TRƯỜNG TRUNG CẤP QUỐC TẾ MEKONG

GIÁO TRÌNH
SỨC KHỎE TRẺ EM

Trình độ : Trung cấp

Ban hành kèm theo quyết định số : .../2021/QĐ-TCQTMK
ngày.....tháng.....năm 2021 của Trường Trung cấp Quốc tế Mekong

LƯU HÀNH NỘI BỘ

LỜI GIỚI THIỆU

Nhằm đáp ứng nhu cầu đào tạo y sỹ đa khoa thực hành tuyến cơ sở. Trường Trung cấp Quốc tế Mekong biên soạn giáo trình phục vụ cho việc dạy và học của nhà trường. Trong đó, Nhi khoa là một phần không thể thiếu trong chương trình đào tạo cho y sỹ đa khoa. Trong thời gian qua Khoa đã áp dụng các phương pháp giảng dạy tích cực, đánh giá quá trình học tập của học sinh bằng phương pháp khách quan, bước đầu biên soạn giáo trình theo chủ đề thống nhất giữa các trường y trong cả nước.

Quyển giáo trình sức khỏe trẻ em được viết dưới dạng các bài giảng, có mục tiêu và các câu hỏi lượng giá.

Quyển giáo trình này là tài liệu học tập cho các học sinh y sỹ. Mong rằng quyển giáo trình này sẽ đóng góp tích cực, có hiệu quả vào chương trình đào tạo y khoa.

BAN BIÊN SOẠN

MỤC LỤC

TÊN BÀI GIẢNG	TRANG
Bài 1: Sự phát triển cơ thể qua 6 thời kỳ	02
Bài 2: Đặc điểm Giải phẩu – Sinh lý trẻ em	08
Bài 3: Sự phát triển thể chất- tinh thần - vận động của trẻ	18
Bài 4: Dinh dưỡng ở trẻ em	24
Bài 5: Thiếu vitamin A và bệnh khô mắt ở trẻ em	37
Bài 6 : Trẻ còi xương do thiếu vitamin D	41
Bài 7 : Nhiễm khuẩn sơ sinh	46
Bài 8 : Nôn trớ và táo bón	50
Bài 9 : Bệnh tiêu chảy và chương trình phòng chống tiêu chảy	56
Bài 10 : Thấp tim và chương trình phòng chống thấp tim	67
Bài 11: Nhiễm khuẩn hô hấp cấp và chương trình phòng chống	70
Bài 12 : Bệnh thận và tiết niệu	79
Bài 13: Sốt, co giật, viêm màng não	97
Bài 14 : Suy dinh dưỡng và chương trình phòng chống	104
Bài 15 : Các dị tật bẩm sinh	112
Bài 16 : Chương trình tiêm chủng mở rộng	120
Bài 17 : Lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh	127
Bài 18 : Lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh	141

Bài 1
SỰ PHÁT TRIỂN CƠ THỂ TRẺ QUA CÁC THỜI KỲ

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. *Kể được tên 6 thời kỳ tuổi trẻ và thời gian của từng thời kỳ.*
2. *Nêu được đặc điểm sinh lý bình thường và bệnh lý của trẻ em qua các thời kỳ và cách phòng ngừa.*

II.NỘI DUNG:

1. ĐẠI CƯƠNG:

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và đang phát triển. Quá trình lớn và phát triển của trẻ em cũng tuân theo quy luật chung của sự tiến hóa sinh vật; đi từ thấp lên cao, từ đơn giản đến phức tạp. Quá trình tiến hóa này không phải là một quá trình tuần tiến mà có những bước nhảy vọt; có sự khác về chất chứ không đơn thuần về số lượng. Vì vậy khi nói đến trẻ em, không thể nói chung, mà mỗi lứa tuổi có những đặc điểm sinh học riêng, chi phối đến sự phát triển bình thường cũng như quá trình bệnh lý của trẻ.

2.CÁC THỜI KỲ CỦA TRẺ EM

Sự phân chia các thời kỳ (hoặc giai đoạn) của trẻ em là một thực tế khách quan, nhưng ranh giới giữa các giai đoạn không rõ ràng và sự khác biệt đối với từng đứa trẻ, giai đoạn trước chuẩn bị cho giai đoạn sau.

Các cách chia đều dựa vào những đặc điểm cơ bản về sinh học của trẻ, nhưng cách gọi tên mỗi thời kỳ cũng như phân đoạn thời gian cũng khác nhau tùy theo từng trường phái.

Cách phân chia các thời kỳ dưới đây là của trường phái các nhà Nhi khoa Liên Xô trước đây (A.F Tua), đã được sử dụng rộng rãi ở nước ta.

1. Thời kỳ trong tử cung gồm: thời kỳ phôi (embryon) và thai nhi (foetus).

2. Thời kỳ sơ sinh: từ lúc trẻ đẻ cho đến 28 ngày (4 tuần hoặc 1 tháng).

3. Thời kỳ bú mẹ, hay còn gọi là nhũ nhi: từ 1 – 12 tháng sau đẻ (các tác giả phương Tây cho thời kỳ bú mẹ tới 24 – 36 tháng).

4. Thời kỳ răng sữa: từ 1 – 6 tuổi.

5. Thời kỳ thiếu niên, hay tuổi học đường: từ 7 – 15 tuổi.

6. Thời kỳ dậy thì.

Hiện nay theo Tổ chức y tế thế giới phân chia lứa tuổi trẻ em như sau:

+ Sơ sinh (newborn): từ lúc sinh – 1 tháng
+ Trẻ bú mẹ (infant): 1 – 24 tháng
+ Trẻ tiền học đường (preschool child): 2 – 5 tuổi
+ Trẻ em nhi đồng (child): 6 – 12 tuổi
+ Vị thành niên (adolescent): 13 – 18 tuổi

Như vậy trẻ em (child) bao gồm từ 0 – 18 tuổi.

3. ĐẶC ĐIỂM SINH HỌC VÀ BỆNH LÝ TỪNG THỜI KỲ

3.1. Thời kỳ trong tử cung

Từ lúc thụ thai cho đến khi đẻ. Sự phát triển bình thường từ 280 – 290 ngày, tính từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt cuối cùng. Thời kỳ này chia thành hai giai đoạn:

*** Giai đoạn phát triển phôi**:

- Ở 3 tháng đầu thai kỳ: dành cho sự hình thành và biệt hóa bộ phận (organgenesis). Vào tuần thứ 8, phôi nặng khoảng 1g và dài 2,5cm; đến tuần thứ 12 nặng 14g và dài khoảng 7,5cm. Như vậy trong giai đoạn này thai tăng cân ít, chủ yếu phát triển chiều dài, đến cuối thời kỳ này tất cả các bộ phận đã hình thành đầy đủ để tạo nên một con người thật sự.
- Nếu có những yếu tố độc hại (hóa chất như dioxin, virus, một số thuốc…) có thể gây rối loạn hoặc cản trở sự hình thành các bộ phận, sẽ gây quái thai hoặc các dị tật sau này.

*** Giai đoạn phát triển thai nhi:**

- Đến tháng thứ 4 đã hình thành rau thai và qua đó người mẹ trực tiếp nuôi con. Vì vậy thời gian này thai lớn rất nhanh: ở tuần thứ 16, cân nặng tăng đến 100g và dài khoảng 17cm, và tuần thứ 28 cân nặng đạt được 1000g và dài 35cm.
- Sự tăng cân của thai nhi phụ thuộc vào sự tăng cân của mẹ, cũng như khả năng giãn nở của tử cung.
- Sự tăng cân của mẹ khi mang thai:
  + Quý I của thai kỳ tăng từ 0 – 2 kg
  + Quý II của thai kỳ tăng từ 3 – 4 kg
  + Quý III của thai kỳ tăng từ 5 – 6 kg

Tính chung đến cuối thai kỳ, người mẹ tăng được từ 8 – 12 kg.

- Hiện nay tình trạng dinh dưỡng của các bà mẹ mang thai còn kém, nên thường chỉ tăng được 6,6 kg ở vùng nông thôn và 8,5 kg ở thành phố. Theo tiêu chuẩn của Tổ chức Nông lương thế giới (F.A.O) trong thời kỳ mang thai, người mẹ phải tăng được 12,5kg, trong đó 4kg là mỡ, tương đương với 36.000calo, là nguồn dự trữ để sản xuất sữa. Nếu người mẹ không tăng đủ cân trong quá trình thai nghén sẽ làm tăng nguy cơ mẹ bị suy kiệt, cân nặng trẻ sơ sinh thấp và tỷ lệ tử vong cao.

Vì vậy để đảm bảo cho thai nhi phát triển bình thường các bà mẹ có thai cần:

+ Khám thai định kỳ, ít nhất 3 lần trong suốt thời kỳ thai nghén.
+ Thận trọng khi dùng thuốc, tránh tiếp xúc với các yếu tố độc hại.
+ Chế độ lao động hợp lí, tinh thần thoải mái.
+ Chế độ dinh dưỡng đầy đủ, đảm bảo từ 2400 – 2500 calo/ngày.

3.2. Thời kỳ sơ sinh: (Từ lúc đẻ đến 28 ngày). Đặc điểm sinh học chủ yếu là sự thích nghi với môi trường bên ngoài.

Bảng 1.1. So sánh sự khác biệt giữa môi trường trước sinh và sau sinh

	Trước sinh	**Sau sinh**
Môi trường vật lí	Nước	Không khí
Nhiệt độ môi trường	Ổn định (37^{o}C)	Dao động
Các kích thích cảm giác	Rung động	Nhiều loại khác nhau
Dinh dưỡng	Phụ thuộc vào các chất dinh dưỡng trong máu mẹ	Sữa mẹ hoặc các sữa thay thế
Cung cấp oxy	Từ mẹ qua nhau thai đến con	Hô hấp ở phổi
Bài tiết sản phẩm chuyển hóa	Qua máu mẹ	Qua các bộ phận da, phổi, thận, đường tiêu hóa của trẻ.

Qua bảng 1.1. cho thấy sự khác biệt rất lớn khi trẻ đột ngột chuyển từ môi trường tử cung sang môi trường bên ngoài khi ra đời.

Đứa trẻ muốn tồn tại phải có một sự thích nghi tốt về:

- Hô hấp: phổi bắt đầu hoạt động.
- Tuần hoàn: vòng tuần hoàn kín thay thế vòng tuần hoàn nhau thai

+ Thích nghi về máu: thay HST bào thai thành HbA1, giảm số lượng hồng cầu.

+ Các bộ phận khác như tiêu hóa, thận, thần kinh cũng có những biến đổi thích nghi.

Một đặc điểm sinh học nổi bật của trẻ trong thời kỳ sơ sinh là chức năng các bộ phận và hệ thống đều chưa hoàn thiện, nhưng nó biến đổi rất nhanh, đặc biệt trong tuần đầu cuộc sống.

Về mặt bệnh lý của thời kỳ này bao gồm:

- Các bệnh lí trước đẻ: các dị tật bẩm sinh, các bệnh rối loạn chuyển hóa, đẻ non.
- Các bệnh do đẻ: sang chấn, ngạt…
- Các bệnh mắc phải sau đẻ: các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ.

Muốn hạn chế tỷ lệ tử vong cho trẻ sơ sinh cần:

- Chăm sóc trước đẻ: chăm sóc bà mẹ.
- Hạn chế tai biến do đẻ.
- Vô khuẩn trong chăm sóc và giữ ấm.
- Bảo đảm cho trẻ bú mẹ.

3.3. Thời kỳ bú mẹ - còn gọi là nhũ nhi

Thời kỳ này tiếp theo thời kỳ sơ sinh cho đến hết năm đầu (1 – 12 tháng). Các tác giả Pháp – Mỹ tính đến 24 tháng – 36 tháng.

- Đặc điểm sinh học cơ bản của trẻ bú mẹ là:

+ Tốc độ tăng trưởng nhanh, nhất là trong 3 tháng đầu. Do đó nhu cầu dinh dưỡng cao, quá trình đồng hóa mạnh hơn quá trình dị hóa.

+ Chức năng các bộ phận cũng phát triển nhanh, nhưng vẫn chưa hoàn thiện, đặc biệt chức năng tiêu hóa, tình trạng miễn dịch thụ động (IgG từ mẹ truyền sang) giảm nhanh, trong khi khả năng tạo globulin miễn dịch còn yếu (xem bài trẻ sơ sinh).

+ Đã hình thành hệ thống tín hiệu thứ nhất (các phản xạ có điều kiện) và đến cuối năm trẻ bắt đầu phát triển hệ thống tín hiệu thứ hai (trẻ bắt đầu nói).

- Về bệnh lý của thời kỳ này hay gặp là:

+ Các bệnh về dinh dưỡng và tiêu hóa: suy dinh dưỡng, thiếu máu, còi xương, tiêu chảy cấp.

+ Các bệnh nhiễm khuẩn mắc phải như viêm phổi, viêm màng não mủ. Nói chung các bệnh nhiễm khuẩn dễ có xu hướng lan tỏa.

- Về chăm sóc trẻ trong thời kỳ này cần chú ý các mặt sau đây:

+ Đảm bảo dinh dưỡng: trẻ được bú mẹ đầy đủ và cho ăn sam đầy đủ và đúng thời điểm.

+ Đảm bảo tiêm phòng đầy đủ và đúng thời gian, đúng kỹ thuật.

+ Ngoài việc vệ sinh thân thể, cần chú ý giúp trẻ phát triển về mặt tinh thần vận động.

3.4. Thời kỳ răng sữa

- Có thể chia thời kỳ này làm hai giai đoạn:

+ Giai đoạn nhà trẻ : 1 – 3 tuổi.

+ Giai đoạn mẫu giáo: 4 – 6 tuổi, hay còn là tuổi tiền học đường.

- Đặc điểm sinh học chủ yếu:

+ Tốc độ tăng trưởng chậm hơn.

+ Chức năng cơ bản của các bộ phận dần dần hoàn thiện.

+ Chức năng vận động phát triển nhanh, hệ cơ phát triển, trẻ có khả năng phối hợp động tác khéo léo hơn.

+ Trí tuệ phát triển nhanh, đặc biệt về ngôn ngữ.

- Về bệnh lý:

+ Xu hướng bệnh ít lan tỏa hơn.

+ Xuất hiện các bệnh có tính chất dị ứng: hen phế quản, nổi mề đay, viêm cầu thận cấp…

+ Do tiếp xúc rộng rãi, trẻ dễ mắc một số bệnh lây, nhưng nhờ tiêm phòng tốt nên nay đã giảm rõ rệt.

- Trong giai đoạn này việc giáo dục thể chất và tạo môi trường thuận lợi cho sự phát triển tâm sinh lý có một vai trò hết sức quan trọng.

3.5. Thời kỳ thiếu niên hoặc tuổi học đường

Thời kỳ này cũng có thể chia làm hai giai đoạn:

- Giai đoạn tiểu học: 7 – 11 tuổi
- Giai đoạn tiền dậy thì: 12 – 15 tuổi
- Đặc điểm sinh học chủ yếu:

+ Về mặt hình thái và chức năng các bộ phận đã phát triển hoàn toàn.

+ Giai đoạn tiền dậy thì tốc độ tăng trưởng nhanh, con gái tăng sớm hơn con trai 1- 2 năm.

+ Hệ cơ phát triển mạnh, răng vĩnh cửu thay thế cho răng sữa.

+ Tế bào vỏ não đã hoàn toàn biệt hóa, chức năng vỏ não phát triển mạnh và phức tạp hơn, trí tuệ phát triển và hình thành rõ rệt tâm sinh lí giới tính.

- Về bệnh lý: gần giống như người lớn.

Trẻ dễ mắc bệnh như thấp tim, viêm cầu thận và các bệnh xuất hiện trong quá trình học tập như bệnh biến dạng cột sống (gù, vẹo), cận thị hoặc viễn thị, bệnh răng miệng và bệnh loạn thần kinh chức năng (neurosis).

- Do những đặc điểm sinh bệnh nói trên, ở nhiều nước đã hình thành chuyên ngành y tế học đường để chăm sóc tốt sức khỏe cho trẻ em ở lứa tuổi này.

3.6. Thời kỳ dậy thì (tuổi học sinh phổ thông trung học)

Thời kỳ dậy thì thực ra bắt đầu từ lứa tuổi thiếu niên, khi bắt đầu có những biểu hiện tính sinh dục thứ yếu (thay đổi tuyến vú và tinh hoàn, mọc lông ở nách và xương mu, bước "***nhảy vọt tăng trưởng***"). Nó thay đổi theo giới, tình trạng dinh dưỡng, môi trường văn hóa, xã hội…

Theo nghiên cứu gần đây của Cao Quốc Việt và cộng sự (1995) ở trẻ vị thành niên các tỉnh phía Bắc (bảng 1.2)

Bảng 1.2. Thời kỳ dậy thì ở học sinh

	Trai	**Gái**
Tuổi bắt đầu dậy thì	13 năm 2 tháng ± 1 năm	11 năm 11 tháng ± 1 năm 2 tháng
Tuổi dậy thì hoàn toàn	15 năm 2 tháng ± 1 năm 3 tháng	13 năm 6 tháng ± 1 năm

Đặc điểm sinh học chủ yếu của thời kỳ này:

- Sự thay đổi về hệ thần kinh – nội tiết, mà nổi bật là sự hoạt động của các tuyến sinh dục, gây ra những biến đổi về hình thái và sự tăng trưởng của cơ thể. Sau khi dậy thì hoàn toàn, thì tốc độ tăng trưởng giảm xuống rất nhanh và ngừng hẳn ở nữ vào tuổi 19 – 20 và nam ở tuổi 21 – 25.

- Có sự thay đổi về tâm lí (cảm xúc giới tính, tính khí, nhân cách…).

- Về bệnh lí: dễ bị rối loạn chức năng tim mạch và bệnh loạn thần kinh chức năng (neurosis); cũng như phát hiện thấy những dị hình ở bộ phận sinh dục.

- Một vấn đề cần lưu ý là giáo dục giới tính ở vị thành niên.

4. KẾT LUẬN

- Sự thay đổi và phát triển ở các thời kỳ phụ thuộc vào nhiều yếu tố di truyền và môi trường sống (dinh dưỡng, gia đình, xã hội, văn hóa, giáo dục…). Vì vậy ranh giới các thời kỳ không cố định, có thể sớm hay muộn, tùy theo từng đứa trẻ, nhưng mọi trẻ đều trải qua các thời kỳ phát triển trên.

- Cần nắm vững những đặc điểm sinh bệnh học của từng thời kỳ của trẻ em để vận dụng vào công tác chăm sóc, giáo dục và bảo vệ sức khỏe cho trẻ em.

- Cần có một quan điểm "động" trong việc nhìn nhận trẻ em.

III. CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. ***Theo Tổ chức Y Tế Thế giới các thời kỳ của trẻ bao gồm, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. 04 thời kỳ (sơ sinh, bú mẹ, nhi đồng, vị thành niên)
   B. 04 thời kỳ (sơ sinh, bú mẹ, học đường, vị thành niên)
   C. 05 thời kỳ (sơ sinh, bú mẹ, tiền học đường, nhi đồng, vị thành niên)
   D. 05 thời kỳ (sơ sinh, bú mẹ, răng sữa, học đường, dậy thì)
2. ***Trong suốt quá trình mang thai, trung bình thai phụ tang, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. 6-8 kg
   B. 8-10 kg
   C. 8-12 kg
   D. 12-14 kg
3. ***Các bệnh lý thường gặp trong thời kỳ nhũ nhi, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Các bệnh có tính chất dị ứng
   B. Các bệnh về dinh dưỡng và tiêu hóa
   C. Các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp ít có tính chất lan tỏa
   D. Các bệnh cận thị, gù vẹo cột sống
4. ***Đặc điểm sinh học của thời kỳ răng sữa, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Chức năng cơ bản của các bộ phận đã hoàn toàn hoàn thiện.
   B. Chức năng vận động phát triển nhanh, hệ cơ phát triển, trẻ có khả năng phối hợp động tác khéo léo hơn.
   C. Trí tuệ phát triển nhanh, hình thành hệ thống tín hiệu thứ nhất.
   D. Tốc độ tăng trưởng nhanh hơn thời ký nhũ nhi
5. ***Giai đoạn tiền dậy thì của trẻ từ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. 10-12 tuổi
   B. 12-15 tuổi

C. 15-17 tuổi
D. Tất cả đều sai

Bài 2
ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU, SINH LÝ CƠ THỂ TRẺ EM

I.MỤC TIÊU:

1. Trình bày được đặc điểm cấu tạo và đặc điểm sinh lý của các hệ thống hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, tiết niệu, tạo máu, da, cơ, xương của trẻ em.

2. Nêu được các chỉ số đánh giá hoạt động sinh lý của trẻ em theo lứa tuổi.

II.NỘI DUNG:

1. ĐẶC ĐIỂM HỆ HÔ HẤP

1.1 Đặc điểm giải phẫu

1.1.1. Mũi

- Khoang trong hầu nhỏ và ngắn nên không khí thở vào không được sưởi ấm và lọc sạch.
- Niêm mạc mềm mại có nhiều mạch máu.
- Các xoang phát triển chưa đầy đủ.

1.1.2. Họng hầu

- Nối trực tiếp với mũi họng hầu ở trẻ tương đối hẹp và ngắn, hướng thẳng đứng, có hình phễu, hẹp, sụn mềm và nhẵn.
- Vòng bạch huyết Waldayer cấu tạo gồm: VA, Amidan vòi, Amidan khẩu cái, Amidan dưới lưỡi. Trẻ dưới 1 tuổi chỉ có VA phát triển, dễ bị viêm nhiễm, xuất tiết phù nề. Từ 2 tuổi Amidan khẩu cái mới phát triển.

1.1.3. Thanh, khí, phế quản

- Thanh quản: khe thanh âm ngắn.
- Khí quản: niêm mạc nhẵn nhiều mạch máu nhưng tương đối khô vì các tuyến dưới niêm chưa phát triển, sụn mềm dễ bị co giãn.
- Phế quản gốc phải to hơn và dốc hơn phế quản gốc trái nên dị vật hay rơi vào bên phải.

1.1.4. Phổi

- Phổi của trẻ lớn dần theo tuổi, sơ sinh trọng lượng phổi 50 – 60g. 6 tháng trọng lượng tăng gấp 3 lúc đẻ. 12 tuổi trọng lượng tăng gấp 10 lúc đẻ. Người lớn gấp 20 lần lúc đẻ.
- Đơn vị cấu tạo của phổi là các túi phổi, mỗi túi phổi có 20-25 phế nang.
- Tổ chức phổi có chứa nhiều mạch máu khi viêm nhiễm dễ bị sung huyết.
- Phổi ít tổ chức đàn hồi nên trẻ dễ bị xẹp phổi, khí phế thủng, giãn phế quản nhỏ.

1.2. Đặc điểm sinh lý

1.2.1. Đường thở

Không khí vào phổi qua đường mũi, không khí qua mũi được sưởi ấm, niêm mạc mũi sẽ lọc sạch không khí trước khi vào phổi.

1.2.2. Nhịp thở của trẻ em

Số lần thở của trẻ giảm dần theo lứa tuổi:

Tuổi (*năm*)	**Nhịp thở (*lần/phút*)**
< 1	30 – 40
1 – 2	25 – 35
2 – 5	25 – 30
5 – 12	20 – 25
> 12	15 – 20

Dưới 2 tuổi con trai thở nhanh hơn con gái.

Dậy thì con gái thở nhanh hơn con trai.

Thể tích khí trong 1 lần hít vào gọi là thể tích lưu thông (*Vt*).

Sơ sinh đủ tháng	25 ml
Trẻ 1 tuổi	70 ml
Trẻ 4 tuổi	120 ml
Trẻ 8 tuổi	170 ml
Trẻ 14 tuổi	300 ml
Người lớn	500 ml

1.2.3. Kiểu thở

- Trẻ sơ sinh và bú mẹ: thở cơ hoành (*thở bụng*).
- Trẻ 2 tuổi: thở hỗn hợp ngực bụng.
- Trẻ 10 tuổi: con trai chủ yếu thở bụng, con gái thở ngực.

2. ĐẶC ĐIỂM HỆ TUẦN HOÀN

2.1. Vòng tuần hoàn nhau thai và sau khi đẻ

Khi thai ở trong bụng mẹ, từ cuối tháng thứ hai vòng tuần hoàn nhau thai được hình thành và tiếp tục phát triển. Trong bào thai, phổi chưa hoạt động, sự trao đổi dưỡng khí được thực hiện ở nhau đặc điểm ở vòng tuần hoàn nhau thai là không phân chia được rõ.

Đại tuần hoàn và tiểu tuần hoàn, máu nuôi dưỡng cơ thể thai nhi là máu pha trộn máu động mạch và máu tĩnh mạch.

Ngay sau khi đẻ, trẻ bắt đầu thở bằng phổi. Sau khi cắt rốn, vòng tuần hoàn nhau thai ngừng hoạt động, vòng tuần hoàn chính thức hoạt động, tiểu tuần hoàn tách biệt khỏi đại tuần hoàn, phân biệt rõ máu động mạch và máu tĩnh mạch.

a. .Nhịp tim

Nhịp tim của trẻ nhanh hơn người lớn, càng nhỏ tuổi nhịp tim càng nhanh. Nhịp tim của trẻ rất dễ thay đổi như khi khóc, sốt, sợ hãi, gắng sức..., tốt nhất nên lấy mạch khi trẻ ngủ, nằm yên tĩnh.

Tuổi (*năm*)	**Nhịp tim (*lần/phút*)**
< 1	110 – 160
1 -2	100 – 150
2 – 5	95 – 140
5 – 12	80 – 120
> 12	60 – 100

2.3. Huyết áp động mạch

- Huyết áp trẻ em thấp hơn người càng ít tuổi huyết áp càng thấp.
- Huyết áp tối đa trẻ sơ sinh : 70 mmHg.
- Huyết áp tối đa trẻ 1 tuổi : 80 mmHg.
- Huyết áp tối đa ở trẻ trên 1 tuổi tính theo công thức.

HA(*max*)**=80 + 2N**

(*N = số tuổi*)

Tuổi (*năm*)	**HA tâm thu (*mmHg*)**
< 1	70 – 90
1- 2	80 – 95
2 – 5	80 – 100
5 – 12	90 – 110
> 12	100 – 120

Huyết áp tối thiểu.

HA(*min*) **= HA**(*max*) **/ 2 + K**

- Hệ số K phụ thuộc vào tuổi.

Dưới 7 tuổi: 10

7 – 12 tuổi: 15

13 – 15 tuổi: 20.

3. ĐẶC ĐIỂM HỆ TIÊU HÓA

3.1. Miệng

Niêm mạc mềm mại, có nhiều mạch máu, trong mấy tháng đầu sau đẻ niêm mạc khô vì tuyến nước bọt ít.

3.2. Tuyến nước bọt

Đến tháng thứ 3-4 tuyến nước bọt mới phát triển hoàn toàn, sau 3-4 tháng số lượng nước bọt tăng dần.

3.3. Răng

Trẻ mọc răng từ tháng thứ 6 đến 24 tháng thì mọc hết răng sữa.

Từ 6 tuổi trở lên thay bằng răng vĩnh viễn, nếu trẻ ăn thiếu calci, phospho, vitamin A, vitamin D... trong giai đoạn này thì răng kém phát triển.

3.4. Dạ dày

Dạ dày của trẻ nằm cao. Nằm ngang, khi trẻ biết đi thì dạ dày đứng dọc. Lúc mới đẻ dạ dày hình tròn. 7-11 tuổi dạ dày giống như người lớn.

Cơ dạ dày phát triển yếu nhất là cơ thắt tâm vị, cơ thắt môn vị đóng rất chặt nên trẻ dễ nôn trớ.

Vì vậy không nên cho trẻ ăn quá no và sau khi ăn xong nên bế trẻ 10 – 15 phút mới đặt nằm để tránh nôn trớ.

3.5. Ruột

Ruột trẻ dài hơn (*so với chiều dài cơ thể*) niêm mạc ruột có nhiều nếp nhăn, nhiều lông, nhiều mạch máu, do đó dễ hấp thụ, song dễ làm cho vi khuẩn xâm nhập.

Mạc treo ruột dài nên dễ bị xoắn ruột, manh tràng di động nên vị trí ruột thừa không cố định.

3.6. Phân

Phân su có từ tháng thứ tư trong bào thai sau đẻ từ 36 – 48 giờ trẻ bài tiết phân su, phân có màu xanh thẩm, dẻo và quánh không mùi.

Phân su của trẻ bú mẹ: màu vàng, mùi chua sền sệt, sau đẻ mỗi ngày trẻ ỉa từ 4 – 5 lần, sau đó 2 – 3 lần, cuối năm 1 -2 lần/ngày.

Phân của trẻ ăn sữa bò: phân đặc, dẻo, màu nhạt, mùi nặng hơn, số lượng nhiều hơn.

4. ĐẶC ĐIỂM HỆ TIẾT NIỆU

4.1. Đặc điểm về giải phẫu

4.1.1. Thận

Thận trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có các thùy nên nhìn ngoài thấy nhiều múi, thận trẻ em dễ di động vì tổ chức xung quanh thận chưa phát triển.

4.1.2. Niệu quản

Ở trẻ sơ sinh niệu quản đi ra từ bể thận tạo thành một góc vuông, ở trẻ lớn tạo thành góc tù, so với cơ thể niệu quản trẻ tương đối dài nên dễ bị gấp.

4.1.3. Bàng quang

Bàng quang ở trẻ em nằm cao nên dễ thấy cầu bàng quang.

Dung tích bàng quang:

* Trẻ sơ sinh 30-60 ml.
* Trẻ bú mẹ 60-100 ml.
* Trẻ 5 tuổi 100-200 ml.
* Trẻ 10 tuổi 150-350 ml.
* 15 tuổi 200-400 ml.

4.1.4. Niệu đạo

Do bàng quang nằm cao nên niệu đạo của trẻ dài, niệu đạo dài ra dần theo lứa tuổi, con gái từ 2-4 cm, con trai từ 6-15 cm.

4.2. Đặc điểm sinh lý

4.2.1. Chức năng thận

Thận của trẻ hoạt động từ cuối thời kỳ bào thai, thời kỳ sơ sinh chức năng thận chưa được hoàn chỉnh.

Chức năng lọc của cầu thận và chức năng tái hấp thu của ống thận còn kém, do đó tỷ trọng nước tiểu trẻ sơ sinh rất thấp.

Từ 2 tuổi chức năng của thận đã có thể như người lớn.

4.2.2. Số lần tiểu của trẻ em

Số lần tiểu giảm dần theo lứa tuổi do tăng dần dung tích bàng quang, sau đẻ mấy ngày đầu trẻ tiểu rất ít sau đó tăng lên:

- Sơ sinh 20 – 25 lần / ngày (*khoảng 1 tiếng đái 1 lần*).
- 3 tháng 15 – 20 lần / ngày
- 1 tuổi 12 – 16 lần / ngày
- 3 tuổi 7 – 8 lần / ngày.
- Trên 3 tuổi tiểu 6 – 8 lần / ngày.

Nên giáo dục các bà mẹ tập cho trẻ hình thành phản xạ tiểu chủ động không tiểu đêm bằng cách xi trẻ ngay từ những ngày đầu sau đẻ. Số lần tiểu không chỉ phụ thuộc theo tuổi mà còn vào chế độ ăn uống và thời tiết.

4.2.3. Số lượng nước tiểu

- Số lượng nước tiểu phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi, thời tiết, chế độ ăn uống và chức năng thận.

- Theo tuổi:

1 – 4 ngày tuổi: 20 – 60 ml/ngày.
5 – 7 ngày tuổi: 100 – 150 ml/ngày.
2 – 3 tuần tuổi: 150 – 300 ml/ ngày.
1 – 3 tháng tuổi: 250 – 450 ml/ngày.
2th – 12 tháng tuổi: 400 – 600 ml/ngày.

Trẻ > 1 tuổi đến 7 tuổi được tính theo công thức.

Ml nước tiểu/24 giờ = 600 + 100 (N – 1)

Trẻ trên 7 tuổi: 1200 – 1400 ml/ngày.

(*N là số tuổi của trẻ tính theo năm, 100 là số lượng nước tiểu tăng lên mỗi năm*).

5. DA VÀ LỚP MỠ DƯỚI DA

5.1. Đặc điểm cấu tạo

5.1.1. Da

- Da trẻ mềm mại , mỏng, xốp, có nhiều nước, nhiều mao mạch, sờ vào mịn như nhung, các sợi cơ và sợi đàn hồi phát triển ít, tuyến mồ hôi trong 3 – 4 tháng đầu phát triển nhưng chưa hoạt động.

- Sau đẻ trên da trẻ có một lớp chất gây màu trắng xám, lớp gây này có tác dụng: bảo vệ da, giữ nhiệt cho cơ thể, dinh dưỡng nuôi da, miễn dịch. Do đó chỉ nên lau sạch chất gây sau 48 giờ để tránh hăm đỏ tại các nếp gấp.

5.1.2. Lớp mỡ dưới da

Được hình thành từ tháng thứ 7-8 trong thời kỳ bào thai, vì vậy trẻ đẻ non tháng lớp mỡ dưới da mỏng. Bề dày của lớp mỡ dưới da:

* Trẻ từ 3-6 tháng là : 6-7 mm.
* 1 tuổi là : 10-12 mm.
* 7-10 tuổi là : 7 mm.
* Từ 11-15 tuổi là : 8 mm.

Thành phần lớp mỡ dưới da của trẻ em gồm nhiều acid béo no, ít acid béo không no. Khi bị lạnh trẻ dễ bị cứng bì.

LƯU Ý:

- Tránh tiêm các thuốc tan trong dầu, thuốc lâu tan, dễ gây áp xe hơn so với người lớn.

- Tóc trẻ mềm mại vì chưa có lõi tóc, tóc có thể rậm, thưa, đen hoặc hơi vàng.

5.2. Đặc điểm sinh lý

5.2.1. Chức năng bảo vệ

Da trẻ mỏng nên dễ xây xát tổn thương và nhiễm khuẩn.

Những tháng đầu sau đẻ chưa tiết mồ hôi, song diện tích của da so với trọng lượng cơ thể trẻ tương đối lớn do đó sự mất nước qua da lớn hơn người lớn.

5.2.2. Chức năng điều nhiệt

Da trẻ điều nhiệt kém do đó trẻ dễ bị sốt cao, dễ bị hạ nhiệt độ.

5.2.3. Chức năng chuyển hóa dinh dưỡng

Da trẻ tham gia chuyển hóa nước, trên da có chất tiền vitamin D, nhờ tia cực tím của ánh sáng mặt trời chuyển thành vitamin D chống bệnh còi xương.

Cần cho trẻ tắm ánh nắng mặt trời vào buổi sáng và chăm sóc da trẻ từ khi mới lọt lòng.

6. HỆ CƠ

6.1. Đặc điểm cấu tạo

- Hệ cơ phát triển dần đến tuổi trưởng thành, hệ cơ chiếm 42% trọng lượng cơ thể (mới đẻ hệ cơ chiếm 23% trọng lượng cơ thể).
- Sợi cơ mảnh, thành phần cơ nhiều nước, ít đạm và mỡ.
- Vì vậy khi mắc bệnh tiêu chảy hay sốt cao trẻ mất nước nhanh và sút cân nhanh hơn người lớn.

6.2. Đặc điểm về phát triển cơ

- Cơ của trẻ em không đồng đều, các cơ lớn phát triển trước (*như: cơ đùi, cơ mông, cơ cánh tay, cơ vai...*)
- Các cơ nhỏ phát triển sau (*như cơ bàn tay, cơ ngón tay...*).

Vì vậy trẻ còn nhỏ chưa thể làm các động tác khéo léo của bàn tay như, viết, vẽ, thêu... và cũng không nên bắt trẻ lao động quá sức, cần hướng dẫn để cho trẻ luyện tập để hệ cơ phát triển.

- Trong những tháng đầu sau khi đẻ có hiện tượng tăng trương lực cơ sinh lý nên trẻ thường co cả 2 tay lại.

7. HỆ XƯƠNG

Xương là chỗ dựa của toàn bộ cơ thể và bảo vệ một số bộ phận như não, tim, phổi...
Hệ xương phối hợp với hệ cơ và hệ thần kinh hoàn thành các vận động cơ thể.

7.1. Đặc điểm cấu tạo

- Sườn của trẻ em chưa phát triển, hầu hết là sụn. Quá trình hình thành xương phát triển dần cho đến lúc 20- 25 tuổi mới kết thúc. Điểm cốt hóa thường ở các đầu xương và xuất hiện theo từng lứa tuổi. Dựa vào các điểm cốt hóa để xác định tuổi của trẻ em và đánh giá sự phát triển của cơ thể.

Xương của trẻ nhỏ chứa nhiều nước, ít muối khoáng, càng lớn, lượng nước càng giảm, lượng muối khoáng càng tăng lên. Vì vậy xương trẻ em mềm, dễ gãy.

Điểm cốt hóa là nơi bắt đầu hình thành tổ chức xương. Chúng xuất hiện không đồng thời cùng lúc ở các xương. Do đó dựa vào sự xuất hiện của các điểm cốt hóa này có thể xác định tuổi của trẻ và đánh giá sự phát triển của cơ thể.

7.2. Đặc điểm của một số xương

7.2.1. Xương sọ

- Hộp sọ của trẻ tương đối to so với kích thước của cơ thể, hộp sọ phát triển nhanh trong những năm đầu.
- Trên xương sọ có 2 thóp, thóp trước rộng hơn thóp sau, thóp trước hình thoi kín vào lúc 12 tháng, muộn nhất vào lúc 18 tháng. Thóp sau nhỏ hơn hình tam giác kín ngay sau sinh (*25% kín trong quý đầu*).

7.2.2. Răng

- Trẻ bắt đầu mọc răng cửa hàm dưới vào tháng thứ 6, răng cửa thường mọc chẵn.

Số răng sữa của trẻ được tính theo công thức:

Số răng = Số tháng – 4

- Đến 2 tuổi được 20 răng sữa và kết thúc thời kì mọc răng sữa.
- Từ 5 – 7 tuổi mọc răng hàm.
- Từ 6 – 7 tuổi bắt đầu thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn. Tổng số là 32 răng.

7.2.3. Xương lồng ngực

- Trẻ nhỏ dưới 2 tháng tuổi lồng ngực mềm, hình trụ, các xương sườn nằm ngang. Do vậy vận động của lồng ngực kém, trẻ thở chủ yếu bằng cơ hoành.
- Trên 1 tuổi các xương sườn nằm chếch xuống, lồng ngực dẹt dần, di động của lồng ngực tốt hơn.

7.2.4. Xương cột sống

- Lúc mới đẻ cột sống thẳng, khi biết ngẩng đầu (*2 tháng*) cột sống cong về phía trước. Khi trẻ biết ngồi (*6 tháng*) cột sống cong về phía sau. Đến 7 tuổi cột sống có 2 đoạn cong ở cổ và ở ngực, đến tuổi dậy thì thì thêm một đoạn cong ở thắt lưng.
- Trẻ ngồi sớm, bế nách, ngồi học không đúng tư thế dễ bị gù, vẹo cột sống.

7.2.5. Xương chi

- Trẻ mới đẻ xương chi hơi cong đến 1 – 2 tháng thì hết.
- Trẻ bị còi xương chi bị cong nhiều hơn.
- Trẻ sơ sinh có xương tay và xương chi ngắn chỉ bằng 1/3 chiều dài cơ thể. Đến tuổi trưởng thành xương chân dài bằng 50%, xương tay dài bằng 40% chiều dài cơ thể.

7.2.6. Xương chậu

- Gồm có 2 xương cánh chậu, xương cùng và xương cụt. Dưới 6-7 tuổi thì khung chậu trẻ em trai và trẻ em gái giống nhau, sau này khung chậu của trẻ em gái phát triển hơn, đối với trẻ em gái nếu khung chậu kém phát triển sẽ gây đẻ khó sau này.

8. ĐẶC ĐIỂM HỆ MÁU

- Tạo máu ở bào thai: sự tạo máu bắt đầu rất sớm vào tuần thứ 3 của thời kì phôi thai và được thực hiện ở nhiều bộ phận như:

+ Gan: là nơi tạo máu chủ yếu của thai nhi bắt đầu từ tuần thứ 5 sau đó yếu dần rồi ngừng hẳn khi trẻ ra đời. Gan sản sinh ra tất cả các loại tế bào máu nhưng chủ yếu là hồng cầu.

+ Tủy xương được hình thành sớm từ tuần thứ sáu của phôi thai song đến tháng 4 -5 của thời kì bào thai khi sự tạo máu ở gan yếu đi tạo máu tủy mới mạnh dần.

+ Lách: tham gia tạo máu từ tháng thứ 3 – 4 của bào thai, chủ yếu sản xuất Lympho và một phần hồng cầu.

+ Hạch và một phần tuyến ức cũng tham gia tạo máu từ tháng thứ 5 – 6 của bào thai.

- Tạo máu sau sinh: tủy xương là cơ quan tạo máu chủ yếu. Trẻ nhỏ tất cả tủy xương đều hoạt động tạo máu. Ở trẻ lớn và người lớn chủ yếu là các xương dẹt: xương sườn, xương ức, xương bả vai, xương đòn, xương cột sống và một phần ở đầu xương dài.

- Khi bị thiếu máu các cơ quan tạo máu dễ bị tăng sinh, loạn sản. Do đó trên lâm sàng thường thấy gan, lách, hạch to.

8.1. Hồng cầu

- Trẻ sơ sinh đủ tháng hồng cầu rất cao (*5-6 triệu/mm^3*), khi mới đẻ.
- Bắt đầu đến ngày thứ 2-3 sau đẻ hồng cầu bị vỡ 1 số và xuất hiện vàng da sinh lý.
- Đến cuối thời kì sơ sinh hồng cầu còn 4 triệu đến 4,5 triệu/mm^3.
- Dưới 12 tháng hồng cầu còn 3,2 – 3,5 triệu/mm^3.
- Trẻ trên 1 tuổi hồng cầu ổn định dần đến 3 tuổi số lượng hồng cầu 4 triệu/mm^3.

8.2. Huyết sắc tố

- Trẻ mới đẻ số lượng HST cao 17-19 g/1000ml máu.
- Dưới 1 tuổi số lượng HST giảm còn 10-12 g/1000ml máu.
- Trên 1 tuổi lượng HST ổn định 14-14,5 g/1000ml máu.

8.3. Bạch cầu

- Trẻ sơ sinh số lượng bạch cầu cao 20.000-30.000/mm^3.
- Dưới 1 tuổi số lượng bạch cầu giảm 10.000-12000/mm^3.
- Trên 1 tuổi từ 6000-8000/mm^3 máu.
- Công thức bạch cầu thay đổi theo lứa tuổi.
- Trẻ sơ sinh bạch cầu đa nhân trung tính 45-65%, dưới 1 tuổi rất thấp 30-40%, trên 1 tuổi tăng dần đến 5 tuổi đạt 50-60%.
- Bạch cầu Lympho khi mới đẻ 20-30% khi 1 tuổi cao 40-60% trên 1 tuổi giảm dần 20-30% giống người lớn.

8.4. Tiểu cầu

Tiểu cầu ít thay đổi: trẻ sơ sinh có khoảng 100.000/mm^3, ngoài tuổi sơ sinh từ 150.000-300.000/mm^3.

8.5. Khối lượng tuần hoàn

- Sơ sinh : 14% trọng lượng cơ thể.
- Trẻ dưới 1 tuổi : 11% trọng lượng cơ thể.
- Trẻ lớn : 7-8% trọng lượng cơ thể.

III. CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Hocmon nào sau đây là của tuyến giáp, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

a. TSH, ACTH
b. T3, T4
c. TRH
d. FSH

2. Cơ quan sản xuất máu chủ yếu và duy nhất sau khi sinh là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

a. gan
b. lách
c. thận
d. tủy xương

3. Những đặc điểm nào sau đây là đúng đối với hệ thần kinh trẻ em, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

a. Tình trạng Myelin hóa chưa hoàn thiện, trẻ dễ bị co giật và xuất huyết não

b. Phản xạ Babinski dương tính, trẻ ngủ ngày nhiều và trẻ dễ bị quên
c. Trẻ dễ bị ức chế với các kích thích, não tiêu thụ oxy ít hơn so với người lớn
d. Sự biệt hóa myelin hoàn chỉnh lúc 2 tuổi, dễ bị chấn thương sọ não hơn người lớn

4. Đặc điểm đường hô hấp trẻ em, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

a. Ở trẻ bú mẹ hô hấp bằng đường mũi chủ yếu vì khoang hầu tương đối dài và rộng.
b. Tổ chức xoang phát triển mạnh ở trẻ nhũ nhi
c. Tổ chức bạch huyết (VA) hầu họng phát triển mạnh ở trẻ bú mẹ
d. Niêm mạc khí quản ít mạch máu, ướt do các tuyến niêm mạc đã phát triển.

5. Đặc điểm tuần hoàn trẻ em, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

a. Tuần hoàn của trẻ em trước và sau sinh như nhau
b. Trong bào thai máu từ thất phải lên phổi là chủ yếu
c. Ống động mạch đóng về mặt giải phẫu khoảng 3-4 tháng sau khi trẻ ra đời
d. Tim và mạch máu trẻ nhỏ có đặc điểm và cấu tạo giống người lớn.

Bài 3
SỰ TĂNG TRƯỞNG THỂ CHẤT, TÂM THẦN VÀ VẬN ĐỘNG CỦA TRẺ

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. *Mô tả sự tăng trưởng thể chất của trẻ em qua các lứa tuổi, sơ sinh cho đến tuổi trưởng thành.*
2. *Trình bày các yếu tố chính quyết định sự tăng trưởng của trẻ em qua các giai đoạn phát triển.*
3. *Trình bày được các chỉ số cơ bản của sự phát triển tâm thần vận động bình thường của trẻ qua các lứa tuổi.*

II.NỘI DUNG:

1. TĂNG TRƯỞNG VỀ THỂ CHẤT

1.1. TĂNG TRƯỞNG CÂN NẶNG

1.1.1. Trẻ sơ sinh

- Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh đủ tháng ở nước ta theo điều tra năm 1995 là:

+ Con trai: 3100 ± 350g

+ Con gái: 3000 ± 340g

- Vài ngày sau đẻ cân nặng của trẻ giảm đi từ 6 -8% so với lúc sinh, nghĩa là từ 150 – 300g và sẽ đạt được trở lại cân nặng ban đầu vào ngày thứ 10 sau đẻ. Đối với trẻ đẻ non thì tỷ lệ sút cân nhiều hơn và sự phục hồi cũng chậm hơn so với trẻ đủ tháng.

1.1.2. Trẻ dưới 1 tuổi

Trong 3 tháng đầu cân nặng tăng nhanh sau đó chậm dần. Đến tháng thứ 4 – 5 cân nặng tăng gấp đôi rưỡi và đến cuối năm tăng gấp 3 lúc đẻ.

- Trong 6 tháng đầu cân nặng của trẻ em nước ta tăng nhanh không kém gì so với trẻ em của các nước phát triển nghĩa là mỗi tháng tăng trung bình 600g/ tháng .

Trong 6 tháng tiếp theo cân nặng của trẻ em nước ta tăng chậm hơn so với trẻ em các nước phát triển, nghĩa là mỗi tháng chỉ tăng được trung bình 500g/ tháng.

1.1.3. Trẻ từ 1 tuổi trở lên

Từ 1 tuổi đến 9 tuổi cân nặng tăng chậm hơn trung bình mỗi năm tăng 2 kg. Có thể tính của nặng của trẻ từ 1 – 9 tuổi theo công thức sau:

$$\mathbf{X_1\ (kg) = 9 + 2(n - 1)}$$

X_1 = Cân nặng của trẻ 1 tuổi – 9 tuổi

Từ 10 – 15 tuổi cân nặng của trẻ tăng nhanh hơn trung bình mỗi năm tăng được 4 kg. Có thể tính cân nặng của trẻ từ 10 -15 tuổi theo công thức sau:

$$\mathbf{X_2\ (kg) = 21 + 4(n - 10)}$$

X_2 là cân nặng của trẻ từ 10 – 15 tuổi

1.2. TĂNG TRƯỞNG CHIỀU CAO

1.2.1. Trẻ sơ sinh

Chiều cao của trẻ sơ sinh đủ tháng lúc mới đẻ ở nước ta theo điều tra năm 1995 là:

+ Con trai: 50 ± 1.6 cm

+ Con gái: 49,8 ± 1,5 cm

1.2.2. Trẻ dưới 1 tuổi

Chiều cao của trẻ dưới 1 tuổi tăng rất nhanh

- Trong 3 tháng đầu mỗi tháng tăng từ 3 – 3,5 cm/tháng
- 3 tháng tiếp theo mỗi tháng tăng 2 cm/tháng
- 6 tháng cuối mỗi tháng tăng từ 1 – 1,5 cm/tháng

Đến cuối năm chiều cao trung bình của trẻ trai là: 74,54 + 2,3 cm và chiều cao trung bình của trẻ gái là: 73,35 + 2,89 cm.

1.2.3. Trẻ từ 1 tuổi trở lên

Tốc độ tăng chiều cao ở tuổi này chậm hơn so với trẻ dưới 1 tuổi

Khi trẻ được 1 tuổi chiều cao trung bình là 75cm. Mỗi năm sau đó trung bình trẻ tăng được 5 cm/năm. Như vậy có thể tính chiều cao của trẻ ở tuổi này theo công thức sau:

Y (cm) = 75 cm + 5 cm (n -1)

Y = chiều cao của trẻ.

N = số tuổi.

1.3. TĂNG TRƯỞNG VÒNG ĐẦU, VÒNG NGỰC VÀ VÒNG CÁNH TAY

1.3.1. Vòng đầu

- Vòng đầu tăng nhanh trong năm đầu, các năm sau tăng chậm lại:
  + Trong 3 tháng đầu mỗi tháng vòng đầu tăng gần 3 cm.
  + Từ 1 – dưới 3 tuổi mỗi năm vòng đầu tăng 2 cm.
  + Từ 3 tuổi trở lên mỗi năm vòng đầu tăng trung bình 0,5 – 1cm.
- Chỉ số vòng đầu theo tuổi:
  + Trẻ sơ sinh: 30,31 – 1,85cm
  + 1 tuổi: 44 – 45cm
  + 5 tuổi: 49 – 51cm
  + 10 tuổi: 51 – 53cm
  + 15 tuổi: 53 – 55cm

1.3.2. Vòng ngực

Lúc mới đẻ vòng ngực nhỏ hơn vòng đầu, có trị số trung bình là 30cm. Cũng như vòng đầu, vòng ngực tăng nhanh trong những tháng đầu, nhưng mức tăng chậm hơn. Từ 2 -3 tuổi vòng đầu và vòng ngực bằng nhau sau đó vòng ngực lớn nhanh dần và vượt vòng đầu.

1.3.3. Vòng cánh tay

- Chỉ số vòng cánh tay theo tuổi
  + Vòng cánh tay của trẻ lúc 1 tháng là 11 cm.
  + Đến 1 tuổi ở trẻ trai là 13,7 ± 0,9 cm
    ở trẻ gái là 13,4 ± 1 cm.
  + Đến 5 tuổi là 15 ± 1 cm.
- Phát hiện tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ từ 1-5 tuổi bằng đo vòng cánh tay.

Nếu vòng cánh tay của trẻ từ 1-5 tuổi dưới 12,5 cm là trẻ bị suy dinh dưỡng.

1.4. NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TĂNG TRƯỞNG THỂ CHẤT

1.4.1. Những yếu tố bên trong cơ thể

- Các yếu tố nội tiết như vai trò của tuyến yên, tuyến giáp, tuyến cận giáp, tuyến thượng thận…
- Yếu tố di truyền liên quan đến chủng tộc, gen.
- Các dị tật bẩm sinh thường làm cho trẻ chậm lớn.

