

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA TIÊU HÓA

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU SINH LÝ BỘ MÁY TIÊU HÓA TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Số giờ thực hành: 03 tiết
2. Đối tượng: sinh viên Y4 đa khoa
3. Địa điểm: phòng khám đa khoa, Bệnh phòng khoa tiêu hóa bệnh viện nhi TU
4. Tên người biên soạn: BS Trần Văn Quang

II. Mục tiêu thực hành:

1. Khám được một bộ máy tiêu hoá trẻ bình thường: khám miệng, bụng, xác định gan lách to, bụng chướng, nhận định phân của trẻ bình thường khi ăn sữa mẹ và sữa bò
2. Giải thích được cho bà mẹ các hiện tượng sinh lý và bệnh lý thường gặp có liên quan đến đặc điểm giải phẫu và sinh lý bộ máy tiêu hoá trẻ em

III. Nội dung thực hành

1. Kỹ năng khai thác bệnh sử của một trẻ có bệnh liên quan đến tiêu hóa:

- Trẻ có nôn không
- Tình trạng ăn uống dinh dưỡng
- Khai thác các bệnh lý liên quan đến tiêu hóa: rối loạn tiêu hóa, biếng ăn

2. Kỹ năng khám tiêu hóa:

- Khám miệng: dưới ánh sáng thường hoặc đèn pin khi bệnh nhân khóc hoặc bảo bệnh nhân há mồm (trẻ lớn). Quan sát trước khi dùng đè lưỡi khám. Dùng đè lưỡi đưa nhẹ, khám hai bên má và quan sát sau đó đè lưỡi nhanh và nhẹ để quan sát toàn bộ bên trong hầu họng phát hiện các bệnh lý thường gặp ở miệng như tưa lưỡi, viêm loét miệng
- Khám bụng của trẻ bình thường, cách phát hiện, sờ nắn gan lách to
- Đánh giá tình trạng bụng chướng
- Thăm khám quan sát bên ngoài vùng hậu môn và nhận biết tình trạng bình thường để xác định các dấu hiệu bệnh lý như hậu môn không đóng kín sau lý nhiễm độc, sa trực tràng, nứt kẽ hậu môn
- Quan sát và nhận định chất nôn, trớ của trẻ (nếu có) nhận biết sữa mới, sữa vón, dịch vàng...
- Quan sát đánh giá phân: ỉa chảy, phân nhày máu mũi

3. Kỹ năng giao tiếp với người mẹ:

- Thăm hỏi tạo sự tin tưởng cho người mẹ
- Giải thích một số biểu hiện thường gặp về tiêu hóa ở trẻ nhỏ như nôn trớ, biếng ăn, rối loạn tiêu hóa
- Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc, theo dõi những biểu hiện thường gặp về tiêu hóa

BỆNH TIÊU CHẢY CẤP Ở TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Số giờ thực hành: 06 tiết
2. Đối tượng: sinh viên Y4, Y6 đa khoa
3. Địa điểm: phòng khám đa khoa, Bệnh phòng khoa tiêu hóa bệnh viện nhi TU

4. Tên người biên soạn: BS Trần Văn Quang

II. Mục tiêu thực hành:

1. Khai thác được bệnh sử của một trẻ bị tiêu chảy cấp
2. Đánh giá, phân loại và phát hiện được các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng, phân tích được tính chất phân của trẻ bị tiêu chảy
3. Xử trí được các mức độ mất nước A,B,C theo phác đồ và chỉ định dùng kháng sinh trong tiêu chảy cấp
4. Thực hành pha, sử dụng Oresol và các dung dịch thay thế
5. Hướng dẫn bà mẹ cách theo dõi, sử dụng Oresol khi trẻ bị tiêu chảy và các biện pháp phòng bệnh

III. Nội dung thực hành

1. Kỹ năng khai thác bệnh nhân tiêu chảy cấp:

- Hỏi tiêu chảy bắt đầu từ khi nào: giúp phân loại tiêu chảy và tiên lượng tiên triển bệnh (thường trong 3 ngày đầu trẻ đi ngoài rất nhiều lần)
- Số lần đi ngoài trong ngày
- Tính chất phân: toàn nước, nhày máu, tanh, chua...
- Khối lượng phân mỗi lần đi ngoài
- Trẻ có nôn không
- Uống như thế nào
- Các triệu chứng kèm theo tiêu chảy: ho, sốt, chướng bụng, chán ăn

2. Kỹ năng phát hiện các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng:

2.1. **Đánh giá dấu hiệu vật vã, kích thích, li bì khó đánh thức** bằng cách quan sát bệnh nhân (phân biệt trẻ hôn với vật vã, kích thích, khi trẻ đang ngủ hoặc mệt mỏi với dấu hiệu li bì khó đánh thức do mất nước) bằng cách đánh thức trẻ dậy, cho trẻ uống, bắt mạch và hỏi bà mẹ số lần trẻ đi ngoài cũng như tình trạng cuatrẻ khi khám giúp xác định các dấu hiệu trên.

2.2. **Đánh giá nếp véo da mất nhanh, chậm và rất chậm:** dùng ngón trỏ và ngón cái (tránh dùng đầu ngón như véo gây đau), véo cả da và lớp mỡ dưới da ở vùng bụng theo chiều dọc lên cao và thả ra nhanh: mất nhanh khi nếp da trở về bình thường ngay, mất chậm khi nếp da đó trở về chậm dưới 2 giây và mất rất chậm khi một lúc sau (trên 2 giây) mới trở về bình thường

2.3. **Đánh giá trẻ khát:** Phải quan sát khi trẻ uống Oresol xem có tình trạng uống háo hức hay không

2.4. **Xác định dấu hiệu mắt trũng:** khi nhìn thấy mắt trũng rõ. Nếu dấu hiệu này chưa rõ thì hỏi người mẹ bằng câu hỏi mở như chị thấy mắt cháu trông như thế nào? Nếu người mẹ nói thấy mắt trũng thì dấu hiệu được xác định

2.5. **Khóc có nước mắt:** Quan sát khi trẻ khóc

2.6. **Đánh giá tính chất phân:** Nhìn và đánh giá tính chất phân qua tã hoặc bô phân: toàn nước, nhày máu mũi, số lượng phân qua mỗi lần đi ngoài bằng nhìn trong bô hoặc xác định khối lượng qua độ thấm của phân ở tã. Mùi của phân có tanh nồng hoặc chua không

2.7. **Đánh giá dấu hiệu niêm mạc miệng khô** bằng quan sát bên trong niêm mạc miệng khi trẻ khóc hoặc dùng tay kéo nhẹ môi trẻ và quan sát bên trong (không dùng tay đưa vào bên trong má như trước đây vì lý do vệ sinh)

3. **Kỹ năng đánh giá các mức độ mất nước:** Khi trẻ tiêu chảy sẽ có các biểu hiện trên lâm sàng như tiêu chảy nhưng chưa có biểu hiện mất nước, có mất nước mức độ vừa và nhẹ hoặc có mất nước mức độ nặng. Khi mất nước trẻ có tất cả các dấu hiệu của mất nước trong đó có các dấu hiệu rõ và các dấu hiệu khác chưa rõ. Do vậy phải có các tiêu chuẩn để đánh giá mức độ mất nước (dựa theo bảng đánh giá các dấu hiệu mất nước).

- Chú ý 3 dấu hiệu chính: toàn trạng, nếp véo da mất chậm và khát nước
- Trẻ có dấu hiệu mất nước phải có ít nhất 2 dấu hiệu trong đó 1 trong hai dấu hiệu này là dấu hiệu chính.
- Hướng dẫn đánh giá mất nước theo tiêu chuẩn của TCYTTG và theo tiêu chuẩn cải tiến IMCI

4. Kỹ năng pha gói Oresol và các dung dịch thay thế

- ORS:
 - Có dụng cụ đựng 1 lit nước
 - Đổ 1 lit nước sạch vào trong bình
 - Cho cả một gói Oresol vào 1 lit nước
 - Hòa tan xong nếm thử mùi vị của dung dịch vừa pha: lợ lợ như nước mắt
- Các loại dung dịch dùng trong tiêu chảy tại nhà:
 - Nước cháo muối: Cho 1 nắm gạo (50gr) + 1 nhúm muối (3.5gr) + 6 bát nước đun sôi đến khi hạt gạo nở tung ra (15 phút), chắt ra được một lít nước cháo cho uống. Nước cháo đã pha này chỉ dùng trong một ngày (tốt nhất là dùng trong 6 giờ)
 - Có thể cho uống nước sôi để nguội
 - Nước hoa quả cho thêm ít muối

5. Kỹ năng cho uống ORS và các dung dịch thay thế:

- Uống từng ngụm và uống bằng thìa
- Cho trẻ tự uống hoặc đổ vào bên má, tránh đổ vào lưỡi gây sặc
- Nếu trẻ nôn, dừng lại 5-10 phút sau đó cho trẻ uống chậm hơn

6. Kỹ năng điều trị và theo dõi bệnh nhân khi bị tiêu chảy

- Điều trị theo phác đồ A khi trẻ chưa có biểu hiện mất nước trên lâm sàng
- Điều trị theo phác đồ B khi trẻ có biểu hiện mất nước vừa và nhẹ trên lâm sàng
- Điều trị theo phác đồ C khi trẻ có biểu hiện mất nước nặng trên lâm sàng
- Theo dõi những dấu hiệu khi trẻ nặng lên: số lần tiêu chảy tăng, nôn mạnh, uống kém hoặc đi ngoài phân nhày máu
- Đưa ra lời khuyên dinh dưỡng khi trẻ bị tiêu chảy
- Thực hành kháng sinh trong các trường hợp có chỉ định
- Giáo dục người mẹ cách theo dõi khi trẻ bị tiêu chảy và tư vấn cách phòng bệnh tiêu chảy

NHỮNG HỘI CHỨNG TIÊU HÓA THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Số giờ thực hành: 06 tiết
2. Đối tượng: sinh viên Y4 đa khoa
3. Địa điểm: phòng khám đa khoa, Bệnh phòng khoa tiêu hóa bệnh viện nhi TU
4. Tên người biên soạn: BS Trần Văn Quang

II. Mục tiêu thực hành:

1. Khai thác được bệnh sử và tiếp cận được một trẻ nôn trớ, táo bón hoặc biếng ăn
2. Thực hành khám và đánh giá trẻ có các hội chứng nôn kéo dài, táo bón và biếng ăn
3. Khám phát hiện được các dấu hiệu nguy hiểm thường gặp trong các hội chứng này: dấu hiệu ngoại khoa như cảm ứng phúc mạc, dấu hiệu rắn bò hoặc biểu hiện màng não ở trẻ nôn trớ, các biểu hiện nhiễm trùng kèm theo trong hội chứng biếng ăn
4. Đọc được phim Xquang hình ảnh tắc ruột, hẹp phì đại môn vị, transit, khung đại tràng và phim chụp bụng không chuẩn bị

5. Thực hành cho một số thuốc điều trị triệu chứng: chống nôn, chống táo bón hoặc thuốc kích thích ăn uống
6. Hướng dẫn được bà mẹ theo dõi khi trẻ có các hội chứng trên

III. Nội dung thực hành

1. Hội chứng nôn trớ:

1.1.1. Hỏi bệnh:

- Khởi đầu từ bao giờ? Ngay sau khi đẻ hay sau đó một thời gian
- Trẻ có nôn không? Nôn có liên quan đến ăn uống không? Nôn ngay sau ăn hay sau đó một thời gian
- Số lần nôn trong ngày và số lượng mỗi lần nôn
- Chế độ ăn của trẻ là bú mẹ hay ăn sam
- Tính chất của chất nôn
- Trẻ có ăn và bú tốt không
- Trẻ có táo bón không

1.1.2. Khám bệnh:

- Toàn thân: cân nặng, nhiệt độ, dấu hiệu mất nước, cần đánh giá xem trẻ có bị suy kiệt không. Tìm các dấu hiệu viêm nhiễm hô hấp trên, dấu hiệu màng não, khám bộ phận sinh dục ngoài.
- Tiêu hóa: tìm các dấu hiệu ngoại khoa: Cảm ứng phúc mạc, dấu hiệu rắn bò: quan sát bụng trẻ trước khi khám, dùng cả lòng bàn tay đặt nhẹ vào bụng bệnh nhân, khám từ hố chậu trở lên. Từ chỗ không đau đến chỗ đau sau đó so sánh
- Thăm trực tràng khi cần thiết: Dùng ngón tay và đưa ngón trở nhẹ nhàng vào hậu môn, chú ý quan sát nét mặt của trẻ
- Khám và phân tích chất nôn bằng cách quan sát trực tiếp (giúp chẩn đoán nguyên nhân). Sữa đã vón thì thường ở trong dạ dày một thời gian là 30-60 phút. Nôn ra nước trong thương lấu bú 3 giờ. Nôn ra sữa tức là nôn ngay sau bú. Nếu chất nôn là dịch vàng cần theo dõi bệnh lý ngoại khoa cấp tính: tắc tá tràng, viêm ruột, viêm ruột hoại tử

2. Hội chứng táo bón:

2.1.1. Hỏi bệnh:

- Đi ngoài mấy lần/ngày, tính chất phân
- Chế độ ăn uống: bú mẹ hay ăn sam. Loại thức ăn hàng ngày hay ăn
- Yếu tố gia đình, tiền sử bản thân: thời gian đi ngoài phân su, chướng bụng, các bệnh kèm theo, các loại thuốc đã dùng
- Yếu tố tâm lý

2.1.2. Khám bệnh:

- Toàn thân: cân nặng, tình trạng thiếu máu, sốt và nhiễm trùng
- Tiêu hóa: khám bụng hố chậu trái sờ thấy cục phân, bụng chướng căng, cảm ứng phúc mạc (Cách khám như phần nôn trớ)
- Khám hậu môn xem có tổn thương phần bên ngoài không
- Thăm trực tràng: có rỗng, có phân rắn không
- Tìm dấu hiệu tắc ruột, rắn bò: Xoa nhẹ bụng và dùng ngón tay lích thích lên bụng trẻ sau đó quan sát (có thể phải làm vài lần)
- Nhìn phân (nếu có) đánh giá mùi, số lượng và tính chất phân

3. Hội chứng biếng ăn:

3.1.1. Kỹ năng giao tiếp với người mẹ và khai thác bệnh sử:

- Chú ý quan sát và đánh giá tâm lý (quá lo lắng) của người mẹ
- Bắt đầu từ khi nào? Có liên quan khi thay đổi thức ăn. Mọc răng hoặc khi mắc bệnh gì không

- Chế độ ăn của trẻ trong thời gian gần đây
 - Hoàn cảnh kinh tế và điều kiện chăm sóc của người mẹ
 - Tiền sử bệnh tật của trẻ
- 3.1.2. Khám bệnh:**
- Khám toàn diện: khám toàn thân, tình trạng dinh dưỡng
 - Phát hiện các biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng, bệnh lý gây biếng ăn
 - Khám phát hiện dị tật
 - Quan sát và đánh giá bữa ăn củatrẻ
 - Đánh giá tâm lý trẻ: có được chiều chuộng quá mức không hay cáu gắt...
- 3.1.3. Kỹ năng giáo dục tuyên truyền:**
- Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc, đặc biệt chế độ dinh dưỡng: số lần ăn, loại thức ăn phù hợp với từng lứa tuổi
 - Các dấu hiệu cần theo dõi khi trẻ biếng ăn: sốt, tình trạng suy dinh dưỡng...

BỆNH GIUN Ở TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Số giờ thực hành: 03 tiết
2. Đối tượng: sinh viên Y4 đa khoa
3. Địa điểm: phòng khám đa khoa, Bệnh phòng khoa Tiêu hóa bệnh viện nhi TU
4. Tên người biên soạn: BS Trần Văn Quang

II. Mục tiêu thực hành:

1. Phát hiện được các dấu hiệu khi trẻ bị nhiễm giun
2. Phát hiện được các biến chứng của giun: thiếu máu, bán tắc ruột
3. Thực hành điều trị các loại giun: Giun đũa, giun móc và giun kim
4. Hướng dẫn bà mẹ một số kiến thức thông thường phòng nhiễm các loại giun

III. Nội dung thực hành

1. Kỹ năng khai thác bệnh sử:

- Khởi đầu trẻ bị bệnh như thế nào
- Đau bụng: tính chất, vị trí cơn đau và thời gian mỗi cơn đau. Chú ý hỏi tư thế đau
- Thiếu máu, mức độ, tính chất
- Trẻ có nôn hoặc buồn nôn không
- Tình trạng ăn uống
- Tiền sử tự nôn hoặc ỉa ra giun
- Trẻ có được tẩy giun định kỳ không
- Tình trạng vệ sinh cá nhân và môi trường xung quanh

2. Kỹ năng phát hiện các dấu hiệu trên lâm sàng:

- Thao tác đúng cách khám bụng của trẻ bị đau bụng
 - Quan sát trước khi khám xem có bất thường như gò lên không, có cân đối không và tư thế của trẻ trong cơn đau
 - Đặt cả lòng bàn tay nhẹ nhàng khám khắp bụng, khám từ chỗ đau sang chỗ không đau, chú ý khi có điểm đau khu trú hoặc sờ thấy búi giun
 - Khám đi khám lại nhiều lần nếu nghi ngờ có dấu hiệu bất thường
 - Phát hiện các dấu hiệu rắn bò, sờ búi giun, phản ứng thành bụng nếu có
- Đánh giá mức độ thiếu máu trên lâm sàng:
 - Da xanh niêm mạc nhợt: Quan sát da, niêm mạc miệng và mắt

- Dấu hiệu lòng bàn tay nhợt: dùng tay đỡ nhẹ bàn tay bệnh nhân vào sánh lòng bàn tay bệnh nhân với lòng bàn tay mình hoặc người khác
- Khám hậu môn: Chú ý tìm giun kim ở kẽ hậu môn bằng cách nhìn dưới ánh sáng thường hoặc ánh đèn
- Quan sát chất nôn nếu có: chú ý thành phần, màu sắc và số lượng

3. Kỹ năng đánh giá cận lâm sàng:

- Đọc được phim chụp bụng không chuẩn bị của bệnh nhân tắc ruột, bán tắc ruột do giun đũa
- Đọc và phân tích công thức máu của bệnh nhân nhiễm giun và thiếu máu do giun
- Xem hình ảnh trứng giun đũa, giun tóc, giun kim dưới kính hiển vi điện tử (nếu có điều kiện) tại khoa Vi sinh
- Xem hình ảnh giun đũa gây biến chứng gan, mật trên siêu âm

4. Kỹ năng thực hành điều trị các loại giun

- Đối với giun đũa, giun kim:
 - Mebendazole (Fugacar) dùng cho trẻ em trên hai tuổi 100mg/ngày dùng liên tục duy nhất hoặc 2-3 ngày
 - Pyratel Pamoat (Combantrim) 10mg/kg uống một lần
 - Albendazole (Zentel): trẻ 1-2 tuổi: 200mg
Trên 2 tuổi: 400 mg
- Giun móc:
 - Mebendazole (Fugacar) dùng cho trẻ em trên hai tuổi 100mg x 2 lần/ngày trong 2-3 ngày
 - Pyratel Pamoat (Combantrim) 10mg/kg x 2-3 ngày
 - Thibendazole: 50 mg/kg/ngày dùng trong 2 ngày. Tối đa 3gr/ngày
- Điều trị hỗ trợ:
 - Đối với giun móc: sắt Sulfat 20 – 30 mg/kg/ngày chia 2-3 lần dùng trong 4 tuần. Truyền máu khi có thiếu máu
 - Đối với giun kim: Rửa sạch hậu môn bằng xà phòng vào buổi sáng
 - Chi vitamin nâng cao thể trạng

TIÊU CHẨY KÉO DÀI Ở TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Số giờ thực hành: 06 tiết
2. Đối tượng: sinh viên Y6 đa khoa
3. Địa điểm: phòng khám đa khoa, Bệnh phòng khoa tiêu hóa bệnh viện nhi TU
4. Tên người biên soạn: PGS.TS Nguyễn Gia Khánh

II. Mục tiêu thực hành:

1. Khai thác được bệnh sử và các yếu tố nguy cơ của một trẻ bị tiêu chảy kéo dài
2. Đánh giá, phân loại và phát hiện được các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng
3. Phát hiện dấu hiệu suy dinh dưỡng, thiếu vitamin và các yếu tố vi lượng, biểu hiện nhiễm trùng tại ruột và ngoài ruột, các triệu chứng tiêu hóa và phân tích được tính chất phân của trẻ bị tiêu chảy kéo dài
4. Đề xuất và phân tích được một số xét nghiệm trong tiêu chảy kéo dài
5. Lập kế hoạch điều trị dinh dưỡng trong tiêu chảy kéo dài
6. Xử trí được các mức độ mất nước A,B,C theo phác đồ và chỉ định dùng kháng sinh trong tiêu chảy kéo dài

7. Hướng dẫn bà mẹ cách theo dõi, sử dụng Oresol khi trẻ bị tiêu chảy, điều trị dinh dưỡng và các biện pháp phòng bệnh tiêu chảy kéo dài

III. Nội dung thực hành

1. Kỹ năng khai thác bệnh sử bệnh nhân tiêu chảy kéo dài:

- Hỏi tiêu chảy bắt đầu từ khi nào để xác định thời gian đợt tiêu chảy kéo dài
- Số lần đi ngoài trong ngày, có khi nào giảm hơn hoặc tăng hơn không
- Tính chất phân: có nhiều nước hoặc khi đặc khi lỏng, lổn nhon, mùi chua hoặc khẳn, màu sắc phân, có nhầy máu không hoặc có nhiều bọt hoặc nhầy biểu hiện kém dung nạp chất đường
- Khối lượng phân mỗi lần đi ngoài
- Trẻ có biếng ăn, khó tiêu hoặc khi ăn các thức ăn lạ thì lại bị tiêu chảy lại không
- Các triệu chứng kèm theo tiêu chảy: ho, sốt, chướng bụng, chán ăn

2. Kỹ năng khám phát hiện các biểu hiện toàn thân

1. Tình trạng dinh dưỡng: khám đánh giá xem trẻ có sụt cân, chậm phát triển chiều cao, cân nặng, trẻ suy dinh dưỡng nặng thể Kwashiokor, teo đét (Xem thêm phần khám dinh dưỡng đã học ở Y4)
2. Dấu hiệu của thiếu vitamin đặc biệt là các vitamin tan trong mỡ (A,D) như dấu hiệu khô mắt, còi xương (Xem thêm phần thực hành lâm sàng dinh dưỡng)
3. Khám và tìm các nhiễm khuẩn phối hợp: Khám tại mũi họng tìm các dấu hiệu của viêm tai, viêm VA mạn tính hoặc nhiễm khuẩn đường tiêu

3. Kỹ năng khám phân:

Khám và đánh giá:

- Khối lượng phân mỗi lần đi ngoài
- Tính chất phân: có nhiều nước hoặc đặc, lổn nhon
- Màu sắc phân, có nhầy hoặc máu không? có nhiều bọt không?
- Mùi, có mùi khó chịu không

4. Kỹ năng đánh giá các mức độ mất nước(ôn lại kiến thức Y4):

Khi trẻ tiêu chảy sẽ có các biểu hiện trên lâm sàng như tiêu chảy nhưng chưa có biểu hiện mất nước, có mất nước mức độ vừa và nhẹ hoặc có mất nước mức độ nặng. Khi mất nước trẻ có tất cả các dấu hiệu của mất nước trong đó có các dấu hiệu rõ và các dấu hiệu khác chưa rõ. Do vậy phải có các tiêu chuẩn để đánh giá mức độ mất nước (dựa theo bảng đánh giá các dấu hiệu mất nước).

- Chú ý 3 dấu hiệu chính: toàn trạng, nếp véo da mất chậm và khát nước
- Trẻ có dấu hiệu mất nước phải có ít nhất 2 dấu hiệu trong đó 1 trong hai dấu hiệu này là dấu hiệu chính. Lưu ý trong tiêu chảy kéo dài trẻ có thể bị suy dinh dưỡng, vì thế đánh giá dấu hiệu mất nước dựa trên tiêu chuẩn chính là nếp véo da mất chậm có thể dẫn đến đánh giá dấu hiệu mất nước quá mức trên lâm sàng
- Hướng dẫn đánh giá mất nước theo tiêu chuẩn của TCYTTG và theo tiêu chuẩn cải tiến IMCI

5. Kỹ năng đề xuất và phân tích các xét nghiệm cận lâm sàng

- Soi tươi phân:
 - Tìm ký sinh trùng: lị, amip (E.hystolitica)
 - Tìm kén và ký sinh trùng Giardia lamblia
 - Hồng và bạch cầu đa nhân trung tính chứng tỏ tiêu chảy xâm nhập do nhiễm khuẩn như lị, Salmonella, Campylobacter
- Cây phân vừa có giá trị xác định nguyên nhân vừa làm kháng sinh đồ
- Soi cặn dư phân, đo pH phân. Đánh giá tình trạng kém hấp thu với các chất như Carbonhydrat, Lipid, Protein

- Một số xét nghiệm khác tùy theo tình trạng rối loạn nước điện giải, nhiễm khuẩn tiết niệu như công thức máu, điện giải đồ, phân tích khí máu, nước tiểu...

