-OH progesterone huyết thanh cao trong CAH. - SÂ để tìm cơ quan sinh dục trong. Xử trí: - Phẫu thuật điều chỉnh lại giới tính dựa trên kích thước dương vật, độ dày giới tính, cơ quan sinh dục trong và khả năng sinh sản. - Hội chẩn và kết hợp điều trị giữa các khoa là rất quan trọng.
---	--	--

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Tật Lỗ Đái Cao		
	- Lỗ niệu đạo ở mặt lưng của dương vật và có thể có cong mặt lưng dương vật. - So với tật lỗ đái thấp—tỉ lệ mắc mới ít hơn 100 lần. - Có thể dẫn đến tiểu không tự chủ ở vài trường hợp nặng.	- Phẫu thuật chỉnh sửa niệu đạo được khuyến cáo thực hiện trước 1 tuổi. - Trẻ tiểu không tự chủ có thể phải cần phẫu thuật rộng gồm tái cấu trúc cổ bàng quang.

Hình 20.5.5: Tật lỗ đái cao

Photo Courtesy: Arbindar Kumar Singal

Lộn Bàng Quang Ra Ngoài

		- Di tật ở thành bụng trước dưới và bàng quang, bàng quang tiếp xúc với môi trường ngoài. - Rỉ nước tiểu liên tục và có trắng đục. - Có thể chẩn đoán trước sinh vì không thấy bàng quang trên phương tiện hình ảnh.	- Chẩn đoán hiển nhiên. - Xử trị: Đóng bàng quang bằng phẫu thuật một hoặc nhiều thì, nên thực hiện trong vài ngày đầu sau sinh. - Có thể cần nhiều phẫu thuật để đạt được sự kiểm soát đi tiểu.
---	--	--	--

Hình 20.5.6A và B: Lộn bàng quang ra ngoài

Photo Courtesy: Arbindar Kumar Singal

Tật Lỗ Đái Thấp

		- Di tật sinh dục phổ biến—lỗ niệu đạo ở mặt dưới dương vật. - Lỗ càng gần gốc, di tật càng nặng. - Hầu hết có cong ở mặt dưới dương vật gọi là chứng cong dương vật (chordee). - Có thể dễ dàng chẩn đoán lúc sinh vì có thể quan sát dễ dàng. Nếu chỉ có tật lỗ đái thấp đơn độc thì không cần xét nghiệm chẩn đoán thêm nào khác ngoại trừ trẻ có thêm cơ quan sinh dục không rõ ràng, tình hoàn chưa xuống hoặc dương vật nhỏ.	- Phẫu thuật tốt nhất nên thực hiện trong khoảng 6 tháng đến 1 tuổi. - Hầu hết chỉ cần phẫu thuật một thì ngoại trừ những trường hợp nặng hay có kèm cong dương vật quá nhiều. - Hiệu quả phẫu thuật là rất tốt từ chức năng cho đến thẩm mỹ với các kĩ thuật mới hơn.
---	--	--	--

Hình 20.5.7A và B: Tật lỗ đái thấp

Photo Courtesy: Arbindar Kumar Singal

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
 Hình 20.5.8: Trẻ bị bàng quang thần kinh sau phẫu thuật điều trị nứt đốt sống. Luôn khám cột sống khi trẻ vào viện vì vấn đề tiết niệu. Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal	Triệu chứng: - Tiểu không tự chủ, phải rặn tiểu, ẩm ướt, nhiễm trùng tiết niệu tái diễn. - Thường có các vấn đề đi cầu kèm theo như đi cầu không tự chủ hay ỉa đùn. - Gặp trong tất nút đốt sống, thoát vị màng tủy-tủy sống, bất sản xương cùng, bại não, vv. - Luôn kiểm tra cột sống, chỉ dưới cho bất cứ trẻ nào có triệu chứng tiết niệu, táo bón để tránh bỏ sót.	Chẩn đoán: Bệnh sử lâm sàng, SÂ, phim bàng quang niệu đạo lúc tiểu (MCU) và niệu động đồ. - MRI tìm các dị tật hệ thần kinh. Xử trí: Tùy trường hợp— có thể gồm – Kháng cholinergics, đặt thông tiểu gián đoạn, kháng sinh dự phòng và phẫu thuật mở rộng bàng quang.
 Hình 20.5.9 A và B: Hep khúc nối bẻ thần niệu quản. Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal	- Ngày nay hầu hết các trường hợp đều được chẩn đoán trước sinh, ít hơn 10% biểu hiện muộn. Các triệu chứng biểu hiện sau sinh: - Khối ở vùng thắt lưng (H. 20.5.9A) - Đau - NT đường tiểu - Tiểu máu sau các vi chấn thương.	Chẩn đoán: - Khám lâm sàng thận lớn. - Siêu âm thấy bể thận giãn lớn và nhu mô thận mỏng (H. 20.5.9B). - Xạ hình thận có đúng lợi tiểu (DTPA/EC hoặc MAG3) thấy tắc nghẽn. Điều trị: Ngày nay phẫu thuật chỉnh sửa bể thận có thể thực hiện qua nội soi.
 Hình 20.5.10 A và B: Xoắn tinh hoàn. Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal	Triệu chứng: - Đột ngột đau, sưng bìu(H.20.5.10A). - Độ tuổi khoảng vài tuổi đầu hoặc trước dậy thì. - Tinh hoàn bên đau di chuyển lên cao hơn và bìu thì căng và đỏ. - Mất phản xạ da bìu là tiêu chuẩn chẩn đoán. Chẩn đoán: Chủ yếu lâm sàng nhưng nếu có sẵn trong cấp cứu—SA Doppler hay xạ hình hạt nhân dòng máu có thể giúp chẩn đoán. - Nếu còn nghi ngờ: Nên thực hiện phẫu thuật thăm dò (H. 20.5.10B).	- Khám bìu cấp. - Nếu đã khẳng định xoắn tinh hoàn, đầu tiên phải tháo xoắn để phục hồi cung cấp máu. Cơ hội cứu tinh hoàn sẽ giảm mạnh kể từ sau 4h khởi phát triệu chứng, vì vậy cần phẫu thuật cấp cứu tuyệt đối. Nếu không phục hồi được cung cấp máu, cắt bỏ tinh hoàn. 20% tinh hoàn đối diện cũng có những đặc điểm giải phẫu dễ dẫn đến xoắn vì vậy nên phẫu thuật cố định tinh hoàn đối bên cùng lúc đó.

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trị
Nang Niệu Quản  Hình 20.5.11: SẮ trẻ bị nang niệu quản. Hệ thống niệu quản đôi ở thận và SA bàng quang thấy nang niệu quản ở khớp nối bàng quang niệu quản <i>Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal</i>	Định nghĩa: Nang niệu quản là một túi dạng nang của đoạn xa niệu quản trôi vào lòng bàng quang. Triệu chứng: - Tắc nghẽn đường ra bàng quang - Nhiễm trùng đường tiểu. Chẩn đoán: - SẮ là công cụ chẩn đoán. - MCU để kiểm tra cấu trúc giải phẫu và trào ngược. - Xạ hình thận quan trọng để đánh giá chức năng của thận bị ảnh hưởng.	- Các nang niệu quản nhỏ được phát hiện tình cờ với chức năng thận còn tốt và không có tắc nghẽn thì cần theo dõi. - Nang có triệu chứng hoặc gây tắc nghẽn—triệu chứng—soi bàng quang và cắt bỏ. - Một số trường hợp có thể cần phẫu thuật hở bàng quang hoặc cầm lại niệu quản.

Trào Ngược Bàng Quang Niệu Quản (VUR)

 Hình 20.5.12: Trào ngược BQ-NQ (VUR) <i>Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal</i>	Đặc điểm lâm sàng: - Thận ứ nước trước sinh, nhiễm trùng tiết niệu, rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu. - Nhiễm trùng niệu có kết quả cấy dương tính trong năm đầu đời cần MCU để loại trừ trào ngược. Chẩn đoán: - Cấy nước tiểu >10⁵ vi khuẩn/ml. - SẮ có thể thấy ứ nước thận niệu quản nhẹ. - Chụp bàng quang niệu đạo lúc bài xuất nước tiểu (MCU) là test chẩn đoán.	- Dự phòng NTĐT, tảo bón, rối loạn chức năng bài xuất, hẹp bao quy đầu, vv. - Chỉ cần đến phẫu thuật khi có NTĐT.
---	--	--

20.6 CÁC KHỐI U ĐẶC Ở TRẺ EM

U Nguyên Bào Thần Kinh

 Hình 20.6.1A và B: (A) Xuất huyết dưới kết mạc—gọi là mắt Panda; (B) CT có thuốc thấy một khối bất thường ở bên phải <i>Photo Courtesy: Arbinder Kumar Singal</i>	Triệu chứng: - Khối ở bụng, có thể vượt qua đường giữa, khối có hình dạng và bất thường. - Khác: Sụt cân, mắt Panda, các nốt đi cân, tiêu chảy, (H.20.6.1A) giết cơ mắt-giết cơ. - Chẩn đoán và phân giai đoạn: SẮ/CT bụng có thuốc (H. 20.6.1B), test catecholamine trong nước tiểu, xạ hình với MIBG, lấy mẫu/sinh thiết tủy xương.	- Phẫu thuật nếu còn có thể cắt bỏ. - Nếu u không thể cắt bỏ thì hóa trị tân hỗ trợ rồi mới phẫu thuật và sau đó hóa trị sau phẫu thuật phần còn lại. - Giai đoạn 4S ở trẻ sơ sinh thường không cần điều trị.
--	---	---

Hình Ảnh	Chú Ý	Xử Trí
U Quái Cứng - Cục  Hình 20.6.2: U quái cứng cục Photo Courtesy: Manish Jain	Khối xuất phát từ đỉnh xương cụt — hầu như luôn thấy lúc sinh—đẩy hậu môn ra phía trước (H. 20.6.2).	- Cắt bỏ sớm và tái cấu trúc vùng đáy chậu để ngăn chặn u chuyển sang ác tính. - Tiền lượng tốt.

U Wilms

 Hình 20.6.3A và B: (A) Khối thận trái, (B) CT bụng có thuốc thấy một khối to bất thường, giới hạn rõ ở thận trái Photo Courtesy: Arbindar Kumar Singal	Tuổi: 1 đến 5 tuổi Triệu chứng: - Phổ biến nhất—khối ở bụng (H. 20.6.3A) - Chậm lớn - Đái máu gặp 10%. Chẩn đoán: - SÃ/CT có thuốc (H. 20.6.3B) - Chẩn đoán di căn—phổi—CT phổi có thuốc/xương—xạ hình xương	- Giai đoạn 1 và 2 có thể cắt bỏ—rồi sau đó hóa trị. - Giai đoạn 3 và 4—Hóa trị tấn công rồi phẫu thuật rồi sau đó hóa và xạ trị.
---	---	--

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 21

Chỉnh hình

Biên soạn phần

K Sriram, Vijay Sriram

Cung cấp ảnh

K Sriram, Vijay Sriram

Chia Se Ca Lam Sang

- 21.1 Các bệnh lý phổ biến
- 21.2 Các bệnh lý ít phổ biến nhưng không hiếm
- 21.3 Các bệnh lý cấp cứu
- 21.4 Các hội chứng

21.1 CÁC BỆNH LÝ PHỔ BIẾN 449

- ◆ Viêm xương tủy xương mạn tính 449
- ◆ Hội chứng bàn chân ngựa vằn trong (Bàn chân khoèo) 449
- ◆ Loạn sản khớp háng tiền triển (LSKHTT) 449
- ◆ Bệnh Perthes' giai đoạn đầu 450
- ◆ Lao xương sống giai đoạn sớm 450
- ◆ Erb's Palsy 451
- ◆ Bệnh ngón chân bở cầu 451
- ◆ Tất bàn chân phẳng di động 451
- ◆ Chân vòng kiềng sinh lý 452
- ◆ Đầu gối xoay ra ngoài sinh lý 452