1.4.2. Những yếu tố bên ngoài cơ thể

- Vai trò của dinh dưỡng rất quan trọng : nuôi dưỡng tốt trẻ lớn nhanh và ngược lại.
- Chăm sóc y tế : Trẻ ở trong môi trường chăm sóc y tế tốt sẽ tăng trưởng nhanh hơn.
- Vai trò giáo dục và rèn luyện tập thân thể làm trẻ phát triển cân đối.
- Khí hậu môi trường ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ, trẻ thường tăng cân vào mùa mát mẻ, không khí trong lành.
- Các hoạt động thể dục thể thao
- Điều kiện kinh tế, xã hội.
- Đô thị hóa

2. SỰ PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VÀ VẬN ĐỘNG

Sự phát triển toàn diện của vỏ não, các giác quan kết hợp với môi trường giáo dục và xã hội tốt là những điều kiện chủ yếu giúp trẻ phát triển tốt về tâm thần và vận động.

2.1. Trẻ sơ sinh

- Trẻ sơ sinh không chủ động được các động tác.
- Hoạt động theo hướng tự phát không có ý thức.
- Trẻ có những phản xạ tự nhiên, bú, nắm tay, phản xạ bắt chộp (khi vỗ vào thành giường nơi trẻ nằm, trẻ giật mình, hai tay dang ra rồi ôm choàng vào thân).
- Trẻ sơ sinh tuy ngủ nhiều nhưng trẻ đã biết nghe nếu có tiếng động to. Nghe được tiếng của mẹ và người khác. Trẻ biết nếm, ngay sau khi đẻ trẻ đã không thích vị đắng mà thích vị ngọt.
- Trẻ có thể ngửi mùi sữa mẹ qua đó biết tìm vú mẹ.

2.2. Trẻ 2 tháng tuổi

Thời gian ngủ giảm dần, lúc thức trẻ biết chơi, nhìn được các vật sáng di động trước mắt.

- Biết hóng chuyện mỉm cười, thể hiện sự vui thích.
- Đặt trẻ nằm sấp, trẻ có thể ngẩng đầu lên trong chốc lát.

2.3. Trẻ 3 tháng tuổi

- Thời gian thức và chơi tăng dần.
- Trẻ có thể nhìn theo một vật di động, có thể chăm chú nhìn một vật đang nắm trong tay.
- Có thể nắm lấy nhưng vật người lớn đưa ~và tự cầm lấy được những đồ chơi cho vào mồm mặc dầu chưa biết tự điều chỉnh được.
- Lẫy được từ tư thế ngửa sang nghiêng

2.4. Trẻ 4 tháng tuổi

- Có thể vận động tự ý cầm hoặc kéo đồ chơi.
- Ham thích môi trường xung quanh, thích chơi đùa với người xung quanh.
- Thích đạp, thích vùng vẫy chân tay.
- Lẫy được tư thế ngửa sang sấp, nằm sấp ngẩng đầu được lâu hơn.

2.5. Trẻ 5 tháng

- Có thể phát âm được vài phụ âm.
- Ngồi được khi có người đỡ.
- Có thể lẫy được từ sấp sang ngửa.
- Trẻ có thể giữ được đầu tương đối thẳng.
- Quay đầu về nơi có tiếng động.

2.6. Trẻ 6 tháng tuổi

- Biết phân biệt được mẹ với người lạ.
- Bập bẹ vài tiếng.
- Biết ngồi vững hơn, trườn được ra phía trước và xung quanh.
- Đưa vật gì, trẻ chộp lấy nhanh và giữ trong tay khá lâu.
- Có thể chuyển từ tay này sang tay khác chính xác.
- Có thể nhặt được vật nhỏ bằng 5 ngón

2.7. Trẻ 7 -9 tháng tuổi

- Có cảm xúc vui mừng, sợ hãi.
- Tự ngồi được vững vàng.
- Bò giỏi và có thể vận động đứng lên khi có thành chắc chắn.
- Có thể nhặt được vật nhỏ bằng hai ngón tay (ngón cái và ngón trỏ).
- Cầm vật gì ở hai tay có thể đập vào nhau để có tiếng động hoặc vứt bỏ vật này để lấy vật khác.
- Trẻ rất thích vật phát ra tiếng động như quả chuông, quả lắc...

Biết phát âm bà – bà , má – má...

Biết vẫy tay chào: vỗ tay hoan hô

2.8. Trẻ 10 -12 tháng tuổi

- Hiểu được lời nói đơn giản, phải được 2 âm: bà ơi, mẹ đâu...
- Nhắc lại những âm người lớn đã dạy.
- Biết chỉ tay vào vật mình ưa thích.
- Thích đập đồ chơi vào bàn, hoặc quẳng xuống đất.
- Sử dụng các ngón tay dễ dàng hơn.
- Trẻ đứng vững, bắt đầu tập đi lại vài bước khi có người lớn dắt hai tay.
- Đến tháng thứ 12 trẻ có thể đi được vài bước, không cần người đỡ. Trẻ thường giơ hai tay ra phía trước để giữ thăng bằng.

2.9. Trẻ 18 tháng tuổi

- Biết đi nhanh, chạy được và lên được cầu thang nếu có người dắt tay.
- Biết chơi đồ chơi, xếp các miếng gỗ hình tháp
- Biết lật ngửa cái chén để lấy hòn bi bên trong.
- Nói được các câu ngắn.
- Chỉ được các bộ phận như mắt, mũi, tai của mình.
- Ban ngày biết gọi đi tiểu tiện.

- Tự cầm bát xúc ăn bằng thìa.

2.10. Trẻ 24 tháng tuổi

- Tự lên cầu thang một mình
- Nhảy được 1 chân.
- Thích xếp đồ chơi.
- Nói được câu dài và có thể hát được bài hát ngắn.
- Vẽ được vòng tròn, đường thẳng...

2.11. Trẻ 2-3 tuổi

- Cử động chân tay và các động tác khéo léo hơn.
- Đi nhanh, chạy, leo được bậc thang cửa, tự làm một vài việc đơn giản.
- Hay đặt câu hỏi
- Ngôn ngữ nói phát triển nhanh
- Thích sống tập thể.

2.12. Trẻ 4 – 6 tuổi

- Thích tìm hiểu môi trường xung quanh, thích chơi một mình.
- Tinh thần phát triển nhanh.
- Ngôn ngữ phát triển mạnh, trẻ học được bài hát dài.
- Vận động khéo léo, nhanh nhẹn hơn.
- Biết học chữ, học vẽ, viết được.
- Lúc 6 tuổi trẻ bắt đầu đi học.

2.13. Trẻ 7-1 5 tuổi

- Tiếp thu giáo dục tốt, có khả năng sáng tạo tưởng tượng.
- Học văn hóa và sinh hoạt hòa mình rộng rãi trong cộng đồng xã hội.
- Vận động khéo léo tinh vi, biết chơi các môn thể thao, nhảy múa, sinh hoạt tập thể...
- Cơ thể thay đổi nhanh khi trẻ bắt đầu dậy thì: phát triển tuyến vú ở trẻ gái, phát triển cơ bắp, mọc lông nách và mu, tiếng nói ồ... ở trẻ trai.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ :

1. Trong 06 tháng đầu sau sinh cân nặng của trẻ tăng trung bình, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. 500g/ tháng
B. 600g/ tháng
C. 700g/ tháng
D. 800g/ tháng

2. Tăng trưởng vòng đầu của trẻ, CHỌN CÂU SAI:

A. Tăng nhanh trong năm đầu, các năm sau đó tăng chậm lại
B. Tăng khoảng 3 cm/ tháng trong 3 tháng đầu sau sanh
C. Từ 1 đến dưới 3 tuổi mỗi năm vòng đầu tăng 3 cm
D. Trẻ từ 3 tuổi trở lên mỗi năm vòng đầu tăng trung bình 0.5 – 1 cm

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tăng trưởng của trẻ , CHỌN CÂU SAI:

A. Nội tiết
B. Di truyền
C. Dinh dưỡng
D. Các vấn đề tôn giáo

4. Các điều kiện ảnh hưởng đến phát triển tâm thần vận động của trẻ, NGOẠI TRỪ :

A. Sự hoàn thiện và phát triển vỏ não
B. Sự toàn vẹn và phát triển của các giác quan
C. Môi trường sống
D. Tất cả sai.

5. Trẻ 10 – 12 tháng tuổi có thể, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Hiểu được lời nói đơn giản, phát được 2 âm bà ơi, mẹ đâu...
B. Biết chỉ tay vào vật mình ưa thích.
C. Trẻ đứng vững, bắt đầu tập đi lại vài bước khi có người lớn dắt hai tay

D. Tất cả đúng

6. Trẻ 4 – 6 tuổi, CHỌN CÂU SAI:

A. Ngôn ngữ phát triển mạnh, trẻ học được bài hát dài.
B. Biết học chữ, học vẽ, viết được.
C. Bắt đầu nhảy được một chân
D. Trẻ thích chơi một mình

Bài 4
DINH DƯỠNG Ở TRẺ EM
(*Bú mẹ và ăn bổ sung, ăn nhân tạo*)

I.MỤC TIÊU:

1. Trình bày 5 giá trị của sữa mẹ và lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ.
2. Trình bày 6 biện pháp bảo vệ nguồn sữa mẹ.
3. Trình bày cách cho trẻ bú đúng và cách cho trẻ ăn bổ sung đúng.
4. Trình bày chế độ ăn của trẻ (bú mẹ, ăn bổ sung và ăn nhân tạo).
5. Kể các loại sữa dùng cho trẻ ăn nhân tạo.
6. Đánh giá chế độ nuôi dưỡng trẻ.

II.NỘI DUNG:

Nuôi con bằng sữa mẹ đem đến cho trẻ sự khởi đầu tốt nhất, đó là một khâu rất quan trong trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Có rất nhiều trẻ bị bệnh và những bệnh tật này không xảy ra nếu chúng được bú mẹ.

Nhiều nước trên thế giới, ngay cả những nước đang phát triển, phong trào nuôi con bằng sữa mẹ có xu hướng giảm đi rõ rệt do sự phát triển của công nghiệp hóa đô thị, các bà mẹ bận đi làm, hơn thế nữa nhiều loại thức ăn nhân tạo được quảng cáo rộng rãi trên thị trường làm ảnh hưởng đến việc cho con bú.

Trong những năm gần đây, tỷ lệ các bà mẹ cho con bú tăng lên rõ rệt do họ đã thấy được sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ dưới 1 tuổi và không có loại thức ăn nào có thể thay thế được. Nhiều công trình nghiên cứu đã chứng tỏ nuôi con bằng sữa mẹ tốt hơn hẳn và rẻ hơn nhiều so với nuôi bằng thức ăn nhân tạo hay bất cứ một loại sữa nào khác.

Ở Việt Nam nuôi con bằng sữa mẹ là phong tục tập quán cổ truyền, đa số các bà mẹ cho con bú vì nó đã mang lại nhiều lợi ích cho trẻ và bà mẹ.

1. TẦM QUAN TRỌNG CỦA NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

1.1. GIÁ TRỊ CỦA SỮA MẸ VÀ LỢI ÍCH CỦA VIỆC NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Sữa mẹ bài tiết trong tuần đầu được gọi là sữa non, sữa non có màu vàng nhạt, nhiều năng lượng, chất đạm, nhiều vitamin A, đặc biệt là kháng thể và tế bào bạch cầu, giúp tăng cường miễn dịch cho trẻ. Sữa non là thức ăn tốt nhất cho trẻ trong tuần đầu.

Sữa mẹ bài tiết sau khi "*sữa về*" gọi là sữa trưởng thành (*sữa mẹ*).

Một bữa bú có hai giai đoạn tiết sữa:

+ Sữa đầu: là sữa bài tiết ở đầu bữa bú, chủ yếu cung cấp đạm.

+ Sữa cuối: là sữa bài tiết cuối bữa bú, chủ yếu cung cấp chất béo.

1.1.1. Sữa mẹ có đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển cơ thể trẻ trong 6 tháng đầu

- 1 lít sữa mẹ có 600 – 700 calo.

- Tỷ lệ đạm, mỡ, đường cân đối, dễ tiêu hóa và dễ hấp thu, do vậy trẻ bú sữa mẹ ít bị tiêu chảy và suy dinh dưỡng.

- Muối khoáng có tỷ lệ thích hợp, thỏa mãn nhu cầu dinh dưỡng của trẻ

- Tỷ lệ canxi/ phospho thích hợp, lượng sắt cao hơn sữa bò do vậy trẻ bú sữa mẹ ít mác bệnh còi xương, thiếu máu dinh dưỡng.

- Sữa mẹ có nhiều vitamin A: phòng được bệnh khô mắt.

1.1.2. Sữa mẹ có tính kháng khuẩn, chống dị ứng

- Kháng thể của mẹ, do vậy trẻ ít bị nhiễm khuẩn, ít mắc các bệnh dị ứng.

- Trẻ bú mẹ trực tiếp nên đảm bảo vô khuẩn, vệ sinh.

1.1.3. Thuận tiện và đỡ tốn kém

- Không tốn tiền mua sữa và dụng cụ pha chế.

- Không mất công chế biến.

1.1.4. Tăng cường tình cảm mẹ con

- Người mẹ khi cho con bú thường âu yếm, nâng niu con, do vậy trẻ cảm thấy vui vẻ, bình yên thoải mái, ôm ấp 2 bầu vú mẹ. Tình cảm mẹ con được hình thành và gắn bó.

- Trẻ phát triển khỏe mạnh.

- Mẹ cảm thấy hạnh phúc và bớt nhọc nhằn.

1.1.5. Tạo điều kiện tốt cho sinh đẻ kế hoạch và bảo vệ sức khỏe cho mẹ

- Mẹ cho con bú sẽ hạn chế được quá trình rụng trứng.

- Cho con bú thường xuyên hạn chế viêm tắt, áp xe vú, ung thư vú.

- Cho con bú sớm giúp co hồi tử cung tốt và cầm máu sau đẻ.

1.2. NHỮNG NGUY HIỂM CỦA VIỆC NUÔI CON BẰNG THỨC ĂN NHÂN TẠO

1.2.1. Đối với con

- Dễ bị tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp, suy dinh dưỡng, thiếu Vitamin A . . . là những bệnh có nguy cơ tử vong cao hơn.

- Tăng nguy cơ một số bệnh mãn tính.

- Dễ bị dị ứng và không dung nạp sữa.

- Trẻ có thể bị tăng cân quá mức.

- Điểm trắc nghiệm chỉ số thông minh thấp.

- Hạn chế sự gắn bó mẹ con.

1.2.2. Đối với mẹ

- Có thể có thai sớm hơn.
- Tăng nguy cơ mắc bệnh như thiếu máu, ung thư vú và buồng trứng.
- Hạn chế sự gắn bó giữa mẹ và con.

2. CÁC BIỆN PHÁP BẢO VỆ NGUỒN SỮA MẸ

2.1. DIỄN BIẾN MỘT BỮA BÚ

2.1.1. Giải phẫu vú

- Núm vú.
- Quầng vú: là vùng da sẫm mầu của vú, có tuyến montgomery bài tiết chất bảo vệ da, phía trong quầng vú có các xoang chứa sữa là nơi tập hợp sữa cho bữa bú.
- Các nang sữa: gồm có các tế bào bài tiết sữa, xung quanh nang sữa có các tế bào cơ.
- Ống dẫn sữa: dẫn sữa từ nang sữa đến các xoang chứa sữa.
- Mô nâng đỡ vú: ở xung quanh nang sữa và các ống dẫn sữa.

2.1.2. Sinh lý bài tiết sữa

Sữa mẹ được bài tiết theo cơ chế phản xạ, khi trẻ bú, xung động cảm giác từ núm vú lên não tác động lên tuyến yên để sản xuất ra Prolactin và Oxytocin.

- Prolactin có tác dụng kích thích tế bào bài tiết sữa. Phản xạ này gọi là phản xạ tạo sữa. Prolactin thường được sản xuất nhiều vào ban đêm và làm cho bà mẹ thư giãn và buồn ngủ. Vì vậy nên cho trẻ bú nhiều cả về ban đêm. Nội tiết tố này còn tác dụng ngăn cản sự rụng trứng giúp cho bà mẹ chậm có thai.
- Oxytocin có tác dụng làm cho các cơ xung quanh tế bào tiết sữa để đẩy sữa từ nang sữa theo ống dẫn sữa đến các xoang sữa. Đây gọi là phản xạ phun sữa. Oxytocin còn có tác dụng co hồi tử cung, giúp bà mẹ cầm máu sau đẻ.

Phản xạ Oxytocin dễ bị ảnh hưởng bởi ý nghĩ và cảm giác của người mẹ, nếu bà mẹ thấy hài lòng, yêu thương trẻ, tin tưởng sữa mình là tốt sẽ hỗ trợ phản xạ này, ngược lại nếu bà mẹ lo lắng hoặc nghi ngờ mình không đủ sữa thì hoạt động của phản xạ này bị hạn chế.

2.2. BẢO VỆ NGUỒN SỮA MẸ

2.2.1. Đảm bảo cách cho con bú

2.2.2. Cho trẻ bú cả ngày lẫn đêm, tránh ứ đọng sữa

- Động tác mút bú của trẻ kích thích bài tiết Prolactin, có tác dụng tăng tạo sữa.
- Prolactin được bài tiết nhiều vào ban đêm nên cần cho trẻ bú cả ngày lẫn đêm.
- Động tác mút bú của trẻ kích thích bài tiết Oxytocin có tác dụng tống sữa ra xoang sữa.

- Tránh ứ đọng sữa để hạn chế yếu tố ức chế tạo sữa trong sữa mẹ.

2.2.3. Xây dựng cho bà mẹ niềm tin có đủ sữa nuôi con

2.2.4. Đảm bảo dinh dưỡng

- Ăn các món ăn lợi sữa.
- Đảm bảo khối lượng và chất lượng thức ăn.
- Uống đủ nước.
- Tránh ăn kiêng.
- Hạn chế thuốc hoặc các chất kích thích ảnh hưởng đến sự bài tiết sữa.

3. CÁCH CHO CON BÚ ĐÚNG

3.1. THỜI ĐIỂM CHO TRẺ BÚ ĐÚNG

- Bắt đầu cho con bú sau đẻ càng sớm càng tốt, thông thường sau 30 phút đến 1 giờ.
- Cho bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu.
- Tiếp tục cho trẻ bú đến 2 tuổi hoặc lâu hơn.

3.2. NGẬM BẮT VÚ TỐT

- Cằm trẻ chạm vào vú mẹ.
- Miệng trẻ mở rộng.
- Môi dưới hướng ra ngoài.
- Quầng vú ở phía trên miệng trẻ để hở nhiều hơn ở dưới.

Khi trẻ có cả bốn dấu hiệu trên mới đánh giá là ngầm bắt vú tốt.

3.3. TRẺ BÚ CÓ HIỆU QUẢ LÀ:

MÚT SÂU, CHẬM, THỈNH THOẢNG DỪNG LẠI ĐỂ NUỐT SỮA

3.4. TƯ THẾ BẾ TRẺ ĐÚNG

- Người mẹ thoải mái, thư giãn, có thể nằm hoặc ngồi tùy ý, nên nằm trong tuần đầu sau đẻ, những tuần sau nên ngồi cho con bú. Người mẹ bế trẻ tự tin, chăm chú nhìn và âu yếm vuốt ve con.
- Cách mẹ bế trẻ đúng:
  + Đầu và thân trẻ cùng một đường thẳng
  + Mặt trẻ đối diện với vú, mũi trẻ đối diện với núm vú.
  + Thân trẻ thật sát vào thân mẹ.
  + Mẹ đỡ toàn thân trẻ (*đỡ cổ, vai và mông*).

3.5. CÁCH GIÚP TRẺ NGẬM BẮT VÚ

- Sửa lại tư thế bú đúng.
- Chạm núm vú vào môi trẻ.
- Chờ cho đến khi miệng trẻ rộng.
- Nhanh chóng đưa miệng trẻ vào vú sao cho môi dưới của trẻ hướng ra ngoài.

3.6. THỜI GIAN MỘT BỮA BÚ

- Cho trẻ bú cho đến khi trẻ tự nhả vú, thông thường khoảng 15-20 phút.

- Cho trẻ bú từng bên một, hết bên này mới chuyển sang bên kia.
- Sau bữa bú nên vát hết lượng sữa còn lại để tránh ứ đọng sữa.

4. ĂN BỔ SUNG (*ĂN SAM, ĂN DẶM*)

4.1. ĐỊNH NGHĨA

Ăn bổ sung là cho trẻ ăn thêm thức ăn khác bổ sung thêm cho sữa mẹ.

4.2. THỜI GIAN CHO TRẺ ĂN BỔ SUNG

- Khi trẻ tròn 6 tháng tuổi 6 tháng tuổi: phải cho trẻ ăn bổ sung.
- Trẻ từ 4 – 6 tháng tuổi: cho ăn bổ sung nếu thấy.
  + Trẻ còn đói sau mỗi bữa bú.
  + Hoặc trẻ tăng cân chậm hơn bình thường.

4.3. THỨC ĂN BỔ SUNG

4.4. NGUYÊN TẮC CHO TRẺ ĂN

- Ăn đặc dần.
- Kiên trì tập cho trẻ ăn, dần làm quen với tất cả các loại thức ăn.

- Ăn theo ô vuông thức ăn.
- Ăn đúng và đủ theo lứa tuổi.

4.5. CÁCH CHẾ BIẾN MỘT SỐ LOẠI THỨC ĂN

- Bột loãng (*5%*): một bát 200ml gồm có:
  + Bột gạo: 10g (*2 thìa cà phê*)
  + Bột rau: 2 thìa cà phê
  + Bột thịt: 2 thìa cà phê
  + Dầu ăn: 1 -2 thìa cà phê
  + Nước lã: 1 bát con (*200ml*)
- Bột sệt (*7,5%*): chỉ cần thay đổi lượng bột gạo là 3 thìa cà phê.
- Bột đặc (*10%*): chỉ cần thay đổi lượng bột gạo lên 4 thìa cà phê.

*** GHI CHÚ:**

Có thể thay 2 thìa cà phê bột thịt bằng một lòng đỏ trứng hoặc một thìa bột tôm (*cua, cá*) hoặc 2 thìa cà phê bột đậu, lạc, vừng.

*** Cách nấu bột:**

Hòa bột với nước, vừa đun vừa quấy để tránh vón, để sôi trong 5 phút rồi cho bột thịt, cá, tôm hoặc. . . trứng đánh tơi, rau nghiền, nước mắm, dầu ăn đun sôi tiếp vài phút là được.

5. HƯỚNG DẪN NUÔI DƯỠNG TRẺ

5.1.Trẻ dưới 6 tháng

- Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn. Cho bất cứ lúc nào trẻ muốn, cả ngày lẫn đêm, ít nhất hoặc lần 1 ngày.
- Không nên cho trẻ ăn uống thêm thức ăn gì khác.
- Đối với trẻ từ 4 – 6 tháng tuổi, chỉ cho trẻ ăn thêm nếu thấy trẻ:
  + Vẫn đói sau mỗi bữa bú
  + Không tăng cân bình thường.
- Cho trẻ ăn thêm 1 đến 2 bữa bột đặc dần mỗi ngày với các loại thức ăn như cho trẻ từ 6 -12 tháng.
- Không cho trẻ bú chai

5.2.Trẻ từ 6 đến 12 tháng

- Cho trẻ bú bất cứ lúc nào trẻ muốn, cả ngày lẫn đêm.
- Tập cho trẻ ăn các thức ăn giàu chất dinh dưỡng. Thực hiện "*tô màu bát bột*" với đầy đủ 4 nhóm thức ăn.
- Bột đặc với:
  + Thịt (*gà, lợn hoặc bò*) hoặc cá, cua, tôm, đậu phụ băm hoặc nghiền nhỏ trứng... và rau xanh nghiền hoặc băm nhỏ như rau ngót, bí ngô, cà rốt, rau cải, rau muống, bắp cải, su hào...
  + 1 thìa mỡ hoặc dầu ăn.
- Tích cực cho trẻ ăn.

- Cho trẻ ăn 2/3 đến 1 bát các thức ăn này.
- 3 bữa một ngày nếu còn bú mẹ.
- 5 bữa một ngày nếu không còn bú mẹ.
- Cho trẻ ăn thêm hoa quả sẵn có tại địa phương như chuối, hồng xiêm, cam, xoài, đu đủ, táo... sau khi ăn và xen giữa các bữa chính.
- Không cho trẻ bú chai.

5.3.Trẻ từ 12 tháng đến 2 tuổi

- Tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ bất cứ khi nào trẻ muốn.
- Cho trẻ ăn phối hợp nhiều loại thức ăn sau:

+ Thịt (*gà hoặc bò*) ninh nhừ hoặc băm nhỏ hoặc cá, tôm, hoặc trứng..

+ Rau xanh băm nhỏ như rau ngót, rau cải, rau muống, bắp cải, su hào, 1 thìa mỡ hoặc dầu ăn.

- Cho trẻ ăn các thức ăn này 5 bữa một ngày, ít nhất 1 – 1,5 bát một bữa.
- Cho trẻ ăn thêm hao quả sẵn có tại địa phương như chuối, sa bô, cam, xoài, đu đủ...
- Không cho trẻ bú chai.

5.4.Trẻ 2 tuổi và lớn hơn

- Cho trẻ ăn 3 bữa cùng gia đình mỗi bữa từ 1 đến 2 bát, ưu tiên cho trẻ ăn thức ăn có nhiều chất dinh dưỡng như thịt, cá,tôm, trứng, các loại rau xanh...
- Xen giữa các bữa chính nên cho trẻ ăn ít nhất 2 bữa phụ bằng các loại bánh, sữa.
- Cho trẻ ăn thêm hoa quả như đu đủ, xoài, sa bô, chuối, cam...

6. ĂN NHÂN TẠO

Khi mẹ thiếu sữa hoặc không có sữa bắt buộc phải nuôi trẻ bằng các loại sữa khác gọi là chế độ ăn nhân tạo.

6.1. CÁC LOẠI SỮA DÙNG CHO TRẺ ĂN NHÂN TẠO

6.1.1. Sữa bò

Được dùng phổ biến nhất để thay thế sữa mẹ vì giá trị dinh dưỡng cao, dễ tiêu hóa và dễ hấp thụ hơn các loại sữa thay thế sữa mẹ khác.

- 1 lít sữa bò có:

+ 770 calo + 44 gam mỡ

+ 39 gam đạm + 48 gam đường

+ Nhiều canxi, sắt, phospho và vitamin.

Các dạng sữa bò:

- Sữa bò tươi: nhược điểm là không thuận tiện, khó bảo quản vì dễ bị nhiễm khuẩn.

- Sữa đặc: là sữa bò tươi lấy bớt bơ, thêm đường, đóng hộp và tiệt khuẩn. Sữa đặc có ưu điểm là pha chế thuận tiện, nhưng có nhược điểm là lượng đường quá cao nên trẻ dễ bị béo phì, để ở nhiệt độ thường bị nhiễm khuẩn sau 72 giờ.

- Sữa bột: là sữa bò tươi phun khô, nén áp lực để lấy bớt nước. Sữa bột có ưu điểm là thành phần cân đối như sữa tươi (*sau khi pha*), bảo quản dễ, pha chế thuận tiện, sản xuất theo lứa tuổi:

+ Sơ sinh : sữa bột tách bơ hoàn toàn (*sữa gầy*)
+ 2 – 6 tháng tuổi : sữa bột tách bơ một phần
+ Trên 6 tháng : sữa bột toàn phần.

6.1.2. Sữa trâu và sữa dê

Thành phần chất đạm gấp 2 lần sữa bò, lượng mỡ cũng cao hơn sữa bò, có thể dùng thay thế sữa mẹ nhưng phải pha loãng hơn.

6.1.3. Sữa đậu nành

Có lượng đạm cần thiết tương đương sữa bò, các muối khoáng như Kali, phospho, đồng, sắt, canxi . . . có nhiều, nhưng lượng mỡ và đường có ít. Sữa đậu nành có thể dùng thay thế sữa mẹ khi trẻ bị dị ứng với đạm của sữa bò, nhưng cần cho thêm đường và dầu, mỡ để bổ sung dinh dưỡng.

6.2. CÁCH CHO TRẺ DƯỚI 1 TUỔI ĂN NHÂN TẠO

6.2.1. Chế độ ăn

- Sơ sinh: sữa bò pha với nước sôi 7 – 8 bữa/ ngày
  + 1 – 2 tuần tuổi: 70 – 80 ml/bữa
  + 3 – 4 tuần: 100 ml/bữa
- 2 tháng tuổi: sữa bò pha với nước cháo loãng, 7 bữa, 120 ml/bữa.
- 3 – 4 tháng tuổi: sữa bò pha với nước cháo loãng, 6 bữa, 150 ml/bữa, nước quả 2 thìa.
- 5 – 6 tháng tuổi: sữa bò pha với nước cháo loãng, 4 – 5 bữa, 200 ml/bữa, nước quả 2 – 4 thìa.
- 7 – 8 tháng tuổi: sữa bò pha với nước cháo, 3 – 4 bữa, 200 ml/bữa, nước quả 4 – 6 thìa, mỗi bữa ¾ – 1 bát bột đặc.

6.2.2. Kỹ thuật cho trẻ ăn

- Chọn loại sữa thích hợp với lứa tuổi.
- Pha đúng công thức của hãng sản xuất.
- Đảm bảo tay người pha sử dụng và dụng cụ pha sữa sạch.
- Cho trẻ ăn bằng cốc, thìa hoặc bát.
- Không nên cho trẻ bú bình vì:
  + Trẻ quen bú bình khi cho bú mẹ sẽ khó ngậm bắt vú tốt.
  + Trẻ dễ bị nuốt nhiều không khí nên dễ bị nôn trớ.

+ Bình pha sữa dễ có nguy cơ nhiễm khuẩn.

- Ăn xong nên tráng miệng cho trẻ bằng nước sôi để nguội.
- Bế trẻ mới đặt nằm, có thể nhẹ nhàng bế vác trẻ lên, vỗ nhẹ vào lưng để trẻ ợ không khí tránh nôn trớ.
- Nếu còn sữa mẹ nên tận dụng sữa mẹ trước khi cho trẻ ăn sữa bò.

7. ĐÁNH GIÁ CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG

7.1. TRẺ TỪ MỘT TUẦN ĐẾN 2 THÁNG TUỔI

Ở tuyến y tế cơ sở: tất cả trẻ ở lứa tuổi này đến cơ sở y tế nếu không có chỉ định chuyển gấp đi bệnh viện cần được:

7.1.1. Kiểm tra vấn đề nuôi dưỡng hoặc nhẹ can

*** Hỏi bà mẹ:**

- Có khó khăn gì khi nuôi dưỡng trẻ không?
- Trẻ có được bú mẹ không? Nếu có bao nhiêu lần trong 24 giờ?
- Trẻ có thường xuyên ăn thức ăn hay uống gì khác không? Nếu có mấy lần trong một ngày?
- Trẻ thường được cho ăn bằng gì?

*** Đối chiếu cân nặng theo độ tuổi, xác định trẻ có nhẹ cân không?**

Nếu thấy bà mẹ có bất cứ khó khăn gì khi nuôi trẻ như bú 8 lần trong 24 giờ, hay ăn các thức ăn hay uống nước gì khác, hoặc nhẹ cân so với tuổi.

*** Đánh giá bữa bú:**

Hỏi trẻ có được bú mẹ trong một giờ trước không? Nếu không được bú mẹ trong một giờ trước hãy đề nghị bà mẹ cho trẻ bú, quan sát trong bốn phút để đánh giá:

- Trẻ có ngậm bắt vú tốt không?
- Bú có hiệu quả không?
- Tìm các vết loét miệng hoặc các vết trắng trong miệng (*nấm miệng*).

Nếu trẻ đã được bú mẹ trong một giờ trước, hãy bảo bà mẹ chờ cho đến khi trẻ muốn bú lại.

7.1.2. Phân loại vấn đề nuôi dưỡng

Một trong các dấu hiệu sau: - Ngậm bắt vú không tốt - Bú không có hiệu quả- Bú mẹ dưới 8 trong 24 giờ - Dùng các thức	**Có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý hoặc nhẹ cân**	Khuyên bà mẹ cho trẻ bú lâu và thường xuyên bất cứ lúc nào trẻ muốn, cả ngày và đêm. - Nếu không ngậm bắt vú tốt hoặc bú không hiệu quả, hướng dẫn cách bế trẻ và cách ngậm bắt vú tốt. - Nếu bú dưới 8 lần trong 24 giờ, hãy khuyên bà mẹ tăng số lần cho bú

ăn hoặc nước uống khác - Nhẹ cân so với tuổi - Nấm miệng (*loét hoặc vết trắng ở miệng*)		- Nếu trẻ đang ăn các thức ăn hoặc nước uống khác, tham vấn bà mẹ cho trẻ bú nhiều hơn, giảm các thức ăn hoặc nước uống khác và dùng cốc. - Nếu không được bú mẹ: + Tham vấn nuôi con bằng sữa mẹ và phục hồi sự tiết sữa. + Hướng dẫn pha sữa thay thế đúng cách và dùng cốc. - Nếu có nấm miệng, hướng dẫn bà mẹ điều trị tại nhà. - Khuyên bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà. - Khám lại sau 2 ngày nếu có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý hoặc nấm miệng. - Khám lại sau 14 ngày nếu nhẹ cân so với tuổi.
- Không nhẹ cân và không có các dấu hiệu của nuôi dưỡng chưa hợp lý	**Không có vấn đề nuôi dưỡng**	- Khuyên bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà. - Khen ngợi bà mẹ đã nuôi dưỡng trẻ tốt.

7.1.3. Theo dõi

7.1.3.1. Trẻ nhỏ có vấn đề NUÔI DƯỠNG CHƯA HỢP LÝ cần được khám lại sau 2 ngày

- Đánh giá lại chế độ nuôi dưỡng (*xem mục 7.1.1*).
- Hỏi các vấn đề nuôi dưỡng đã phát hiện ra trong lần khám đầu.

+ Tham gia vấn đề cho bà mẹ về vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý hiện có hoặc các vấn đề mới phát hiện. Hẹn bà mẹ tiếp tục mang trẻ tới khám lại cho đến khi trẻ được nuôi dưỡng tốt.

+ Nếu trẻ nhẹ cân so với tuổi, hẹn bà mẹ mang trẻ đến khám lại sau 4 ngày.

- Trường hợp: chế độ nuôi dưỡng không cải thiện hoặc trẻ bị sụt cân chuyển trẻ đi bệnh viện.

7.1.3.2. Trẻ nhỏ có NHẸ CÂN cần được khám lại sau 14 ngày

- Cân trẻ và xác định trẻ còn nhẹ cân so với tuổi không?
- Đánh giá lại chế độ nuôi dưỡng (*xem mục 7.1.1*)

+ Nếu trẻ KHÔNG CÒN NHẸ CÂN so với tuổi, khen ngợi và khuyến khích bà mẹ tiếp tục chăm sóc trẻ

+ Nếu trẻ VẪN CÒN NHẸ CÂN so với tuổi nhưng chế độ nuôi dưỡng tốt, khen ngợi bà mẹ và đề nghị bà mẹ cân trẻ lại sau 1 tháng, hoặc khi cho trẻ đi tiêm chủng

+ Nếu trẻ VẪN CÒN NHẸ CÂN SO VỚI TUỔI VÀ VẪN CÒN MỘT VẤN ĐỀ NUÔI DƯỠNG CHƯA HỢP LÝ, tham vấn cho bà mẹ về vấn đề đó và hẹn bà mẹ đem trẻ đến khám lại sau 14 ngày (*có thể kết hợp với lần tiêm chủng tháng tới*). Tiếp tục khám lại cho trẻ hàng vài tuần cho đến khi trẻ được nuôi dưỡng tốt và lên cân đều đặn hoặc không còn nhẹ cân so với tuổi.

- Trừ trường hợp: chế độ nuôi dưỡng không cải thiện hoặc trẻ bị sụt cân, chuyển trẻ đi bệnh viện.

7.2. TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI

7.2.1. Đánh giá chế độ nuôi dưỡng cho tất cả trẻ có thiếu máu hoặc nhẹ cân dưới 2 tuổi và không có chỉ định chuyển gấp đi bệnh viện.

Hỏi các câu hỏi về chế độ nuôi dưỡng trẻ lúc bình thường và lúc bị bệnh, so sánh câu trả lời của bà mẹ với hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ (*phiếu bà mẹ hay trang 20 quyển phác đồ. . .*).

- Bình thường trẻ có được bú mẹ không?
  + Mấy lần vào ban ngày?
  + Mấy lần vào ban đêm?
- Bình thường trẻ có ăn thức ăn hay nước uống gì khác không?
  + Loại thức ăn hay nước uống?
  + Mấy lần một ngày?
  + Trẻ được cho ăn bằng gì?
  + Nếu trẻ nhẹ cân so với tuổi: số lượng trẻ ăn là bao nhiêu? Trẻ có suất ăn riêng không? Ai cho trẻ ăn và cho ăn như thế nào?
- Trong khi bị bệnh, chế độ nuôi dưỡng trẻ có thay đổi không? Nếu có thì thay đổi như thế nào?

7.2.2. Xác định vấn đề nuôi dưỡng

So sánh chế độ nuôi dưỡng của trẻ với hướng dẫn nuôi trẻ theo lứa tuổi (*phần 5 trong bài*) để tìm ra vấn đề về nuôi dưỡng.

7.2.3. Tham vấn cho bà mẹ nếu có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý

Vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý	**Lời khuyên**
* Nếu bà mẹ nói có khó khăn khi nuôi con bằng sữa mẹ.	* Đánh giá một bữa bú (*xem hướng dẫn xử trí trẻ nhỏ*). Chỉ cho bà mẹ cách bế trẻ và ngậm bắt đúng khi cần.

* Nếu trẻ dưới 6 tháng tuổi và đang ăn các loại sữa hoặc thức ăn khác * Nếu bà mẹ sợ sữa của mình không đủ hoặc chất lượng không tốt. * Nếu bà mẹ cho trẻ bú chai (*bình*) * Nếu bà mẹ không cho trẻ bú đầy đủ do phải làm việc xa nhà. * Nếu bà mẹ không muốn cho trẻ ăn thêm các thức ăn khác cùng với cơm hoặc hạn chế cho trẻ ăn thức ăn nào đó trong khi bị bệnh hoặc khi khỏe. 	* Xây dựng niềm tin để bà mẹ tin rằng bà có thể có đủ sữa cho trẻ. * Sữa mẹ cung cấp đầy đủ các chất cho trẻ dưới 6 tháng tuổi. Không cần uống thêm nước thậm chí khi trời rất nóng. * Gợi ý bà mẹ cho trẻ bú nhiều hơn và lâu hơn, cả ngày lẫn đêm và giảm dần lượng sữa khác. * Nếu tiếp tục dùng các loại sữa khác, tham vấn cho bà mẹ: - Tiếp tục cho trẻ bú càng nhiều càng tốt, cả ngày lẫn đêm. - Pha sữa đúng cách và hợp vệ sinh. - Cho trẻ ăn lượng sữa thích hợp. - Chỉ dùng sữa pha trong vòng một giờ. * Xây dựng niềm tin để bà mẹ tin rằng bà có thể có đủ sữa cho trẻ. Bà mẹ nên ăn uống đầy đủ và có chế độ nghỉ ngơi hợp lý. * Gợi ý bà mẹ cho trẻ bú nhiều hơn, cả ngày lẫn đêm. Sữa mẹ sẽ tăng khi trẻ bú thường xuyên hơn. * Tất cả các bà mẹ đều có lượng sữa như nhau. Sữa mẹ bảo vệ trẻ khỏi bệnh tật. * Hướng dẫn thay chai (*bình*) bằng cốc hoặc chén và chỉ cho bà mẹ cách cho trẻ ăn bằng cốc. * Trao đổi các biện pháp giải quyết để trẻ ở cùng bà mẹ hoặc mang đến chỗ bà mẹ để cho bú. * Giải thích và hướng dẫn cách vắt sữa * Đảm bảo cho trẻ có thể ăn và hấp thụ tất cả các thức ăn được hướng dẫn trong phiếu hướng dẫn bà mẹ. * Đối với trẻ từ 4 – 12 tháng phải băm hoặc nghiền nhỏ thức ăn. * Thêm mỡ hoặc dầu ăn khi nấu để cung cấp thêm năng lượng. Mỡ không gây tiêu chảy. * Giải thích với bà mẹ rằng thậm chí nếu tính chất và màu sắc phân thay đổi cũng không nguy hại. Trẻ vẫn hấp thụ chất dinh dưỡng từ thức ăn một cách hiệu quả. * Khi trẻ chưa có răng, bạn vẫn có thể tập cho trẻ ăn

	các thức ăn mềm.
*Nếu trẻ biếng ăn khi bị bệnh	* Cho trẻ bú thường xuyên hơn và lâu hơn. * Cho ăn những thức ăn mềm, đa dạng, ngon, thức ăn mà trẻ thích để khuyến khích trẻ ăn càng nhiều càng tốt và chia làm nhiều bữa nhỏ. * Làm sạch mũi nếu tắc mũi làm cản trở ăn, uống. * Trẻ sẽ ăn ngon miệng hơn khi bệnh thuyên giảm. * Khuyên bà mẹ ngồi cùng trẻ để giúp đỡ và khuyến khích trẻ ăn. * Cho trẻ ăn đủ lượng thức ăn vào những bát hoặc đĩa riêng.
* Nếu bà mẹ không tích cực cho trẻ ăn hoặc cho ăn không đủ số lần	* Dặn bà mẹ số lượng và số lần cần cho trẻ ăn trong các phiếu hướng dẫn bà mẹ.

7.2.4. Theo dõi

Trẻ có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý cần được khám lại sau 5 ngày:

- Đánh giá lại chế độ nuôi dưỡng (*xem mục 7.2.1*).
- Hỏi về các vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý đã phát hiện ra trong lần khám đầu.

+ Tham vấn cho bà mẹ về vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý đang tồn tại, hoặc vấn đề mới phát hiện ra. Nếu bạn tham vấn cho bà mẹ những thay đổi đáng kể về nuôi dưỡng, hẹn bà mẹ mang trẻ đến khám lại nữa.

+ Nếu trẻ nhẹ cân so với tuổi, hẹn bà mẹ mang trẻ đến khám lại sau 30 ngày để đánh giá sự phát triển cân nặng của trẻ.

III. CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. ***Lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Sữa mẹ là chất dinh dưỡng hoàn hảo, dễ tiêu hóa, dễ hấp thu
   B. Sữa mẹ có các chất kháng khuẩn
   C. Sữa mẹ có tác dụng chống dị ứng
   D. Tất cả đúng

2. ***Lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Gắn bó tình cảm mẹ con
   B. Đơn giản, dễ thực hiện, thuận tiện, ít tốn kém
   C. Cầm máu sau đẻ cho bà mẹ và điều kiện tốt để thực hiện kế hoạch hóa gia đình
   D. Tất cả đúng

3. ***Bảo vệ nguồn sữa mẹ bằng cách, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Lao động hợp lý
   B. Không để sữa ứ đọng trong vú
   C. Đảm bảo dinh dưỡng cho mẹ khi mang thai và cho con bú
   D. Tất cả đúng

4. ***Nên cai sữa khi, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Trẻ bị ốm
   B. Vào mùa hè
   C. Vào mùa đông
   D. Trẻ bỏ bú, đòi ăn bột

5. ***Nguyên tắc cho trẻ ăn dặm, CHỌN CÂU SAI:***
   A. Ăn từ lỏng đến đặc dần
   B. Cho trẻ ăn lượng nhiều ngay từ đầu để trẻ thích nghi
   C. Tập cho trẻ ăn mọi thức ăn của người lớn, chế biến phù hợp
   D. Ăn tăng dần lên, bú mẹ giảm dần

Bài 5
THIẾU VITAMIN A VÀ BỆNH KHÔ MẮT Ở TRẺ EM

I.MỤC TIÊU:

1. Kể được 3 tác dụng của vitamin A đối với cơ thể.
2. Kể tên được các loại thực phẩm giàu vitamin A.
3. Trình bày được 3 nhóm nguyên nhân và triệu chứng chính của bệnh khô mắt do thiếu vitamin A.
4. Hướng dẫn được cách phòng bệnh thiếu vitamin A.
5. Điều trị được bệnh thiếu vitamin A.

II.NỘI DUNG:

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Nguồn gốc tự nhiên của vitamin A.

Vitamin A được cung cấp từ thức ăn, có 2 nguồn chính:

* Động vật: thịt, cá, trứng, gan, sữa, bơ.
* Thực vật: Các loại rau xanh (*rau ngót, mồng tơi...*).

Quả có màu vàng, màu đỏ (*cà chua, cà rốt, bí đỏ, khoai lang, đu đủ...*).

1.2. Tác dụng của vitamin A đối với cơ thể

* Tạo sắc tố võng mạc cần cho hoạt động thị giác.
* Biệt hóa tế bào biểu mô, do đó cần cho sự toàn vẹn của da và niêm mạc.
* Tham gia quá trình tạo xương (*cùng với vitamin D*).

2. NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU VITAMIN A

2.1. Chế độ ăn thiếu vitamin A

Trẻ bú mẹ

* 90% các bà mẹ chưa biết cho con tận hưởng sữa non.
* Mẹ thiếu sữa.
* Mẹ ăn uống kiêng cữ quá mức.

Trẻ bú sữa nhân tạo

* Pha chế sữa không đúng cách.
* Sữa nấu quá chín

Trẻ ăn dặm

* An bổ sung thiếu dầu, rau xanh, hoa quả tươi.
* Thức ăn nấu quá chín.

2.2. Trẻ mắc một số bệnh gây giảm hấp thu vitamin A

* Tiêu chảy.

* Nhiễm giun.

2.3. Tăng nhu cầu sử dụng vitamin A

Thường gặp ở trẻ đang mắc bệnh tiêu chảy, sởi, nhiễm khuẩn hô hấp...

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Toàn thân

Biểu hiện trẻ chậm lớn, da xanh, khô, tóc rụng dễ gãy.

3.2. Tại mắt: Tổn thương qua 3 giai đoạn

3.2.1. Quáng gà

Là triệu chứng sớm nhất của bệnh – trẻ nhìn kém trong điều kiện thiếu ánh sáng.

3.2.2. Khô mắt

- Khô kết mạc: kết mạc nhăn nheo, có nếp gấp.
- Vệt bitot: là dấu hiệu đặc biệt của tổn thương kết mạc do thiếu vitamin A.
- Khô giác mạc: trẻ sợ ánh sáng, giác mạc sần sùi, nếu được điều trị giai đoạn này bệnh sẽ phục hồi sau 1 – 2 tuần nhưng sẽ giảm thị lực.

3.2.3. Loét nhiễm giác mạc: là tổn thương không thể phục hồi hoàn toàn.

- Loét nông: nếu điều trị kịp thời thì để lại sẹo làm giảm thị lực.
- Loét sâu: gây thủng giác mạc để lại sẹo dày gây mù.

4. PHÒNG BỆNH

4.1. Đối với trẻ

- Chủ động cho uống phòng cho trẻ từ 1 – 5 tuổi.
  + < 1 tuổi cho uống 100.000 đơn vị mỗi 6 tháng.
  + > 1 tuổi cho uống 200.000 đơn vị mỗi 4 – 6 tháng.
- Đảm bảo trẻ được bú sữa mẹ được sớm và bú sữa mẹ hoàn toàn trong 4 – 6 tháng đầu.
- Ăn bổ sung theo ô vuông thức ăn, phù hợp theo tuổi.
- Phải được tiêm chủng đầy đủ.

4.2. Đối với bà mẹ có thai và cho con bú

- Khuyến khích ăn thức ăn giàu vitamin A.
- Bà mẹ trong vòng 1 tháng đầu sau khi sinh cho uống 1 liều vitamin A 200.000 đơn vị.
- Hướng dẫn cho các bà mẹ phát hiện sớm dấu hiệu tổn thương mắt để điều trị dễ phục hồi.

5. ĐIỀU TRỊ

- Dùng liều tấn công ngay.
- Chỉ định.
  + Với tất cả những bệnh nhân tổn thương ở mắt.
  + Trẻ suy dinh dưỡng độ III bị bệnh viêm phổi, tiêu chảy, sởi.

+ Cách dùng: cho uống viên nang vitamin A, đóng nang 200.000 đơn vị hoặc 100.000 đơn vị.

Tuổi / Cách dùng	Trẻ trên 1 tuổi	Trẻ dưới 1 tuổi
Tổng liều	600.000 đơn vị	300.000 đơn vị
Ngày thứ 1	200.000 đơn vị	100.000 đơn vị
Ngày thứ 2	200.000 đơn vị	100.000 đơn vị
Sau 2 – 4 tuần	200.000 đơn vị	100.000 đơn vị

III.TÓM LẠI:

* Thiếu vitamin A và bệnh khô mắt thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi.

* Quáng gà là triệu chứng xuất hiện sớm nhất của bệnh khô mắt.

* Phát hiện sớm ở giai đoạn quáng gà có thể điều trị khỏi hoàn toàn.

* Bảo đảm cho trẻ được bú mẹ sớm và bú mẹ hoàn toàn trong 4 – 6 tháng đầu, ăn bổ sung đúng, đủ theo ô vuông thức ăn.

* Thực hành tiêm chủng mở rộng

Tăng cường nguồn thức ăn giàu vitamin A và sử dụng viên nang vitamin A là những biện pháp cơ bản phòng chống bệnh khô mắt.

IV.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Nguyên nhân chính gây mù lòa trẻ em ở các nước đang phát triển là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sởi
B. Thiếu vitamin A
C. Chấn thương ở mắt
D. Mắt hột

2. Hãy tìm 1 yếu tố không phải là nguyên nhân của thiếu vitamin A, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trẻ không được bú sữa mẹ.
B. Ỉa chảy kéo dài.
C. Thiếu máu.
D. Tắc mật.

3.Loại thức ăn nào sau đây có chứa nhiều vitamin A, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Mỡ động vật.
B. Gan cá thu.
C. Củ cải đỏ.
D. Gạo.

4. Triệu chứng xuất hiện đầu tiên của bệnh thiếu vitamin A là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Sợ ánh sáng
B. Quáng gà
C. Vệt Bitôt
D. Khô giác mạc

5. Khi trẻ bị quáng gà thì trẻ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Nhắm mắt lại khi ra nắng
B. Nhắm mắt lại khi trời tối

C. Thị lực giảm khi trời tối
D. Thích nhìn vào đèn

Bài 6
TRẺ CÒI XƯƠNG DO THIẾU VITAMIN D

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. *Nêu được nguyên nhân gây bệnh còi xương.*
2. *Nêu được các biểu hiện lâm sàng của bệnh còi xương.*
3. *Nêu được cách phòng chống bệnh còi xương.*

II.NỘI DUNG:

- Bệnh còi xương do thiếu vitamin D phổ biến ở trẻ nhỏ hơn 3 tuổi, trẻ… (tuổi có nhu cầu phát triển xương mạnh). Ảnh hưởng đến sự phát triển thể lực, sức khỏe của trẻ.
- Bệnh xảy ra ở các nước Palestine, Liban, Syrie, Châu Phi, Bắc Châu Phi, các nước hàn đới, ôn đới, nhiệt đới (kiêng nắng), theo tổng kết của Bệnh Viện Nhi Khoa Hà Nội 9,4% trẻ dưới 3 tuổi bị còi xương.
- Còi xương là bệnh toàn thân, xảy ra trên cơ thể có hệ xương phát triển mạnh, liên quan đến rối loạn chuyển hóa Calci và Phospho do thiếu vitamin D.
- Vitamin D hay ergocalciferol có trong margarine, mầm lúa mì.

100gr dầu gan cá thu: 10.000 – 20.000 đv
100gr cá ngừ : 2400 đv
100gr bơ : 10 – 100 đv
100gr sữa : 5 – 8 đv

Vitamin D không tan trong nước, tan trong dầu và dung môi hữa cơ. Dễ hư khi để ngoài không khí hay ánh sáng. Được đào thải chủ yếu qua ruột, ít qua da 1mg D3= 40.000 đvqt, trẻ em nhu cầu hàng ngày 400 đv.