6. Kỹ năng điều trị và theo dõi bệnh nhân bị tiêu chảy kéo dài

5.1. Bù nước điện giải

- Điều trị theo phác đồ A khi trẻ chưa có biểu hiện mất nước trên lâm sàng
- Điều trị theo phác đồ B khi trẻ có biểu hiện mất nước vừa và nhẹ trên lâm sàng
- Điều trị theo phác đồ C khi trẻ có biểu hiện mất nước nặng trên lâm sàng

5.2. Chế độ dinh dưỡng cho trẻ bị tiêu chảy kéo dài

Thái độ: chế độ dinh dưỡng thích hợp đóng vai trò quan trọng đối với đa số trẻ bị tiêu chảy kéo dài. Cần chú ý chế độ dinh dưỡng thích hợp cho trẻ để đảm bảo tăng cân cho trẻ. Điều trị dinh dưỡng nhằm mục đích:

- Giảm tạm thời số lượng sữa động vật hoặc đường lactose trong sữa trong chế độ ăn
- Cung cấp đầy đủ năng lượng, protein, vitamin và các yếu tố vi lượng cho trẻ để tạo điều kiện phục hồi tổn thương niêm mạc ruột và cải thiện tình trạng dinh dưỡng toàn thân
- Tránh cho trẻ uống các loại thức ăn, nước uống làm tăng thêm tiêu chảy
- Đảm bảo nhu cầu thức ăn cho trẻ trong giai đoạn hồi phục để điều trị tình trạng suy dinh dưỡng
- Lưu ý theo dõi điều trị: tăng cân, chế độ dinh dưỡng hợp lý trẻ sẽ tăng cân trước khi tiêu chảy ngừng, các dấu hiệu khi trẻ nặng lên: số lần tiêu chảy tăng, nôn mạnh, uống kém hoặc đi ngoài phân nhày máu

(xem thêm phần suy dinh dưỡng Protein năng lượng)

5.3. Cung cấp các loại vitamin

Bổ xung các vitamin nhóm B, C và các loại vitamin tan trong dầu như vitamin A,D,E,K và các yếu tố vi lượng như kẽm, sắt... (Xem thêm phần suy dinh dưỡng Protein năng lượng)

5.4 Sử dụng kháng sinh (liều lượng và chỉ định xem thêm phần lý thuyết):

- Cho kháng sinh điều trị lỵ khi phân có máu hoặc cấy vi khuẩn dương tính, kháng sinh lựa chọn cần dựa vào kết quả kháng sinh đồ trên chủng vi khuẩn
- Cho thuốc kháng ký sinh trùng: cho khi tìm thấy kén hoặc Giardia, ký sinh trùng, lỵ
- Kháng sinh điều trị toàn thân khi có nhiễm khuẩn phối hợp như nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết

5.5. Kỹ năng tư vấn và hướng dẫn bà mẹ theo dõi và điều trị trẻ bị tiêu chảy kéo dài

- Bù nước và điện giải bằng đường uống cho các trường hợp tiêu chảy cấp
- Dinh dưỡng hợp lý khi trẻ mắc tiêu chảy
- Dùng kháng sinh đúng chỉ định khi trẻ mắc tiêu chảy
- Không sử dụng các thuốc chống nôn và thuốc cầm tiêu chảy
- Khám và phát hiện các nhiễm trùng mạn tính và các yếu tố nguy cơ gây tiêu chảy kéo dài

ĐAU BỤNG Ở TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Số giờ thực hành: 06 tiết
2. Đối tượng: sinh viên Y4, Y6 đa khoa
3. Địa điểm: phòng khám đa khoa, Bệnh phòng khoa tiêu hóa bệnh viện nhi TU
4. Tên người biên soạn: PGS.TS Nguyễn Gia Khánh

II. Mục tiêu thực hành:

1. Trình bày được định nghĩa, sự khác nhau giữa đau bụng cấp tính và đau bụng mãn tính

2. Biết cách khai thác bệnh sử, thăm khám, chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng trước một trường hợp đau bụng ở trẻ em.
3. Biết chẩn đoán phân biệt nguyên nhân đau bụng cấp tính và mãn tính.
4. Biết cách tiếp cận chẩn đoán và chẩn đoán nguyên nhân đau bụng cấp tính và đau bụng mãn tính ở trẻ em.

III. Nội dung thực hành

Đau bụng là một triệu chứng thường gặp trong thực hành nhi khoa, cần phân biệt hai loại đau bụng.

1- Đau bụng cấp tính là một chẩn đoán cấp cứu xảy ra đột ngột tức thời, ảnh hưởng cấp tính đến hoạt động trẻ, thường phối hợp với các triệu chứng biểu hiện một nguyên nhân nội khoa hay ngoại khoa xác định.

2- Đau bụng mãn tính, kéo dài hoặc tái diễn là đau bụng trên 3 đợt trong 1 tháng và kéo dài trên 3 tháng, chẩn đoán thường dựa vào các triệu chứng đầu tiên, nguyên nhân khó xác định.

1. Kỹ năng khai thác bệnh nhân đau bụng cấp tính:

Mục tiêu khám một trẻ bị đau bụng cấp tính là không bỏ sót một bệnh cấp cứu ngoại khoa, hỏi bệnh cẩn thận, khám toàn diện với sự hỗ trợ của vài xét nghiệm cận lâm sàng đơn giản, thường có thể phân loại và xác định nguyên nhân đau bụng cấp.

1.1- Hỏi bệnh:

1.1.1- Tính chất của cơn đau:

- Cách xuất hiện cơn đau: ngày, giờ liên quan với bữa ăn.
- Đột ngột (vài giây) nhanh (vài phút) từ từ (trong vài giờ).
- Vị trí khu trú của cơn đau lúc bắt đầu xuất hiện vùng thượng vị, và hiện nay hạ vị, quanh rốn, hạ sườn phải, hạ sườn trái).
- Cường độ cơn đau: nặng nếu trẻ phải thức giấc hoặc ngừng chơi.
- Yếu tố làm tăng đau: đi lại, ho, hít vào sâu, đi tiểu.
- Yếu tố làm giảm đau: nghỉ ngơi, nôn, ăn vào, tư thế co chống đỡ.
- Tiến triển cơn đau tức thời: giảm, tăng đau, không thay đổi.
- Tiến triển kéo dài (trong vài giờ) liên tục, xen kẽ, từng cơn.

Trẻ thường chỉ vị trí đau vùng quanh rốn. Tuy nhiên nếu trẻ chỉ ở những vùng khác cố định theo vị trí thành bụng có thể hướng tới một nguyên nhân thực thể (ngoại khoa).

1.1.2- Các dấu hiệu kèm theo:

- Tình trạng toàn thân: sốt, mệt mỏi, chán ăn, sút cân.
- Triệu chứng tiêu hoá:
 - + Buồn nôn, nôn ra máu.
 - + Rối loạn nhu động: Táo bón, bí trung đại tiện (thời gian ỉa cuối cùng).
 - + Tiêu chảy (số lần, tính chất phân lỏng, có nhày có máu).
- Hô hấp: Sổ mũi, ho.
- Tiết niệu: Đái buốt, vô niệu, nước tiểu máu, sẫm màu.
- Thân kinh: Nhức đầu, rối loạn lưỡng tri.
- Đau khớp, đau cơ.
- Phát ban hoặc xuất huyết.
- Dấu hiệu dậy thì: Có kinh lần đầu tiên.

* Hoàn cảnh gia đình:

- Xung đột gia đình hoặc trẻ đi học có khó khăn học tập.
- Tiền sử cơn đau bụng cấp tính hoặc tương tự như cơn đau của bệnh nhi trước đó.

1.2- Khám lâm sàng:

Cần khám bụng và khám toàn thân một cách cẩn thận và toàn diện, hệ thống.

1.2.1- Khám bụng:

Trẻ nằm ngửa, chân hơi co, cởi quần áo.

Quan sát: Bụng có sọc không? chướng bụng khu trú hoặc lan toả, xem thành bụng di động không?

❖ *Sờ nhẹ nhàng:*

Tay ấn bắt đầu sờ từ vùng không đau tới vùng đau và quan sát kỹ phản ứng của trẻ khi khám.

Cần xác định:

- Mức độ mềm mại của thành bụng.
- Tìm điểm đau khu trú của thành bụng.
- Co cứng thành bụng toàn thể, co cứng khu trú. Tìm phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc.

❖ *Gõ bụng:*

- Tìm gõ vang khi bụng có chướng hơi, mất vùng đục trước gan khi thủng tạng, gõ đục để xác định có cổ chứng tự do hoặc khu trú hoặc các khối u.

❖ *Nghe bụng bằng ống nghe* tìm các tiếng óc ách khi hẹp môn vị, tiếng co bóp ruột (bowel sound) mất đi khi bị liệt ruột, thiếu kali.

❖ *Kích thích thành bụng tìm các dấu hiệu rắn bò*, khi trẻ bị tắc ruột bán tắc ruột.

❖ *Thăm dò hậu môn:*

Cần tiến hành nhẹ nhàng, chậm, trẻ sơ sinh trẻ nhỏ dùng ngón út, thăm dò hậu môn xác định hậu môn có phân không? Tình trạng các túi cùng douglas có căng đau không, xem phân máu, nhầy, máu tươi, máu đen...

1.2.2- Khám toàn thân:

Cần khám toàn thân một cách hệ thống:

- Khám da niêm mạc phát hiện tái nhợt, vàng da, thiếu máu, sốt phát ban.
- Khám xác định tình trạng sốc: mạch, huyết áp, nghe tim, tình trạng suy hô hấp (nhịp thở, nghe phổi), khám khớp tìm ban xuất huyết khớp, không quên khám tai mũi họng. Khám toàn thân kết hợp với bệnh sử, khám bụng..

1.3- Phân loại đau bụng cấp trẻ em: Có thể phân loại đau bụng cấp trẻ em làm 3 loại theo nguyên nhân hoặc theo lứa tuổi.

1.3.1- Phân loại theo nguyên nhân:

❖ *Đau bụng do nguyên nhân ngoại khoa:*

Thường khi các triệu chứng ngoại khoa đã rõ ràng hoặc có hướng chẩn đoán đau bụng ngoại khoa, cần theo dõi các dấu hiệu ngoại khoa. Cần gửi tới các bệnh viện phòng khám ngoại trẻ em để can thiệp kịp thời bằng các phẫu thuật cấp cứu ngoại khoa hoặc theo dõi thêm để xác định các dấu hiệu ngoại.

❖ *Đau bụng do nguyên nhân nội khoa:*

Là đau bụng thường gặp nhất, không có các dấu hiệu ngoại khoa, tìm thấy nguyên nhân như: ỉa lỏng, ỉa nhầy máu lỵ, viêm loét dạ dày tá tràng, viêm phổi...

Cần làm thêm các xét nghiệm để xác định các nguyên nhân nội khoa và có phương hướng điều trị theo nguyên nhân.

- ❖ *Đau bụng không xác định được nguyên nhân nội hay ngoại khoa cấp tính* loại này cần được theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu ngoại khoa và toàn thân cho tới khi xác định được các triệu chứng chỉ điểm để quyết định chẩn đoán là đau bụng ngoại khoa hay nội khoa.

1.3.2- Phân loại theo lứa tuổi:

- ❖ *ở trẻ em nói chung*, nguyên nhân phổ biến nhất gây đau bụng cấp là viêm dạ dày ruột cấp tính, đau bụng giun.
- ❖ *Trẻ dưới 2 tuổi*, cần chú ý tới các nguyên nhân ngoại khoa: lồng ruột, tắc ruột, xoắn ruột, thoát vị bẹn nghẹt, chấn thương, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm túi thừa Meckel.
- ❖ *Trẻ từ 2-5 tuổi*, cần lưu ý tới tắc ruột, viêm phổi thùy, táo bón, viêm ruột thừa, nhiễm trùng đường tiết niệu, đau bụng giun.
- ❖ *Trẻ trên 5 tuổi*, lưu ý: viêm ruột thừa, giun chui ống mật, viêm tụy, di dạng đường mật, viêm ruột hoại tử, xuất huyết Shoenlen Henoch viêm hạch mạc treo, sỏi tiết niệu, viêm loét dạ dày tá tràng, viêm phúc mạc.
- ❖ *Trẻ lứa tuổi vị thành niên (đặc biệt trẻ gái)*: Cần lưu ý đau chu kỳ kinh, viêm phần phụ, u nang buồng trứng, túi máu tử cung do không có lỗ màng trinh, vỡ u nang buồng trứng, áp xe vòi trứng và chửa ngoài tử cung.

1.4. Nguyên nhân đau bụng cấp tính ở trẻ em:

1.4.1- Những nguyên nhân đau bụng ngoại khoa cấp tính thường gặp ở trẻ em:

- ❖ *Viêm ruột thừa cấp tính:*

Đau bụng khu trú hố chậu phải, rối loạn tiêu hoá buồn nôn, nôn, sốt nhẹ khám bụng ấn đau hố chậu phải, cảm ứng phúc mạc, đau khi thăm dò hậu môn, bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

Chẩn đoán lâm sàng thường khó đặc biệt đối với trẻ nhỏ dưới 2 tuổi nên thường chẩn đoán muộn sau khi đã viêm phúc mạc.

- ❖ *Lồng ruột cấp tính:*

Nghĩ tới khi đau bụng cấp ở trẻ 6-18 tháng bỏ bú, nôn, các cơn đau cấp tính làm trẻ khóc thét, tái nhợt, khám bụng thấy có khối lồng. Thăm dò hậu môn, phân có máu trực tràng rỗng hoặc sờ thấy khối lồng. Khi trẻ tới muộn với triệu chứng bụng chướng, tắc ruột, nhiễm trùng nhiễm độc, việc xác định khối lồng sẽ khó thấy. ở trẻ lớn, lồng ruột cấp tính thường thứ phát do hạch mạc treo to, khối u, túi thừa Meckel, lâm sàng biểu hiện bệnh cảnh tắc ruột.

Chẩn đoán xác định lồng ruột bằng chụp đại tràng bơm hơi tháo lồng hoặc siêu âm tìm khối lồng.

- ❖ *Thoát vị bẹn nghẹt:*

Đau bụng nôn cần loại trừ một cách hệ thống bằng khám (vùng bẹn bìu, lỗ ống bẹn).

- ❖ *Các nguyên nhân gây tắc ruột, bán tắc ruột cấp tính như:*

Trẻ đau bụng cấp, nôn, bí trung đại tiện, bụng chướng, quai ruột nổi có dấu hiệu rắn bờ. Nhiều nguyên nhân gây tắc ruột thường gặp.

- Tắc ruột do giun, do túi thừa Mickel, do bã thức ăn.

- ❖ *Các nguyên nhân đaubụng cấp tính khác ở trẻ em:*

- Viêm loét túi thừa Mickel.

- ở trẻ gái cần chú ý: U nang buồng trứng xoắn, hoặc Têratome xoắn, túi máu tử cung do không thủng màng trinh.

- Xoắn tinh hoàn: trẻ đau hạ nang, vùng bẹn bìu, tinh hoàn to dần, khám rất đau.
- Chạm thành bụng khi có tiền sử chấn thương bụng, cần phát hiện các bệnh cảnh thủng tạng rỗng hoặc xuất huyết nội tạng.
- Viêm phúc mạc tiên phát hoặc thứ phát.

1.4.2- Đau bụng cấp tính do nguyên nhân nội khoa thường gặp ở trẻ em:

Thường chẩn đoán sau khi đã loại trừ các dấu hiệu và nguyên nhân ngoại khoa. Thường kèm theo với các dấu hiệu như sốt, viêm nhiễm, các dấu hiệu cơ năng khác. Trước hết cần xác định xem trẻ đau bụng có sốt hay không?

❖ *Trẻ đau bụng có sốt cần nghĩ tới:*

- Viêm da dày ruột cấp tính: Thường kèm theo đau bụng và tiêu chảy cấp, nôn, ỉa chảy phân lỏng hoặc có máu.
- Viêm phổi thùy dưới phải: Trẻ sốt cao, ho, đau ngực, bạch cầu tăng cao, cần chụp X quang xác định viêm phổi thùy.
- Viêm hạch mạc treo: Sốt đau bụng kèm theo nhiễm khuẩn hô hấp cấp ho sổ mũi.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Viêm gan do virus.
- Viêm họng cấp (khi có viêm họng, đau).
- Viêm mao mạch dị ứng: bệnh Schoenlen Henoch

❖ *Trẻ đau bụng không có sốt*: Cần tìm các biểu hiện rối loạn tiêu hoá, nôn, phân. Nếu không có các dấu hiệu rối loạn tiêu hoá:

- Đau bụng giun thường gặp nhất.
- Viêm dạ dày tá tràng cấp tính, mãn tính.
- Loét dạ dày tá tràng xác định nhờ nội soi.
- Sỏi mật hoặc sỏi thận xác định qua siêu âm. Nếu trẻ có rối loạn tiêu hoá như ỉa lỏng, nôn, táo bón có thể nghĩ tới ngộ độc thức ăn, táo bón.

1.4.3- Đau bụng cấp chưa xác định được nội hay ngoại khoa:

Bệnh nhi cần lưu nhập viện để theo dõi khi chưa phân loại chắc chắn đau bụng nội hay ngoại khoa. Quá trình theo dõi chặt chẽ để xác định đặc điểm, quy luật của đau bụng, theo dõi tiến triển đau bụng và làm thêm các xét nghiệm để xác định chẩn đoán. Khi theo dõi chặt chẽ trẻ đau bụng cần chú ý:

- Cho trẻ ăn loãng hoặc nhịn ăn nếu có biểu hiện tắc ruột.
- Không cho các thuốc giảm đau làm che lấp các triệu chứng.
- Khám lại bụng nhiều lần.
- Làm các xét nghiệm sơ bộ: công thức máu, chụp bụng không chuẩn bị, siêu âm bụng.
- Tìm bạch cầu, protein, vi khuẩn trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Quá trình theo dõi chỉ kết thúc khi đã có các triệu chứng có thể phân loại được đau bụng cấp tính nội khoa hay ngoại khoa.

1.5. Chẩn đoán đau bụng cấp tính: Trước một bệnh nhi đau bụng cấp tính, cũng cần đoán mức độ đau bụng cấp, chẩn đoán nguyên nhân và chẩn đoán phân biệt.

1.5.1- Chẩn đoán mức độ, tình trạng đau bụng cấp:

- ❖ *Mức độ nhẹ* (hẹn khám lại theo dõi). Đau âm ỉ, ít ảnh hưởng tới sinh hoạt, hoạt động của trẻ, phối hợp với bệnh nhẹ, lành tính.

- ❖ *Mức độ vừa* (có thể lưu theo dõi phòng khám). Đau bụng ảnh hưởng ít tới hoạt động sinh hoạt trẻ, nhưng gây khó chịu, quấy khóc, phối hợp với triệu chứng nhiễm khuẩn, có tiền sử phẫu thuật bụng trước đó.
- ❖ *Mức độ nặng* (cần vào viện theo dõi và điều trị cấp cứu).
 - Đau nhiều, liên tục hoặc tùy cơn dầy, trẻ quấy khóc la hét, ảnh hưởng nặng tới hoạt động trẻ không đi học hoặc chơi bình thường.
 - Ảnh hưởng nặng tới tình trạng toàn thân như: mất nước, li bì, ngủ lịm, hôn mê, triệu chứng nhiễm khuẩn nặng.
- ❖ *Mức độ rất nặng* (cần vào cấp cứu, điều trị tích cực). Đau liên tục, từng cơn gây sốc, hạ huyết áp, trẻ phải nằm tại giường, kết hợp với một bệnh nhiễm khuẩn rất nặng, trẻ kích thích vật vã hay li bì thờ ơ - suy thở.

1. 5.2- *Chẩn đoán nguyên nhân đau bụng cấp*: Để chẩn đoán nguyên nhân cần tổng hợp kết quả hỏi bệnh và khám lâm sàng để phân loại đau bụng do nguyên nhân ngoại khoa hay nội khoa. Khi chưa thể phân định được đau bụng nội hay ngoại khoa cần tiếp tục theo dõi cho tới khi có thể phân loại giữa nội và ngoại khoa rõ ràng.

1. 5.3- Chẩn đoán phân biệt một số bệnh gây đau bụng cấp ở trẻ em:

Bảng chẩn đoán phân biệt đau bụng cấp thông thường ở trẻ em

Bệnh	Khởi phát	Vị trí đau	Đau lan rộng	Tính chất đau	Triệu chứng kèm theo
Tắc ruột	Cấp hay từ từ	Quanh rốn, bụng dưới	Sau lưng	Đau quặn từng cơn	Nôn, bí ỉa, bụng căng, tăng óc ách ở ruột
Lồng ruột	Cấp	Quanh rốn, bụng dưới	Không	Đau quặn từng cơn	Phân có máu, nôn
Viêm ruột thừa	Cấp	Vùng hố chậu phải, có thể cạnh rốn	Sau lưng hoặc vùng chậu hông nếu sau manh tràng	Đau nhói, liên tục	Buồn nôn, nôn, sốt, cảm giác đau khu trú vùng hố chậu phải
Viêm tụy	Cấp	Thượng vị, một phần tư bụng trên trái	Sau lưng	Liên tục, đau nhói, đau quặn	Buồn nôn, nôn, tăng cảm giác đau
Sỏi niệu	Cấp, đột ngột	Sau thắt lưng (một bên)	Háng	Đau nhói, đau quặn, từng cơn	Đái máu
Nhiễm khuẩn tiết niệu	Cấp, đột ngột	Sau lưng	Bàng quang	Âm ỉ hay đau nhói	Sốt, rối loạn tiểu, tiểu nhiều lần, cảm ứng đau vùng sụn sườn lưng
Giun chui ống mật	Cấp, đột ngột	Quanh rốn, bụng dưới	Hạ sườn phải	Đau quặn từng cơn	Nôn, buồn nôn, có thể nôn giun, ỉa ra giun. Tư thế chống hông hoặc vát chân khi đau

2. Đau bụng kéo dài, đau bụng mãn tính hoặc đau bụng tái diễn

2.1- Định nghĩa:

Đau bụng mãn tính hoặc đau bụng tái diễn không phải là một chẩn đoán, mà là một triệu chứng do nhiều nguyên nhân gây nên được xác định khi trẻ 4-16 tuổi có những cơn đau bụng. Trên 3 cơn 1 tháng và tái phát kéo dài trên 3 tháng; đau bụng kéo dài làm ảnh hưởng tới những hoạt động bình thường của trẻ (theo Apley).

Đau bụng mãn tính rất hay gặp ở trẻ em, liên quan nhiều tới những nguyên nhân rối loạn chức năng ruột, tâm thần. Đau bụng do rối loạn chức năng ruột được xác định khi không tìm thấy những tổn thương cấu trúc, biểu hiện nhiễm khuẩn, viêm và các xét nghiệm sinh hoá gây nên đau bụng.

Mục tiêu quan trọng khi khám một bệnh nhi đau bụng mãn tính là không nhầm lẫn với những đau bụng do nguyên nhân thực thể do vậy cần hỏi bệnh, khám lâm sàng kỹ, sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp để tiến hành chẩn đoán loại trừ.

2.2- Tiếp cận lâm sàng:

2.2.1. Hỏi bệnh:

Ngoài tiền sử gia đình có viêm loét dạ dày tá tràng, bệnh đại tràng, thiếu máu huyết tán cần hỏi kỹ tiền sử bản thân, tính chất của cơn đau bụng.

Hoàn cảnh xuất hiện cơn đau, ngày bắt đầu đau, vị trí cơn đau, tính chất lan toả, cường độ, thời gian kéo dài, đau ban ngày hoặc ban đêm ảnh hưởng tới giấc ngủ của trẻ, liên quan đến bữa ăn, tính chất chu kỳ, những dấu hiệu toàn thân và tiêu hoá kèm theo như: Nôn, tiêu chảy, táo bón, từ chối ăn, tiết niệu sốt không giải thích được nguyên nhân.

2.2.2. Khám lâm sàng:

- Cần khám kỹ bụng và bộ phận tiêu hoá để tìm dấu hiệu đau thực thể khi khám ấn bụng, xác định vị trí điểm đau; tìm các khối u, gan lách to, các khối, nhu động ruột chỉ xuất hiện trong và ngoài cơn đau, cần tiếp xúc và khám bụng nhiều lần.

- Cần khám kỹ các bệnh ngoài đường tiêu hoá và toàn thân: bệnh thần kinh, rối loạn tâm thần hành vi, động kinh; hệ thống cơ quan khác như hô hấp, ngoài da, tiết niệu.

2.2.3. Phân loại: Khám lâm sàng cần thiết để nhận dạng:

1- Đau bụng kéo dài đơn độc: không kèm theo các triệu chứng toàn thân và triệu chứng tiêu hoá.

2- Đau bụng kéo dài kèm theo với các triệu chứng tiêu hoá bao gồm: đau bụng liên quan đến bữa ăn; đau vùng thượng vị. Đau bụng kèm theo buồn nôn, nôn, đau sau xương ức, chớ trào ngược thức ăn qua miệng, ứa nhiều nước bọt, nấc và ợ hơi, ợ chua.

3- Đau bụng kèm theo những dấu hiệu rối loạn chức năng ruột, bao gồm đau bụng kèm theo với tiêu chảy, táo bón, ỉa không hết.

4- Đau bụng kéo dài kèm theo những dấu hiệu bệnh toàn thân hoặc ngoài tiêu hoá như các bệnh thần kinh tâm thần động kinh, các bệnh tiết niệu, hô hấp xác định được nhờ khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng.

2.2.4- Nguyên nhân đau bụng mãn tính thường gặp ở trẻ em:

Nguyên nhân thường gặp ở trẻ em bị đau bụng mãn tính là đau bụng có liên quan tới những rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi, nguyên nhân tâm thần. Tuy nhiên những nguyên nhân thực thể rất nhiều cần phải được chẩn đoán một cách hệ thống. “Kinh nghiệm nhiều tác giả cho thấy những nguyên nhân thực thể cần tìm kỹ khi trẻ dưới 5 tuổi hoặc trên 13 tuổi và vị trí đau nhất nằm ở xa vùng rốn”.

❖ Nguyên nhân đau bụng mãn tính thuộc bộ phận tiêu hoá, gan mật:

a- Ruột kích thích tăng nhu động hay gặp nhất, ở mọi lứa tuổi nhất là bắt đầu từ 4 tuổi.

- Đau từng cơn phù hợp với những dấu hiệu rối loạn, tăng nhu động tuột do những yếu tố khởi phát như ăn uống, nhiễm khuẩn hoặc tâm lý xen kẽ với tiêu chảy và táo bón.