21.2 CÁC BỆNH LÝ ÍT PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIẾM 452

- ◆ Bệnh Blount's (Xương chày cong lõm vào) 452
- ◆ Trật khớp gối bẩm sinh 453
- ◆ Sai khớp xương chày bẩm sinh 453
- ◆ Vẹo cột sống bẩm sinh với dấu hiệu trên da 453
- ◆ Xương sên nằm dọc bẩm sinh 454

- ◆ Tất thiếu nửa ngoài xương mác 454
- ◆ Bệnh vẹo cột sống vô căn 454
- ◆ Tất vẹo cổ do cơ 455
- ◆ Bệnh tạo xương bất toàn 455
- ◆ Thiếu đầu gần xương đùi tập trung 455
- ◆ Sarcoma xương 456
- ◆ Nang xương đơn độc 456
- ◆ Bệnh trượt đốt sống 456

21.3 CÁC BỆNH LÝ CẤP CỨU 457

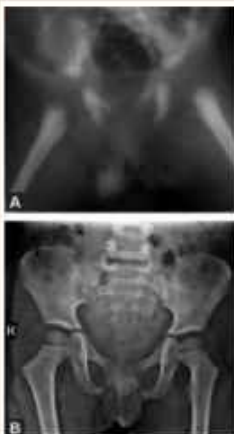
- ◆ Viêm cột tủy cấp 457
- ◆ Viêm khớp nhiễm trùng cấp 457
- ◆ Gãy đầu trên lõi cầu xương cánh tay 457
- ◆ Trượt móm đầu xương đùi (TMĐXD) 458

21.4 CÁC HỘI CHỨNG 458

- ◆ Hội chứng cơ cứng đa khớp bẩm sinh 458
- ◆ Chứng loạn sản sụn 458
- ◆ Chứng đa tăng sinh xương di truyền 459

Chia Se Ca Lam Sang

21.1 CÁC BỆNH LÝ PHỔ BIẾN

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Viêm cốt tủy mạn tính  Hình 21.1.1A và B: Viêm cốt tủy mạn tính Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bệnh nhân có thể biểu hiện ra các lỗ dò gần liền với xương. Các mô hạt có thể nhỏ ra từ xoang. Xương trở nên dày hơn. X-quang cho thấy màng xương mục bị bao quanh bởi màng xương phản ứng. Một phần của xương dài có thể biến mất nếu màng xương đã bị hủy hoại do nhiễm trùng.	Điều trị bao gồm cắt bỏ mô bị nhiễm trùng và màng xương mục (sequestrectomy). Khoảng trống được tạo ra do phẫu thuật được lấp đầy với các mô mềm nằm bên trên. Cần sử dụng kháng sinh thích hợp trong quá trình phẫu thuật.
Hội chứng bàn chân ngựa vằn (Bàn chân khoèo)  Hình 21.1.2A và B: Hội chứng bàn chân ngựa vằn trong (Bàn chân khoèo) Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Sriram, Chennai	Bàn chân khoèo gần như là bệnh lý chính hình bẩm sinh phổ biến nhất cần điều trị (1–2 trên 1000 trẻ sống). Bàn chân khoèo vô căn biểu hiện như loạn sản nguyên phát nhưng khu trú tất cả các mô của chi bị ảnh hưởng từ gót trở xuống. Hội chứng Bàn chân khoèo thường đi kèm với nhiều bệnh lý khác chứng co xương khớp, nứt đốt sống, loạn sản Streeter,...vv. Chẩn đoán hiển nhiên khi gót chân thường và vẹo trong và mũi chân nằm ngang. Luôn cần phải thăm khám hông và cột sống.	Phương pháp Ponseti method là cách điều trị phổ biến nhất. Nó bao gồm một chuỗi bó nẹp kéo căng mỗi tuần từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 7 sau sinh, theo sau đó là phẫu thuật giải phóng gân Achilles sau 5 đến 6 lần bó nẹp. Trẻ phải dùng nẹp đang chân trong 4 tháng sau đó nhằm sửa chữa 24h mỗi ngày. Sau đó, nẹp chân ban đêm được bắt đầu cho đến 3t tuổi. Bàn chân hội chứng và để kháng có thể cần sự kết hợp giải phóng mô mềm, thủ thuật đục xương và các vật cố định bên ngoài nhằm sửa chữa dị dạng. Bàn chân hội chứng thường tái phát thường xuyên hơn bàn chân vô căn.
Loạn sản khớp háng tiến triển (LSKHHT)  Hình 21.1.3A và B: Loạn sản khớp háng tiến triển (LSKHHT) Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Sriram, Chennai	Bao gồm rất nhiều bất thường từ những khiếm khuyết ở cốt xương chậu nhẹ đến trật khớp nhẹ, trật khớp và trật khớp hang cổ định. Nguyên nhân phổ biến nhất là bao khớp quá lỏng lẻo, và không thể giữ đầu xương đùi nằm trong ổ cối. Hội chứng ở trẻ sơ sinh bao gồm mất ổn định khớp háng, như đầu xương đùi có thể bị đẩy lệch chỗ 1 phần (trật khớp nhẹ) hoặc toàn phần (trật khớp) khỏi ổ cối bởi người khám. Khớp háng cũng có thể nằm trong một vị trí lệch chỗ và được giảm bớt khi thăm khám. Dần dần, đầu xương đùi trở nên lệch chỗ hoàn toàn và không thể giảm khi thay đổi tư thế. Khi trẻ đi lại, việc đi đứng khó khăn xuất hiện một cách hiển nhiên và trong trường hợp bị 2 bên, trẻ sẽ xuất hiện dáng đi khập khiễng. Các bệnh lý đi kèm bao gồm vẹo cơ vùng cổ (20%), và vẹo xương đốt bàn chân.	Với trẻ sơ sinh, siêu âm là hữu ích nhằm chẩn đoán xác định. Ở trẻ lớn hơn, X-quang sẽ xác định chẩn đoán. Điều trị: Trẻ sơ sinh: Đeo đai khớp háng trong 6 tuần. Quá trình nắn xương được theo dõi với siêu âm định kỳ. 1 đến 6 tháng: Đeo đai khớp háng hoặc nắn xương kín và cố định chéo trong đến 8 tuần. 6 đến 18 tháng: Nắn xương kín hay mở và nẹp chéo trong 4 tháng. 18 đến 36 tháng: Nắn xương mở với kéo ngăn xương đùi, và đục ổ cối xương chậu chọn lọc. 36 tháng đến 6 năm: Nắn xương mở, kéo ngăn xương đùi và đục ổ cối xương chậu.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Bệnh Perthes' giai đoạn đầu  Hình 21.1.4: (A) Giai đoạn sớm của AVN hông phải; (B) Giai đoạn phân mảnh; (C) Giai đoạn muộn cấp tính. Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Srinani, Chennai	Bệnh Legg-Calvé-Perthes là một bệnh lý xuất hiện sự hoại tử tạm thời do không có mạch máu của đầu trên xương đùi. Bệnh có nhiều mức độ trầm trọng khác nhau và xảy ra cả 2 bên trong khoảng 10 đến 12% bệnh nhân. Rối loạn này xảy ra nhiều nhất ở trẻ từ 4 đến 12 tuổi. Bệnh thường xảy ra ở trẻ nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ 4-5/1. Nguyên nhân bệnh Perthes vẫn chưa rõ, nhưng rối loạn có thể do bệnh lý đông máu âm thầm ở một số cá thể. Những triệu chứng bao gồm khó khăn trong đi lại tăng lên khi hoạt động và giảm nhẹ khi nghỉ ngơi; đau, có thể khu trú tại háng hay vùng trước háng. Các dấu hiệu bao gồm chuẩn dạng ra ngoài và giới hạn dạng và xoay trong khớp háng. Các đặc trưng trên X quang vào giai đoạn sớm bao gồm đầu xương đùi trở có mật độ không đồng dạng và giảm chiều cao. Sự gãy xương dưới sự có thể xuất hiện. Sau đó bệnh tiến đến giai đoạn phân mảnh khi mà thấy nhiều mảnh sáng. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm thiếu máu hồng cầu hình liềm, nhược giáp và loạn sản xương.	Xử trí ban đầu nên tập trung vào việc giảm đau, với giảm các hoạt động và sử dụng các loại thuốc chống viêm, và nghỉ ngơi tại giường thời gian ngắn khi lên cơn đau nhiều hay khớp không cử động. Với trẻ trên 8 tuổi trong giai đoạn sớm thì phẫu thuật kiểm chế đầu xương đùi nên được thực hiện bằng quy trình đục xương đùi veo trong hoặc ở cối xương chậu.
Lao xương sống giai đoạn sớm  Hình 21.1.5A và B: Lao xương sống giai đoạn sớm Ảnh được cung cấp bởi: K. Srinani, Chennai	Biến dạng cột sống gây đau gây nghi ngờ về bệnh lý thực thể của xương sống. (Nhiễm trùng hoặc khối u). Nhiễm trùng thường gặp nhất là lao. X quang trong giai đoạn sớm cho kết quả bình thường. MRI cho thấy sự phá hủy cột sống với các khối mô mềm cạnh sống. Sinh thiết dưới hướng dẫn từ CT cần được thực hiện nhằm xác định chẩn đoán.	Việc sử dụng liệu pháp chống lao theo quy trình dành cho lao cột sống dẫn đến giảm triệu chứng bệnh. Hiếm khi có sự phá hủy diễn tiến hay tái diễn các tổn thương thần kinh cần phẫu thuật.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 21.1.6A và B: Erb's Palsy <i>Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai</i>	Bệnh lý này có thể xảy ra do kẹt vai trong quá trình sinh thường. Những đứa trẻ thường to so với lỗ chậu. Bệnh cũng xảy ra khi sinh qua ngôi mông và thậm chí sau khi mổ bắt con. Tổn thương tại rễ thần kinh C5 và C6 xảy ra tại điểm Erb trong đám rối cánh tay. Vì thế mất khả năng dạng và xoay ngoài của vai, mất khả năng co khuỷu tay và cổ tay rữ.	Khả năng phục hồi phụ thuộc vào mức độ trầm trọng. Phục hồi tự nhiên diễn ra với 90% bệnh nhân. Điều trị bắt đầu trong giai đoạn sơ sinh. Các cử động bị động của tất cả các khớp được thực hiện nhằm tránh co cứng cơ. Không phục hồi được chức năng cơ nhị đầu vào 4 tháng tuổi là một tiên lượng xấu. Ghép thần kinh là cần thiết không thể trì hoãn. Bệnh nhân cần giải tỏa cơ co cứng và phẫu thuật chuyển gân.