1. NGUYÊN NHÂN

1.1. Nguyên nhân

- Thiếu cung cấp: nuôi trẻ bằng sữa bò, nước cháo quá sớm, thức ăn bổ sung không đảm bảo số lượng và chất lượng.
- Không hấp thu: rối loạn tiêu hóa kéo dài, rối loạn hấp thu, tắc mật bẩm sinh, cắt ruột, suy gan, suy thận.
- Thiếu ánh sáng mặt trời, mùa lạnh, nhà thiếu ánh sáng, tập quán sai lầm, kiêng nắng, kiêng ăn.
    - Nhà cao tầng, nhiều bụi, khói, sương mù.
    - Lượng vitamin D trong sữa mẹ ít.
    - Trẻ dưới 6 tháng thường thiếu calci do thiếu cung cấp và truyền phó giáp hoạt động chưa tốt đến hạ calci sớm.

1.2. Điều kiện thuận lợi

- **Tuổi:** càng nhỏ càng dễ mắc bệnh: thiếu cung cấp và nhu cầu cao, đẻ sớm, sinh đôi, sinh ba.

- **Màu da:** trẻ có màu da đen, nâu , dễ mắc bệnh còi xương do da tổng hợp vitamin D kém.

- **Di truyền:** rối loạn chuyển hóa vitamin D do trẻ thiếu men Hydrolase để dự trữ vitamin D ở gan và thiếu men chuyển hóa vitamin D ở thận.

1.3. Chuyển hóa vai trò

- 80% do tác động của ánh sáng mặt trời chiếu vào da chuyển chất tiền vitamin D (7 Dehydro-cholesterol) thành vitamin D thể hoạt động để đưa vào máu sử dụng, mỗi ngày có 50 – 100 đv vitamin D.

- 20% được cung cấp từ thức ăn động vật: sữa, trứng, thịt, dầu gan cá. Thực vật: nấm, đậu.

- Vai trò vitamin D tham gia vào quá trình hấp thụ calci và phospho từ một vào máu.

  - Đưa calci và phospho từ máu vào lắng đọng ở xương.
  - Dưới tác dụng của hormon cận giáp, vitamin D làm tăng tái hấp thu calci và phospho ở ống lượn xa ở thận. Như vậy, hàm lượng Calci và phospho trong cơ thể đủ hay thiếu đều phụ thuộc vào vitamin D. Do đó thiếu vitamin D sẽ dẫn tới bệnh lý loãng xương hay còn gọi là còi xương.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1. Thể cổ điển: chủ yếu là trẻ em từ 6 – 18 tháng:

Nguyên nhân kết hợp giữa thiếu ánh sáng và nuôi dưỡng

Bệnh nhân có 4 triệu chứng lâm sàng:

2.1.1. Triệu chứng liên quan đến hạ Calci máu:

- Khóc đêm.
- Đổ mồ hôi trộm.
- Chậm mọc răng, răng sậm màu dễ gãy.
- Thóp chậm liền, rộng.
- Trẻ dễ bị co giật khi bị sốt cao.
- Đo nồng độ Calci máu: giảm nhẹ, do đó ít gây co giật do hạ calci máu.

2.1.2. Biến dạng xương: *thường gặp ở giai đoạn tiến triển của bệnh:*

- Ngực ức gà, lõm xuống.
- Chuỗi hạt sườn.
- Rãnh Harrisson.
- Cột sống gù vẹo.
- Khung chậu méo, hẹp.
- Các chi: vòng cổ tay, vòng cổ chân, cán vá, hình chữ o, x.

2.1.3. Giảm trương lực cổ: *thường gặp ở còi xương thể nặng*

- Chậm phát triển, vận động: lật, ngồi, đi, đứng…
- Viêm phổi.
- Bụng chướng, rốn lồi.

2.1.4. Thiếu máu: *thường gặp ở thể nặng của bệnh*

- Thiếu máu, thiếu sắt.
- Trẻ nhũ nhi: thiếu máu kèm gan lách to.

- Trẻ lớn: thiếu máu, suy dinh dưỡng, còi xương, kết hợp thành hội chứng: Jack – Hayem – Luzet.

2.2. Bệnh còi xương sớm ở trẻ dưới 6 tháng tuổi

- Nguyên nhân: - Mẹ kiêng ăn
  - Mẹ kiêng nắng
- Lâm sàng: xuất hiện rõ tuần 2 sau sanh

2.2.1. Hạ calci máu: Spasmoplilie (tăng kích thích thần kinh cơ), ngủ giật mình, khóc thét kéo dài, ngưng thở, tím tái (khóc dạ đề).

- Tiếng rít thanh quản do mềm sụn thanh quản.
- Ọc sữa, nấc cục, tiêu, tiểu són nhiều lần.
- Co giật do sốt cao.

2.2.2. Biến dạng xương hộp sọ

- Bẹp đầu tư thế.
- Bướu trán, đỉnh, chẩm.
- Xương hàm trên nhô ra phía trước + khép lại.

2.2.3. Triệu chứng giảm tăng lực cơ và thiếu máu: thường nhẹ và không có biểu hiện lâm sàng.

2.3. Bệnh còi xương bào thai

Nguyên nhân do nhu cầu Calci và vitamin D tăng gấp 3 lần. Nếu thiếu sẽ gây còi xương.

Thường gặp ở trẻ sanh non, sanh đôi, sanh ba hoặc mẹ không tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

Lâm sàng:

- Trước sanh: thai cử động yếu.
- Sau sanh: thóp rộng 4-5 cm đường kính.
  - Rãnh nối thóp tóc và thóp sau rất rộng: 2-3 cm.
  - Dấu hiệu: Crano – tables.
  - Hạ Calci: khóc dạ đề, nấc cục, ọc sữa, tiêu và tiểu nhiều lần.
  - Dựa vào: tiền sử mẹ ăn kiêng, tránh nắng, các dấu hiệu lâm sàng của con và các nghiệm pháp gây cơn co thắt dương tính.

3. ĐIỀU TRỊ

- **Thể cổ điển:** liều điều trị được dựa vào hình ảnh x-quang đầu xương dài bị khoét hình đáy chén thì uống 5000đv/ngày, uống liên tục thời gian 2 đến 3 tuần. Sau thời gian này phải chụp x-quang kiểm tra, nếu có đường viền của giai đoạn hồi phục sẽ chuyển sang liều uống dự phòng 400đv/ngày cho đến tuổi biết đi, nếu còn hình ảnh sẽ khoét xương cho uống thêm vitamin D 5000đv thêm khoảng thời gian nữa.
- **Thể còi xương sớm:** cần cho uống song song vitamin D và calci, không cần chụp x-quang kiểm tra xương.
  - Vitamin D 1.500 – 2000 đv/ngày liên tục 3 – 4 tuần. sau đó chuyển sang liều phòng bệnh 400 đv/ngày cho đến tuổi biết đi
  - Calci: cần kiểm tra Calci máu của mẹ và con:

- Nếu Calci của mẹ giảm: cho uống calci 2gr/ngày cho đến khi Calci máu trở về bình thường
- Nếu Calci máu của con giảm: cho uống Calci 0,5gr/ngày cho đến khi Calci trở về bình thường

- **Thể còi xương bào thai:** cũng điều trị vitamin D và Calci như ở thể còi xương sớm nhưng cần lưu ý tình trạng hạ Calci máu có thể rất nặng ngay trong những ngày đầu, cần định lượng Calci để kịp thời.

4. PHÒNG BỆNH

4.1. Đối với mẹ

Phòng bệnh còi xương cần phải bắt đầu từ khi còn trẻ còn trong bụng mẹ, vào 3 tháng cuối của thời kỳ phát triển bào thai. Trong thời gian này, nên cho người mẹ uống mỗi ngày 100 đv vitamin D hoặc uống 1 liều duy nhất 100.000 đv, nếu người mẹ không có điều kiện tiếp xúc với ánh sáng mặt trời (mùa đông).

4.2. Đối với con

- Ăn uống tốt nhất là bú sữa mẹ, khi ăn dặm cần đảm bảo đầy đủ các chất đạm, mỡ, đường, vitamin và muối khoáng. Khi cai sữa cần đảm bảo từ 200 – 400 ml sữa cho trẻ.
- Tận dụng các yếu tố thiên nhiên: cần cho trẻ chơi ở ngoài trời với thời gian thích hợp để trẻ tiếp xúc với ánh sáng mặt trời (nhất là vào buổi sáng).
- Từ ngày thứ 7 sau sanh, cho trẻ uống vitamin D 400 đv/ngày cho đến khi biết đi
- Đối với trẻ sanh non, sanh đôi, sanh ba trong tháng đầu, liều phòng bệnh cao hơn 1000 đv/ngày 3 – 6 tháng vào mùa đông.
- Dùng vitamin D là biện pháp chắc chắn nhưng phải thận trọng, đối với trẻ em có nguy cơ còi xương nhưng trẻ đẻ ra có thóp trước nhỏ thì không được dùng vitamin D. Đối với những đứa trẻ này, nếu cho dùng vitamin D, thóp sẽ liền ảnh hưởng đến sự phát triển của não.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1.Triệu chứng lâm sàng thể còi xương sớm thường xuất hiện ở tuổi, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Mới sinh
B. Sau 2 tuần
C. Sau 4 tuần
D. Sau 6 tháng

2.Khi trẻ còi xương bị co giật, co cứng thì can thiệp trước tiên phải thực hiện là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Hút đàm dãi, thở oxy
B. Tiêm bắp vit D
C. Tiêm tĩnh mạch muối Calci
D. Tiêm thuốc an thần chống co giật

3.Đối với bệnh nhi còi xương có biểu hiện ra nhiều mồ hôi trộm, thóp rộng, bờ thóp mềm, răng mọc chậm thì điều quan trọng nhất trong điều trị, chăm sóc là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Uống muối calci mỗi ngày 1 - 2g
B. Ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng: đạm, đường, mỡ
C. Lau mồ hôi, giữ ấm cho trẻ
D. Uống Vit D_2 600.000 – 800.000 đv chia đều 30-40 ngày

4.Trong điều trị bệnh còi xương nếu không có Vit D thì có thể thay thế bằng cách, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Cho trẻ ăn nhiều thức ăn giàu vit D: gan cá, trứng…
B. Chiếu đèn cực tím trong 15 ngày, tăng dần từ 2-20 phút/ ngày
C. Uống muối calci hoặc cốm calci 1-2g/ ngày trong 30-60 ngày
D. Tiêm tĩnh mạch 0.5 g Calci clorid trong 30-60 ngày

5.Chuỗi hạt sườn thường gặp trong bệnh còi xương thể, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Thể bào thai
B. Thể còi xương sớm
C. Thể cổ điển
D. A,B,C đúng.

Bài 7
NHIỄM KHUẨN SƠ SINH

I.MỤC TIÊU:

1. *Kể được các cách lây truyền của nhiễm trùng sơ sinh sớm (NTSS).*
2. *Mô tả các dạng lâm sàng của NTSS sớm truyền bằng đường mẹ - thai.*
3. *Chẩn đoán được bệnh NTSS sớm truyền bằng đường mẹ-thai.*
4. *Trình bày được các nguyên tắc điều trị NTSS sớm truyền đường mẹ- thai*
5. *Kể được các yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng mắc phải ở bệnh viện và nguyên tắc điều trị*

II.NỘI DUNG:

1. DỊCH TỄ HỌC

Các nước phát triển như ở Pháp 1% trẻ sơ sinh bị mắc bệnh nhiễm trùng, 15 % trẻ sơ sinh nhập viện nằm ở phòng hồi sức sơ sinh bị mắc nhiễm trùng. Ở nước ta tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh còn cao hơn. Nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong thời kỳ sơ sinh với tỷ lệ 13 – 15 % ở các nước trên thế giới. Nhiễm trùng sơ sinh thường mắc ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. Theo dõi xác định những yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm những biến đổi lâm sàng, những biến đổi về huyết học có thể phát hiện sớm bệnh nhiễm trùng sơ sinh cho phép xử trí sớm, góp phần đáng kể giảm tỷ lệ tử vong.

2. NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM TRUYỀN BẰNG ĐƯỜNG MẸ - THAI

2.1. Dịch tễ học

- Tần suất: hay gặp 5-7/1000 trẻ sơ sinh sống. Nam nhiều hơn nữ.
- Cách lây nhiễm:

+ Lây nhiễm trước sinh

- Sớm: truyền bằng đường máu qua nhau thai, thường do virus.
- Chậm > 5 tháng:

+Bằng đường máu: vi khuẩn, nhiễm trùng huyết ở phụ nữ mang thai do E.Coli, Listeria.

+Bằng đường tiếp xúc; viêm màng ối(ối vỡ sớm)

+ Lây nhiễm trong khi sinh

- Do nhiễm trùng ối có hoặc không ối vỡ sớm > 6 giờ (thường do Liên cầu khuẩn nhóm B)
- Lây nhiễm trong khi lọt qua đường sinh dục mẹ: thời kỳ xổ thai kéo dài
- Lây nhiễm qua dụng cụ trong khi can thiệp những thủ thuật sản khoa.

2.2. Nguyên nhân

- Ba vi khuẩn thường gây nhiễm trùng sơ sinh sớm là liên cầu khuẩn nhóm B, Colibacille, Listéria.

- Những vi khuẩn kỵ khí và ái khí khác cũng có thể gây nhiễm trùng truyền bằng đường mẹ - thai nhưng với tần suất ít gặp hơn như:*Haemophilus, Méningococcus, Staphylococcus,Pneumococcus....*

2.3. Các dạng lâm sàng

2.3.1. Nhiễm trùng huyết

- Da vàng tái, trụy mạch, hạ thân nhiệt.
- Ban xuất huyết, gan lách to, vàng da.
- Co giật, mất nước, cứng bì..
- Bú kém.

2.3.2. Viêm màng não mủ

- Đơn thuần hoặc kết hợp với dạng nhiễm trùng huyết.
- Chẩn đoán khó vì không có dấu hiệu viêm màng não mủ rõ ràng.
- Co giật, thóp phồng nôn mửa.
- Thường sốt cao hơn là hạ thân nhiệt.
- Rên è è, hôn mê.

2.3.3. Khu trú

- Viêm phổi: là dạng hay gặp nhất trong nhiễm trùng mẹ-thai.
- Nhiễm trùng đường tiểu, viêm ruột hoại tử.
- Viêm phúc mạc, viêm xương-tủy xương, viêm kết mạc mắt.

2.3.4. Tại chỗ

- Nhiễm trùng da
- Nhiễm trùng rốn
- Nhiễm trùng vú.

***2.4.* Chẩn đoán**

Dựa vào tập hợp các yếu tố sau:

2.4.1.Tiền sử

Xác định các yếu tố nguy cơ ở mẹ trong khi mang thai đặc biệt quá trình thai nghén, chuyển dạ, tình trạng lúc sinh, thời gian xổ thai, hồi sức lúc sinh.

2.4.2. Lâm sàng

Hoặc đứa trẻ có triệu chứng lâm sàng của 1 trong 4 dạng lâm sàng được nêu trên hoặc nếu đứa trẻ có những triệu chứng nghi ngờ như: thân nhiệt không ổn định, bú kém,nôn mửa, kém vận động.

2.4.3. Cận lâm sàng

- Vi khuẩn học: cấy máu , cấy nước tiểu, cấy dịch não tủy, cấy bánh nhau.
- Huyết học: để lý giải kết quả xét nghiệm công thức máu đôi khi gặp khó khăn, tuy nhiên phải nhớ những giá trị bình thường của lứa tuổi sơ sinh. Công thức máu có giá trị gợi ý nhiễm trùng sơ sinh sớm nếu như:

+ Số lượng bạch cầu giảm < 5 000/mm3 hoặc > 25 000/mm3; có tế bào tủy trong máu(myelocytes, métamyelocytes) >10% của toàn bộ tỷ bạch cầu hoặc >20% của số lượng bạch cầu trung tính.

+ Giảm tiểu cầu <100 000/mm3

+ Tăng Fibrin >3,8g/l ngày thứ nhất và 4g/l nếu sau ngày thứ nhất.

+ CRP > 20mg/l

2.5. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân: dùng kháng sinh
- Điều trị hỗ trợ: không kém phần quan trọng như thở oxy, nằm lồng ấp, truyền dịch nuôi dưỡng, truyền dịch phân tử lớn như plasma tươi trong trường hợp có choáng.
- Điều trị dự phòng nhiễm trùng sơ sinh sớm: tầm soát nhiễm trùng bộ phận sinh dục, nhiễm trùng đường tiểu ở phụ nữ có thai ...

3. NHIỄM TRÙNG SƠ SINH MẮC PHẢI SAU SINH

3.1. Đại cương

Nhiễm trùng mắc phải sau sinh thường xuất hiện sau 72 giờ sau sinh. Lâm sàng của những nhiễm trùng này giống với nhiễm trùng sơ sinh sớm truyền bằng đường mẹ-thai. Đặc điểm của nhiễm trùng mắc phải là nhiễm trùng khu trú tại chỗ, hoặc điểm khởi phát tại chỗ:

- Viêm màng não do Liên cầu khuẩn nhóm B hoặc Proteus
- Nhiễm trùng đường tiểu thường bộc lộ bệnh lý ở đường tiết niệu.
- Viêm phổi (tụ cầu, Klebsiella)
- Nhiễm trùng tiêu hóa (Campylobacter, Yersinia), viêm ruột hoại tử.
- Nhiễm trùng da(tụ cầu, nấm)
- Nhiễm trùng mắt (lậu cầu, Clamydia)

Một loại nhiễm trùng sau sinh thường gặp là nhiễm trùng sơ sinh mắc phải ở bệnh viện.

3.2. Nhiễm trùng sơ sinh mắc phải ở bệnh viện

Nhiễm trùng mắc phải ở bệnh viện thường xuất hiện sớm nhất 48 giờ sau sinh, ngược lại những nhiễm trùng đến sau 48 giờ của đời sống không phải đều là do nhiễm trùng mắc phải ở bệnh viện, có thể do nhiễm trùng truyền bằng đường mẹ- thai nhưng xuất hiện chậm.

Nhiễm trùng mắc phải ở bệnh viện thường được gây ra do những vi khuẩn sau đây: Staphylococcus, Enterobacteria, Brahamella Catarrhalis

3.2.1. Yếu tố nguy cơ

- Những đơn vị sơ sinh trong giai đoạn quá tải bệnh nhân.
- Sơ sinh nhỏ cân, đầu nặng.
- Đặt catheter trong trong mạch máu dễ bị nhiễm tụ cầu vàng hoặc tụ cầu trắng vì nó tạo ra một chất dính vào chất nhựa tạo thành catheter.
- Nuôi dưỡng bằng dịch chuyền, glucose
- Đặt nội khí quản
- Điều trị kháng sinh phổ rộng sau sinh dễ dẫn đến tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn với nhiều loại kháng sinh cùng một lúc.

3.2.2. Lâm sàng

Khi nào nghi ngờ nhiễm trùng mắc phải sau sinh:

Hiểu biết về những yếu tố nguy cơ là rất quan trọng. Không có những triệu chứng đặt biệt để phân biệt với những nhiễm trùng sơ sinh nói chung. Cần phải chú ý đến những biến đổi trên film phổi trên đứa trẻ sơ sinh đang được đặt nội khí quản, chú ý đến sự thay

đổi tính chất của dịch tiết hút ra, nhu cầu oxy và áp lực trên máy thở tăng. Dấu hiệu ngưng thở cần phải được xem xét tùy theo tuổi thai.

Trẻ sơ sinh thường có những dấu hiệu như sau:

- Biến đổi thân nhiệt.
- Nhịp tim nhanh hoặc nhịp tim chậm.
- Bụng chướng, phân lỏng.

Khi đứa trẻ có một trong những triệu chứng này thường phải làm ngay những xét nghiệm vi khuẩn học, xét nghiệm sinh học như CTM, tiểu cầu và CRP. Bệnh nhân đang được đặt nội khí quản phải soi cấy dịch tiết khí quản hàng tuần.

3.2.3. Điều trị

- Kháng sinh: tùy nơi mà dùng kháng sinh khác nhau.
- Phương pháp điều trị khác: rút Catheter càng sớm càng tốt. Ngưng truyền dịch ưu trương càng sớm càng tốt.

3.2.4. Dự phòng

- Rửa tay là phương thức hữu ích để dự phòng nhiễm trùng mắc phải sau sinh, nhiễm trùng mắc phải ở bệnh viện.
- Phải sử dụng dụng cụ riêng khám cho bệnh nhân như ống nghe. Mang áo choàng vô khuẩn, đội mũ, mang găng để đặt nội khí quản, catheter...
- Kết hợp với Khoa Vi trùng học để làm xét nghiệm định kỳ tìm hiểu về sinh thái học môi trường trong phòng sơ sinh.

III. CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1.Biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng sơ sinh dạng nhiễm trùng huyết, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Da vàng tái, trụy mạch, hạ thân nhiệt.
B. Ban xuất huyết, gan lách to, vàng da.
C. Co giật, mất nước, cứng bì, bú kém...
D. Tất cả đúng

2. Những nguyên nhân lây nhiễm trong khi sinh gây nhiễm khuẩn sơ sinh mẹ - thai, CHỌN CÂU SAI:

A. Nhiễm trùng ối có hoặc không ối vỡ sớm > 6 giờ (thường do Liên cầu khuẩn nhóm B)
B. Lây nhiễm trong khi lọt qua đường sinh dục mẹ: thời kỳ xổ thai kéo dài
C. Lây nhiễm qua dụng cụ trong khi can thiệp những thủ thuật sản khoa.
D. Chăm sóc vệ sinh rốn không tốt

3. Những yếu tố nguy cơ gây nhiễm trùng sơ sinh mắc phải sau sinh, CHỌN CÂU SAI:

A. Sơ sinh nhỏ cân.
B. Đặt catheter trong trong mạch máu
C. Nuôi dưỡng bằng dịch truyền, glucose
D. Đặt nội khí quản, điều trị kháng sinh phổ rộng

4. Những dấu hiệu lâm sàng gợi ý nhiễm trùng sơ sinh mắc phải sau sinh, CHỌN CÂU SAI:

A. Biến đổi thân nhiệt.

B.Nhịp tim nhanh hoặc nhịp tim chậm.

C.Bụng chướng, phân lỏng.

D. Số lương bạch cầu giảm < 5 000/mm3 hoặc > 25 000/mm3

5. Đường lây truyền chính từ mẹ sang con giai đoạn trước sanh thường là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Đường máu

B. Đường bạch huyết

C. Ổ viêm tai, khung chậu

D. Ổ viêm tiết niệu sinh dục của mẹ.

Bài 8
NÔN TRỚ VÀ TÁO BÓN

I.MỤC TIÊU:

1. Trình bày được 4 nhóm nguyên nhân gây nôn trớ ở trẻ em. Phân biệt nôn và ợ thức ăn.

2. Trình bày được triệu chứng co thắt môn vị và hẹp phì đại môn vị.

3. Trình bày được các hình thái lâm sàng và 2 nhóm nguyên nhân chính gây táo bón.

4. Nêu được những điều cần hỏi, cách thăm khám và phát hiện bệnh nhân nôn, táo bón.

5. trình bày cách điều trị nôn, táo bón.

II.NỘI DUNG:

1. NÔN

Nôn (*trớ*) là hiện tượng thức ăn đã vào đến dạ dày mà bị đẩy ra ngoài. Đây là triệu chứng thường gặp ở trẻ nhỏ do đặc điểm giải phẫu:

* Cơ tâm vị còn yếu.

* Dạ dày của trẻ nhỏ nằm ngang, nằm cao, hay chứa nhiều hơi vì khi bú nuốt phải hơi.

* Trẻ em thường nằm nhiều.

1.1. Phân biệt nôn và ợ thức ăn.

1.1.1. Nôn

Là chất trong đường tiêu hóa bị tống ra ngoài nhiều do sự co bóp cùng lúc của cơ hoành, thành bụng và dạ dày. Vẻ mặt khó chịu, xanh tái. Đây là hiện tượng bệnh lý.

1.1.2. Ợ thức ăn

Là chất trong đường tiêu hóa bị tống ra ngoài ít. Vẻ mặt trẻ bình thường. Đây là hiện tượng sinh lý ở mức độ cao.

1.2. Nguyên nhân gây nôn

1.2.1. Nôn triệu chứng

Nôn chỉ là triệu chứng của bệnh toàn thân.

- Do ngộ độc: hóa chất, thuốc, thức ăn...
- Bệnh đường tiêu hóa: tiêu chảy cấp lồng ruột, xoắn ruột, viêm ruột, thoát vị...
- Do tổn thương não, màng não: chảy Iu não, viêm não màng não, u não, chấn thương sọ não...

- Bệnh đường hô hấp: viêm họng, viêm tay giữa.

1.2.2. Nôn do sai lầm ăn uống

- Ăn quá nhiều, ăn quá ít, trẻ đói cồn cào ruột gây nôn, thức ăn không phù hợp, thành phần không cân đối.
- Bị dị ứng với thức ăn.

1.2.3. Nôn do tật đường tiêu hóa

- Hẹp, phì đại môn vị.
- Hẹp tá tràng bẩm sinh: nôn ra mật.
- Hẹp thực quản: nôn ngay sau khi ăn.

1.2.4. Nôn do rối loạn thần kinh thực vật

Gặp trẻ ở thời kỳ ăn lỏng (*không khí lùa vào*). Càng lớn nôn giảm dần và hết dần khi trẻ được 6 tháng ăn chế độ khác. Do co thắt môn vị.

1.3 Triệu chứng co thắt môn vị và hẹp phì đại môn vị

Triệu chứng	Co thắt môn vị	Hẹp phì đại môn vị
Nôn	Xuất hiện từ lúc sinh Nôn nhiều lần Nôn ngay sau ăn Số lượng ít	Xuất hiện chậm sau 2 – 5 tuần Lúc đầu ít sau tăng dần Nôn sau ăn một thời gian Số lượng nhiều hơn số sữa bú vào
Táo bón	Không rõ	Rõ
Dinh dưỡng	Sụt cân	Suy dinh dưỡng
Thần kinh	Kích thích phàm ăm	Bình thường
X quang có cản Quang	Ứ đọng trong dạ dày hoàn toàn trong những giờ đầu. 6 – 8 giờ sau xuống hoàn toàn.	Xuống ít, 8 – 24 giờ sau còn ứ đọng nhiều trong dạ dày.

1.4. Công tác chuẩn đoán

1.4.1. Hỏi bệnh

* Đặc điểm nôn:

-Thời điểm xuất hiện.

- Số lần nôn.
- Tính chất thụ động hay nôn mạnh, nôn vọt thành vòi.
- Đặc điểm chất nôn: màu sắc, mùi.
- Mối liên quan giữa nôn với bữa ăn, tư thế hay ho.
- Nôn kèm theo chán ăn hay ăn bình thường.

* Hoàn cảnh xuất hiện:

- Tiền căn sơ sinh.
- Chế độ nuôi dưỡ ng.
- Bệnh cảnh nhiễm trùng kèm theo.
- Các rối loạn tiêu hóa khác kèm: tiêu chảy, táo bón, sôi ruột.
- Có bệnh sử chấn thương không.
- Các thuốc đã và đang sử dụng.

1.4.2. Thăm khám: khám toàn diện và chú ý

* Cơ quan tiêu hóa

- Nhìn bụng xem có chướng hơi, có dịch, hay sóng nhu động tăng.
- Sờ tìm khối u bất thường, sờ gan lách, khám trực tràng.
- Gõ tìm dấu gõ đục vùng thấp (*nếu có cổ chướng*), mất vùng đục trước gan (*nếu thủng tạng rỗng*).

* Dấu hiệu nhiễm trùng

- Nhiễm trùng tai, mũi, họng, phế quản phổi, đường tiểu hoặc màng não.

* Cơ quan thần kinh

- Tri giác, dấu tăng áp lực nội sọ, yếu liệt chi, co giật, co gồng, dấu màng não.

* Hậu quả của nôn

- Dấu hiệu mất nước.
- Dấu hiệu suy dinh dưỡng.

1.4.3. Xét nghiệm

* Sinh hóa: Công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, ion đồ máu.

* Hình ảnh: Siêu âm bụng tổng quát, chụp Xquang bụng, chụp cản quang thực quản dạ dày, nội soi đường tiêu hóa trên.

1.4.4. Điều trị

Cấp cứu

Đặt trẻ nằm đầu thấp nghiêng một bên để tránh hít sặc.

Nếu nôn ra mũi, làm sạch mũi bằng ống hút mũi hay nối với máy hút.

Theo nguyên nhân

Nâng đỡ

* Điều trị biến chứng mất nước, rối loạn điện giải.

* Điều trị tâm lý

* Sử dụng thuốc chống nôn (*một số thông dụng có thể dùng cho trẻ như: Domperion, Metocloramid, Dimenhydrinate*).

2. TÁO BÓN

Táo bón là hiện tượng chậm thải phân hay thải phân rắn và khô.

2.1. Lâm sàng

* Thể điển hình: Hiện tượng tiêu phân ít, rắn, 2-3 ngày/1 lần.

* Thể không điển hình: Ngày thải phân 1 lần, phân rắn và khô.

* Thể giả tước: Đi tiêu phân tóe nhiều nước lẫn phân cục rắn (*do phân ứ đọng lâu, kích thích bài tiết nước*).

Nguyên nhân:

2.1.1. Do dị tật bẩm sinh đường tiê u hóa

* Dài đại tràng: Đại tràng xích ma dài, khúc khuỷu làm cản sự vận chuyển thức ăn.

* Phình đại tràng: Đại tràng xích ma rộng, táo bón từ lúc mới sinh, 5-6 ngày mới đi cầu một lần thường phải thụt tháo.

2.1.2. Rối loạn chức năng đường tiêu hóa

* Do mãi chơi, lười đi cầu gây mất phản xạ đi cầu.

* Khi bị bệnh kéo dài, nằm nhiều hoặc nhiễm khuẩn đường tiêu hóa gây cơn co thắt rối loạn vận chuyển co bóp nhu động ruột gây táo bón.

* Do thuốc: An thần, Opioic, uống viên sắt, kháng sinh kéo dài...

* Do tâm lý.

* Táo bón thường xuyên:

+ Do chế độ ăn: Sữa bò, uống thiếu nước, ăn ít rau, trái cây.

+ Cơ thành bụng nhão do còi xương, thiếu vitamin B1.

2.2. Công tác chẩn đoán

2.2.1. Hỏi bệnh

* Tuổi khởi bệnh.

* Tần số đi tiêu.

* Tính chất phân.

* Máu liên quan với phân.

* Thói quen ăn uống.

* Yếu tố tâm lý, điều kiện sinh hoạt.

* Điều trị trước đây.

* Các dấu hiệu kèm theo: Chán ăn, chậm lớn, đau bụng tái diễn .

2.2.2. Thăm khám: Khám toàn diện và chú ý.

* Cơ quan tiêu hóa.

Nhìn bụng xem có chướng hơi.

Sờ có thể thấy khối phân rắn ở hố chậu trái.

* Hậu môn.

Mất nếp gấp.

Nứt, rách hậu môn.

Khám trực tràng: Sờ thấy căng, rỗng kèm cơ thắt nhão hoặc bóng trực tràng ứ phân kèm cơ thắt nhão.

* Hậu quả của táo bón.

* Phân lâu ngày trong trực tràng là nguồn kích thích thần kinh gây nên những rối loạn thần kinh.

* Độc tố tích tụ vào máu gây nhiễm độc thần kinh làm cơ thể dễ nhiễm khuẩn.

* Phân ứ đọng, làm cản trở tuần hoàn lâu dần sinh ra bệnh trĩ, sa trực tràng, nứt hậu môn.

2.2.3. Xét nghiệm

* Chụp X quang bụng không sửa soạn.

* Chụp đại tràng cản quang.

2.2.4. Điều trị

* Nguyên tắc: Điều trị nguyên nhân, chế độ ăn, thuốc men.

* Tìm nguyên nhân nội khoa hay ngoại khoa (*như teo, hẹp, phình đại tràng*) để sớm mời chuyên khoa ngoại điều trị.

* Nếu nguyên nhân nội khoa thì phối hợp với gia đình trong điều trị, chú ý chế độ nuôi dưỡng và sau cùng mới dùng thuốc.

- Dinh dưỡng:

Bú mẹ: Thay đổi chế độ ăn của mẹ.

Thôi bú: Giảm lượng bột khi ăn dặm, thêm rau quả.

Trẻ lớn: Giảm gạo, cà rốt, thêm rau xanh hoa quả, giảm các chế phẩm từ sữa, giảm thức ăn nhiều đường, nhiều sô cô la và cuối cùng khuyên dùng nhiều nước.

- Thuốc dùng khi chế độ thất bại.

Dầu bôi trơn: Lansoyl.

Làm mềm phân: Docusates.

Đường: Sorbitol, Duphalac.

Tăng nhu động ruột: folax, fructine.

Bơm HM: Microlac, Retiofar.

Giáo dục:

Tạo thói quen đi cầu buổi sáng.

Luyện tập cơ thành bụng và cơ vòng hậu môn.

Loại bỏ áp lực.

Tâm lý liệu pháp rất quan trọng.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Táo bón được định nghĩa là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Ỉa phân cứng và khô
B. Nhiều ngày mới ỉa một lần
C. Ỉa phân có máu do nứt hậu môn
D. Khi ỉa cảm thấy đau ở hậu môn

2. Ở giai đoạn sơ sinh, táo bón thường do, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Phình đại tràng bẩm sinh
B. Rối loạn về chức năng (táo bón cơ năng)
C. Hẹp trực tràng
D. Hẹp hậu môn

3. Ở trẻ bắt đầu đi học thì táo bón chủ yếu do, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Thay đổi chế độ sinh hoạt và môi trường
B. Thay đổi chế độ ăn
C. Phình đại tràng bẩm sinh
D. Thiếu nước

4. Đối với bệnh phình đại tràng bẩm sinh thì, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Đa số có chậm đào thải phân su
B. Táo bón là triệu chứng đầu tiên
C. Bụng chướng xuất hiện sớm
D. Tất cả đều đúng

5. Ở trẻ bị phình đại tràng bẩm sinh, thăm khám trực tràng có thể phát hiện, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Trực tràng nhỏ
B. Phân đầy ở trực tràng
C. Lỗ dò hậu môn trực tràng
D. Tìm thấy khối u ở trực tràng

Bài 9
BỆNH TIÊU CHẢY VÀ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG TIÊU CHẢY
(*Control of Diarrhoea Disease - CDD*)

I.MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kể các mục tiêu và nội dung triển khai tại y tế cơ sở của chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy.

2. Trình bày được các nguyên nhân gây ra bệnh tiêu chảy.

3. Trình bày được cách đánh giá, phân loại mất nước ở bệnh tiêu chảy cấp.

4. Kể được các biện pháp phòng bệnh.

II.NỘI DUNG:

1. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG TIÊU CHẢY

1.1. GIỚI THIỆU CHƯƠNG TRÌNH

- Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, tiêu chảy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em ở các nước nghèo, đang phát triển. Theo ước tính hàng năm có khoảng 4-5 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết vì bệnh tiêu chảy. Trong đó, 80% tập trung ở trẻ dưới 2 tuổi, nguyên nhân gây tử vong chính là do mất nước và điện giải. Mỗi trẻ <2 tuổi một năm có thể mắc từ 3 – 4 đợt tiêu chảy.

- Ngoài ra, tiêu chảy còn là nguyên nhân chính gây bệnh suy dinh dưỡng làm ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của trẻ. Vòng xoắn bệnh lý: tiêu chảy – suy dinh dưỡng – nhiễm trùng.

- Năm 1978, Tổ Chức Y tế thế giới (*WHO*) thiết lập chương trình phòng chống bệnh tiêu chảy (*Control of Diarrhoea Disease - CDD*). CDD là một khâu cấp thiết trong Hệ Thống Chăm Sóc Sức Khỏe Ban Đầu và trực tiếp phục vụ cho trẻ dưới 5 tuổi nhằm mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong và giảm tỷ lệ mắc bệnh. Sau hơn 20 năm thực hiện CDD, tỷ lệ tử vong của trẻ em do tiêu chảy đã giảm đi rất nhiều, chi phí do điều trị đã giảm đi đáng kể, tỷ lệ mắc bệnh cũng có xu hướng giảm rõ rệt.

1.2. MỤC TIÊU CỦA CHƯƠNG TRÌNH

1.2.1. Mục tiêu trước mắt

Giảm tỷ lệ tử vong do tiêu chảy bằng biện pháp sử dụng rộng rãi ORS và cải thiện dinh dưỡng.

1.2.2. Mục tiêu lâu dài

- Tăng cường bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em.

- Cung cấp và sử dụng nước sạch.
- Xây dựng, sử dụng hố xí hợp vệ sinh.
- Giám sát dịch tễ học.

1.3. NỘI DUNG TRIỂN KHAI TẠI Y TẾ CƠ SỞ

- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tiêu chảy tại nhà gồm:

+ Tăng cường cho trẻ uống nhiều dịch khi tiêu chảy. Cho trẻ ăn đủ để phòng suy dinh dưỡng.

+ Các dấu hiệu cần đưa trẻ đi đến y tế cơ sở khám ngay.

- Tổ chức các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông.
- Quản lý, theo dõi, đánh giá.

2. BỆNH TIÊU CHẢY

2.1 ĐỊNH NGHĨA

- Tiêu chảy là hiện tượng tiêu phân lỏng hoặc tóe nước >3 lần/24 giờ.
- Tiêu chảy cấp: tiêu chảy không quá 14 ngày.
- Tiêu chảy kéo dài: tiêu chảy trên 14 ngày.

2.2. NGUYÊN NHÂN

2.2.1. Do nhiễm khuẩn

-Virus: Rotavirus 40%, Adenovirus, Enterovirus, Norwalk virus, . . .

Rotavirus là tác nhân chính gây bệnh tiêu chảy nặng và đe dọa tính mạng trẻ <2 tuổi. Rotavirus có 4 type huyết thanh gây bệnh, khi bị nhiễm 1 type, cơ thể chỉ đáp ứng với type đó và trẻ vẫn có thể mắc các type khác. Có khoảng 1/3 số trẻ em dưới 2 tuổi ít nhất bị một đợt tiêu chảy do rotavirus trong 1 năm.

- Virus nhân lên trong liên bào ruột non, phá hủy cấu trúc liên bào làm cùn nhung mao gây tổn thương men tiêu hóa các đường đôi làm giảm hấp thu đường đôi (*đường lactose*) trong sữa. Khi liên bào và nhung mao ruột tái sinh men được phục hồi trở lại.

-Vi khuẩn: E.coli, Shigella, Vibrio Cholerea, Samonella, Campylobacter jejuni, . . .

E.coli độc tố (*Enteroroxigenic Escherichia Coli- ETEC*).

E.coli bám dính (*Enteroadherent Escherichia Coli - EAEC*).

E.coli gây bệnh (*Enteropathogenic–Escherichia Coli- EPEC*).

E.coli xâm nhập (*Enteroinvasive Escherichia Coli - EIEC*).

E.coli gây xuất huyết (*Enterohemorhagia Escherichia Coli - EHEC*).

Trong 5 nhóm trên, E.coli sinh độc tố ruột (*ETEC*) là tác nhân quan trọng gây tiêu chảy cấp phân tóe nước ở người lớn và trẻ em các nước đang phát triển. ETEC không xâm nhập vào niêm mạc ruột mà gây tiêu chảy do các độc tố: độc tố không chịu nhiệt (*LT - heat labile toxin*) và độc tố chịu nhiệt (*ST - heat stable toxin*). Độc tố không chịu nhiệt gần giống như độc tố tả.

+ Lỵ trực trùng Shigella là tác nhân chiếm 60% các đợt lỵ. Có 4 nhóm huyết thanh: S.Plexneri, S.Dysenteriae, S.Boydi, S.Sonei. Nhóm S.Plexneri là nhóm phổ biến nhất ở các nước đang phát triển. Nhóm S.Dysenteriae type 1 thường gây bệnh nặng nhất và gây các vụ dịch.

+ Campylobacter jejuni: Gây bệnh chủ yếu ở trẻ nhỏ, lây qua tiếp xúc với phân, uống nước bẩn, ăn sữa và thực phẩm bị ô nhiễm. Campylobacter jejuni gây tiêu chảy tóe nước 2/3 trường hợp và 1/3 trường hợp gây hội chứng lỵ và sốt, bệnh diễn tiến thường nhẹ và chỉ kéo dài 2 – 5 ngày khó phân biệt với tiêu chảy do các nguyên nhân khác.

+ Samonella không gây thương hàn: Do lây từ súc vật nhiễm trùng hoặc thức ăn động vật bị ô nhiễm. Tiêu chảy do Samonella thường gây tiêu chảy phân tóe nước, đôi khi cũng biểu hiện hội chứng lỵ. Kháng sinh không có hiệu quả và còn có thể làm cho Samonella chậm đào thải qua ruột.

+ Vibio Cholerae 01: Vi khuẩn tả gây tiêu chảy xuất tiết qua trung gian độc tố tả, gây xuất tiết ồ ạt nước điện giải ở ruột non. Tiêu chảy có thể dẫn đến mất nước và điện giải nặng

- Ký sinh trùng: Entamoeba histolitica, Grardia lamlia, nấm, . . .

+ Entamoeba histolitica: Entamoeba histolitica xâm nhập vào liên đại tràng hay hồi tràng gây nên các ổ áp xe nhỏ rồi loét làm tăng tiết nhầy lẫn máu.

+ Grardia lamlia: Grardia lamlia là đơn bào bám dính trên liên bào ruột non, làm teo các nhung mau ruột, dẫn tới giảm hấp thụ gây tiêu chảy.

+ Cryptosporidium: Thường gây tiêu chảy ở trẻ nhỏ, ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, gây bệnh ở nhiều loại gia súc. Cryptosporidium bám dính trên liên bào ở ruột non, làm teo nhung mao ruột gây tiêu chảy nặng và kéo dài, hiện tại, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

+ Nấm Candida Albicans gây tiêu chảy ở những bệnh nhân sau khi dùng thuốc kháng sinh kéo dài, hoặc ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải trong giai đoạn cuối.

2.2.2. Các yếu tố nguy cơ

- Tuổi: trẻ dưới 2 tuổi hay bị tiêu chảy, đặc biệt là trẻ ở độ tuổi 6-11 tháng đang ở giai đoạn ăn dặm.

- Tình trạng dinh dưỡng: trẻ suy dinh dưỡng dễ mắc bệnh tiêu chảy và bệnh thường nặng và dễ gây tử vong.

- Tình trạng suy giảm miễn dịch: trẻ bị sởi, bị AIDS thường dễ bị tiêu chảy.

- Cơ địa; trẻ đẻ non, yếu.

- Tập quán làm tăng nguy cơ gây tiêu chảy:

+ Trẻ không bú mẹ, ăn nhân tạo không đúng phương pháp.

+ Cho trẻ bú bình.
+ Ăn dặm sớm, ăn thức ăn ôi thiu.
+ Sử dụng nguồn nước bị ô nhiễm.
+ Vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống kém.

- Tiêu chảy do virus thường xảy ra vào mùa đông.
- Tiêu chảy do vi khuẩn thường xảy ra vào mùa hè.
- Các bệnh nhiễm khuẩn ngoài ruột cũng có thể gây tiêu chảy như: viêm phổi, viêm tai giữa, viêm tai xương chũm, nhiễm trùng đường tiết niệu,...
- Việc dùng kháng sinh bừa bãi, nhất là các loại kháng sinh bằng đường uống sẽ tiêu diệt hết các vi khuẩn có lợi cho cơ thể gây ra loạn khuẩn đường ruột.

2.3. SINH LÝ BỆNH

2.3.1. Sự trao đổi nước bình thường ở ruột

2.3.1.1. Quá trình hấp thu ở ruột non

- Ruột non đóng vai trò quan trọng trong điều hòa thăng bằng nước và điện giải giữa huyết tương và các chất dịch trong lòng ruột.
- Quá trình trao đổi nước qua liên bào ruột được điều hòa chủ yếu bởi sự chênh lệch áp lực thẩm thấu gây nên bởi sự vận chuyển các chất hoà tan đặc biệt là natri từ bên này qua mặt bên kia của liên bào ruột. Natri từ trong lòng ruột vào tế bào bởi:
- Trao đổi với ion H^+.
- Gắn với Clo.
- Gắn với Glucose hoặc peptid.
- Khi glucose vào làm tăng sự hấp thu natri từ lòng ruột vào máu gấp ba lần. Cơ chế hấp thu theo từng cặp của natri và glucose là nguyên lý cơ bản của việc sử dụng glucose trong dung dịch oresol.
- Natri được vận chuyển ra ngoài tế bào máu theo cơ chế bơm natri được tác dụng của men Na+, K+- ATPase.
- Natri vào khoảng gian bào làm tăng áp lực thẩm thấu ở khu vực này gây nên sự chênh lệch áp suất thẩm thấu giữa máu và lòng ruột kéo nước từ lòng ruột vào khoảng gian bào vào máu.
- Ở hồi tràng và đại tràng, Cl^- được hấp thu do sự trao đổi với $HCO3^-$ bài tiết vào lòng ruột.

2.3.1.2. Quá trình bài tiết ở ruột non

Quá trình bài tiết xảy ra ngược lại với quá trình hấp thu. Quá trình bài tiết ở ruột non xảy ra tại các tế bào vùng hẽm tuyến. Tại đây, nước được bài tiết vào lòng ruột theo cơ chế natri gắn với clo. Bình thường, các vùng hấp thu natri tại các nhung mao liên bào ruột mạnh hơn nhiều lần so với quá trình bài tiết nước ở các vùng hẽm tuyến. Do đó, lượng nước rất nhiều (*trên 10 lít/ngày)* trong ruột non được hấp thu gần hết, chỉ còn khoảng 1 lít/ngày xuống đại tràng. Đại tràng chỉ hấp thu khoảng 0,8-0,9

lít/ngày. Do vậy, bất kì một sự thay đổi nào trong hai quá trình hấp thu và bài tiết sẽ gây ra tình trạng quá tải cho đại tràng dẫn đến tiêu chảy.

2.3.2. Cơ chế tiêu chảy

2.3.2.1. Tiêu chảy xâm nhập

- Các yếu tố gây bệnh xâm nhập vào trong tế bào liên bào của ruột non, ruột già, nhân lên trong đó và phá hủy tế bào làm bong tế bào và gây phản ứng viêm. Những sản phẩm phá hủy tế bào, viêm bài tiết trong lòng ruột gây nên tiêu chảy.

- Vi khuẩn gây xâm nhập gồm: Shigella, Coli xâm nhập, Coli xuất huyết, Campylobacter jejuni, Salmonella, Yersinia, Vibrio hema, Entamoeba histolitica.

2.3.2.2. Tiêu chảy do bám dính

Tác nhân bám chặt vào niêm mạc ruột, gây tổn thương diềm bàn chải của các tế bào hấp thu ở ruột non, không xâm nhập vào tế bào làm cản trở sự hấp thu natri và điện giải, làm cản trở sự tiết men disacharidase gây nên tiêu chảy do bất dung nạp lactose tạm thời.

Tác nhân gây xâm nhập gồm EPEC, EAEC, Rotavirus, Cryptosporidium, Giardia lamblia, . . .

2.3.2.3. Tiêu chảy do cơ chế xuất tiết

Tác nhân gây tiêu chảy xuất tiết không gây tổn thương đến hình thái tế bào ruột. Cơ chế gây tiêu chảy là do các tác nhân tiết ra độc tố ruột, tác động lên hẽm tuyến làm gia tăng sự xuất tiết của ruột.

Tác nhân gây bệnh như phẩy khuẩn tả, ETEC, . . . Ngoài cơ chế xuất tiết, phẩy khuẩn tả còn gây ra tiêu chảy do cơ chế bám dính vào đỉnh liên bào nhung mao, cản trở sự hấp thu nước và điện giải của ruột làm lượng nước trong phân nhiều, mất nước nhanh hơn các nguyên nhân gây bệnh khác.

2.4. TRIỆU CHỨNG CHÍNH VÀ CÁCH PHÂN LOẠI

2.4.1. Triệu chứng chính

- Hội chứng rối loạn tiêu hóa:
  + Đi tiêu phân lỏng 3 lần trở lên trong một ngày.
  + Nôn.
  + Chán ăn.
- Hội chứng mất nước.

2.4.2. Đánh giá và phân loại tiêu chảy

2.4.2.1. Các dấu hiệu cần đánh giá

- Một trẻ tiêu chảy cần đánh giá về:
  + Thời gian trẻ bị tiêu chảy.
  + Máu trong phân để xác định trẻ có lỵ hay không.
  + Tình trạng mất nước.

Để đánh giá tình trạng mất nước cần:

Quan sát toàn trạng:

- Trẻ li bì: Là không tỉnh táo, ngủ gà và không quan tâm đến những gì xảy ra xung quanh.

- Khó đánh thức: là những trẻ không đánh thức được. Trẻ không phản ứng khi chạm vào người, lay hoặc nói chuyện.

- Vật vã kích thích: là những trẻ quấy khóc cả khi được mẹ bế và âu yếm, chỉ nằm yên khi được mẹ cho bú.

- Tìm những dấu hiệu mắt trũng: là nhìn thấy rõ hố mắt của trẻ, nếu khó xác định cần hỏi bà mẹ xem mắt trẻ có trũng hơn so với bình thường không?

- Cho trẻ uống nước: Đưa nước cho trẻ uống (*bà mẹ cho uống*), quan sát xem trẻ không uống được, uống kém hay khát uống háo hức.

- Không uống được nghĩa là trẻ không tự nuốt được khi đổ nước hoặc sữa vào miệng trẻ, trẻ không uống được vì trẻ trong trạng thái ngủ li bì khó đánh thức.

- Uống kém là khi trẻ yếu không thể uống nước nếu không có sự giúp đỡ, trẻ có thể nuốt nếu được đưa nước vào miệng.

- Trẻ khát, uống háo hức là khi trẻ muốn uống nước một cách rõ ràng.

- Hãy nhìn xem trẻ có với lấy cốc hoặc thìa khi đưa nước cho trẻ uống không? Khi đưa nước ra xa, nhìn xem trẻ có khó chịu vì muốn uống thêm không? Nếu trẻ chỉ uống nước khi được khuyến khích và không muốn uống thêm thì không có dấu hiệu khát uống háo hức.

- Véo da bụng: để trẻ nằm ngửa. Vị trí để véo da bụng là đường nối từ rốn đến thành bụng, nếp véo da dọc theo da trẻ.

- Nếp véo da mất rất chậm là trên 2 giây vẫn nhìn thấy nếp lằn da.

- Nếp véo da mất chậm là vẫn kịp nhìn thấy nếp lằn da trong một thời gian rất ngắn.

Chú ý: ở trẻ suy dinh dưỡng thể teo đét, nếp véo da mất rất chậm ngay cả khi trẻ không mất nước, nếp véo da cũng ít tin cậy ở trẻ bụ bẫm hoặc trẻ bị phù.

2.4.2.2. Phân loại tiêu chảy

Tất cả trẻ bị tiêu chảy đều phải phân loại tình trạng mất nước, phân loại tiêu chảy kéo dài nếu tiêu chảy 14 ngày hoặc hơn, phân loại lỵ nếu có máu trong phân.