- Hoàn toàn không ảnh hưởng tới tình trạng toàn thân, phát triển thể chất của trẻ.

b- Bệnh dạ dày tá tràng bao gồm viêm dạ dày tá tràng mãn tính, loét dạ dày tá tràng. Tùy theo lứa tuổi những biểu hiện lâm sàng thường gặp nôn, xuất huyết tiêu hoá, đau bụng kéo dài liên quan tới bữa ăn đau về đêm, kèm theo khó tiêu, ợ hơi, ợ chua. Cần tiến hành nội soi, sinh thiết làm clotest xác định liên quan với Helicobacter pylori. Thường gặp ở trẻ lớn 6-7 tuổi trở lên.

c- Bệnh ký sinh trùng đường ruột: Thường hay gặp đau bụng giun, giun chui ống mật, nhiễm trùng đường mật sau giun chui ống mật, bán tắc ruột. Có thể chẩn đoán nhờ thử phân, nội soi siêu âm đường mật tìm giun. Ngoài ra nhiễm Giardia lamelia cũng gây đau bụng kèm theo rối loạn phân.

d- Hội chứng bán tắc ruột: Đau bụng từng cơn kèm theo sự xuất hiện của nôn, nhu động rần rờ, hoặc khám có những khối u ruột. Thường gặp trong bán tắc ruột do giun, bã thức ăn, lồng ruột bán cấp do nguyên nhân Polyp.

e- Viêm loét chảy máu túi thừa Mickel:

Đau bụng từng cơn tùy đợt ở vùng quanh rốn phù hợp với xuất huyết tiêu hoá tùy đợt, thiếu máu thường gặp ở lứa tuổi nhỏ dưới 3-5 tuổi. Chẩn đoán xác định nhờ chụp nháy phóng xạ Technician.

g- Các khối u lành hoặc ác tính trong ổ bụng thường đau bụng do chèn ép, xoắn (u nang buồng trứng, hạch to).

h- Các bệnh mật, tuy có thể gặp ở trẻ em:

Sỏi đường mật, viêm tụy mãn tính, giãn đường mật bẩm sinh Kyste cholecloque, giảm hệ thống đường mật bệnh Karoli u nang giả tụy.

Những chẩn đoán này có thể xác định hoặc loại trừ nhờ siêu âm.

i- Bệnh viêm mãn tính xuất hiện ở đại tràng: Bệnh Crohn, viêm trực tràng đại tràng chảy máu, hiếm gặp ở trẻ em thường phối hợp đau bụng với tiêu chảy phân có máu kéo dài và ảnh hưởng rõ rệt tới tình trạng toàn thân và tình trạng viêm nhiễm.

❖ **Đau bụng mãn tính liên quan tới bệnh tiết niệu**

a- Dị dạng đường tiết niệu bẩm sinh: Biểu hiện bởi thận ú nước, hội chứng đoạn nối bể thận niệu quản. Xác định chẩn đoán nhờ siêu âm, X quang.

b- Nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát nhiều lần ở trẻ gái.

c- Sỏi đường tiết niệu: kèm theo với các cơn đau quặn thận, đái máu xác định chẩn đoán nhờ X quang, siêu âm.

❖ **Đau bụng mãn tính liên quan tới bệnh phụ khoa:**

Thường đề cập tới đối với trẻ nữ ở tuổi dậy thì: Đau vùng hạ vị gặp trong những chu kỳ kinh sớm, túi màng tử cung do màng trinh không có lỗ, u nang buồng trứng, các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục. Chẩn đoán nhờ siêu âm.

❖ **Đau bụng do nguyên nhân tâm thần, rối loạn hành vi, đau tâm thể:**

- Thường gặp theo các tác giả tới 90% đau bụng mãn tính ở trẻ lớn, gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 8-12 tuổi. Đau bụng đơn độc, không xác định được rõ rệt vị trí đau, đau xung quanh rốn, kéo dài từ vài phút tới vài giờ, vài ngày hoặc vài tuần lễ. Giảm hoặc hết đau khi không có một can thiệp thích đáng nào. Đau ảnh hưởng tới gia đình xã hội và bản thân trẻ.

- Trẻ chịu đựng tốt, không tìm thấy các dấu hiệu thực thể phát triển tinh thần, thể chất bình thường sự xuất hiện các triệu chứng nôn, tiêu chảy, gầy sút cần thiết phải loại tất cả các nguyên nhân thực thể đường tiêu hoá trước khi chấp nhận chẩn đoán này. Cần có can thiệp thích đáng về mặt tâm lý liệu pháp đối với trẻ và đối với gia đình.

❖ **Những nguyên nhân đau bụng mãn tính khác:**

a- Các bệnh thần kinh hay gặp: U não, động kinh nội tạng, tuy cơn đau bụng còn có các rối loạn tri giác như cơn vắng trí, cơn co giật ngắn, cần khai thác kỹ tiền sử gia đình, cơn giật và xác định chẩn đoán qua điện não đồ.

b- Ngộ độ kéo dài như ngộ độc chì.

❖ **Chẩn đoán phân biệt một số đau bụng mãn tính do nguyên nhân thường gặp ở trẻ em:**

Bệnh	Đặc điểm cơn đau	Biện pháp chẩn đoán chính
Dạ dày ruột Viêm thực quản	Đau vùng thượng vị, nóng rát dưới ức	Soi thực quản, dạ dày
Loét dạ dày - tá tràng	Đau âm ỉ vùng thượng vị, đau khi thức giấc, đau trước bữa ăn, bớt đau khi làm giảm độ toan dạ dày	Soi dạ dày, chụp cản quang dạ dày - ruột
Lồng ruột tái diễn	Đau bụng quặn từng cơn kịch phát, phân máu từng đợt, sờ có thể thấy búi lồng	Chụp bụng bơm hơi, siêu âm chẩn đoán
Viêm ruột thừa mạn tính hay bọc niêm dịch ruột thừa (appendiceal mucocele)	Đau tái diễn vùng hố chậu phải, thường chẩn đoán không đúng, hiếm gặp	Thụt barium, chụp cắt lớp điện toán, siêu âm chẩn đoán
Túi thừa Meckel	Đau quanh rốn, bụng dưới, có thể có phân máu	Chụp nhấp nháy túi Meckel
Thoát vị thành bụng trong hay bẹn	Đau thành bụng, đau âm ỉ	Khám thực thể, chụp cắt lớp điện toán bụng
Táo bón mạn tính	Tiền sử ứ phân, khám thấy khối phân táo ở hố chậu trái	Tiền sử, khám thực thể, X quang bụng
Ký sinh trùng ruột (nhất là Giardia)	Đau bụng quanh rốn, đau co thắt, trướng hơi, tiêu chảy	Tìm trứng ký sinh trùng trong phân, nghiệm pháp miễn dịch với Giardia
Không dung nạp lactose	Triệu chứng xảy ra khi chế độ ăn nhiều lactose, đau bụng, bụng trướng hơi, tiêu chảy	Tiết chế không có lactose nghiệm pháp hơi thở hydrogen
Thừa fructose hay sorbitol	Đau bụng không đặc hiệu, bụng trướng hơi, tiêu chảy	ăn nhiều táo, nước quả ép, hay kẹo nhiều sorbitol
Bệnh túi mật - tuy Sỏi mật	Đau ở một phần tư trên phải bụng, đau nhiều hơn sau bữa ăn	Siêu âm chẩn đoán túi mật
Nang ống mật chủ	Đau ở một phần tư trên phải bụng, khối u (+), tăng bilirubin	Siêu âm, chụp cắt lớp điện toán vùng hạ sườn phải

Viêm tụy tái diễn	Đau dữ dội kéo dài, lan ra sau, nôn	Amylase, lipase, trypsinogen, huyết thanh, siêu âm tụy
Sinh dục, tiết niệu Nhiễm khuẩn tiết niệu ứ nước thận Sỏi niệu Rối loạn tiết niệu - sinh dục khác	Đau vùng thắt lưng một bên Đau dữ dội vùng thắt lưng tới bẹn, tới tinh hoàn Đau bụng dưới hay trên mu, triệu chứng sinh dục - tiết niệu Đau không đặc hiệu, quanh rốn	Phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, chụp thận Siêu âm thận Phân tích nước tiểu, siêu âm, chụp đài bể thận tĩnh mạch Siêu âm thận và chậu hông, thăm khám phụ khoa
Bệnh không thực thể Hội chứng đau bụng tái diễn Hội chứng kích thích ruột Rối loạn tiêu hoá không có loét	Đau quặn từng lúc, tiêu chảy và táo bón Triệu chứng chống loét dạ dày - tá tràng, không có dị dạng đường tiêu hoá trên	Bệnh sử, khám thực thể, nghiệm pháp thăm dò thích hợp Bệnh sử, khám thực thể Bệnh sử, nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng
Nguyên nhân khác Động kinh bụng Ngộ độc chì Ban xuất huyết Schonlein- Hénoc Hội chứng Gilbert	Có thể có tiền triệu co giật Đau bụng từng đợt + táo bón Đau bụng dữ dội, đau quặn tái diễn, phân máu, ban xuất huyết, đau khớp Đau bụng nhẹ (có nguyên nhân hay ngẫu nhiên?), tăng bilirubin tự do nhẹ	Điện não đồ Chì huyết thanh Tiền sử, khám thực thể, phân tích nước tiểu Bilirubin huyết thanh

2.3. Tiếp cận chẩn đoán đau bụng mãn tính ở trẻ em

Nguyên nhân đau bụng tái diễn khá phức tạp, thái độ thực hành là nên nghĩ tới các nguyên nhân có tổn thương thực thể trước, nhất là các nguyên nhân phải can thiệp ngoại khoa, sau khi loại trừ nguyên nhân thực thể mới nghĩ tới các nguyên nhân rối loạn chức năng và nguyên nhân tâm lý.

Bảng chẩn đoán phân biệt đau bụng cấp thông thường ở trẻ em

Bệnh	Khởi phát	Vị trí đau	Đau lan rộng	Tính chất đau	Triệu chứng kèm theo
Tắc ruột	Cấp hay từ từ	Quanh rốn, bụng dưới	Sau lưng	Đau quặn từng cơn	Nôn, bí ỉa, bụng căng, tăng óc

					ách ở ruột
Lồng ruột	Cấp	Quanh rốn, bụng dưới	Không	Đau quặn từng cơn	Phân có máu, nôn
Viêm ruột thừa	Cấp	Vùng hố chậu phải, có thể cạnh rốn	Sau lưng hoặc vùng chậu hông nếu sau manh tràng	Đau nhói, liên tục	Buồn nôn, nôn, sốt, cảm giác đau khu trú vùng hố chậu phải
Viêm tụy	Cấp	Thượng vị một phần tư bụng trên trái	Sau lưng	Liên tục, đau nhói, đau quặn	Buồn nôn, nôn, tăng cảm giác đau
Sỏi niệu	Cấp, đột ngột	Sau thắt lưng (một bên)	Háng	Đau nhói, đau quặn, từng cơn	Đái máu
Nhiễm khuẩn tiết niệu	Cấp, đột ngột	Sau lưng	Bàng quang	Âm ỉ hay đau nhói	Sốt, rối loạn tiểu, tiểu nhiều lần, cảm ứng đau vùng sụn sườn lưng
Giun chui ống mật	Cấp, đột ngột	Quanh rốn, bụng dưới	Hạ sườn phải	Đau quặn từng cơn	Nôn, buồn nôn, có thể nôn giun, ỉa ra giun tư thế chệnh mảng hoặc vắt chân khi đau

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA HÔ HẤP

THĂM KHÁM LÂM SÀNG HỆ HÔ HẤP TRẺ EM

I/ Hành chính:

1. Đối tượng: sinh viên Y4
2. Thời gian: 3 tiết (135 phút)
3. Địa điểm giảng: bệnh viện, phòng khám, nhà trẻ.
4. Người biên soạn: ThS Trần Thị Hồng Vân.

II/ Mục tiêu học tập:

1. Khám và xác định được các dấu hiệu bình thường của đường hô hấp trên và hô hấp dưới ở trẻ em các lứa tuổi.
2. Vận dụng được các chỉ số bình thường vào việc phát hiện các bất thường về hô hấp ở trẻ em .
3. Thái độ: thận trọng khi đánh giá các dấu hiệu bình thường và bất thường của hệ hô hấp ở trẻ em .

III/ Nội dung:

1. Kỹ năng giao tiếp :

1.1. Làm quen với trẻ và gia đình trẻ: nhẹ nhàng, tạo sự tin cậy của trẻ và gia đình trẻ để có thể dễ dàng thăm khám và hỏi bệnh.

1.2. Hỏi kỹ, quan sát các triệu chứng cơ năng về hô hấp:

1.2.1. Ho: phân tích tính chất ho và thời điểm xuất hiện ho (ngày/đêm), mức độ nặng nhẹ

- Ho khan: ho không khạc đờm.
- Ho có đờm: ho có khạc đờm. Tuy nhiên cần xác định rõ những trường hợp trẻ nuốt đờm, không khạc được đờm hoặc đờm quánh đặc không khạc được dễ nhầm với ho khan.
- Ho húng hắng: ho từng tiếng rời nhau.
- Ho cơn hay dạng ho gà: ho nhiều tiếng liên tiếp nhau thành cơn.
- Thay đổi âm sắc khi ho: ho ông ổng, khàn giọng (trong viêm thanh quản), giọng đôi (liệt thanh quản).
- Ảnh hưởng do ho: thường gặp khi có ho cơn dài, nặng: đỏ mặt, tĩnh mạch cổ nổi, chảy nước mắt, nôn, đau ngực, bụng, mệt mỏi, mất ngủ, tím, ngất, ngừng thở. Ho làm tăng áp lực trong ổ bụng có thể gây thoát vị

1.2.2. Đờm: là các chất tiết từ khí phế quản, phế nang, trên thanh môn từ các hốc mũi, các xoang hàm, trán.

- Đờm thanh dịch: trong, loãng, có bọt hoặc có bọt hồng (phù phổi cấp)
- Đờm nhầy: trong, nhầy, quánh dính (viêm phế quản phổi, hen phế quản)
- Đờm mủ: do nhiễm khuẩn.
- Đờm mủ nhầy (gặp trong giãn phế quản)
- Bã đậu: gặp trong lao phổi

1.2.3. Ho ra máu

1.2.4. Ôc mủ

1.2.5. Khó thở: khi gắng sức hay thường xuyên, mức độ nhiều hay ít.

1.2.6. Tím: khi gắng sức hay thường xuyên, mức độ nhiều hay ít, vị trí tím (quanh môi, lưỡi, môi, đầu chi, toàn thân)

1.2.7. Đau ngực: chỉ nhận biết được ở trẻ lớn.

1.2.8. Các triệu chứng thường kèm theo: nôn, ỉa chảy, bú kém, bỏ bú, sốt, li bì, hôn mê

2. Cách khám lâm sàng bộ máy hô hấp trẻ em :

- Cần khám toàn bộ đường hô hấp trẻ em : Mũi, họng hầu, nắp thanh quản, thanh quản, khí phế quản, phổi, màng phổi, lồng ngực và các cơ hô hấp .
- Riêng bộ phận thanh quản và khí phế quản cần phải có dụng cụ soi và thấy thuốc cần có trình độ kỹ thuật nhất định.

2.1. Tư thế bệnh nhân :

Có thể khám trẻ ở tư thế nằm đầu cao hoặc ngồi. Tốt nhất là tư thế ngồi. Trẻ nhỏ cần có người lớn bế. Khi khám phía trước ngực, để trẻ ngồi dựa lưng vào người bế trẻ, hơi ngả người ra sau, bộc lộ toàn bộ vùng ngực và bụng. Khi khám phía sau lưng, bế vác trẻ lên vai hoặc để trẻ quay mặt ôm lấy người bế trẻ, bộc lộ toàn bộ vùng lưng.

Trẻ cần ngồi yên, thở đều. Tránh làm cho trẻ sợ hãi, quấy, khóc.

2.2. Khám toàn thân:

2.2.1. Quan sát:

- Về mặt, cử động : trẻ tỉnh táo, hôn mê hay mệt.
- Khó thở: cánh mũi phập phồng, đầu gật gù theo nhịp thở, co kéo cơ ức đòn chũm, rút lõm hố trên ức.
- Tím: tím quanh môi, môi, đầu chi hoặc tím toàn thân.
- Móng tay chân khum như mặt kính đồng hồ, đầu ngón tay chân bè to hình dùi trống.
- Biến dạng bộ mặt: Bộ mặt V.A

2.2.2. Sờ: Hệ thống hạch: hạch cổ, hạch cơ ức đòn chũm, hạch nách, bẹn.

2.2.3. Nghe: tiếng thở rít, thở rên, tiếng rít thanh quản (stridor), tiếng khò khè, tiếng khụt khịt do tắc mũi.

2.3. Khám đường hô hấp trên:

- Tư thế: trẻ ngồi quay mặt về phía người khám. Trẻ em nhỏ hay giẫy dụa, người bế trẻ dùng một tay ôm vòng ra trước giữ 2 tay và thân trẻ, tay kia đặt lên trán trẻ kéo nhẹ ra sau tì vào ngực người bế, hai chân kẹp chặt chân của trẻ.
- Khám mũi: Dùng đèn soi vào mũi trẻ. Quan sát niêm mạc mũi (viêm đỏ, tiết dịch), vách mũi, cuốn mũi.
- Khám họng: trẻ há to miệng, trẻ lớn có thể bảo trẻ kêu a a trong họng, dùng đèn lưỡi đưa sâu vào góc lưỡi đèn xuống. Quan sát:
 - Niêm mạc họng: viêm họng đỏ, viêm họng giả mạc, màu sắc của giả mạc, viêm họng loét có giả mạc Vincent, viêm họng hoại tử.
 - Các tuyến bạch huyết: 2 amygdalae ở 2 bên giữa cột trụ trước và sau có to, đỏ, có mủ, hốc, loét không? Tuyến V.A ở vòm họng có to, sùi, chảy mủ, gây tắc mũi, chảy mũi xanh đặc? (thường chỉ thấy bằng cách đưa ngón tay vào sâu trong vòm họng hoặc dùng gương soi họng để nhìn)
 - Thành sau họng: có các hạt sùi đỏ (viêm họng hạt), ổ áp xe thành sau họng.

2.4. Khám lồng ngực:

2.4.1. Phân khu lồng ngực:

- Phía trước: bên phải, bên trái, phía trong và ngoài đường giữa đòn
 - Hố trên đòn
 - Hố dưới đòn
 - Các khoang liên sườn
 - Đỉnh phổi, đáy phổi, cạnh tim

- Phía sau: bên phải, bên trái: đỉnh phổi, rốn phổi, đáy phổi

- Phía bên: đường nách trước, giữa và sau

2.4.2. Quan sát:

- Hình dạng lồng ngực: lồng ngực cân đối hay biến dạng (lồng ngực hình trống, hình nôm, ngực gà, giãn hay xẹp 1 bên.

- Động tác hô hấp: các động tác hô hấp hít vào và thở ra đối xứng và đồng bộ hay kém di động, tăng co rút lồng ngực, co kéo cơ liên sườn. Nhịp thở bình thường theo lứa tuổi hay tăng, giảm, đều hay không đều, rối loạn nhịp thở, cơn ngừng thở.

2.4.3. *Sờ nắn:*

- Xác định các vùng phồng lên của lồng ngực (áp xe), cảm giác lạo xạo dưới da (trần khí dưới da), vị trí mỏm tim và khí quản.
- Sờ rung thanh: trẻ nhỏ khó sờ rung thanh vì lồng ngực nhỏ và trẻ không biết nói. Có thể sờ khi trẻ khóc, áp sát lòng bàn tay vào từng vùng nhỏ trên lồng ngực trẻ.

2.4.4. *Gõ ngực:* đặt ngón giữa tay trái áp sát lên các khoang liên sườn, ngón giữa tay phải gõ đều lên trên ngón giữa tay trái.

2.4.5. *Nghe ngực:*

- Tiếng rì rào phế nang: êm dịu hay thô ráp, tăng, giảm hoặc mất.
- Các tiếng bất thường:
 - Tiếng ran:
 - **Ran phế quản :**
 - Ran ngáy: tiếng ngáy âm điệu trầm.
 - Ran ẩm to hạt (ran bóng): giống như tiếng bóng hơi vỡ trên mặt nước, nghe lọc sọc, to nhỏ không đều, xuất hiện do có sự tiết chất nhày nhớt trong phế quản. Tiếng ran này sẽ vang hơn khi phế quản phát sinh ra chúng bị bao bọc bởi một vùng mô phổi đông đặc.
 - Ran rít: tiếng rít âm điệu cao, phát sinh từ các phế quản nhỏ.
 - Tiếng khò khè: tiếng rít cao và êm, nghe ở một vùng cố định, biểu hiện chứng hẹp phế quản.
 - **Ran nhu mô:**
 - Ran ẩm nhỏ hạt: là tiếng ran ẩm rất nhỏ, nghe được cả hai thì hô hấp, do có dịch lỏng trong phế nang
 - Ran nổ: là tiếng ran rất nhỏ, chỉ nghe thấy trong thì hít vào, do có ít dịch đặc trong phế nang.
 - Tiếng cọ màng phổi : tiếng thô ráp do sự cọ sát của màng phổi thành và màng phổi tạng với nhau, nghe rất gần.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Nội - Trường Đại Học Y Hà Nội- Triệu chứng học nội khoa- Tập 1- Nhà xuất bản Y học .1976
2. V. Fattorusso và O. Ritter- Cẩm nang lâm sàng học tập bốn - viện thông tin thư viện Y học trung ương 1990
3. Bộ môn Nhi- Trường Đại học Y Hà Nội : Bài giảng Nhi khoa - Tập I - Nhà Xuất bản Y học 2000.

NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y4 đa khoa
2. Thời gian: 6 tiết (180 phút)
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện (khoa hô hấp, phòng khám)
4. Người biên soạn: ThS Trần Thị Hồng Vân

II. Mục tiêu học tập

1. Khai thác được bệnh sử và tiền sử để tìm các triệu chứng, vấn đề liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp cấp.
2. Khám, phát hiện chính xác các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn hô hấp cấp: đếm nhịp thở, tiếng khò khè, thở rít, thở rên, rút lõm lồng ngực, cánh mũi phập phồng.
3. Vận dụng được các dấu hiệu tìm được để phân loại trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp.
4. Làm được đầy đủ một bệnh án trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp.
5. Tư vấn được cho bà mẹ về sử dụng thuốc an toàn, cách chăm sóc trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp và cách phòng bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp.

III. Nội dung

1. Kỹ năng giao tiếp, khai thác bệnh sử, tiền sử:

Các bước thực hành:

- Chào hỏi, giới thiệu, nêu rõ mục đích thăm khám.
- Hỏi bệnh: chú ý hỏi rõ tích chất các triệu chứng ho, sốt, ăn, bú, nôn, co giật, tuổi, cân nặng khi đẻ, cân nặng hiện tại, các bệnh đã mắc nhất là bệnh hô hấp, nuôi dưỡng, điều kiện sống, vệ sinh môi trường.
- Ghi chép vào bệnh án phân hành chính, bệnh sử, tiền sử.

2. Kỹ năng thăm khám:

2.1. Đếm nhịp thở:

+ Hướng dẫn bà mẹ để trẻ nằm yên, bộc lộ vùng bụng và ngực để có thể quan sát được sự di động ngực bụng khi trẻ thở.

+ Để đồng hồ đếm giây gần bụng trẻ để có thể quan sát cả nhịp thở và đồng hồ.

+ Đếm nhịp thở trong vòng 1 phút, xác định xem trẻ có thở nhanh hay không?

Trẻ < 2 tháng : ≥ 60 nhịp/phút

Trẻ 2 đến 12 tháng : ≥ 50 -

Trẻ 12 tháng đến 5 tuổi: ≥ 40 -

+ Nếu có nghi ngờ hoặc trẻ quấy khóc thì dỗ cho trẻ nằm yên và đếm lại.

2.2. Tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực:

+ Để trẻ nằm yên, bộc lộ lồng ngực.

+ Nhìn vào phần dưới của lồng ngực, nếu lõm vào ở thì hít vào khi các phần khác của ngực và bụng di động ra ngoài thì xác định là có rút lõm lồng ngực.

+ Rút lõm lồng ngực chỉ có giá trị khi quan sát lúc trẻ nằm yên, xảy ra liên tục và ở trẻ < 2 tháng phải là rút lõm lồng ngực mạnh.

2.3. **Tìm dấu hiệu li bì khó đánh thức:** hỏi bà mẹ, dùng tiếng động hoặc lay trẻ để đánh thức để xác định dấu hiệu này.

2.4. Tìm dấu hiệu thở rít, thở rên:

+ Ghé tai sát vào mũi trẻ để lắng nghe tiếng thở, mắt nhìn vào bụng trẻ để xác định thì thở.

+ Thở rít khi nằm yên: tiếng thở thô ráp xuất hiện ở thì thở vào.

+ Thở rên: trẻ < 2 tháng.

2.5. Tìm dấu hiệu chảy mủ tai và ấn đau sau tai.

2.6. Khám họng và sờ hạch cổ

2.7. Ghi chép các dấu hiệu tìm được.

3. Kỹ năng ra quyết định chẩn đoán, xử trí:

- Dựa vào các dấu hiệu hỏi và khám được, sinh viên phân loại nhiễm khuẩn hô hấp cấp cho trẻ.
- Xử trí trẻ sốt, ho, cho thuốc kháng sinh và hẹn khám lại.
- Hướng dẫn chăm sóc tại nhà và phòng bệnh.
- Nếu trẻ nặng cần chuyển viện, cho thuốc liều đầu, hướng dẫn chăm sóc trẻ trên đường chuyển viện.

4. Thái độ cần học trong bài:

- Xác định được nhiễm khuẩn hô hấp cấp là bệnh rất thường gặp, gây ảnh hưởng lớn đến sức khoẻ của trẻ, đến gia đình và xã hội, bệnh nặng có thể gây tử vong.
- Xác định được cần thiết phải khám và điều trị đúng theo phác đồ phân loại, hướng dẫn chăm sóc và phòng bệnh chu đáo để giảm tỉ lệ mắc bệnh và tử vong do nhiễm khuẩn hô hấp cấp.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Nhi-Đại học Y Hà Nội- nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính - Bài giảng Nhi Khoa tập I - Nhà xuất bản Y học- 2000 - tr 321 - 329
2. Chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp -Bộ Y Tế-1984.
3. Xử trí lồng ghép trẻ bệnh- Bộ Y Tế-2003

BỆNH VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y4 và Y6 đa khoa
2. Thời gian: 6 tiết (270 phút)
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Người biên soạn: ThS Trần Thị Hồng Vân

II. Mục tiêu:

1. Khai thác được quá trình mắc bệnh, các yếu tố thuận lợi gây bệnh.
2. Khám xác định được các dấu hiệu bệnh lý của Viêm phế quản phổi :
 - Quan sát: Ho, nghe tiếng thở rít, thở rên, khò khè, đếm nhịp thở, tìm dấu hiệu khó thở
 - Sờ: rung thanh tăng, giảm.
 - Gõ : trong, đục.
 - Nghe: rì rào phế nang, phân biệt các ran ở phổi, tiếng bệnh lý khác.
3. Phân tích được tổn thương thực thể ở phổi và mức độ suy hô hấp .
4. Phân tích được phim Xquang phổi, kết quả công thức máu, khí máu.
5. Làm được một bệnh án đầy đủ về trẻ bị Viêm phế quản phổi.
6. Thực hiện được một số biện pháp chống suy hô hấp ở trẻ em : Hút đờm, thở oxy, thở khí dung, bóp bóng hỗ trợ hô hấp .
7. Thực hiện và hướng dẫn chăm sóc trẻ bị Viêm phế quản phổi và cách phòng bệnh .
- 8.Thái độ:
 - Xác định bệnh có thể điều trị khỏi nhanh nếu được phát hiện, điều trị sớm và đúng, không để biến chứng xảy ra.
 - Cần theo dõi cẩn thận vì ở trẻ nhỏ bệnh nặng, diễn biến nhanh, dễ biến chứng và tử vong.
 - Bệnh có thể phòng tránh được.