Bệnh ngón chân bò cẩu

 Hình 21.1.7A và B: Bệnh ngón chân bò cẩu <i>Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai</i>	Sự xoắn quá mức của xương đùi là nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh ngón chân bò cẩu ở trẻ em. Bệnh thường mang tính gia đình, thường gặp ở bé gái và bị đối xứng 2 bên. Trẻ thường biểu hiện bệnh từ 4 đến 6 tuổi. Trẻ ngồi với tư thế chữ W. Hông xoay trong ở tư thế sấp từ 60 - 70 độ. Bệnh lý tự khỏi khi trẻ quá 10 tuổi.	Cố gắng sửa cách trẻ ngồi hay đi lại là bất khả thi. Nẹp chân không có hiệu quả. Xử trí theo dõi là tốt nhất. Khoảng 1% trẻ không thể tái cấu trúc bình thường. Khi đó trẻ cần thủ thuật đục xương sau này.
--	--	--

Tật bàn chân phẳng đi động

 Hình 21.1.8A và B: Tật bàn chân phẳng đi động <i>Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Sriram, Chennai</i>	Đây là một trong những "dị dạng" phổ biến nhất được đánh giá bởi những nhà chính hình nhi khoa. Trong tật bàn chân phẳng đi động có sự giảm chiều cao của vòm dọc giữa bàn chân và phần lõm giữa chân. Bệnh có thể đi kèm với dây chằng chặt-dây chằng gót Achilles. Sự phục hồi vòm bàn chân xảy ra ở vị trí không chịu sức nặng và khi trẻ đứng trên các ngón chân. Bàn chân phẳng cổ điển thường gặp ở xương sên nằm dọc, dính xương đốt bàn, các bệnh lý thần kinh và cơ. Trong phần lớn các trường hợp, ngoại dị dạng thì không có triệu chứng khác. Thỉnh thoảng trẻ có thể than phiền về đau chân.	Tật bàn chân phẳng tăng đi động không cần điều trị. Nếu cơ cùng gân cơ Achilles xuất hiện, nó nên được kéo dẫn thật mạnh vì có khả năng xuất hiện những triệu chứng sau này. Cách xử trí không cần phẫu thuật tật bàn chân phẳng gây đau ở thanh thiếu niên thường thành công và đưa đến sự thay đổi về giày (giày thể thao là thích hợp cho mục đích này), chỉnh hình đi dạng và các bài tập thể dục kéo dãn hoặc tăng cường sức khỏe. Chỉnh sửa bằng phẫu thuật là lựa chọn cuối cùng cho bệnh lý này, và bao gồm kéo dài cột bên hay thủ thuật đục xương gót trượt giữa, thường đi kèm với xếp chồng các mô mềm ở giữa, nhằm làm giảm triệu chứng bằng cách tái thẳng hàng phục hợp các xương sên xương ghe xương hộp bị trật.
--	--	---

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 21.1.9A đến C: Chân vòng kiềng sinh lý Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bệnh xuất hiện rõ nhất vào năm 2 tuổi và biến mất lúc trẻ lên 3 tuổi. Bất thường này đối xứng 2 bên và trẻ có vóc dáng bình thường. Bệnh xảy ra ở cả xương đùi và xương chày. Xoắn xương đùi và xương mào có thể đi kèm với bệnh này. Chân xoay ra ngoài khi đi chuyển có thể xuất hiện. X quang cho thấy xương chày cong vào giữa. Nếu 2/3 dưới của xương chày được che lại bằng giấy, thì đầu gối có vẻ veo ra ngoài (Hide test).	Bệnh lý này tự khỏi. Nẹp chân là không cần thiết. Quá trình phục hồi được theo dõi bằng cách đo khoảng cách giữa 2 lồi cầu trong khoảng 6 tháng. Đầu gối quay vào trong có thể trở thành đầu gối quay ra ngoài vào năm trẻ 3 tuổi và trở lại bình thường vào năm 7 tuổi. Cha mẹ nên được hướng dẫn xem xét quá trình gối xoay trong.

Đầu gối xoay ra ngoài sinh lý

 Hình 21.1.10: Đầu gối xoay ra ngoài sinh lý Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bất thường này được lưu ý vào giữa 3 đến 5 tuổi. Sửa chữa dần dần về xoay ngoài nhẹ xảy ra ở hầu hết trẻ 9 tuổi. Bệnh nhân có vóc dáng bình thường. Tiền sử gia đình có thể xuất hiện tật bàn chân phẳng. Xét nghiệm chuyển hóa là cần thiết nếu nghi ngờ còi xương. Đầu gối xoay ngoài 1 bên thường xảy ra trong các bệnh lý.	Quá trình phục hồi được theo dõi bằng cách đo khoảng cách giữa 2 mắt cá trong trong thời gian 6 tháng. Hiếm khi, bệnh lý này kéo dài. Nếu khoảng cách gian mắt cá trong quá 15 cm, phẫu thuật cần được thực hiện. (Chân nửa đầu xương bằng cách kẹp hoặc hướng dẫn đĩa tăng trưởng). Thủ thuật này thường thành công.
---	---	--

21.2 CÁC BỆNH LÝ ÍT PHỔ BIẾN NHƯNG KHÔNG HIẾM

Bệnh Blount's (Xương chày cong lõm vào)

 Hình 21.2.1A và B: (A) Bệnh Blount 2 bên ở trẻ 3 tuổi; (B) 1 năm sau khi phẫu thuật Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Sriram, Chennai	Bệnh xương chày cong lõm vào được xác định như kém phát triển phía trong của đầu gối và thân xương chày. Bệnh thường dẫn đến chân vòng kiềng tiến triển hoặc ít nhất là kéo dài. Trẻ thường béo phì và chân vòng kiềng kéo dài quá 3 tuổi. Rất thường gặp tình trạng xoay ra ngoài của đầu gối khi đứng. X quang cho thấy nhô ra của hành xương tăng sáng, trật khớp bên của xương chày, đường xương không đều và giãn rộng và đầu xương dốc ở giữa và không đều. Trong những giai đoạn trẻ xuất hiện thanh xương kém phát triển và tổn thương đầu xương.	Trong những giai đoạn sớm, trẻ dưới 3 tuổi nẹp xương rất hữu ích. Nếu nẹp xương thất bại, phẫu thuật đục xương sửa chữa ở trẻ dưới 3 tuổi trong giai đoạn sớm có thể giải quyết bệnh. Trong các giai đoạn trẻ, sửa chữa trực cơ học cần phối hợp với cắt loại cầu xương và đục đầu xương. Tái phát thường gặp khi điều trị bắt đầu vào giai đoạn trẻ của bệnh lý.
--	--	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Trật khớp gối bẩm sinh  Hình 21.2.2A và B: Trật khớp gối bẩm sinh Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bất thường này có thể xảy ra khi sanh ngồi mông. Xương chày có thể bị trật khớp trước bên. Lồi cầu xương đùi nằm vào trong hố khoeo. Bệnh thường đi kèm với bàn chân khoèo và loạn sản khớp hông. Bệnh lý có thể là 1 phần trong hội chứng cơ cứng khớp, HC Larsen,...	Nắn xương kín chỗ trật khớp thường thành công ở trẻ nhỏ. Điều này đạt được bằng cách kéo dần và nẹp gối khi gấp lại. Kéo dài cơ từ đầu đùi trong trường hợp trật khớp không thể sửa chữa.
Sai khớp xương chày bẩm sinh  Hình 21.2.3A và B: Sai khớp xương chày bẩm sinh Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bệnh lý thể hiện với việc xương chày cong ra trước bên. Bệnh u nguyên bào thần kinh xuất hiện ở 50% bệnh nhân. Bệnh hầu hết bị 1 bên. Gãy xương xảy ra trong vòng 2 năm đầu đời.	Rất khó để có thể gắn liền gãy xương bệnh lý. Các lựa chọn điều trị ngoại khoa bao gồm: (1) Nẹp định nội tủy và ghép xương (2) Chuyển mạch máu xương mào (3) Cắt cụt chi kiểu Syme và gắn bộ phận giả. Nếu kết quả điều trị ngoại khoa thất bại liên tiếp và làm ngăn đi chi, phẫu thuật cắt cụt chi kiểu Syme và gắn bộ phận giả có thể giúp trẻ phục hồi sớm. Hơn nữa, tổn thương tâm lý do phẫu thuật liên tiếp ở trẻ được giảm nhẹ.
Veo cột sống bẩm sinh với dấu hiệu trên da  Hình 21.2.4A và B: Veo cột sống bẩm sinh với dấu hiệu trên da Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Sự phát triển này bắt nguồn từ bất thường cấu trúc cột sống. (Thất bại khi tạo hình, thất bại khi phân đốt hay kết hợp cả 2). Cột sống phát triển cùng thời gian với các cơ quan quan trọng. Bất thường niệu dục, bất thường tim mạch và những bất thường tủy sống có thể đi kèm với nó. X quang cho thấy dạng và độ trầm trọng của bất thường. Siêu âm thận, siêu âm tim và MRI cột sống được thực hiện trong quá trình đánh giá bệnh nhân. Máng lông ở lưng cho thấy sự xuất hiện của bất thường trong cột sống.	Mục tiêu là nhằm đạt được cột sống cân bằng ở cuối kì tăng trưởng. Ở trẻ nhỏ, sự phát triển dân nở lồng ngực và phổi là những cân nhắc quan trọng. Biến dạng diễn tiến được điều trị bằng phẫu thuật. Quy trình thay đổi tùy theo độ tuổi, thể loại và độ trầm trọng của biến dạng. Phẫu thuật nên được thực hiện sớm, ngay khi diễn tiến được lưu ý. Sửa chữa những bất thường lớn là rất phức tạp.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Xương sên nằm dọc bẩm sinh		
 Hình 21.2.5A và B: Xương sên nằm dọc bẩm sinh Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bàn chân phẳng cổ điển là bàn chân hình chiếc thuyền (bàn chân đáy Rocker). Xương sên sỏ được tạt phía lòng bàn chân. Bờ trong lõm. Bệnh có thể 1 bên hoặc 2 bên. Trẻ bình thường có thể bị ảnh hưởng hoặc bệnh có thể là 1 phần trong hội chứng cơ cứng khớp, nứt đốt sống hoặc bất thường NST. Xương ghe bị lệch chỗ sang phía lưng bên của xương sên. X quang cho thấy xương sên nằm ở vị trí dọc và nó không thay đổi khi gấp lòng bàn chân.	Điều trị bắt đầu trong giai đoạn sớm trẻ nhỏ. Bàn chân được kéo dần đến như bàn chân ngựa vằn vào và được nẹp trong khoảng từ 6 đến 8 tuần. Nắn xương mờ khớp sên ghe được thực hiện. Ở trẻ bị hội chứng, bất thường thường tái diễn.
Tật thiếu nửa ngoài xương mác		
 Hình 21.2.6A đến C: Tật thiếu nửa ngoài xương mác Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Khuyết xương dài bẩm sinh phổ biến nhất. Bệnh có thể khuyết một phần hoặc mất toàn bộ xương mác. Đường bên của bàn chân có thể mất. Bàn chân có thể bị biến dạng. Các bất thường bẩm sinh của xương đùi hoặc hông có thể đi kèm. Khớp gối có thể có các dây chằng lỏng lẻo. Chân ngắn nhiều mức độ.	Chi cực ngắn đi kèm với bất thường bàn chân được điều trị bằng phẫu thuật cắt cụt chi kiểu Syme và gắn chi giả. Gắn chi giả giai đoạn sớm thường cho chức năng tốt. Chi ngắn tương đối nhẹ được điều trị bằng cách kéo dài chi.
Bệnh vẹo cột sống vô căn		
 Hình 21.2.7A và B: Bệnh vẹo cột sống vô căn Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Đây là dạng vẹo cột sống phổ biến nhất ở trẻ sau 10 tuổi. Tỷ lệ bé gái với bé trai bị ảnh hưởng là 10:1. Lồng ngực cong về bên phải là bất thường phổ biến nhất. Bệnh nhân thường có bất đối xứng vai, gù xương sườn hay thắt lưng không đều. Biến dạng này tiếp tục diễn tiến trong quá trình tăng trưởng.	Cách xử trí phụ thuộc vào độ cong và độ trưởng thành của khung xương bệnh nhân. Với trẻ chưa trưởng thành đường cong dao động từ 25 đến 40 độ được điều trị bằng nẹp xương. Nẹp xương phòng ngừa diễn tiến biến dạng. Phẫu thuật được thực hiện với bệnh nhân có đường cong hơn 50 độ. Mục tiêu phẫu thuật là đạt được cân bằng cột sống (mức vai, mức chậu và bình thường ở mặt phẳng cắt dọc). Dung hợp cột sống của cấu trúc cong được thực hiện với các thiết bị. Phẫu thuật biến dạng cột sống có thể tiếp cận từ sau đến, trước đến hoặc kết hợp. Quyết định này là tùy vào từng trường hợp cụ thể.

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Tật vẹo cổ do cơ  Hình 21.2.8A và B: Tật vẹo cổ do cơ Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bệnh xảy ra do chứng cơ cứng một hoặc cả 2 đầu của cơ ức chũm. Bệnh lý thường biểu hiện ở trẻ nhỏ với vẹo đầu. Cơ ức chũm sờ thấy cứng chặt và cử động cổ bị giới hạn. Bất đối xứng gương mặt có thể xuất hiện và tăng theo quá trình phát triển.	Phẫu thuật là cần thiết để sửa chữa biến dạng này. Cơ co cần được giải phóng cả 2 đầu (Giải phóng 2 đầu). Sửa chữa được duy trì bằng vật lý trị liệu hậu phẫu trong 3 tháng.