*** Đối với trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi phân loại theo các bảng sau:**

Phân loại cho tình trạng mất nước

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Hai trong các dấu hiệu sau Li bì hoặc khó đánh thức Mắt trũng Không uống được hoặc uống kém Nếp véo da mất rất chậm	MẤT NƯỚC NẶNG

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Hai trong trong các dấu hiệu sau: Vật vã, kích thích Uống háo hức, khát Mắt trũng Nếp véo da mất chậm	CÓ MẤT NƯỚC
Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	KHÔNG MẤT NƯỚC

Phân loại cho tiêu chảy kéo dài nếu tiêu chảy 14 ngày hoặc hơn

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Có mất nước hoặc mất nước nặng	TIÊU CHẢY KÉO DÀI NẶNG
Không mất nước	TIÊU CHẢY KÉO DÀI

Phân loại cho phân có máu

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Có máu trong phân	LỴ

Đối với trẻ từ 0 đến 2 tháng tuổi phân loại theo các bảng sau:

Phân loại cho tình trạng mất nước

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Hai trong các dấu hiệu sau Li bì hoặc khó đánh thức Mắt trũng Nếp véo da mất rất chậm	MẤT NƯỚC NẶNG
Hai trong trong các dấu hiệu sau: Vật vã, kích thích Mắt trũng Nếp véo da mất chậm	CÓ MẤT NƯỚC
Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	KHÔNG MẤT NƯỚC

Phân loại cho tiêu chảy kéo dài

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Tiêu chảy kéo dài 14 ngày hoặc hơn	TIÊU CHẢY KÉO DÀI NẶNG

Phân loại cho phân có máu

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI

Có máu trong phân	LỴ

2.5. XỬ TRÍ

2.5.1. Không mất nước: **Điều trị phác đồ A tại nhà, gồm 3 nguyên tắc sau:**

2.5.1.1. Uống thêm dịch (Cho trẻ uống nhiều hơn bình thường)

DẶN BÀ MẸ

- Cho trẻ bú thường xuyên và mỗi bữa bú cho trẻ bú lâu hơn.
- Nếu trẻ được bú mẹ hoàn toàn cho trẻ uống thêm ORS hoặc nước đun sôi để nguội.
- Nếu trẻ không được bú mẹ hoàn toàn cho trẻ uống thêm các loại nước sau: Dung dịch ORS, nước canh, nước cháo, nước trái cây, nước đun sôi để nguội.

Cho trẻ uống ORS tại nhà đặc biệt quan trọng khi:

- Trẻ đã được điều trị theo phác đồ B hoặc C.
- Nếu tiêu chảy nặng hơn mà trẻ chưa thể đến khám lại.

HƯỚNG DẪN BÀ MẸ CÁCH PHA VÀ CHO TRẺ UỐNG ORS, PHÁT CHO BÀ MẸ 2 GÓI ORS ĐỂ DÙNG TẠI NHÀ

- Sử dụng những dụng cụ có sẵn tại nhà. Đảm bảo những dụng cụ này sạch sẽ và khô ráo.
- Rửa sạch tay bằng xà phòng và nước .
- Đong 1 lít nước sạch (*nước đun sôi để nguội*) đổ vào bình, chai, xoong, nồi (*những dụng cụ sẵn có ở nhà đã được rửa sạch, để khô*).
- Cắt và kiểm tra gói oresol, nếu bột trắng là dùng được.
- Đổ hết bột ORS vào bình nước trên, dùng đũa quấy cho đến khi bột tan hết.
- Nếm thử để biết vị của dung dịch.
- Đậy nắp bình của dung dịch ORS, dùng trong 24 giờ.

HƯỚNG DẪN BÀ MẸ LƯỢNG DỊCH CẦN CHO TRẺ UỐNG THÊM SO VỚI LƯỢNG DỊCH UỐNG HẰNG NGÀY

- Dưới 2 tuổi: 50 - 100 ml sau mỗi lần tiêu chảy.
- Từ 2 tuổi trở lên: 100 - 200 sau mỗi lần tiêu chảy.

Dặn bà mẹ:

- Cho trẻ uống thường xuyên từng ngụm bằng chén hoặc thìa.
- Nếu trẻ nôn, đợi 10 phút, sau đó tiếp tục cho trẻ uống nhưng chậm hơn
- Tiếp tục cho trẻ uống thêm các loại nước cho đến khi ngừng tiêu chảy.

2.5.1.2. Tiếp tục cho trẻ ăn

- Nếu trẻ còn bú mẹ, tiếp tục cho trẻ bú càng nhiều càng tốt trong suốt đợt tiêu chảy.

- Trẻ đã ăn bổ sung: Cần cho trẻ ăn tốt hơn bình thường, không ăn kiêng để trẻ chóng hồi phục và chống suy dinh dưỡng chất bổ và cân đối thành phần đạm, mỡ, đường, tránh cho trẻ ăn nhiều chất xơ và đậm độ đường quá ngọt, vẫn cho trẻ ăn thêm rau xanh và quả để tăng thêm vitamin và muối khoáng, nhất là những loại quả có nhiều kali như chuối, cam, quýt, . . . Khi hết tiêu chảy cho trẻ ăn thêm 1 bữa/ ngày liền trong 2 tuần hoặc đến khi trẻ hồi phục cân nặng ban đầu và phát triển bình thường.

- Trẻ nuôi nhân tạo vẫn cho trẻ ăn bình thường, chia nhiều bữa nhỏ trong ngày, công thức pha sữa vẫn giữ nguyên, không cần pha loãng.

2.5.1.3. Khi nào cần phải đưa trẻ đến các cơ sở y tế khám ngay

- Không uống được hoặc bỏ bú.
- Bệnh nặng hơn.
- Trẻ có sốt hoặc sốt cao.
- Phân có máu.
- Trẻ rất khát.
- Khám lại sau 5 ngày nếu tiến triển không tốt.

2.5.2. Có dấu hiệu mất nước

Cho uống ORS được khuyến nghị trong 4 giờ đầu tại y tế cơ sở.

Xác định liều lượng ORS trong 4 giờ đầu

Cân nặng	<6kg	6- <10kg	10-<12kg	12-19kg
Tuổi	<4 tháng	4-<12 tháng	12-<2 tuổi	2-<5 tuổi
Số ml	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

- Chỉ dùng tuổi của trẻ khi không biết cân nặng. Số lượng ORS ước tính (*ml*) cần dùng được tính bằng cân nặng của trẻ (*kg)* x 75.

- Cho trẻ uống thêm ORS nếu trẻ đòi uống nhiều hơn số lượng chỉ dẫn

- Đối với những trẻ dưới 6 tháng không được bú mẹ nên cho thêm 100 - 200 ml nước sôi để nguội trong thời gian này.

Hướng dẫn bà mẹ cách cho trẻ uống ORS

- Cho trẻ uống thường xuyên bằng ngụm nhỏ bằng chén hoặc thìa.
- Nếu trẻ nôn, dừng lại 10 phút sau đó tiếp tục cho uống, nhưng uống chậm hơn.
- Tiếp tục cho bú mẹ cho bất cứ khi nào trẻ muốn.

Sau 4 giờ:

- Đánh giá lại và phân loại tình trạng mất nước của trẻ.
- Lựa chọn phát đồ thích hợp để tiếp tục điều trị.
- Bắt đầu cho ăn.

Nếu bà mẹ phải về nhà trước khi kết thúc điều trị

- Hướng dẫn bà mẹ cách pha ORS tại nhà

- Hướng dẫn bà mẹ lượng ORS cần cho trẻ uống để kết thúc 4 giờ điều trị tại nhà.

- Đưa cho bà mẹ số gói ORS để hoàn tất việc bù nước theo phát đồ B và phát thêm cho bà mẹ gói ORS theo phát đồ A.

- Giải thích cho bà mẹ 3 nguyên tắc điều trị tiêu chảy tại nhà (*xem phát đồ A*).

2.5.3. Mất nước nặng: Điều trị phát đồ C

Bù dịch bằng đường tĩnh mạch tại bệnh viện theo chỉ định của bác sỹ.

Dung dịch truyền: Ringer lactat hoặc natriclorua 0,9%.

Liều lượng như sau:

Tuổi	Trước tiên cho 30ml/kg	Sau đó tiếp 70ml/kg
Dưới 1 tuổi	Trong 1 giờ đầu	Trong 5 giờ tiếp theo
Trên 1 tuổi	Trong 30 phút đầu	Trong 2,5 giờ tiếp theo

- Cứ 1 - 2 giờ theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, dấu hiệu mất nước, số lần tiêu chảy, số lượng nước tiểu và trạng thái tinh thần của bệnh nhân. Nếu trẻ uống được thì cho trẻ uống thêm dung dịch ORS 5ml/kg/giờ.

- Nếu hết số lượng dung dịch trên mà tình trạng bệnh nhân chưa tốt, thì tiếp tục truyền lần nữa với liều như trên.

- Nếu không truyền được dịch tĩnh mạch thì nhỏ giọt dạ dày dung dịch ORS với liều 120 ml/kg/giờ.

- Sau khi thực hiện xong bù dịch đường tĩnh mạch, bệnh nhân tốt nhất phải đánh giá lại dấu hiệu mất nước để chọn phác đồ B hay A cho thích hợp.

- Sau giai đoạn bù dịch cần hồi phục ngay chế độ dinh dưỡng cho trẻ.

2.6. ĐIỀU TRỊ KHÁC

2.6.1. Kháng sinh

2.6.1.1. Phân loại lỵ

Dùng kháng sinh đã được khuyến nghị để điều trị lỵ tại địa phương trong 5 ngày.

- Kháng sinh thứ nhất: COTRIMOXAZOLE (*Bactrim, Biseptol*).

- Kháng sinh thứ hai: NALIDIXIC AXIT (*Negram*).

CÂN NẶNG HOẶC TUỔI	COTRIMOXAZOLE, VIÊN 480MG 2 LẦN 1 NGÀY, TRONG 5 NGÀY	NALIDIXIC AXIT, VIÊN 250 mg, 4 lần một ngày, trong 5 ngày
4 - <6 kg (*2 tháng - < 4 tháng*)	1/2 viên/ lần	1/4 viên/ lần
6 - <12 kg	1/2 viên/ lần	1/2 viên/ lần

½tháng - < 6 tháng)		
10 – 19 kg (*12 tháng - < 5 tuổi*)	1 viên/ lần	1 viên/ lần

2.6.1.2. Đối với tả

Dùng kháng sinh đã được khuyến nghị để điều trị tả tại địa phương trong 3 ngày

- Kháng sinh thứ nhất: COTRIMOXAZOLE (*Bactrim, Biseptol*).
- Kháng sinh thứ hai: ERYTHROMYCIN.

CÂN NẶNG HOẶC TUỔI	**COTRI MOXAZOLE, VIÊN 480 MG, 2 LẦN 1 NGÀY, TRONG 3 NGÀY**	**ERYTHROMYCIN, viên 250 mg, 4 lần trong ngày, trong 3 ngày**
12 – 19 kg (*12 tháng - < 5 tuổi*)	1 viên/ lần	1 viên/ lần

2.6.2. Bổ sung kẽm

Uống mỗi 1 liều trong 14 ngày.

Tuổi	**Kẽm (*tính theo kẽm nguyên tố*)**
Dưới 6 tháng	10 mg/ngày
6 tháng - < 5 tuổi	20 mg/ngày

2.7. PHÒNG BỆNH:

- Cải thiện nuôi dưỡng: Nuôi con bằng sữa mẹ, cho trẻ ăn bổ sung đúng.
- Sử dụng nước sạch.
- Rửa tay trước khi chế biến thức ăn, trước khi cho trẻ ăn và sau khi đi tiêu.
- Sử dụng hố xí hợp vệ sinh, xử lý phân, nước thải và rác để đảm bảo vệ sinh môi trường, tránh dịch tiêu chảy.
- Thực hiện tiêm chủng đủ, đúng lịch, đặc biệt là tiêm phòng sởi.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Trẻ được chẩn đoán là tiêu chảy cấp mất nước nặng khi có từ 2 trong 4 dấu hiệu, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Li bì hay khó đánh thức, mắt không trũng, uống nước háo hức, nếp véo da mất > 2 giây

B. Li bì hay khó đánh thức, mắt trũng, uống nước háo hức, nếp véo da mất > 2 giây

C. Li bì hay khó đánh thức, mắt trũng, không uống được hay uống kém, nếp véo da mất < 2 giây

D. Li bì hay khó đánh thức, mắt trũng, không uống được hay uống kém, nếp véo da mất >2 giây

2. Tác dụng của ORS là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Cầm tiêu chảy
B. Nuôi dưỡng
C. Phòng chống mất nước
D. Tất cả đúng

3. Hai thành phần quan trọng nhất của gói ORS là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. NaCl và KCl
B. KCl và $NaHCO_3$
C. NaCl và glucose
D. KCl và glucose

4. Cung cấp đầy đủ dinnh dưỡng cho trẻ tiêu chảy cấp nhằm mục đích, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Chóng khỏi bệnh
B. Phòng chống thiếu vitamin
C. Phòng chống thiếu dinh dưỡng
D. Tất cả đúng

5.Trong xử trí trẻ em bị tiêu chảy, Tổ Chức Y Tế Thế Giới khuyến cáo những điều sau đây, NGOẠI TRỪ:

A. Điều trị bù dịch bằng đường uống
B. Cho uống thuốc cầm tiêu chảy
C. Tiếp tục cho trẻ ăn
D. Tiếp tục cho trẻ bú mẹ

Bài 10
BỆNH THẤP TIM VÀ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG THẤP TIM

I.MỤC TIÊU:

1. *Trình bày nguyên nhân, cơ chế và các triệu chứng của bệnh thấp tim.*
2. *Trình bày được các biện pháp điều trị và phòng bệnh thấp tim.*

II.NỘI DUNG:

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh thấp tim là một bệnh nhiễm trùng - dị ứng – miễn dịch gây tổn thương ở nhiều bộ phận của cơ thể: khớp, tim, não, da… Tổn thương có thể chỉ ở một bộ phận, nhưng cũng có thể ở nhiều bộ phận cùng bị trong một đợt tiến triển hoặc bổ sung thêm vào trong các đợt tái phát kế tiếp. Tổn thương do thấp tim có thể chỉ thoáng qua (ở da, ở khớp…) nhưng có thể kéo dài, tiến triển thành những tổn thương không hồi phục, để lại di chứng nặng nề suốt đời (ở tim).

2. NGUYÊN NHÂN

Người ta đã chứng minh được mối liên quan giữa nhiễm liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm A ở họng, sự phát sinh bệnh thấp tim tiếp theo sau là từ 10 đến 20 ngày. Liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm A gây ra viêm họng cấp song không trực tiếp gây ra bệnh thấp tim. Tình trạng nhiễm liên cầu khuẩn này sẽ tạo ra một sự đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Cơ thể sản xuất ra kháng thể chống lại và gây bệnh. Hơn 90% các trường hợp thấp tim khởi bệnh ở lứa tuổi 5-15 tuổi, trẻ nhỏ tuổi hơn và thanh niên vẫn có thể mắc bệnh.

3. LÂM SÀNG

***Tiêu chuẩn chính**

3.1. Viêm đa khớp

Các khớp thường bị nhất là khớp gối, cổ chân, cổ tay. Các khớp viêm có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế cử động, di chuyển từ khớp này sang khớp khác, có kèm theo sốt. Mỗi khớp chỉ sưng đau 3-5 ngày hoặc 1-2 tuần rồi tự khỏi dù có điều trị hay không, nhưng nếu không được điều trị kịp thời, đầy đủ và phòng bệnh và chắc chắn sẽ tái phát. Cũng có khi chỉ viêm một khớp và kèm theo đau ở một hay nhiều khớp khác.

3.2. Viêm tim

Có thể là biểu hiện đơn độc nhưng kèm với viêm đa khớp. Nếu viêm tim nhẹ thì bệnh nhi cảm thấy hồi hộp, tim đập nhanh, nhịp thở nhanh, đau ngực. Khám tim thấy tiếng tim mờ, nhịp tim nhanh, có các tiếng thổi. Nếu viêm tim nặng thì có các biểu hiện khó thở, phù mặt và hai chân, diện tim to, nhịp tim nhanh, có các tiếng thổi, gan to và đau.

3.3. Múa giật

Đó là các rối loạn vận động quá mức, thiếu phối hợp. Trẻ mệt nhọc, nét chữ thay đổi, trở nên nghệch ngoạc, cầm bút, cầm đũa khó khăn, tính tình thay đổi, hay khóc, cáu kỉnh, lo lắng… Có khi nói ngọng hoặc không nói được.

3.4. Hạt thấp dưới da (hạt meynet)

Đường kính vài mm đến 2 cm, thường ở mặt duỗi các khớp lớn, mật độ chắc, không đau, không có dấu hiệu viêm, xuất hiện muộn.

3.5.Ban đỏ vòng (thường ít gặp)

Dát hay sẩn, kích thước thay đổi, khi lan rộng thì mặt da ở trung tâm trở lại bình thường, có thể phối hợp thành nhiều vòng cung, không thâm nhiễm, thay đổi nhanh, thường gặp ở thân và gốc chi.

***Tiêu chuẩn phụ**

Sốt, đau khớp, tiền sử thấp tim hoặc bệnh tim do thấp.

4. CẬN LÂM SÀNG

- Các dấu hiệu cận lâm sàng không có tính chất đặc hiệu:
  + Tốc độ lắng máu tăng cao, bạch cầu tăng
  + Phản ứng CRP (+)
  + Điện tâm đồ có khoảng PR kéo dài.
- Dấu hiệu nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A:
  + Ngoáy họng cấy có liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm A.
  + Phản ứng antistreptolysin O (ASLO) tăng >333 đơn vị Todd ở trẻ em.
  + Sốt tinh hồng nhiệt.

Chẩn đoán thấp tim khi có:

- 2 tiêu chuẩn chính và bằng chứng nhiễm liên cầu hoặc

-1 tiêu chuẩn chính, 2 tiêu chuẩn phụ và bằng chứng nhiễm liên cầu.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Chống nhiễm khuẩn

Penicillin G: 1 triệu đơn vị / ngày TB chia 2 lần trong 10 ngày. Sau đó chuyển sang điều trị dự phòng tái phát (phòng thấp cấp II).

5.2. Chống viêm

Thể viêm đa khớp đơn thuần: Aspirin.

Thể viêm tim : Prednisolon.

5.3. Chế độ nghỉ ngơi : Nghỉ tuyệt đối tại giường

- Không viêm tim: 2 tuần
- Viêm tim mà không suy tim: 4 tuần
- Nếu có suy tim: tất cả thời gian còn suy tim.

5.4. Chế độ tiết thực

Ăn nhạt trong thời gian điều trị corticoid để tránh ứ muối.

6. PHÒNG BỆNH

Cấp I: điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn

- Tuyên truyền giải thích bệnh viên họng có ảnh hưởng đến bệnh thấp tim cho bệnh nhân và gia đình biết. Giữ ấm ngực, cổ và hai bàn chân nhất là vào mùa đông xuân. Vệ sinh mũi họng, răng, miệng.
- Thuốc: có thể điều trị một trong các thuốc sau:

Kháng sinh	Cách dùng	Liều dùng
Benzathin PNC	TB 1 mũi	>30kg:1,2triệu UI,<30kg: 900.000 UI
Oracillin (PNC V)	Uống 10 ngày	1 triệu đơn vị/ ngày chia 4 lần
Erythromycin	Uống 10 ngày	40 mg/kg/ngày chia 4 lần (trẻ <30kg)

Cấp II: phòng đợt thấp tái phát

- Phòng bệnh cho những bệnh nhân đã được đoán và điều trị thấp tim.
- Tuyên truyền giải thích bệnh thấp tim cho bệnh nhi và gia đình.
- Thuốc :

Kháng sinh	Cách dùng	Liều dùng
Benzathin PNC	TB 1 mũi /3-4 tuần	>30kg:1,2triệu UI, <30kg: 900.000 UI
Oracillin (PNC V)	Uống hàng ngày	250mg x 2lần/ngày hoặc 400.000 UI/ngày
Erythromycin	Uống hàng ngày	250mgx2lần/ngày

-Thời gian phòng bệnh cấp II : tùy theo thể bệnh mà phòng vài năm hoặc suốt đời.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. ***Thấp tim là bệnh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Nhiễm trùng
   B. Nhiễm trùng, dị ứng
   C. Miễn dịch
   D. Nhiễm trùng, dị ứng, miễn dịch

2. ***Đặc điểm của khớp viêm trong thấp tim, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Có thể chỉ viêm 1 khớp kèm theo đau các khớp khác
   B. Các khớp viêm có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế cử động, di chuyển từ khớp này sang khớp khác
   C. Mỗi khớp chỉ sưng đau 3-5 ngày hoặc 1-2 tuần rồi tự khỏi
   D. Các khớp thường bị nhất là khớp khuỷu, cổ chân, cổ tay

3. ***Các tiêu chuẩn chính của bệnh thấp tim, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Viêm đa khớp,viêm tim, múa vờn
   B. Viêm đa khớp, viêm tim, hạt Meynet
   C. Viêm đa khớp, viêm tim, múa vờn, hạt Meynet, hồng ban
   D. Viêm đa khớp, viêm tim, múa vờn, hạt Meynet, hồng ban vòng

4. ***Các tiêu chuẩn phụ của thấp tim, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Sốt, đau khớp.
   B. Đau khớp, hồng ban
   C. Đau khớp, tiền sử thấp tim hay bệnh tim do thấp

D. Sốt, đau khớp, tiền sử thấp tim hay bệnh tim do thấp

5. Bệnh nhi bị thấp tim cần được nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. 01 tuần nếu không có viêm tim
B. 02 tuần nếu viêm tim mà không suy tim
C. 04 tuần nếu viêm tim mà không suy tim
D. Tất cả đều sai

Bài 11
NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH VÀ CHƯƠNG TRÌNH ARI

I.MỤC TIÊU:

1.Trình bày được tầm quan trọng và mục tiêu của chương trình NKHHCT.

2.Trình bày được nguyên nhân, phân loại chung và các triệu chứng lâm sàng thường gặp.

3.Trình bày được cách xử trí trong các trường hợp NKHHCT theo Phác Đồ của Tổ Chức Y Tế Thế Giới.

II.NỘI DUNG:

1. TẦM QUAN TRỌNG VÀ MỤC TIÊU

1.1. TẦM QUAN TRỌNG

Là một bệnh phổ biến, có tỉ lệ mắc cao nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi (*Theo ước tính hằng năm có khoảng 30% - 50% số trẻ dưới 5 tuổi đi khám vì NKHHC*).

Tỷ lệ phân bố của 10,5 triệu trẻ em < 5 tuổi tử vong ở các nước đang phát triển (*1999*) viêm phổi chiếm 19%.

Việt Nam: Theo nghiên cứu của chương trình ARI quốc gia tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi là 7%, tử vong do nhiễm khuẩn hô hấp cấp phần lớn là viêm phổi (*2,7%*).

NKHHC là lý do hàng đầu để các bà mẹ dưa con đến cơ sở y tế khám. Trung bình một trẻ mắc NKHHC từ 4 -6 lần/ năm.

Vì vậy Tổ chức Y tế thế giới (*WHO*) đã có chương trình toàn cầu về phòng và chống NKHHC.

Tại Việt Nam chương trình này đã được thực hiện từ năm 1984.

1.2. MỤC TIÊU CỦA CHƯƠNG TRÌNH ARI

- Giảm tỷ lệ tử vong do viêm phổi, đặc biệt ở trẻ dưới 1 tuổi .
- Giảm tỷ lệ mắc viêm phổi nặng.

1.3. CHIẾN LƯỢC THỰC HIỆN MỤC TIÊU

Trẻ đến y tế kịp thời		**Trẻ được điều trị đúng**	
Bà mẹ - Có kiến thức về phát hiện bệnh và chăm sóc trẻ - Có điều kiện	Y tế - Gần dân - Được dân tin	Cán bộ y tế - Có kiến thức (*được huấn luyện*) đặc biệt chú ý sử dụng thuốc hợp lý	Có thuốc - Đủ - Đúng yêu cầu

Trẻ đến y tế kịp thời		Trẻ được điều trị đúng	
		và an toàn	

1.4. CÁC NỘI DUNG HOẠT ĐỘNG CHÍNH CỦA CHƯƠNG TRÌNH

- Giáo dục kiến thức cho bà mẹ để phát hiện sớm bệnh, đưa đến cơ sở y tế kịp thời.
- Huấn luyện cán bộ y tế cơ sở biết chuẩn đoán đúng và xử trí đúng
- Cung cấp cho y tế cơ sở những thuốc thiết yếu phù hợp và có hiệu quả để điều trị viêm phổi.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. NHIỄM KHUẨN

- Virus: Respiratory Syncitial (*virus hợp bào*), virus cúm, á cúm, Adeno virus.
- Vi khuẩn: Streptococus Pneumoniae (*Phế cầu*), Staphylococus Aureus (*tụ cầu*), Hemophilus Influenza.

2.2. YẾU TỐ THUẬN LỢI

- Tuổi: trẻ càng nhỏ càng dễ mắc bệnh, trẻ dưới 1 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới hai tháng trẻ dễ mắc bệnh.
- Trẻ còi xương, suy dinh dưỡng, thiếu vitamin A.
- Trẻ non yếu.
- Thay đổi khí hậu: tỷ lệ mắc bệnh tăng vào những tháng chuyển mùa, vào mùa đông, xuân.
- Nhà ở chật, ẩm thấp, tiếp xúc với khói (*bếp, thuốc lá, thuốc lào, than tổ ong*), vệ sinh môi trường kém.
- Trẻ có các ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng ở đường hô hấp như VA, Amidan.

3. DẤU HIỆU CHÍNH VÀ PHÂN LOẠI

3.1. CÁC DẤU HIỆU CHÍNH

Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân:

- Không uống được hoặc bỏ bú: Là trẻ hoàn toàn không thể mút hoặc nuốt được khi cho trẻ uống hoặc bú mẹ vì trẻ bị bệnh quá nặng.
- Nôn tất cả mọi thứ: Là trẻ không giữ được bất kỳ một loại thức ăn hoặc nước uống.
- Co giật: Có nghĩa là chứng kiến trẻ đang co giật hoặc có co giật trong đợt bệnh này.
- Li bì khó đánh thức:

+ Ngủ li bì là trẻ không tỉnh táo, thường ở trạng thái ngủ ngay không quan tâm đến những gì xảy ra xung quanh. Trẻ có thể thức dậy khi bị khích thích đau nhưng sau đó lại ngủ ngay.

+ Khó đánh thức là trẻ không thể đánh thức dậy được, trẻ không đáp ứng khi lay dậy hoặc nói chuyện.

Ho hoặc khó thở:

- Ho: thường không kéo dài quá 30 ngày.
- Thở nhanh: ngưỡng thở nhanh

+ < 2 tháng tuổi: nhịp thở từ 60 lần/phút trở lên.

+ Từ 2 tháng đến 1 tuổi: nhịp thở từ 50 lần/phút trở lên.

+ Từ một tuổi đến 5 tuổi: nhịp thở từ 40 lần/phút trở lên.

Rút lõm lồng ngực (*RLLN*); là 1/3 phần dưới của lồng ngực lõm vào khi trẻ hít vào. RLLN chỉ có giá trị khi xảy ra thường xuyên, rõ ràng là khi trẻ nằm yên.

LƯU Ý:

Với trẻ dưới 2 tháng tuổi RLLN nhẹ là bình thường vì lồng ngực của trẻ còn mềm. Với độ tuổi này RLLN nặng (*lõm vào sâu và dễ thấy*) và không thay đổi theo tư thế mới có giá trị.

- Cánh mũi phập phồng: là sự mở rộng cánh mũi khi trẻ thở vào.
- Thở rên: là một âm thanh nhẹ ngắn khi thở ra ở những trẻ nhỏ có vấn đề hô hấp.
- Thở rít: là tiếng thở thô phát ra khi trẻ hít vào, khi trẻ nằm yên.

Thở khò khè: là tiếng thở êm dịu như tiếng nhạc khi trẻ thở ra.

3.2. PHÂN LOẠI NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH THEO MỨC ĐỘ NẶNG NHẸ

3.2.1. Trẻ dưới 2 tháng tuổi

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI	ĐIỀU TRỊ
Có một trong những dấu hiệu sau: Co giật Bỏ bú hoặc bú kém Thở nhanh *(≥60 nhịp thở trong 1 phút)* Rút lõm lồng ngực nặng Cánh mũi phập phồng Thở rên Thóp phồng Chảy mủ tai Tấy đỏ quanh vùng rốn Sốt hoặc hạ nhiệt độ Nhiều mụn mủ hoặc mụn mủ nhiễm khuẩn	NHIỄM KHUẨN NẶNG	Cho liều kháng sinh tiêm bắp đầu tiên Điều trị đề phòng hạ đường huyết Hướng dẫn bà mẹ cách giữ ấm cho trẻ trên đường đi bệnh viện Chuyển GẤP đi bệnh viện

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI	ĐIỀU TRỊ
nặng ở da Ngủ li bì hoặc khó đánh thức Cử động ít hơn bình thường		

3.2.2. Trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi có ho hoặc khó thở được phân loại như sau

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc Rút lõm lồng ngực Thở rít khi nằm yên	VIÊM PHỔI NẶNG HOẶC BỆNH RẤT NẶNG
Thở nhanh	VIÊM PHỔI
Không có dấu hiệu viêm phổi hoặc bệnh rất nặng	KHÔNG VIÊM PHỔI HO HOẶC CẢM LẠNH

3.3. CÁC VẤN ĐỀ Ở TAI

Một trẻ có vấn đề ở tai có thể bị viêm tai, khi trẻ bị viêm tai mủ tập trung ở sau màng nhĩ sẽ gây đau và thường bị sốt, nếu không được điều trị màng nhĩ có thể bị thủng trẻ sẽ nghe kém. Một số trường hợp trẻ có thể bị điếc, đôi khi có thể lan đến xương chũm gây viêm xương chũm, đến não gây viêm màng não.

Trẻ dưới 2 tháng tuổi.

Xem mục 3.2.1.

Trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi .

Một trẻ có vấn đề ở tai cần được khám để xem có:

- Đau tai.
- Chảy nước tai.
- Nếu có chảy nước tai, thời gian bao lâu?
- Có khối sưng đau sau tai không?

Các phân loại vấn đề ở tai:

+ Viêm xương chũm.
+ Viêm tai cấp.
+ Viêm tai mãn.

+ Không viêm tai.

Bảng phân loại các vấn đề tai:

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Khối sưng đau sau tai	VIÊM XƯƠNG CHŨM
Đau tai hoặc Chảy mủ tai hoặc chảy nước tai dưới 14 ngày	VIÊM TAI CẤP
Chảy mủ tai hoặc nước tai 14 ngày hoặc hơn	VIÊM TAI MÃN
Không đau tai và Không chảy mủ tai	KHÔNG VIÊM TAI

4. XỬ TRÍ

4.1. KHÔNG VIÊM PHỔI HO HOẶC CẢM LẠNH: HƯỚNG DẪN BÀ MẸ CHĂM SÓC TRẺ TẠI NHÀ

4.1.1. Phòng nằm

Thoáng mát về mùa hè, thoáng ấm về mùa đông. Trẻ mặc quần áo theo thời tiết (*nên mặc áo sợi bông*), tránh để mồ hôi đọng ở lưng, ngực trẻ, trẻ <2 tháng tuổi chú ý giữ ấm cho trẻ.

4.1.2 Nuôi dưỡng

- Tiếp tục cho trẻ ăn theo lứa tuổi và theo ô vuông thức ăn.
- Cho bú nhiều lần hơn bình thường (*nếu trẻ còn bú mẹ*), cho ăn tốt hơn.
- Tăng cường cho trẻ uống, cho trẻ uống đủ nước vì trẻ dễ bị mất nước do thở nhanh và sốt, ngoài ra nước là loãng đờm và dịu đau họng.

4.1.3. Điều trị triệu chứng

- Thông thoáng mũi bằng giấy thấm bấc sâu kèn hoặc vải sạch hoặc quả bóp hút mũi để trẻ dễ thở.
- Nhỏ mũi bằng nước khoáng sinh lý 0,9% mỗi bên mũi 1 giọt, 3 – 4 lần/ngày.
- Giảm ho và đau họng bằng thuốc nam.

VÍ DỤ:

Hoa hồng bạch hấp đường phèn, lá hẹ, quất hấp mật ong. . . Không nên dùng các loại thuốc ho tây y có chứa opi, cồn hoặc kháng histamin vì làm quánh đờm, giảm ho nên không tống được các chất tiết ra ngoài và làm trẻ chán ăn.

- Điều trị sốt:

+ Sốt không cao: cho trẻ uống nhiều nước, cởi bớt quần áo tã lót và nằm phòng thoáng.

+ Sốt cao ($38,5^0C$) uống Paracetamol.

4.1.4. Hướng dẫn bà mẹ

- Không dùng kháng sinh cho những trường hợp ho hoặc cảm lạnh.
- Theo dõi trẻ, đưa trẻ đến y tế khám ngay khi thấy một trong những triệu chứng sau:

+ Không uống được hoặc bỏ bú.
+ Bệnh nặng hơn.
+ Trẻ có sốt hoặc sốt cao.
+ Thở nhanh.
+ Khó thở.

- Khám lại sau 5 ngày nếu tiến triển không tốt.

4.2. VIÊM PHỔI

4.2.1. Phòng nằm, nuôi dưỡng, điều trị triệu chứng: giống như không viêm phổi

4.2.2. Kháng sinh: *Cho trẻ uống thuốc kháng sinh (Cotrimoxazol, Amoxycilin)*

CÂN NẶNG HOẶC TUỔI	**CHLORAMPHENICOL, LIỀU 40MG/KG PHA 5ML NƯỚC CẤT VÀO ỐNG 1000MG ĐƯỢC 5,6 ML (*1ML CÓ 180 MG*)**
4 - <6 kg (*2 - <4 tháng*)	1ml/lần
6 -<8 kg (*4 - <9 tháng*)	1,5ml/lần
8 - <10 kg (*9 - <12tháng*)	2 ml/lần
10 - <14 kg (*12 - <3 tuổi*)	2,5 ml/lần
14 - <19 kg (*3 - <5 tuổi*)	3,5 ml/lần

Tiêm: Chloramphenicol lần đầu tiên sau đó chuyển gấp đi bệnh viện.

Nếu không chuyển được:

- Tiêm Chloramphenicol 12 giờ/lần trong 5 ngày sau đó chuyển sang kháng sinh uống thích hợp đủ 10 ngày điều trị.
- Giáo dục sức khỏe:

+ Chế độ ăn của trẻ viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng: tiếp tục cho trẻ bú mẹ nhiều lần, cho trẻ ăn thức ăn lỏng dễ tiêu, nhiều chất dinh dưỡng, cho trẻ ăn thêm quả và uống đủ nước.

+ Vệ sinh cá nhân.

+ Cách chế biến thuốc giảm ho bằng thuốc nam.

+ Phát hiện các dấu hiệu bất thường (*trẻ mệt hơn, bỏ bú, bỏ ăn uống, thở nhanh hơn, khó thở hơn hoặc có gì bất thường . . .*) báo cho nhân viên y tế.

4.3. Các bệnh về tai

4.3.1. Viêm xương chũm

4.3.1.1. Ở bệnh phòng

- Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân nặng.
- Thực hiện các y lệnh về thuốc kháng sinh.

4.3.1.2. Ở tuyến y tế cơ sở

- Tiêm lần đầu Chloramphenicol.
- Nếu cần cho liều đầu Paracetamol để giảm đau.
- Nếu sốt 38,5^{0}C cho 1 liều Paracetamol để giảm sốt.
- Chuyển GẤP đi bệnh viện.
- Cho Paracetamol 6 giờ/lần cho đến hết sốt cao và hết đau tai.

Paracetamol		
Cân nặng hoặc tuổi	Viên (*100 mg*)	Viên (*500 mg*)
4 - < 6 kg (*2 – 4 tháng tuổi*)	½ Viên/lần	1/8 viên/lần
6 - < 14 kg (*4 tháng đến 3 tuổi*)	1 viên/lần	
14 – 19 kg (*3 – 5 tuổi*)	2 viên/lần	

4.3.2. Viêm tai cấp

4.3.2.1. Ở bệnh phòng

- Tham khảo bệnh án và lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân theo y lệnh.
- Thực hiện các y lệnh về thuốc kháng sinh (*xem phần Viêm phổi*).

4.3.2.2. Ở tuyến y tế cơ sở

- Cho kháng sinh thích hợp (*xem mục Viêm phổi*).
- Nếu cần cho liều đầu Paracetamol để giảm đau.
- Nếu sốt 38,5^{0}C cho 1 liều Paracetamol để giảm sốt.
- Làm khô tai bằng bấc sâu kèn (*nên hướng dẫn bà mẹ tự làm cho con*): Làm khô tai ít nhất 3 lần/ngày
- Quấn vải sạch mềm thấm nước hoặc giấy thành hình sâu kèn.

- Đặt bấc sâu kèn vào tai trẻ.
- Khi bấc sâu kèn ướt hết thì lấy ra.
- Thay một bấc sâu kèn mới và làm đi làm lại cho đến khi tai khô.
- Không được cho gì khác vào tai trẻ.

5. ĐÁNH GIÁ

5.1. Ở BỆNH PHÒNG

Dựa vào những dấu hiệu cần theo dõi và cần thực hiện của trẻ bệnh, đánh giá tình trạng của trẻ. Nếu tình trạng bệnh nặng hơn hoặc như cũ cần thay đổi kế hoạch chăm sóc. Nếu tình trang trẻ tốt lên tiếp tục chăm sóc trẻ như kế hoạch đã lập.

5.2. Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

Khi trẻ đến khám lại theo chỉ dẫn của cán bộ y tế.

5.2.1. Viêm phổi

Sau 2 ngày:

- Kiểm tra dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
- Đánh giá triệu chứng ho và khó thở.

Hỏi xem trẻ:

+ Có thở chậm hơn
+ Có đỡ sốt?
+ Có ăn tốt hơn?

Nếu CÓ RÚT LÕM LỒNG NGỰC, HOẶC THỞ RÍT KHI NẰM YÊN, HOẶC MỘT DẤU HIỆU NGUY HIỂM TOÀN THÂN, cho một liều kháng sinh thứ hai, nếu trẻ không uống được tiêm bắp 1 liều chloramphenicol và chuyển GẤP đi bệnh viện.

Nếu NHỊP THỞ, SỐT VÀ ĂN VẪN NHƯ CŨ, chuyển kháng sinh thứ hai và hẹn khám lại sau 2 ngày hoặc chuyển đi bệnh viện (*nếu trẻ bị sởi trong vòng 3 tháng gần đây, chuyển đi bệnh viện*).

Nếu TRẺ THỞ CHẬM HƠN, ĐỠ SỐT, ĂN TỐT HƠN, uống kháng sinh đủ 5 ngày.

5.2.2. Viêm tai

Sau 5 ngày :

- Đo nhiệt độ của trẻ, đánh giá trẻ toàn diện.
- Đánh giá lại vấn đề tai.

+ Nếu có sưng đau sau tai, chăm sóc như viêm xương chũm.

+ Viêm tai cấp: Nếu đau tai hoặc chảy nước tai kéo dài, điều trị kháng sinh thêm 5 ngày nữa; Tiếp tục làm khô tai bằng bấc sâu kèn; Hẹn khám lại sau 5 ngày.

+ Viêm tai mãn: kiểm tra xem bà mẹ có làm khô tai theo đúng cách không; khuyến khích bà mẹ tiếp tục làm khô tai.

+ Nếu không đau tai hoặc chảy nước tai: Khen ngợi bà mẹ đã điều trị rất tốt. Nếu bà mẹ chưa dùng hết 5 ngày kháng sinh, dặn bà mẹ phải dùng hết liều thuốc.

6. ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

6.1. SỐT CAO

<39^0C cho uống nhiều nước, lau mát.

>39^0C cho Paracetamol, 6 giờ 1 lần với liều 10 – 15mg/kg/lần.

6.2. KHÒ KHÈ

- Salbutamol viên 2mg, ngày 3 lần với trẻ >1 tuổi, ½ viên/lần với trẻ <1 tuổi (*hoặc dùng liều 0,1 – 0,15 mg/kg*).

- Khi dùng Ventolin 2,5 mg/2,5 ml + NaCl 9% đủ 3ml phun qua khí dung.

6.3. GIẢM HO

(*Chỉ dùng khi có biến chứng : đau tức ngực, ói, mất ngủ, khô rát họng*).

- Các thuốc có thể dùng như : Theralen, Dextromethorphan.

- Các thuốc nam như bông hồng bạch, bạc hà, bông khế chưng đường phèn.

7. PHÒNG BỆNH

- Chăm sóc bà mẹ khi có thai : ăn uống đầy đủ, lao động phù hợp với sức khỏe, tiêm phòng uốn ván, khám thai và theo dõi cân đề phòng trẻ non và yếu, phát hiện và điều tri sớm các bệnh.

- Tổ chức cuộc đẻ an toàn.

- Dinh dưỡng đúng, phù hợp với lứa tuổi (*xem bài nuôi con bằng sữa mẹ và thức ăn bổ sung*).

- Tiêm chủng đúng và đủ theo lịch (*xem bài tiêm chủng mở rộng*).

- Vệ sinh cá nhân và môi trường.

- Rèn luyện thân thể.

- Cách ly trẻ và người lớn bị bệnh lây lan.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. ***Dấu hiệu thường gặp trong NKHHCT là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Ho, sốt, chảy nước mũi.
   B. Tím tái
   C. Thở nhanh, rút lõm lồng ngực, thở khò khè, thở rít.
   D. Tất cả đúng

2. ***Trẻ 2 tháng- 5 tuổi bị ho gọi là viêm phổi nặng nếu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Trẻ sốt cao
   B. Thở nhanh
   C. Rút lõm lồng ngực
   D. Rút lõm lồng ngực hoặc thở rít

***3. Đối với trẻ dưới 2 tháng tuổi bị viêm phổi nặng cần xử trí,* CHỌN CÂU SAI:**

A. Gửi đi cấp cứu bệnh viện
B. Giữ ấm cho trẻ
C. Không dùng kháng sinh
D. Tất cả đều sai

4. Hai dấu hiệu cơ bản nhất để nhận biết sớm viêm phổi là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Sốt và ho
B. Thở nhanh và co rút ngực
C. Khò khè và thở rít
D. Tím tái và không uống được

5. Mục đích chương trình phòng chống Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, *NGOẠI TRỪ:*

A. Phòng chống, giảm tỷ lệ mắc Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em.
B. Phòng chống, giảm tỷ lệ tử vong do Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ < 5 tuổi.
C. Bảo vệ sức khỏe trẻ em, chống lại các bệnh cấp tính đường hô hấp.
D. Cung cấp thuốc thiết yếu để điều trị viêm phổi cho tuyến y tế cơ sở.

Bài 12
BỆNH THẬN VÀ TIẾT NIỆU

A.VIÊM CẦU THẬN CẤP TRẺ EM

I.MỤC TIÊU:

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của Viêm cầu thận cấp
2. Trình bày biến chứng và tiến triển của Viêm cầu thận cấp
3. Nêu được phác đồ điều trị VCTC

II.NỘI DUNG:

1. Định nghĩa

- Viêm cầu thận cấp (VCTC) là bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên ở trẻ em thường gặp nhất là nhiễm liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm A chiếm tỉ lệ 84,98%
- Bệnh viêm cầu thận lan toả, do rối loạn miễn dịch lưu hành ở hai thận.
- Bệnh diễn biến lành tính, tự khỏi 90% trường hợp.

2. Dịch tể học

- Thời tiết vào những tháng hè thu và đầu đông (6- 11) xuất viện nhiều nhất chiếm tỉ lệ 71,9%, ở nước phương Tây thường xuất hiện mùa lạnh bệnh VCTC lan toả, nhưng ở Việt Nam thường xuất hiện quanh năm
- Tuổi : tuổi thường gặp là 5,8 ± 2,5 tuổi, dưới 7 tuổi là 75,1%.
- Nguyên nhân : thường gặp nhất là do liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm A 94,46% bệnh lý cầu thận.

3. Sinh lý bệnh - bệnh sinh

Trong bài này muốn nói đến VCTC do nhiễm liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm A.

-Sau khi bị nhiễm trùng, phức hợp miễn dịch kháng nguyên kháng thể được thành lập, phức hợp này đi theo máu và đọng lại ở cầu thận. Nó kích thích bổ thể C_3 và từ đó gây viêm và tăng sinh ở các mạch máu cầu thận.

-Bệnh VCTC nhiễm liên cầu thường là lành tính tự khỏi sau 1-2 tuần, trừ khi có biến chứng cao huyết áp.

-Bệnh VCTC tiên phát hoặc không rõ nguyên nhân có thể trở thành mãn tính với những đợt cấp, đôi khi phải cần điều trị bằng Prednisone hoặc thuốc ức chế miễn dịch mạnh.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Thời kỳ tiềm ẩn

Sau khi bị nhiễm trùng ở tai mũi họng, thời kỳ tiềm ẩn này là 3 - 10 ngày, còn nhiễm trùng da 2 -3 tuần.

Nguyên nhân nhiễm trùng thường gặp là Liên cầu khuẩn β tan máu nhóm A dòng độc cho thận là M type: 1, 2, 4, 12, 18, 25, 49, 55, 57, 60.

4.2. Thời kỳ toàn phát

Tam chứng cổ điển gồm có:

-Phù: phù kín đáo 11,8%, phù không rõ chiếm tỉ lệ 3,3%. Phù mức độ nhẹ, trung bình và phù toàn thân74,9%. Phù to toàn thân có kèm cổ chướng chiếm 12,5%.

- Tăng huyết áp (THA)

Công thức: HAmax= 80 + 2n (n= tuổi).

Phân độ tăng huyết áp như sau.

+ Tăng HA nhẹ: Khi HATĐ + 10mmHg
+ Tăng HA vừa: Khi HATĐ + 20-30mmHg
+ Tăng HA nặng: Khi HATĐ + ≥ 30mmHg

Cơ chế cao huyết áp có thể do nhiều yếu tố: thể tích nội mạch tăng, hệ thống Renin- Angiotensin, vai trò của Cytokines gây co mạch.

- Thiểu niệu, tiểu máu vi thể : khoảng 30-50% có tiểu máu đại thể.

Các thể lâm sàng của bệnh tự miễn như : sốt cao kéo dài, viêm phổi kẻ, Schonlein Henoch, Lupus đỏ, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch.

4.3. Biến chứng

-Suy tim cấp : là biến chứng của huyết áp cao, bệnh nhân khó thở nhanh, tim có tiếng ngựa phi, mạch nhanh, gan to, môi tím.

-Thần kinh : HA cao gây co giật, hôn mê.

- Suy thận cấp

- Suy thận mãn

5. Cận lâm sàng :

5.1. Xét nghiệm nước tiểu .

- Hồng cầu niệu, trụ hồng cầu

-Đạm niệu dưới 2g/24giờ, giai đoạn thiểu niệu nồng độ protein niệu có thể rất cao, sau đó giảm dần.

-Cặn Addis : hồng cầu > 2000HC/phút.

5.2. Xét nghiệm máu :

-Ure, Creatine máu có thể tăng

- Lắng máu (VS), CRP tăng ít trong thể hậu nhiễm liên cầu.

- Bổ thể C_3, C_4 giảm trong đợt cấp, chủ yếu là C_3

- Đo ASO (anti streptolysin O)

5.3. Cấy dịch họng chỉ dương tính 25% những bệnh nhân có viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu.

5.4. Sinh thiết thận có chỉ định trong VCTC trẻ em khi bệnh diễn tiến kéo dài

6. Điều trị

6.1. Nguyên tắc điều trị :

- Điều trị nhiễm trùng do Streptococcus.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị biến chứng.

6.2. Điều trị nhiễm trùng

Sử dụng kháng sinh Penicilline V 50.000 - 100000 đv/Kg/ngày. Trong 10 ngày, mục đích tiêu diệt liên cầu khuẩn.

6.3. Điều trị triệu chứng :

-Hạn chế muối 1-2g/ngày

-Nước 10-15ml/kg/ngày + số lượng nước tiểu ngày hôm trước và lượng nước mất do ói hoặc tiêu chảy

- Đạm: giảm trong giai đoạn thiểu niệu.
- Nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn phù nhiều.

-Hạ áp :

+Lợi tiểu : Furosemide 2mg/Kg/ngày hoặc 1 lần.

+ Thuốc giãn mạch :

* Aldomet 10 - 40mg/Kg/ngày chia 2 lần uống.

* Thuốc ức chế : Propranolol 1- 5mg/Kg/ngày (mỗi 12 giờ).

* Hydralazine 0,7 - 4mg/kg/ngày, chia mỗi 6 - 8 giờ

*Nifedipine ngậm 0,2mg/kg/lần hoặc uống 0,25mg -0,5mg/kg/liều x 4 lần/ ngày, liều tối đa là 2mg/kg/ngày

- Chỉ định dùng Prednisone và thuốc ức chế MD :

Khi VCTC phối hợp với các thể lâm sàng của bệnh tự miễn. Cụ thể là VCTC tăng sinh màng, VCTC có kèm Lupus ban đỏ. Về mặt triệu chứng :

+ Tiểu đạm trên 6 tháng.

+ Chức năng thận giảm kéo dài> 1 tuần

+ C3 giảm > 3 tháng.

+ Tiểu máu tái phát.

6.4. Điều trị biến chứng

- Suy tim cấp :

+ Lợi tiểu : Furosemid 1 - 2mg/Kg/4 giờ.

+ Trợ tim Digoxin 0,015mg/kg (TMC).

+ Thở 0_2 3l/phút

- Phù phổi cấp :

+ Nằm tư thế fowler, hút đàm nhớt, thở 0_2 liều cao.

+ Morphin sulfate 0,05 - 0,10 mg/kg tiêm dưới da.

+ Lợi tiểu tích cực- hạ áp.

+ Trợ tim Digoxin 0,015mg/kg (TMC).

+ Garrot 3 chi luân phiên.

+ Trích máu.

- Phù não cấp

+ Nhanh chóng hạ huyết áp bằng đường tĩnh mạch hoặc ngậm dưới lưỡi Nifedipin.

+ Chống co giật bằng Diazepam (TMC) 0,2 - 0,4mg/kg/ngày.

- Suy thận cấp

+Chế độ ăn lạt, hạn chế nước.

+ Điều trị toan máu, điều trị tăng Kali, chỉ định

thẩm phân phúc mạc kịp thời khi K^+>7mmol/l

6. 5. Theo dõi.

-Tính chất phù, số lượng nước tiểu, tính chất nước tiểu.

-Đo huyết áp, mạch, nhịp thở

-Cân nặng mỗi ngày

-Theo dõi triệu chứng nhức đầu, khó thở, co giật do tăng huyết áp.

-Hướng dẫn sử dụng thuốc hạ áp và kiểm tra liều lượng thuốc của bệnh nhân.

-Hướng dẫn vấn đề ăn uống, chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh thân thể.

7. Tiến triển và tiên lượng.

7. 1. Tiến triển.

Viêm cầu thận cấp tiên phát thường gặp ở trẻ em và tiện lượng tốt. Viêm cầu thận cấp tiên phát có thể tiến triển theo 3 cách.

7.1.1. Khỏi.

Tuyệt đại đa số các trường hợp (80-90%) bệnh lui dần trong vòng 10 ngày đến 2 tuần. Trẻ tiểu nhiều lên, phù giảm dần, huyết áp trở lại bình thường nhưng protein niệu mất hẳn muộn hơn trung bình 3-4 tháng.

7.1.2. Tử vong trong giai đoạn cấp tính.

Nguyên nhân do biến chứng tăng huyết áp gây suy tim cấp. Hiện nay với việc điều trị kịp thời bằng các thuốc hạ huyết áp hiệu qủa mạnh và lợi tiểu mạnh, nên các thầy thuốc có thể hoàn toàn khống chế nguy cơ này. Tuy nhiên rất khó có thể điều trị khỏi hoàn toàn cho các trường hợp biến chứng vô niệu.

Tỷ lệ tử vong trong giai đoạn cấp từ 0- 5% do suy thận hoặc suy tim cấp.