III. Nội dung:

1. Kỹ năng khai thác bệnh sử: Hỏi và quan sát được các triệu chứng cơ năng của bệnh Viêm phế quản phổi :

- * Ho: phân tích tính chất ho và thời điểm xuất hiện ho (ngày/đêm), mức độ nặng nhẹ
 - Ho khan: ho không khạc đờm.
 - Ho có đờm: ho có khạc đờm. Tuy nhiên cần xác định rõ những trường hợp trẻ nuốt đờm, không khạc được đờm hoặc đờm quánh đặc không khạc được dễ nhầm với ho khan.
 - Ho húng hắng: ho từng tiếng rời nhau.

- Ho cơn hay dạng ho gà: ho nhiều tiếng liên tiếp nhau thành cơn.
- Thay đổi âm sắc khi ho: ho ông ổng, khàn giọng (trong viêm thanh quản), giọng đôi (liệt thanh quản).
- ảnh hưởng do ho: thường gặp khi có ho cơn dài, nặng: đỏ mặt, tĩnh mạch cổ nổi, chảy nước mắt, nôn, đau ngực, lưng, bụng, mệt mỏi, mất ngủ, tím, ngất, ngừng thở. Ho làm tăng áp lực trong ổ bụng có thể gây thoát vị.

* Đờm: là các chất tiết từ khí phế quản, phế nang, trên thanh môn từ các hốc mũi, các xoang hàm, trán.

- Đờm thanh dịch: trong, loãng, có bọt hoặc có bọt hồng (phù phổi cấp)
- Đờm nhầy: trong, nhầy, quánh dính (viêm phế quản phổi, hen phế quản)
- Đờm mủ: do nhiễm khuẩn.
- Đờm mủ nhầy (gặp trong giãn phế quản)
- Bã đậu: gặp trong lao phổi

* Ho ra máu

* Ôc mủ

* Khó thở: khi gắng sức hay thường xuyên, mức độ nhiều hay ít, kiểu khó thở (khó thở vào, khó thở ra, khó thở 2 thì, nhanh, chậm, nông, sâu.)

* Tím: khi gắng sức hay thường xuyên, mức độ nhiều hay ít, vị trí tím (quanh môi, lưỡi, môi, đầu chi, toàn thân)

* Đau ngực: chỉ nhận biết được ở trẻ lớn.

* Các triệu chứng thường kèm theo: nôn, ỉa chảy, bú kém, bỏ bú, sốt, li bì, hôn mê.

* Khai thác được quá trình mắc bệnh, các yếu tố thuận lợi gây bệnh:

- Trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, đặc biệt là trẻ sơ sinh
- Trẻ đẻ thiếu cân (2500g)
- Nuôi dưỡng kém, thiếu sữa mẹ, suy dinh dưỡng, còi xương
- Mắc các bệnh hô hấp mạn tính như: Viêm mũi họng, VA, hen phế quản và các bệnh như sởi, ho gà, cúm, thủy đậu...
- Khí hậu lạnh, thời tiết thay đổi, độ ẩm cao.
- Môi trường ô nhiễm: nhà ở chật chội, ẩm thấp, khói bếp, khói thuốc lá, bụi...
- Trẻ có cơ địa dị ứng, thể tạng tiết dịch...

2. Kỹ năng thăm khám: Khám xác định các dấu hiệu bệnh lý của Viêm phế quản phổi:

2.1. Quan sát:

- Đếm nhịp thở, xem di động ngực và bụng.
- Xem lồng ngực có biến dạng không, nếu có là kiểu gì?
- Khó thở (như trên)
- Sờ: rung thanh tăng, giảm.

2.2. Gõ: trong, đục.

2.3. Nghe: rì rào phế nang, phân biệt các ran ở phổi, tiếng bệnh lý khác.

- Tiếng rì rào phế nang: êm dịu hay thô ráp, tăng, giảm hoặc mất.

- Các tiếng bất thường

* Tiếng ran:

+ Ran phế quản:

- Ran ngáy: tiếng ngáy âm điệu trầm.
- Ran ẩm to hạt (ran bóng): giống như tiếng bóng hơi vỡ trên mặt nước, nghe lọc sọc, to nhỏ không đều, xuất hiện do có sự tiết chất nhầy nhớt trong phế quản. Tiếng ran này sẽ vang hơn khi phế quản phát sinh ra chúng bị bao bọc bởi một vùng mô phổi đông đặc.
- Ran rít: tiếng rít âm điệu cao, phát sinh từ các phế quản nhỏ.
- Tiếng khô khè: tiếng rít cao và êm, nghe ở một vùng cố định, biểu hiện chứng hẹp phế quản.

+ Ran nhu mô:

- Ran ẩm nhỏ hạt: là tiếng ran ẩm rất nhỏ, nghe được cả hai thì hô hấp, do có dịch lỏng trong phế nang
- Ran nổ: là tiếng ran rất nhỏ, chỉ nghe thấy trong thì hít vào, do có ít dịch đặc trong phế nang.

* Tiếng cọ màng phổi : tiếng thô ráp do sự cọ sát của màng phổi thành và màng phổi tạng với nhau, nghe rất gần.

2.4. **Tim dấu hệ nhiễm khuẩn:** Qua đó phân tích được tổn thương thực thể ở phổi, đánh giá được mức độ suy hô hấp => Chẩn đoán lâm sàng

3. Kỹ năng ra quyết định làm xét nghiệm và phân tích xét nghiệm:

- Chụp X quang tim phổi: có các nốt mờ rải rác 2 phổi, chủ yếu tập trung ở vùng rốn phổi, cạnh tim. Có thể tập trung ở 1 thùy hoặc phân thùy phổi, hoặc có hiện tượng xẹp phổi, tràn dịch màng phổi...
- Công thức máu:
Số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- Nếu có suy hô hấp nặng: Cần phải đo các chất khí trong máu để có cơ sở điều trị hợp lý.
- Xét nghiệm vi khuẩn hoặc virus trong dịch tỵ hầu dịch nội khí quản, máu để xác định nguyên nhân.

4. Kỹ năng ra quyết định chẩn đoán, nguyên tắc điều trị và chăm sóc. Làm được một bệnh án đầy đủ về trẻ bị Viêm phế quản phổi.

4.1. Chẩn đoán:

4.1.1. **Chẩn đoán xác định:** Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng chính sau:

- Ho.
- Nhịp thở nhanh.
- Rút lõm lồng ngực.
- Nặng: Khó thở nặng, tím tái, rối loạn nhịp thở, ngừng thở...
- Nghe phổi nhiều ran ẩm nhỏ hạt, có thể kèm ran gáy, ran rít...
- Xquang tim phổi

4.1.2. **Chẩn đoán nguyên nhân:** cấy vi khuẩn, phân lập virus từ các bệnh phẩm dịch tỵ hầu, dịch khí phế quản...

4.1.3. **Chẩn đoán các biến chứng:** suy hô hấp, xẹp phổi, tràn dịch, tràn khí màng phổi, suy tim

4.1.4. **Thực hiện một số biện pháp chống suy hô hấp ở trẻ em:** Hút đờm, thở oxy, thở khí dung, bóp bóng hỗ trợ hô hấp.

4.1.5. **Thực hiện được hướng dẫn chăm sóc trẻ bị Viêm phế quản phổi và cách phòng bệnh.**

4.2. Điều trị theo 4 nguyên tắc:

- Chống nhiễm khuẩn.
- Chống suy hô hấp.
- Điều trị các rối loạn nước, điện giải, thăng bằng, kiềm toan...
- Điều trị các biến chứng (nếu có).

4.2.1. **Chống nhiễm khuẩn:** Lựa chọn kháng sinh theo nguyên nhân

4.2.2. **Chống suy hô hấp:**

- Đặt trẻ nằm nơi thoáng mát, yên tĩnh, nới rộng quần áo.
- Hút thông thoáng đường thở.
- Thở oxy khi có khó thở, tím tái.

- Khi trẻ tím nặng, ngừng thở: đặt nội khí quản, bóp bóng hỗ trợ hô hấp

4.2.3. Bồi phụ nước, điện giải, điều chỉnh rối loạn thăng bằng kiềm toan...

4.2.4. Chăm sóc:

- Theo dõi trẻ thường xuyên: nhịp thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ...
- Bảo đảm cho trẻ được bú sữa mẹ đầy đủ, nếu không bú được phải đổ bằng thìa, cho ăn bằng sonde.
- Cho trẻ uống nước đầy đủ để bổ sung lượng nước mất.
- Làm dịu đau họng, ho bằng các thuốc ho dân tộc : mật ong hấp chanh...
- Xoay trở trẻ thường xuyên, tránh nằm lâu 1 chỗ.

4.3. Hướng dẫn phòng bệnh:

- Bảo đảm sức khỏe bà mẹ khi mang thai, nhằm làm giảm tỉ lệ trẻ sinh ra thiếu tháng, thiếu cân, dị tật bẩm sinh...
- Vệ sinh môi trường cho sạch sẽ, thông thoáng, tránh bụi bặm, khói thuốc...
- Cho trẻ bú sữa non sớm ngay sau đẻ, bú mẹ đầy đủ, ăn sam đúng theo ô vuông thức ăn.
- Tiêm chủng bệnh đầy đủ theo lịch.
- Phát hiện và điều trị sớm các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp và mạn tính

4.4. Thái độ cần học: Cần thận, tỉ mỉ khi thăm khám, chú ý khâu hỏi bệnh và nên quan sát kỹ trước khi thực hiện các động tác thăm khám khác.

Tài liệu tham khảo

1. GS Trần Quy - Viêm phế quản phổi - Bài giảng Nhi khoa tập I, 2000, tr. 302-307
2. GS. TS. Nguyễn Công Khanh- Tiếp cận chẩn đoán Nhi khoa- Nhà Xuất bản Y học 2001.

HEN PHẾ QUẢN

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y4 và Y6 đa khoa
2. Thời gian: 6 tiết (270 phút)
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Người biên soạn: ThS Trần Thị Hồng Vân

II. Mục tiêu:

1. Khai thác được quá trình mắc bệnh, các dị nguyên, các yếu tố thuận lợi gây bệnh hen
2. Khám xác định được các triệu chứng của hen phế quản ở trẻ em.
3. Chỉ định và phân tích được các kết quả xét nghiệm cần làm.
4. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt được hen phế quản.
5. Làm được một bệnh án đầy đủ về trẻ hen phế quản .
6. Lập được 1 kế hoạch điều trị, hướng dẫn chăm sóc và phòng bệnh trẻ bị hen phế quản.
- 7.Thái độ:

- Xác định hen phế quản là bệnh mãn tính, có thể tái phát nhiều đợt, ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt và tính mạng trẻ, cần điều trị theo đúng phác đồ để tránh tái phát, tử vong cũng như di chứng cho trẻ.
- Hướng dẫn chu đáo cho trẻ và gia đình để đảm bảo tuân thủ đúng các biện pháp điều trị và phòng bệnh

III. Nội dung:

1. Kỹ năng khai thác bệnh sử:

1.1. Hỏi và quan sát được các triệu chứng cơ năng của bệnh:

- Ho: phân tích tính chất ho và thời điểm xuất hiện ho (ngày/đêm), mức độ nặng nhẹ
- Khạc đờm, tính chất đờm
- Khò khè, cò cữ, khó thở:
 - Thời điểm xuất hiện: lúc thay đổi thời tiết, ban đêm, tiếp xúc với một loại dị nguyên, xúc động mạnh
 - Tái đi tái lại nhiều lần với cùng tính chất, số lần tái phát.
 - Con kéo dài bao lâu, mức độ nặng của cơn.
 - Đã dùng thuốc gì để cắt cơn, đáp ứng với thuốc thế nào?
 - Ảnh hưởng của bệnh đến các hoạt động của trẻ.
- Các dấu hiệu khác: sốt, nôn, kém ăn.

1.2. Khai thác được quá trình mắc bệnh, các yếu tố thuận lợi gây bệnh:

- Tuổi :
- Giới:
- Môi trường sống: ô nhiễm khói bụi, phấn hoa, thời tiết
- Yếu tố gia đình: gia đình có người mắc bệnh hen hoặc những bệnh dị ứng khác (Viêm mũi dị ứng, viêm da dị ứng) hoặc bản thân trẻ có bệnh dị ứng.
- Trẻ bị các bệnh tai mũi họng, viêm nhiễm đường hô hấp, lao sơ nhiễm, dị dạng lồng ngực, còi xương, suy dinh dưỡng.

2. Kỹ năng thăm khám:

Khám xác định các dấu hiệu bệnh lý của hen phế quản :

2.1. Quan sát: cơn khó thở, cò cữ

- Đếm nhịp thở, xem di động ngực và bụng, co kéo cơ hô hấp
- Xem lồng ngực có biến dạng : căng ú khí. Hen kéo dài và thường xuyên làm cho lồng ngực biến dạng thành hình thùng: các khoang liên sườn giãn rộng, xương sườn nằm ngang, đường kính trước sau và đường kính ngang gần bằng nhau
- Khó thở: xuất hiện từng cơn khó thở ra kéo dài. Trường hợp nhẹ chỉ khó thở khi gắng sức, khò khè , cò cữ, cơn có thể hết tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc hoặc tiến triển thành cơn hen nặng. Các cơn nặng thường xuất hiện về đêm, gân sáng, trẻ rất khó thở, thở khò khè, cò cữ, thở rít, tím tái, vã mồ hôi ...
- Nghe tiếng thở rít, cò cữ.
- Dấu hiệu thiếu oxy mãn tính ở trẻ hen kéo dài: tím môi và đầu chi, ngón tay dùi trống.

2.2. Gõ : trong, rung thanh giảm

2.3. Nghe: Nghe phổi: rì rào phế nang giảm đều 2 bên, có tiếng ran rít, ran ngáy, khò khè, , âm sắc cao, rít rõ khi thở ra mạnh và kéo dài. Có thể nghe thấy ran ẩm 2 thì.

2.4. Tìm dấu hiệu nhiễm khuẩn, khám gan, đếm nhịp tim.

Qua đó phân tích được mức độ nặng của cơn hen, sơ bộ phân loại bậc hen

3. Kỹ năng ra quyết định làm xét nghiệm và phân tích xét nghiệm:

- Chụp X quang tim phổi: tìm dấu hiệu ú khí phổi và tăng đậm nhánh phế quản .

- Công thức máu: Tăng bạch cầu ái toan, số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng khi có bội nhiễm kèm theo
- Nếu có suy hô hấp nặng: Cần phải đo các chất khí trong máu để có cơ sở điều trị hợp lý.
- Đo IgE huyết thanh.
- Xét nghiệm đờm.
- Thăm dò chức năng hô hấp : Đo PEF. Chỉ thực hiện được ở trẻ lớn, biết hợp tác. Phân tích kết quả

4. Kỹ năng ra quyết định chẩn đoán, nguyên tắc điều trị và chăm sóc: Làm được một bệnh án đầy đủ về trẻ

4.1. Chẩn đoán:

4.1.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng chính sau: Cần phải dựa vào nhiều yếu tố

- Yếu tố gia đình: Gia đình thường có người bị hen hoặc các bệnh dị ứng khác.
- Cơ địa:
 - Trẻ bị chàm thể tạng
 - Viêm mũi dị ứng, viêm phế quản co thắt, viêm xoang dị ứng.
 - Thể tạng tiết dịch.
 - Các bệnh thần kinh, khớp.
- Có tiếp xúc với các dị nguyên hô hấp: sau tiếp xúc với 1 loại dị nguyên như bụi khói, phấn hoa, hoá chất, thuốc, thức ăn
- Có các ổ nhiễm khuẩn: tạo nên các gai kích thích như viêm amidan, viêm xoang, viêm phế quản, viêm phổi nhiều lần
- Triệu chứng lâm sàng
 - Con ho, khò khè với âm sắc cao, khó thở ra tái diễn, thường xuất hiện về đêm.
 - Triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên khi có gắng sức, nhiễm virus, tiếp xúc với dị nguyên, thay đổi thời tiết, xúc động mạnh
 - Dùng thuốc giãn phế quản đáp ứng tốt
- Xét nghiệm:
 - Test ngoài da (+) với các dị nguyên.
 - Tăng bạch cầu ái toan trong máu, trong dịch phế quản .
 - IgE huyết thanh tăng.
 - PEF giảm còn < 80% so với bình thường và giảm > 15% sau 6 phút hoạt động gắng sức, tăng > 20% sau dùng thuốc giãn phế quản .

4.1.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tiểu phế quản do virus.
- Viêm phổi hít.
- Mềm sụn thanh quản.
- Dị vật khí phế quản .
- Hẹp đường thở do khối u chèn ép: hạch lao, u trung thất, tuyến ức to.
- Bệnh quánh niêm dịch (Mucoviscidose)
- Hội chứng Loeffler
- Thiếu sản phổi.
- Bệnh tim.

4.2. Điều trị

4.2.1. Điều trị cắt cơn hen:

Chống co thắt phế quản : biết chỉ định sử dụng các thuốc

- Thuốc kích thích β_2 adrenergic: khí dung
- Epinephrin (Adrenalin) khí dung
- Salbutamol dạng uống có tác dụng chậm.
- Theophilin: uống

Chống viêm nhiễm phù nề niêm mạc phế quản :

- Corticoid dạng xịt, khí dung hoặc tiêm tĩnh mạch trong những cơn hen nặng.
- Kháng sinh khi có biểu hiện nhiễm trùng bội nhiễm. Tránh lạm dụng kháng sinh.

Chống ú đọng đờm nhầy phế quản :

- Cung cấp đủ nước cho trẻ: cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường. Truyền dịch trong các trường hợp nặng.
- Dùng corticoid và kháng sinh khi cần thiết.
- Có thể dùng các thuốc làm loãng đờm như Alphachymotrypsin.

Điều trị suy hô hấp, điều chỉnh các rối loạn điện giải, khí máu, thăng bằng kiềm toan trong những cơn hen nặng.

4.2.2. Điều trị ngoài con:

Điều trị và phòng ngừa phát sinh và tái phát cơn hen, hướng dẫn trẻ và gia đình

- Đề phòng và loại trừ các yếu tố thuận lợi có thể làm phát sinh cơn hen : Vệ sinh môi trường sinh hoạt, nhà cửa, tránh tiếp xúc với các dị nguyên, chăm sóc tâm lý cho trẻ, tránh các xúc động mạnh, nâng cao thể trạng chung, loại trừ các ổ nhiễm trùng
- Điều trị giải mẫn cảm đặc hiệu khi phát hiện được dị nguyên bằng test ngoài da.
- Có thể dùng các thuốc kháng histamin dạng xịt như cromoglycat
- Corticoid dạng xịt để ngăn ngừa tái phát cơn hen (Pulmicort, seretide, becotide) hiện nay đang được dùng nhiều. Cần chú ý điều trị theo đúng phác đồ và đúng phương pháp để tránh các tác hại của thuốc vì các thuốc này thường phải dùng trong một thời gian dài.
- Thuốc giãn phế quản dạng xịt (ventolin) cần phải được luôn mang theo để cất cơn khi lên cơn hen cấp.
- Không khí trị liệu: chuyển chỗ ở sang những vùng có khí hậu thích hợp.
- Phục hồi chức năng sinh lý, tinh thần, kinh tế, xã hội cho trẻ. Cho trẻ tham gia các hoạt động thể thao thích hợp để hồi phục chức năng hô hấp .
- Giáo dục sức khỏe cho trẻ và gia đình trẻ để có được sự hợp tác tốt, đạt hiệu quả cao nhất trong điều trị.

5. Thái độ cần học:

- Cẩn thận, tỉ mỉ khi thăm khám.
- Chú ý khâu hỏi bệnh.
- Hướng dẫn chu đáo.

Tài liệu tham khảo

1. GS.TS Trần Quy- Hen phế quản- Bài giảng Nhi khoa tập 1 - Nhà xuất bản Y học 2003 - tr. 308- 321.
2. Mark Boguniewicz, MD & Donald Y. M. Leung, MD, PhD - Asthma- Current Pediatric Diagnosis & Treatment 15th - McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2001, p. 939-948.
3. GS. TS. Nguyễn Công Khanh- Tiếp cận chẩn đoán Nhi khoa- Nhà Xuất bản Y học 2001.

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA TIM MẠCH

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ HỆ TUẦN HOÀN

I. Hành chính

1. Đối tượng: Y4 đa khoa.
2. Thời gian: 03 tiết.
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Tên người biên soạn: ThS Đặng Thị Hải Vân

II. Mục tiêu học tập

Khám và xác định tim mạch bình thường ở trẻ em theo từng lứa tuổi.

III. Nội dung

1. Những kỹ năng và điểm đặc trưng của các kỹ năng sinh viên cần phải thực hành:

- Kỹ năng giao tiếp: cần phải giải thích cho bà mẹ và bệnh nhân yên tâm hợp tác trong thăm khám.
- Kỹ năng thăm khám: nhẹ nhàng, khéo léo tránh để trẻ sợ hãi có thể làm thay đổi kết quả khám nhất là khi đếm nhịp tim.
- Kỹ năng tư duy ra quyết định: sau khi khám xong phải xác định kết quả khám là bình thường hay bất thường.

2. Thái độ cần học của bài

- Sinh viên phải nhận thức được: trẻ em khác người lớn và khác nhau theo lứa tuổi.
- Trẻ em thường khó thăm khám và khó hợp tác nên phải nhanh nhẹn, khéo léo và phải đánh giá đi đánh giá lại để có kết quả khám chính xác.

3. Các bước thực hành của từng kỹ năng:

3.1 Kỹ năng khám tim:

3.1.1. Nhìn: - Sự cân đối của lồng ngực.

- Xem mỏm tim đập ở KLS mấy?

3.1.2. Gõ: để xác định diện đục của tim. Khi gõ tim cần phải tiến hành theo các bước sau:

- Xác định mỏm tim: qua nhìn, sờ hoặc gõ. Gõ theo đường từ dưới lên trên và từ ngoài vào trong theo các khoang liên sườn.
- Xác định bờ trên gan: Đặt ngón tay ở KLS rồi gõ từ trên xuống.
- Xác định bờ phải: gõ ở bên phải lồng ngực, lần lượt gõ từ trên xuống và từ ngoài vào trong, đánh dấu các chỗ gõ đục rồi nối lại ta được một đường thẳng cách đường cạnh ức phải 0,5cm.
- Xác định bờ dưới: gõ tìm bờ trên gan. Xác định giao điểm của bờ trên gan với bờ phải tim. Sau đó nối điểm đó với mỏm tim ta sẽ được bờ dưới của tim.

- Xác định bờ trái của tim: gõ dọc theo các khoang liên sườn trái từ trên xuống dưới và từ ngoài vào trong

Chú ý: Ở trẻ nhỏ, tim có xu thế nằm ngang và cao hơn trẻ lớn 1 KLS. Với trẻ nhỏ hơn 1 tuổi, mỏm tim nằm ngoài đường vú trái 1-2 cm và ở KLS IV. Còn ở trẻ lớn hơn 7 tuổi thì mỏm tim có vị trí gần giống người lớn ở KLS V và ở trên hay trong đường vú trái.

3.1.3. *Sờ*: Xác định lại xem mỏm tim đập ở đâu?

3.1.4. *Nghe tim*: Ta tiến hành nghe tim ở trên toàn bộ diện tim

- Đánh giá xem nhịp tim có đều không? Ở trẻ sơ sinh nhịp tim nhanh, gọn gần giống nhịp tim thai do thời gian tâm thu và tâm trương bằng nhau.
- Tần số tim thay đổi theo lứa tuổi:
 - + Sơ sinh: 140-160 lần/phút
 - + 1 tuổi: 120 lần/phút
 - + 5 tuổi: 100 lần/phút
 - + 7-8 tuổi: 90 lần/phút

Nhịp tim trẻ thay đổi khi trẻ gắng sức, quấy khóc và khi sốt.

- Xác định tiếng tim có rõ không?
 - + Để đánh giá tiếng T1 ta nghe ở mỏm. T1 luôn nghe rõ hơn T2 ở mỏm cho tất cả mọi lứa tuổi.
 - + Để đánh giá T2 ta nghe ở đáy tim:
 - Với trẻ < 1 tuổi: T1 nghe rõ hơn T2 ở đáy.
 - Trẻ 12-18 tháng: T1= T2
 - Trẻ > 18 tháng: T2 nghe rõ hơn T1 ở đáy

3.2. *Kỹ năng bắt mạch ở trẻ bình thường*

- Phải bắt mạch ít nhất ở 3 vị trí: mạch quay, cảnh, bẹn và phải bắt mạch cả 2 bên.
- Khi bắt mạch phải chú ý đến độ nảy của mạch và kiểm tra xem bắt được bao nhiêu lần trong 1 phút và so sánh với tần số tim.

3.3. *Đo huyết áp*

3.3.1. *Xác định được băng đo huyết áp phù hợp với lứa tuổi*: chiều rộng của băng phải bằng 1/2 đến 2/3 chiều dài cánh tay tính từ mỏm khuỷu đến mỏm cùng vai. Băng đo huyết áp phải quấn được gần hai vòng cánh tay trẻ. Nếu ta dùng băng nhỏ để đo cho trẻ lớn ta sẽ được số huyết áp cao hơn số thực của bệnh nhân và ngược lại nếu dùng băng lớn để đo cho trẻ bé thì số huyết áp đo được sẽ bé hơn con số thực.