Bệnh tạo xương bất toàn

 Hình 21.2.9A đến C: Bệnh tạo xương bất toàn Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Đây là một rối loạn di truyền gây dễ vỡ toàn bộ hệ thống xương. Độ trầm trọng đa dạng, dao động từ một trẻ nhũ nhi với nhiều vết gãy xương đến thiếu niên ít gãy xương. Sự đa dạng các đặc điểm lâm sàng do đột biến gen. Xương, dây chằng, ngà răng và cứng mạc có những thay đổi do thiếu hụt collagen loại I. Chẩn đoán được hình thành dựa trên các đặc điểm lâm sàng và X-quang. Bệnh nhân có dáng lùn. Xương biến dạng. Dây chằng lỏng lẻo. Răng trong suốt. Cứng mạc màu xanh.	Bisphosphonates được sử dụng trong vài năm gần đây. Chúng làm giảm sự hủy xương do hủy cốt bào và tăng mật độ xương. Do đó, giảm tỷ lệ gãy xương. Bệnh nhân dùng pamidronate (bisphosphonate) sẽ tăng mật độ xương theo đường thẳng tỷ lệ với mỗi lần dùng. Phẫu thuật được chỉ định ở bệnh nhân bị biến dạng thần xương và bệnh nhân gãy đa xương. Phẫu thuật đục đa xương được thực hiện và xương được nối bằng dây nội tủy.
---	--	---

Thiếu máu gần xương đùi tập trung

 Hình 21.2.10A và B: Thiếu máu gần xương đùi tập trung Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Bệnh do thất bại trong sự phát triển đầu gần xương đùi và hông. Độ trầm trọng dao động từ xương đùi ngắn cho đến mất hoàn toàn đầu gần xương đùi và ổ cối. Chân và bàn chân ở bên tổn thương có thể bình thường hoặc bất thường. Xương đùi ngắn nhiều mức độ. Thông thường, bàn chân bên bị ảnh hưởng nằm đối diện với đầu gối chân bên còn lại.	Trẻ bị ngắn chân toàn bộ thường hưởng lợi khi dùng dụng cụ giả. Thỉnh thoảng, những biến dạng trầm trọng bàn chân sẽ ảnh hưởng đến sự tương thích với bộ phận giả. Phẫu thuật cắt bỏ kiểu Syme và lắp bộ phận giả được chỉ định ở những bệnh nhân này. Với bệnh nhân có hông và khớp gối bình thường, kéo dài xương đùi là khả dụng.
--	---	--

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
 Hình 21.2.11A và B: Sarcoma xương. Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	X-quang cho thấy sự phá hủy thân xương dọc theo trục hình thành xương mới. MRI cho thấy khối u ngoài xương. Sinh thiết: sarcoma tế bào tròn. Bên cạnh giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch được thực hiện. X-quang có thể nhầm với viêm cột tủy mạn tính.	Điều trị cao gồm hóa trị tiền hỗ trợ trị liệu (chu kỳ hóa trị sử dụng trước phẫu thuật), theo sau là cắt bỏ khối u. Tái xây dựng chỉ sau khi cắt bỏ khối u. Hóa trị hậu phẫu được tiếp tục tùy theo từng trường hợp (Hóa trị hỗ trợ trị liệu).

Nang xương đơn độc

 Hình 21.2.12: Nang xương đơn độc. Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai	Đây là một tổn thương cân quang, dạng xương, mờ rộng trên hành xương. Phần vỏ mỏng. Tổn thương mờ rộng đến đĩa tăng trưởng. Thường gặp ở xương cánh tay và xương đùi. Bệnh lý thường được phát hiện sau gãy xương bệnh lý.	Nang có triệu chứng được điều trị bằng hút dịch và tiêm methylprednisolone. Nang trong xương đùi được điều trị bởi việc nạo và ghép xương. Tái phát và dừng phát triển tại đĩa tăng trưởng là các biến chứng thường gặp.
--	---	---

Bệnh trượt đốt sống

 Hình 21.2.13A đến C: Trượt đốt sống L5-S1. Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Sriram, Chennai	Bệnh trượt đốt sống được định nghĩa là trượt về trước của một đốt sống trên đoạn bên dưới liền kề. Ở trẻ nhỏ, những dạng thường gặp nhất là loạn sản (bẩm sinh) và dạng eo. Cả 2 dạng đều có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào ở trẻ nhưng loạn sản có xu hướng xảy ra sớm hơn. Đau lưng, đau hông, dáng đứng bị ảnh hưởng và đau cách hồi là những triệu chứng thường gặp. Hiếm khi xuất hiện những thương tổn thần kinh bao gồm ảnh hưởng đến bàng quang. Thắt gập cơ hỗ trợ, vẹo cột sống, co thắt và hạn chế gập cơ là những dấu hiệu phổ biến. Một phim X-quang bên là đủ để chẩn đoán trượt đốt sống. Nhìn nghiêng có thể phát hiện những phản khiếm khuyết. MRI hữu dụng khi xuất hiện những tổn thương thần kinh.	Cốt lõi của điều trị—nghỉ ngơi, tránh những hoạt động mạnh, sử dụng thuốc chống viêm giảm đau, và sử dụng nẹp trong những trường hợp nguy cấp—thường giúp giải quyết trượt đốt sống cấp có triệu chứng. Khi điều trị bảo tồn thất bại thì phẫu thuật là cần thiết. Dùng hợp sau bên được chỉ định khi không có bất kỳ triệu chứng thần kinh đáng kể nào. Chèn ép và dùng ép là cần thiết khi có những triệu chứng thần kinh đáng kể.
--	--	---

21.3 CÁC BỆNH LÝ CẤP CỨU

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Viêm cốt tủy cấp		
	Bệnh gây ra các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, dấu hiệu viêm khu trú và giả liệt chi bị ảnh hưởng. Ở trẻ sơ sinh, đa chấn thương có thể xảy ra. CRP và ESR đều tăng. X quang cho thấy sưng mô mềm. Siêu âm và MRI giúp xác định vị trí áp-xe.	Nếu được chẩn đoán sớm, kháng sinh truyền tĩnh mạch có thể kiểm soát nhiễm trùng. Bệnh nhân có thể xuất hiện áp-xe hoặc bệnh nhân không đáp ứng kháng sinh cần được dẫn lưu. Xương được tái tạo tốt, nhưng đĩa tăng trưởng lân cận có thể bị tiêu hủy.

Hình 21.3.1A và B: Viêm cốt tủy cấp
Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai

Viêm khớp nhiễm trùng cấp

	Viêm khớp nhiễm trùng cấp là một cấp cứu. Bệnh lây truyền qua đường máu cho bào hoạt dịch trong nhiễm trùng huyết thông qua là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm khớp nhiễm trùng ở trẻ em. Trong hầu hết các trường hợp, chỉ có 1 khớp bị ảnh hưởng và hông là phổ biến nhất. Vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất là <i>Staphylococcus aureus</i> . Biểu hiện lâm sàng bao gồm sốt, đau, không khiêng nâng và quan trọng nhất là giả liệt.	Tăng bạch cầu, tăng ESR và CRP là những kết quả xét nghiệm thường gặp. Siêu âm hoặc MRI có thể được thực hiện nhằm củng cố chẩn đoán. Điều trị cấp cứu. Hút ngay lập tức khớp bị ảnh hưởng thông qua rạch khớp nên được thực hiện. Chèn ép sớm có thể cứu được khớp. Các biến chứng bao gồm sốc nhiễm trùng toàn thân, viêm khớp chưa trưởng thành, đóng xương, rối loạn tăng trưởng, viêm bào hoạt dịch, xơ hóa khớp, cứng khớp và nhiễm trùng kéo dài.
---	--	---

Hình 21.3.2A và B: Viêm khớp nhiễm trùng hông T
Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai

Gãy đầu trên lõi cầu xương cánh tay

	Độ tuổi mà bệnh gãy đầu trên lõi cầu xương cánh tay xảy ra nhiều nhất là từ 5 đến 7 tuổi. Trẻ với tay bị dẫn qua mức là cơ chế thường gặp nhất của tổn thương. Các tổn thương thần kinh trụ và thần kinh giữa kèm theo có thể xảy ra trong quá trình gãy lệch. Động mạch cánh tay cũng có thể bị tổn thương. Những chấn thương đi kèm ở cổ tay và vai cũng nên được xem xét. X quang là cần thiết cho chẩn đoán và tiếp cận lệch chỗ của vết gãy.	Những gãy xương không lệch chỗ có thể được điều trị bằng bó nẹp thạch cao. Gãy xương lệch chỗ được điều trị như cấp cứu. Vì khi chậm trễ điều trị có thể gây phình đáng kể khuỷu tay dẫn đến khó khăn trong giảm nhẹ vết gãy và thiếu máu Volkmann. Nắn xương kín hoặc hở với cố định dây 'K' là kiểu điều trị cho gãy xương lệch chỗ. Veo khuỷu tay vào trong là biến chứng thường gặp nhất của gãy xương này.
---	--	---

Hình 21.3.3A và B: (A) Gãy trật khớp đầu trên lõi cầu xương cánh tay; (B) X quang hữu phễu
Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Sriram, Chennai

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Trượt móm đầu xương đùi (TMDXD)		
	Trượt móm đầu xương đùi (TMDXD) gây ra khi móm đầu xương đùi lệch khỏi vị trí bình thường tương đối với cổ xương đùi. Bệnh thường gặp ở thiếu niên. Bệnh có thể cấp, mạn hay cấp trên nền mạn. Trượt ổn định là khi bệnh nhân có thể khiosk năng nhưng thấy đau và dạng không ổn định là bệnh nhân không thể khiosk năng. Béo phì, nhurc giáp, thiếu hormone tăng trưởng và suy thận mạn thường đi kèm với bệnh lý này. Bệnh nhân thường biểu hiện nhiều mức độ khác nhau của đau và xoay ngoài hông bị ảnh hưởng. Vài bệnh nhân còn thấy đau quy chiếu sau gối.	Trượt cổ định nên được ghim chặt in situ. Trượt không cổ định có thể được ghim in situ, hoặc có thể giảm nhẹ với phẫu thuật lệch chỗ an toàn và ghim. Ghim dự phòng hông bình thường đối diện được thực hiện trong những bệnh lý nội tiết hay suy thận. Những biến chứng bao gồm AVN, huyết sụn và viêm khớp hông giai đoạn sớm.

Hình 21.3.4A và B: (A) TMDXD hông T; (B) Pinning in situ
 Ảnh được cung cấp bởi: Vijay Sriram, Chennai

21.4 CÁC HỘI CHỨNG

Hội chứng cơ cứng đa khớp bẩm sinh

	Bệnh lý được đặc trưng bởi cơ cứng cơ đa vị trí bẩm sinh. Cơ được thay thế bằng mô sợi và mô mỡ. Bệnh xảy ra ngẫu nhiên. Tất cả 4 chi đều bị ảnh hưởng trong 60% bệnh nhân. Chi dưới bị ảnh hưởng trong 25%. Xoay vai, dị dạng khuỷu tay, gấp cổ tay, trật khớp hông, dị dạng đầu gối và bàn tay khoeo là những dị dạng thường gặp.	Mục tiêu điều trị là đem các chi trở lại vị trí chức năng. Vật lý trị liệu và nẹp xương là cần thiết ở trẻ nhỏ và thời kỳ sớm nhằm giảm chứng cơ cứng. Những biến dạng do bàn chân khoeo, cơ cứng gối và lệch vị trí hông rất cứng. Phẫu thuật là cần thiết để sửa chữa chúng. Với quá trình phát triển các vật lý trị liệu, bệnh dần được cải thiện.
--	--	--

Hình 21.4.1A và B: Hội chứng cơ cứng đa khớp bẩm sinh
 Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai

Chứng loạn sản sụn

	U loạn sản sụn là một dạng u sụn lành tính ở hành xương của xương đùi. Chứng loạn sản sụn (bệnh Ollier) được định nghĩa là sự hiện diện của ít nhất 3 u loạn sản sụn. Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng (số lượng, vị trí và tuổi khởi phát). Biểu hiện lâm sàng có thể là gãy xương bệnh lý hoặc rối loạn tăng trưởng. Nguy cơ chuyển biến ác tính tồn tại đủ rất ít.	Điều trị ngoại khoa được chỉ định trong những trường hợp biến chứng, như, chèn ép lên thần kinh hay mạch máu, đau trong hoạt động thường ngày hay bề ngoài không đẹp mắt. Những biến dạng trầm trọng của chân và tay trước cũng cần được phẫu thuật.
---	---	---

Hình 21.4.2: Chứng loạn sản sụn
 Ảnh được cung cấp bởi: K. Sriram, Chennai

Hình ảnh	Chú ý	Xử trí
Chứng đa tăng sinh xương di truyền  Hình 21.4.3: Chứng đa tăng sinh xương di truyền Ảnh được cung cấp bởi: K. Sritam, Chennai	Nhiều u xương được bao bởi sụn xảy ra trong khung xương. Hành xương của xương dài rộng và tạo hình kém. Tăng sinh xương dạng phẳng hay tăng sinh xương dạng củ xuất hiện từ vỏ. Bệnh là một rối loạn di truyền mang tính trội với biểu hiện đa dạng.	Chỉ định cắt bỏ những u tăng sinh ngoài là: chèn ép thần kinh hay mạch máu, đau trong hoạt động thường ngày hay vẻ ngoài không đẹp mắt. for excision of exostosis are: pressure on a nerve or blood vessel, pain during daily activities or the appearance may be unsightly. Những biến dạng trầm trọng của chân và tay trước cũng cần được phẫu thuật.