7.1.3. Tiến triển thành mạn tính.

7.1.3.1. Tiến triển nhanh.

Thể này gọi là viêm cầu thận tiến triển nhanh. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không thuyên giảm, dần dần xuất hiện các dấu hiệu của hội chứng thận hư và kết thúc là suy thận cấp không hồi phục trong vòng 4- 6 tháng.Thể này gặp ở trẻ em khoảng 5%

7.1.3.2. Tiến triển từ từ.

Trong giai đoạn đầu các triệu chứng lâm sàng khỏi nhanh. Bệnh diễn biến tiềm tàng một thời gian dài không có triệu chứng lâm sàng rồi sau đó xuất hiện hội chứng thận hư và tăng huyết áp. Thể này gặp khoảng 5 - 10%

7.2. Tiên lượng

Bệnh viêm cầu thận cấp trẻ em nói chung là lành tính hơn người lớn, khỏi hoàn toàn có thể đạt đến 90%. Tiên lượng dựa vào tổn thương tổ chức học cầu thận.

Trên thực tế tiến hành sinh thiết thận trong viêm cầu thận cấp rất ít, trừ trường hợp bệnh kéo dài vì vậy tiên lượng bệnh thường dựa vào theo dõi đều đặn sau khi điều trị xuất viện về nhà phải trên 1- 2 năm, các xét nghiệm sinh học và chức năng thận phải bình thường mới thật yên tâm

8. Dự phòng.

Bệnh viêm cầu thận cấp trẻ em có thể phòng được vì đa số là do hậu nhiễm liên cầu. Biện pháp phòng bệnh là giữ vệ sinh sạch sẽ cho trẻ, tránh bị nhiễm lạnh đột ngột. Việc tiêm vaccine phải cân nhắc cẩn thận kể cả trẻ sau khi bị viêm cầu thận cấp đã hoàn toàn ổn định.

III. Câu hỏi lượng giá:

*** Chọn câu đúng nhất:**

1. Viêm cầu thận cấp có thể xuất hiện sau viêm da, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. 1-2 tuần

B. 2-3 tuần

C. 3-4 tuần

D. 4-5 tuần

2. Triệu chứng của VCTC ở trẻ em thường là, CHỌN CÂU SAI:

A. Phù nhiều

B. Tiểu ít

C. Cao huyết áp

D. Tiểu tế bào máu

3. Yếu tố thuận lợi gây VCTC, CHỌN CÂU SAI:

A. Vệ sinh kém

B. Trẻ lớn hơn 15 tuổi

C. Viêm họng

D. Viêm da

4. Nguyên nhân nào sau đây thường gây VCTC nhất, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Phế cầu

B. Tụ cầu

C. Liên cầu

D. Trực trùng gram (-)

5. Biến chứng VCTC ở trẻ em có thể là, CHỌN CÂU SAI:

A. Suy tim cấp

B. Suy thượng thận cấp

C. Suy thận cấp

D. Phù phổi cấp

*** Câu hỏi Đúng/Sai:**

6. VCTC thường xảy ra ở trẻ em trên 10 tuổi. Đ / S

7. Biến chứng của VCTC ở trẻ em có thể là phù não cấp. Đ / S

8. Đối với VCTC ở trẻ em có thể ngừa được. Đ / S

9. VCTC ở trẻ nữ bị nhiều hơn trẻ nam. Đ / S

10. Yếu tố thuận lợi gây VCTC là vệ sinh kém. Đ / S

B. HỘI CHỨNG THẬN HƯ TRẺ EM

I.MỤC TIÊU:

1. Trình bày được dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán Hội chứng thận hư
2. Trình bày các biến chứng của Hội chứng thận hư
3. Nêu được điều trị đặc hiệu HCTH ở trẻ em.

II.NỘI DUNG:

1. Định nghĩa :

Hội chứng thận hư (HCTH) là một hội chứng gồm : phù, protein niệu cao, giảm protid và tăng lipit máu.

Nhiều bệnh lý có thể gây nên HCTH, nhưng ở trẻ em phần lớn là tiên phát (90%), không có nguyên nhân rõ rệt, thường tiên lượng tốt, mặc dù là mãn tính với nhiều đợt cấp.

2. Dịch tễ :

- Tuổi : tuổi đi học 5-10 tuổi
- Giới : nam nhiều hơn nữ (theo tỉ lệ 4:1).
- Yếu tố căn nguyên:

Bệnh HCTH được giải thích theo cơ chế rối loạn miễn dịch và có liên quan đến yếu tố HLA, nghĩa là có liên quan đến yếu tố gia đình, nhưng không phải là bệnh di truyền. Đôi khi có liên quan đến yếu tố nhiễm trùng.

- Yếu tố nguy cơ:

Yếu tố nhiễm trùng có ảnh hưởng đến sự khởi phát của HCTH. Theo số liệu của Lê Nam Trà về tiền sử nhiễm trùng da và tai mũi họng của bệnh nhân bị HCTH ở nước ta tương đối cao hơn so với số liệu của các nước khác ở Việt Nam là 60%, theo Habib là 31%.

3. Giải phẫu bệnh :

Bằng phương pháp miễn dịch học, kính hiển vi điện tử, sinh thiết thận cho phép nghiên cứu một cách chính xác tổn thương nhu mô thận trong HCTH tiên phát.

Có 3 loại sang thương thường gặp.

3.1. Sang thương tối thiểu :

+ Chiếm 85%

+ Dưới kính hiển vi thường : các cầu thận bình thường hay tăng sinh một ít tế bào trung mô.

+ Dưới kính hiển vi huỳnh quang : không phát hiện sự lắng đọng globulin miễn dịch và bổ thể.

+ Dưới kính hiển vi điện tử : chân giả của tế bào biểu bì dính vào nhau.

+ 95% đáp ứng với Corticoid

3.2. Sang thương cầu thận khu trú : 10%

+ Đa số cầu thận bình thường.

+ Chỉ có một số cầu thận bị xơ hóa từng phần ở gần tủy của thận.

+ Thường diễn tiến đến xơ hóa toàn bộ cầu thận và dẫn đến suy thận.

+ 20% đáp ứng với Prednisone hay thuốc độc tế bào.

+ Khi ghép thận vẫn có thể bị lại.

3.3. Sang thương tăng sinh lan tỏa tế bào gian mạch

+ Chiếm 5%.

+ Có hiện tượng tăng sinh tế bào gian mạch, thường lắng đọng IgM và /hoặc bổ thể C_3. Vì vậy còn gọi là bệnh thận có lắng đọng IgM

+ 50% - 60% đáp ứng với Cortioid.

4. Sinh lý bệnh :

- Dựa trên cơ sở miễn dịch học, ngày nay HCTH được giải thích tương đối rõ ràng về cơ chế sinh bệnh, dựa trên điều này mà việc sử dụng Corticoid để điều trị bệnh thận hư rất có hiệu quả. Theo các nhà miễn dịch học, HCTH là một thể lâm sàng của bệnh tự miễn ở thận : bệnh nhân tiểu đạm là vì các mạch máu cầu thận bị viêm và tăng tính thấm do có phức hợp kháng nguyên kháng thể lưu hành.

- Biểu hiện lâm sàng của bệnh tự miễn có thể tiên phát hoặc thứ phát sau nhiễm trùng, bệnh ung thư, một số thuốc hoặc chất độc. Dù tiên phát hay thứ phát bệnh có tính chất gia đình vì có liên quan đến hệ HLA. HCTH hay gặp ở những người có hệ HLA B12, DRWF, B8, B13, A2, A9, A28, trong gia đình có thể không có nhiều người bị HCTH, nhưng có thể bị các bệnh tự miễn khác.

-Vấn đề tiểu đạm : sang thương ở màng đáy có tính chọn lọc chỉ để thoát các protein có trọng lượng phân tử nhỏ như : Albumine (69.000 dalton), Transferine (80.000) và một số đạm đặc hiệu vận chuyển vitamine D hoạt động (1-25$(OH)_2$ -Cholecalciferol), Calci, Antithrombine III, trong đó Albumine và Transferine chiếm 80%, trong trường hợp nặng màng đáy có thể thoát một số chất có trọng lượng phân tử lớn như IgG (γ-globulin) (150.000 dalton).

Do đó người ta sử dụng chỉ số IgG/Transferine trong nước tiểu để đánh giá tiên lượng. Nếu chỉ số lọc dưới 0,10 bệnh sẽ đáp ứng tốt với Corticoide, ngược lại chỉ số lọc > 0,15 bệnh đáp ứng với Corticoid kém. Khi điện di đạm máu thì Albumine giảm rất nhiều, ngược lại các Globulin có tỉ lệ tăng cao, như IgG (γ-globulin), IgA (α_2 -globulin), IgM (β-globulin). Khi tổn thương cầu thận nhiều thì IgG (γ -globulin) bị mất qua nước tiểu thì điện di đạm máu sẽ thấy γ-globulin giảm. Sự gia tăng các globulin là nói lên tính đặc

hiệu của bệnh tự miễn, sau khi sử dụng Corticoide thì kết quả sẽ thấy các globulin giảm rõ rệt.

-Cơ chế tiểu đạm có thể do mất điện tích âm ở tế bào nội bì và màng đáy cầu thận

Bệnh nhân tiểu đạm nhiều, kéo dài có thể gây rối loạn chuyển hóa nghiêm trọng như:

+Phù:

* Do giảm áp lực keo, nếu lượng Albumine máu dưới 20g/l sẽ gây phù, mức độ phù còn tuỳ thuộc vào nồng độ Albumin trong máu,

* Tăng hoạt tính hệ Renin-Angiotensin: do áp lực keo trong máu giảm thấp nước thoát ra mô kẻ làm thể tích lòng mạch giảm kích thích hệ Renin- Angiotensin – Aldosterol làm tăng Na+ và giữ nước.

* Gần đây cơ chế phù được đề cặp đến vai trò giữ muối trong thận hư do tăng hoạt tính của bơm Na-K- ATPase trong ống góp của vỏ thận.

Tất cả các yếu tố trên đưa đến tình trạng ứ muối và nước gây nên phù

+ Tăng Lipid và cholesterol máu.

Gần đây rối loạn chuyển hóa lipid trong bệnh thận hư được chú ý nhiều hơn, vì nó góp phần vào tiến triển tổn thương cầu thận và có nguy cơ gây xơ vữa động mạch sau này.

Cơ chế gây tăng lipid và cholesterol trong máu là do:

* Tăng tổng hợp lipoprotein ở gan do giảm albumin máu.

* Do tăng apolipoprotein B100, làm tăng protein vận chuyển cholesterol

* Giảm giáng hóa lipid do giảm hoạt tính enzym lipoprotein lipase và lecithin – Cholesterol acyltransferase vì các enzym này bị mất qua đường tiểu.

Vì vậy, lượng lipid và cholesterol trong HCTH tăng, có thể lên đến mức độ có thể gây tắc mạch (lipid có thể tăng > 10g/l, cholesterol > 6g/l = 15mmol/l).

- Phản ứng viêm :

Trong HCTH phản ứng viêm xuất hiện trong các đợt cấp của bệnh, gây tăng tính thấm thành mạch ở cầu thận.Về cận lâm sàng, phản ứng viêm có thể thấy được qua các xét nghiệm :

+ Công thức máu : tăng tiểu cầu và bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu ái toan, đơn nhân.

+ Lắng máu : thường >50mm trong giờ đầu ở thể nhẹ và trên 100mm ở thể nặng.

+ CRP (C reactive protein) tăng trên 7mg/l.

+ Điện di đạm : tăng globulin chủ yếu là α_2 globulin

5. Lâm sàng :

5.1. Phù là triệu chứng nổi bật . Đặc điểm của phù là phù từ mí mắt đến mắt cá chân, nặng hơn là ở các màng, biểu hiện lâm sàng như có ascite ở bụng, khoảng 1/5 trường hợp có tràn dịch màng phổi, nam có tràn dịch màng tinh hoàn, phù tăng cân trung bình là 30% cân nặng.

+ Phù thường không liên quan đến ăn mặn nhiều, thời gian phù có thể kéo dài 1 đến 2 tháng. Nhưng nó sẽ giảm nhanh nếu được điều trị bằng Corticoide và truyền đạm.

+ Phù kiểu thận : phù toàn thân, phù mềm, trắng, ấn lõm, không đau.

5.2. Tiểu ít : lượng nước tiểu tuỳ thuộc vào phù nhiều hay ít, nước tiểu thường mờ, đôi khi có lẫn máu ít xảy ra. Đạm niệu thường xuất hiện trước khi có triệu chứng phù.

5.3. Huyết áp trong đại đa số các trường hợp đều bình thường, chỉ có khoảng 5-7% cao huyết áp.

5.4. Triệu chứng toàn thân :

+ Trong giai đoạn phù nhiều, trẻ mệt mỏi, xanh xao, chán ăn, khó thở nhẹ do cổ chướng. Nếu trẻ bị phù kéo dài hoặc tái phát nhiều lần sẽ có dấu hiệu suy dinh dưỡng.

+ Gan to : 40% trường hợp có gan to, khi điều trị hết phù gan sẽ dần dần thu nhỏ lại.

- Bệnh phối hợp : HCTH có thể phối hợp với các bệnh tự miễn khác như : viêm cầu thận cấp, (tiểu máu đại thể, vi thể, có huyết áp cao), viêm cơ quan khác ngoài thận như : Lupus đỏ, Schonlein Henoch, viêm đa màng, viêm phổi....

6. Biến chứng

6.1. Biến chứng nhiễm trùng do rối loạn miễn dịch dịch thể (giảm IgG) lẫn miễn dịch tế bào. Các bệnh nhiễm khuẩn ngược lại có thể ảnh hưởng tiến triển của bệnh, các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp ở thận hư :

+ Viêm mô tế bào(cellulitis).

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu.

+ Viêm phúc mạc tiên phát : xảy ra trong 8,9%

Sốt cao, đau bụng, nôn, tiêu chảy, nhưng vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc không rõ lắm. Khám bụng có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc lan tỏa khắp ổ bụng chứ không có điểm đau khu trú rõ rệt và không thấy các dấu hiệu co cứng các cơ ở bụng. Chẩn đoán quyết định là xét nghiệm nước màng bụng về phương diện sinh hóa, tế bào và vi khuẩn, về nguyên nhân ngược lại với tài liệu cổ điển là do phế cầu, thì ngày nay chủ yếu là do tụ cầu và trực khuẩn Gram âm.

6.2. Suy thận cấp là suy thận cơ năng do giảm nhiều albumin trong máu gây giảm thể tích tuần hoàn hiệu lực. Tuy nhiên còn nhiều cơ chế khác chưa được rõ ràng

6.3. Tắc mạch ở chi, ở phổi, thận, não, mạc treo do mất antithrombine III, máu dễ tăng đông, càng nặng hơn nếu có tăng tiểu cầu, tăng lipid máu.

6.4. Mất Canxi do mất Cholecalciferol

6.5. Suy dinh dưỡng

6.6. Biến chứng do điều trị :

- Rối loạn nước, điện giải : Hạ K+ máu do dùng lợi tiểu, Corticoid.

-Biến chứng do dùng Corticoid: viêm loét dạ dày, loãng xương, cushing, teo tuyến thượng thận...

-Biến chứng do sử dụng thuốc ức chế miễn dịch.

7. Cận lâm sàng :

7.1. Xét nghiệm nước tiểu :

+ Đạm niệu : > 50mg/kg/24giờ. Nếu định lượng protein trong 24 giờ > 80% trường hợp có lượng đạm > 100mg/kg/24giờ.

+ Nếu điện di protein nước tiểu thì Albumin niệu > 70%.

+ Về tế bào có thể có hồng cầu vi thể hoặc đại thể nếu là thể phối hợp viêm cầu thận.

7.2. Xét nghiệm máu :

+ Lượng protid máu toàn phần giảm dưới 55g/l.

+ Điện di đạm : Albumine dưới 50%, globulin tăng trên 40% nhất là α_2 >10% , β>15%, γ >20% hoặc giảm tùy chỉ số chọn lọc, Fibrinogene >7 g%.

+ Lipid máu chủ yếu dưới dạng cholesterol và triglyceride (70% tăng gấp 2 - 3 lần so với bình thường).LDL, VLDL cholesterol tăng, HDL giảm.

+ Điện giải đồ : có thể bình thường hoặc tăng giảm tùy bệnh nhân, nhưng luôn luôn có Ca^{2+} giảm, Kali máu tăng khi có vô niệu, giảm khi lạm dụng thuốc xổ tiểu.

+ Các yếu tố đông máu tăng như : Fibrinogen, yếu tố II, V, VII, VIII, IX, X yếu tố antithrombine III giảm dễ gây tắc mạch máu, nguy cơ gây tắc mạch cao nếu có thêm tăng tiểu cầu trên 600.000tb/mm3, lipid máu trên 10g/l và cholesterol máu trên 15mmol/l.

+ Tốc độ lắng máu tăng cao và CRP tăng.

+ Công thức máu : biểu hiện thiếu máu nhược sắc, tăng tiểu cầu (có khi trên 600.000tb/mm3) và bạch cầu đa nhân trung tính (trên 80%)

7.3. Sinh thiết thận :HCTH đơn thuần ở trẻ em ít khi có chỉ định sinh thiết thận, chỉ có khi bệnh nhân có biểu hiện đáp ứng kém với Corticoid sau 4 tuần tấn công, đây là thể phối hợp với VCTC hoặc phối hợp với các bệnh tự miễn khác, có tổn thương nặng cần theo dõi qua vi thể để tiên lượng.

Có hai trường hợp chỉ định sinh thiết thận:

- Sinh thiết trước khi điều trị:
  - +Trẻ khởi bệnh trước 6 tháng tuổi, hoặc 6-12 tháng, > 12 tuổi.
  - +Tiểu máu, cao huyết áp, suy thận.
- Sau khi điều trị:
  - +Kháng Corticoid
  - +Tái phát thường xuyên

8. Diễn tiến :

Có 3 cách tiến triển :

8.1. Thể cấp tính : chỉ có 1 đợt bộc phát tiến triển rồi khỏi hẳn, thường gặp HCTH có sang thương tối thiểu.

8.2. Thể tái phát : hay gặp nhất là 2 năm đầu. Dưới tác dụng của Prednisone bệnh có từng đợt thuyên giảm hoàn toàn về lâm sàng và xét nghiệm kéo dài vài tháng đến 1 năm rồi lại bộc phát một cách tự nhiên hoặc sau nhiễm khuẩn hô hấp trên hoặc tiêm chủng. Kinh nghiệm của nhiều tác giả thì sau 4 năm mà bệnh không tái phát thì coi như khỏi hẳn.

8.3. Thể tiến triển xấu : có thể từ đợt phát bệnh đầu tiên nhưng thường sau nhiều năm bị tái phát dần dần đưa đến suy thận mãn và tử vong.

9. Điều trị :

Cần điều trị đặc hiệu và điều trị triệu chứng :

9.1. Điều trị đặc hiệu :

Prednisone: được chọn để điều trị vì đây là loại thuốc tác dụng vừa phải, thời gian hoạt động vừa phải (36 - 48 giờ) và ít giữ muối, nước. Nếu trường hợp nặng đạm niệu

(>100mg/kg/ngày) thì dùng Methyl-Prednisolon dùng ngắn ngày (3 ngày), liều 3-5mg/kg/24giờ.

Điều trị thận hư bằng Prednisone qua 3 giai đoạn :

+**Tấn công**: 1-2mg/kg/ngày, thời gian 4 tuần,

Uống 1 lần vào buổi sáng, liều tối đa không quá 60mg đối với trẻ em trên 30kg. Nếu sau 4 tuần điều trị mà đạm niệu vẫn dương tính nhiều thì nghĩ đến đề kháng Corticoid(10%). Trong trường hợp này thì bệnh nhân được sử dụng Test Methyl-Prednisolon :

*Methyl-Prednisone (Depersolon, Solu-Medrol) liều 15mg/kg/ cách ngày truyền tĩnh mạch trong 3 giờ, thực hiện 3 lần (cách ngày).

Nếu điều trị như trên mà bệnh nhân đáp ứng thì chuyển sang Prednisone uống, bằng ngược lại cho bệnh nhân sinh thiết thận để loại trừ những bệnh cầu thận sau đó được điều trị bằng Cyclophosphamide hay Chlorambucil.

+ **Duy trì**: Nếu điều trị tấn công 4 tuần mà nước tiểu đạm âm tính thì chuyển sang điều trị cách nhật. Thời gian 4 - 6 tuần điều trị cách nhật.

+**Củng cố**: 6 - 8 tuần

Mỗi 2 tuần giảm 0,5mg/kg/ 2 ngày

Sau thời gian giảm liều, bệnh sẽ được ổn định và đánh giá như sau :

+ Khỏi bệnh nếu không tái phát sau 2 năm (30%).

+ Tái phát chậm sau 3 tháng, tiên lượng tốt.

+ Tái phát nhanh dưới 3 tháng hoặc sớm hơn trong thời gian giảm liều được gọi là phụ thuộc Corticoid trong trường hợp này cần phối hợp với thuốc ức chế miễn dịch. Để hạn chế tỉ lệ tái phát nên giảm liều và kéo dài thời gian duy trì từ 6 tháng đến 1 năm.

9.2. Điều trị triệu chứng :

- Chế độ ăn rất quan trọng : giai đoạn phù to nên hạn chế muối và nước. Số lượng nước không quá 15ml/Kg/ngày và 2g/ngày đối với muối.

Đạm ăn/ngày = Đạm nhu cầu 2- 4g/kg/ngày + đạm mất qua đường tiểu/ngày + 15% đạm nhu cầu khi có dùng Corticoide.

- Lợi tiểu :

Chỉ khi phù to, gây chèn ép khó thở. Spironolaction 3 - 5mg/kg/ngày chia 2 lần uống hoặc Furosemid 2mg/kg/ngày. Cần theo dõi hạ Kali máu.

- Truyền đạm :

Khi Albumine máu giảm dưới 20g/l sẽ gây giảm thể tích máu và phù nhiều. Nếu tình trạng phù nặng gây khó thở có thể truyền Albumine (Albutein) 25%, 20%, 5ml/Kg/lần hoặc 1g/Kg/24giờ, ngoài ra nên tích cực ăn nhiều đạm và chống viêm tích cực.

- Tắc mạch máu :

Nếu Cholesterol tăng trên 15mmol/l nên dùng Lipanthyl 200mg/mỗi ngày 1 viên trong bữa ăn để giảm Cholesterol xuống dưới 10mmol/l đồng thời cho bệnh nhân vận động sớm. Nếu có huyết khối dùng thuốc kháng đông.

- Loãng xương

Thường gặp trong thời gian dài trẻ bị mất Vitamin D và Ca^{2+} gắn theo đạm nước tiểu. Nên sử dụng Canxi D 30mg/kg/ngày trong suốt thời gian điều trị.

- Thuốc hạ huyết áp khi bệnh nhân có tăng huyết áp, điều trị với thuốc ức chế men chuyển (captopril…) vì vừa có tác dụng hạ huyết áp, vừa giảm protein niệu và bảo vệ thận.
- Bù nước điện giải.
- Chống nhiễm trùng :

Penicillin G rất được ưa dùng vì nguyên nhân thường là phế cầu.

9.3. Theo dõi

-Quan sát về mức độ phù, số lượng và tính chất nước nước tiểu.

-Cân nặng đo huyết áp mỗi ngày

-Nhìn màu sắc da tìm dấu hiệu viêm mô tế bào, nhiễm trùng da, thiếu máu.

-Kiểm tra và nhắc nhở vấn đề ăn, uống thuốc.

-Giải thích cho gia đình hiểu rõ về diễn tiến bệnh để họ yên tâm hợp tác điều trị nhằm hạn chế tỉ lệ tái phát.

-Phòng nhiễm trùng da bằng cách nhắc nhở vệ sinh cơ thể, giữ ấm, ăn uống theo nhu cầu để tăng cường sức đề kháng (giàu chất đạm, giàu canxi, hạn chế mỡ.)

-Khi sử dụng corticoid bệnh sẽ thuyên giảm dần: hết phù, tiểu nhiều, nước tiểu trong, đạm niệu âm tính, có thể xuất viện và điều trị ngoại trú theo phác đồ. Tái khám hàng tháng và theo dõi ít nhất 2 năm.

10. Kết luận.

Hội chứng thận hư trẻ em là bệnh cầu thận mạn tính. Bệnh diễn biến từng đợt và kéo dài trong nhiều năm, nhưng phần lớn có thể điều trị khỏi hoàn toàn 80%. Vì vậy trong điều trị, các thầy thuốc cần phải theo dõi bệnh nhân trong nhiều năm và phải thuyết phục người bệnh tuân thủ chế độ điều trị

III. Câu hỏi lượng giá:

*** Chọn câu đúng nhất:**

1. Điều nào sau đây KHÔNG phù hợp với HCTH, *CHỌN CÂU SAI:*

A. Lipid máu tăng

B. Phù

C. Tiểu đạm <50mg/kg/ngày

D. Đạm máu giảm

2. HCTH ở trẻ em, CHỌN CÂU SAI:

A. Thường ở trẻ 1-10 tuổi

B. Hay tái phát

C. Nên theo dõi bệnh tại địa phương

D. Thường ở trẻ nữ

3. HCTH ở trẻ em, CHỌN CÂU SAI:

A. Thường dự hậu tốt

B. Ít tái phát

C. Thường điều trị bằng Corticoid

D. Ít cần sinh thiết thận.

*** Câu hỏi Đúng/Sai:**

4. Điều trị HCTH nên điều trị tại địa phương. Đ / S
5. HCTH trẻ em hay mắc vào lứa tuổi từ 1-10 tuổi. Đ / S
6. HCTH ở trẻ em thường xảy ra ở trẻ nữ. Đ / S
7. HCTH là một trong 3 bệnh thận thường gặp ở trẻ em. Đ / S
8. Lứa tuổi trẻ hay gặp ở bệnh HCTH là < 6 tuổi. Đ / S
9. Biến chứng của HCTH là suy tim. Đ / S
10. Triệu chứng lâm sàng của HCTH là phù ít và tiểu ít, tiểu máu. Đ / S

C.HỘI CHỨNG CO GIẬT Ở TRẺ EM

I.MỤC TIÊU:

1. Kể được nguyên nhân co giật thường gặp ở trẻ em.
3. Trình bày cách chẩn đoán lâm sàng một số bệnh co giật thường gặp ơ trẻ em
3. Nêu cách xử trí sốt cao co giật trẻ em
4. Trình bày và hướng dẫn phụ huynh cách phòng bệnh

II.NỘI DUNG:

1. Định nghĩa

Co giật là một trạng thái rối loạn tạm thời về ý thức, vận động, cảm giác, thần kinh tự động do phóng điện đột ngột, quá mức và nhất thời của tế bào thần kinh (neuron).

Co giật là triệu chứng thường gặp trong hàng loạt các rối loạn của hệ thần kinh. Các cơn co giật thường xảy ra vào 2 năm đầu. Khoảng 30-50% trẻ bị co giật lần đầu, có thể bị tái phát nhiều lần và đó là bệnh động kinh

2. Nguyên nhân

Co giật do nhiều nguyên nhân gây ra có 5 nhóm chính.

2.1. Do tổn thương thực thể não, màng não.

2.1.1. Nhiễm khuẩn hệ thần kinh.

- Viêm màng não do:

+ Vi khuẩn như phế cầu, H.influenzae, não mô cầu, trực khuẩn lao
+ Virus.
+ Ký sinh trùng, nấm.

- Viêm não: hay gặp nhất là viêm não Nhật Bản B, sau đó là viêm não do các virus đường ruột, sau sởi, quai bị, thủy đậu…
- Ápxe não: thường gặp do biến chứng viêm tai xương chũm

2.1.2. Chấn thương sọ não: Co giật có thể xảy ra ngay sau chấn thương hoặc sau vài tháng, có thể sau vài năm(động kinh) kể từ khi bị chấn thương như ngã, tai nạn, bị đánh đập vào vùng sọ….

2.1.3. Sang chấn sản khoa.

Phần lớn co giật xảy ra ở trẻ sơ sinh là do sang chấn sản khoa, do ngạt vì đẻ khó, chuyển dạ kéo dài, phải can thiệp bởi các thủ thuật sản khao, trong sản giật, trong nhiễm độc thai nghén… và có tới 15% trẻ sơ sinh co giật không rõ nguyên nhân

2.1.4. Do choán chỗ trong hộp sọ.

Do khối u, khối máu tụ, phình mạch máu não, xuất huyết não- màng não, bướu máu.

2.1.5. Tắc mạch máu não

Do biến chứng của viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn thường xảy ra ở bệnh nhân tim bẩm sinh: do cục máu đông hay xảy ra sau phẫu thuật tim, phổi.

2.1.6. Các bệnh thoái hóa não.

Co giật xuất hiện muộn trong các bệnh thoái hóa chất trắng, chất xám.

2.1.7. Các bệnh não bẩm sinh.

Là các bệnh não úng thủy, bệnh sọ nhỏ, dị dạng não... thường xảy ra do mẹ bi các bệnh virus như cảm cúm trong 2 tháng đầu mang thai hoặc mẹ bị các bệnh mãn tính gây thiếu oxy trong thời kỳ thai nghén như: suy tim mạn, thiếu máu mạn tính.

2.1.8. Một số bệnh khác gây tổn thương não

Vàng da nhân ở trẻ sơ sinh, sốt rét thể não, hội chứng Reye

2.2. Do rối loạn chuyển hóa

Bao gồm rất nhiều như co giật do ngộ độc thức ăn: ngộ độc strychnin, long não, theophylin, thiếu B_6, hạ đường máu, hạ natri máu, hạ canxi máu, các bệnh di truyền gây rối loạn chuyển hóa như bệnh nhiễm leucin, bệnh phenylceton niệu...

2.3. Do tăng huyết áp

Thường xảy ra trên bệnh nhân viêm cầu thận cấp có tăng huyết áp, u ưa chrom, dị dạng động mạch thận, hẹp eo động mạch chủ

2.4. Do sốt cao.

Thường gặp nhiều ở trẻ em lứa tuổi từ 6 tháng đến 6 tuổi, co giật xảy ra khi trẻ sốt cao trên $39^0$5C hay tái phát khi trẻ còn sốt cao

2.5. Co giật trong bệnh động kinh.

Co giật trong bệnh động kinh là hậu qủa của các rối loạn nêu trên hoặc bệnh tự phát có căn nguyên ẩn

Bệnh động kinh là sự rối loạn từng cơn về chức năng của hệ thần kinh trung ương do sự phóng điện đột ngột, quá mức của các neuron

Đặc điểm co giật trong bệnh động kinh là:

+Co giật xảy ra đột ngột và ngắn

+ Các cơn co giật xảy ra có tính định hình lập lại nhiều lần (các cơn co giật giống nhau ở từng bệnh nhân)

+ Trong cơn giật: có các rối loạn chức năng thần kinh như (tiêu, tiểu trong quần trong cơn giật).

+ Sau cơn giật, bệnh nhân không nhớ những gì xảy ra.

+ Trên điện não đồ: phát hiện các đợt sóng kịch phát.

3. Phân loại co giật trẻ em

3.1. Co giật không động kinh

- Co giật tổn thương thực thể ở não.

+ Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương

+ Sang chấn hệ thần kinh trung ương

+ Não bị chèn ép

+ Thoái hóa não

+ Dị dạng não

- Co giật không có tổn thương thực thể ở não

+ Sốt cao

+ Rối loạn chuyển hóa

+ Tăng huyết áp

3.2. Co giật động kinh

- Động kinh toàn thể

- Động kinh cục bộ

4. Chẩn đoán một số trường hợp co giật

Chẩn đoán nguyên nhân thường gặp nhiều khó khăn và phức tạp. Còn chẩn đoán cơn co giật thường dễ hơn.

4.1. Co giật do sốt cao(sốt cao co giật đơn thuần)

Sốt cao thường xảy ra do trẻ bị nhiễm trùng ngoài hệ thần kinh trung ương như cúm, sơi, viêm họng, viêm phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa…

Đặc điểm lâm sàng co giật do sốt cao là.

. Trẻ 6 tháng - 5 tuổi.

. Sốt hơn 38,5 - 39^0C...

. Co cứng-co giật toàn thân lan tỏa.

. Thời gian không quá 10 phút.

. Trẻ tỉnh sau cơn giật.

. Không có tổn thương thần kinh, không biến đổi DNT.

. Tiền sử trẻ và gia đình không có bệnh ĐK

. Tiền sử trẻ có thể có 1 hoặc nhiều lần bi sốt cao co giật

. Dịch não tủy bình thường

. EEG ngoài cơn bình thường

4.2. Co giật do những nguyên nhân khác.

Đặc điểm lâm sàng co giật do các nguyên nhân này là:

+ VMNM: sốt, co giật, rối loạn tri giác, nhức đầu, nôn-mữa, táo bón, Kernig, cổ cứng, Brudzinski, vạch màng não (+)... DNT đục, BC tăng, neutro tăng, đạm tăng, đường giảm, soi cấy có vi trùng, ngưng kết Latex (+),...

+ Xuất huyết não màng não muộn: trẻ vài tuần - dưới 3 tháng tuổi có hội chứng (HC) thần kinh: rối loạn tri giác, co cứng/CG, đôi khi có liệt chi hay mặt, dãn đồng tử, thóp phồng, có thiếu máu, hoặc có nơi cắt lễ chảy máu khó cầm, thường trẻ bú mẹ hoàn toàn. Dịch não tủy đỏ có máu không đông, siêu âm xuyên thóp có Xuất huyết não màng não...

+ Hạ đường huyết do đói: thường trẻ 3 – 6 tuổi ham chơi quên ăn tối ngủ đến khuya, trẻ co giật, hôn mê, hạ thân nhiệt, Babinski (+) hai bên... đường máu thấp.

+ Tăng bilirubin tự do (vàng da nhân): trẻ mới sinh - một vài ngày đầu, vàng da sớm-sậm, RL tri giác, CG- co cứng tăng trương lực cơ, rối loạn tiêu hóa, hô hấp đôi khi có thóp phồng...bilirubine gián tiếp/máu tăng nhanh và cao ở 24h đầu sau đẻ.

+ Ngộ độc thuốc sâu rầy: trẻ bị stress, hôn mê, co giật, thở khò khè có mùi thuốc rầy, đồng tử co nhỏ, tăng tiết đàm nhớt nước bọt, vã mồ hôi, tim - mạch chậm, đau bụng (HC muscarinic - nicotinic)... Test Atropin. CLS tìm độc chất ở dạ dày (uống), men Acetylcholin esterase máu/HC.

+ Động kinh cơn lớn: trẻ có tiền triệu, cơn co cứng - co giật, hôn mê, EEG biến đổi sóng chậm gai nhọn (phức hợp sóng động kinh).

+ Uốn ván: Có vết thương nhiễm trùng, co cứng cơ, cứng hàm vẻ mặt uốn ván, co giật...Cận lâm sàng có *Clostridium.tetani.*

+ Viêm não siêu vi: sốt, hội chứng thần kinh/ màng não..., dịch não tủy có virus, có kháng thể IgM trong viêm não Nhật bản và có thể có biến đổi về sinh hoá, tế bào

5. Xử Trí

Bảo đảm chức năng hô hấp tuần hoàn của bệnh nhân còn hoạt động, nhanh chóng cắt cơn giật.

5.1. Tại nhà, cơ sở y tế:

Tại nhà: làm song song các công việc sau: mang trẻ đặt nơi an toàn

Làm thông thoáng đường thở, tránh hít sặc và cắn phải lưỡi bằng cách cho trẻ nằm đầu thấp-nghiêng sang một bên, lau hết đàm nhớt, đặt cây ngáng lưỡi, đặt thuốc hạ nhiệt hậu môn nếu có, qua cơn giật chuyển trẻ gấp lên trạm y tế

Tại trạm y tế: thông đường thở + hạ nhiệt (như trên) kèm nhanh chóng cắt cơn giật bằng thuốc an thần và hạ nhiệt cho trẻ nếu có, chuyển trẻ đến bệnh viện huyện khi trẻ giật khu trú, liệt, rối loạn tri giác, suy hô hấp, tuần hoàn...

5.2. Tại bệnh viện: xử trí giống như trên cần thêm

- Đặt cây ngáng lưỡi, cho trẻ nằm đầu thấp và nghiêng sang bên, hút hết đàm nhớt làm thông đường hô hấp.
- Trong lúc giật trẻ tăng tiết đàm-ngạt-tím thiếu oxy nên cần cho hút đàm, thở oxy.
- Cắt cơn giật càng nhanh càng tốt.

+ Chống co giật bằng thuốc Diazepam (Seduxen,Valium) liều trung bình 0,20 - 0,25 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chậm (TMC), tiêm tĩnh mạch Seduxen trẻ có thể bị ngưng thở (ức chế hệ thần kinh trung ương), do vậy cần phải chuẩn bị bóp bóng ambu nếu trẻ ngừng thở. Cũng có thể dùng qua đường hậu môn với seduxen 0,5 mg/kg/liều/lần (ống chích 1ml bỏ kim), dùng tay ép 2 mông trẻ lại trong vòng 1-2 phút.

Kèm tiêm Phenobarbital liều 3 - 5 mg/kg/liều TB/TM khi Seduxen hay Hypnovel không kìm chế được cơn giật.

- Tìm nguyên nhân gây co giật điều trị thích hợp, triệt để hơn.
- Để góp phần kiềm chế cơn giật tốt hơn, xem xét một số yếu tố góp phần co giật:

+ Chống sốt (nếu có) bằng thuốc tiêm (trẻ tiêu chảy) không thể nhét hậu môn được, dùng Paracetamol (TM, TB), lau ấm cho trẻ (pha nước ấm ở nhiệt độ thấp hơn nhiệt độ cơ thể đang sốt là 2^0). Nên cho trẻ nằm phòng cấp cứu và phòng lạnh.

+ Phù não: dùng corticoid, Mannitol, lợi tiểu, oxy, nằm đầu 30^o, hạn chế nước nhập, chọn lựa thích hợp...(Dexamethason 0,15mg/kg/TMC mỗi 4h, Mannitol 20% 0,5-1g/kg/lần truyền tĩnh mạch 30-60 phút)

6.Theo dõi

+ Mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở trẻ.

+ Tri giác, cơn giật, dấu tổn thương thần kinh trung ương và diễn tiến của nguyên nhân, nhiễm trùng... để xử trí

- Tránh chấn thương, kích thích trẻ tạo điều kiện xuất hiện cơn giật

Chú ý: chăm sóc và dinh dưỡng cho trẻ, đặc biệt là trẻ có hôn mê kèm theo

7. Phòng bệnh

Cấp 0: Giáo dục kiến thức cho gia đình, xã hội về nguyên nhân, yếu tố nguy cơ-thuận lợi/ trung gian truyền bệnh, tình trạng nguy hiểm của từng loại nguyên nhân co giật, cũng như bệnh lý và hậu quả để lại di chứng, tử vong của từng loại bệnh.

Cấp 1: Giải quyết yếu tố nguy cơ, thuận lợi gây nên co giật. Tự nâng cao/bảo vệ sức khoẻ: dinh dưỡng, tiêm ngừa, vệ sinh môi trường, tránh/chống tiếp xúc yếu tố nguy cơ/trung gian truyền bệnh...)

Cấp 2: Cần phát hiện sớm và điều trị tích cực bằng thuốc... Riêng trong động kinh thời gian điều trị kéo dài hàng tháng - năm. Do đó cần hướng dẫn, giáo dục gia đình và bệnh nhân phải kiên trì phối hợp với thầy thuốc đồng thời phải kết hợp với ban ngành đoàn thể thông cảm, giúp đỡ họ.

Cấp 3: Khi trẻ có di chứng như trì trệ tâm thần thì cần phục hồi chức năng như học tập, lao động...

III. Câu hỏi lượng giá:

1. Xử trí sốt cao co giật biện pháp ưu tiên hàng đầu là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Hạ sốt bằng thuốc

B. Thông đường thở

C. Chống co giật

D. Đặt ngáng lưỡi.

2. Đặc điểm lâm sàng co giật do sốt cao là, CHỌN CÂU SAI:

A. Trẻ 6 tháng – 5 tuổi

B. Sốt hơn 38º5 – 39ºC

C. Co cứng co giật toàn thân lan tỏa

D. Trẻ hôn mê sau cơn giật.

3. Mục đích của chăm sóc trẻ trong cơn giật là, CHỌN CÂU SAI:

A. Không để trẻ cắn phải lưỡi, té ngã.

B. Không để trẻ hít phải đờm dãi hoặc chất nôn.

C. Bảo đảm thông thoáng đường hô hấp.

D. Chuẩn bị phụ giúp bác sĩ tiến hành làm các xét nghiệm.

4. Co giật do sốt cao được xếp vào nhóm, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Co giật do tổn thương thực thể não.

B. Co giật do tổn thương thực thể màng não.

C. Co giật do rối loạn chức năng não.

D. Co giật do động kinh.

5. Liều tiêm mạch Seduxen cắt cơn co giật thường sử dụng là, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. 0,2 – 0,3 g/kg.

B. 0,1- 0,2 mg/kg.

C. 0,5 mg/kg.

D. 0,2 – 0,3 mg/kg.

BÀI 13
SỐT, CO GIẬT, VIÊM MÀNG NÃO MỦ Ở TRẺ EM

I.MỤC TIÊU:

1. Nêu được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giúp chẩn bệnh viêm màng não mủ
2. Nêu được các nguyên nhân, tiến triển và biến chứng của bệnh
3. Trình bày được biện pháp điều tri đặc hiệu.
4. Trình bày được chế độ nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ viêm màng não mủ.

II.NỘI DUNG:

1. NGUYÊN NHÂN

Bệnh viêm màng não mủ (VMNM) là bệnh lý viêm ở màng não (màng nhện, màng nuôi và khoang dưới nhện) do vi trùng sinh mủ gây ra.

Có 3 loại tác nhân gây bệnh thường gặp, chiếm khoảng 80% các trường hợp viêm màng não mủ ở trẻ em là:

- Não mô cầu (Neisseria meningitidis).
- Phế cầu (Streptococcus pneumoniae)
- Hemophilus influenzae type B (Hib)

Tần suất các loại vi khuẩn thường gặp tùy thuộc vào lứa tuổi và cơ địa bệnh nhân:

1.1. Theo lứa tuổi.

1.1.1. Từ sơ sinh đến 3 tháng tuổi

Vi khuẩn gram âm :E. Coli, Streptocoque group B, Listeria monocytogenes

1.1.2. Từ 3 tháng đến 6 tuổi

Hemophilus influenzae type B, Não mô cầu, Phế cầu

Ở các nước tiên tiến VMNM do H. Influenzae type B hiếm gặp vì chủng ngừa phòng nhiễm vi khuẩn này hầu như là bắt buộc đối với trẻ em dưới 2 tuổi và hiện nay ở nước ta đã có lịch chủng ngừa Hib cho trẻ em

1.1.3. Từ 6 đến 15 tuổi

- Não mô cầu, Phế cầu

1.2. Theo cơ địa

- Cắt lách: Phế cầu, H.Influenzae
- Vỡ xương sọ:
  + Hở: Enterobactera, S. aureus
  + Kín: Phế cầu, H. Influenzae, Enterobacteria
- Viêm tai giữa: phế cầu, Enterobacteria, S. aureus
- Van tim nhân tạo: S. aureus, S. epidermidis

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng lâm sàng của bệnh VMNM ở trẻ em đa dạng và thường không điển hình, nhất là sơ sinh và trẻ nhũ nhi.

2. 1. Sơ sinh

VMNM sơ sinh thường có biểu hiện lâm sàng giống như bệnh cảnh nhiễm trùng huyết với các triệu chứng sau đây:

- Rối loạn tiêu hóa: bỏ bú, ọc sữa, bụng chướng.
- Vàng da, gan lách to.
- Rối loạn thần kinh:
  + Rối loạn tri giác: li bì, lơ mơ, hôn mê.
  + Co giật.
  + Rối loạn trương lực cơ: tăng hoặc giảm. Hiếm khi có triệu chứng cổ gượng, thường là trương lực cơ cổ giảm.
  + Rối loạn các phản xạ nguyên phát.
  + Thóp phồng ít gặp.
- Rối loạn hô hấp: thở nhanh, thở không đều hoặc ngưng thở trong trường hợp nặng.
- Rối loạn tuần hoàn: nhịp tim nhanh, mạch nhẹ, thời gian phục hồi màu da tăng trên 3 giây, da nổi bông.

Triệu chứng sốt trong VMNM sơ sinh không phải luôn luôn có. Trẻ có thể sốt cao, sốt vừa, không sốt, hoặc hạ thân nhiệt trong những trường hợp nặng.

Tất cả trẻ sơ sinh khi có dấu hiệu nhiễm trùng huyết, phải có chỉ định chọc dò tủy sống để loại trừ VMNM.

2.2. Nhũ nhi

- Hội chứng nhiễm trùng

Trẻ thường sốt cao hoặc sốt vừa, lừ đừ, vẻ mặt nhiễm trùng.

- Hội chứng màng não

Hội chứng màng não ở trẻ nhũ nhi có những đặc điểm khác với trẻ lớn và người lớn:

+Trẻ lừ đừ, bỏ bú, ọc sữa hoặc nôn vọt.
+ Quấy khóc, rên rỉ
+ Thóp phồng
+Cổ gượng ít gặp trong VMNM ở trẻ nhũ nhi.
+ Dấu vạch màng não (+).
+ Trường hợp nặng có kèm theo co giật, rối loạn tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú.

2.3. Trẻ lớn

Triệu chứng VMNM ở trẻ lớn thường điển hình và giống như ở người lớn, gồm có:

- Hội chứng nhiễm trùng: trẻ thường có sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc.
- Hội chứng màng não thường biểu hiện bởi nhức đầu và nôn ói.
  + Khám thấy cổ gượng, Kernig (+), Brudzinski (+).
  + Trường hợp nặng có kèm theo co giật, rối loạn tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú.
  + Phải soi đáy mắt để tìm dấu hiệu phù gai thị ở tất cả bệnh nhân VMNM nhất là khi có rối loạn tri giác hoặc có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ (nhức đầu, nôn ói, mạch chậm, huyết áp tăng).

Ngoài hội chứng nhiễm trùng và hội chứng màng não, bệnh nhi VMNM có thể có những biểu hiện lâm sàng khác giúp ta chẩn đoán tác nhân gây bệnh như:

- Tử ban hoại tử trung tâm trong nhiễm não mô cầu.
- Nhọt ngoài da (nhất là ở vùng mặt) viêm cơ mủ, áp xe trong nhiễm tụ cầu.
- Viêm phổi thùy trong nhiễm phế cầu.
- Tràn dịch màng phổi, viêm phổi với tổn thương dạng bóng khí rãi rác do nhiễm tụ cầu...

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Dịch não tủy .

Dịch não tủy (DNT) là xét nghiệm quan trọng nhất trong chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị:

3.1.1. Xét nghiệm DNT sinh hóa: trong VMNM điển hình:

-Màu sắc: mờ hoặc đục như nước vo gạo (do tăng đạm, tế bào, đôi khi do vi khuẩn quá nhiều).

- Đạm tăng: do đáp ứng với tình trạng viêm.
- Đường giảm: do rối loạn sự vận chuyển đường từ máu vào DNT qua hàng rào mạch máu não và có thể do vi khuẩn sử dụng đường.
- Tế bào bạch cầu tăng, đa số là bạch cầu đa nhân trung tính, do phản ứng của cơ thể đáp ứng với tình trạng nhiễm trùng ở màng não.
- Pandy (+) do tăng các γ globuline miễn dịch trong quá trình viêm, mức độ dương tính tùy thuộc vào mức độ của phản ứng viêm.

3.1.2.Vi trùng học.

3.1.2.1. Nhuộm gram DNT: giúp chẩn đoán xác định VMNM và chẩn đoán tác nhân gây bệnh sớm. Đây là một yếu tố quan trọng giúp chọn lựa kháng sinh ban đầu thích hợp:

- Não mô cầu: song cầu Gram âm.
- Phế cầu: song cầu Gram dương.
- H.Influenzae: cầu trực trùng gram âm.
- Streptocoque group B: cầu trùng Gram dương đứng thành chuỗi.
- Staphylococus aureus: cầu trùng Gram dương đứng thành khúm.
- E. coli: trực trùng Gram âm.

3.1.2.2. Cấy DNT giúp chẩn đoán tác nhân gây bệnh và nhất là kết quả kháng sinh đồ giúp điều chỉnh kháng sinh thích hợp, đặc biệt khi vi trùng không đáp ứng với kháng sinh điều trị ban đầu.

+ Kháng nguyên hòa tan (thử nghiệm latex) dùng để phát hiện kháng nguyên hòa tan của vi khuẩn trong DNT. Đây là một xét nghiệm rất có giá trị giúp hướng chẩn đoán tác nhân gây bệnh trong trường hợp soi, cấy DNT âm tính.

3.2. Xét nghiệm máu.

Ngoài DNT, chúng ta cần làm một số xét nghiệm khác giúp chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và đánh giá độ nặng nhẹ của bệnh.

3.2.1. Cấy máu: Trong VMNM ở trẻ em, vi khuẩn thường xâm nhập màng não từ đường máu, đặc biệt nhiễm trùng huyết trẻ sơ sinh thường là lan tỏa nhiều cơ quan. Cấy máu dương tính rất có giá trị giúp chọn lựa kháng sinh phù hợp, đặc biệt là khi lâm sàng không đáp ứng và cấy DNT âm tính.

3.2.2. Công thức máu:

- Hct: đánh giá tình trạng thiếu máu, nhất là ở trẻ nhũ nhi.
- Công thức bạch cầu: đánh giá tình trạng đáp ứng với nhiễm trùng.
- Tiểu cầu giảm khi có nhiễm trùng nặng và có thể tăng cao khi có phản ứng viêm mạnh.

3.2.3. Điện giải đồ: khi bệnh nhân có rối loạn tri giác đánh giá tình trạng rối loạn nước điện giải (đặc biệt là Natri/máu)

3.2.4. Đường huyết: để biện luận kết quả đường/DNT (thử cùng lúc chọc dò tủy sống)

3.2.5. CRP (C-reactive protein): để đánh giá tình trạng nhiễm trùng.

3.2.6. Tốc độ lắng máu (VS): cần thiết khi phải chẩn đoán phân biệt với VMN lao hoặc các bệnh lý miễn dịch.

3.3. Chẩn đoán hình ảnh.

3.3.1. X quang phổi: là xét nghiệm bắt buộc ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi để tìm tổn thương phổi kết hợp

3.3.2. Siêu âm xuyên thóp: giúp theo dõi các biến chứng (abcès não, tràn dịch dưới màng cứng, não úng thủy, ...) và chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý khác (xuất huyết não-màng não, khối u não...).

3.3.3. CT Scanner não: khi nghi ngờ bệnh nhân có biến chứng (abcès não,...) hoặc để chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác (u não, xuất huyết não-màng não,...) nhất là ở trẻ lớn (không thực hiện được siêu âm xuyên thóp)

3.4. Điện não đồ: nếu sau khi điều trị bệnh nhân bị di chứng thần kinh (động kinh)

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

4.1.1. Dấu hiệu nhiễm trùng: Sốt cao hoặc hạ thận nhiệt, vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc

4.1.2. Dấu hiệu thần kinh: hội chứng màng não, co giật, hội chứng ngoại tháp, rối loạn tri giác, rối loạn thái độ hành vi, thóp phồng.

4.1.3. Dịch não tủy: tế bào tăng cao, đạm tăng, đường giảm, cấy (±)

4.2. Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân

4.2.1. Siêu vi: đây là một nguyên nhân thường gặp của VMN đơn nhân. Bệnh nhân VMN siêu vi có tổng trạng còn tốt, DNT tăng tế bào đa số đơn nhân, đường/DNT bình thường. Xác định được một số siêu vi gây bệnh bằng phương pháp PCR (Phản ứng khuếch đại chuỗi gen): enterovirus, herpes simplex, arbovirus...