3.3.2. *Khi đo huyết áp phải giải thích trước cho trẻ nằm yên, hợp tác*. Trẻ phải nằm nghỉ ngơi trước khi đo huyết áp khoảng 15 phút.

- Bắt mạch khuỷu: Đặt nhẹ nhàng ống nghe lên chỗ mạch đập. Sau đó dùng băng theo lứa tuổi quấn quanh cánh tay trẻ.
- Bơm từ từ lên khoảng 120 mmHg lúc ta không nghe thấy mạch đập nữa.

- Sau đó xả hơi từ từ: Khi bắt đầu nghe thấy mạch đập thì đó là huyết áp tối đa. Tiếp tục xả cho đến khi không nghe thấy mạch đập thì ta được huyết áp tối thiểu. Trong trường hợp đến 0 mà ta vẫn còn nghe thấy mạch đập thì huyết áp tối thiểu sẽ bằng lúc ta nghe được bắt đầu có sự thay đổi của tiếng mạch đập.

3.3.3. *Đánh giá được huyết áp trẻ em theo lứa tuổi dựa vào công thức:*

* Huyết áp tối đa: trẻ sơ sinh : 75 mmHg

Trẻ 1 tuổi : 75-80 mmHg

Trẻ > 1 tuổi : $80 + (2n-1)$, trong đó n là số tuổi.

* Huyết áp tối thiểu: bằng Huyết áp tối đa/2 +10 dao động đến 2/3 huyết áp tối đa.

4. Các kỹ năng thực hành sinh viên cần đạt khi học bài này

- Kỹ năng khám tim
- Kỹ năng bắt mạch
- Kỹ năng đo huyết áp
- Kỹ năng giao tiếp
- Kỹ năng tư duy: đánh giá được kết quả khám

5. Yêu cầu về mức độ đạt được của các kỹ năng là mức 2.

BỆNH THẤP TIM

I. Hành chính

1. Đối tượng: Sinh viên Y4 Đa khoa
2. Thời gian: 06 tiết
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Tên người biên soạn: ThS Đặng Thị Hải Vân.

II. Mục tiêu học tập

1. Khai thác được tiền sử, bệnh sử bệnh thấp tim
2. Khám và phân tích được đặc điểm triệu chứng về viêm họng, tim, khớp, thần kinh và da trong bệnh thấp tim.
3. Chỉ định và phân tích được các xét nghiệm cần thiết trong thấp tim phù hợp với từng trường hợp
4. Điều trị được bệnh thấp tim theo phác đồ.
5. Giáo dục bệnh nhân và gia đình phòng bệnh thấp tim.

III. Nội dung

1. Những kỹ năng sinh viên cần phải thực hành

- Kỹ năng giao tiếp.

- Kỹ năng thăm khám.
- Kỹ năng tư duy ra quyết định.

2. Những điểm đặc trưng của các kỹ năng

- Thấp tim thường gặp ở trẻ 5-15 tuổi. Đây là lứa tuổi trẻ đã nhận thức được một phần nào bệnh tật của mình. Do đó, khi giao tiếp phải cởi mở, tránh gây sự lo lắng, bi quan về bệnh tật cho trẻ.

- Trong thăm khám phải tỉ mỉ phát hiện triệu chứng đúng vì có những trẻ có biểu hiện giả vờ đau khớp.

3. Thái độ

- Thấp tim là bệnh có thể phòng được, tránh tái phát, tránh để lại di chứng do đó cần phải được chẩn đoán và điều trị đúng

- Không quá lo lắng hay coi thường bệnh.
- Không chẩn đoán quá mức bệnh thấp tim.

4. Mô tả các bước thực hành của từng kỹ năng

4.1 Kỹ năng khai thác tiền sử-bệnh sử bệnh thấp tim

4.1.1. Tiền sử: - Trẻ có tiền sử hay bị viêm họng không?

- Có tiền sử sưng, đau khớp không?
- Có tiền sử dị ứng, hen, chàm lúc nhỏ không?
- Gia đình có ai mắc bệnh giống bệnh nhân không?

4.1.2. Bệnh sử: + Trẻ bị bệnh đợt đầu hay đợt thứ mấy.

+ Nếu đã được chẩn đoán là thấp tim thì bị từ bao giờ, ở đâu chẩn đoán và có tiêm phòng thấp đầy đủ không? (xem sổ theo dõi phòng thấp)

+ Đợt bệnh này trẻ bị từ bao giờ và triệu chứng đầu tiên là gì? Diễn biến và tính chất của triệu chứng đó. Đã được điều trị gì? Các triệu chứng kèm theo?

4.2 Kỹ năng khám họng

+ Giải thích để bệnh nhân hợp tác khi khám.

+ Để bệnh nhân ngồi ngay ngắn, bảo bệnh nhân há miệng to. Sau đó dùng đèn lưỡi ấn nhẹ nhàng 1/2 phần lưỡi ngoài. Dùng đèn chiếu (đèn pin). Quan sát niêm mạc họng xem có đỏ, có mủ không?, Amydal có sưng đỏ không?. Thành sau họng có hạt hoặc có mủ đờm từ cửa lỗ mũi sau chảy xuống không? Kiểm tra xem rêu lưỡi có bản không?

+ Các triệu chứng của bệnh thấp tim thường xuất hiện sau viêm họng liên cầu 2 tuần. Do đó nhiều khi bệnh nhân đến khám nhưng các biểu hiện của viêm họng đã hết.

4.3. Kỹ năng khám khớp

- Xác định xem khớp nào bị viêm? Có đầy đủ các tính chất sưng nóng đỏ đau hay trẻ chỉ bị đau khớp đơn thuần. Đánh giá mức độ hạn chế vận động của khớp đau.

- Xác định xem khớp có bị biến dạng, lệch trục hay teo cơ không?

- Khi thăm khám khớp phải phân tích được xem khớp bị viêm có tính chất như tổn thương khớp trong bệnh thấp tim không?

Cụ thể là: + Hay bị các khớp nhỏ

- + Có tính chất di chuyển.
- + Không có tính chất đối xứng
- + Có thể tự khỏi hoặc khỏi nhanh sau điều trị
- + Không để lại di chứng cứng khớp, teo cơ.

4.4 Tìm các hạt dưới da và ban vòng

- Hạt dưới da (hạt Maynet) thường ở quanh khớp, hạt nhỏ 0.5-1cm, di động dưới da, không đau.

- Ban vòng: thường ở thân mình, d = 1- 2cm, nhạt màu ở giữa, gờ nhẹ trên mặt da, không ngứa.

- Đây là 2 tổn thương da ít gặp trong bệnh thấp tim -> cho sinh viên xem ảnh minh họa.

4.5 Thăm khám hệ thần kinh

Ngoài việc thăm khám hệ thần kinh như đã học chung cho các bệnh nhân. Ở bệnh nhân thấp tim khi khám thần kinh cần lưu ý:

- + Trẻ có bị rối loạn vận động không?
 - Cho trẻ viết chữ xem chữ có bị xấu đi hay không?
 - Đưa bút để xem trẻ nối 2 điểm như thế nào? đường nối có ngoằn ngoèo không?
 - Trẻ đi lại ra sao? Có những động tác bất thường không tự chủ ?
 - Các biểu hiện trên của trẻ có giảm đi khi nghỉ ngơi hoặc mất đi khi ngủ không?
- + Trẻ có rối loạn ngôn ngữ không? Trẻ có hiểu câu hỏi? Nói có ngọng, có lắp không?
- + Trẻ có rối loạn cảm xúc? Lo lắng, sợ hãi, hốt hoảng, bồn chồn không?

4.6 Khám tim mạch

* Là phần khám quan trọng. Trước một bệnh nhân thấp tim cần phải xác định xem liệu bệnh nhân đó có bị tổn thương tim không? Và mức độ viêm tim là gì?

* Trên lâm sàng dấu hiệu để phân định giữa viêm tim nhẹ và viêm tim nặng là bệnh nhân có suy tim hay không? Do đó điều đầu tiên là tìm những triệu chứng suy tim.

- Phù 2 chi?
- Gan to? phản hồi gan tĩnh mạch cổ?
- Đái ít, lượng nước tiểu 24h?
- Mạch nhanh?
- Khó thở và mức độ khó thở?

* Xác định xem trẻ có biểu hiện viêm tim nhẹ không?

- Nghe T1 ở mỏm xem có mờ không? Bình thường ở mỏm tim T1 nghe rõ hơn T2.

- Nghe tim của trẻ xem có tiếng thổi bất thường không?
- Nhịp tim của trẻ là bao nhiêu? Có nhanh hơn bình thường không?

* Tim tiếng cọ màng ngoài tim, tiếng tim (cả T1 và T2) đều mờ trong viêm màng ngoài tim. Nghe cọ màng tim dọc bờ trái xương ức và dẫn bệnh nhân nín thở.

4.7 Kỹ năng tư duy ra quyết định

4.7.1. Sau khi thăm khám xong, sinh viên phải biết tập hợp các triệu chứng thành hội chứng và xác định xem bệnh nhân có những tiêu chuẩn chính, phụ nào của Jonh. Để từ đó ra quyết định cần làm xét nghiệm gì?

* Xét nghiệm xác định bệnh thấp tim:

- Những xét nghiệm có biểu hiện viêm: BC tăng, ML tăng, CRP tăng
- Điện tâm đồ: PQ kéo dài. Ở trẻ em nếu PQ > 20% s là có giá trị.

Đây chính là 2 tiêu chuẩn phụ của Jonh

- Xét nghiệm tìm bằng chứng nhiễm liên cầu:
 - + Cây nhót họng để tìm liên cầu khuẩn. Nên làm sớm xét nghiệm này. Làm vào buổi sáng, dẫn bệnh nhân chưa đánh răng, xúc miệng.
 - + ASLO: (định lượng kháng thể kháng liên cầu)

* Xét nghiệm xác định mức độ nặng của bệnh:

- + X-quang tim phổi: - Đo chỉ số tim ngực.
 - Tìm sự thay đổi của các cung tim
 - Có sự ứ máu ở phổi không?
- + Điện tim: Ngoài việc xác định PQ kéo dài, cần xác định xem trục gì, có loạn nhịp tim? Có dày thất, dày nhĩ không?
 - + SA tim: - Đánh giá chức năng tâm thu thất trái qua D% và EF
 - Tình trạng các van tim, buồng tim.
 - + Sinh hoá máu: Điện giải đồ, khí máu -> cần làm những xét nghiệm này trên bệnh nhân có suy tim.

4.7.2. Sinh viên phải nắm được tiêu chuẩn của Jonh để vận dụng vào trong các chẩn đoán từng trường hợp cụ thể, kể cả những trường hợp ngoại lệ như:

- Múa giật: không cần bất cứ tiêu chuẩn nào khác đã được coi là thấp tim.
- Viêm tim tái phát: có 1 tiêu chuẩn chính và bằng chứng nhiễm liên cầu.
- Viêm tim âm ỉ: bệnh diễn biến khá lâu, không cần bằng chứng nhiễm liên cầu

4.7.3. Sau khi chẩn đoán xác định bệnh nhân thấp tim, cần xem thấp tim thể gì?

- Viêm đa khớp đơn thuần.
- Viêm tim nhẹ.
- Viêm tim nặng.
- Múa giật

Từ đó điều trị bệnh nhân theo phác đồ.

* Tất cả các bệnh nhân thấp tim đều được sử dụng kháng sinh để chống liên cầu khuẩn.

Thuốc dùng là Penixilin1 triệu đơn vị $\frac{1}{2}$ lọ x 2 lần, TB x 10 ngày. Nếu dị ứng thì cho erythromycin.

* Chống viêm tùy theo thể bệnh:

- Với viêm đa khớp đơn thuần : Aspirin 100mg/kg/ngày x 10 ngày sau đó 60 mg/kg trong 3-4 tuần.

- Viêm tim nhẹ: Prednisolon 2mg/kg/ngày x 10 ngày sau đó Aspirin 100mg/kg/ngày x 10 ngày. Sau đó: 60 mg/kg/ngày trong 5-7 tuần.

- Viêm tim nặng: Prednisolon 2mg/kg/ngày trong 2 tuần sau đó giảm liều rồi ngừng sau 2 tuần nữa. 1 tuần trước khi giảm liều kết hợp: Aspirin 100mg/kg/ngày x 10 ngày sau đó 60 mg/kg trong 5-10 tuần.

Khi cho trẻ uống thuốc chống viêm phải dặn trẻ uống vào lúc no và buổi sáng. Theo dõi những tác dụng phụ của thuốc như đau bụng, chảy máu đường tiêu hoá, rối loạn điện giải, cao huyết áp, bội nhiễm, hội chứng giả Cushing.

* Điều trị triệu chứng:

- Suy tim: + Chế độ ăn nhạt, bổ xung kali vì bệnh nhân dùng lợi tiểu thường hạ kali. Hạn chế nước uống, cho bệnh nhân ăn thức ăn mềm, dễ tiêu và chia nhỏ thành nhiều bữa.

+ Cho lợi tiểu uống hoặc tiêm: Lasix 1-2 mg/kg/ngày

+ Cho digoxin khi suy tim nhịp nhanh. Trước khi cho digoxin phải cân nhắc xem bệnh nhân có chống chỉ định dùng digoxin không? Nên cho liều tấn công hay liều cố định.

- Múa giật: dùng các thuốc an thần như Aminazin 1-2 mg/kg (uống hoặc tiêm)

* Chế độ nghỉ ngơi:

- Tuyệt đối: Khi trẻ còn sưng đau khớp, suy tim nặng, rối loạn nhịp tim...

- Tương đối: Khi hết sưng đau khớp, còn suy tim nhẹ.

- Khi bệnh nhân ra viện phải dặn bệnh nhân tránh hoạt động thể lực quá mức: lao động, chơi thể thao trong nhiều tháng, nhiều năm tùy mức độ bệnh.

4.8 Kỹ năng tư vấn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân điều trị và phòng bệnh thấp tim.

+ Thấp tim là bệnh phải điều trị lâu dài, do đó phải làm cho bệnh nhân hiểu và tuân thủ điều trị, đồng thời phải giám sát chặt chẽ việc uống thuốc của bệnh nhân để đánh giá kết quả điều trị đúng, hạn chế đến mức tối đa các di chứng về tim cho bệnh nhân.

+ Những trẻ được chẩn đoán là RAA -> cần phải được tiêm phòng hàng tháng để tránh tái phát bằng Penixilin chậm 1,2tr/1 tháng. Với những bệnh nhân có di chứng van tim hoặc thấp tái phát thì 3 tuần tiêm 1 lần.

Thời gian tiêm: - 5 năm nếu không tái phát, không có di chứng van tim.

- Đến năm 21 tuổi nếu tái phát và không có di chứng van tim.

- Suốt đời: nếu có di chứng van tim

+ Để tránh mắc bệnh RAA cần phải:

- Giữ vệ sinh miệng họng.

- Điều trị viêm họng triệt để.
- Vệ sinh môi trường sạch sẽ.

5. Các kỹ năng thực hành sinh viên cần đạt khi học bài thấp tim là:

- Kỹ năng khai thác tiền sử, bệnh sử bệnh thấp tim.
- Kỹ năng khám họng để phát hiện viêm họng liên cầu.
- Kỹ năng khám khớp, da, thần kinh, tim.
- Kỹ năng tư duy ra quyết định: phân tích được đặc điểm tổn thương của khớp, da, thần kinh và tim mạch trong bệnh thấp tim. Biết lập luận chẩn đoán và điều trị.
- Kỹ năng tư vấn giáo dục bệnh nhân và gia đình phòng thấp.

6. Yêu cầu về mức độ đạt được của các kỹ năng là mức 2.

SUY TIM Ở TRẺ EM

I. Hành chính

1. Đối tượng: Y6 đa khoa.
2. Thời gian: 06 tiết thực hành.
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện (Khoa tim mạch).
4. Tên người biên soạn: ThS Đặng Thị Hải Vân.

II. Mục tiêu học tập

1. Khai thác được tiền sử, bệnh sử, định hướng được nguyên nhân suy tim.
2. Phát hiện triệu chứng và phân độ được suy tim.
3. Đề xuất xét nghiệm cần làm và lý giải xét nghiệm.
4. Sử trí được bệnh nhân suy tim.
5. Tư vấn được gia đình bệnh nhân suy tim.

III. Nội dung

1. Những kỹ năng và điểm đặc trưng của các kỹ năng sinh viên cần phải thực hành

- Kỹ năng giao tiếp: Suy tim có thể gặp ở mọi lứa tuổi, cho nên tùy từng bệnh nhân để có giao tiếp thích hợp. Cần giải thích cho gia đình và những bệnh nhân lớn tuổi hợp tác trong thăm khám và kể bệnh.
- Kỹ năng thăm khám: Cần khéo léo, nhanh nhẹn, khẩn trương. Nhiều lúc phải khám đi khám lại để đánh giá kết quả khám cho chính xác.
- Kỹ năng tư duy ra quyết định.

2. Thái độ

- Khẩn trương trong chẩn đoán và điều trị.
- Gây niềm tin, tạo thái độ hợp tác giữa cán bộ y tế, trẻ và gia đình.

3. Các bước thực hành của từng kỹ năng:

4.1 Kỹ năng khai thác tiền sử - bệnh sử bệnh nhân suy tim:

- Trẻ có tiền sử bệnh tim mạch trước đây không? Nếu có thì trẻ có được theo dõi điều trị ở đâu và dùng thuốc như thế nào?

- Đợt bệnh này trẻ bị từ bao giờ và triệu chứng đầu tiên là gì? Trẻ có khó thở khi gắng sức không? Có đái ít không? Đã được điều trị gì? Các triệu chứng kèm theo?

4.2 Kỹ năng khám bệnh nhân suy tim

* Khám phù:

- Bệnh nhân suy tim thường phù tím ở hai chi dưới do ứ chệ tuần hoàn ngoại biên. Ở trẻ nhỏ do tốc độ hệ tuần hoàn lớn nên khi suy tim thường ít khi có phù.

- Thường khám phù ở mặt trước hai cẳng chân, ấn nhẹ tay xem có lõm không? Nếu không rõ thì sờ nhẹ lên trên chỗ ấn để xem có gợn lõm không?

- Cần theo dõi cân nặng của bệnh nhân để đánh giá sự tiến triển của phù.

* Khám gan tim:

- Đầu tiên ta gõ xác định bờ trên gan: gõ từ trên xuống dưới theo đường vú phải, nách trước bên phải, nách giữa và nách sau bên phải.

- Sờ nhẹ nhàng ở vùng hạ sườn phải từ dưới lên, khi thấy gợn ở đầu ngón tay là có thể đã sờ thấy bờ dưới gan. Cần xem có di động theo nhịp thở không?

- Gan to bao nhiêu cm dưới bờ sườn. Ấn vùng gan có tức không? Gan tim có tính chất đàn xếp: thu nhỏ lại sau điều trị. Cần xem có phản hồi gan tim mạch cổ không?

* Đo được thể tích nước tiểu 24 giờ: Ở bệnh nhân suy tim, lượng nước tiểu thường giảm.

* Nhận biết dấu hiệu suy tuần hoàn:

- Cần đánh giá xem bệnh nhân suy tim có khó thở không? Và mức độ khó thở. Đếm nhịp thở và nhìn lồng ngực xem có biểu hiện thở gắng sức không?

- Quan sát màu da và niêm mạc bệnh nhân đặc biệt ở quanh môi và đầu chi để đánh giá mức độ khó thở và xem bệnh nhân có bị tím bẩm sinh không? Lồng bàn tay, bàn chân bệnh nhân có ấm không để đánh giá tưới máu ngoại vi.

- Đo huyết áp xem huyết áp có tụt, kẹt không?

- Bắt mạch xem có nhanh nhỏ khó bắt không?

* Khám tim:

- Quan sát tim có tăng động không? Mỏm tim đập ở đâu?

- Sờ xem có rung miu không? Nếu có thì đó là rung miu tâm thu hay tâm trương. Khi sờ thấy rung miu thì nguyên nhân suy tim thường là do bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh van tim hậu thấp.

- Cần xác định xem diện tim có to không? Trong suy tim, diện tim thường rộng.

- Nghe: để đánh giá nhịp tim xem có đều không? tần số là bao nhiêu lần/phút. Ở trẻ em chủ yếu là suy tim nhịp nhanh nhưng cũng có khi nhịp tim chậm hoặc bình thường.

Nghe tim còn xác định xem tiếng tim rõ hay mờ, có tiếng ngựa phi không? Khi có nhịp ngựa phi là chắc chắn có suy tim. Nếu T1 mờ ở mỏm có thể là bệnh cảnh suy tim trong bệnh thấp tim.

Ngược lại T2 mạnh ở đáy là có biểu hiện tăng áp động mạch phổi. Ngoài ra khi nghe tim còn xác định xem có tiếng thổi bất thường không? để từ đó định hướng được nguyên nhân gây suy tim.

* Đánh giá các triệu chứng và các bệnh kèm theo :

Ở những trẻ bị tim bẩm sinh, việc mắc 1 bệnh khác làm cho suy tim nặng lên. Suy tim có thể nằm trong 1 bệnh cảnh toàn thân như nhiễm trùng huyết...

4.3 Kỹ năng tư duy ra quyết định:

4.3.1. Sau khi thăm khám xong, sinh viên phải tập hợp các triệu chứng thành hội chứng, đánh giá được mức độ suy tim và định hướng nguyên nhân suy tim. Từ đó đề xuất các xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán và điều trị.

* Hiện nay thường phân loại suy tim theo NYHA

- Độ 1: Có bệnh tim nhưng không hạn chế vận động.
- Độ 2: Có giới hạn vận động nhẹ.
- Độ 3: Vận động thể lực nhẹ cũng gây nên mệt, khó thở.
- Độ 4: Triệu chứng cơ năng của suy tim xảy ra ngay cả khi nghỉ.

Trong lâm sàng phân độ suy tim còn dựa vào các triệu chứng thực thể:

+ Độ 1: Có bệnh tim, không khó thở hoặc khó thở khi gắng sức nhiều.

Gan không to. Số lượng nước tiểu bình thường.

+ Độ 2: Khó thở khi gắng sức vừa.

Gan to < 2 cm DBS.

Số lượng nước tiểu chưa bị ảnh hưởng nhiều.

+ Độ 3: Khó thở khi hoạt động nhẹ.

Gan to 2- 4 cm DBS.

Số lượng nước tiểu giảm.

Đáp ứng với điều trị suy tim.

+ Độ 4: Khó thở liên tục.

Gan to, chắc ít thay đổi sau khi điều trị.

Tiểu ít.

* Các xét nghiệm:

+ Chụp X-quang tim phổi: đo chỉ số tim ngực. Nếu > 55% với trẻ nhỏ hơn 2 tuổi và >50% với trẻ lớn hơn 2 tuổi là có tim to. Trong suy tim chỉ số tim ngực thường lớn.

- Khi suy tim xung huyết thường có hiện tượng ứ huyết phổi.

- Với những bệnh nhân có tim bẩm sinh thường cung động mạch phổi phồng do tăng áp lực động mạch phổi.

+ Điện tâm đồ: Không có giá trị chẩn đoán suy tim nhưng giúp chẩn đoán nguyên nhân, cơ chế suy tim.

- Đánh giá xem điện tim của bệnh nhân có trục gì?

- Có rối loạn nhịp tim không? và là rối loạn gì?
- Có dày thất, dày nhĩ gì không?

+ Siêu âm tim: rất quan trọng góp phần đánh giá chức năng tâm thu thất trái qua EF và D%.

- Đo áp lực động mạch phổi.
- Xác định bệnh tim gì và tìm nguyên nhân gây suy tim.

+ Một số xét nghiệm khác:

- Điện giải đồ cần thiết phải làm vì bệnh nhân suy tim do dùng lợi tiểu, ăn nhạt nên thường có sự thay đổi điện giải.

- Khí máu: sẽ thay đổi trong trường hợp suy tim nặng: độ bão hoà oxy máu động mạch giảm, toan chuyển hoá.

- Ngoài ra, tùy nguyên nhân gây suy tim mà có các xét nghiệm tương ứng

4.3.2. Dựa trên kết quả xét nghiệm sinh viên phải đánh giá lại những nhận định lâm sàng của mình và khẩn trương điều trị cho bệnh nhân:

* Việc đầu tiên là cải thiện chức năng co bóp của tim:

- **Digoxin:**

Cách 1: Tấn công + Với trẻ < 2 tuổi : 0,06 – 0,08 mg/kg/24h

+ Với trẻ > 2 tuổi : 0,04 – 0,06 mg/kg/24h

Lần 1 cho ½ liều, lần 2 và lần 3: mỗi lần ¼ liều. Các liều cách nhau 8h. Liều tiêm bằng 2/3 liều uống. Sau 12h dùng liều duy trì bằng 1/4 -1/5 liều tấn công. Chỉ nên dùng digoxin liều tấn công nếu như bệnh nhân bị suy tim cấp, không dùng digoxin trước đó và không có rối loạn điện giải nặng.

Cách 2: Dùng liều cố định: + trẻ < 2 tuổi :0,015-0,020 mg/kg/24h.

+ trẻ > 2 tuổi :0,01-0,015 mg/kg/24h.

Phải nắm được các chống chỉ định dùng digoxin:

- Nhịp chậm, có rối loạn ở tầng thất.
- Có tràn dịch màng ngoài tim.
- Nghẽn đường ra các thất
- Con nhịp nhanh kịch phát trên thất có hội chứng W.P. W

Khi dùng digoxin phải dặn theo dõi nhịp tim để phát hiện kịp thời những trường hợp ngộ độc digoxin.

- Dùng các thuốc tăng co bóp khác : như dopamin, dobutamin với những suy tim nhịp chậm hoặc những trường hợp suy tim nặng mà dùng digoxin ít kết quả.