Chia Se Ca Lam Sang

Chia Se Ca Lam Sang

Phần 22

Hình Ảnh Nhi Khoa

Chia Se Ca Lam Sang

- 22.1 Ó Bụng
- 22.2 Não
- 22.3 Lồng Ngực
- 22.4 Bẩm Sinh (Đa cơ quan)
- 22.5 Hệ cơ Xương

22.1 Ổ BỤNG 463

- ♦ Viêm Ruột Thấm 463
- ♦ Sỏi Ruột Thấm kèm Tắc Ruột 463
- ♦ Hội Chứng Budd-Chiari 463
- ♦ Cholechal Cyst 464
- ♦ Hẹp Môn Vị Phi Đại Bẩm Sinh 464
- ♦ Máu Kinh Âm Đạo 464
- ♦ Tắc Ruột 465
- ♦ Lòng Ruột 465
- ♦ Viêm Túi Thờ Meckel 465
- ♦ U Nang Bì Buồng Trùng 466
- ♦ Hở Thành Ruột 466
- ♦ Khí Phúc Mạc 466

22.2 NÃO 467

- ♦ Hẹp Cổng Não 467
- ♦ U Sọ Hầu 467
- ♦ Hội Chứng Dandy-Walker 467
- ♦ Viêm Màng Não 468
- ♦ Bệnh Âu Trùng Sán Dây Lợn ở Não 468
- ♦ Chấn Thương Chu Sinh 468
- ♦ U Sáo Bào Lồng 469
- ♦ U Thần Kinh Dện Cầu Não 469
- ♦ U Lao 469
- ♦ Bệnh Xơ Cứng Cù 470

22.3 LÒNG NGỰC 470

- ♦ Dị Dạng Động Tĩnh Mạch 470
- ♦ Nang Phế Quản 470
- ♦ Loạn Sản Phế Quản Phổi (BPD) 471
- ♦ Dị Dạng Nang Tuyến Bẩm Sinh (CCAM) 471
- ♦ Thoát Vị Cơ Hoành Bẩm Sinh 471
- ♦ Khí Thũng Thùy Phổi Bẩm Sinh (CLE) 472
- ♦ Bệnh Màng Trong 472

- ♦ Áp Xe Phổi 472
- ♦ U Lym Phô 473
- ♦ Viêm Sỏi Phế Nang 473
- ♦ Bệnh Phổi Biệt Lập 473
- ♦ Tràn Khí Màng Phổi Áp Lực 474
- ♦ Hở Lưu Tĩnh Mạch Bất Thường Hoàn Toàn 474
- ♦ Dị Dạng Vòng 474

22.4 BẨM SINH (ĐA CƠ QUAN) 475

- ♦ Nang Khe Màng 475
- ♦ Nang Hygroma 475
- ♦ Thoát Vị Màng Não tủy kèm Bất Sản Xương Cut 475
- ♦ Nang Giáp Lưỡi 476

22.5 HỆ CƠ XƯƠNG 476

- ♦ Nang Xương Phình Mạch 476
- ♦ Bệnh Mô Liên Kết —Xương Gột Ghe 476
- ♦ Trật Khớp Háng Bẩm Sinh 477
- ♦ Sác Côm Ewing 477
- ♦ Loạn Sản Xơ 477
- ♦ Hemophilia 478
- ♦ Bệnh Mô Bào Langerhan 478
- ♦ Mucopolysaccharidosis 478
- ♦ U Xơ Không Vôi Hóa 479
- ♦ Bệnh Tạo Xương Bất Toàn 479
- ♦ Sác Côm Xương 479
- ♦ U Dạng Xương 480
- ♦ Viêm Xương Tủy 480
- ♦ Bệnh Xương Hố Đà 480
- ♦ Bệnh Perthes 481
- ♦ Còi Xương 481
- ♦ Bệnh Scurvy 481
- ♦ Thalassemia 482
- ♦ Bệnh Lao Mất Cả Chân 482
- ♦ Viêm Ngón Tay/ Chân do Lao 482

22.1 Ổ BỤNG

Hình Ảnh	Chú Ý
----------	-------

Viêm Ruột Thừa



Hình 22.1.1A và B: Viêm ruột thừa

Hình ảnh siêu âm cắt dọc (Hình 22.1.1A) và cắt ngang (Hình 22.1.1B) cho thấy cấu trúc hình cắt cụt, không nhu động, không nên ép được, hình ống, giãn rộng (mũi tên) trong hố chậu phải ở trẻ bị đau bụng. Thấm nhiễm mỡ tăng âm xung quanh cấu trúc này.

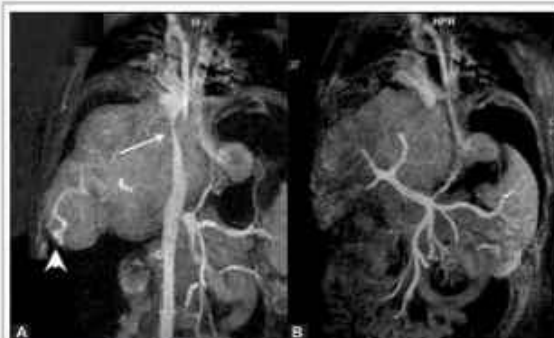
Sỏi Ruột Thừa Và Tắc Ruột



Hình 22.1.2: Sỏi ruột thừa và tắc ruột

Các quai ruột non giãn chứa đầy dịch (mũi tên trắng) quan sát được trên phim XQ thẳng chụp bụng. Sỏi ruột thừa nhỏ, cản quang lớn (mũi tên đen) nằm trên cánh chậu phải.

Hội Chứng Budd-Chiari



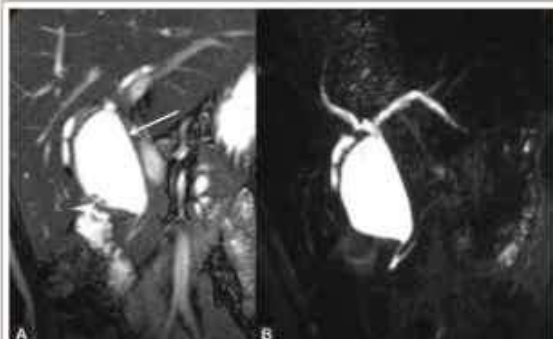
Hình 22.1.3A và B: Hội chứng Budd-Chiari

MRI chụp mạch (Hình 22.1.3A) cho hình ảnh tương phản tối đa (MIP) cho thấy lòng tĩnh mạch chủ dưới hẹp thuôn dài đoạn trong gan. Một số kênh bàng hệ uốn khúc (mũi tên đầu) quan sát dọc diện ngoài của gan. Tĩnh mạch cửa và các nhánh của nó xuất hiện bình thường trong pha tĩnh mạch cửa (Hình 22.1.3B).

Hình Ảnh

Chú Ý

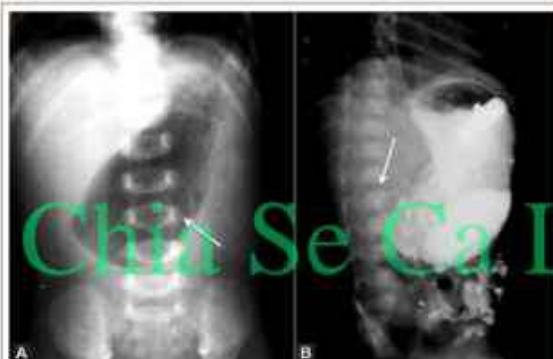
Nang Ống Mật Chủ



Hình 22.1.4A và B: Nang ống mật chủ

MRI TRUE FISP tái tạo hình theo mặt phẳng đứng dọc (Hình 22.1.4A) cho thấy dẫn ống mật chủ thành 1 nang lớn (mũi tên). Quan sát được 2 viên sỏi nhỏ (mũi tên đầu) trong nang mật. Đường mật trong gan và ống tụy xuất hiện bình thường. MRCP (Hình 22.1.4B) thể hiện nang mật, đường mật trong gan và ống tụy tốt hơn.

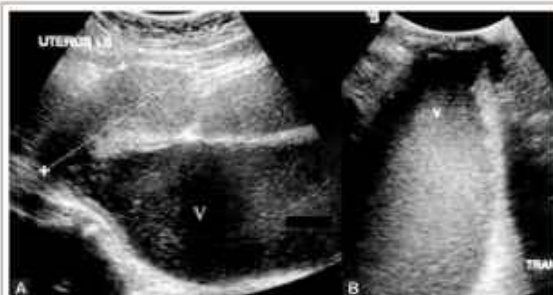
Hẹp Phi Đại Môn Vị Bẩm Sinh



Hình 22.1.5A và B: Hẹp phì đại môn vị bẩm sinh.

Bóng dạ dày lớn (mũi tên) quan sát trên phim XQ bụng tư thế đứng. XQ dạ dày với Barit (22.1.5B) biểu hiện ống môn vị chít hẹp kéo dài (mũi tên).

Máu kinh âm đạo



Hình 22.1.6A và B: Máu kinh âm đạo

Siêu âm ổ bụng (Hình 22.1.6A) biểu hiện hình ảnh âm đạo dẫn rộng (V) giàu âm bên trong. Kích thước từ cung bình thường trên đó. Siêu âm qua âm đạo (Hình 22.1.6B) xác định sự tồn tại máu kinh trong âm đạo (V).

Hình Ảnh

Chú Ý

Tắc Ruột



Hình 22.1.7: Tắc ruột

Chụp CT ổ bụng hướng trục có uống thuốc cản quang quan sát những quai ruột non giãn lớn lòng chứa nhiều dịch (mũi tên) ở trẻ bị tắc ruột.

Lồng Ruột



Hình 22.1.8A và B: Lồng ruột

Siêu âm cắt ngang (Hình 22.1.8A) cho thấy “dấu hiệu hình búa bôn” điển hình (mũi tên) gây ra do 1 đoạn ruột lồng vào trong đoạn ruột khác. Siêu âm cắt dọc (Hình 22.1.8B) cho thấy sự xuất hiện phân lớp của quai ruột bên ngoài (mũi tên dài) và quai ruột bên trong (mũi tên ngắn).

Viêm Túi Thừa Meckel



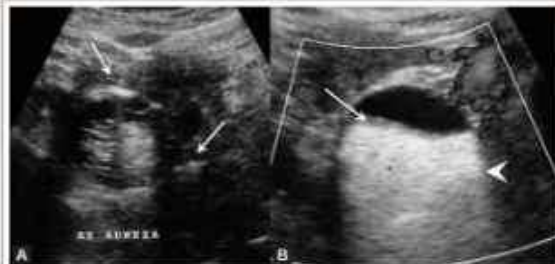
Hình 22.1.9A và B: Viêm túi thừa Meckel

Chụp CT có tiêm thuốc cản quang hướng trục (Hình 22.1.9A) và tái tạo hình theo mặt phẳng đứng dọc (Hình 22.1.9B) cho thấy một cấu trúc cắt cụt, hình ống, giãn rộng, thành ngấm thuốc (mũi tên) tách từ đoạn xa hồi tràng gấp ở trẻ đau bụng cấp tính. Có sự thâm nhiễm mô xung quanh mạc treo ruột.