4.2.2. Lao: Chẩn đoán xác định VMN lao khi tìm thấy vi trùng lao trong DNT, trong đàm hoặc trong dịch dạ dày bằng phương pháp cấy trên môi trường Loweinstein. Tuy nhiên, tỷ lệ dương tính thường thấp.

4.2.3. Nguyên nhân miễn dịch: có thể xảy ra trên bệnh nhân có bệnh lý tự miễn có sẵn (như lupus đỏ, ...) hoặc sau một tình trạng nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm siêu vi (VMN do phức hợp kháng nguyên – kháng thể).

4.2.4. Các nguyên nhân khác hiếm gặp hơn: VMN do nấm, do ký sinh trùng.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị kháng sinh

5.1.1. Chọn kháng sinh điều trị đặc hiệu:

- H. Influenzae: Cephalosporine thế hệ III (C3G).
- Não mô cầu: Pénicilline, hoặc Ampicillin, hoặc C3G.
- Phế cầu: Cephalosporine thế hệ III liều cao đơn thuần, hoặc kết hợp với Vancomycine ± Rifamycine.
- Listeria monocytogenes: Ampicilline hoặc Pénicilline có thể kết hợp với Aminoglycoside (Gentamycin).
- E.coli: C3G

5.1.2. Liều lượng một số kháng sinh:

- Ampicilline: 200 mg/kg/ngày, chích TM, chia 4 lần.
- Amocixiline: 200 mg/kg/ngày, chích TM, chia 4 lần.
- Cefotaxime (Claforan): 200 mg/kg/ngày, chích TM, chia 4 lần.
- Ceftriaxone (Rocephine): 100 mg/kg/ngày, chích TM, chia 4 lần.
- Ceftazidine (Fortum, Kefadine): 200 mg/kg/ngày, chích TM, chia 4 lần.
- Gentamycine: 5-7 mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, pha trong G 5%, dùng bơm tiêm tự động trong 30-60 phút mỗi lần.

5.1.3. Thời gian điều trị.

Trẻ lớn và nhũ nhi: 10-14 ngày, sơ sinh: 14-21 ngày

5.1.4.Tiêu chuẩn ngưng kháng sinh

- DNT bình thường.
- Hết sốt ít nhất 3 ngày.
- Thời gian điều trị ít nhất 10 ngày.

5.2. Sử dụng Corticoides:

- Mục đích:
  + Chống phù não
  + Phòng biến chứng điếc do H. Influenzae (±)
- Chỉ định:
  + Có dấu hiệu phù não: hôn mê sâu, co giật, phù gai thị.
  + Trẻ nhũ nhi từ 3 tháng đến 24 tháng (±).
- Cách dùng: Dexamethasone 0,15mg/kg/lần, chích TM, 4 lần/ngày trong 2-4 ngày.

Để phòng ngừa biến chứng điếc do H. Influenzae, Dexamethaxone phải đựơc chích 10 – 15 phút trước liều kháng sinh đầu tiên.

5.3. Điều trị triệu chứng-nâng đỡ:

5.3.1. Chống co giật

- Valium tiêm TM chậm để cắt cơn co giật có gây suy hô hấp:

0,3mg/kg/lần, pha loãng với nước cất tiêm TM chậm trong 5 phút, có thể lặp lại, tổng liều không quá 1mg/kg/ngày.

- Gardenal truyền TM để phòng ngừa cơn co giật tái phát trên bệnh nhân co giật liên tục, co giật khó cắt cơn.

+ Tấn công: 10mg/kg pha vào Glucose 5% truyền TM bằng bơm tiêm tự động trong 30 phút.

+ Duy trì: 5mg/kg/12 giờ, truyền TM bằng bơm tiêm tự động trong 30 phút

5.3.2. Chống phù não:

- Corticoides: Dexamethasone (liều như trên).
- Mannitol:

+ Chống chỉ định: quá tải, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm trùng.

+ Liều lượng: Manitol 20% 1-2g/kg/lần, truyền TM trong 30-45 phút, có thể lập lại 2-3 lần/ngày.

5.3.3. Hạ đường huyết:

Dùng Glucose 30% 1 – 2 ml/kg/lần chích TM chậm, hoặc Glucose 10% truyền TM tùy theo nhu cầu dịch.

5.3.4. Hạ sốt, giảm đau

Uống, đặt trực tràng: Paracetamol 50mg/kg/ngày, chia 4 lần.

Chích TM: Prodafalgan 10-15mg/kg/lần, chích TM chậm, có thể lập lại mỗi 6 giờ

5.4. Dinh dưỡng

- Bệnh nhân tỉnh: ăn bằng đường miệng, theo nhu cầu.
- Bệnh nhân mê: đặt sonde dạ dày

+ Nhỏ giọt ít nhất 6 cữ mỗi ngày, mỗi cữ phải kéo dài từ 1-3 giờ

+ Thành phần thức ăn tùy theo lứa tuổi:

< 4 tháng: sữa.

> 4 tháng: sữa + bột xử lý men.

Trẻ lớn: bột xử lý men

- Bệnh nhân mê sâu kèm suy hô hấp hoặc co giật liên tục: dinh dưỡng bằng đường tĩnh mạch, chú ý nước, điện giải và năng lượng.

5.5. Săn sóc điều dưỡng bệnh nhân mê. Theo dõi sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Thần kinh: tri giác, co giật, co gồng, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, dấu thần kinh khu trú. Đo vòng đầu, cân nặng mỗi ngày

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu bệnh chẩn đoán muộn hoặc dùng kháng sinh không thích hợp sẽ tiến triển nặng hơn có thể tử vong hoặc biến chứng thường xảy ra ở trẻ nhỏ.

Một số biến chứng có thể gặp:

- Tràn dịch dưới màng cứng, ổ áp xe nội sọ
- Ứ dịch não thất do dính tắc.
- Bại não, động kinh, điếc hay giảm thính lực ..v.v..

7. PHÒNG BỆNH.

7.1. Vaccin bệnh

- Tiêm vaccin Hib cho tất cả trẻ (mũi tiêm 5 trong 1: bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt)

- Đối với vaccin phòng não mô cầu và phế cầu chỉ sử dụng cho những vùng có dịch lưu hành hoặc trên những người có cơ địa (suy giảm miễn dịch, sau cắt lách)

7.2. Phòng cho những người có nguy cơ (tiếp xúc nguồn lây)

Dùng Rifamycine liều từ 10- 20 mg/kg/ngày trong 4 ngày. Áp dụng các biện pháp cách ly và khử khuẩn môi trường, dụng cụ, theo qui định.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. ***Vi trùng thường gặp trong VMNM ở trẻ em là,* CHỌN CÂU SAI:**
   A. Não mô cầu
   B. Phế cầu
   C. Hemophilus influenzae type B (Hib)
   D. E.Coli

2. ***Tiêu chuẩn ngưng kháng sinh trong bệnh VMNM,* CHỌN CÂU SAI:**
   A. Dịch não tủy bình thường
   B. Hết sốt ít nhất 3 ngày
   C. Thời gian điều trị ít nhất 10 ngày
   D. Thời gian điều trị ít nhất 30 ngày

3. Điều trị co giật trong VMNM, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
   A. Diazepam 0,1mg/kg/lần (TMC)
   B. Diazepam 0,2mg/kg/lần (TMC)
   C. Diazepam 0,3mg/kg/lần (TMC)
   D. Phenoparbital 1mg/kg/lần (TMC)

4. Phòng ngừa não mô cầu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
   A. Rifampicin liều 10mg trong 2 ngày
   B. Rifampicin liều 10mg trong 5 ngày
   C. Rifampicin liều 20mg trong 4 ngày
   D. Rifampicin liều 20mg trong 6 ngày

5. Tác nhân chủ yếu gây VMNM ở trẻ em từ 6 tuổi đến 15 tuổi là, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:
   A. E.Coli
   B. Hemophilus influenzae type B

C. Não mô cầu
D. Streptocoque group B

Bài 14
BỆNH SUY DINH DƯỠNG VÀ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG

I.MỤC TIÊU:

1. Kể 3 mục tiêu và nội dung triển khai tại y tế cơ sở của chương trình phòng chống suy dinh dưỡng.
2. Kể 2 tác hại, 2 nhóm nguyên nhân và 3 điều kiện thuận lợi gây suy dinh dưỡng.
3. Trình bày các triệu chứng, phân loại suy dinh dưỡng và các biện pháp phòng bệnh
4. Trình bày cách lập kế hoạch chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng.

II.NỘI DUNG:

1. CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG

Chương trình được triển khai ở Việt Nam từ năm 1983

1.1. MỤC TIÊU CỦA CHƯƠNG TRÌNH

Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi: gồm 2 chỉ tiêu sau:

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng (*cân nặng/tuổi*) ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cho cả nước mỗi năm giảm 1,5%, năm 2005 giảm dưới 25%, năm 2010 giảm dưới 20%.

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng (*chiều cao/tuổi*) ở trẻ em 5 tuổi tính chung cho cả nước giảm mỗi năm 1,5%.

+ Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng thấp dưới 2500gr còn 7% vào năm 2005 và 6% vào năm 2010.

1.2. CÁC NỘI DUNG TRIỂN KHAI TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

- Hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ.
- Hướng dẫn ăn bổ sung hợp lý.
- Hướng dẫn phòng chống thiếu vitamin A.
- Hướng dẫn phòng chống thiếu máu cho phụ nữ có thai.
- Hướng dẫn thực hành chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ ốm.
- Phòng chống giun sán, thực hành vi sinh ở gia đình.
- Hướng dẫn theo dõi tăng trưởng và hoạt động thông tin giáo dục truyền thông.
- Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng cho bà bẹ có thai và cho con bú.

2. SUY DINH DƯỠNG

2.1. TÊN GỌI KHÁC

Bệnh thiếu protein - năng lượng.

2.2. KHÁI NIỆM

Suy dinh dưỡng là một tình trạng cơ thể thiếu protein - năng lượng và các vi chất dinh dưỡng hay gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt ở trẻ dưới 3 tuổi làm ảnh hưởng tới sự tăng trưởng của trẻ.

2.3. TÁC HẠI

- Chậm tăng trưởng: Trẻ chậm lớn, chậm phát triển vận động và trí thông minh, lâu dài ảnh hưởng tới tầm vóc và nòi giống của cả dân tộc.

- Dễ nhiễm trùng: làm trẻ rơi vào vòng luẩn quẩn, gây ra suy dinh dưỡng nặng hơn và dễ tử vong.

2.4. NGUYÊN NHÂN

2.4.1. Nuôi dưỡng kém

Nuôi nhân tạo không đúng, ăn bột quá sớm, ăn bổ sung không đủ, cai sữa sớm, cho ăn quà vặt.

2.4.2. Nhiễm khuẩn

- Cấp: Viêm phổi, tiêu chảy.
- Mãn: Viêm tai giữa, lao.
- Nhiễm kí sinh trùng: giun.
- Các bệnh lây cấp tính: sởi, lỵ, ho gà.

2.4.3. Yếu tố thuận lợi

- Trẻ đẻ non, trẻ thiếu cân, đa thai.
- Trẻ bị dị tật bẩm sinh.
- Trẻ không được chăm sóc, nhà đông con, đói nghèo.

2.5. DẤU HIỆU VÀ PHÂN LOẠI SUY DINH DƯỠNG

2.5.1. Dấu hiệu thường gặp của suy dinh dưỡng

- Trẻ nhẹ cân so với tuổi: Để xác định nhẹ cân so với tuổi cần:

  + Cân trẻ

  + Tính tuổi của trẻ theo tháng

  + Sử dụng biểu đồ cân nặng để xác định cân nặng so với tuổi (*nhìn vào trục đứng để xác định cân nặng của trẻ, nhìn vào trục ngang để xác định tuổi của trẻ tính theo tháng, tìm điểm giao nhau của cân nặng và tuổi trên biểu đồ*) nếu điểm giao nhau nằm trùng hay ở phía dưới đường cong ranh giới giữa vùng bình thường và vùng nhẹ cân là trẻ nhẹ cân.

- Dấu hiệu gầy mòn nặng rõ rệt: Lớp mỡ dưới da mỏng, thậm chí không có, trông như da bọc xương, cơ nhẽo, vai gầy, cánh tay và đùi nhỏ, nhìn thấy rõ xương sườn, hông nhỏ so với ngực và bụng, có nhiều nếp gấp da ở mông và đùi.

- Rối loạn tiêu hóa, chán ăn, hay nôn trớ, có từng đợt táo bón xen kẽ với tiêu chảy.
- Tinh thần mệt mỏi, thờ ơ với xung quanh, hay quấy khóc.
- Mờ giác mạc: có thể ở một hoặc cả hai mắt.
- Lòng bàn tay nhợt hoặc rất nhợt: nhìn vào lòng bàn tay trẻ so sánh lòng bàn tay trẻ với màu lòng bàn tay của trẻ khỏe, hoặc bà mẹ hoặc thầy thuốc, nếu thấy lòng bàn tay trẻ nhạt màu hơn là có lòng bàn tay nhợt, nếu cả lòng bàn tay trẻ trắng là rất nhợt.
- Phù cả hai bàn chân: Dùng ngón tay cái ấn nhẹ nhàng vài giây lên mỗi mu bàn chân, nếu có vết lõm còn lại trên mu bàn chân trẻ khi bỏ ngón chân ra nghĩa là trẻ bị phù.

2.5.2. Phân loại suy dinh dưỡng

- Theo mức độ nặng nhẹ.
- Dựa vào cân nặng theo tuổi của WHO năm 1981.

**** Suy dinh dưỡng nhẹ:***

- Cân nặng theo tuổi (*W/A*) còn 70 - 80% so với cân nặng bình thường.
- Không phù.
- Lớp mỡ dưới da bụng mỏng.
- Chưa rối loạn tiêu hóa.

**** Suy dinh dưỡng vừa:***

- Cân nặng theo tuổi (*W/A*) còn 60 - 70%.
- Không phù.
- Lớp mỡ dưới da bụng và mông mỏng.
- Rối loạn tiêu hóa từng đợt, trẻ biếng ăn.

**** Suy dinh dưỡng nặng:***

Chia 3 thể, chủ yếu dựa vào cân nặng theo tuổi và triệu chứng phù

- Thể teo đét (*Marasmus*):
  + Cân nặng theo tuổi (*W/A*) còn dưới 60%
  + Không phù
  + Lớp mỡ dưới da mất, có dấu hiệu gày mòn nặng rõ rệt
  + Cơ nhẽo, teo nhỏ
  + Rối loạn tiêu hóa thường xuyên
- Thể phù *(Kwashiorkor*)
  + Cân nặng theo tuổi còn dưới 60% - 80%.
  + Phù 2 bàn chân.
  + Cơ nhẽo.
  + Rối loạn tiêu hóa thường xuyên.
- Thể hỗn hợp *(phù - teo đét*)

+ Cân nặng theo tuổi còn dưới 60%.
+ Phù 2 bàn chân.
+ Cơ nhẽo.
+ Rối loạn tiêu hóa thường xuyên.

Waterlow - 1976: dựa vào cân nặng theo chiều cao (*W/H*) và Chiều cao theo tuổi (*H/A*)

W/H / H/A	≥ 80%	<80%
90%	Bình thường	Gầy mòn
<90%	Còi cọc	Còi cọc gầy mòn

Phân loại tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu tại tuyến cơ sở

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Gầy mòn nặng, rõ rệt hoặc Mờ giác mạc hoặc Lòng bàn tay rất nhợt hoặc Phù cả hai bàn chân	SUY DINH DƯỠNG NẶNG VÀ/HOẶC THIẾU MÁU NẶNG
Lòng bàn tay nhợt hoặc Nhẹ cân so với tuổi	THIẾU MÁU VÀ/HOẶC NHẸ CÂN
Không nhẹ cân so với tuổi và không có các dấu hiệu của suy dinh dưỡng và thiếu máu.	KHÔNG THIẾU MÁU VÀ KHÔNG NHẸ CÂN

2.6. ĐIỀU TRỊ

2.6.1. Trẻ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa (chăm sóc tại gia đình)

- Đảm bảo cho trẻ ăn đủ số lượng và chất lượng theo ô vuông thức ăn

+ Tăng cường cho trẻ bú mẹ nhiều hơn. Không nên cai sữa khi trẻ đang suy dinh dưỡng. Nếu đã cai sữa cho trẻ ăn thêm sữa bò, sữa đậu nành.
+ Chế biến thức ăn phải nấu nhừ, thức ăn dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng
+ Cho trẻ uống nước quả ép (*nếu là trẻ nhỏ*), quả tươi (*trẻ lớn*).
+ Nếu trẻ biếng ăn kiên trì cho trẻ ăn nhiều bữa.

- Kiểm tra các loại bệnh khuẩn, biết cách chăm sóc theo dõi và đề phòng các bệnh nhiễm khuẩn.

2.6.2. Suy dinh dưỡng nặng

- Phải coi đây là một cấp cứu và điều trị tại bệnh viện.
- Trẻ suy dinh dưỡng nặng thường tiêu chảy và tiêu chảy kéo dài, nôn trớ nhiều dễ rối loạn nước và điện giải, nên phải bù nước và điện giải.

+ Nếu mất nước vừa và nhẹ có thể uống dung dịch ORS hoặc nhỏ giọt qua sonde dạ dày.

+ Nếu mất nước nặng, cần truyền Lactate Ringer 70ml/kg trong 3 giờ đầu (*truyền 30ml/kg trong giờ đầu, phần còn lại truyền trong 2 giờ tiếp theo*).. Sau đó đánh giá lại tình trạng mất nước để có phương án bù dịch tiếp theo.

- Nuôi dưỡng: để phục hồi dinh dưỡng, chống lại nguy cơ hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, giảm tử vong. Nên cho trẻ ăn nhiều lần trong ngày và ăn các loại thức ăn giàu năng lượng. Nguyên tắc cho ăn là:

+ Ăn nhiều bữa trong ngày.

+ Tăng dần calo lên theo ngày điều trị.

+ Dùng sữa bò pha loãng có cho thêm đường để cung cấp thêm năng lượng. Nếu trẻ bị rối loạn tiêu hóa do không dung nạp lactose của sữa bò để dùng sữa đậu nành pha thêm dầu thực vật và đường.

+ Nếu trẻ không ăn được bằng muỗng thì phải cho ăn bằng ống thông hoặc nhỏ giọt dạ dày.

+ Tuần thứ 3 có thể cho ăn thêm bột, cháo để thay thế dần các bữa sữa rồi chuyển sang chế độ ăn bình thường.

Để tạo ra loại sữa nguyên chất cung cấp nhiều năng lượng (*1000ml cho 1000Kcal*) có thể pha sữa với đường và dầu thực vật. Nếu trẻ uống sữa bò bị dị ứng thì có thể cho trẻ uống sữa đậu nành. Để cung cấp thêm năng lượng, sữa đậu nành nên pha thêm đường và dầu thực vật. Tuy nhiên, so với các loại sữa có nguồn gốc từ động vật, sữa đậu nành ít có giá trị hơn nên hiện nay ít được sử dụng trong điều trị suy dinh dưỡng.

- Đề phòng hạ đường huyết.
- Đảm bảo da ấm và sạch

+ Tắm cho trẻ bằng nước ấm hằng ngày, thay quần áo sạch.

+ Mặc đủ ấm.

- Thuốc:

+ Uống vitamin A theo liều điều trị bệnh khô mắt (*nếu có*).

+ Nếu có thiếu máu

Viên sắt 0,05-0,1g/ngày x 2 tháng

Axit Folic 5mg/ngày x 2 tháng

+ Vitamin B, C

+ Muối khoáng:

Kaliclorua 1g/ngày x 2 tuần

Calciclorua

- Giáo dục sức khỏe:

+ Chế độ ăn.

+ Chế độ vệ sinh.

+ Hướng dẫn bà mẹ phát hiện các bệnh nhiễm trùng thường gặp ở trẻ suy dinh dưỡng như: tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp cấp, viêm tai mũi họng kịp thời đưa trẻ đến khám ở các bệnh viện.

+ Đưa trẻ đến y tế cơ sở cân 1 tháng/1 lần.

**** Trẻ suy dinh dưỡng nặng (chăm sóc tại bệnh viện):***

- Đảm bảo chế độ ăn đủ số lượng và chất lượng (*giống chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa*).

- Ngoài ra cần lưu ý với trẻ suy dinh dưỡng nặng:

+ Chia nhiều bữa trong ngày: 6-12 bữa/ ngày.

+ Tăng dần lượng thức ăn: 1-2 tuần đầu nên ăn sữa, từ tuần thứ 3 cho ăn thêm những loại thức ăn theo lứa tuổi.

+ Lượng đạm tăng dần từ 2g/kg/ngày đến 5g/kg/ngày, khi trẻ ổn định giảm dần.

+ Nếu trẻ không ăn được cần cho ăn bằng sonde, nhỏ giọt dạ dày.

+ Cho thêm dầu vào sữa để tăng năng lượng.

- Đảm bảo da sạch và ấm:

+ Phòng nằm sạch, thoáng, ấm về mùa lạnh.

+ Tắm nước ấm hằng ngày thay quần áo. Tắm nhanh, tránh gió lùa, lau khô ngay khi tắm.

+ Chăm sóc:

Vết loét trên da chấm xanh methyln hoặc tím gentian hoặc bôi dầu cá 1-2 lần

Nếp gấp nách, bẹn kheo cần chú ý giữ sạch, rắc bột tan.

Thường xuyên lăn trở mình cho trẻ để tránh loét.

- Theo dõi:

+ Toàn trạng

+ Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở tùy từng bệnh nhân có thể theo dõi 1 giờ/1 lần.

+ Dấu hiệu hạ đường huyết, thường xảy ra 4 -6 giờ sau khi trẻ không ăn uống được (*chú ý hạ nhiệt độ thường đi kèm với hạ đường huyết*).

+ Tình trạng rối loạn tiêu hóa.

+ Tình trạng nhiễm trùng

- Thực hiện y lệnh: ngoài những thuốc dùng giống trẻ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa tùy theo mức độ nặng có thể thêm theo y lệnh:

+ Nuôi ăn tĩnh mạch: glucose ưu trương đạm.

+ Bồi phụ nước điện giải: uống ORS hoặc truyền Ringer lactate

+ Kháng sinh nếu có nhiễm trùng.

- Chăm sóc khác:

+ Nhỏ mắt bằng Chloramphenicol 0,4% và vitamin A tan trong nước .
+ Xoa bóp chân tay, toàn thân 3 lần/ngày.
+ Lau sạch răng miệng.
+ Cân trẻ 1 lần/1 tuần tùy theo mức độ nặng của bệnh.

- Giáo dục sức khỏe:
+ Chế độ ăn của trẻ suy dinh dưỡng.
+ Tác hại của bệnh để cha mẹ tích cực cộng tác chăm sóc trẻ.
+ Các dấu hiệu sớm của nhiễm trùng, hạ đường huyết, hạ nhiệt độ. . .

2.6.3. Hướng dẫn xử trí ở tuyến cơ sở

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI	XÁC ĐỊNH ĐIỀU TRỊ
Gầy mòn nặng, rõ rệt hoặc Mờ giác mạc hoặc Lòng bàn tay rất nhợt hoặc Phù cả hai bàn chân	SUY DINH DƯỠNG NẶNG VÀ/ HOẶC THIẾU MÁU NẶNG	Cho vitamin A Chuyển GẤP đi bệnh viện
Lòng bàn tay nhợt hoặc Nhẹ cân so với tuổi	THIẾU MÁU VÀ/HOẶC NHẸ CÂN	Đánh giá chế độ ăn của trẻ và tham vấn cho các bà mẹ nuôi dưỡng trẻ theo ô DINH DƯỠNG trong hướng dẫn THAM VẤN CHO BÀ MẸ. - Nếu có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý, khám lại sau 5 ngày Nếu có thiếu máu: - Cho viên sắt. - Cho mebendazole nếu trẻ từ 12 tháng tuổi hoặc lớn hơn và cho uống thuốc giúp trong vòng 6 tháng gần đây. Khám lại sau 14 ngày. Nếu nhẹ cân so với tuổi, khám lại sau 30 ngày. Dặn bà mẹ khi nào nên cho trẻ đến khám ngay.
Không nhẹ cân so với tuổi và không có dấu	KHÔNG THIẾU MÁU	Nếu trẻ dưới 2 tuổi, đánh giá chế độ nuôi dưỡng trẻ và tham vấn cho

DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI	XÁC ĐỊNH ĐIỀU TRỊ
hiệu khác của suy dinh dưỡng.	VÀ KHÔNG NHẸ CÂN	bà mẹ nuôi dưỡng trẻ theo phần DINH DƯỠNG trong hướng dẫn THAM VẤN CHO BÀ MẸ. Nếu có vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý, khám lại sau 5 ngày. Dặn bà mẹ khi nào nên cho trẻ đến khám ngay.

2.6.4. Đánh giá

Trẻ chuyển sang giai đoạn hồi phục nếu:

- Hết phù.
- Hết rối loạn tiêu hóa.
- Trạng thái tinh thần của trẻ trở về bình thường: hết quấy, vui đùa trở lại, ham thích xung quanh.
- Trạng thái sinh lý trở về bình thường. Ví dụ: Trẻ lẫy.
- Thân nhiệt ổn định.
- Tăng cân 70g/kg/tuần.

2.7. PHÒNG BỆNH

- Chăm sóc trẻ ngay từ trong bụng mẹ bằng cách:
  + Chăm sóc bà mẹ có thai và cho con bú.
  + Giáo dục dinh dưỡng, nuôi trẻ phù hợp với lứa tuổi (*chú ý sữa mẹ, ăn bổ sung, thời gian cai sữa*).
  + Thực hiện tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch.
  + Phát hiện sớm, điều trị đúng các bệnh thông thường.
  + Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch.
  + Cân đo hàng tháng ghi biểu đồ tăng trưởng để phát hiện sớm suy dinh dưỡng.

Trẻ < 1 tuổi 1 tháng cân 1 lần.

Trẻ > 1 tuổi - 5 tuổi 2-3 tháng cân 1 lần.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1.Nguyên nhân gây suy dinh dưỡng ở trẻ em, *CHỌN CÂU SAI:*

A. Mẹ thiếu kiến thức nuôi con

B. Nhiễm khuẩn

C. Trẻ sinh non, nhẹ cân, có dị tật bẩm sinh như sứt môi, hở hàm ếch, tim bẩm sinh

D.Tất cả đúng

2. Các yếu tố nguy cơ gây suy dinh dưỡng, *CHỌN CÂU SAI:*

A. Trẻ đẻ non, đẻ thấp cân, trẻ sinh đôi, sinh ba

B. Trẻ có dị tật bẩm sinh như sứt môi, hở hàm ếch, tim bẩm sinh…
C. Gia đình khó khăn về kinh tế, dịch vụ chăm sóc y tế yếu kém.
D. Ăn dặm không đúng phương pháp

3. Gọi là suy dinh dưỡng độ I khi, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Cân nặng còn 70-80% cân nặng của trẻ bình thường.
B. Lớp mỡ dưới da bụng mỏng
C. Trẻ vẫn thèm ăn, chưa có biểu hiện rối loạn tiêu hóa.
D.Tất cả đúng

4. Những vấn đề cần chú ý khi chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng nặng, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Bồi hoàn nước và điện giải.
B. Đề phòng hạ đường huyết, thân nhiệt
C. Đề phòng thiếu vitamin A
D. Tất cả đúng

5. Suy dinh dưỡng có thể phát hiện sớm dựa vào, *CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:*

A. Theo dõi chế độ dinh dưỡng
B. Theo dõi biểu đồ cân nặng
C. Theo dõi các bệnh nhiễm khuẩn
D. Theo dõi xem trẻ có được chủng ngừa đầy đủ không.

Bài 15
CÁC DỊ TẬT BẨM SINH

I.Mục tiêu:

1. *Trình bày được nguyên nhân, chẩn đoán và hướng xử trí một số dị tật bẩm sinh thường gặp ở trẻ em*
2. *Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc một số dị tật thường gặp*

II.NỘI DUNG:

1. Đại cương

Dị tật bẩm sinh là một nguy cơ cao cho trẻ sơ sinh, trong nhiều trường hợp có ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tính mạng của trẻ

Phát hiện sớm, xử trí kịp thời và chăm sóc tốt cho trẻ sơ sinh bị dị tật bẩm sinh góp phần hạn chế tỷ lệ tử vong cho trẻ em. Đây không chỉ là nhiệm vụ của bác sĩ điều trị mà còn là trách nhiệm của người điều dưỡng.

2. Dị tật bẩm sinh ở hệ tiêu hóa

2.1 Sứt môi, hở hàm ếch

Tỷ lệ sứt môi có hoặc không có hở hàm ếch là khoảng 1/800 trẻ sơ sinh sống, thường gặp ở trẻ trai. Tỷ lệ hở hàm ếch đơn thuần là khoảng 1/2000 trẻ sơ sinh sống và thường gặp ở trẻ gái

2.1.1 Bệnh nguyên: Các nguyên nhân có thể kể đến bao gồm bất thường về nhiễm sắc thể, môi trường hoặc quái thai

2.1.2 Chẩn đoán

Được phát hiện rất dễ ngay khi sinh trẻ

2.1.3 Điều trị:

Phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật tạo hình, chống các biến chứng và cung cấp các yếu tố thuận lợi cho sự tăng trưởng và phát triển của trẻ.

Về thời gian tiến hành phẫu thuật: ở trẻ sứt môi từ 6 -12 tuần tuổi, khi trẻ không ở trong tình trạng nhiễm trùng hay có bệnh nhiễm trùng hệ thống

Đối với trẻ bị hở hàm ếch thường chờ cho đến 12 -18 tháng tuổi để phẫu thuật được thuận lợi, trước khi trẻ bắt đầu tập phát âm

2.2 Teo thực quản (có kèm hay không dò thực quản – khí quản)

Bệnh có thể xảy ra đơn thuần hay phối hợp, nếu không được điều trị sớm có thể gây tử vong nhanh chóng

2.2.1 Bệnh nguyên: Nguyên nhân là do sự thiếu phát triển của lớp tế bào nội mô phổi bì dẫn đến teo, và sự kết hợp không hoàn toàn thành bên của phần phôi ống tiêu hóa gây nên dò thực quản –khí quản

2.2.2 Đánh giá chẩn đoán: thường gặp ở trẻ đẻ non và có đa ối

Dị tật có thể được chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng cơ bản:

- Tăng tiết nước bọt, có bọt cua hai bên mép.

- Tam chứng của dò thực quản - khí quản: ho, khó thở, tím.
- Ngưng thở.
- Nôn sau mỗi lần bú
- Sau bú thở mệt tăng lên.
- Bụng chướng.
- Nếu đặt sonde dạ dày thường có cảm giác rất khó khăn, đầu ống sonde sau khi đặt lại lộn ra ngoài.

Mặc dầu các triệu chứng khá rõ trên lâm sàng, nhưng chẩn đoán chính xác phải dựa vào X quang.

2.2.3. *Điều trị*

- Phòng tránh biến chứng viêm phổi cho trẻ, điều trị cho kháng sinh.
- Phẫu thuật sửa chữa bao gồm thắt đường dò, nối tận - tận thực quản. Đối với những trẻ đẻ non, sức khoẻ kém và kèm phức hợp dị tật cần phải có các biện pháp tạm thời bằng mở thông dạ dày để nuôi dưỡng, thắt đường dò, chỉ tiến hành phẫu thuật triệt để sau vài tuần.

2.3. Thoát vị

Thoát vị là tình trạng thoát ra khỏi vị trí bình thường của một cơ quan hay tạng của cơ thể thông qua một lỗ mở bất thường.

2.3.1. Thoát vị thực quản

Một phần của dạ dày thoát vị lên ngực thông qua lỗ thực quản, có thể gặp thoát vị bên, thoát vị trượt hay hỗn hợp.

Triệu chứng: nuốt khó, chậm phát triển, nôn mửa, vẹo cổ, thường có những vấn đề về hô hấp không giải thích được, thường có liên quan đến trào ngược dạ dày thực quản, có thể gây xoắn ruột và tắc ruột.

Chẩn đoán: bằng xét nghiệm huỳnh quang.

Điều trị: điều trị triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản, vị trí tư thế nửa nằm, nửa ngồi, điều trị thuốc và hạn chế cử động. Tiến hành phẫu thuật khi có biến chứng liên quan đến trào ngược dạ dày thực quản mà dùng thuốc không đỡ.

2.3.2. Thoát vị hoành

Là tình trạng tạng phủ trong bụng chui qua lỗ hở bất thường của cơ hoành để lên ngực gây ra tình trạng khó thở nghiêm trọng. Thông thường thoát vị qua lỗ Bochdalech (80%), hiếm hơn là qua lỗ Morgagni.

Triệu chứng: các triệu chứng khó thở từ nhẹ đến nặng gặp trong vòng vài giờ sau sinh. Thở nhanh, tím, khó thở, mất rì rào phế nang ở vùng phổi bị tổn thương, nghe được âm ruột trên ngực, giảm cung lượng tim, có thể có các triệu chứng của sốc, nhiễm toan nặng.

Chẩn đoán: gợi ý bệnh dựa trên các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán xác định bằng Xquang lồng ngực. Hiện nay có thể chẩn đoán trước sinh vào tuần thứ 25 của thai kỳ.

Điều trị:

- Hỗ trợ hô hấp và thăng bằng kiềm toan.
- Phẫu thuật tái tạo: đưa các tạng trong lồng ngực (như dạ dày, ruột. .) xuống ổ phúc mạc và tái tạo lại cơ hoành.

2.3.3. Thoát vị thành bụng

Do sự khiếm khuyết của thành bụng xung quanh rốn, không đóng kín hoàn toàn làm cho ruột thoát ra ngoài qua lỗ mở. Thường đóng lại tự nhiên sau 1-2 tuổi.

Chăm sóc: ngăn cản các phương pháp điều trị ở nhà như dùng đồng xu và làm yên lòng bố mẹ.

2.3.4. Thoát vị rốn: Các tạng trong bụng như ruột thoát ra qua lỗ rốn, làm thành một túi được bao bọc bởi màng bụng và da.

Triệu chứng: quan sát được thông qua kiểm tra hoặc trong khi tìm kiếm các dị tật khác.

Điều tri :

- Giữ túi thoát vị hoặc khối lồi ra bằng băng thun.
- Phẫu thuật

2.4. Hẹp phì đại môn vị

Là do cơ môn vị phì đại gây hẹp. Đây là bệnh lành tính. có cơ chế sinh bệnh chưa rõ ràng.

2.4.1. Triệu chứng

Trẻ có thể sinh ra bình thường không có triệu chứng gì về tiêu hoá. Sau 3-5 ngày hoặc 2-3 tuần bắt đầu nôn ra sữa vừa ăn xong hoặc đã pha loãng với dịch dạ dày. Có các triệu chứng mất nước. Bụng lép da bụng nhăn nheo có thể quan sát thấy sống nhu động của dạ dày, một số trường hợp có thể sờ thấy u cơ môn vị (hiếm gặp)

X quang có thuốc cản quang cho thấy hình ảnh môn vị bị kẻo dài ra nhỏ như sợi chỉ và hình ảnh tá tràng bình thường. Hoặc có thể có hình ảnh dạ dày hình đáy chậu như người lớn

2.4.2. Chẩn đoán: dựa vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh *X* quang

2.4.3. Điều trị

Phẫu thuật rạch *dọc* cơ tròn môn vị ngoài niêm mạc, giải phóng chỗ hẹp. Phẫu thuật này tỷ lệ thành công cao, sau mổ trẻ sẽ có cuộc sống bình thường tăng cân bú tốt

2.5. Tắc ruột bẩm sinh

Bệnh có thể gây tử vong trong vòng 24 giờ hay tuần đầu tiên sau sinh nếu không được phẫu thuật kịp thời.

2.5.1. Bệnh nguyên

Do các nguyên nhân như: teo thực quản, thoát vị cơ hoành, đại tràng ngưng quay và xoắn ruột non, do dây chằng phúc mạc chèn ép, do phân su, teo ruột, phình đại tràng vô hạch, không có hậu môn ...

2.5.2. Triệu chứng

Nôn mửa, bụng chướng, giảm hoặc không có bài tiết phân.

2.5.3. Chẩn đoán sớm

Phụ thuộc vào hai triệu chứng chính là nôn và bụng chướng, hình ảnh mức hơi - nước trên Xquang bụng đứng.

2.5.4. Điều trị và chăm sóc

Tuỳ thuộc vào nguyên nhân và phân loại của tắc ruột để có xử trí và chăm sóc thích hợp.

2.6. Bệnh Hirschprung (Phình đại tràng bẩm sinh)

Là một tắc nghẽn cơ học bởi sự vận động không tương ứng của một phần ruột. Nó chiếm khoảng 1/4 tắc ruột ở trẻ sơ sinh, ở nam gấp 4 lần nữ, thường gặp ở những trẻ mắc hội chứng Down. Tỉ lệ là 1/5000 trẻ sinh sống. Bệnh có thể biểu hiện cấp tính hay mạn tính.

2.6.1. Bệnh nguyên

Do thiếu tế bào thần kinh ở đại tràng do không có tế bào hạch ở một hay nhiều đoạn ruột. Nguyên nhân của bệnh Hirschprung đến nay vẫn chưa được hiểu hết.

2.6.2. Biểu hiện lâm sàng

Các triệu chứng của tắc ruột: nôn, bụng chướng và chậm đào thải phân su. Đối với trẻ lớn có thể có tình trạng táo bón kinh niên kèm theo chướng bụng, chậm phát triển.

2.6.3. Chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và X quang cho thấy các hình ảnh đặc trưng như có sự thay đổi khẩu kính ruột giữa các đoạn vô hạch và có hạch, hình nham nhở răng cưa không đều ở đoạn vô hạch.

Chẩn đoán xác định dựa vào sinh thiết đoạn ruột bị teo không tìm thấy tế bào hạch ở lớp dưới niêm mạc.

2.6.4. Điều trị

- Cắt hết phần vô hạch ở trực tràng và đại tràng sigma.
- Cắt bỏ phần đại tràng phình to.
- Nối lại đại tràng lành còn lại với ống hậu môn.

2.7. Dị tật vùng hậu môn trực tràng

Có thể gặp các loại sau:

2.7.1. ***Không có hậu môn:*** **lỗ hậu môn bị bít hàn**

2.7.2. Teo trực tràng

2.7.3. **Rò** ***trực tràng âm đạo:*** ngoài ra có thể gặp các trường hợp có rò ra đường sinh dục nữ hay da

Chẩn đoán: có thể chẩn đoán sau sinh, do trẻ không đi cầu ra phân su, rất khó hay tìm thấy có đường rò phân su ra âm đạo hay tầng sinh môn

Điều trị: nguyên tắc chung là phẫu thuật, trừ hẹp hậu môn có thể nong hậu môn

3. Bệnh tim bẩm sinh

3.1. Định nghĩa: Bệnh tim bẩm sinh (TBS) là các dị tật của buồng tim, van tim và các mạch máu lớn, xảy ra ngay từ lúc còn ở thời kỳ bào thai.

3.2. Phân loại tim bẩm sinh:

- TBS không có luồng thông (Shunt),
- TBS có Shunt T→ P với tuần hoàn phổi tăng,
- TBS có Shunt P→T: thường có tím và có tuần hoàn phổi giảm:

3.3. Những triệu chứng gợi ý tim bẩm sinh :

- Ho, khò khè tái đi tái lại.
- Thở nhanh, lõm ngực, khó thở, thở không bình thường.
- Nhiễm trùng phổi tái đi tái lại.
- Xanh xao, hay vã mồ hôi, chi lạnh.
- Dễ bị mệt, bú kém, ăn kém.

- Tình cờ phát hiện, tim đập bất thường, tim to, âm thổi.
- Chậm phát triển thể chất, tâm thần .
- Dị tật.

3.4. Lâm sàng một số bệnh tim thường gặp

3.4.1. Thông liên thất :

Là tật tim thường gặp, chiếm tỷ lệ 28-40% trong các trường hợp tim bẩm sinh.

Lâm sàng:

- *Thông liên thất lỗ nhỏ*: bệnh Roger, không triệu chứng cơ năng, không rối loạn huyết động học nhiều, âm thổi nghe rõ ở liên sườn IV bờ trái xương ức, cường độ lớn, âm sắc cao, thô, có thể ngắn hoặc dài cả kỳ tâm thu, T2 bình thường, sờ thấy rung miu tâm thu .

- *Thông liên thất lỗ lớn*, shunt T→ P, các triệu chứng lâm sàng xuất hiện sớm ở tuổi nhũ nhi: trẻ chậm phát triển, hay bị nhiễm trùng phổi tái phát nhiều lần, suy tim, lồng ngực biến dạng, khám thấy:

+ Diện tim lớn, tăng động.

+ Âm thổi tâm thu, thường kéo dài cả thì tâm thu, cường độ lớn: âm sắc trung bình hoặc cao, dạng tràn, nghe rõ nhất ở khoảng liên sườn 4 bờ trái xương ức, lan ra tứ phía theo hình nan hoa, sờ thấy rung miu tâm thu.

+ T2 vang mạnh ở đáy tim, không tách đôi rõ.

Cận lâm sàng :

- *Thử máu* thường qui thường không đặc hiệu.
- *XQ tim phổi* :
  + Shunt nhỏ: diện tim không to, tuần hoàn phổi không tăng.
  + Shunt lớn: thất trái lớn, hoặc tim to toàn bộ ưu thế thất trái, tăng tuần hoàn phổi chủ động, rốn phổi đậm, tăng tuần hoàn phổi ngoại vi cả 2 phế trường.
- *ECG:*
  + Lỗ thông nhỏ: ECG có thể bình thường
  + Shunt trung bình: phì đại thất trái.
  + Shunt lớn hoặc diễn tiến lâu: phì 2 thất .
- *Siêu âm tim:* Siêu âm tim 2 chiều có thể thấy và đo được đường kính của lỗ thông, đánh giá được mức độ tăng gánh thể tích của thất trái và nhĩ trái. Lỗ thông nhỏ có thể phát hiện được bằng phương pháp Doppler.

Điều trị:

- *Lỗ nhỏ*: 60-70% có thể tự đóng kín không cần giải phẫu. Phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn với Pénicilline hoặc Erythromycine khi nhổ răng, giải phẫu hoặc vết thương có chảy máu... được thực hiện tại trạm y tế. Theo dõi và chú ý chăm sóc dinh dưỡng, ngừa nhiễm trùng …
- *Lỗ lớn*:

+ Nội khoa : các biến chứng: suy tim, bội nhiễm hô hấp, suy dinh dưỡng, điều trị và phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Làm chậm tiến triển cao áp phổi và suy tim như nghỉ ngơi, lợi tiểu, dãn mạch khi cần thiết.

+ Ngoại khoa: tại các bệnh viện trung ương của thành phố có phẫu thuật.

3.4.2. Còn ống động mạch :

Lâm sàng :

- *Ống động mạch nhỏ*: diện tim bình thường, tim trái tăng động và đỉnh tim nảy mạnh ở liên sườn 5 đường giữa đòn trái .Sờ thấy quai động mạch chủ đập mạnh ở hố thượng ức .Nghe âm thổi liên tục, cường độ lớn ở thì tâm thu và hơi giảm ở thì tâm trương ở khoảng liên sườn 2-3 dưới xương đòn bên trái có thể kèm rung miu. Mạch nảy mạnh chìm nhanh, do thất thoát máu khỏi động mạch chủ kỳ tâm trương.

- *Ống động mạch lớn*: 6-7mm trở lên, gây tăng gánh tâm trương thất trái quan trọng ảnh hưởng chức năng thất trái. Trẻ mệt, khó thở khi gắng sức, thất trái tăng động, phì đại thất trái. Nghe âm thổi liên tục như tiếng cối xay lúa bằng tay, ở khoang liên sườn 2-3 dưới xương đòn trái, T2 mạnh không tách đôi. Sờ thấy rung miu tâm thu và tâm trương. Có thể nghe âm thổi tâm trương ở mõm do hẹp van 2 lá tương đối.

Cận lâm sàng :

- *XQ:*
  + Shunt nhỏ: diện tim không to, tuần hoàn phổi không tăng .
  + Shunt lớn: thất trái, nhĩ trái lớn, tăng tuần hoàn phổi chủ động, động mạch phổi phình to động mạch chủ đoạn lên dài hơn bình thường.
- *ECG:* bình thường khi Shunt nhỏ, phì thất trái khi Shunt trung bình và phì hai thất đối với Shunt lớn.
- *Siêu âm tim:* tăng gánh thể tích thất trái, nhĩ trái, phương pháp Doppler giúp phát hiện các shunt nhỏ, trường hợp khó.

Điều trị :

- Điều trị triệt để: thắt và cắt ống động mạch là phẫu thuật ngoài tim đơn giản được thực hiện tại tuyến trung ương. Nên chỉ định sớm trước khi có biến chứng tăng áp động mạch phổi quan trọng.
- Điều trị nội khoa tại Bệnh viện Huyện hoặc Tỉnh:
  + Trẻ sơ sinh: cho Oxy, thông khí cơ học, giảm nước nhập, điều trị suy tim, rối loạn nước điện giải, thuốc ức chế tổng hợp Prostaglandine.
  + Điều trị nội khoa tạm thời: suy tim, bội nhiễm hô hấp, VNTMNK...

3.4.3. Thông liên nhĩ

Thông tại lỗ bầu dục, Shunt T→ P**,** hậu quả thất phải tăng gánh thể tích nên dãn ra. Ngoài ra còn thể thông liên nhĩ tiên phát, thông sàn nhĩ thất.

Triệu chứng lâm sàng: không rõ ở giai đoạn đầu. Sau nhiều năm, trẻ dễ bị bội nhiễm phổi tái phát nhiều lần và mệt khi gắng sức.

-Sờ thấy thất phải đập dọc theo bờ trái xương ức. có thể Harzer (+)

-Nghe âm thổi tâm thu ở liên sườn 2 bờ trái xương ức, dạng phụt, âm sắc trung bình, cường độ < 3/6 không kèm rung miu, lan dọc bờ trái xương ức, do hẹp van động mạch phổi tương đối vì máu đi qua van nhiều hơn bình thường.

-T2 vang mạnh và tách đôi cố định do tăng áp phổi.

Cận lâm sàng:

XQ: bóng tim to, cung ĐM phổi phồng, tăng tuần phổi chủ động.

ECG: trục tim lệch phải, phì thất phải kiểu tăng gánh thể tích, Bloc nhánh phải không hoàn toàn với rSR' ở V1 V2 V3R.

Siêu âm: tim 2 chiều và Doppler giúp xác định chẩn đoán.

Điều trị

- Điều trị: nội khoa tạm thời các biến chứng.
- Điều trị ngoại :Mổ/thông tim vá/làm bít lỗ thông đạt tỉ lệ thành công 99%.

3.4.4. Tứ Chứng FALLOT:

Triệu chứng lâm sàng :

- Tím : xuất hiện sớm khi van động mạch phổi hẹp khít. Nếu van hẹp vừa, tím xuất hiện chậm hơn, thường rõ sau 1 tuổi, trẻ càng lớn càng tím nhiều ở niêm mạc, môi, mí mắt, móng tay, lợi răng bị sung huyết, dễ chảy máu, thường bị viêm, răng mọc chậm. Thiếu oxy kéo dài có thể bù trừ bằng cách tăng sinh hồng cầu →đa hồng cầu. Tăng sinh và dãn nở mạch máu ngoại vi →đầu ngón tay chân dùi trống. Đa hồng cầu → mạch máu nhỏ ở phổi dễ bị tắc →ho ra máu khi gắng sức, nhu cầu Oxy tăng, bệnh nhân khó thở và tím nhiều hơn. Cơn tím thiếu oxy trẻ hay ngồi xổm
- Khám diện tim không to, Harzer (+), tăng động dọc theo bờ trái xương ức. Âm thổi tâm thu ở liên sườn 2-3 bờ trái xương ức, dạng phụt, âm sắc trung bình cường độ 2/6-3/6 có thể ngắn hoặc cả thì tâm thu tùy mức độ hẹp. Nếu hẹp khít van động mạch phổi, nghe âm thổi tâm thu do hẹp tương đối van động mạch chủ ở LS 2 bên phải, click phụt do động mạch chủ dãn to, T2 đơn độc, âm thổi liên tục ở phía sau lưng hoặc phía trước ngực do tuần hoàn bàng hệ phế quản.

Cận lâm sàng:

- *Máu*: đa hồng cầu, Hct tăng cao.
- *XQ:* diện tim bình thường, đỉnh tim tròn đẩy lên cao khỏi cơ hoành do phì thất phải, cung giữa bờ trái lõm vào, hình ảnh nhát rìu do động mạch phổi bị nhỏ vì hẹp (hình ảnh chiếc hài). Cung động mạch chủ dãn to, có thể thấy gốc động mạch chủ lệch phải, tuần hoàn phổi giảm.
- *ECG*: trục lệch phải, phì thất phải, qR hay R cao ở V1, V3R ,V4R S sâu ở V5 V6. Vùng chuyển tiếp ở V1 V2, nhĩ phải lớn .
- *Siêu âm tim*: thấy lỗ thông liên thất rộng, động mạch chủ cởi ngựa trên vách liên thất, thất phải lớn, vùng phễu động mạch phổi hẹp, và động mạch chủ có thể dãn to.

.Điều trị :

- Nội khoa tại Bệnh viện Huyện hoặc Tỉnh:
  + SDD: dinh dưỡng đầy đủ.
  + Điều trị nhiễm trùng phổi, ở não, VNTMNKvới kháng sinh đặc hiệu đúng liều, đúng thời gian.
  + Thiếu máu: cho sắt.
  + Ngừa huyết khối và viêm tắc mạch: truyền dịch khi có cô đặc máu do mất nước, giữ Hct 55-65%, khi Hct cao 70% có thể trích máu bỏ bớt máu, không nên làm thường xuyên → thiếu máu, cơ thể tạo nhiều hồng cầu.
  + Điều trị cơn tím thiếu Oxy:
- Điều trị phẫu thuật tại Viện hoặc Bệnh viện thành phố.

4. Não úng thủy

Là hiện tượng ứ nước trong hộp sọ. Biểu hiện bằng giãn não thất và thừa nước não tuỷ.

4.1. Lâm sàng

- Đầu to dần một cách nhanh chóng.
- Tăng diện tích thóp. Dấu hiệu mắt nhìn xuống. Trẻ không nâng nổi đầu.
- Ảnh hưởng về thần kinh: teo thị giác (mù), điếc, dấu hiệu thiểu não, cứng chi.

4.2. Chẩn đoán: dựa vào lâm sàng. Xquang, siêu âm và chụp não cắt lớp.

5. Dị tật hệ vận động

5.1. Dị tật vùng khớp háng

5.1.1. Các triệu chứng phát hiện gồm

Ở trẻ nhỏ:

- Ngắn chi bên bị dị tật
- Giới hạn cử động khớp bên ảnh hưởng.
- Nếp lằn mông không tương xứng.

5.1.2. Điều trị

- Điều trị càng sớm càng tốt, vì nó phù hợp với tái tạo xương bình thường.
- Càng trì hoãn điều trị thì càng khó phục hồi.
- Trẻ sơ sinh cho đến 6 tháng tuổi: thường dùng phương pháp đai Pavlik. Đai được sử dụng cho đến khi trẻ có tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng ổn định.

5.2. Dị tật bàn chân khoèo

Thuật ngữ bàn chân khoèo mô tả một dị tật thường gặp ở bàn chân bị vặn xoắn khác với vị trí bình thường của nó

5.2.1. Chẩn đoán::*Chẩn đoán dễ và rõ ràng trên lâm sàng cần phải chú ý lúc trẻ mới sinh ra*

X quang giúp chẩn đoán các bất thường.