- Đặt máy tạo nhịp trong những trường hợp suy tim do rối loạn dẫn truyền nhất là trong hội chứng Adamstock

* Giảm hậu gánh và tiền gánh:

- Lợi tiểu: trong trường hợp nặng và cấp ta có thể cho tiêm tĩnh mạch. Thuốc thường được chọn trong điều trị cấp cứu là Lasix. Khi dùng lợi tiểu nhóm này cần bổ sung thêm kali đường uống cho bệnh nhân.
- Ức chế men chuyển :giãn động mạch tương đương giãn tĩnh mạch. Thuốc hay dùng là Lopril 25mg: 0,5-5 mg/kg/ngày chia 3-4 lần.
- Nitroglycerin: giãn tĩnh mạch nhiều hơn động mạch.
- Chú ý khi cho thuốc giãn mạch phải cho từ liều thấp và chia thành nhiều lần trong ngày để tránh biến chứng tụt huyết áp.
- Chế độ ăn ít muối, hạn chế nước trong trường hợp suy tim nặng. Trẻ lớn có thể ăn vụng muối cho nên phải giải thích cho trẻ và giám sát kỹ.

*** Điều trị hỗ trợ khác:**

- + Phải đảm bảo không khí cho bệnh nhân suy tim: thông thoáng đường thở, nằm đầu cao, cho thở oxy và hô hấp hỗ trợ tùy trường hợp cụ thể.
- + Chế độ ăn giàu calo đủ chất dinh dưỡng, dễ tiêu và chia thành nhiều bữa trong ngày.
- + Giải thích để bệnh nhân và gia đình yên tâm điều trị tránh gắng sức như kích thích quấy khóc đặc biệt là trẻ nhỏ.

*** Điều trị nguyên nhân: Phải tìm được nguyên nhân gây suy tim để điều trị theo nguyên nhân:**

- + Điều trị nội khoa với những trường hợp suy tim do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, thiếu vitamin B1, cường giáp, thiếu máu, nhiễm trùng huyết, thấp tim, viêm cơ tim do virus..
- + Với những trường hợp tim bẩm sinh, bệnh van tim hậu thấp thì sau khi điều trị suy tim ổn định, cần phải siêu âm để đánh giá lại chức năng thất trái và áp lực động mạch phổi để quyết định phẫu thuật.

4.4 Kỹ năng tư vấn cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân suy tim

- Phải giải thích bệnh cụ thể để gia đình yên tâm và hợp tác điều trị.
- Hướng dẫn kỹ chế độ ăn uống cho bệnh nhân trong đợt điều trị và cả sau khi ra viện.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi tuyệt đối khi đang suy tim nặng, hoặc vận động nhẹ khi còn suy tim nhẹ. Hạn chế các hoạt động thể lực sau này.
- Tùy theo nguyên nhân suy tim, giải thích để gia đình chuẩn bị về tinh thần, kinh tế trong trường hợp cần thiết phải phẫu thuật sau khi điều trị suy tim tạm ổn.
- Hướng dẫn gia đình phát hiện kịp thời những biến chứng dùng thuốc trợ tim, tuân thủ điều trị và khám lại theo hẹn.

5. Các kỹ năng thực hành sinh viên cần đạt khi học bài suy tim là:

- Kỹ năng khai thác tiền sử, bệnh sử bệnh nhân suy tim.
- Kỹ năng khám bệnh nhân suy tim:
 - + Khám phù
 - + Khám gan to
 - + Khám nước tiểu
 - + Khám tim

+ Nhận biết các dấu hiệu suy tuần hoàn.

- Kỹ năng tư duy ra quyết định: phân tích được kết quả xét nghiệm, tìm nguyên nhân suy tim. Điều trị đúng bệnh nhân suy tim.

- Kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe bệnh nhân và gia đình bệnh nhân suy tim.

6. Yêu cầu về mức độ đạt được của các kỹ năng là mức 2.

TIM BẨM SINH PHÂN LOẠI VÀ MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP

I. Hành chính

1. Đối tượng: SV Y₆ đa khoa
2. Thời gian: 9 tiết
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Tên người biên soạn: ThS Đặng Thị Hải Vân

II. Mục tiêu học tập

1. Khai thác được tiền sử và bệnh sử bệnh nhân tim bẩm sinh.
2. Phát hiện được những triệu chứng gợi ý tim bẩm sinh và phân loại được bệnh nhân vào nhóm tim bẩm sinh shunt T → P hay phải – trái.
3. Chẩn đoán sơ bộ về 4 bệnh tim bẩm sinh thường gặp là thông liên nhĩ, thông liên thất, còn ống động mạch và tứ chứng Fallot. Phân tích được kết quả xét nghiệm (XQ và ĐT).
4. Đề ra biện pháp điều trị nội khoa các biến chứng và phương hướng điều trị ngoại khoa 4 bệnh này.
5. Giải thích được bệnh tật của trẻ cho gia đình.

III. Nội dung

1. Những kỹ năng sinh viên cần phải thực hành:

- Kỹ năng giao tiếp
- Kỹ năng thăm khám
- Kỹ năng tư duy ra quyết định

2. Những điểm đặc trưng của các kỹ năng

- Phải có thái độ thông cảm, chia sẻ với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.
- Thăm khám phải nhanh nhẹn, khéo léo, đánh giá chính xác kết quả khám.

3. Thái độ

- Luôn chú ý phát hiện sớm.
- Bệnh nhân có thể điều trị khỏi bằng ngoại khoa.
- Thông cảm với trẻ bệnh và gia đình. Tránh gây bi quan cho gia đình bệnh nhân.

4. Các bước thực hành của từng kỹ năng

4.1. Kỹ năng khai thác tiền sử, bệnh sử bệnh nhân tim bẩm sinh

- Trẻ được phát hiện tim bẩm sinh chưa? Từ bao giờ? Và ở đâu? Đã được phẫu thuật chưa?
- Trẻ có hay bị ngất? Con khó thở không? Có hay bị viêm phổi tái phát? Trẻ có tím khi khóc không?
- Gia đình có ai bị bệnh như trẻ không?
- Trong thời gian mang thai, mẹ có ốm đau và dùng thuốc gì không đặc biệt là trong 3 tháng đầu.

4.2. Kỹ năng phát hiện những triệu chứng gợi ý bệnh tim bẩm sinh

- Thể trạng nhỏ, hay ra mồ hôi trộm.
- Quan sát xem da và niêm mạc trẻ có bị tím không? Trẻ có tím tăng lên khi khóc? Biểu hiện tím sớm thường gặp ở trẻ có tim bẩm sinh shunt phải trái.
- Khám tìm dấu hiệu ngón tay khum hay ngón tay ngón chân dùi trống. Dấu hiệu này thường đi kèm với triệu chứng tím gợi ý 1 bệnh nhân tim bẩm sinh shunt P – T.
- Nhìn xem lồng ngực trẻ có biến dạng, nhô cao ở bên trái không? Trẻ bị bệnh tim bẩm sinh thường có biến dạng lồng ngực. Tuy nhiên cần phải phân biệt với biến dạng lồng ngực ở trẻ còi xương.
- Sờ để tìm rung miu xem có không? Nếu có rung miu và biến dạng lồng ngực ở một trẻ nhỏ → có thể chẩn đoán chắc chắn trẻ đó có bệnh tim bẩm sinh.
- Nghe tim để tìm tiếng thổi bất thường, tính chất và vị trí tiếng thổi gợi ý rất nhiều đến tim bẩm sinh loại gì. Đối với tim bẩm sinh việc đánh giá tiếng T₂ rất quan trọng. Ở 1 bệnh nhân không có tím, nếu nghe thấy tiếng thổi liên tục cao ở KLS II trái → nghĩ đến bệnh còn ống động mạch hoặc nghe thấy TTT 3/6 lan theo hình nan hoa ở KLS III – IV trái → nghĩ đến thông liên thất...

4.3. Kỹ năng khám và phát hiện những biến chứng của bệnh nhân tim bẩm sinh.

4.3.1. Viêm phổi: là biến chứng hay gặp nhất, đặc biệt là ở nhóm tim bẩm sinh shunt T – P làm nhiều máu lên phổi. Trẻ thường có biểu hiện khó thở suy hô hấp ở những mức độ khác nhau. Có thể nói viêm phổi ở trẻ bị tim bẩm sinh thường nặng, điều trị kéo dài và hay tái phát.

Nghe phổi thường có ral ẩm nhỏ hạt và ral ứ đọng ngay cả khi quá trình viêm đã hết do hiện tượng ứ huyết ở phổi.

4.3.2. Suy tim: Với một bệnh nhân tim bẩm sinh, khi khám lâm sàng luôn phải tự hỏi xem bệnh nhân có suy tim không? Dựa vào:

- Trẻ có khó thở không và mức độ khó thở.
- Có triệu chứng ứ trệ tuần hoàn ngoại biên: gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ, đá ít, phù hai chân?
- Diện tim có to không? nhịp tim có nhanh không?
- Nhận biết các dấu hiệu suy tuần hoàn: mạch nhanh, nhỏ, khó bắt. HA kẹt, tụt.

- + Da lòng bàn tay, bàn chân lạnh ẩm, có thể nổi vân tím.
- + Ý thức giảm.
- + Lượng nước tiểu giảm.

4.3.3. *Rối loạn nhịp tim*: xác định xem nhịp nhanh hay chậm, đều hay không đều?

4.3.4. *Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn*: một trẻ bị sốt kéo dài và bị tim bẩm sinh phải nghĩ ngay đến có bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng không? Cần xác định xem lách có to không? Có tổn thương Janeway không? Có chín mé không? Tim có xuất hiện tiếng thổi mới không?

4.3.5. *Các biến chứng cơn ngất, khó thở, tắc mạch hay áp xe não thường gặp ở trẻ tim bẩm sinh tím sớm sau 1 gắng sức*.

4.4. **Kỹ năng tư duy ra quyết định:**

4.4.1. *Kỹ năng phân loại bệnh nhân vào nhóm tim bẩm sinh T – P hay P – T:*

- Sau khi khám xong, sinh viên phải hướng được bệnh nhân bị tim bẩm sinh thuộc nhóm gì?

- Tim bẩm sinh shunt T – P có đặc điểm quan trọng là:

- Trẻ không tím hoặc tím muộn sau vài năm hoặc hàng chục năm.
- Hay bị viêm phế quản phổi tái diễn.
- Có biểu hiện tăng áp phổi: T₂ đáy mạnh
- Có biểu hiện tăng lưu lượng tim: T₁ mạnh ở mỏm, rung lưu lượng ở mỏm.
- Nguy cơ viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn cao trừ thông liên nhĩ.

- Tim bẩm sinh shunt P – T có đặc điểm quan trọng khác với nhóm tim bẩm sinh shunt T – P là:

- Tím toàn thân, niêm mạc tím sẫm, không thay đổi khi thở oxy.
- Đầu chi dùi trống, móng tay khum.
- Thay đổi tiếng T₂ ở đáy: thường giảm.
- Cơn thiếu oxy: cơn khó thở tím ngắt, cơn ngất, co giật xuất hiện đột ngột. Trẻ lớn có dấu hiệu ngời xôm.
- Biến chứng do cô đặc máu: tắc mạch mọi nơi đặc biệt là tắc mạch não → áp xe não.

4.4.2. *Kỹ năng chẩn đoán sơ bộ 4 bệnh tim bẩm sinh thường gặp.*

Sau khi phân loại xem bệnh nhân thuộc nhóm tim bẩm sinh gì, bước tiếp theo cần định hướng đến bệnh tim bẩm sinh cụ thể của bệnh nhân:

Nhóm tim bẩm sinh shunt T – P:

- Còn ống động mạch: thổi liên tục ở khoang liên sườn II bờ trái xương ức, tiếng thổi có xu hướng lan lên trên và ra sau. Ở trẻ nhỏ có thể chỉ là tiếng thổi tâm thu mạnh kéo dài sang kỳ tâm trương.

Mạch nảy mạnh, chìm sâu

- Thông liên thất: Thổi tâm thu mạnh khoang liên sườn III – IV cạnh bờ trái xương ức lan theo hình nan hoa.

- Thông liên nhĩ:

- Thổi tâm thu nhẹ ở KLS II – III bờ trái xương ức do tăng lưu lượng máu qua phổi.
- T₂ mạnh, tách đôi ở đáy.

4.4.3. *Kỹ năng phân tích kết quả xét nghiệm*: XQ tim phổi, điện tim, siêu âm tim.

Tuỳ vào từng bệnh nhân cụ thể để yêu cầu xét nghiệm. Nhưng nói chung với một bệnh nhân tim bẩm sinh thì xét nghiệm XQ tim phổi, điện tim, siêu âm tim là bắt buộc.

* XQ tim phổi:

- Đo chỉ số tim ngực: thường tăng. Tim to ưu thế thất trái hay thất phải?
- Có hình ảnh tăng tưới máu phổi không? rốn phổi đậm, cung động mạch phổi phồng, tăng sinh mạch máu phổi. Tổn thương này thường gặp trong nhóm tim bẩm sinh shunt T – P.
- Ngược lại cũng cần đánh giá xem phổi có sáng hơn bình thường không? Có kém tưới máu phổi không?
- Cung động mạch phổi có nổi, có lõm không?

* Điện tim:

- Nhịp gì? tần số bao nhiêu lần / phút?
- Trục gì: với nhóm tim bẩm sinh shunt T – P chủ yếu là trục trái, dày thất trái trừ thông liên nhĩ là trục phải dày thất phải. Ngược lại trong nhóm tim bẩm sinh shunt P – T thì trục phải, dày thất phải là chính.
- Có dày thất, dày nhĩ không?
- Có rối loạn nhịp tim không? thường gặp block nhánh phải trong thông liên nhĩ.

* Siêu âm tim: là xét nghiệm quan trọng đánh giá chính xác tổn thương tim bẩm sinh loại gì, tìm các tổn thương phối hợp. Bên cạnh đó còn đánh giá được tình trạng các van tim, buồng tim và chức năng thất trái cũng như áp lực động mạch phổi.

* Với nhóm tim bẩm sinh tím sớm, còn cần đánh giá tình trạng cô đặc máu qua Ht và Hb. Mức độ tăng nhiều hay ít là tuỳ thuộc vào từng bệnh nhân để có quyết định điều trị chính xác.

* Ngoài ra tuỳ vào bệnh nhân có biến chứng gì để làm thêm các xét nghiệm khác như cấy máu, khí máu, điện giải đồ.

4.4.4. *Sau khi đã chẩn đoán xác định bệnh nhân bị tim bẩm sinh loại gì, sinh viên cần phải xác định điều trị cho bệnh nhân (nội khoa và ngoại khoa).*

* Những vấn đề cần điều trị nội khoa:

- Điều trị viêm phổi: đặc biệt là ở nhóm tim bẩm sinh shunt T – P.
- Điều trị suy tim: cần điều trị suy tim tích cực và sau đó nên siêu âm tim lại để đánh giá chính xác áp lực động mạch phổi để quyết định thời điểm phẫu thuật.
- Điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (nếu có).
- Điều trị rối loạn nhịp tim (nếu có).
- Điều trị các biến chứng của cô đặc máu như tắc mạch, áp xe não.
- Điều trị cơn tím:
 - Tư thế đầu gối - ngực.

- Cho thở oxy lưu lượng cao.
- Tránh kích thích, gắng sức, quấy khóc.
- Cho Morphin 0,1mg/kg tm chậm để giảm kích thích, giảm thở nhanh.
- Truyền dung dịch đẳng trương: Ringerlactat, NaCl 9% để pha loãng máu.
- Propranolon 0,1mg/kg /tm làm giảm nhịp tim, giảm tắc nghẽn phế động mạch phổi.
- Natri bicarbonat 1mEq/kg /tm khi tím lâu.
- Phẫu thuật làm cầu nối chủ phổi cấp cứu.

* Đưa ra phương hướng điều trị ngoại khoa thích hợp: trước một bệnh nhân bị tim bẩm sinh cần phải xác định được thời điểm phẫu thuật cho bệnh nhân. Có nhiều yếu tố để dựa vào nhưng hay quan tâm hơn cả là:

- Tình trạng viêm phổi và suy tim của bệnh nhân như thế nào? Điều trị suy tim bằng nội khoa có khống chế được không? Mức độ tái phát viêm phổi có nhiều không?

- Các buồng tim có giãn không? Mức độ giãn đã làm hở van nhĩ thất nhiều chưa?

- Áp lực động mạch phổi là bao nhiêu? Áp lực động mạch phổi / Áp lực động mạch hệ thống bằng bao nhiêu?

- Thể trạng, cân nặng của bệnh nhân?

- Khả năng kinh tế của gia đình?

- Và tổn thương tim bẩm sinh của bệnh nhân là gì.

- Thông liên nhĩ: thông liên nhĩ có thể tự đóng (14-66%) do đó không nên phẫu thuật ở trẻ dưới 1 tuổi ngoại trừ có biến chứng suy tim hay tăng áp động mạch phổi không kiểm soát được. Tất cả các TLN có kích thước lớn đủ để tỷ lệ lượng máu lên phổi (Qp) so với lượng máu mạch hệ thống (Qs) là 1,5 đều có chỉ định phẫu thuật.
- Thông liên thất: TLT lỗ lớn với tỷ lệ áp lực động mạch phổi trên áp lực mạch hệ thống $\geq 0,75$ kèm theo suy tim không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa, cần phẫu thuật ngay. Nếu suy tim có thể ổn định bằng điều trị nội khoa bệnh nhân cần siêu âm tim để đánh giá lại sau 3 tháng. Nếu áp lực động mạch phổi trên áp lực động mạch hệ thống $\geq 0,75 \rightarrow$ cần phẫu thuật ngay để tránh tổn thương cơ học mạch máu phổi.
- Còn ống động mạch: Nếu ống lớn, suy tim không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa \rightarrow cần phẫu thuật ngay.
- Tứ chứng Fallot: nếu có hiện tượng cơn tím, khó thở, Ht tăng cao \rightarrow cần phẫu thuật sớm. Nếu vòng van động mạch phổi, các nhánh động mạch phổi phải và trái đủ lớn \rightarrow có thể phẫu thuật triệt để.

4.5. Kỹ năng tư vấn cho gia đình bệnh nhân tim bẩm sinh

- Cần phải có thái độ thông cảm, chia sẻ với gia đình bệnh nhân.

- Tùy là tim bẩm sinh loại gì, mà giải thích bệnh tật cho gia đình bệnh nhân hiểu và hợp tác điều trị. Đối với nhóm tim bẩm sinh shunt T – P cần phải đề phòng viêm phổi tái phát và viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Do đó khi trẻ nhỏ răng hoặc mụn nhọt ở da,... cần cho uống phòng kháng sinh.

- Với bệnh tim bẩm sinh shunt P – T cần dặn gia đình bệnh nhân tránh mọi gắng sức cho trẻ như táo bón, quấy khóc; cho trẻ uống nhiều nước, tránh ra lạnh.

- Điều trị nội khoa chỉ giải quyết được các biến chứng, muốn khỏi bệnh phải được phẫu thuật. Gia đình cần chuẩn bị tinh thần, kinh tế để có thể phẫu thuật được cho trẻ.

- Thời điểm nào phẫu thuật là điều rất quan trọng, do đó gia đình bệnh nhân phải tuân thủ việc hẹn khám lại để đánh giá tiến triển của tổn thương tim.

5. Các kỹ năng cần thực hành khi học bài tim bẩm sinh là:

- Kỹ năng khai thác tiền sử, bệnh sử bệnh nhân TBS.
- Kỹ năng khám và phát hiện triệu chứng, biến chứng bệnh nhân tim bẩm sinh.
- Kỹ năng tư duy ra quyết định: chẩn đoán sơ bộ 4 bệnh nhân tim bẩm sinh thường gặp, phân tích được kết quả xét nghiệm (điện tim, XQ tim phổi, siêu âm tim).
- Đề ra các biện pháp điều trị nội khoa và phương hướng điều trị ngoại khoa.
- Kỹ năng tư vấn cho gia đình bệnh nhân TBS.

6. Yêu cầu về mức độ đạt được của các kỹ năng là mức 2.

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA SƠ SINH

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG VÀ THIẾU THÁNG

I/ Phân hành chính:

1. Đối tượng: sinh viên Y4 đa khoa
2. Thời gian: 9 tiết (405 phút)
3. Địa điểm giảng: Khoa sơ sinh
4. Tên người soạn: ThS Nguyễn Thị Quỳnh Hương

II/ Mục tiêu học tập:

1. Nhận định được đặc điểm hình thể ngoài trẻ sơ sinh đủ/thiếu tháng
2. Biết khám các phần xạ sơ sinh
3. Khai thác được tiền sử sản khoa của bà mẹ lúc mang thai và khi đẻ để tìm nguyên nhân thường gặp gây đẻ non.
4. Biết cân, đo chiều cao, đo vòng đầu của trẻ và biết đánh giá các chỉ số này.
5. Đánh giá chỉ số Silvermann
6. Phát hiện được các yếu tố nguy cơ: hạ thân nhiệt, hạ đường máu, suy hô hấp, nhiễm khuẩn.
7. Phát hiện được các dị tật cần can thiệp ngoại khoa ngay.
8. Tư vấn cho các bà mẹ về cách chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng.

III/ Nội dung:

1. Khai thác tiền sử sản khoa (kỹ năng giao tiếp):

- Lúc mẹ mang thai:
 - Chế độ dinh dưỡng
 - Chế độ làm việc, nghỉ ngơi
 - Bệnh tật của người mẹ
- Lúc đẻ: thường, khó, vỡ ối sớm
- Tiền sử lần mang thai trước (nếu có).

2. Xác định tuổi thai dựa vào (kỹ năng thăm khám):

- Ngày đầu của kỳ kinh cuối (với người có vòng kinh đều).
- Thăm khám lâm sàng và hình thể ngoài
- Biết cách đo: cân nặng, đo chiều cao, đo vòng đầu
- Khám và đánh giá:
 - Da, lớp mỡ dưới da, chất gầy, mạch máu dưới da
 - Lông, tóc, móng
 - Xương sọ, thóp, đường liên khớp
 - Tai, vú
 - Bộ phận sinh dục ngoài
 - Biến động sinh dục: sưng vú, ra huyết
 - Thân kinh: tiếng khóc, vận động lúc thức, phản xạ sơ sinh.

3. Đánh giá các chỉ số Silvermann (kỹ năng thăm khám và kỹ năng tư duy, ra quyết định)

Lý thuyết cần đọc: Chỉ số apgar và chỉ số Silvermann

4. Khám để phát hiện (kỹ năng thăm khám):

- Vàng da
- Sụt cân
- Hạ nhiệt độ
- Tình trạng nhiễm khuẩn da, rốn, mắt, mũi, miệng.
- Loại trừ các dị tật cần can thiệp ngoại khoa:
 - + Không hậu môn

- + Tắc ruột phân xu
- + Teo thực quản
- + Thoát vị cơ hoành
- + Thoát vị màng não tuỷ.

- Phát hiện các dị tật bẩm sinh khác như: Hội chứng Pierre-Robin, hội chứng sinh dục-thượng thận.

5. Tư vấn về chăm sóc cho các bà mẹ (kỹ năng giao tiếp):

- + Cách giữ vệ sinh
- + Cách cho bú
- + Cách tắm cho trẻ, thay tã
- + Vệ sinh rốn, mắt, mũi, miệng
- + Ổn định tâm lý ở những bà mẹ có trẻ sơ sinh non tháng
- + cách tự chăm sóc ở những lần có thai sau.

6. Những trường hợp cần chuyển viện (kỹ năng tư duy, ra quyết định).

Thái độ:

Chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh nhất là trẻ đẻ non là rất quan trọng vì có nhiều nguy cơ gây tử vong

Chuyển trẻ lên tuyến trên không đúng chỉ định và không đúng cách sẽ làm tăng nguy cơ tử vong cho trẻ và tốn kém cho gia đình

V/ Tài liệu tham khảo:

- Bài giảng nhi khoa tập I, 2000
- Manual of neonatal care, 1993
- Internat Medecine -pediatrie, 2000

HỘI CHỨNG VÀNG DA SƠ SINH

I. Phần hành chính:

1. Đối tượng: sinh viên Y6 đa khoa
2. Thời gian: 6 tiết (270 phút)
3. Địa điểm giảng: Khoa sơ sinh
4. Tên người soạn: ThS Nguyễn Thị Quỳnh Hương

II. Mục tiêu học tập:

1. Khai thác được bệnh sử, tiền sử để tìm nguyên nhân thường gặp gây vàng da ở trẻ sơ sinh.
2. Biết cách khám lâm sàng một bệnh nhân vàng da
3. Đề xuất và phân tích xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán vàng da sơ sinh.
4. Tư vấn cho các bà mẹ về cách chăm sóc trong thời kỳ thai nghén và theo dõi trẻ sơ sinh sau đẻ.

III. Nội dung:

Vàng da sơ sinh rất hay gặp ở trẻ sơ sinh, cứ 3 trẻ sơ sinh ra đời thì 1 trẻ bị vàng da và cứ 3 trẻ đẻ non thì có 2 trẻ bị vàng da. Nếu trẻ sơ sinh đẻ non dưới 32 tuần thì 100% trẻ bị vàng da. Đặc biệt ở trẻ sơ sinh thường hay gặp vàng da tăng bilirubine gián tiếp nhiều hơn vàng da tăng bilirubine trực tiếp.

Vàng da sơ sinh bao gồm cả vàng da tăng bilirubine tự do và tăng bilirubine kết hợp đều cần được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, nếu không sẽ để lại các hậu quả đáng tiếc như vàng da nhân não (do tăng bilirubine tự do) và xơ gan do tắc mật (tăng bilirubine trực tiếp).

Để thực hành lâm sàng bài này, nhất thiết sinh viên phải khám trực tiếp trên bệnh nhân. Điều kiện tốt nhất để thực hành là khoa sơ sinh các bệnh viện.

1. Kỹ năng khai thác tiền sử và bệnh sử:

Học viên cần đặt các câu hỏi mở, câu hỏi đơn giản để mọi người đều hiểu và trả lời được. Học viên cần phải kiên trì lắng nghe bệnh nhân trả lời, không ngắt lời đột ngột để người nhà bệnh nhân không mất tư duy kể bệnh và cố gắng đặt các câu hỏi để làm nổi bật các vấn đề sau:

1.1. Khai thác tiền sử gia đình:

- Hỏi nhóm máu mẹ, bố, anh chị em nếu có.
- Tình trạng truyền máu trước đây của mẹ nếu có
- Số lần mang thai của người mẹ, tình trạng các lần mang thai trước, tình trạng sức khoẻ của các trẻ đó nếu có.
- Có ai trong gia đình bị tiền sử thiếu máu tan máu, bị lách to hoặc cắt lách.
- Mẹ có bị đái tháo đường không?