Hình Ảnh

Chú Ý

U Nang Bì Buồng Trứng



Hình 22.1.10A và B: U nang bì buồng trứng

Tồn thương dạng khối tròn có ranh giới rõ quan sát trên hình ảnh siêu âm cả 2 buồng trứng. Tồn thương ở buồng trứng phải (Hình 22.1.10A) gồm nhiều mật phần cách âm dạng đường phức tạp (mũi tên). Tồn thương phần phụ bên trái (Hình 22.1.10B) biểu hiện một mức dịch (mũi tên) với nhiều thành phần âm và có tăng âm phía sau (mũi tên đầu).

Hơi Trong Thành Ruột



Hình 22.1.11: Hơi Trong Thành Ruột

Một dạng đường của khí ngoài lòng ruột (mũi tên) thấy ở trong thành ruột non, đánh giá tốt hơn ở dọc bờ bên của quai ruột khi chụp X-quang ở bụng tư thế nằm ngửa.

Khí Phức Mạc



Hình 22.1.12: Khí phức mạc

Chụp X-quang ổ bụng tư thế đứng cho thấy một lượng lớn khí tự do (mũi tên) bên trong khoang phúc mạc, thấy rõ hình dạng 2 vòm hoành. Bóng các tạng cũng như các quai ruột bị đẩy xuống phía dưới.

22.2 NÃO

Hình Ảnh	Chú Ý
----------	-------

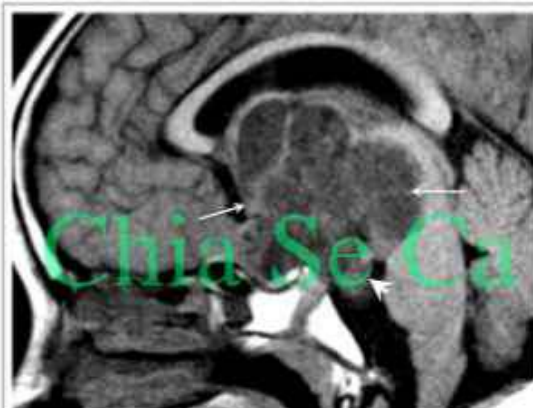
Hẹp Cổng Não



Hình 22.2.1A và B: Hẹp cổng não

MRI T1W (Hình 22.2.1A) và T2W (Hình 22.2.1B) dựng hình theo mặt phẳng đứng dọc cho thấy dẫn não thất ba (mũi tên) thứ phát sau hẹp cổng não (mũi tên đầu). Cả 2 não thất bên cũng bị giãn rộng. Một nang phía sau (mũi tên đen) được phát hiện tình cờ.

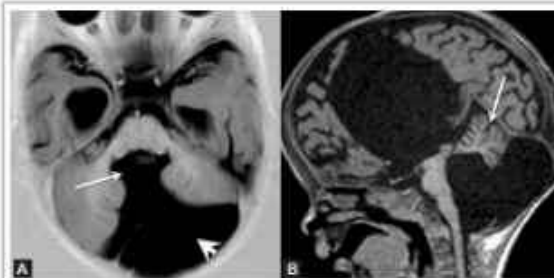
U Sọ Hầu



Hình 22.2.2: U sọ hầu

MRI T1W dựng hình theo mặt phẳng đứng dọc biểu hiện 1 tổn thương dạng nang lớn ở ngoài nhu mô não, chia nhiều thùy, nằm vùng trên yên. Nó chèn ép và đẩy não giữa ra phía sau. Thấy được 1 cấu trúc dạng đặc (mũi tên đầu) nằm dọc bờ sau dưới khối u.

Hội Chứng Dandy-Walker



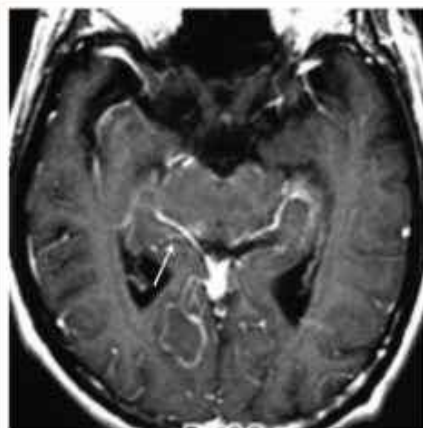
Hình 22.2.3A và B: Hội chứng Dandy-Walker

MRI T1W hướng trục (Hình 22.2.3A) cho thấy giảm sản nhộng tiểu não. Não thất bốn (mũi tên) với bề hành tiểu não (mũi tên đầu) thông nhau, tạo hình ảnh lỗ khóa đặc trưng. MRI T1W dựng hình theo mặt phẳng đứng dọc (Hình 22.2.3B) cho thấy hồ sau lớn với sự di chuyển lên trên của tiểu não (mũi tên) và hội lưu các xoang. Hình ảnh não ứng thùy do có chèn ép não thất bốn và cổng não.

Hình Ảnh

Chữ V

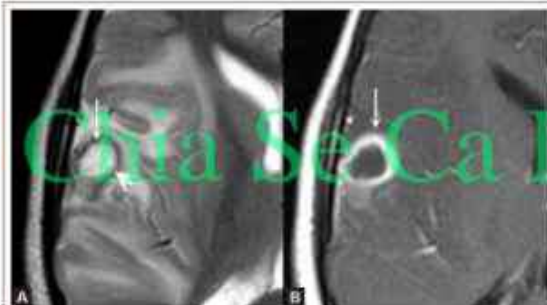
Viêm Màng Não



Hình 22.2.4: Viêm màng não

MRI T1W hướng trục có tiêm thuốc cản quang cho thấy hình ảnh màng mềm ngấm thuốc (mũi tên) dọc bề mặt quanh trung não.

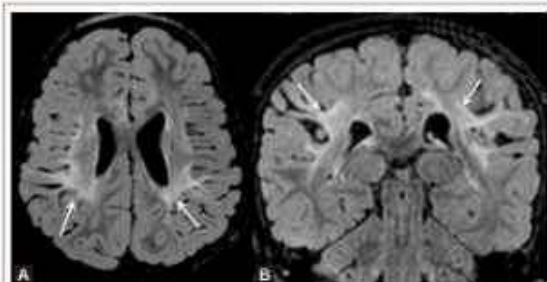
Bệnh Ấu Trùng Sán Dây Lợn Ở Não



Hình 22.2.5A và B: Bệnh ấu trùng sán lợn ở não

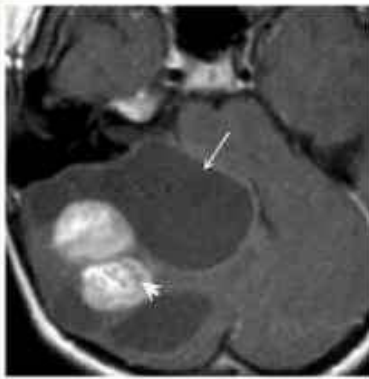
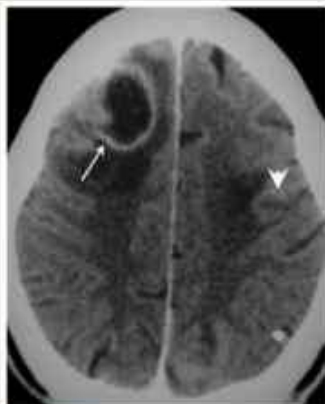
MRI T2W (Hình 22.2.5A) và T1W hướng trục có tiêm thuốc cản quang (Hình 22.2.5B) biểu hiện một tổn thương ngấm thuốc dạng vòng tròn nhỏ (mũi tên) ở chất xám dưới vỏ thùy thái dương phải. Viên phủ nguồn gốc mạch xung quanh nhìn thấy trên hình ảnh T2W. Chú ý cấu trúc dạng nốt tương trưng cho đầu sán (mũi tên đầu) dọc mép tổn thương.

Chấn Thương Chu Sinh



Hình 22.2.6A và B: Chấn thương chu sinh

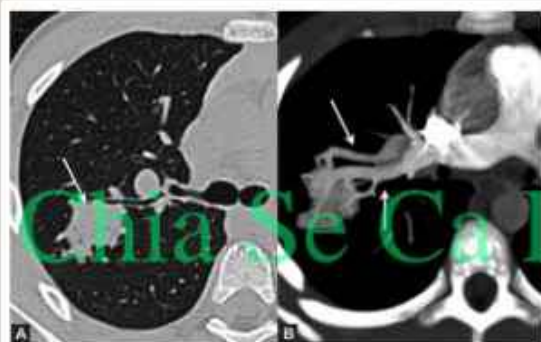
MRI T1W hướng trục (Hình 22.2.6A) và dựng hình theo mặt phẳng đứng ngang (Hình 22.2.6B) biểu hiện tăng cường độ tín hiệu xung quanh não thất (mũi tên). Dẫn nhệ 2 não thất bên được xem là thứ phát sau mất thể tích chất trắng.

Hình Ảnh	Chú Ý
U Sao Bào Lông  Hình 22.2.7: U sao bào lông	MRI T1W hướng trục có tiêm thuốc cản quang biểu hiện 1 tổn thương dạng nang lớn (mũi tên) có một nốt ở thành nang (mũi tên đầu) xuất hiện nửa bán cầu đại não phải.
U Thần Kinh Dện Cầu Não  Hình 22.2.8A và B: U thần kinh dện cầu não	MRI T1W mặt phẳng đứng dọc (Hình 22.2.8A) và T2W mặt phẳng đứng ngang (Hình 22.2.8B) cho thấy 1 tổn thương giới hạn rõ (mũi tên) xuất hiện cầu não và rãnh hành cầu. Nó giảm tín hiệu trên T1 và tăng trên T2, không ngấm thuốc trên phim tiêm thuốc.
U Lao  Hình 22.2.9: U Lao	CT hướng trục tiêm thuốc cản quang cho thấy tổn thương có viền ngấm thuốc, hình bầu dục, ranh giới rõ (mũi tên) ở vỏ não thùy trán phải với phù nguồn gốc mạch xung quanh. Một ít tổn thương ngấm thuốc khác nhỏ hơn (mũi tên đầu) xuất hiện rải rác trong nhu mô não.

Bệnh Xơ Cứng Cũ

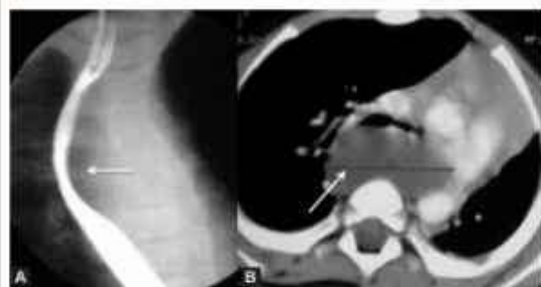
Hình 22.2.10A và B: Bệnh xơ cứng củ

MRI T1W hướng trục (Hình 22.2.10A) và GRASE (Hình 22.2.10B) xuất hiện nhiều nốt (mũi tên) ở vỏ cả 2 bán cầu não. Chú ý một hamartoma dưới màng nội tủy (mũi tên) rất nhỏ dọc bờ bên của não thất trái.

22.3 LỒNG NGỰC**Dị Dạng Động Tĩnh Mạch**

Hình 22.3.1A và B: Dị dạng động tĩnh mạch

CT hướng trục độ phân giải cao (Hình 22.3.1A) cho thấy 1 đám mờ không có ranh giới rõ (mũi tên), ở thùy trên phổi phải. Chụp CT mạch có tái tạo lại cấu trúc cho hình ảnh có sự tương phản tối tối đa (MIP) (Hình 22.3.1B) thấy được nuôi dưỡng động mạch và sự dẫn lưu tĩnh mạch của dị dạng tĩnh mạch.