5.2.2. Điều trị

Có ba giai đoạn:

- Chỉnh hình dị tật (bao gồm bó bột, nẹp chỉnh hình và phẫu thuật).
- Duy trì tình trạng chỉnh hình cho đến khi sự phát triển cơ bình thường.
- Theo dõi các biến chứng và tình trạng tái phát.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. ***Các dị tật bẩm sinh thường gặp ở hệ tiêu hóa,* CHỌN CÂU SAI:**

A.Sứt môi hở hàm ếch, teo thực quản, thoát vị

B.Sứt môi hở hàm ếch, teo thực quản, thoát vị, hẹp phì đại môn vị

C.Sứt môi hở hàm ếch, teo thực quản, thoát vị, tắc ruột bẩm sinh

D.Sứt môi hở hàm ếch, teo thực quản, thoát vị, tứ chứng Fallot

2. ***Ở trẻ sứt môi, hở hàm ếch vấn đề quan trọng nhất đối với công tác điều dưỡng tiền phẫu, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***

A.Giúp cha mẹ chấp nhận thực trạng bệnh tật của trẻ

B.Khuyến khích cha mẹ làm quen và chăm sóc trẻ

C.Cho trẻ ăn bằng các dụng cụ phù hợp với tình trạng dị tật

D.Làm xét nghiệm tiền phẫu

3. Các nguyên nhân gây tắc ruột bẩm sinh ở trẻ, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Teo thực quản, thoát vị cơ hoành, đại tràng ngưng quay
B. Xoắn ruột non, dây chằng phúc mạc chèn ép
C. Do phân su, teo ruột, phình đại tràng vô hạch, không có hậu môn ...
D. Tất cả đúng

4. Các yếu tố nguy cơ gây dị tật bẩm sinh, CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:

A. Mẹ > 35 tuổi
B. Mẹ nghiện rượu
C. Mẹ mắc các bệnh: Rubella, thủy đậu, cúm… trong thời gian mang thai
D. Tất cả đúng

5. Những triệu chứng gợi ý tim bẩm sinh, CHỌN CÂU SAI:

A. Ho khò khè tái đi tái lại
B. Thở nhanh, lõm ngực, khó thở
C. Chậm phát triển thể chất, tâm thần.
D. Nôn, bụng chướng, chậm đào thải phân.

BÀI 16
TIÊM CHỦNG VÀ CHƯƠNG TRÌNH TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG

I.MỤC TIÊU:

1. Trình bày được lịch tiêm chủng mở rộng của trẻ em Việt Nam, của phụ nữ có thai và phụ nữ độ tuổi sinh đẻ.
2. Trình bày được một số tai biến, biến chứng và cách xử trí các tai biến sau tiêm chủng
3. Kể được các chống chỉ định của tiêm chủng
4. Kể được những vấn đề cần chú ý khi tiêm chủng

II.NỘI DUNG:

1. KHÁI NIỆM

- Để phòng ngừa một số bệnh nhiễm vi trùng và siêu vi gây ra người ta giúp cơ thể con người tạo ra miễn dịch nhân tạo bằng cách tiêm chủng (miễn dịch chủ động) hay truyền kháng thể (miễn dịch thụ động)
- Miễn dịch chủ động là đưa vào cơ thể một phần hay toàn bộ vi sinh vật hay một sản phẩm của vi sinh vật (độc tố, kháng nguyên,…) từ đó kích thích cơ thể tạo đáp ứng miễn dịch, chống lại nhiễm trùng tự nhiên. Miễn dịch chủ động được thành lập sau khi chủng ngừa được vài tuần nhưng hiệu quả kéo dài, bảo vệ cho người được chủng ngừa nhiều năm.
- Miễn dịch thụ động là cung cấp cho cơ thể một số kháng thể có sẵn chứa trong huyết thanh cô đọng của người hoặc súc vật dưới dạng γ Globulin. Miễn dịch thụ động có ngay sau khi cho huyết thanh nhưng không kéo dài.
- Miễn dịch chủ động thường dùng: tác nhân nhiễm khuẩn sống giảm độc lực hay tác nhân được bất hoạt hay giảm độc tố.
- Cấu tạo vaccin gồm kháng nguyên, chất lưu trữ ổn định, môi trường chứa vaccin, kháng nguyên ngoại lai,…
- Kháng nguyên chính là vi khuẩn, siêu vi, sản phẩm của vi khuẩn hay cấu trúc của siêu vi. Kháng nguyên là vi khuẩn sống sẽ gây kích thích miễn dịch mạnh hơn là kháng nguyên vi khuẩn chết. Do kháng nguyên là vi khuẩn chết không tăng sinh, số lượng kháng thể bảo vệ sẽ giảm dần theo thời gian nên phải tái chủng.

2. CHƯƠNG TRÌNH TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG

- Nhờ tiêm chủng mà các bệnh Bạch hầu-Ho gà-Uốn Ván đã giảm hẳn và đặc biệt đã loại trừ hoàn toàn bệnh đậu mùa và sốt bại liệt. Tiêm chủng giúp ngừa được bệnh tật và giảm chi phí khi nhập viện nên xét về kinh tế nó có tính lợi ích và hiệu quả cao.
- Tổ chức y tế thế giới (WHO) đã nhận định rõ tầm quan trọng của tiêm chủng nên khuyến khích tất cả các nước nên chủng ngừa cho trẻ em.

- Tại Việt Nam, 6 bệnh hiểm nghèo bắt buộc chủng ngừa là lao, uốn ván, ho gà, bạch hầu, bại liệt và sởi. Năm 1998, Bộ y tế Việt nam đã đưa chủng ngừa viêm gan siêu vi B vào chương trình tiêm chủng mở rộng của quốc gia. Ngoài ra, ở Việt Nam còn có các loại vaccin phòng nhiễm Hemophilus influenza, não mô cầu, quai bị, rubeol, thủy đậu, dại, viêm não Nhật Bản, Rotavirus…vv

- Chương trình tiêm chủng mở rộng ở Việt Nam đã đạt được nhiều chỉ tiêu do tổ chức y tế thế giới đề ra như:

+ Đến năm 2000: thanh tóan bệnh sốt bại liệt trên toàn cầu.

+ Đến năm 2000: ít nhất 90% tổng số trẻ em trên thế giới phải được tiêm chủng.

- Theo quyết định số 845/QĐ-BYT ban hành ngày 17 tháng 3 năm 2010 có sự bổ sung lịch tiêm chủng quốc gia gồm các loại vaccin phòng: lao, viêm gan B, bạch hầu, uốn ván, ho gà, bại liệt, sởi, HIB

3. LỊCH TIÊM CHỦNG

3.1.Lịch tiêm chủng theo WHO

Lần	Tuổi	Vaccin
1	Ngay sau sinh	BCG, OpV_0
2	6 tuần	DPT_1, OpV_1
3	10 tuần	DTP_2, OpV_2
4	14 tuần	DTP_3, OpV_3
5	9 tháng	Sởi
Nhắc lại	18 tháng	OpV
	30 tháng	DPT, OpV

3.2. Lịch tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam

Lứa tuổi	Vaccin
Trẻ sơ sinh	BCG, viêm gan B1
Trẻ 2 tháng tuổi	(BH-HG-UV)1, Sabin1, viêm gan B2
Trẻ 3 tháng tuổi	(BH-HG-UV)2, Sabin2
Trẻ 4 tháng tuổi	(BH-HG-UV)3, Sabin 3, viêm gan B3
Trẻ 9-11 tháng tuổi	Sởi
18 tháng (12-23 tháng)	Sabin
30 tháng (24-36 tháng)	BH-HG-UV,Sabin

- Ở những nơi trẻ em có nguy cơ mắc bệnh bại liệt cao thì cho thêm một liều Sabin cho trẻ sơ sinh gọi là Sabin 0.
- Chủng ngừa sởi tại Việt nam và một số nước đang phát triển sớm hơn so với các nước tiên tiến (lúc 12-15 tháng) do đặc tính dịch tễ: tỷ lệ trẻ từ 9-12 tháng mắc sởi cao. Tuy nhiên, một số nghiên cứu thấy rằng nếu tiêm chủng trước 12 tháng tuổi do tỷ lệ kháng thể mẹ truyền sang con làm giảm đáp ứng miễn dịch đối với vaccin sởi. Năm 2003, Việt Nam có kế hoạch tiêm chủng nhắc lại sởi lần 2 cho trẻ <10 tuổi.

- Nếu mẹ có HbsAg (+) trẻ được tiêm VGSVB trong vòng 12 giờ sau sanh và tiêm HBIG (Hepatitis B immune globuline) cùng thời điểm ở 2 vị trí khác nhau. Mũi thứ 2 sau mũi 1 là 2 tháng, mũi thứ 3 vào tháng thứ 6.

3.3. Lịch tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam mới (Theo quyết định số 845/QĐ-BYT ban hành ngày 17 tháng 3 năm 2010)

STT	Tuổi của trẻ	Vaccin sử dụng
1	Sơ sinh	- BCG - Viêm gan B (VGB) mũi 0 trong vòng 24 giờ
2	02 tháng	- DPT-VGB-Hib mũi 1 - OPV lần 1
3	03 tháng	- DPT-VGB-Hib mũi 2 - OPV lần 2
4	04 tháng	- DPT-VGB-Hib mũi 3 - OPV lần 3
5	09 tháng	Sởi mũi 1
6	18 tháng	- DPT mũi 4 - Sởi mũi 2

3.4.Lịch tiêm chủng cho phụ nữ có thai

- Lịch tiêm chủng cho phụ nữ có thai đề phòng uốn ván cho trẻ sơ sinh. Khi có thai phải tiêm đủ 2 lần
- Có thai lần 2, cần tiêm 1 lần nhắc lại.

Thời gian tiêm	Mũi tiêm
Sau khi có thai, càng sớm càng tốt	UV1
Cách lần tiêm UV1 ít nhất 30 ngày và trước lúc đẻ ít nhất 15 ngày.	UV2

3.5.Lịch tiêm chủng cho phụ nữ tuổi sinh đẻ (15-35 tuổi)

Thời gian tiêm	Mũi tiêm
Nữ từ 15 tuổi trở lên, càng sớm càng tốt	UV1
Sau khi tiêm UV1 ít nhất 1 tháng	UV2
Sau khi tiêm UV2 ít nhất 6 tháng hoặc khi có thai	UV3
Sau khi tiêm UV3 ít nhất 1 năm hoặc khi có thai lại	UV4

Sau khi tiêm UV4 ít nhất 1 năm hoặc khi có thai lại	UV5

4.THỰC HIỆN TIÊM CHỦNG

4.1.Chuẩn bị cho một buổi tiêm chủng

- Vào sổ tiêm chủng họ và tên tất cả trẻ mới sinh và trẻ dưới 1 tuổi.
- Dự trù vaccine, kinh phí, vật tư và vật dụng tiêm chủng.
- Thông báo cho các bà mẹ có con cần tiêm chủng và phụ nữ, nhất là phụ nữ có thai về ngày, giờ, nơi tiêm.
- Tiệt khuẩn dụng cụ tiêm chủng bằng nồi hấp ngày hôm trước hoặc đun sôi 20 phút trước khi tiêm.

4.2. Tiến hành tiêm chủng

***Đảm bảo vô khuẩn**

- Phòng tiêm một chiều, có lối vào và lối ra riêng.
- Bơm, kim tiêm đã tiệt khuẩn. mỗi mũi tiêm phải có bơm, kim tiêm riêng, hoặc ít nhất cũng phải có kim tiêm riêng.
- Cán bộ tiêm chủng phải mặc áo choàng, đeo khẩu trang, rửa tay sạch sẽ. không làm bẩn các dụng cụ tiêm chủng đã tiệt khuẩn khi tiêm chủng.

***Đảm bảo hiệu lực vaccine**

- Giữ lạnh vaccine khi vận chuyển đến nơi tiêm
- Giữ lạnh vaccine trong suốt buổi tiêm.

***Đảm bảo kỹ thuật tiêm chủng**

- Tiêm BCG 0,1ml vào trong da ở cánh tay trái. Sau khi được tiêm trẻ phải có sẹo. Nếu chưa có sẹo và trẻ dưới 1 tuổi, cần tiêm lại mũi BCG. Vaccin BCG ở dạng đông khô, khi sử dụng phải pha với dung môi.
- Tiêm vaccine BH-HG-UV (DTP) 0,5 ml vào bắp đùi trái. Tiêm đủ 3 mũi, mỗi mũi cách nhau ít nhất 1 tháng. Nếu trẻ co giật lần trước thì không tiêm DPT lại lần này mà phải loại yếu tố ho gà ra(DT).
- Tiêm vaccine sởi 0,5 ml vào dưới da ở cánh tay. Vaccine sởi ở dạng đông khô, khi sử dụng phải pha với dung môi.

***Giáo dục y tế về tiêm chủng**

- Nói cho bà mẹ biết lợi ích của tiêm chủng. Tiêm chủng giúp cho trẻ phòng được nhiều bệnh và các phản ứng phụ có thể xảy ra khi tiêm chủng.
- Nhắc bà mẹ đưa con đến tiêm chủng những lần sau.

***Kết thúc buổi tiêm chủng**

- Hoàn thành việc vào sổ tiêm chủng.
- Đánh giá sau buổi tiêm và báo cáo kết quả tiêm chủng hàng tháng.

5.TAI BIẾN VÀ CÁC PHẢN ỨNG PHỤ CÓ THỂ XẢY RA SAU TIÊM CHỦNG

5.1.Biến chứng do dịch vụ y tế

-Áp xe chỗ tiêm do vô khuẩn kém

- Viêm hạch do tiêm BCG quá liều.
- Áp xe lạnh tại chỗ tiêm do chất bảo quản của vaccin là nhôm hydroxyt $Al(OH)_3$ tụ lại nơi tiêm vì không lắc đều cho tan vaccin trước khi tiêm.

5.2.Biến chứng do Vaccin

5.2.1.Vaccin BCG

- Phản ứng thông thường: Khoảng 2 tuần sau khi tiêm nơi tiêm xuất hiện nốt đỏ, sưng nhẹ, đường kính khoảng 10mm, 2-3 tuần sau trở thành ổ áp-xe nhỏ rồi loét ra và tự lành để lại vết sẹo có đường kính khoảng 5mm. Đây là phản ứng tốt và phải kiểm tra sẹo ở lần tiêm sau, nếu không có sẹo phải tiêm lại.

- Phản ứng mạnh: áp-xe sâu hơn, sưng hạch nách hoặc hạch gần khuỷu tay.

*Nguyên nhân có thể do

.Kim tiêm không vô trùng

.Tiêm dưới da quá sâu

.Tiêm lượng vaccin nhiều hơn qui định

*Xử trí

.Nếu chỉ có phản ứng tại chỗ thì không cần điều trị gì.

.Nếu loét to, hạch sưng to cần chuyển trẻ đến bệnh viện vì một số trường hợp cần phải điều trị.

- Phản ứng nhanh: Xảy ra nếu trẻ đã có miễn dịch với lao thì có thể xuất hiện sưng đỏ ngay sau khi tiêm chưa được 2 tuần.

*Nguyên nhân

.Trẻ đã tiêm BCG

.Trẻ nhiễm lao

*Xử trí

.Nếu do trẻ đã tiêm BCG thì không cần xử trí gì.

.Nếu nghi trẻ nhiễm lao, gửi trẻ đi khám để có chẩn đoán bệnh.

5.2.2. Khi uống vaccin Sabin: Thường không có phản ứng gì, nếu trẻ đang bị tiêu chảy khi uống vaccin thì tác dụng sẽ kém hơn, do vậy cần cho trẻ uống bổ sung một liều nữa sau 1 tháng.

5.2.3. Khi tiêm vaccin BH - HG - UV

- Sốt: sau tiêm có thể bị sốt và hết sốt trong vòng 1 ngày.

.Sốt cao cho uống Paracetamol 15 mg/kg/1 lần dùng

.Tại chỗ: đau sưng, trẻ quấy khóc nhiều hơn, hết sau 1-2 ngày, không cần xử trí gì.

- Áp-xe: Đau và sưng tại chỗ sau 1 tuần hoặc hơn.(áp xe lạnh)

***Nguyên nhân:**

.Kim tiêm không vô trùng

.Tiêm không đúng độ sâu

.Rã đông không kỹ.

***Xử trí:**

Chườm khăn nóng lên chỗ sưng.

Cho kháng sinh nếu cần.

Nếu không khỏi thì phải chọc tháo mủ.

- Co giật: Hiếm gặp, thường do thành phần ho gà gây nên.

***Xử trí**: chuyển đi bệnh viện, ngừng mũi tiêm sau.

5.2.4.Khi tiêm vaccin sởi

- Sốt do nổi ban: Có thể có sốt từ 1-3 này sau tiêm, có thể nổi ban như sởi nhẹ.

***Xử trí**: Sốt cao cho uống Paracetamol

6. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hầu như không có chống chỉ định trong tiêm chủng. Trẻ suy dinh dưỡng, sốt nhẹ vẫn cần được tiêm chủng. Ngay kể cả trẻ đã bị nhiễm HIV vẫn tiêm chủng bình thường nhưng không tiêm chủng các vaccin sống như BCG. Nếu sau tiêm BH-HG-UV lần đầu, trẻ bị co giật thì không tiêm tiếp vaccin phối hợp BH-HG-UV lần sau.

6.1.Chống chỉ định chung cho các loại vaccin:

+ Chống chỉ định chủng ngừa các lần tiếp theo nếu bị phản ứng phản vệ với vaccin hay với các thành phần của vaccin.
+ bệnh nặng hay trung bình có kèm sốt hay không sốt.

6.2.Riêng từng loại vaccin:

6.2.1.BCG: trẻ có cân nặng <2.00g hay sanh thiếu tháng.

6.2.2.BH-UV-HG

- Bị bệnh lý não trong vòng 7 ngày sau tiêm BH-UV-HG trước đó.
- Tình trạng suy sụp hay giống sốc trong vòng 48 giờ sau tiêm ngừa BH-HG-UV trước đó.
- Co giật trong vòng 3 ngày sau tiêm ngừa BH-HG-UV trước đó.
- Khóc dai dẳng, không dỗ được kéo dài hơn 3 giờ trong vòng 48 giờ sau tiêm liều BH-HG-UV trước đó.
- Hội chứng Guillain Barre trong vòng 6 tuần sau chủng ngừa.

6.2.3.Bại liệt

- Nhiễm HIV hay tiếp xúc thông thường trong gia đình với người nhiễm HIV.
- Suy giảm miễn dịch (u tạng đặc hay u hệ tạo máu, suy giảm miễn dịch bẩm sinh, điều trị thuốc ức chế miễn dịch kéo dài).
- Tiếp xúc thông thường với người suy giảm miễn dịch.
- Thận trọng khi có thai
- Vừa truyền máu.

6.2.4.Viêm gan B: phản ứng phản vệ với men bánh mì.

7. NHỮNG ĐIỀU LƯU Ý KHI TIÊM NGỪA

-Tiệt trùng kỹ dụng cụ và vùng da nơi tiêm để tránh bị áp xe, bị nhiễm trùng.
- Chọn các loại vaccin được sản xuất tốt.
- Bảo quản vaccin đúng kỹ thuật từ +2 đến $+8^0$C
- Vận chuyển vaccin đúng cách để tránh hư hại và bội nhiễm.
- Khám sức khỏe nếu cần làm xét nghiệm để tìm các bệnh chống chỉ định chủng ngừa.
- Các vaccin có chứa Nhôm hydroxyt, dầu khoáng chất nên tiêm sâu, nếu tiêm cạn dưới da sẽ gây đau và áp xe vô trùng nơi tiêm.(áp xe lạnh)
- Vaccin sống không tiêm hai thứ cùng một lúc, phải tiêm cách nhau 1 tháng trừ trường hợp (có thể kết hợp được như) sởi và quai bị.
- Khi tái chủng nên hỏi kỹ lần trước có bị phản ứng gì không

*** Quy tắc SIGN (hệ thống toàn cầu và an toàn trong tiêm chích)**

- Dùng kim tiêm tiệt trùng.
- Không lắp ráp kim.
- Hủy bỏ kim tiêm một cách an toàn.

III.CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các bệnh chưa được chủng ngừa hiện nay là, ***CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Lao
   B. Sởi
   C. Sốt xuất huyết
   D. Uốn ván

2. Sơ sinh cần được chủng ngừa, ***CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Bại liệt
   B. Lao
   C. Viêm não
   D. Uốn ván

3. Đang chủng ngừa Bại liệt, trẻ bị mắc bệnh tiêu chảy cấp.Ta nên, ***CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Cho trẻ nhập viện, ngừng chủng.
   B. Ngừng chủng, bù nước tại nhà.
   C. Chủng bình thường, bù nước tại nhà.
   D. Chủng bình thường nhưng hẹn 01 tháng sau chủng nhắc lại.

4. Sau khi chủng ngừa Sởi trẻ bị sốt phát ban giống Sởi, ta nên, ***CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***
   A. Không làm gì cho trẻ
   B. Điều trị triệu chứng
   C. Cho trẻ nhập viện điều trị bệnh Sởi
   D. Theo dõi và điều trị triệu chứng.

5. Khi đang chủng ngừa sốc phản vệ xảy ra, ta nên, ***CHỌN CÂU ĐÚNG NHẤT:***

A. Đưa ngay vào bệnh viện
B. Cấp cứu tại chỗ
C. Cấp cứu tại chỗ và gọi người đến giúp
D. Sơ cứu ngay và chuyển viện gấp.

BÀI 17
LỒNG GHÉP CHĂM SÓC TRẺ BỆNH

I.Mục tiêu:

1. Trình bày được cơ sở khoa học của IMCI
2. Liệt kê tiến trình xử trí lồng ghép bệnh trẻ em
3. Trình bày phác đồ xử trí bệnh trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi và từ 0 đến 2 tháng tuổi

II.Nội dung:

1.Cơ sở khoa học của xử trí lồng ghép bệnh trẻ em *(IMCI : Integrated of Management of Childhood Illness).*

* Mỗi năm trên thế giới có khoảng 5 - 6 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết vì các bệnh thường gặp nhất trong Nhi khoa là nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiêu chảy, sốt rét, sởi, suy dinh dưỡng (SDD), hoặc kết hợp với các bệnh này. Trong 11,6 triệu trẻ em tử vong ở các nước đang phát triển năm 1995 có đến 54% có liên quan đến SDD, 19% do nhiễm khuẩn hô hấp cấp, 19% do tiêu chảy, 18% chết do chu sinh, 7% liên quan đến sởi, 5% do sốt rét và 32% do các bệnh khác (Biểu đồ 1). Để giảm tỉ lệ mắc và chết do các bệnh này, các chương trình phòng chống riêng lẻ cho từng bệnh đã được áp dụng từ vài thập niên qua.

* Ngoài việc gây tử vong, 5 bệnh kể trên còn là nguyên nhân gây bệnh nặng, các đợt bệnh trẻ em là do 1 hoặc nhiều bệnh trên gây ra. Đa số trẻ bệnh có các dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến nhiều bệnh. Sự trùng lắp này cho thấy 1 chẩn đoán đơn độc có thể sẽ không chính xác hoặc không khả thi và điều trị có thể sẽ trở nên phức tạp do cần phải phối hợp điều trị cùng lúc nhiều bệnh. Chính vì những lý do trên, hướng lồng ghép trong xử trí bệnh trẻ em sẽ giúp vượt qua việc chẩn đoán các bệnh riêng lẻ và giúp bảo vệ sức khoẻ chung của trẻ. Vì vậy,việc lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh là cần thiết vì những lý do sau :

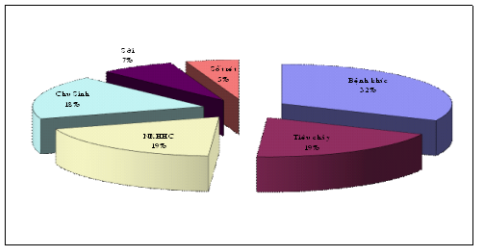
+ Phần lớn trẻ em đến khám chữa bệnh đều có các dấu hiệu hoặc triệu chứng không chỉ một bệnh mà của nhiều bệnh. Do đó, cần phải phát hiện và xử trí nhiều bệnh. Việc biết cách đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng của tất cả các bệnh thường gặp ở trẻ em là hết sức cần thiết.

+ Khi một trẻ em mắc bệnh thì cách điều trị các bệnh đó cũng cần kết hợp.

+ Trẻ em cần được chăm sóc một cách toàn diện chứ không chỉ tập trung vào điều trị các bệnh trẻ mắc.

+ Hoạt động lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh sẽ tác động đến tất cả các yếu tố khác ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc sức khoẻ trẻ em như cung cấp thuốc, tổ chức hệ thống y tế, chăm sóc khi chuyển viện, cách thực hành chăm sóc sức khoẻ trẻ tại gia đình và cộng đồng

Biểu đồ 1 : Tỉ lệ phân bố của 11,6 triệu trường hợp trẻ em dưới 5 tuổi tử vong tại các nước đang phát triển, 1995.



- Mục đích của chiến lược IMCI :

+ Nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ em tại các cơ sở y tế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở

+ Giảm tỉ lệ mắc và tỷ lệ chết ở trẻ em nói chung, thông qua việc thực hiện các hướng dẫn phòng và chữa bệnh đã được chuẩn hoá cho các bệnh thường gặp ở trẻ em

+ Đẩy mạnh việc chẩn đoán chính xác bệnh trẻ em ở các bộ phận điều trị ngoại trú,

+ Đẩy nhanh việc chuyển viện khi trẻ bệnh nặng,

+ Bảo đảm điều trị phối hợp chính xác cho tất cả các bệnh quan trọng,

+ Tăng cường việc tham vấn cho bà mẹ và cung cấp các dịch vụ phòng bệnh,

- Ba thành phần của chiến lược :

+ Cải thiện kỹ năng xử trí

+ Cải thiện hệ thống y tế

+ Cải thiện thực hành chăm sóc sức khoẻ tại gia đình và cộng đồng

2. Tình hình triển khai IMCI trên thế giới và nước ta:

2.1.Trên thế giới :

Đến tháng 12/1999 : 66 nước đang triển khai IMCI, trong đó 16 nước đang giai đoạn giới thiệu, 34 nước đang giai đoạn triển khai thí điểm và 16 nước đang giai đoạn mở rộng

2.2. Trong khu vực Đông Nam Á

IMCI đã được giới thiệu ở 8 nước, đang triển khai mở rộng ở Philippine và Việt Nam, 5 nước đang giai đoạn thí điểm

2.3. Tại Việt Nam

- Giai đoạn 1998-2000

+ Đào tạo cán bộ kỹ thuật và hướng dẫn viên IMCI cho các tuyến

+ Giới thiệu nội dung và kỹ thuật triển khai IMCI cho cán bộ quản lý các cấp, các chương trình y tế, các trường đại học, cao đẳng và trung học y tế

+ Hướng dẫn kỹ thuật và phương pháp triển khai cho các tỉnh, xây dựng các huyện điểm

- Giai đoạn 2001 - 2003 :

+ Triển khai tại các tỉnh có đủ nguồn lực

+ Duy trì chất lượng tại các huyện đã triển khai và triển khai mở rộng

- Giai đoạn 2004 - 2020

+ Triển khai đồng bộ ba nội dung của IMCI tại các địa phương
+ Theo dõi, giám sát và đánh giá chất lượng, hiệu quả

3. Tiến trình xử trí lồng ghép bệnh trẻ em

Tại phòng khám, các cơ sở y tế

Kiểm tra các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân

+ Không uống được hoặc không bú được
+ Nôn tất cả mọi thứ
+ Co giật
+ Ngủ li bì hoặc khó đánh thức

↓

Đánh giá các triệu chứng chính

+ Ho hoặc khó thở
+ Tiêu chảy
+ Sốt
+ Các vấn đề về tai

↓

Kiểm tra tình trạng dinh dưỡng và tiêm chủng và các vấn đề về nuôi dưỡng trẻ

↓

Kiểm tra các vấn đề khác

Bảng 3.1. Phân loại bệnh và xác định điều trị theo bảng phân loại 3 màu

Màu hồng Chuyển viện ngay lập tức	Màu vàng Điều trị tại cơ sở y tế	Màu xanh Điều trị tại nhà
Cơ sở y tế : - Điều trị cấp cứu trước khi chuyển viện - Hướng dẫn về chuyển viện cho người chăm sóc -Chuyển trẻ lên tuyến trên	Cơ sở y tế : - Điều trị bằng thuốc đặc hiệu - Điều trị nhiễm khuẩn tại chỗ - Khuyên và hướng dẫn người chăm sóc trẻ - Khám lại	Tại nhà : người chăm sóc trẻ được tham vấn về : - Cách điều trị tại nhà - Thức ăn và nước uống - Khi nào quay lại khám ngay - Khám lại

4. Phác đồ xử trí trẻ bệnh từ 2 tháng đến 5 tuổi :

4.1. Kiểm tra các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân : gồm

+ Không uống được hoặc không bú được
+ Nôn tất cả mọi thứ
+ Co giật
+ Ngủ li bì hoặc khó đánh thức

Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân :

- Trẻ có thể uống hoặc bú mẹ được không? Một trẻ được gọi là có dấu hiệu "không thể uống hoặc không thể bú được" là khi trẻ không thể mút hoặc nuốt được khi cho uống hoặc bú mẹ.

- Trẻ có nôn tất cả mọi thứ không? Khi trẻ không thể giữ lại bất cứ thứ gì, là trẻ có dấu hiệu nôn tất cả mọi thứ. Tất cả những thứ ăn vào lại nôn hết ra. Khi trẻ nôn tất cả mọi thứ sẽ không thể giữ lại thức ăn, nước uống hoặc thuốc. Trẻ nôn nhiều lần nhưng còn có thể giữ lại một chút dịch, là không có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân này.

- Trẻ có co giật không? Hỏi bà mẹ trẻ có co giật trong lần bệnh này không. Dùng từ dễ hiểu. Ví dụ, bà mẹ có thể hiểu co giật là "cơn động kinh" hoặc "co cứng"

- Trẻ có li bì hoặc khó đánh thức không? Trẻ li bì là trẻ không thức hoặc không tỉnh táo khi lẽ ra phải thức. Trẻ khó đánh thức là trẻ không thể đánh thức, trẻ không đáp ứng khi chạm vào người, lay hoặc hỏi chuyện.

Chú ý : nếu trẻ có bất cứ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào cần được lưu ý cấp cứu, hoàn thành ngay việc đánh giá và điều trị trước khi chuyển viện để việc chuyển viện không bị chậm trễ.

4.2. Xử trí ho hoặc khó thở

Bảng 4.1. Phân loại, xử trí trẻ ho hoặc khó thở

CÁC DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI	ĐIỀU TRỊ
• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc • Rút lõm lồng ngực hoặc • Thở rít khi nằm yên	**VIÊM PHỔI NẶNG HOẶC BỆNH RẤT NẶNG**	- Cho liều đầu kháng sinh thích hợp với viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng - Chuyển Gấp đi bệnh viện
• Thở nhanh Nếu trẻ Thở nhanh là: 2 tháng đến <12 tháng : ≥ 50 lần/phút 12 tháng đến 5 tuổi : ≥ 40 lần/phút	**VIÊM PHỔI**	- Cho kháng sinh thích hợp với viêm phổi trong 3 ngày - Cho Salbutamol nếu trẻ có thở khò khè - Làm giảm ho bằng các thuốc an toàn - Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay - Khám lại trong 2 ngày
Không có dấu hiệu của viêm phổi hoặc bệnh rất nặng	**KHÔNG VIÊM PHỔI : HO HOẶC CẢM LẠNH**	- Nếu ho trên 30 ngày, chuyển lên tuyến trên - Cho Salbutamol nếu trẻ có thở khò khè - Làm giảm ho bằng các thuốc an toàn - Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ khám ngay - Khám lại sau 5 ngày nếu không tiến triển tốt - Xử trí vấn đề họng nếu có*

(** Nếu trẻ có hạch cổ sưng, đau và có chất xuất tiết màu trắng đục ở họng, dùng kháng sinh Penicilline V uống trong 10 ngày và paracetamol nếu trẻ có đau họng)*

- Tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực : nhìn vào phần dưới lồng ngực của trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực nếu phần dưới lồng ngực lõm VÀO khi trẻ thở VÀO.

Nếu chỉ có phần mềm giữa các xương sườn lõm vào khi trẻ hít vào (được gọi là co kéo cơ liên sườn hoặc co rút cơ liên sườn) thì trẻ này không có rút lõm lồng ngực.

- Tìm và nghe tiếng thở rít và tiếng khò khè: thở rít là tiếng thở thô ráp được tạo ra khi trẻ thở **VÀO Tiếng thở rít xảy ra khi phù nề thanh quản, khí quản hoặc nắp thanh quản. Sự phù nề** này cản trở không khí đi vào phổi. Nó có nguy cơ đe doạ tánh mạng khi tình trạng phù nề gây tắc nghẽn đường hô hấp của trẻ. Một trẻ có thở rít khi nằm yên là trẻ đang trong tình trạng nguy hiểm.

Tìm và nghe tiếng thở khò khè (dùng tai để nghe, chưa sử dụng ống nghe)

4.3. Xử trí tiêu chảy:

Trẻ có bị tiêu chảy không?

NẾU CÓ, HỎI **KHÁM**

- Trong bao lâu?
- Có máu trong phân không?

- Quan sát tình trạng chung của trẻ để phát hiện:
  + Li bì hoặc khó đánh thức
  + Vật vã, kích thích
- Xem mắt trẻ có trũng không?
- Cho trẻ uống nước xem trẻ có:
  + Không uống được hoặc uống kém
  + Uống háo hức, khát?
- Véo nếp da bụng
  + Mất rất chậm > 2 giây?
  + Mất chậm?

4.3.1.Cho tình trạng mất nước

Bảng 4.1 Phân loại và xử trí tiêu chảy

Hai trong các dấu hiệu sau : • Li bì hay khó đánh thức • Mắt trũng • Không uống được hoặc uống kém • Nếp véo da mất rất chậm	**MẤT NƯỚC NẶNG**	▸Nếu trẻ không có phân loại bệnh nặng khác : Bù dịch đối với mất nước nặng (phác đồ C) hoặc ▸ Nếu trẻ có phân loại bệnh nặng khác : - Chuyển gấp đến bệnh viện. Nhắc bà mẹ cho uống liên tục từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú ▸ Nếu trẻ 2 tuổi hoặc lớn hơn đang có dịch tả, hãy cho một liều kháng sinh tả
Hai trong các dấu hiệu sau : • Vật vã, kích thích	**CÓ MẤT NƯỚC**	▸ Nếu trẻ có một phân loại bệnh nặng khác : - Chuyển gấp đến bệnh viện.

• Mắt trũng • Uống nước háo hức • Nếp véo da mất chậm		Nhắc bà mẹ cho uống liên tục từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú ▸ Bù dịch và cho ăn đối với trẻ có mất nước (Phác đồ B) ▸ Bổ sung kẽm ▸ Dặn bà mẹ khi nào cho trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 5 ngày nếu không tiến triển tốt
• Không có đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	**KHÔNG MẤT NƯỚC**	▸ Uống thêm nhiều dịch và cho ăn để điều trị tiêu chảy tại nhà (Phác đồ A) ▸ Bổ sung kẽm ▸ Dặn bà mẹ khi nào cho trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 5 ngày nếu không tiến triển tốt

4.3.2. Nếu tiêu chảy từ 14 ngày hoặc hơn:

Bảng 4.2 Phân loại và xử trí tiêu chảy kéo dài

Có mất nước hoặc mất nước nặng	**TIÊU CHẢY KÉO DÀI NẶNG**	▸ Điều trị mất nước trước khi chuyển trừ trường hợp có phân loại bệnh nặng khác ▸ Chuyển đến bệnh viện
Không mất nước	**TIÊU CHẢY KÉO DÀI**	▸ Khuyên bà mẹ cách nuôi dưỡng trẻ bị tiêu chảy kéo dài ▸ Khám lại trong 5 ngày

4.3.3.Có máu trong phân:

Bảng 4.3 Phân loại và xử trí lỵ

Có máu trong phân	**LỴ**	▸ Cho kháng sinh thích hợp đối với lỵ ▸ Khám lại trong 2 ngày

4.4. Xử trí sốt

(Sốt từ mấy ngày hôm trước hoặc đang có nhiệt độ $\geq 37.5^0$ C hoặc sờ thấy nóng)

- Xác định nguy cơ sốt rét (SR):

Có nguy cơ = Sống trong vùng sốt rét hoặc vào vùng sốt rét trong vòng 6 tháng gần đây.

- Xác định nguy cơ sốt xuất huyết (SXH):

Có nguy cơ = Sống trong vùng SXH hoặc vào vùng SXH trong 2 tuần gần đây

- Hỏi : + Thời gian sốt?

+ Nếu sốt quá 7 ngày, có sốt liên tục không

+ Có bị sởi trong 3 tháng gần đây không?

- Khám : Cổ cứng, thóp phồng, chảy nước mũi, ban toàn thân và một trong các dấu hiệu ho, chảy mũi, mắt đỏ.

4.4.1. Sốt có nguy cơ sốt rét

Bảng 4.4 Phân loại và xử trí trẻ sốt

• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc • Cổ cứng hoặc • Thóp phòng	**BỆNH RẤT NẶNG CÓ SỐT hoặc SỐT RÉT NẶNG**	▸ Cho liều đầu thuốc sốt rét phù hợp với sốt rét nặng ▸ Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp ▸ Điều trị phòng hạ đường huyết ▸ Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu $t^0 \geq 38.5^0$ C ▸ Chuyển Gấp đi bệnh viện
• Xét nghiệm KSTSR dương tính với : - P. falciparum hoặc - P.Vivax hoặc - Cả hai	**SỐT RÉT**	▸ Cho thuốc sốt rét thích hợp ▸ Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu $t^0 \geq 38.5^0$ C ▸ Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt ▸ Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên
• Chưa có kết quả xét nghiệm hoặc xét nghiệm KSTSR âm tính và • Không chảy mũi và • Không tìm được nguyên nhân gây sốt do bệnh khác	**SỐT -GIỐNG SỐT RÉT**	▸ Cho thuốc sốt rét thích hợp ▸ Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu $t^0 \geq 38.5^0$ C ▸ Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt ▸ Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên
• Chưa có kết quả xét nghiệm hoặc xét nghiệm KSTSR âm tính và • Có các nguyên nhân gây sốt do bệnh khác	**SỐT - KHÔNG GIỐNG SỐT RÉT**	▸ Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu $t^0 \geq 38.5^0$ C ▸ Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt ▸ Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên

4.4.2. Sốt không có nguy cơ sốt rét

Bảng 4.4 Phân loại và xử trí trẻ sốt không có nguy cơ sốt rét

• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc • Cổ cứng hoặc • Thóp phồng	**BỆNH RẤT NẶNG CÓ SỐT**	▸ Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp với bệnh rất nặng có sốt ▸ Điều trị phòng hạ đường huyết ▸ Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu $t^0 \geq 38.5^0$ C ▸ Chuyển Gấp đi bệnh viện
Các loại sốt****	**SỐT - KHÔNG CÓ NGUY CƠ SỐT RÉT**	▸ Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu $t^0 \geq 38.5^0$ C ▸ Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt ▸ Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên

4.4.3. Phân loại sởi

- Nếu trẻ đang mắc sởi hoặc đã mắc sởi trong 3 tháng gần đây, tìm :

+ Dấu hiệu chảy mủ mắt
+ Dấu hiệu mờ giác mạc
+ Tìm các vết loét miệng, xem có sâu hoặc rộng không?

Bảng 4.5 Phân loại và xử trí trẻ mắc sởi

• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc • Mờ giác mạc hoặc • Vết loét miệng sâu hoặc rộng	**SỞI BIẾN CHỨNG NẶNG*** **	▸ Cho Vitamin A ▸ Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp ▸ Nếu mờ giác mạc hoặc chảy mủ mắt, tra thuốc mỡ mắt tetracyclin ▸ Chuyển gấp đến bệnh viện
• Có mủ ở mắt hoặc • Đau, loét miệng	**SỞI BIẾN CHỨNG MẮT VÀ HOẶC MIỆNG*** **	▸ Cho Vitamin A ▸ Nếu có mủ mắt, điều trị bằng thuốc mỡ mắt tetracyclin ▸ Nếu đau, loét miệng, điều trị tím gentian 0.25% hoặc xanh methylen 1% hoặc glycerin borat 3% ▸ Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 2 ngày
Ban toàn thân và một trong các dấu hiệu: ho, chảy nước mũi, mắt đỏ	**CÓ KHẢ NĂNG ĐANG MẮC SỞI**	▸ Cho Vitamin A ▸ Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trong 2 ngày

• Sởi trong vòng 3 tháng gần đây	**ĐÃ MẮC SỞI**	▸ Cho Vitamin A, nếu chưa uống trong và sau khi mắc đợt sởi cấp

4.4.4. Xử trí sốt xuất huyết (nếu có nguy cơ sốt xuất huyết)

Bảng 4.6 Phân loại và xử trí trẻ sốt xuất huyết

• Chân tay nhóp lạnh và • Mạch nhanh và yếu	**BỆNH RẤT NẶNG CÓ SỐC HOẶC HỘI CHỨNG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENDUE**	▸ Bù dịch đối với bệnh rất nặng có sốc hoặc Hội chứng sốc sốt xuất huyết Dengue ▸ Chuyển Gấp đi bệnh viện
• Li bì hoặc vật vã hoặc • Chảy máu mũi hoặc máu lợi hoặc • Nôn ra máu hoặc đi tiêu phân đen hoặc • Chấm nốt hoặc mảng xuất huyết dưới da	**CÓ KHẢ NĂNG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG**	▸ Chuyển Gấp đi bệnh viện Trên đường đi.: cho trẻ uống ORS càng nhiều càng tốt theo khả năng của trẻ
• Sốt cao liên tục 2-7 ngày và • Không tìm được các nguyên nhân gây sốt khác	**SỐT – CÓ KHẢ NĂNG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**	▸ Cho paracetamol nếu $t^0 \geq 38.5^0$ C ▸ Tiếp tục cho trẻ ăn, uống nhiều nước ▸ Dặn bà mẹ khi nào nên đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại trẻ hằng ngày cho đến khi hết sốt (2 ngày liên tục không dùng paracetamol)
• Không có các dấu hiệu trên	**SỐT – KHÔNG GIỐNG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**	▸ Dặn bà mẹ khi nào nên đưa trẻ đến khám ngay ▸ Khám lại sau 2 ngày nếu vẫn còn sốt ▸ Nếu trẻ sốt trên 7 ngày, chuyển đi bệnh viện

4.5. Xử trí vấn đề về tai

Bảng 4.7 Phân loại và xử trí vấn đề về tai

• Sưng đau sau tai	**VIÊM XƯƠNG CHŨM**	▸ Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp ▸ Cho 1 liều đầu paracetamol để giảm đau ▸ Chuyển gấp đến bệnh viện
• Chảy mủ tai hoặc chảy nước tai dưới 14 ngày hoặc • Đau tai	**VIÊM TAI CẤP**	▸ Cho kháng sinh trong 5 ngày ▸ Cho paracetamol để giảm đau ▸ Làm khô tai bằng bấc sâu kèn ▸ Khám lại trong 5 ngày
• Chảy mủ tai hoặc chảy nước tai 14 ngày hoặc hơn	**VIÊM TAI MÃN**	▸ Làm khô tai bằng bấc sâu kèn ▸Nhỏ tai bằng Ciprofloxacine tại chỗ ít nhất 2 tuần ▸ Khám lại trong 5 ngày
• Không đau tai và • Không chảy mủ tai	**KHÔNG VIÊM TAI**	▸ Không điều trị gì

4.6. Kiểm tra dinh dưỡng và thiếu máu

Bảng 4.8 Phân loại và xử trí vấn đề về dinh dưỡng

• Gầy mòn nặng rõ rệt hoặc • Mờ giác mạc hoặc • Lòng bàn tay rất nhợt hoặc • Phù cả 2 bàn chân	**SUY DINH DƯỠNG NẶNG VÀ/HOẶC THIẾU MÁU NẶNG**	▸ Cho Vitamin A ▸ Chuyển Gấp đi bệnh viện
• Lòng bàn tay nhợt hoặc • Nhẹ cân so với tuổi	**THIẾU MÁU VÀ /HOẶC NHẸ CÂN**	▸ Đánh giá chế độ ăn của trẻ và tham vấn cho các bà mẹ nuôi dưỡng trẻ theo ô DINH DƯỠNG trong phác đồ THAM VẤN CHO BÀ MẸ - Nếu có vấn đề nuôi dưỡng bất hợp lý, khám lại trong 5 ngày ▸ Nếu lòng bàn tay nhợt : - Cho sắt - Cho Mebendazole nếu trẻ ≥ 2 tuổi và chưa dùng thuốc này trong 6 tháng gần đây Khám lại trong 14 ngày

		▸ Nếu rất nhẹ cân so với tuổi, khám lại trong 30 ngày ▸ Dặn bà mẹ khi nào nên cho trẻ đến khám ngay
• Không nhẹ cân so với tuổi và không có các dấu hiệu của suy dinh dưỡng và thiếu máu	**KHÔNG THIẾU MÁU VÀ KHÔNG NHẸ CÂN**	▸ Nếu trẻ dưới 2 tuổi, đánh giá chế độ nuôi dưỡng trẻ và tham vấn cho các bà mẹ nuôi dưỡng trẻ theo ô DINH DƯỠNG trong phác đồ THAM VẤN CHO BÀ MẸ ▸ Dặn bà mẹ khi nào nên cho trẻ đến khám ngay

4.7. Kiểm tra tình trạng tiêm chủng của trẻ

4.7.1.Kiểm tra về tiêm chủng của tất cả trẻ bệnh theo lịch chủng ngừa của quốc gia:

Lịch tiêm chủng

Sơ sinh	2 tháng	3 tháng	4 tháng	9 tháng	18 tháng
Lao	Bại Liệt 1	Bại Liệt 2	Bại Liệt 3		
VGB	BH-HG-UV-VGB- Hib1	BH-HG-UV-VGB-Hib 2	BH-HG-UV-VGB-Hib 3	Sởi 1	Sởi 2

Nếu cần tiêm chủng :

- Tiêm chủng cho tất cả trẻ bị bệnh nếu có thể về nhà
- Nếu không thể tiêm chủng cho trẻ hôm nay, phải chắc chắn trẻ được tiêm chủng (khi nào ở đâu)
- Nếu trẻ cần được uống vaccin bại liệt nhưng bị tiêu chảy, dặn bà mẹ cho uống vào tháng tiếp
- Nếu cần chuyển viện, không cần cho uống/tiêm vaccin. Viết vào giấy chuyển viện loại vaccin cần uống/tiêm

4.7.2. Chống chỉ định chủng ngừa : có 3 chống chỉ định

- Không chủng ngừa lao đối với trẻ biết là có bệnh AIDS

- Không chủng ngừa bạch hầu - uốn ván - ho gà đối với một trẻ đã có co giật hoặc sốc trong vòng 3 ngày của liều phòng ngừa gần đây nhất.

- Không chủng ngừa bạch hầu - uốn ván - ho gà đối với một trẻ đã có co giật tái đi tái lại hoặc đang có một bệnh của hệ thần kinh trung ương.

4.8. Đánh giá những vấn đề khác nếu có

5. Xử trí trẻ bệnh từ 0 đến 2 tháng tuổi

5.1. Kiểm tra bệnh rất nặng và tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ

Bảng 5.1 Phân loại và xử trí bệnh rất nặng và tình trạng nhiễm khuẩn

CÁC DẤU HIỆU	PHÂN	ĐIỀU TRỊ

	LOẠI	
Một trong các dấu hiệu sau : • Bỏ bú hoặc bú kém hoặc • Co giật hoặc • Thở nhanh (≥ 60 lần/ph) hoặc • Rút lõm lồng ngực nặng hoặc • Sốt (≥ 37.5^0 C hoặc sờ thấy nóng) hoặc • Hạ thân nhiệt (≤35.5^0 C) hoặc • Tấy đỏ quanh vùng rốn hoặc • Sốt (≥ 37.5^0 C hoặc sờ thấy nóng) hoặc hạ nhiệt độ • Nhiều mụn mủ hoặc mụn mủ nhiễm khuẩn nặng trên da hoặc • Chỉ cử động khi bị kích thích và không cử động sau đó hoặc không cử động một chút nào	**BỆNH RẤT NẶNG**	▸ Cho liều kháng sinh tiêm bắp đầu tiên ▸ Điều trị đề phòng hạ đường huyết ▸ Chuyển Gấp đi bệnh viện ▸ Hướng dẫn bà mẹ cách giữ ấm trẻ trên đường đi đến bệnh viện
• Rốn đỏ hoặc chảy mủ rốn hoặc • Mụn mủ ở da	**NHIỄM KHUẨN TẠI CHỖ**	▸ Cho uống một kháng sinh thích hợp ▸ Hướng dẫn bà mẹ điều trị nhiễm khuẩn tại chỗ ở nhà ▸ Khuyên bảo mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà ▸ Khám lại trong 2 ngày
• Không có các dấu hiệu trên	**CHƯA CÓ DẤU HIỆU NHIỄM KHUẨN**	▸ Hướng dẫn mẹ chăm sóc trẻ tại nhà

5.2. Kiểm tra vàng da

Bảng 5.2 Phân loại và xử trí trẻ vàng da

• Vàng da xuất hiện trước 48 giờ tuổi hoặc • Vàng da ở lòng bàn tay và gan bàn chân ở bất cứ tuổi	**VÀNG DA NẶNG**	▸ Điều trị đề phòng hạ đường huyết ▸ Chuyển Gấp đi bệnh viện ▸ Hướng dẫn bà mẹ cách giữ ấm trẻ trên đường đi đến bệnh viện
• Vàng da xuất hiện sau 48 giờ tuổi và • Lòng bàn tay và gan bàn chân không vàng	**VÀNG DA**	▸Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà ▸Dặn bà mẹ quay lại khám ngay nếu xuất hiện vàng cả lòng bàn tay và gan bàn chân ▸Nếu trẻ trên 14 ngày tuổi chuyển đi bệnh viện ▸ Khám lại sau 1 ngày
• Không có các dấu hiệu trên	**KHÔNG VÀNG DA**	▸ Hướng dẫn mẹ chăm sóc trẻ tại nhà

5.3. Xử trí tiêu chảy

5.3.1.Cho tình trạng mất nước

Bảng 5.3 Phân loại và xử trí trẻ tiêu chảy

Hai trong các dấu hiệu sau : • Chỉ cử động khi bị kích thích và không cử động sau đó hoặc không cử động một chút nào • Mắt trũng • Nếp véo da mất rất chậm	**MẤT NƯỚC NẶNG**	▸ Nếu trẻ không có **BỆNH RẤT NẶNG**: - Nhanh chóng truyền dịch (Ringer Lactat hoặc NaCl 9 $^{0}/_{00}$) 30ml/kg trong 1 giờ và sau đó chuyển gấp đi bệnh viện. ▸ Nếu trẻ có **BỆNH RẤT NẶNG**: - Chuyển gấp đi bệnh viện. Dặn bà mẹ cho uống thường xuyên từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú.
Hai trong các dấu hiệu sau : • Vật vã, kích thích • Mắt trũng • Nếp véo da mất chậm	**CÓ MẤT NƯỚC**	▸ Bù dịch và cho ăn đối trẻ có mất nước (phác đồ B) chỉ trong 4 giờ và sau đó **chuyển gấp đến bệnh viện** **▸ Nếu trẻ có BỆNH RẤT NẶNG: chuyển GẤP đi bệnh viện. Dặn bà mẹ cho uống từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú**.
• Không có đủ các dấu		▸ Uống thêm dịch và bú mẹ để điều trị

hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	**KHÔNG MẤT NƯỚC**	tiêu chảy tại nhà (Phác đồ A) ▸ Cho viên kẽm. ▸Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà ▸ Khám lại trong 2 ngày

5.3.2. Nếu tiêu chảy từ 14 ngày hoặc hơn:

Bảng 5.3 Phân loại và xử trí trẻ tiêu chảy kéo dài

Tiêu chảy kéo dài 14 ngày hoặc hơn	**TIÊU CHẢY KÉO DÀI NẶNG**	▸ Nếu trẻ bị mất nước điều trị tình trạng mất nước trước khi chuyển trừ trẻ có BỆNH RẤT NẶNG ▸ **Chuyển đi bệnh viện**

5.3.3.Có máu trong phân:

Bảng 5.4 Phân loại và xử trí trẻ lỵ

Có máu trong phân	**LỴ**	▸ Nếu trẻ bị mất nước điều trị tình trạng mất nước trước khi chuyển ngoại trừ trẻ có **BỆNH RẤT NẶNG** ▸ **Chuyển GẤP đi bệnh viện**

5.4. Kiểm tra tình trạng nuôi dưỡng hoặc nhẹ cân : nếu không có chỉ định chuyển gấp đến bệnh viện

Bảng 5.5 Kiểm tra nuôi dưỡng và nhẹ cân

• Ngậm bắt vú không tốt hoặc • Bú không có hiệu quả hoặc • Bú mẹ dưới 8 lần/24giờ hoặc • Dùng các thức ăn hoặc nước uống khác • Nhẹ cân so với tuổi hoặc	**CÓ VẤN ĐỀ NUÔI DƯỠNG CHƯA HỢP LÝ HOẶC NHẸ CÂN**	Nếu không ngậm bắt vú tốt hoặc bú không hiệu quả hướng dẫn cách bế trẻ và ngậm bắt vú đúng. • Nếu không ngặm bắt vú tốt ngay lập tức hướng dẫn bà mẹ vắt sữa và cho uống bằng cốc. Nếu bú dưới 8 lần trong 24 giờ, hãy khuyên bà mẹ tăng số lần cho bú. Khuyên bà mẹ cho bú bất cứ lúc nào trẻ muốn, cả ngày lẫn đêm. Nếu trẻ đang ăn uống các thức ăn hoặc nước uống khác , tham vấn bà mẹ cho trẻ bú nhiều hơn, giảm các thức ăn và nước uống khác và dùng cốc. • Nếu không được bú mẹ - Tham vấn nuôi con bằng sữa mẹ và phục hồi sự tiết sữa. - Hướng dẫn pha sữa thay thế đúng cách và dùng cốc. Hướng dẫn bà mẹ cách cho trẻ nhẹ cân ăn và giữ ấm tại nhà.