1.2. Tiền sử cá nhân:

- Tuổi thai của trẻ: đủ tháng, thiếu tháng hay già tháng?
- Cuộc đẻ thế nào? đẻ thường hay đẻ can thiệp?
- Trẻ có bị ngạt khi sinh không
- Trẻ có đang dùng dùng thuốc gì không
- Ngày xuất hiện vàng da
- Trẻ ăn sữa mẹ hay sữa bò
- Trẻ có tiền sử nhiễm trùng không?

2. Cách khám lâm sàng một bệnh nhân sơ sinh bị vàng da:

Khi khám bệnh nhân vàng da, bắt buộc các học viên phải khám trẻ ở nơi có đủ ánh sáng trời. Cố gắng khám trong môi trường nhiệt độ phòng là 28 đến 30 độC để có thể bộc lộ bệnh nhân tốt nhất.

2.1. Khám vàng da:

Khi khám bệnh nhân vàng da, chúng ta phải chú ý phát hiện các dấu hiệu nhằm trả lời được các vấn đề sau:

- Vàng da hay không? Nếu có vàng da nặng hay vàng da nhẹ?
- Vàng da có kèm thêm các triệu chứng gì khác không?

2.1.1. Khi khám để tìm dấu hiệu vàng da cần khám trên da vùng mặt, vùng thân mình (ngực và bụng), vùng chi (chân và tay).

- Khi khám dùng tay ấn nhẹ tay lên trên da trẻ các vùng này rồi nhẹ nhàng bỏ tay ra xem ở vùng ấn có bị vàng không? Khi thấy vàng da thì phải nhận định là vàng sáng hay vàng xám? Vàng nặng hay vàng nhẹ? Vàng da phải khám liên tục trong nhiều ngày để theo dõi vàng da xem có tăng lên hay giảm đi? tăng nhanh hay chậm?
- Xem củng mạc mắt có vàng không?
- Nước tiểu trẻ vàng hay trong?
- Phân trẻ như thế nào? màu vàng hay mất màu hay màu xanh đen của phân xu? Nếu thấy phân trẻ bị bạc màu chúng ta cần khám tất cả các lần trẻ đi ngoài và khám liên tục trong 10 ngày liền để phân biệt tắc mật trong gan hay tắc mật ngoài gan.

Sau khi khám xong vàng da chúng ta có thể suy nghĩ hướng tới:

- Vàng da tăng bilirubine gián tiếp khi da vàng sáng, nước tiểu trong, phân vàng. Nếu củng mạc mắt vàng thì phải chú ý rằng vàng da trong trường hợp này thường vàng rõ, vàng da nặng.
- Vàng da tăng bilirubine trực tiếp khi da vàng xám, củng mạc mắt vàng rõ, nước tiểu vàng và phân bạc màu.

2.1.2. Khám các triệu chứng khác kèm theo: Khi trẻ bị vàng da thì chúng ta phải ngay lập tức xem:

- Khám dấu hiệu thiếu máu: Trẻ có bị thiếu máu không? Da trẻ có bị xanh xao không? trẻ nhợt nhạt hay xanh nhẹ (chú ý nếu trẻ bị thiếu máu ngay sau đẻ do mất máu lúc cắt rốn hoặc mất máu do truyền máu từ thai sang thai thì cũng là trường hợp nặng ở trẻ bị vàng da).
- Khám xem gan lách có to không? Chú ý trẻ sơ sinh, gan luôn sờ thấy dưới bờ sườn khoảng 1-2 cm. Nhưng lách không sờ thấy dưới bờ sườn. Nếu thấy gan lách to, mềm nên nghĩ xem có phải gan lách to trong bệnh cảnh tan máu hay không? Gan lách chắc thì xem có phải gan lách to trong một số bệnh như giang mai bẩm sinh...
- Dấu hiệu của tan máu gồm: Da xanh vàng, có thể gặp dấu hiệu phù thai nhi, gan lách to, hemoglobine niệu.
- Khám dấu hiệu thần kinh:
 - Có thay đổi ý thức không? Nếu có thì kích thích hay ngủ gà ? Thường những trẻ đẻ non thường li bì nên khi khám cần phân biệt rõ dấu hiệu thay đổi tinh thần của bệnh thực sự hay là triệu chứng tinh thần của đẻ non đơn thuần.
 - Có giảm trương lực cơ hay không? Thường thì trẻ sơ sinh có dấu hiệu tăng trương lực cơ sinh lý
 - Bệnh nhân có bệnh cảnh của vàng da nhân: Co giật, xoắn vặn với tăng trương lực cơ...
- Tìm các dấu hiệu nặng khác:
 - Dấu hiệu của đẻ non: thai bao nhiêu tuần? trẻ càng đẻ non càng có yếu tố nguy cơ nặng.
 - Dấu hiệu chảy máu: Khám xem trẻ có bị bướu máu, chảy máu ở trên da, đường tiêu hoá, đặc biệt khám dấu hiệu não màng não, đặc biệt ở trẻ vàng da mà có xuất huyết não-màng não thì tiên lượng rất nặng.
 - Dấu hiệu nhiễm trùng: Viêm phế quản phổi, viêm ruột hoại tử, Viêm não, màng não...
- Khám các bộ phận khác: Ngoài ra học viên cũng cần phải khám toàn diện trẻ.

3. Đề xuất và phân tích xét nghiệm một trường hợp vàng da sơ sinh:

* Để nắm chắc phần này học viên cần phải nắm được lý thuyết phân chuyển hoá của bilirubine, sinh lý bệnh của vàng da sơ sinh.

* Khi khám thấy bệnh nhân vàng da, thái độ đầu tiên phải khẳng định được là bilirubine máu tăng bao nhiêu và tăng bilirubine trực tiếp hay gián tiếp? Vì vậy học viên cần làm ngay xét nghiệm **bilirubine máu**. Khi kết quả xét nghiệm về sẽ gặp hai khả năng:

+ **Hoặc tăng bilirubine tự do:**

Thì ngay lập tức cần cho bệnh nhân làm xét nghiệm **nhóm máu mẹ-con (ABO, Rh)** vì tỷ lệ mẹ con bất đồng nhóm máu ABO khá cao 15 đến 20 % trường hợp thai nghén nhưng rất may là chỉ có 3% trong số này xuất hiện vàng da do bất đồng. Còn bất đồng Rh tuy không nhiều ở Việt nam nhưng nếu đã bị thì rất nặng và con sau nặng hơn con trước, khi xuất hiện vàng da thì chiếu đèn là rất cần thiết thậm chí có khi còn cần can thiệp bằng thay máu.

Cần làm xét nghiệm **công thức máu và hồng cầu lưới**: Nếu có biểu hiện thiếu máu và hồng cầu lưới tăng cao thì chứng tỏ có biểu hiện tan máu. Trên bệnh nhân bị vàng da tăng bilirubine gián tiếp thì dấu hiệu thiếu máu là một dấu hiệu nặng. Càng thiếu máu nhiều thì nguy cơ vàng da nhân não càng cao hơn.

Xét nghiệm **test Coombs** là một xét nghiệm không thể thiếu trong vàng da tăng bilirubine tự do ở trẻ sơ sinh. Test Coombs được sử dụng để phát hiện các kháng thể không hoàn toàn (là các kháng thể kết hợp được với các kháng nguyên tương ứng bám trên hồng cầu nhưng không có khả năng tạo nên hiện tượng ngưng kết hồng cầu). Test Coombs gồm test coombs trực tiếp (phát hiện các kháng thể không hoàn toàn đã bám vào hồng cầu) và test Coombs gián tiếp (phát hiện các kháng thể không hoàn toàn có trong huyết thanh). Năm 1945 chúng đã được sử dụng để phát hiện các kháng thể không hoàn toàn trong hệ Rh, sau đó người ta đã dùng nó để phát hiện các tự kháng thể trong một số bệnh thiếu máu tan máu.

Xét nghiệm **albumine máu** rất cần để giúp xử trí. Theo cơ chế sinh lý bệnh thì bilirubine tự do không liên kết albumine mới thực sự độc với thần kinh. Vì vậy nếu albumine máu thiếu thì

nguy cơ sẽ có nhiều bilirubine tự do không liên kết albumine. Bình thường albumine máu ở trẻ sơ sinh khoảng 35 g%.

Khi có các xét nghiệm này trong tay, học viên có thể phân biệt được bệnh nhân này có vàng da tan máu hay vàng da không tan máu.

Nếu là vàng da tan máu thì ta sẽ gặp các nguyên nhân sau:

- Vàng da do bất đồng nhóm máu mẹ-con
- Vàng da do nhiễm trùng
- Vàng da do bệnh hồng cầu
- Vàng da do tan máu tụ

Nếu là vàng da không tan máu thì có thể:

- Vàng da sinh lý
- Vàng da do đẻ non
- Vàng da do tan máu, suy hô hấp
- Vàng da do sữa mẹ
- Bệnh Gilbert
- Criggler Najjar
- Suy giáp trạng
- Hẹp phì đại môn vị.

+ Hoặc tăng bilirubine trực tiếp:

Xét nghiệm cần làm là **siêu âm gan mật**. Nếu thấy dị dạng ví dụ như teo đường mật thì gửi điều trị ngoại ngay. Nếu bình thường thì cần làm thêm:

Xét nghiệm về gan mật để tìm xem có viêm gan (**Men gan SGOT, SGPT, HBsAg...**) không ?

Xét nghiệm **nước tiểu** để xem có nhiễm trùng đường tiểu do E.Coli không?

Xét nghiệm **TORSCH** để tìm xem có nhiễm CMV, Herpes, Coxsackie, rubeole, toxoplasma...

Đôi khi phải làm các **bilan về chuyển hoá** để tìm các nguyên nhân của bệnh chuyển hoá bẩm sinh như galactosemie, tyrosinemie....

+ **Ngoài ra** thì trong bệnh nhân vàng da sơ sinh chúng ta không phải trường hợp nào cũng tìm được nguyên nhân. Nhưng tỷ lệ nhiễm trùng trong vàng da lại gặp khá nhiều vì vậy chúng ta phải luôn tìm các dấu hiệu nhiễm trùng kèm theo không (**Cấy máu, CRP** nếu cần) ví dụ nếu vàng da mà có khó thở, suy hô hấp thì không thể không **chụp XQ tim phổi, đo khí máu...**

+ **Tuỳ theo** từng trường hợp cụ thể chúng ta có thể còn cần phải làm thêm một số xét nghiệm khác như đẻ non mà vàng da tăng bil tự do thì ngoài các xét nghiệm Bil, CTM-HC lưới, nhóm máu mẹ con ABO, Rh, test Coombs, Albumine máu rất cần thiết vì albumine máu ở trẻ đẻ non thường thấp, ngoài ra chúng ta còn phải làm xét nghiệm **đường máu**....

4. Xử trí một trường hợp vàng da sơ sinh:

Dù vàng da sơ sinh do bất kỳ nguyên nhân gì thì người ta cũng điều trị triệu chứng và điều trị nguyên nhân. Để điều trị cụ thể, người ta chia ra làm hai loại vàng da để xử trí:

4.1. Vàng da tăng bilirubine gián tiếp:

Với loại vàng da này thì cần phải chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nếu không sẽ để lại di chứng vàng da nhân não, rất nguy hiểm đối với trẻ sơ sinh. Nặng thì tử vong, nhẹ hơn có thể để lại di chứng thần kinh suốt đời.

Trước tiên học viên cần phải phân biệt rõ đây là vàng da sinh lý hay vàng da bệnh lý.

- Vàng da sinh lý thì không cần phải điều trị. Nó là một vàng da đơn độc, không có dấu hiệu tan máu, thường xuất hiện vào ngày thứ 3 và tự hết vào ngày thứ 10. Vàng da mức độ nhẹ, bilirubine máu toàn phần thường dưới 200 Mmol/L.
- Tuy nhiên nếu học viên gặp trẻ đẻ non, dù nghĩ rằng đó là vàng da sinh lý thì vẫn cần phải điều trị chiếu đèn vì vàng da ở trẻ đẻ non thường kéo dài vì gan chưa trưởng thành.
- Khi vàng da đến ngưỡng phải chiếu đèn thì lập tức phải cho bệnh nhân chiếu đèn càng sớm càng tốt. Học viên rất cần biết kỹ thuật chiếu đèn vì nó rất hiệu quả trong việc phòng da nhân não.

- Trước khi học chiếu đèn, học viên cần biết chỉ định chiếu đèn. Chỉ định phụ thuộc vào mức bilirubine gián tiếp trong máu, phụ thuộc vào số ngày tuổi của trẻ sơ sinh, phụ thuộc vào cân nặng của trẻ sơ sinh. Tốt nhất là học viên dùng toán đồ có sẵn để xác định xem trẻ đó đã cần chiếu đèn chưa.
- Sau đó học viên cần chuẩn bị đèn chiếu. Đèn chiếu phải dùng là ánh sáng xanh hoặc ánh sáng trắng. Khoảng cách từ đèn đến bệnh nhân tùy theo đèn nhưng thường 30 cm, khoảng cách càng xa thì hiệu quả chiếu đèn càng giảm.
- Vì chiếu đèn cho trẻ cần phải cởi bỏ hết quần áo của trẻ nên nhiệt độ phòng chiếu rất quan trọng, tốt nhất là từ 28 đến 30 độ C.
- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân cởi bỏ hết quần áo, đeo mắt bằng kính đen, cho trẻ nằm dưới đèn. Cứ 2 đến 4 giờ đổi tư thế bệnh nhân một lần, chiếu trẻ liên tục đến khi hết chỉ định chiếu đèn
- Trong khi chiếu đèn chú ý đến bù nước cho trẻ vì trẻ sẽ tăng lượng nước mất qua da. Có thể bù nước cho trẻ bằng đường uống, nếu không bù được bằng đường uống (ví dụ trẻ nôn hoặc bú kém) thì bù bằng đường tiêm truyền.
- Hàng ngày khi chiếu đèn cần kiểm tra bilirubine máu, theo dõi màu sắc da, nước tiểu. Nếu da dờ vàng, nước tiểu từ trong chuyển thành sẫm màu thì tức là chiếu đèn có tác dụng. Tuy nhiên muốn chỉ định để ra khỏi đèn thì cần phải dựa vào kết quả bilirubine máu. Trên lâm sàng có thể sử dụng máy đo Bilirubin qua da
- Nếu mức bilirubine quá cao đến ngưỡng cần thay máu thì thay máu cho trẻ. Học viên cần phải kiến tập thay máu.
- Khi có các kết quả xét nghiệm khác bất thường thì chúng ta cũng cần xử trí ngay như:
 - Nếu albumine máu thấp dưới 30g% thì chúng ta truyền albumine máu cho bệnh nhân theo liều sau: 1-2 g/kg.
 - Nếu bệnh nhân thiếu máu dưới 12 g% thì cần truyền máu cấp cho bệnh nhân. Cần chú ý là bệnh nhân bị vàng da nên cần xem bệnh nhân có bất đồng nhóm máu mẹ con không? Nếu có thì máu truyền sẽ là hồng cầu rửa O, Plasma AB (nếu bất đồng ABO) hoặc hồng cầu rửa Rh (-) (nếu bất đồng Rh). Nếu không bất đồng thì máu tươi cùng nhóm với máu bệnh nhân.
 - Truyền máu toàn phần nếu trẻ vừa thiếu máu và albumine máu vừa thấp, nếu trẻ chỉ thiếu hồng cầu đơn thuần thì truyền khối hồng cầu.
 - Ngoài ra nếu trẻ nhiễm trùng thì cho kháng sinh. Suy hô hấp thì điều trị suy hô hấp, tư vấn cho bà mẹ

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH

I. Hành chính:

1. Đối tượng học tập: Sinh viên Y6
2. Thời gian học: Thực hành: 6 tiết (270 phút)
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Người biên soạn: ThS Nguyễn Thị Việt Hà

II. Mục tiêu học tập:

1. Khai thác được bệnh sử và tiền sử sản khoa.

2. Vận dụng được các chỉ số Apgar, Silverman để đánh giá suy hô hấp.
3. Phát hiện được các triệu chứng của suy hô hấp và phân loại được mức độ suy hô hấp.
4. Xử trí được một trẻ sơ sinh bị suy hô hấp.
5. Thực hành được tư thế nằm kê cao gáy ở bệnh nhân suy hô hấp, hút đờm dãi giải phóng đường thở, cho bệnh nhân thở oxy qua sonde, mask, CPAP
6. Ủ ấm cho trẻ khi bị hạ thân nhiệt và xử trí sốt khi trẻ sốt.
7. Thực hành được nuôi dưỡng khi trẻ bị suy hô hấp: cho ăn qua sonde, nuôi dưỡng tĩnh mạch...

III. Nội dung

1. Khai thác tiền sử bệnh sử suy hô hấp sơ sinh:

1.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng giao tiếp khai thác tiền sử bệnh sử

1.2. Mục tiêu:

- Khai thác được bệnh sử.
- Khai thác được tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật của mẹ

1.3. Thái độ cần học của bài: Suy hô hấp sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Có nhiều yếu tố liên quan đến nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh do đó khai thác bệnh sử và tiền sử phải tỉ mỉ, chính xác.

1.4. Trình tự khai thác bệnh sử và tiền sử:

Trước tiên thực hiện cấp cứu tình trạng suy hô hấp đến khi đảm bảo trẻ trong tình trạng an toàn mới tiến hành khai thác tiền sử và bệnh sử

1.4.1. Tạo ra không khí cởi mở: Giới thiệu bản thân. Chào hỏi bà mẹ, người chăm sóc trẻ và xếp chỗ ngồi cho họ.

1.4.2. Hỏi lý do bà mẹ đưa trẻ đến khám

1.4.3. Hỏi bệnh sử:

- Diễn biến bệnh trong bao nhiêu ngày
- Triệu chứng khởi đầu là gì
- Các triệu chứng khác kèm theo
- Các biện pháp, thuốc mà bà mẹ hoặc tuyến cơ sở đã sử dụng
- Kết quả của biện pháp điều trị bà mẹ, tuyến cơ sở đã áp dụng và các triệu chứng, dấu hiệu mới xuất hiện

1.4.4. Hỏi tiền sử:

- Khai thác tiền sử sản khoa:
 - + Đẻ khó

- + Để ngạt
- + Để có can thiệp
- + Để non hoặc già tháng
- + Tiền sử bệnh tật khác của mẹ

1.4.5. Tóm tắt lại các thông tin mà bà mẹ đã trình bày với mục đích để người mẹ xác nhận đó là các thông tin mà họ muốn nói

1.5. Mức độ đạt: 3

2. Phát hiện được các dấu hiệu và phân loại được suy hô hấp sơ sinh

2.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng thăm khám và tư duy ra quyết định

2.2.Thái độ cần học của bài: suy hô hấp sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Khi thăm khám phải nhanh chóng.

2.3. Kỹ năng thăm khám:

- Đếm nhịp thở: Đếm nhịp thở trong 1 phút. Nếu nhịp thở nhanh hơn (Trên 60 lần/ phút) hoặc chậm hơn (dưới 40 lần/ phút) nhịp thở bình thường phải đếm lại lần thứ 2 để xác định chính xác. Nếu bệnh nhân có cơn ngừng thở cần xác định thời gian của cơn ngừng thở là bao lâu, có bao nhiêu cơn ngừng thở trong 1 phút. Đếm nhịp thở phải thực hiện lúc trẻ nằm yên, không khóc hoặc bú.

- Phát hiện dấu hiệu rút lõm lồng ngực: Yêu cầu bà mẹ vén áo trẻ lên để nhìn rõ lồng ngực của trẻ, nhìn vào phần dưới của lồng ngực, khi trẻ hít vào phần dưới của lồng ngực lõm vào (bình thường toàn bộ lồng ngực của trẻ phình lên khi trẻ hít vào). Ở trẻ sơ sinh có rút lõm lồng ngực khi dấu hiệu này rõ và liên tục khi trẻ nằm yên.

- Phát hiện dấu hiệu tím tái: Tùy theo mức độ suy hô hấp mà trẻ có tím tái quanh môi hoặc tím môi và đầu chi, tím khi nằm yên hoặc khi gắng sức: khóc, bú. Lưu ý ở trẻ sơ sinh cần phát hiện dấu hiệu tím tái sớm để giải quyết kịp thời tránh tình trạng suy hô hấp nặng thêm.

- Vận dụng chỉ số Apgar: Dùng để đánh giá sự thích nghi của trẻ với cuộc sống bên ngoài tử cung. Đánh giá ở phút 1,5 và 10 sau sinh

	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Nhịp tim lần/ phút	Không có, rời rạc	< 100 lần/ phút	> 100 lần/ phút
Nhịp thở lần/ phút	Không thở, ngáp	Chậm, thở rên	Khóc to
Trương lực cơ	Giảm nặng	Giảm nhẹ	Bình thường
Kích thích	Không cử động	ít cử động	Cử động tốt
Màu da	Trắng, tái	Tím đầu chi	Hồng hào

- Vận dụng chỉ số Silverman: Đánh giá mức độ suy hô hấp ở trẻ đủ tháng và trẻ nhiều ngày tuổi, sự giãn nở của phổi đã đầy đủ

	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược chiều
Co kéo cơ liên sườn	0	+	++
Lõm trên xương ức	0	+	++
Đập cánh mũi	0	+	++
Tiếng thở rên	0	Qua ống nghe	Nghe được bằng tai

- Xác định mức độ suy hô hấp và đánh giá tình trạng suy hô hấp của bệnh nhân

2.4. *Mức độ đạt: 2*

3. Điều trị được một trẻ sơ sinh bị suy hô hấp.

3.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng làm thủ thuật và tư duy ra quyết định

3.2. Thái độ cần học của bài: Suy hô hấp sơ sinh là trường hợp cấp cứu nặng cần xử trí kịp thời. Khi cấp cứu phải nhanh chóng, chính xác và không có động tác thừa. để hạn chế tử vong và di chứng về tinh thần kinh do thiếu oxy não.

3.3. Kỹ năng làm thủ thuật và tư duy ra quyết định:

◆ Đặt bệnh nhân ở tư thế đúng:

- Nới rộng quần áo, mũ, tã và lưu ý nhiệt độ phòng cấp cứu đảm bảo đủ ấm 28 - 32°C tránh tình trạng hạ thân nhiệt của trẻ
- Kê cao gối dưới vai đảm bảo cho đường thở được thẳng.

◆ Kỹ thuật hút đờm trong chăm sóc trẻ sơ sinh bị suy hô hấp

1. *Chỉ định hút đờm dãi:* Khi có dấu hiệu ứ đọng đờm dãi, nghẹt đờm

- Trẻ thở khò khè, xuất tiết nhiều đờm dãi
- Nhìn thấy đờm trong ống nội khí quản hoặc bóp bóng nặng tay
- Bệnh nhân đang thở oxy, thở máy thấy có biểu hiện tím tái, thở gắng sức, SaO₂ giảm, áp lực đường thở tăng, thể tích thở ra giảm...

2. *Kỹ thuật hút đờm dãi:*

2.1. *Chuẩn bị dụng cụ:*

+ Dụng cụ vô trùng:

- Sonde hút đờm: Hút qua mũi miệng chọn sonde số 6 - 8 F
- Hút qua nội khí quản: ống nội khí quản < 3,5: sonde 6 F, ống nội khí quản > 3,5: sonde 8 F
- Chai đựng dung dịch nước muối 0,9% hoặc dung dịch Natri bicarbonat 0,14% trong trường hợp đờm dãi đặc
- Chén, chai đựng vô khuẩn

- Găng tay

+ Dụng cụ khác:

- Máy hút đờm dãi
- Oxy
- Mask, bóng bóp
- Ống nghe

2.2. Hút đờm dãi qua mũi miệng

1. Rửa tay, đeo khẩu trang
2. Tăng lượng oxy nếu bệnh nhân đang thở oxy
3. Mở chai muối 0,9% rót vào chén hoặc chai vô khuẩn
4. Xé bao đựng sonde hút nối vào dây của máy hút, điều chỉnh áp lực hút 45 - 65 mmHg. Không hút với áp lực cao hơn do có thể gây tổn thương niêm mạc, xuất huyết, nhiễm trùng.
5. Đi găng tay, hút 0,5 - 1 ml nước muối để làm trơn ống hút.
6. Đưa ống vào mũi: chiều dài ống từ cánh mũi đến dái tai. Trong khi đưa ống vào không được hút, chỉ bắt đầu hút khi ống vào đúng vị trí, vừa hút vừa rút ngược. ở trẻ đang thở oxy qua mũi khi hút đờm sẽ làm gián đoạn cung cấp oxy nên thời gian hút phải ngắn từ 5 - 10 giây, nếu cần sẽ lặp lại khoảng cách giữa các lần hút là 60 giây, quan sát bệnh nhân trong khi hút đờm, nếu thấy tím tái hoặc $\text{SaO}_2 < 90\%$ thì phải ngừng ngay. Sau khi hút đờm phải đánh giá lại tình trạng bệnh nhân.
7. Thu dọn dụng cụ và ngâm vào dung dịch sát trùng

2.3. Hút đờm qua nội khí quản:

1. Rửa tay, đeo khẩu trang
2. Tách bệnh nhân ra khỏi máy và bóp bóng với Oxy 100% từ 8 - 10 nhịp.
3. Mở chai muối 0,9% rót vào chén hoặc chai vô khuẩn
4. Xé bao đựng sonde hút nối vào dây của máy hút và hút thử. Điều chỉnh áp lực hút 45- 65 mmHg
5. Ước lượng chiều dài ống hút đưa vào ống nội khí quản không quá đầu trong của ống nội khí quản 1cm. Khi đưa sonde hút vào thì không hút, khi sonde đã vào đúng vị trí thì vừa xoay ống và hút ngắt quãng, vừa rút ra. Thời gian hút phải dưới 10 giây.
6. Nếu đờm đặc thì nhỏ 0,5 - 1 ml Natriclorua 0,9% vào ống nội khí quản và bóp bóng giúp thở vài nhịp rồi mới hút lại.
7. Giữa các lần hút phải bóp bóng với Oxy 100% trong 5 nhịp. Trong khi hút phải quan sát bệnh nhân về tri giác và tím tái.

8. Khi đã hút xong nối máy thở cho bệnh nhân. Đánh giá lại bệnh nhân: nghe phổi, tím tái, mức độ co kéo cơ hô hấp, đo SaO₂.