Nang Phế Quản

Hình 22.3.2A và B: Nang phế quản

Nuốt Barit (Hình 22.3.2A) cho thấy thực quản (mũi tên) bị chèn ép và đẩy ra phía trước vì tổn thương khu trú phía sau. CT tiêm thuốc đối quang mật phẳng ngang (Hình 22.3.2B) thể hiện tổn thương tỷ trọng dịch (mũi tên) hình bầu dục ở trước cột sống, nó đẩy khí quản ra trước.

Hình Ảnh

Chú Ý

Loạn Sản Phế Quản Phổi (BPD)



Hình 22.3.3A và B: Loạn sản phế quản phổi

Chụp XQ ngực thẳng (Hình 22.3.3A) cho thấy các đám mờ không đồng đều. CT phân giải cao (Hình 22.3.3B) biểu lộ các vùng xơ dạng lưới thò. Hai bên quan sát được nhiều nang rất nhỏ.

Dị Dạng Nang Tuyến Bẩm Sinh (CCAM)



Hình 22.3.4A và B: Dị dạng nang tuyến bẩm sinh (CCAM)

Chụp XQ ngực (Hình 22.3.4A) biểu hiện một tổn thương dạng nang nhiều vách ngăn (mũi tên) ở thùy dưới phổi trái. CT mặt phẳng đứng ngang (Hình 22.3.4B) bộc lộ rõ tổn thương này (mũi tên).

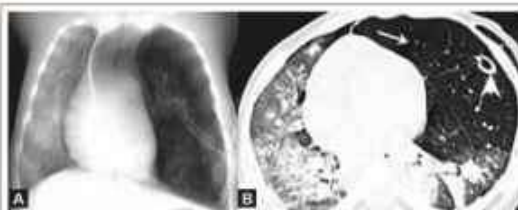
Thoát Vị Hoành Bẩm Sinh



Hình 22.3.5A và B: Thoát vị hoành bẩm sinh

Chụp XQ ngực thẳng (Hình 22.3.5A) một trẻ nhỏ cho thấy nhiều đám mờ không thuần nhất với các mức nước mức hơi (mũi tên) ở phần giữa và thấp hơn của nửa ngực bên trái. CT mặt phẳng ngang (Hình 22.3.5B) biểu lộ các quai ruột (mũi tên) nằm trong phần sau ngoài nửa ngực trái gợi ý 1 thoát vị Bochdalek.

Khí Thũng Thùy Phổi Bẩm Sinh (CLE)



Hình 22.3.6A và B: Congenital lobar emphysema (CLE)

Tái tạo hình ảnh ở mặt phẳng đứng ngang mô phỏng chụp XQ ngực thẳng (Hình 22.3.6A) ở một trẻ nhỏ suy hô hấp thể hiện sự căng dẫn quá mức phổi trái chèn ép sang phổi phải. CT phân giải cao (Hình 22.3.6B) biểu lộ thùy trên phổi trái dẫn tăng sáng (mũi tên) với sự dẹt đẩy trung thất. Một ống ICD (mũi tên đầu) phát hiện ngẫu nhiên có lẽ do tổn thương dễ nhầm lẫn với tràn khí màng phổi. Chú ý đám đông đặc phổi hợp hai bên.

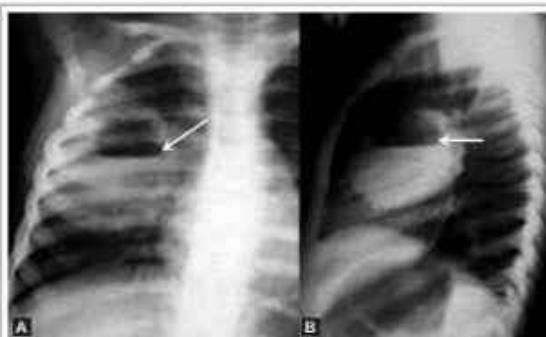
Bệnh Màng Trong



Hình 22.3.7: Bệnh màng phổi trong

Chụp XQ ngực thẳng ở một trẻ sơ sinh biểu hiện rõ hình mờ kính đục cùng với dạng lưới nốt và một hình phế quản chứa khí ở trẻ sinh non có các triệu chứng suy hô hấp.

Áp xe Phổi



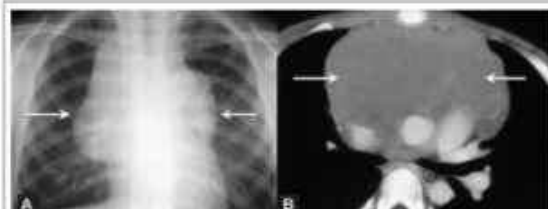
Hình 22.3.8A và B: Áp xe phổi

Chụp XQ ngực thẳng (Hình 22.3.8A) và nghiêng (Hình 22.3.8B) biểu lộ ổ áp xe lớn thành dây (mũi tên) với mức nước mức hơi, trong thùy giữa phổi phải.

Hình Ảnh

Chú Ý

U Lympho



Hình 22.3.9A và B: U Lympho

Chụp XQ ngực thẳng (Hình 22.3.9A) biểu lộ các đám mờ trung thất hai bên (mũi tên). CT mặt phẳng ngang có tiêm thuốc cản quang (Hình 22.3.9B) cho thấy 1 khối ở trung thất trước (mũi tên) chèn ép các mạch máu trong trung thất. Sinh thiết dưới hướng dẫn CT cho kết quả là bệnh Hodgkin.

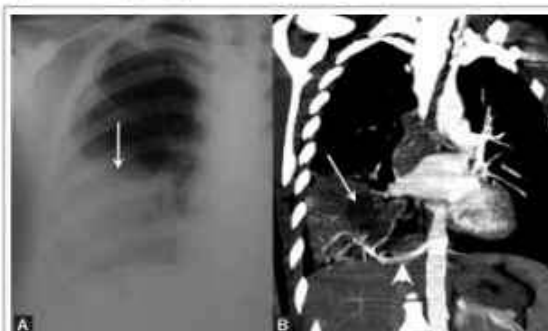
Bệnh Vi Phổi Phế Nang



Hình 22.3.10A và B: Bệnh vi phổi phế nang

Chụp XQ ngực thẳng (Hình 22.3.10A) cho thấy hình ảnh dạng lưới tăng tỷ trọng của tổ chức kẽ. CT phân giải cao (Hình 22.3.10B) biểu hiện dày vách và mô kẽ trong thùy phổi với những đám mờ phế nang và vôi hóa/cốt hóa màng phổi và vách lan tỏa.

Bệnh Phổi Biệt Lập



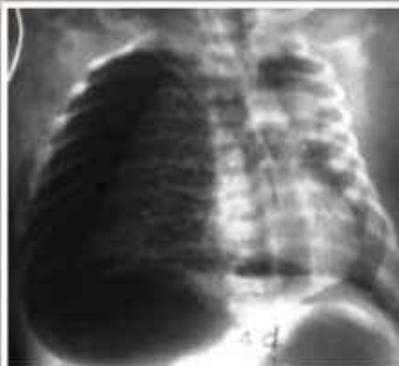
Hình 22.3.11A và B: Bệnh phổi biệt lập

Chụp XQ ngực thẳng (Hình 22.3.11A) cho thấy 1 đám mờ ranh giới không rõ ràng (mũi tên) ở thùy dưới phổi phải. CT tiêm thuốc đối quang mặt phẳng đứng ngang (Hình 22.3.11B) thể hiện đây là một tổn thương hoại tử do 1 nhánh động mạch hệ thống tách từ động mạch chủ (mũi tên đầu), xác định nó là biệt lập.

Hình Ảnh

Chú Ý

Tràn Khí Màng Phổi Áp Lực



Hình 22.3.12: Tràn khí màng phổi áp lực

Chụp XQ ngực thẳng cho thấy tràn khí màng phổi phải số lượng lớn với trung thất đẩy sang bên trái, đảo lộn cơ hoành và đẩy lõi phổi phải sang bên đối diện.

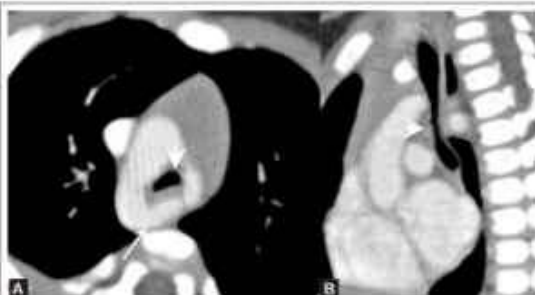
Hội Lưu Tĩnh Mạch Phổi Bất Thường Hoàn Toàn



Hình 22.3.13: Hội lưu tĩnh mạch phổi bất thường hoàn toàn

CT tái cấu trúc mạch của 1 cậu bé 12 tuổi thể hiện các tĩnh mạch phổi hợp nhất thành 1 thân chung sau đó đổ vào tĩnh mạch chủ trên dẫn rộng.

Dị Dạng Vòng Mạch



Hình 22.3.14A và B: Dị dạng vòng mạch

Chụp CT mạch hướng mặt phẳng ngang (Hình 22.3.14A) cho hình ảnh tương phản tối đa (MIP) thể hiện một cung động mạch chủ bên phải với chỗ tách bất thường của của động mạch dưới đòn trái (mũi tên) tạo ra một dị dạng vòng mạch và ép vào khí quản (mũi tên đầu), tổn thương này được đánh giá tốt hơn trên phim chụp CT tiêm thuốc đối quang mặt phẳng đứng dọc (Hình 22.3.14B).

22.4 BẨM SINH (ĐA CƠ QUAN)

Hình Ảnh	Chú Ý
----------	-------

Nang Khe Mang



Hình 22.4.1A và B: Nang khe mang

Siêu âm cắt dọc (Hình 22.4.1A) cho thấy 1 nang thành dày, hình bầu dục giàu âm bên trong nằm dọc 1/3 trên cơ ức đòn chũm. MRI T2W mặt phẳng ngang vùng cổ (Hình 22.4.1B) biểu lộ 1 tổn thương dạng nang có thành dày, hình bầu dục (mũi tên) trong vùng cạnh hầu phải.

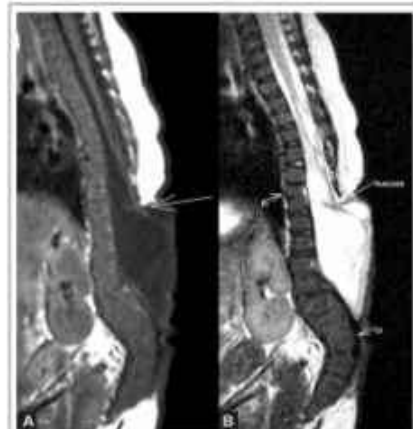
Nang Hygroma



Hình 22.4.2A và B: Nang hygroma

MRI T2W theo mặt phẳng ngang (Hình 22.4.2A) và mặt phẳng đứng ngang (Hình 22.4.2B) biểu hiện tổn thương dạng nang lớn, nhiều vách ngăn (mũi tên) nằm dọc theo mặt trái cổ cùng với cường độ tín hiệu cao của dịch bên trong. Một trong số các nang ở hình ảnh MRI mặt phẳng ngang biểu lộ tín hiệu thấp hơn với mức dịch -- dịch gợi ý sự xuất hiện chảy máu bên trong nang.

Thoát Vị Màng Não Tủy Với Bất Sản Xương Cứng



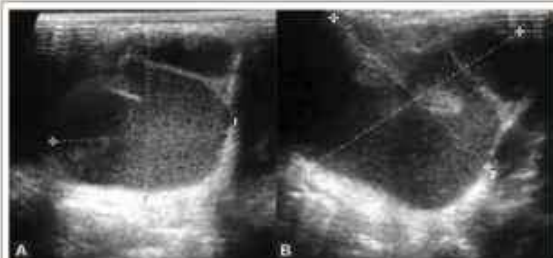
Hình 22.4.3A và B: Thoát vị màng não tủy với bất sản xương cứng

MRI mặt phẳng đứng dọc T1W (Hình 22.4.3A) và T2W (Hình 22.4.3B) cho thấy 1 túi lớn kéo dài ra sau (mũi tên) của màng cứng trong vùng ngực thắt lưng. Các rễ thần kinh bị kéo dẫn xuất hiện cùng với tủy sống bẹp thấp. Có sự dính các đốt sống thắt lưng với nhau và bất sản xương cứng.