• Nấm miệng (loét hoặc vết trắng ở miệng).		Nếu có nấm miệng, hướng dẫn bà mẹ điều trị nấm miệng tại nhà. Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà. Khám lại sau 2 ngày nếu có vấn đề về nuôi dưỡng hoặc nấm miệng. Khám lại sau 14 ngày nếu nhẹ cân so với tuổi
• Không nhẹ cân và không có các dấu hiệu của nuôi dưỡng chưa hợp lý	**KHÔNG CÓ VẤN ĐỀ NUÔI DƯỠNG**	Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà. Khen ngợi bà mẹ đã nuôi dưỡng trẻ tốt.

5.5.Kiểm tra tình trạng tiêm chủng của trẻ

Lịch tiêm chủng :

Tuổi	**Vaccin**	
Sơ sinh	Lao	VGB (trong vòng 24giờ)
2 tháng	Bại Liệt 1	BH-HG-UV-VGB-Hib 1

5.6. Đánh giá vấn đề khác : đánh giá trẻ có bệnh khác kèm theo

BÀI 18
LỒNG GHÉP CHĂM SÓC TRẺ BỆNH (THỰC HÀNH)

I.MỤC TIÊU:

A.Thực hành

1. Thực hiện khám đánh giá và phân loại trẻ bệnh từ 2 tháng đến 5 tuổi.
2. Thực hiện khám đánh giá và phân loại trẻ bệnh từ 1 tuần đến 2 tháng tuổi.
3. Thực hiện xử trí trẻ bệnh từ 2 tháng đến 5 tuổi và trẻ bệnh từ 1 tuần đến 2 tháng tuổi.

B.Thái độ

Nhận biết rằng trẻ em < 5 tuổi, thường kết hợp 2-3 bệnh, vì vậy cần đánh giá và phân loại đúng để điều trị kịp thời hầu giảm tỉ lệ tử vong.

II.NỘI DUNG:

Yêu cầu sinh viên: đọc lại bài xử trí lồng ghép trẻ bệnh trẻ em:

(1) Đánh giá và phân loại trẻ bệnh từ 2 tháng đến 5 tuổi.

(2) Đánh giá và phân loại trẻ bệnh từ 1 tuần đến 2 tháng tuổi.

(3) Sử dụng phác đồ hướng dẫn xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em khi thực hành tại phòng khám và trong khoa phòng.

A. Đối với trẻ bệnh từ 2 tháng đến 5 tuổi:

1. Hỏi bà mẹ lý do đến khám.

2. Khám kiểm tra những dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: theo 2 bước sau:

- Bước 1: Hỏi:

- Trẻ có uống được hoặc bú mẹ được không ?

Một trẻ được gọi là có dấu hiệu "không thể uống hoặc không thể bú được" là khi trẻ không thể mút hoặc nuốt được khi cho uống hoặc bú mẹ.

- Trẻ có nôn tất cả mọi thứ không ?

Khi trẻ không thể giữ lại bất cứ thứ gì, là trẻ có dấu hiệu nôn tất cả mọi thứ. Tất cả những thứ ăn vào lại nôn hết ra. Khi trẻ nôn tất cả mọi thứ sẽ không thể giữ lại thức ăn, nước uống hoặc thuốc. Trẻ nôn nhiều lần nhưng còn có thể giữ lại một chút dịch, là không có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân này.

- Trẻ có co giật không ? Hỏi bà mẹ trẻ có co giật trong lần bệnh này không, dùng từ dễ hiểu. Ví dụ, bà mẹ có thể hiểu co giật là "cơn động kinh" hoặc "co cứng".

- Bước 2: Nhìn:

Trẻ có li bì hoặc khó đánh thức không ? Trẻ li bì là trẻ không thức hoặc không tỉnh táo khi lẽ ra phải thức. Trẻ khó đánh thức là trẻ không thể đánh thức, trẻ không đáp ứng khi chạm vào người, lay hoặc hỏi chuyện.

3. Khám đánh giá và phân loại ho hoặc khó thở: theo các bước sau

- **Bước 1: Hỏi**

- Trẻ có ho hoặc khó thở không ? Nếu bà mẹ trả lời có, hỏi câu hỏi tiếp.
- Đã bao lâu ?

• **Bước 2: Đếm nhịp thở trong 1 phút khi trẻ im lặng và nằm yên.** Hãy nói với bà mẹ rằng bạn sắp đếm nhịp thở của trẻ. Nhắc bà giữ con mình nằm yên. Nếu trẻ đang ngủ đừng đánh thức trẻ dậy. Đếm nhịp thở trong 1 phút.

- Dùng đồng hồ có kim giây hoặc số. Nhìn cử động thở ở bất cứ nơi nào trên ngực trẻ hay bụng trẻ.
- Thường bạn có thể thấy cử động thở ngay cả khi trẻ mặc quần áo. Nếu bạn không thể thấy cử động này dễ dàng, đề nghị bà mẹ vén áo trẻ lên. Nếu trẻ bắt đầu khóc đề nghị bà mẹ dỗ cho trẻ nín trước khi bạn đếm nhịp thở.
- Nếu bạn không chắc chắn về nhịp thở bạn đã đếm, hãy đếm lại.

Giới hạn để xác định thở nhanh ở trẻ 2 tháng đến 12 tháng cao hơn ở trẻ 12 tháng đến 5 tuổi

Nếu trẻ	Trẻ thở nhanh nếu bạn đếm được
2 tháng đến < 12 tháng	> 50 nhịp trong 1 phút
12 tháng đến < 5 tuổi	> 40 nhịp trong 1 phút

• **Bước 3: Nhìn**

- Tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực: Hãy đề nghị bà mẹ vén áo trẻ lên. Tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực khi trẻ thở vào. Nhìn vào phần dưới lồng ngực, trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực nếu phần dưới lồng ngực lõm vào khi trẻ thở vào.

Nếu chỉ có phần mềm giữa các xương sườn lõm vào khi trẻ hít vào (được gọi là co kéo cơ liên sườn hoặc co rút cơ liên sườn) thì trẻ này không có rút lõm lồng ngực.

- Tìm và nghe tiếng thở rít: thở rít là tiếng thở thô ráp được tạo ra khi trẻ thở vào.

• **Bước 4: Phân loại ho hoặc khó thở (xem phần Lý thuyết)**

Các dấu hiệu	**Phân loại**	**Điều trị**
• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc • Rút lõm lồng ngực hoặc • Thở rít khi nằm yên	Viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng.	- Cho liều đầu kháng sinh thích hợp. - Chuyển gấp đến bệnh viện.
• Thở nhanh: Nếu trẻ thở nhanh là: + 2 tháng đến <12 tháng: > 50 lần/phút. + 12 tháng đến 5 tuổi: > 40 lần/phút.	Viêm phổi	- Cho kháng sinh thích hợp trong 5 ngày. - Làm giảm đau họng và giảm ho bằng các thuốc an toàn. - Khuyên bà mẹ khi nào đưa trẻ khám ngay. - Khám lại trong 2 ngày - Nếu ho trên 30 ngày, chuyển lên tuyến trên.

Không có dấu hiệu của viêm phổi hoặc bệnh rất nặng.	Không viêm phổi: ho hoặc cảm lạnh.	- Nếu ho trên 30 ngày, chuyển lên tuyến trên. - Làm giảm đau họng và giảm ho bằng các thuốc an toàn. - Khuyên bà mẹ khi nào đưa trẻ khám ngay. - Khám lại trong 5 ngày nếu không tiến triển tốt.

4. Khám đánh giá và phân loại tiêu chảy: phải hỏi về tiêu chảy ở tất cả trẻ theo các bước sau:

• **Bước 1: Hỏi**

- Hỏi trẻ có bị tiêu chảy không ? Dùng những từ dễ hiểu về tiêu chảy để hỏi bà mẹ:

+ Nếu bà mẹ trả lời không, hãy hỏi về triệu chứng chính tiếp theo, sốt. Bạn không cần đánh giá sâu hơn về các dấu hiệu liên quan đến tiêu chảy.

+ Nếu bà mẹ trả lời có, hoặc nếu bà mẹ nói ngay từ đầu tiêu chảy là lý do đến khám, hãy ghi câu trả lời của bà. Sau đó đánh giá mất nước, tiêu chảy kéo dài hay lỵ.

- Hỏi: Đã bao lâu ? Dành thời gian để bà mẹ trả lời.

- Hỏi: có máu trong phân không ? Hỏi bà mẹ xem bà có thấy máu trong phân bất kỳ lúc nào trong thời gian trẻ bị tiêu chảy không.

• **Bước 2:** Quan sát toàn trạng chung của trẻ có li bì hoặc khó đánh thức hay vật vã kích thích.

• **Bước 3:** Tìm dấu hiệu mắt trũng: nhìn mắt trẻ trũng.

• **Bước 4:** Tìm dấu hiệu khát nước: cho trẻ uống nước để tìm dấu hiệu khát nước, đề nghị bà mẹ cho trẻ uống một chút nước bằng cốc (ly) hoặc bằng thìa (muỗng), hãy quan sát trẻ uống:

- Trẻ không uống được nghĩa là trẻ không thể bú hoặc uống được khi cho bú hoặc cho uống. Trẻ không uống được vì trong trạng thái ngủ li bì hay khó đánh thức, hoặc trẻ không thể mút hoặc nuốt.

- Trẻ uống háo hức hoặc khát nghĩa là trẻ muốn uống nước một cách rõ ràng, nếu đút đến đâu trẻ uống đến đó, để thìa nước trước mặt trẻ trẻ khóc đòi uống, hãy nhìn xem trẻ có với theo muỗng hoặc ly khi bạn đưa nước cho trẻ không.

- Nếu trẻ uống nước chỉ khi được khuyến khích và không muốn uống thêm, thì không có dấu hiệu "uống háo, khát".

• **Bước 5:** Sờ nếp véo da bụng

Đề nghị bà mẹ đặt trẻ nằm ngữa trên bàn khám để lưng trẻ thẳng và hai tay ở hai bên (không để trên đầu), chân duỗi thẳng. Hoặc đề nghị bà mẹ bế trẻ nằm thẳng trong lòng người mẹ. Vị trí để nếp véo da ở bụng trẻ là ở giữa rốn và thành bụng. Để khám nếp véo da, hãy sử dụng ngón cái và ngón trỏ, không được dùng đầu ngón tay vì sẽ gây đau. Đặt tay của bạn để khi véo da, nếp gấp của da sẽ ở trên đường dọc theo thân trẻ và không nằm ngang thân trẻ. Nhấc tất cả lớp da và lớp mỡ dưới da. Véo da một giây và sau đó thả ra. Khi bạn thả nếp da, hãy nhìn xem nếp véo da có mất:

+ Rất chậm (> 2 giây).

+ Chậm.
+ Mất nhanh.

Nếu bạn vẫn có thể nhìn thấy nếp da trong khi chùn xuống, thậm chí trong một thời gian rất ngắn sau khi bạn thả ra, thì vẫn xác định là nếp véo da mất chậm.

• Bước 6: Phân loại tiêu chảy (xem phần Lý thuyết)

Phân loại mất nước

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Hai trong các dấu hiệu sau: • Li bì hay khó đánh thức • Mắt trũng • Không uống được hoặc uống kém • Nếp véo da mất rất chậm	Mất nước nặng	- Nếu trẻ không có phân loại bệnh nặng khác: Bù dịch đối với mất nước nặng (phác đồ C). Hoặc: - Nếu trẻ có phân loại bệnh nặng khác: Chuyển gấp đến bệnh viện. Nhắc bà mẹ cho uống liên tục từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú. - Nếu trẻ 2 tuổi hoặc lớn hơn đang có dịch tả, hãy cho một liều kháng sinh tả.
Hai trong các dấu hiệu sau : • Vật vã, kích thích • Mắt trũng • Uống nước háo hức • Nếp véo da mất chậm	Có mất nước	- Bù dịch và cho ăn đối với trẻ có mất nước (Phác đồ B). - Nếu trẻ có một phân loại bệnh nặng khác: chuyển gấp đến bệnh viện. Nhắc bà mẹ cho uống liên tục từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú. - Dặn bà mẹ khi nào cho trẻ đến khám ngay. - Khám lại trong 5 ngày nếu không tiến triển tốt.
• Không có đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	Không mất nước	- Uống thêm nhiều dịch và cho ăn để điều trị tiêu chảy tại nhà (Phác đồ A). - Dặn bà mẹ khi nào cho trẻ đến khám ngay. - Khám lại trong 5 ngày nếu không tiến triển tốt.

Nếu tiêu chảy từ 14 ngày hoặc hơn:

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Có mất nước hoặc mất nước nặng	Tiêu chảy kéo dài nặng	- Điều trị mất nước trước khi chuyển trừ trường hợp có phân loại bệnh nặng khác. - Chuyển đến bệnh viện

Không mất nước	Tiêu chảy kéo dài	- Khuyên bà mẹ cách nuôi dưỡng trẻ bị tiêu chảy kéo dài. - Khám lại trong 5 ngày.

Có máu trong phân:

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Có máu trong phân	Lỵ	- Điều trị 5 ngày bằng kháng sinh đường uống đã được khuyến nghị đối với lỵ (Shigella) ở địa phương bạn. - Khám lại trong 2 ngày.

5. Khám đánh giá và phân loại sốt: theo các bước sau

- **Bước 1: Hỏi**

* Hỏi: trẻ có bị sốt không? (dựa vào bệnh sử, sờ thấy nóng hoặc đang có nhiệt độ (37.5^0 C). Nếu có:

+ Xác định nguy cơ sốt rét (SR).

+ Xác định nguy cơ sốt xuất huyết (SXH).

* Hỏi tiếp:

+ Đã bao lâu ?

+ Nếu sốt quá 7 ngày, có phải ngày nào cũng sốt không ?

+ Trẻ có bị sởi trong 3 tháng qua không ?

- **Bước 2: Khám và tìm:**

* Cổ cứng: Khi bạn nói chuyện với trẻ trong lúc khám bệnh, quan sát xem trẻ có cử động và tự gập cổ cũng như nhìn chung quanh một cách dễ dàng không:

+ Nếu trẻ có thể cử động và tự gập cổ nghĩa là trẻ không có dấu hiệu cổ cứng.

+ Nếu bạn không thấy bất kỳ cử động nào hoặc nếu bạn không chắc chắn, hãy thu hút sự chú ý của trẻ về phía rốn hoặc ngón chân. Ví dụ bạn có thể chiếu đèn vào ngón chân hoặc rốn của trẻ hoặc cù vào ngón chân trẻ để khuyến khích trẻ nhìn xuống. Quan sát trẻ có thể tự gập cổ khi nhìn xuống rốn hoặc ngón chân không.

+ Nếu bạn vẫn thấy trẻ tự gập cổ, hãy đề nghị bà mẹ giúp bạn đặt trẻ nằm ngữa. Bạn hãy dùng một tay đỡ nhẹ lưng và vai trẻ, tay kia đỡ đầu trẻ. Sau đó, cẩn thận gập đầu trẻ về phía trước ngực. Nếu cổ có thể gập dễ dàng, trẻ không có dấu hiệu cổ cứng. Nếu cảm thấy cổ cứng hoặc gượng lại khi gập cổ, trẻ có dấu hiệu cổ cứng. Thường trẻ có dấu hiệu cổ cứng sẽ khóc khi ta cố gắng gập cổ trẻ.

* Thóp phồng: để tìm và khám dấu hiệu thóp phồng, bạn yêu cầu bà mẹ bế trẻ ở tư thế ngồi, dỗ cho trẻ không khóc. Bạn hãy dùng lòng bàn tay vuốt nhẹ trên đường giữa đầu trẻ từ sau ra trước. Nếu thóp trước của trẻ phồng, bạn sẽ cảm nhận thóp trước của trẻ gồ lên.

* Chảy nước mũi: Nếu trẻ chảy nước mũi, hãy hỏi xem trẻ chảy nước mũi trong lần bị bệnh này hay đã chảy trước đó. Trẻ bị sốt kèm theo chảy nước mũi thường không phải là bệnh SXH Dengue.

* Dấu hiệu của Sởi: ban toàn thân, ho, chảy nước mũi, mắt đỏ.

Khi mắc sởi, ban đỏ bắt đầu xuất hiện ở sau tai và ở cổ rồi lan dần đến mặt. trong những ngày tiếp theo, ban lan khắp phần còn lại của thân, tay và chân. Sau 4-5 ngày, ban bắt đầu nhạt dần và da có thể bong vẩy. Một số trẻ bị nhiễm trùng nặng ban có thể lan rộng khắp người nhiều hơn. Ban mất màu dần (nâu sẫm hoặc hơi đen), và da bong nhiều hơn. Ban sởi không có bóng nước hoặc mụn mủ. Ban không ngứa. Tránh nhầm ban sởi với những ban thông thường khác ở trẻ như ghẻ và ban nhiệt.

* Vết loét của miệng, chảy mủ mắt, mờ giác mạc:

- **Tìm bên trong miệng trẻ có vết loét:** Các vết loét rất đau, gây nên những vết nứt phía trong miệng, môi và lưỡi. Trường hợp nặng vết loét sâu và rộng. Những vết loét ở miệng làm cho trẻ bị sởi khó ăn uống.

- **Tìm dấu hiệu chảy mủ mắt:** chảy mủ mắt là dấu hiệu nhiễm trùng kết mạc (mặt trong của mi mắt và phần lòng trắng của mắt). Mủ thường có dạng váng khi trẻ ngủ, làm hai mi mắt dính chặt nhau. Bạn nhớ rửa tay trước và sau khi khám mắt những trẻ có chảy mủ mắt.

- **Tìm dấu hiệu mờ giác mạc:** dấu hiệu mờ giác mạc khi có một vùng sương mờ ở giác mạc. Quan sát thật kỹ giác mạc để tìm dấu hiệu mờ giác mạc. Giác mạc có thể mờ hoặc phủ sương giống như một cốc nước nhỏ thêm một chút sữa. Mờ giác mạc có thể ở một hoặc hai mắt.

Nếu có nguy cơ sốt xuất huyết: hãy đánh giá về bệnh sốt xuất huyết:

* **Hỏi:** trẻ có sốt cao liên tục từ 2 đến 7 ngày không ? Hãy hỏi bà mẹ để xác định xem trẻ có sốt cao liên tục từ 2 - 7 ngày hay không. Sốt cao có nghĩa là nhiệt độ nách ≥ 38.5^0C. Bà mẹ có thể không đo nhiệt độ bằng nhiệt kế. Bạn hãy hỏi bà mẹ xem sờ thấy trẻ có nóng liên tục hay không hay chỉ thỉnh thoảng. Nếu bà mẹ không xác định chắc chắn được rằng trẻ có sốt cao liên tục trong vòng 2 – 7 ngày hay không, bạn hãy cho rằng trẻ không có dấu hiệu này. Bạn tìm các dấu hiệu khác để xác định xem trẻ có bị SXH-Dengue hay không.

* **Hỏi:** trẻ có bị chảy máu mũi hoặc chảy máu lợi không ?

* **Hỏi:** trẻ có nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen không ?

* Tìm và khám các dấu hiệu nghi SXH:

- Dấu hiệu chân tay nhóp lạnh: cầm tay trẻ trong tay bạn. Nếu sờ tay ấm nghĩa là không có dấu hiệu suy tuần hoàn. Nếu sờ thấy tay trẻ lạnh, hoặc nhớp lạnh, đó là dấu hiệu sốc.

- Bắt mạch quay: có bắt được không ? có yếu và nhanh không. Giới hạn mạch nhanh phụ thuộc vào tuổi trẻ:

Tuổi của trẻ	**Mạch nhanh, nếu:**
2 tháng - < 12 tháng	> 140 nhịp / phút
12 tháng - < 5 tuổi	> 120 nhịp / phút

Mạch nhanh và yếu có nghĩa là trẻ đang trong tình trạng sốc. Đôi khi bạn sờ không thấy mạch. Nếu bạn không thể bắt mạch ở trẻ trên 1 tuổi, hãy thử bắt mạch cổ. Thông thường mạch cổ đập mạnh. Xác định xem mạch đập yếu hay không và đếm xem có phải

mạch nhanh không. Trẻ không có mạch thường trong tình trạng li bì hoặc khó đánh thức. Không có mạch là dấu hiệu của tình trạng sốc nặng.

Sau đó tìm các dấu hiệu khác của SXH.

- Quan sát toàn trạng của trẻ, xem trẻ có li bì hoặc vật vã không ? Khi bạn kiểm tra các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân, bạn đã đánh giá xem trẻ có li bì hay không. Bạn cũng đã được học cách đánh giá dấu hiệu vật vã trong phần đánh giá về tiêu chảy. Li bì hoặc vật vã là dấu hiệu nặng của bệnh SXH. Bạn nhớ sử dụng dấu hiệu này để phân loại trẻ về SXH.
- Tìm các chấm, nốt và mảng xuất huyết dưới da.
- Tìm dấu hiệu chảy máu mũi hoặc chảy máu lợi.

• Bước 3: Phân loại sốt

Có nguy cơ sốt rét

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào, hoặc • Cổ cứng, hoặc • Thóp phồng	Bệnh rất nặng có sốt hoặc sốt rét nặng.	- Cho liều đầu thuốc sốt rét phù hợp với sốt rét nặng. - Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp. - Điều trị trẻ phòng hạ đường huyết. - Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu nhiệt độ ≥ 38.5^0C. - Chuyển gấp đến bệnh viện.
• Xét nghiệm KSTSR dương tính với: - P. falciparum hoặc - P.Vivax hoặc - Cả hai	Sốt rét.	- Cho thuốc sốt rét thích hợp. - Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu nhiệt độ ≥ 38.5^0C. - Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên.
• Chưa có kết quả xét nghiệm hoặc xét nghiệm KSTSR âm tính và • Không chảy mũi và • Không tìm được nguyên nhân gây sốt do bệnh khác	Sốt - giống sốt rét	- Cho thuốc sốt rét thích hợp. - Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu nhiệt độ ≥ 38.5^0C. - Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên.
• Chưa có kết quả xét nghiệm hoặc xét nghiệm KSTSR âm	Sốt - không giống sốt rét	- Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu nhiệt độ ≥ 38.5^0C. - Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến

tính và • Có các nguyên nhân gây sốt do bệnh khác		khám ngay. - Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên.

Không có nguy cơ sốt rét

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc • Cổ cứng hoặc • Thóp phồng	Bệnh rất nặng có sốt.	- Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp với bệnh rất nặng có sốt. - Điều trị trẻ phòng hạ đường huyết. - Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu nhiệt độ ≥ 38.5^0C. - Chuyển gấp đến bệnh viện.
Có các nguyên nhân gây sốt do bệnh khác ****	Sốt - không có nguy cơ sốt rét	- Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu nhiệt độ ≥ 38.5^0C. - Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại trong 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên.

Phân loại sởi

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
• Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc • Mờ giác mạc hoặc • Vết loét miệng sâu hoặc rộng	**sởi biến chứng nặng*** **	▸ Cho Vitamin A - Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp. - Nếu mờ giác mạc hoặc chảy mủ mắt, tra thuốc mỡ mắt tetracyclin. - Chuyển gấp đến bệnh viện.
• Có mủ ở mắt hoặc • Đau, loét miệng	Sởi biến chứng mắt và / hoặc miệng***	▸ Cho Vitamin A - Nếu có mủ mắt, điều trị bằng thuốc mỡ mắt tetracyclin. - Nếu đau, loét miệng, điều trị tím gentian 0.25% hoặc xanh methylen 1% hoặc glycerin borat 3%. - Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại trong 2 ngày.
• Đang mắc sởi và • Không có các	**Đang mắc sởi**	▸ Cho Vitamin A - Dặn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến

triệu chứng trên		khám ngay. - Khám lại trong 2 ngày.
• Sởi trong vòng 3 tháng gần đây • Không có các triệu chứng nêu trên	Đã mắc sởi	▸ Cho Vitamin A, nếu chưa uống trong và sau khi mắc đợt sởi cấp.

Có nguy cơ sốt xuất huyết

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
• Chân tay nhóp lạnh và • Mạch nhanh và yếu	Hội chứng sốc sốt xuất huyết Dengue	- Bù dịch đối với hội chứng sốc sốt xuất huyết. - Chuyển gấp đến bệnh viện.
• Li bì hoặc vật vã hoặc • Chảy máu mũi hoặc máu lợi hoặc • Nôn ra máu hoặc đi tiêu phân đen hoặc • Chấm nốt hoặc mảng xuất huyết dưới da	Có khả năng sốt xuất huyết Dengue nặng	- Chuyển gấp đến bệnh viện, cho uống từng ngụm ORS trên đường đi.
• Sốt liên tục 2-7 ngày và • Không có dấu hiệu trên • Không có các nguyên nhân gây sốt khác	Nghi ngờ sốt Dengue	- Cho paracetamol nếu nhiệt độ ≥ 38.5^0C. - Cho trẻ uống càng nhiều càng tốt. - Dặn bà mẹ khi nào nên đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại trẻ hằng ngày cho đến khi hết sốt (2 ngày liên tục không dùng paracetamol). - Nếu trẻ sốt hằng ngày kéo dài trên 7 ngày, chuyển lên tuyến trên.

6. Khám đánh giá và phân loại các vấn đề tai: theo các bước sau:

- **Bước 1: Hỏi**
  - Hỏi trẻ có vấn đề ở tai không ?
  - Nếu có, hỏi tiếp:
    + Có đau tai không ?
    + Tai có chảy nước không ?
    + Nếu có trong bao lâu ?
- **Bước 2: Nhìn:**

Tìm mủ chảy ra từ tai: hãy nhìn vào bên trong tai trẻ xem có mủ chảy ra không ?

• **Bước 3: Sờ:** vùng sưng đau sau tai

Sờ phía sau cả hai tai. So sánh chúng và xác định xem xương chũm có sưng đau không, ở trẻ nhũ nhi có thể sưng phía trên tai. Muốn phân loại viêm xương chũm phải có cả sưng và đau. Không được lầm sưng của xương chũm với sưng của hạch bạch huyết.

• **Bước 4: Phân loại vấn đề ở tai và xác định điều trị**

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
• Sưng đau sau tai	**Viêm xương chũm**	- Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp. - Cho 1 liều đầu paracetamol để giảm đau. - Chuyển gấp đến bệnh viện.
• Chảy mủ tai hoặc chảy nước tai dưới 14 ngày hoặc • Đau tai	**Viêm tai cấp**	- Cho kháng sinh trong 5 ngày. - Cho paracetamol để giảm đau. - Làm khô tai bằng bấc sâu kèn. - Khám lại trong 5 ngày.
• Chảy mủ tai hoặc chảy nước tai 14 ngày hoặc hơn	**Viêm tai mãn**	- Làm khô tai bằng bấc sâu kèn. - Khám lại trong 5 ngày.
• Không đau tai và • Không chảy mủ tai	**Không viêm tai**	- Không điều trị gì thêm.

7. Kiểm tra suy dinh dưỡng và thiếu máu

• **Bước 1: Nhìn và khám:**

- Tìm dấu hiệu gầy mòn nặng rõ rệt: hãy cởi quần áo của trẻ. Tìm dấu gầy mòn nặng của cơ vai, cánh tay, mông và chân. Nhìn thấy dễ dàng các xương sườn. Nhìn vào hông trẻ, hông nhỏ hơn bụng và ngực, nhìn nghiêng sẽ thấy không có lớp mỡ ở mông. Khi gầy mòn nặng, sẽ có nhiều nếp gấp da ở mông và đùi. Trông trẻ giống như đang mặc chiếc quần rộng. Bụng có thể to hoặc chướng.

- Tìm dấu hiệu mờ giác mạc (xem ở phần khám sởi)

- Tìm dấu hiệu lòng bàn tay nhợt: hãy nhìn da lòng bàn tay trẻ, nắm nhẹ nhàng cạnh bên bàn tay để giữ cho lòng bàn tay trẻ mở ra. Không được bẻ căng các ngón tay ra sau. So sánh màu của lòng bàn tay trẻ với màu của lòng bàn tay bạn và với lòng bàn tay của những trẻ khác. Nếu da lòng bàn tay trẻ rất xanh hoặc quá xanh đến nỗi trông trắng bợt, thì trẻ sẽ có lòng bàn tay rất nhợt.

- Tìm dấu hiệu phù cả 2 chân: dùng ngón tay cái ấn nhẹ lên cạnh của mỗi mu bàn chân trong vài giây. Trẻ bị phù nếu vẫn còn một vết lõm trên bàn chân khi bạn nhấc ngón tay ra.

- Đối chiếu cân nặng theo tuổi: dùng biểu đồ tăng trưởng để đối chiếu cân nặng theo tuổi.

• **Bước 2: Phân loại dinh dưỡng và thiếu máu và xác định điều trị**

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
• Gầy mòn nặng rõ rệt • Mờ giác mạc hoặc • Lòng bàn tay rất nhợt hoặc • Phù cả 2 mu bàn chân	Suy dinh dưỡng nặng và / hoặc thiếu máu nặng	▸ Cho Vitamin A - Chuyển gấp đến bệnh viện.
• Lòng bàn tay nhợt • Nhẹ cân so với tuổi	Thiếu máu và / hoặc nhẹ cân	▸ Đánh giá chế độ ăn của trẻ và tham vấn cho các bà mẹ nuôi dưỡng trẻ theo ô dinh dưỡng trong phác đồ tham vấn cho bà mẹ. - Nếu có vấn đề nuôi dưỡng bất hợp lý, khám lại trong 5 ngày. ▸ Nếu lòng bàn tay nhợt : + Cho sắt + Cho Mebendazole nếu trẻ ≥ 2 tuổi và chưa dùng thuốc này trong 6 tháng gần đây. + Khám lại trong 14 ngày. ▸ Nếu rất nhẹ cân so với tuổi, khám lại trong 30 ngày. ▸ Dặn bà mẹ khi nào nên cho trẻ đến khám ngay.
• Không rất nhẹ cân so với tuổi và không có các dấu hiệu khác của suy dinh dưỡng	Không thiếu máu và không nhẹ cân	▸ Nếu trẻ dưới 2 tuổi, đánh giá chế độ nuôi dưỡng trẻ và tham vấn cho các bà mẹ nuôi dưỡng trẻ theo ô dinh dưỡng trong phác đồ tham vấn cho bà mẹ. ▸ Dặn bà mẹ khi nào nên cho trẻ đến khám ngay.

8. Kiểm tra tình trạng tiêm chủng của trẻ

Kiểm tra về tiêm chủng của tất cả trẻ bệnh theo lịch chủng ngừa của quốc gia:

Lịch tiêm chủng:

Sơ sinh	2 tháng	3 tháng	4 tháng	9 tháng
Lao	Bại Liệt 1	Bại Liệt 2	Bại Liệt 3	Sởi
	BH-HG-UV 1	BH-HG-UV 2	BH-HG-UV 3	

VGB1	VGB2		VGB3	

9. Đánh giá vấn đề khác

10. Xác định điều trị: (xem lại bảng phân loại bệnh ở trên)

- Chọn các ưu tiên điều trị.
- Xác định điều trị trước chuyển viện gấp.
- Xác định điều trị cho bệnh nhân không cần chuyển viện gấp.

Sau đó điều trị cụ thể, nên xem quyển phác đồ điều trị IMCI.

B. Đối với trẻ bệnh từ 1 tuần đến 2 tháng tuổi:

1. Kiểm tra khả năng nhiễm khuẩn ở trẻ nhỏ: theo các bước sau:

• Bước 1: Hỏi

Hỏi bà mẹ:

- Trẻ có co giật ?
- Trẻ có bỏ bú hoặc bú kém không ?

• Bước 2: Nhìn: Đếm nhịp thở trong 1 phút, đếm lại nếu thấy thở nhanh

- Đếm nhịp thở như bạn đã làm đối với những trẻ lớn, trẻ nhỏ thường thở nhanh hơn trẻ lớn. Trẻ nhỏ thở ≥ 60 lần/phút là trẻ thở nhanh.
- Nếu lần đầu đếm được 60 nhịp/phút hoặc hơn hãy đếm lại. Nếu lần thứ hai cũng đếm được 60 nhịp/phút hoặc hơn là trẻ thở nhanh.

• Bước 3: Khám

- Tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực nặng: tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực nặng giống như khi bạn tìm rút lõm lồng ngực ở trẻ lớn. Rút lõm lồng ngực nặng nghĩa là rút lõm rất sâu và dễ nhìn.
- Tìm dấu hiệu phập phồng cánh mũi: phập phồng cách mũi là sự mở rộng của lỗ mũi khi thở vào.
- Tìm và nghe tiếng thở rên: tiếng thở rên là một âm thanh nhẹ, ngắn do trẻ tạo nên khi thở ra.
- Tìm và khám dấu hiệu thóp phồng: Giữ trẻ ở vị trí thẳng đứng. Khám thóp phồng khi trẻ không khóc, sau đó nhìn và sờ thóp, nếu thấy thóp phồng hơn mặt phẳng, có thể là trẻ bị viêm màng não.
- Tìm dấu hiệu chảy mủ tai: khám bên trong tai trẻ xem có chảy mủ hay không.
- Quan sát rốn đỏ hay chảy mủ: quan sát rốn – xem có đỏ và chảy mủ không ? Có những quầng đỏ lan rộng trên da hay không ? Có thể có đỏ ở chân rốn hoặc rốn có thể chảy mủ (cuống rốn thường rụng trong vòng 1 tuần rồi). Nếu quầng đỏ lan rộng trên da bụng đó là nhiễm khuẩn nặng.
- Tìm các mụn mủ ở da: có nhiều mụn mủ hoặc các mụn mủ nhiễm khuẩn nặng không ? Khám da toàn bộ cơ thể. Mụn mủ ở da là những chấm đỏ hoặc mụn nước chứa đầy mủ, nếu bạn nhìn thấy mụn mủ, thì có nhiều hay ít.
- Quan sát xem trẻ có ngủ li bì hay khó đánh thức: là trẻ không thể bị đánh thức và không thể thức nhưng lẽ ra trẻ phải thức, trẻ không đáp ứng khi chạm vào người. Nếu trẻ không thể thức dậy trong suốt quá trình đánh giá, hãy đề nghị bà mẹ đánh thức trẻ. Quan

sát xem trẻ có thức dậy khi người mẹ lay nhẹ hoặc khi bạn vỗ tay. Hãy quan sát nếu trẻ thức dậy.

- Quan sát cử động của trẻ. Có ít hơn bình thường không? Một trẻ thức dậy sẽ cử động tay chân bình thường hoặc quay đầu một vài lần trong một phút nếu bạn quan sát kỹ.

2. Phân loại khả năng nhiễm khuẩn

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Một trong các dấu hiệu sau: • Co giật. • Bỏ bú hoặc bú kém. • Thở nhanh (≥ 60lần/phút). • Rút lõm lồng ngực nặng. • Cánh mũi phập phồng. • Thở rên. • Thóp phồng. • Chảy mủ tai. • Tấy đỏ quanh vùng rốn. • Sốt (≥ 37.5^{0}C hoặc sờ thấy nóng) hoặc hạ nhiệt độ. • Nhiều mụn hoặc mụn mủ nhiễm khuẩn nặng ở da. • Ngủ li bì hoặc khó đánh thức. • Cử động ít hơn bình thường.	**Có khả năng nhiễm khuẩn nặng**	- Cho liều kháng sinh tiêm bắp đầu tiên. - Điều trị để phòng hạ đường huyết - Hướng dẫn bà mẹ cách giữ ấm trẻ trên đường đến bệnh viện. - Chuyển gấp đến bệnh viện.
• Rốn đỏ hoặc chảy mủ rốn hoặc • Mụn mủ da.	**Nhiễm khuẩn tại chỗ**	- Cho uống một kháng sinh thích hợp. - Hướng dẫn bà mẹ điều trị nhiễm khuẩn tại chỗ ở nhà. - Khuyên bảo bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà. - Khám lại trong 2 ngày.

3. Khám đánh giá và phân loại tiêu chảy

• **Bước 1:** Hỏi: Hỏi bà mẹ trẻ có tiêu chảy không ? Nếu có, đánh giá và phân loại giống như trẻ lớn.

Ở trẻ bú mẹ, phân nhiều nước và trẻ đi ngoài thường xuyên không phải là tiêu chảy. Nhưng bà mẹ cho con bú có thể nhận ra bệnh tiêu chảy vì tính chất và số lượng phân khác bình thường.

• **Bước 2:** Khám đánh giá mất nước giống như trẻ lớn, nhưng dấu hiệu khát không được đánh giá.

• **Bước 3:** Phân loại tiêu chảy và xác định điều trị.

Phân loại tiêu chảy trẻ nhỏ tương tự như trẻ lớn

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Hai trong các dấu hiệu sau : • Ngủ li bì hay khó đánh thức. • Mắt trũng. • Nếp véo da mất rất chậm.	**Mất nước nặng**	▸ Nếu trẻ không có khả năng nhiễm khuẩn nặng: - Truyền dịch nhanh chóng theo phác đồ C và sau đó chuyển gấp đến bệnh viện hoặc ▸ Nếu trẻ có khả năng nhiễm khuẩn nặng: - Chuyển gấp đến bệnh viện. Dặn bà mẹ cho uống thường xuyên từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú.
Hai trong các dấu hiệu sau : • Vật vã, kích thích. • Mắt trũng. • Nếp véo da mất chậm.	**Có mất nước**	▸ Bù dịch và cho ăn đối với trẻ có mất nước (phác đồ B) chỉ trong 4 giờ và sau đó chuyển gấp đến bệnh viện. ▸ Nếu trẻ có khả năng nhiễm khuẩn nặng: chuyển gấp đến bệnh viện. Dặn bà mẹ cho uống từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú.
• Không có đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng.	**Không mất nước**	▸ Uống thêm dịch để điều trị tiêu chảy tại nhà (Phác đồ A). ▸ Khám lại trong 2 ngày.

Nếu tiêu chảy từ 14 ngày hoặc hơn:

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Tiêu chảy kéo dài 14 ngày hoặc hơn	Tiêu chảy kéo dài nặng	▸ Nếu trẻ bị mất nước điều trị tình trạng mất nước trước khi chuyển ngoại trừ trẻ có khả năng nhiễm khuẩn nặng. ▸ Chuyển đến bệnh viện.

Có máu trong phân:

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Có máu trong phân	Ly	▸ Nếu trẻ bị mất nước điều trị tình trạng mất nước trước khi chuyển ngoại trừ trẻ có khả năng nhiễm khuẩn nặng. ▸ Chuyển đến bệnh viện.

4. Kiểm tra vấn đề dinh dưỡng hoặc nhẹ cân (khi trẻ không chuyển gấp đi bệnh viện)

• **Bước 1: Hỏi:** Cách hỏi về nuôi dưỡng trẻ và xác định cân nặng theo tuổi

* Bạn hãy hỏi bà mẹ :

- Có khó khăn khi nuôi dưỡng trẻ không ?
- Trẻ có bú mẹ không ? Nếu có, bao nhiêu lần trong 24 giờ.
- Có thường xuyên cho trẻ ăn các thức ăn hay nước uống gì khác không? Nếu có, thì mấy lần một ngày ? Bà thường dùng dụng cụ gì để cho trẻ ăn ?

* Đối chiếu cân nặng theo tuổi: dùng bảng cân nặng theo tuổi được đánh dấu theo tháng.

• **Bước 2: Cách đánh giá một bữa bú**

* Không cần đánh giá một bữa bú, khi:

- Bú mẹ hoàn toàn, không gặp khó khăn gì, không nhẹ cân so với tuổi.
- Trẻ hoàn toàn không bú mẹ.
- Trẻ có vấn đề nghiêm trọng cần chuyển gấp đi bệnh viện.

* Cách đánh giá một bữa bú: Hỏi bà mẹ trẻ có được bú mẹ trong 1 giờ trước không ? Nếu không, hãy đề nghị bà mẹ cho trẻ bú. Quan sát toàn bộ thời gian cho trẻ bú, hoặc quan sát ít nhất trong 4 phút. Ngồi yên lặng và quan sát trẻ bú.

- Nhìn trẻ có ngậm bắt vú tốt không ? Nếu ngậm bắt vú tốt khi:
  + Cằm chạm vào vú.
  + Miệng mở rộng.
  + Môi dưới hướng ra ngoài.
  + Nhìn rõ quầng vú ở phía trên miệng trẻ nhiều hơn ở phía dưới
- Bú có hiệu quả: khi trẻ bú chậm, sâu, thỉnh thoảng nghỉ.

• **Bước 3: Tìm vết loét miệng hoặc nấm miệng**

Nhìn vào bên trong miệng, quan sát lưỡi và mặt trong của má. Nấm trông giống cặn sữa ở mặt trong của má hoặc phủ một lớp dầy trắng trên lưỡi, hãy thử lau vệt trắng. Các vệt trắng của nấm vẫn còn sót lại.

Các dấu hiệu	Phân loại	Xác định điều trị
Một trong các dấu hiệu sau: • Ngậm bắt vú không tốt • Bú không có hiệu quả • Bú mẹ dưới 8 lần/24giờ • Dùng các thức ăn hoặc nước uống khác • Nhẹ cân so với tuổi • Nấm miệng (loét hoặc vết trắng ở	Có vấn đề nuôi dưỡng hoặc nhẹ cân	▸ Khuyên bà mẹ cho trẻ bú lâu và thường xuyên bất cứ khi nào trẻ muốn cả ngày và đêm. - Nếu không ngậm bắt vú tốt hoặc bú không hiệu quả hướng dẫn cách bế trẻ và ngậm bắt vú đúng. - Nếu bú dưới 8 lần trong 24 giờ, hãy khuyên bà mẹ tăng số lần cho bú. ▸ Nếu trẻ đang ăn uống các thức ăn hoặc nước uống khác , tham vấn bà mẹ cho trẻ bú nhiều hơn, giảm các thức ăn và nước uống khác và dùng cốc. - Nếu không được bú mẹ

miệng)		+ Tham vấn nuôi con bằng sữa mẹ và phục hồi sự tiết sữa + Hướng dẫn pha sữa thay thế đúng cách và dùng cốc. ▸ Nếu có nấm miệng, hướng dẫn bà mẹ điều trị nấm miệng tại nhà. ▸ Khuyên bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà. ▸ Khám lại trong 2 ngày nếu có vấn đề về nuôi dưỡng hoặc nấm miệng. ▸ Khám lại trong 14 ngày nếu nhẹ cân so với tuổi.
• Không nhẹ cân và không có đủ các dấu hiệu của nuôi dưỡng bất hợp lý	Không có vấn đề nuôi dưỡng	▸ Khuyên bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà. ▸ Khen ngợi bà mẹ đã nuôi dưỡng trẻ tốt.

5. Xác định điều trị thích hợp: (xem trên bảng phân loại)

- Xác định xem trẻ có cần chuyển gấp không.
- Xác định hướng điều trị cho những trẻ nhỏ không cần chuyển gấp.
- Điều trị gấp trước khi chuyển.

6. Điều trị trẻ bệnh và tham vấn cho bà mẹ

- Kháng sinh tiêm bắp: xem lại bảng liều và thời khóa biểu trong phần điều trị trẻ nhỏ và tham vấn bà mẹ của phác đồ trẻ nhỏ (IMCI).
- Kháng sinh đường uống thích hợp: các loại bệnh sau cần dùng kháng sinh ở trẻ nhỏ bệnh tuổi từ 1 tuần đến 2 tháng:
  + Nhiễm trùng tại chỗ.
  + Lỵ.

7. Đánh giá các vấn đề khác

Đánh giá bất kỳ vấn đề nào được bà mẹ nói tới hoặc bạn quan sát thấy. Nếu bạn nghĩ rằng trẻ có vấn đề nghiêm trọng hoặc bạn không biết cách giúp trẻ, hãy chuyển trẻ đến bệnh viện.

C. Giao tiếp và khuyên bảo (H3K)

1. Sử dụng kỹ năng giao tiếp tốt:

- Hỏi và lắng nghe để tìm những vấn đề của trẻ và xem bà mẹ đã làm gì cho trẻ.
- Khen ngợi bà mẹ về những gì bà mẹ đã làm tốt.
- Khuyên bảo bà mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà.
- Kiểm tra sự hiểu biết của bà mẹ.

2. Khuyên bảo:

2.1. Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ uống thuốc tại nhà

- Xác định loại thuốc và liều dùng thích hợp cho từng lứa tuổi hoặc cân nặng.
- Giải thích cho bà mẹ lý do cần cho trẻ uống thuốc.
- Làm mẫu cách lường liều lượng thuốc, hoặc viên nang chỉ cho bà mẹ lượng dùng mỗi liều.
- Quan sát bà mẹ tự tập lường thuốc.
- Yêu cầu bà mẹ tự cho uống liều thuốc đầu tiên.
- Giải thích kỹ lưỡng cho bà mẹ cách cho trẻ uống thuốc.
- Giải thích tất cả các loại thuốc phải cho uống trọn vẹn cả đợt điều trị, ngay cả khi trẻ khoẻ hơn.
- Kiểm tra sự hiểu biết của bà mẹ trước khi về nhà. Đặt những câu hỏi kiểm tra bà mẹ, ví dụ như: "Khi nào chị cho cháu uống thuốc ? Trong bao nhiêu ngày ? ", ...

2.2. Hướng dẫn người nuôi trẻ cách điều trị nhiễm khuẩn tại nhà: bạn cần:

- Giải thích cách điều trị và tại sao phải điều trị.
- Mô tả các bước điều trị đã được liệt kê trong khung phác đồ.
- Quan sát bà mẹ tự điều trị lần đầu tại cơ sở y tế.
- Dặn bà mẹ số lần điều trị tại nhà.
- Kiểm tra sự hiểu biết của bà mẹ trước khi rời khỏi cơ sở y tế.

2.3. Hướng dẫn bà mẹ về vấn đề bú mẹ:

Hướng dẫn tư thế và cách ngậm bắt vú tốt

2.4. Hướng dẫn bà mẹ về thức ăn và nước uống: Các hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ (xem bảng Tham vấn bà mẹ về vấn đề nuôi dưỡng trong phác đồ IMCI).

2.5. Hướng dẫn bà mẹ khi nào cần đưa trẻ đến cán bộ y tế

- Khuyên khi nào đến khám lại.
- Khi nào cần đưa trẻ trở lại ngay.
  + Đối với trẻ 1 tuần - 2 tháng: nếu trẻ có bất cứ dấu hiệu nào dưới đây:
    . Không uống được hoặc bỏ bú.
    . Bệnh nặng hơn.
    . Trẻ sốt hoặc hạ thân nhiệt.
    . Thở bất thường.
    . Có máu trong phân.
  + Đối với trẻ 2 tháng - 5 tuổi: nếu trẻ có bất cứ dấu hiệu nào dưới đây:

Khuyên bà mẹ trở lại cơ sở y tế ngay nếu trẻ có bất cứ dấu hiệu nào dưới đây	
Bất kỳ trẻ nào bị bệnh	• Không uống được hoặc bỏ bú. • Bệnh nặng hơn. • Trẻ có sốt hoặc sốt cao hơn.
Nếu trẻ không viêm phổi: ho hoặc cảm lạnh	Thở bất thường
Nếu trẻ tiêu chảy	Có máu trong phân Trẻ rất khát

- Khi nào đưa trẻ khoẻ đến khám lại.

Chăm sóc khi khám lại :

1. Chăm sóc trẻ bệnh khi khám lại.
2. Chăm sóc trẻ nhỏ bị bệnh khi khám lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ môn Nhi-Đại học Y Hà Nội (2013), *Bài giảng nhi khoa,* Tập 1, NXB Y học.
2. Bộ môn Nhi- Đại học Y Hà Nội (2013), *Bài giảng nhi khoa*, Tập 2, NXB Y học.
3. Bộ môn Nhi-Đại học Y TP Hồ Chí Minh (2004), *Bài giảng nhi khoa,* Tập 1, NXB Y học.
4. Bộ môn Nhi- Đại học Y TP Hồ Chí Minh (2004), *Bài giảng nhi khoa*, Tập 2, NXB Y học.
5. Bộ môn dinh dưỡng–An toàn thực phẩm (2011), Dinh dưỡng học, Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
6. Bộ Y tế và Viện dinh dưỡng (2012), *Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011–2020 và tầm nhìn đến năm 2030*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Bộ Y tế Việt Nam, UNICEF, WHO (2010), "*Hướng dẫn xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp trẻ em*", NXB Y học Hà Nội
8. Bệnh viện Nhi đồng I (2013), Phác đồ điều trị Nhi khoa, NXB Y học.

Tài liệu tiếng Anh:

9. Avner, Ellis D (2009), "Acute Postinfectious Glomerulonephritis*". Pediatric Nephrology*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp. 743- 756.
10. Adre J. du Plessis (2008), "Neonatal serzures", *Manual of Neonatal care,* 6th edition, Lippincott Williams and Wilkins, pp. 483-514.
11. Constance H. Keefer (2010), Manual of Neonatal care, 6th edition, Lippincott Williams and Wilkins, p 71 – 78.
12. Fleming S, Thomson M, Stevens R (2011), *Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children*, Lancet.
13. James M. Adams (2013), "Jaundie". *Guidelines for Acute of the Neonatal*, 21st Edition, pp 56 -59.
14. Megan M. Tschudy (2012), *The Harriet Lane handbook - A manual for pediatric house officers 19th edition*, Elservier.
15. Robert M. Kliegman (2016), *Nelson textbook of pediatrics 20th Edition*, Elsevier.
16. Rudolph, Colin D (2003), *Rudolph's Pediatrics*, McGraw-Hill.
17. Tricia Lacy Gomella (2004), "Neurology Diseases", *Neonatology*, 5th edition, McGraw-Hill Companies, pp. 491-508.
18. Thomson Kate (2009), *Pediatrics Handbook 8th Edition*, Utopia Press Pte Ltd, Singapore.