Hình Ảnh

Chú Ý

Nang Giáp Lưỡi

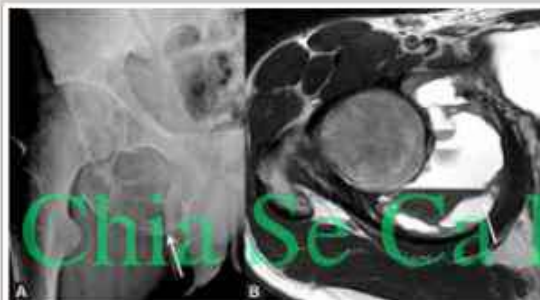


Hình 22.4.4A và B: Nang giáp lưỡi

Siêu âm cắt ngang (Hình 22.4.4A) và cắt dọc (Hình 22.4.4B) cho thấy tổn thương dạng nang ở đường giữa dưới xương móng có thành dày, nhiều vách và giả u nang bên trong. Tăng cường độ âm phía sau nang.

22.5 HỆ CƠ XƯƠNG

Nang Phình Mạch



Hình 22.5.1A và B: Nang phình mạch

Chụp vùng hồ chậu phải tư thế đứng (Hình 22.5.1A) cho thấy một tổn thương tiêu bở xương, phồng rỗng (mũi tên) xuất hiện ở cạnh chậu với vỏ mỏng và màng trong xương được bảo tồn. MRI T2W mặt phẳng ngang (Hình 22.5.1B) biểu hiện nhiều mức dịch--dịch (mũi tên) nằm trong các khoang trống nang xương.

Bệnh Xương Liên Kết—Xương Gót Ghe



Hình 22.5.2A và B: Bệnh xương liên kết—xương gót ghe

Chụp XQ nghiêng bàn chân (Hình 22.5.2A) cho thấy mỏ xương liên kết xương gót ghe (mũi tên), nó cũng được quan sát rõ trên phim MRI T2W mặt phẳng đứng dọc (Hình 22.5.2B).

Hình Ảnh

Chú Ý

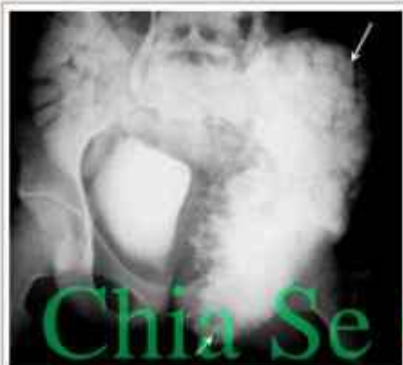
Trật khớp hông bẩm sinh



Hình 22.5.3A và B: Trật khớp hông bẩm sinh

Chụp XQ thẳng cả 2 khớp hông (Hình 22.5.3A) cho thấy ổ cối trái nông và chỏm xương đùi bị di chuyển lên trên và ra ngoài so với vị trí bình thường kèm theo bằng chứng của sự tái tạo, MRI T2W mặt phẳng đứng ngang (Hình 22.5.3B) biểu lộ loạn sản và bán trật khớp, ổ cối nông và đảo lộn giữa viên ổ cối (mũi tên) và bao khớp.

Sac côm Ewing



Hình 22.5.4: Sac côm Ewing

Chụp XQ thẳng khung chậu cho thấy nhiều tổn thương đặc xương lớn (mũi tên), có thể lan rộng cùng với các bờ ranh giới không rõ xuất hiện ở nửa khung chậu trái.

Loạn sản xương



Hình 22.5.5: Loạn sản xương

Chụp XQ thẳng cánh tay biểu lộ dị dạng xương cánh tay như 1 hậu quả của mềm xương. Sự phồng rộp của xương kèm 1 chỗ gãy cùng với tăng tỷ trọng trong thân xương xương giống như bông được quan sát ở đầu gần của xương.

Hình Ảnh

Chú Ý

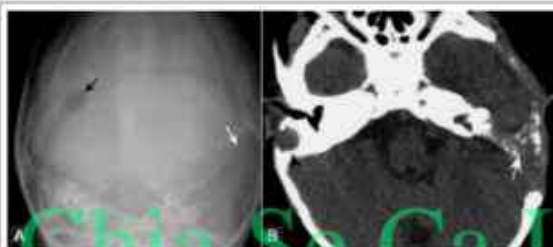
Hemophilia



Hình 22.5.6: Hemophilia

Chụp XQ thẳng khớp gối cho thấy loãng xương dạng bê tông ở các đầu xương chày và xương đùi. Rộng khuyết gian lồi cầu (mũi tên) cũng xuất hiện trên hình.

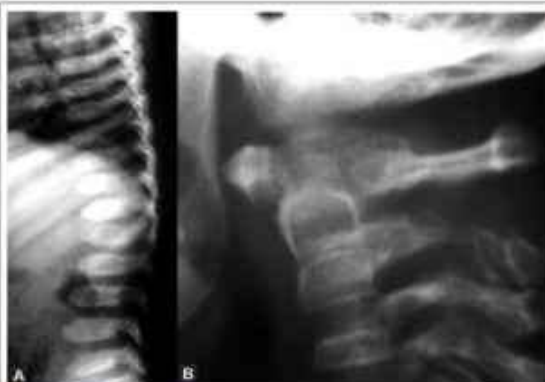
Bệnh Mô Bào Langerhan



Hình 22.5.7A và B: Bệnh mô bào Langerhan

Chụp XQ thẳng hộp sọ (Hình 22.5.7A) cho thấy tổn thương tiêu xương ranh giới rõ (mũi tên) tạo "hình hốc" đặc trưng. CT sọ não mặt phẳng ngang (Hình 22.5.7B) biểu hiện sự hủy vỡ xương (mũi tên) xuất hiện ở phần trái và đá xương thái dương trái. Một diện nhỏ hủy xương (mũi tên đầu) xuất hiện phần đá xương thái dương phải.

Mucopolysaccharidosis



Hình 22.5.8A và B: Mucopolysaccharidosis

Chụp XQ bên cột sống (Hình 22.5.8A) cho thấy loãng xương với các đốt sống bị phẳng hóa (đốt sống dẹp) với nhô ra của phần trung tâm giống cái lưỡi của mặt trước thân đốt sống (central beaking). Có sự mất vững khớp đốt trục → đôi do loạn sản giống như răng thấy được trên phim XQ bên chỗ nối cột sống hộp sọ (Hình 22.5.c).

U Xơ Không Vôi Hóa



Hình 22.5.9A và B: U xơ không vôi hóa

Chụp XQ thẳng (Hình 22.5.9A) và bên (Hình 22.5.9B) biểu hiện tổn thương tiêu xương bờ rõ (mũi tên) cùng với vùng chuyển tiếp hẹp và viền đặc xương xuất hiện phần thấp vùng vỏ thân xương đùi.

Bệnh Tạo Xương Bất Toàn



Hình 22.5.10A và B: Bệnh tạo xương bất toàn

XQ thẳng chi trên (Hình 22.5.10A) và chi dưới (Hình 22.5.10B) biểu hiện sự loãng xương và cong các xương dài với nhiều đường gãy (mũi tên).

Sac Côm Xương



Hình 22.5.11A và B: Sac côm xương

Chụp XQ bên (Hình 22.5.11A) đầu xa xương đùi thể hiện một u xương không có ranh giới rõ (mũi tên) xuất hiện ở hành xương. Có phá vỡ vỏ xương. Màng xương bị tách lên (mũi tên đầu) dọc bờ trên (góc Codman). MRI T2W (Hình 22.5.11B) mặt phẳng đứng dọc cho thấy nhiều vùng hoại tử (mũi tên) trong tổn thương, phần lớn gồm cấu trúc mô xốp dưới màng xương. Tủy xương cũng được quan sát.

Hình Ảnh

Chú Ý

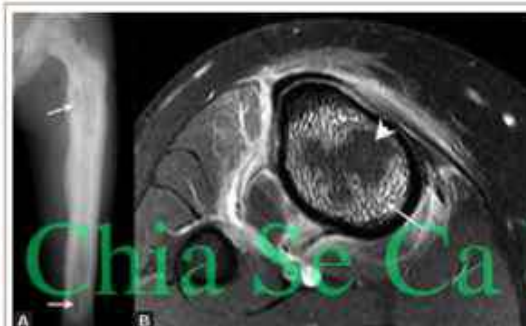
U Dạng Xương



Hình 22.5.12A và B: U dạng xương

Chụp XQ nghiêng khớp hông (Hình 22.5.12A) cho thấy tổn thương tiêu xương (mũi tên) hình bầu dục ở đầu gần thân xương đùi phải, đặc xương xung quanh và dày vỏ. MRI STIR mặt phẳng đứng ngang (Hình 22.5.12B) thể hiện rõ tổn thương tiêu xương (mũi tên) với phù tủy xung quanh và lan tỏa.

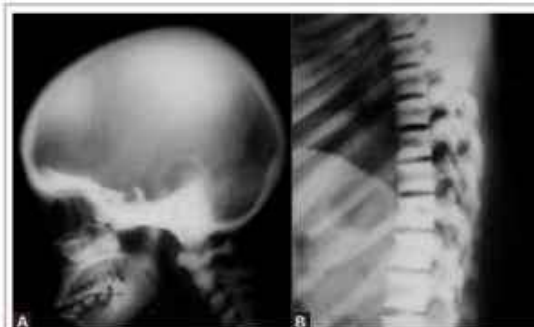
Viêm Xương Tủy



Hình 22.5.13A và B: Viêm xương tủy

Chụp XQ thẳng đùi trái (Hình 22.5.13A) cho thấy hình đặc xương không có ranh giới rõ với dày vỏ và phản ứng màng xương. Nhiều màng xương gãy (mũi tên). MRI mặt phẳng ngang có tiêm thuốc đối quang ở một bệnh nhân khác (Hình 22.5.13B) trong giai đoạn sớm của viêm tủy xương biểu lộ tăng ngấm thuốc của tủy xương chảy cùng với hoại tử ở trong và xung quanh phần mềm phù nề.

Bệnh Xương Hóa Đá



Hình 22.5.14A và B: Bệnh xương hóa đá

Chụp XQ bên hộp sọ (Hình 22.5.14A) cho thấy sự đặc và dày hóa của hộp sọ đặc biệt lộ rõ ở các xương trán và hố sọ trước. Cột sống Rugger-Jersey được quan sát trên phim chụp cột sống lưng (Hình 22.5.14B).

Hình Ảnh	Chữ Ý
Bệnh Perthes  Hình 22.5.15: Bệnh Perthes	Chụp XQ khớp háng phải biểu hiện chỏm xương phẳng hóa, đặc xương và không đều kèm theo biến đổi dạng nang dưới sụn tiếp hợp và sự tái tạo hành xương.
Còi Xương  Hình 22.5.16A và B: Còi xương	Chụp XQ thẳng gối (Hình 22.5.16A) và cổ tay (Hình 22.5.16B) cho thấy hành xương bè rộng, bờ nhám nhòe và rộng các đĩa sụn tăng trưởng.
Bệnh Scurvy  Hình 22.5.17: Bệnh Scurvy	Chụp XQ thẳng gối cho thấy ở đầu xương các viền xương nhọn 'dấu hiệu Wimberge' với tăng vôi hóa dự kiến xuất hiện dây đặc dọc hành xương đang tăng trưởng, 'đường Frankel' và tăng sáng nằm dưới vùng này, 'Tăng Trummerfeld' biểu hiện sự thiếu chất khoáng xương. 'Cựa Pelkan' là kết quả gãy các vỏ xương. Màng xương lên cao do xuất huyết dưới màng xương dọc mặt ngoài xương đùi.

Chia Se Ca Lam Sang