9. Thu dọn dụng cụ và ngâm vào dung dịch sát trùng

◆ **Thở Oxy:**

1. *Chỉ định:*

Bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp thở nhanh trên 60 lần/ phút, thở chậm dưới 40 lần trên phút và có cơn ngừng thở dài trên 15 giây, co rút lồng ngực nặng, thở rên tím tái

2. *Kỹ thuật thở oxy:*

2.1. *Chuẩn bị:*

- Nguồn oxy, lưu lượng kế, bình làm ấm, ấm
- Dây nối, canuyn, sonde, hood

2.2. *Thở oxy qua mũi:*

1. Đổ nước cất vào bình làm ấm đến vạch quy định
2. Đặt tư thế bệnh nhân đúng.
3. Làm thông đường thở, hút sạch mũi họng.
4. Gắn bình làm ấm vào lưu lượng kế, gắn dây thở oxy vào bình làm ấm.
5. Chọn lưu lượng oxy 0,5 l/phút
6. Kiểm tra oxy thoát ra ở đầu canuyn hoặc sonde thở oxy.
7. Đặt 2 nhánh nhỏ của canuyn vào 2 lỗ mũi trẻ, đưa dây dẫn oxy vòng qua tai xuống cổ hoặc vòng quanh đầu, và cố định bằng băng dính.
8. Đo SaO₂ sau khi thở oxy

2.3. *Thở oxy qua hood:* Đặt tư thế bệnh nhân đúng.

1. Làm thông đường thở, hút sạch mũi họng.
2. Gắn bình làm ấm vào lưu lượng kế, gắn dây thở oxy vào bình làm ấm.
3. Chọn lưu lượng oxy 8 - 10l/ phút
4. Đặt hood trùm lên đầu bệnh nhân và không bịt kín phần hở quanh cổ bệnh nhân
5. Đo SaO₂ sau khi thở oxy

◆ **Điều trị nguyên nhân gây suy hô hấp:**

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc sử dụng kháng sinh phổ rộng trong giai đoạn chờ đợi khi bệnh nhân có viêm phổi hoặc nhiễm khuẩn
- Chống toan hoá máu và rối loạn điện giải bằng bù các chất điện giải và thăng bằng kiềm toan
- Chống kiệt sức bằng cách cho trẻ ăn sonde, nhỏ giọt dạ dày hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch

- Ủ ấm tránh nhiễm lạnh: lưu ý nhiệt độ phòng 28 - 32°C. Lồng ấp nếu cần

◆ **Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên an toàn:** Quyết định khi nào cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên và đảm bảo vận chuyển bệnh nhân an toàn thông thoáng đường thở, tránh hạ thân nhiệt, hạ đường huyết.

3.4. Mức độ cần đạt: 2

4. Thực hiện được giáo dục sức khoẻ cộng đồng.

4.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng tư vấn và giao tiếp

4.2. Mục tiêu:

1. Giáo dục bà mẹ phòng ngừa đẻ non
2. Tư vấn cho bà mẹ về suy dinh dưỡng thai
3. Chăm sóc và theo dõi trẻ về sau này

4.3. Thái độ cần học của bài: Suy hô hấp sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Việc chẩn đoán và điều trị khó khăn, di chứng nặng nề đòi hỏi phải có các biện pháp phòng tránh để giảm tỷ lệ trẻ đẻ ra bị suy hô hấp.

4.4. Kỹ năng tư vấn:

4.4.1. Tạo ra không khí cởi mở: Giới thiệu bản thân. Chào hỏi bà mẹ và xếp chỗ ngồi cho họ.

4.4.2. Hỏi lý do bà mẹ đến tư vấn

- Hỏi những hiểu biết của bà mẹ về:

- Số lần khám thai định kỳ ít nhất mà mỗi bà mẹ phải thực hiện.
- Các nguyên nhân có thể dẫn đến đẻ non và suy dinh dưỡng thai
- Kế hoạch bà mẹ chăm sóc cho cháu bé bị suy hô hấp đã được điều trị

Vừa hỏi vừa tư vấn giúp cho bà mẹ hiểu thêm về các vấn đề nguyên nhân của suy hô hấp sơ sinh, suy dinh dưỡng bào thai, biện pháp phòng ngừa và cách chăm sóc cũng như theo dõi trẻ về sau này

4.4.3. Tóm tắt lại các thông tin mà cán bộ y tế đã trình bày với mục đích để người mẹ hiểu được đó là các thông tin mà cán bộ y tế muốn tư vấn và người mẹ được tư vấn muốn nói

4.5. Mức độ đạt: 3

Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Quang Anh - Hội chứng suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh - Bài giảng nhi khoa tập I (2000) trang 155- 170.
2. Huỳnh Thị Duy Hương - Hội chứng suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh - Bài giảng nhi khoa thành phố Hồ Chí Minh tập I (1992) trang 156 - 175.
3. Robert M. Kliegman - Respiratory Tract Disorders - Nelson textbook of Pediatric Volume I - pp 476 - 490.

4. Richard J. Martin, Marshall H. Klaus and Avroy A. Fanaroff - Respiratory Problems - textbook of Neonatology - pp. 171 - 201.

NHIỄM KHUẨN SƠ SINH

I. Hành chính:

1. Đối tượng học tập: Sinh viên Y6
2. Thời gian học: Thực hành: 6 tiết (270 phút)
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Người biên soạn: ThS Nguyễn Thị Việt Hà

II. Mục tiêu học tập:

1. Khai thác được tiền sử sản khoa.
2. Phát hiện được các dấu hiệu nhiễm khuẩn tại chỗ và toàn thân.
3. Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh.
4. Điều trị được các nhiễm khuẩn tại chỗ ở trẻ sơ sinh.
5. Biết cách chuyển bệnh nhân nặng lên tuyến trên an toàn. và giáo dục sức khỏe cộng đồng
6. Thái độ: Nhiễm khuẩn sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh, Triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn sơ sinh thường kín đáo, không điển hình, Nhiễm khuẩn sơ sinh có thể dự phòng được.

III. Nội dung:

1. Làm một bệnh án nhiễm khuẩn sơ sinh

1.1. Mục tiêu:

1. Khai thác được bệnh sử.
2. Khai thác được tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật của mẹ

1.2. Thái độ cần học của bài: Nhiễm khuẩn sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Khai thác bệnh sử và tiền sử phải tỉ mỉ, chính xác.

1.3. Kỹ năng cần học: kỹ năng giao tiếp

1.4. Trình tự khai thác bệnh sử và tiền sử

- 1.4.1. *Tạo ra không khí cởi mở:* Giới thiệu bản thân. Chào hỏi bà mẹ, người chăm sóc trẻ và xếp chỗ ngồi cho họ.
- 1.4.2. *Hỏi lý do bà mẹ đưa trẻ đến khám*
- 1.4.3. *Hỏi bệnh sử:*

- Diễn biến bệnh trong bao nhiêu ngày
- Triệu chứng khởi đầu là gì
- Các triệu chứng khác kèm theo
- Các biện pháp, thuốc mà bà mẹ đã sử dụng
- Kết quả của biện pháp điều trị bà mẹ đã áp dụng và các triệu chứng, dấu hiệu mới xuất hiện

1.4.4. Hỏi tiền sử:

- Khai thác tiền sử sản khoa:
 - + Thời kỳ mang thai bà mẹ có bị các bệnh truyền nhiễm có khả năng lây sang con: Viêm gan, HIV
 - + Khi đẻ:
 - Mẹ có bị nhiễm khuẩn trong vòng 1 tuần.
 - Mẹ bị sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ trước, trong hoặc sau sinh
 - Mẹ bị nhiễm khuẩn tiết niệu không được điều trị
 - Suy thai
 - Đẻ non dưới 35 tuần
 - Apgar thấp khi đẻ
 - Ối vỡ sớm, nước ối bẩn
 - Phải can thiệp phẫu thuật không đảm bảo
- Tiền sử bệnh tật khác của mẹ

1.5. Tóm tắt lại các thông tin mà bà mẹ đã trình bày với mục đích để người mẹ xác nhận đó là các thông tin mà họ muốn nói

1.6. Mức độ đạt: 3

2. Phát hiện được các dấu hiệu nhiễm khuẩn tại chỗ và toàn thân.

2.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng thăm khám

2.2. Thái độ cần học của bài: Nhiễm khuẩn sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Khi thăm khám phải tỉ mỉ, kỹ lưỡng.

2.3. Kỹ năng thăm khám:

- Phát hiện mụn phỏng nốt mủ là các nốt mọc ở trán, gáy, cổ, nách ben xuất hiện 1 - 2 tuần sau đẻ. Lúc đầu các nốt nhỏ bằng đinh ghim, mọc đều, chứa nước trong. Nếu bội nhiễm mụn chứa nước đục.
- Phát hiện mụn phỏng dễ lây lan là các mụn xuất hiện 1 -2 tuần sau đẻ, các mụn to nhỏ không đều mọc ở trán, gáy, lưng khe kẽ chứa các nước trong. Khi mụn vỡ nước chảy đều đầu lan ra các vùng da lành đến đó. Các mụn mọc gần nhau có thể tạo thành các tổn thương lớn.

- Phát hiện dấu hiệu của viêm da bong.
- Phát hiện dấu hiệu chảy mủ mắt, tưa, loét miệng
- Phát hiện các dấu hiệu viêm mạch máu rốn (viêm động mạch, tĩnh mạch rốn và hoại thư rốn), uốn ván rốn.
- Phát hiện các dấu hiệu toàn thân của nhiễm khuẩn toàn thân (viêm phổi, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết):
 - + Rối loạn thân nhiệt: tăng hoặc hạ thân nhiệt.
 - + Thở rên, rối loạn nhịp thở, cơn ngừng thở, dấu hiệu nhiễm toan.
 - + Giảm trương lực cơ, co giật.
 - + Tăng trương lực cơ, li bì, kích thích, thóp phồng
 - + Rối loạn tiêu hoá: nôn, ỉa lỏng. Quan sát được phân và chất nôn của trẻ sơ sinh, chất nôn và phân của bệnh nhân viêm ruột hoại tử, chướng bụng.
 - + Phù cứng bì, vàng da, gan lách to, xuất huyết dưới da, da tái, dấu hiệu của sốc: nổi vân tím, nhịp tim nhanh, huyết áp hạ, dấu hiệu hồng trở lại của da kéo dài (reffil)

2.4. Mức độ cần đạt: 2

3. Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm để chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh.

3.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng đề xuất và phân tích xét nghiệm

3.2.. Thái độ cần học của bài: Nhiễm khuẩn sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Việc chẩn đoán rất khó khăn và đòi hỏi các xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán.

3.3. Kỹ năng đề xuất và phân tích xét nghiệm:

- Phân tích kết quả công thức máu: số lượng bạch cầu, hồng cầu và tiểu cầu. Lưu ý hiện tượng giảm bạch cầu hoặc tiểu cầu trong tình trạng nhiễm khuẩn của trẻ sơ sinh.
- Sinh hoá máu: tình trạng hạ đường máu, canci máu, rối loạn điện giải: tăng, giảm Natri, Kali máu, CRP, toan máu
- Nước tiểu: cấy nước tiểu, xét nghiệm tế bào
- Đọc phim Xquang tim phổi.
- Phân tích dịch não tuỷ bình thường và bệnh lý.

3.4. Mức độ cần đạt: 2

4. Chẩn đoán và điều trị được các nhiễm khuẩn tại chỗ ở trẻ sơ sinh.

4.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng tư duy ra quyết định

4.2. Thái độ cần học của bài: Nhiễm khuẩn sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Việc chẩn đoán và điều trị khó đạt kết quả tốt nếu không kịp thời do đó đòi hỏi phải ra quyết định sớm và chính xác.

4.3. Kỹ năng tư duy ra quyết định:

4.3.1. *Chẩn đoán nhiễm khuẩn tại chỗ:* mụn phỏng nốt mủ, mụn phỏng dễ lây lan, dấu hiệu của viêm da bong. dấu hiệu chảy mủ mắt, tưa, loét miệng, viêm mạch máu rốn, uốn ván rốn.

4.3.2. *Chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng* (viêm phổi, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết).

4.3.3. *Điều trị được nhiễm khuẩn sơ sinh tại chỗ:* Viêm da, viêm miệng, viêm kết mạc mắt, viêm rốn:

a. Tắm bé:

- Chuẩn bị dụng cụ tắm bé: nước sạch ấm 37 - 38⁰C, khăn tắm, xà phòng, quần áo sạch, bông và dung dịch sát khuẩn rốn.
- Nguyên tắc tắm bé:
 - Rửa tay trước khi tắm cho trẻ.
 - Tránh hạ thân nhiệt trong lúc tắm
 - Trình tự tắm: Tắm vùng sạch trước, vùng bẩn sau
 - Chỉ đặt trẻ vào thau nước khi rốn đã rụng và chân rốn khô và tránh làm ướt vùng da đang lưu kim và vết mổ.
 - Phải có dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ.
- Kỹ thuật tắm bé:
 - Nếu rốn chưa rụng và chân rốn còn ướt thì tắm từng phần, không đặt trẻ vào nước
 - Cởi trần trẻ trừ tã, dùng khăn quấn vùng chưa tắm để giữ ấm
 - Dùng bông rửa mắt, lau mũi tai
 - Gội sạch đầu và lau khô
 - Tắm cổ, nách tay, bụng ngực và lau khô
 - Tắm lưng, mông, chân và lau khô.
 - Lau rửa bộ phận sinh dục
 - Lau khô toàn thân. mặc quần áo và giữ ấm
 - Rốn đã rụng chân rốn khô thì đặt trẻ vào nước
 - Vệ sinh phần đầu và mặt giống phần trên
 - Trải một khăn bông nhỏ ở đáy thau để tránh bị trượt
 - Cởi bỏ tã, quần áo và cho trẻ vào thau nước
 - Giữ tư thế trẻ ngồi vững, xoa xà phòng và tắm. Cho trẻ sang thau nước thứ 2 để tráng cho sạch xà phòng.
 - Lau khô, quấn tã và giữ ấm.

b. Kỹ thuật chăm sóc rốn:

- Chuẩn bị:
 - Dung dịch sát trùng cồn iod đặc 0.5 và 1% hoặc Betadin
 - Gạc, bông vô trùng
 - Cốc, panh vô trùng và khay quả đậu
- Kỹ thuật
 - Rửa tay và đeo khẩu trang
 - Vệ sinh rốn sau khi đã tắm cho trẻ: dùng gạc vô trùng nâng cao dây rốn lên
 - Quan sát chân rốn, dây rốn, mặt cắt cuống rốn và vùng da xung quanh rốn, ghi nhận sự bất thường (nếu có) dịch máu mủ, mùi hôi, vùng da tấy đỏ...
 - Dùng panh kẹp bông vô trùng thấm dung dịch sát khuẩn iod đặc 0.5 và 1% hoặc Betadin sát trùng theo chiều từ chõn cuống rốn đến mặt cắt sau đó sát trùng từ chân rốn ra vùng da xung quanh rốn theo chiều kim đồng hồ .
- Lưu ý: chăm sóc rốn 1 - 2 lần trong ngày hoặc sau khi rốn bị nhiễm bẩn. Tiếp tục chăm sóc sau khi rốn đã rụng, chân rốn khô không còn dịch tiết, quán tã nên để hở phần rốn

c. Chăm sóc các nhiễm khuẩn tại chỗ:

- Hướng dẫn cách tra mắt và thực hành tra mắt cho trẻ
- Hướng dẫn và thực hành điều trị loét miệng và đánh tưa
- Hướng dẫn và thực hành điều trị mụn mủ ngoài da

d. Hướng dẫn bà mẹ giữ ấm và theo dõi thân nhiệt của trẻ

4.3.4. *Sử dụng kháng sinh cho trẻ sơ sinh (Xin tham khảo phần lý thuyết)*

4.3.5. *Dinh dưỡng cho trẻ:* Hướng dẫn bà mẹ cho con bú, cách bảo vệ nguồn sữa và cho trẻ ăn sonde trong trường hợp trẻ không tự ăn được

4.3.6. *Quyết định khi nào cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên và đảm bảo vận chuyển bệnh nhân an toàn tránh hạ thân nhiệt, hạ đường huyết.*

4.4. Mức độ cần đạt: 2

5 Thực hiện được giáo dục sức khỏe cộng đồng.

5.1. Kỹ năng cần học: kỹ năng tư vấn và giao tiếp

5.2. Chủ đề: Giáo dục sức khỏe cộng đồng về nhiễm khuẩn sơ sinh khuẩn sơ sinh

5.3. Mục tiêu:

1. Giáo dục bà mẹ thăm khám thai định kỳ và điều trị các bệnh nhiễm khuẩn phụ khoa
2. Tư vấn các bệnh truyền nhiễm lây lan qua đường tình dục: HIV, giang mai, lậu.
3. Đảm bảo vô khuẩn khi sinh.
4. Tiêm phòng uốn ván cho mẹ và con

5.4. Thái độ cần học của bài: Nhiễm khuẩn sơ sinh là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Việc chẩn đoán và điều trị khó khăn đòi hỏi phải chẩn đoán sớm, bà mẹ và những người chăm sóc trẻ phải có kiến thức về nhiễm khuẩn sơ sinh giúp cho việc phòng và điều trị bệnh đạt kết quả tốt

5.5 Kỹ năng tư vấn:

5.5.1. *Tạo ra không khí cởi mở:* Giới thiệu bản thân. Chào hỏi bà mẹ và xếp chỗ ngồi cho họ.

5.5.2. *Hỏi lý do bà mẹ đến khám*

5.5.3. *Hỏi những hiểu biết của bà mẹ về chăm sóc sức khoẻ sinh sản:*

- Số lần khám thai định kỳ ít nhất mà mỗi bà mẹ phải thực hiện
- Triệu chứng gợi ý các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục và biện pháp giải quyết
- Các bệnh truyền nhiễm lây lan bằng đường tình dục và biện pháp phòng tránh
- Hiểu biết của bà mẹ về tiêm phòng cho trẻ nói chung và tiêm phòng uốn ván rốn cho trẻ và

bà mẹ nói riêng

Vừa hỏi vừa tư vấn giúp cho bà mẹ hiểu thêm về các vấn đề chăm sóc sức khoẻ sinh sản giúp giảm bớt nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh

5.5.4. *Tóm tắt lại các thông tin mà cán bộ y tế đã trình bày với mục đích để người mẹ hiểu được đó là các thông tin mà cán bộ y tế muốn tư vấn và người mẹ được tư vấn muốn nói*

5.6. Mức độ đạt: 3

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Quang Anh - Hội chứng nhiễm khuẩn sơ sinh - Bài giảng nhi khoa tập I (2000) trang 171- 180.
2. Nguyễn Quang Anh - Uốn ván rốn - Bài giảng nhi khoa tập I (2000) trang 180 - 185.
3. Huỳnh Thị Duy Hương - Nhiễm trùng sơ sinh - Bài giảng nhi khoa thành phố Hồ Chí Minh tập I (1992) trang 116 - 132.
4. Samuel P. Gotoff - Infection of the Neonatal infant - Nelson textbook of Pediatric Volume I - pp 514 - 540.
5. William T. Spect, Stephen C. Aronoff and Avroy A. Fanaroff - Neonatal Infection- textbook of Neonatology- pp. 262 - 285

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA HUYẾT HỌC

ĐẶC ĐIỂM TẠO MÁU Ở TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y4
2. Thời gian: 135 phút - Số tiết: 3 tiết
3. Địa điểm giảng: Thực hành tại nhà trẻ, phòng khám và buồng bệnh của bệnh viện.
4. Người biên soạn: TS Nguyễn Thị Yến B

II. Mục tiêu học tập:

- 1 - Khám da và niêm mạc xác định được một trẻ bình thường không thiếu máu.
- 2 - Phân tích được một xét nghiệm công thức máu hoặc huyết đồ bình thường
- 3 - Phân tích được một xét nghiệm tủy đồ bình thường.
- 4 - Vận dụng được các chỉ số huyết học bình thường vào việc phát hiện các bất thường về CTM hoặc huyết đồ và tủy đồ.

Thái độ:

Thận trọng khi đánh giá các chỉ số huyết học

III. Nội dung:

1. Khám da và niêm mạc xác định được một trẻ bình thường hoặc một trẻ thiếu máu:

Trong phần này, sinh viên cần có kỹ năng giao tiếp tốt với bà mẹ và với trẻ để khai thác được bệnh sử một trẻ nghi thiếu máu và có kỹ năng thăm khám để xác định được trẻ có thiếu máu hay không.

1.1. Kỹ năng giao tiếp: Chào hỏi và lắng nghe bà mẹ và trẻ để xác định lý do đưa trẻ đến khám, xác định xem trẻ có các triệu chứng cơ năng về thiếu máu không?

Đối với trẻ nhỏ: Da xanh hơn bình thường, ăn kém, hay quấy khóc, tăng cân chậm hoặc không tăng cân.

Đối với trẻ lớn: Da xanh hơn bình thường, ăn kém, trí nhớ giảm, hay mệt mỏi, hay hoa mắt chóng mặt...

1.2. Kỹ năng thăm khám:

Một trẻ bình thường là trẻ có da và niêm mạc hồng hào. Trẻ thiếu máu khi da xanh xao và niêm mạc nhợt nhạt.

1.2.1. Da xanh là một dấu hiệu của thiếu máu.

Da xanh được biểu hiện ở nhiều vị trí trên cơ thể, nhất là những vùng da mỏng như da mặt, da lòng bàn tay, bàn chân, da vùng bụng...

Để tìm dấu hiệu da xanh trước hết hãy quan sát da vùng mặt và da toàn thân của trẻ. So sánh da của trẻ với những người xung quanh, nếu da của trẻ nhợt màu hơn nghĩa là trẻ có dấu hiệu thiếu máu.

Dấu hiệu lòng bàn tay nhợt cũng là một dấu hiệu của thiếu máu. Tìm dấu hiệu lòng bàn tay nhợt, hãy nhìn vào da lòng bàn tay của trẻ. Giữ cho lòng bàn tay trẻ mở ra bằng cách nắm nhẹ nhàng phía bên cạnh bàn tay trẻ. Không nên duỗi các ngón tay ra phía sau. Động tác này có thể tạo ra dấu hiệu nhợt nhạt do cản trở sự cung cấp máu. So sánh lòng bàn tay trẻ với màu lòng bàn tay của bạn hoặc của bà mẹ hoặc của các trẻ khác. Nếu thấy da ở lòng bàn tay trẻ nhợt, nghĩa là trẻ có dấu hiệu lòng bàn tay nhợt. Nếu thấy da ở lòng bàn tay trẻ rất nhợt, trông gần như trắng cả bàn tay, nghĩa là trẻ có dấu hiệu lòng bàn tay rất nhợt.

1.2.2. Niêm mạc nhợt nhạt được tìm thấy ở những vị trí sau: niêm mạc môi, má, kết mạc mắt và lưỡi. Niêm mạc ở những vùng này nhợt màu hơn so với bình thường. Những trẻ thiếu máu có môi, má, kết mạc mắt và lưỡi nhợt màu hơn so với các trẻ khác, tĩnh mạch dưới lưỡi xẹp và nhợt màu.

2. Phân tích được một xét nghiệm công thức máu hoặc huyết đồ bình thường:

Khi phân tích một xét nghiệm công thức máu hoặc huyết đồ, sinh viên cần chú ý đến phương pháp và cách thức làm xét nghiệm, để từ đó hiểu rõ hơn kết quả của xét nghiệm

Công thức máu, kết quả cho biết số lượng của các dòng tế bào máu ngoại biên: Hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, công thức bạch cầu và tiểu cầu. Thời gian trả lời kết quả thường sớm.

Huyết đồ cho biết số lượng của các dòng tế bào máu giống như CTM, ngoài ra huyết đồ còn cho biết chất lượng của các dòng tế bào như hình dáng, kích thước các tế bào. Nhưng thời gian trả lời kết quả thường muộn hơn CTM.

Sau đây là kết quả của các dòng tế bào máu ở trẻ bình thường:

2.1 - Hồng cầu:

2.1.1. Số lượng hồng cầu (HC):

Thay đổi tùy theo tuổi, nhất là ở trẻ sơ sinh và dưới 1 tuổi. Trẻ mới sinh số lượng HC rất cao, khoảng $4,5 - 6 \times 10^{12}/l$. Sau đó số lượng HC giảm nhanh vào ngày thứ 2 - 3, lúc bắt đầu có hiện tượng vàng da sinh lý, do hồng cầu bị vỡ, đến hết thời kỳ sơ sinh, số lượng hồng cầu khoảng $4,0 - 4,5 \times 10^{12}/l$.

- Trẻ dưới 1 tuổi, số lượng hồng cầu giảm, nhất là từ 6 - 12 tháng chỉ khoảng $3,2 - 3,5 \times 10^{12}/l$. Nguyên nhân là ở thời kỳ này trẻ lớn nhanh, sự tạo máu chưa được đáp ứng, nhu cầu tạo máu cao, dễ thiếu một số yếu tố tạo máu. Vì thế hiện tượng này được gọi là thiếu máu sinh lý.

- Trẻ trên 1 tuổi, số lượng HC dần ổn định, trên 2 tuổi $HC \approx 4,0 \times 10^{12}/l$.

2.1.2. Thể tích trung bình hồng cầu (TTTBHC)

Công thức tính :

$$TTTBHC = \frac{\text{Thể tích hồng cầu (Ht)}}{\text{Số lượng HC (Triệu)}} \times 10$$

Bình thường TTTBHC là 80 - 100 fl
TTTBHC của người Việt Nam là 102,3 fl (HSSH người Việt Nam 1975)

2.2. Huyết cầu tố (Hb):

2.2.1. Số lượng Hb

- Trẻ sơ sinh những ngày đầu sau sinh Hb cao 170 - 190 g/l, sau đó giảm dần.
- Trẻ dưới 1 tuổi, Hb giảm, nhất là lúc 6 - 12 tháng, Hb còn 110 - 120 g/l. Lúc này trẻ có hiện tượng thiếu máu thiếu sắt do sắt dự trữ trong thời kỳ bào thai đã sử dụng hết và khả năng hấp thu sắt lúc này còn kém.
- Trẻ trên 1 tuổi, Hb tăng dần, đến 3tuổi thì ổn định là 130 - 140 g/l.

2.2.2. Lượng huyết cầu tố trung bình hồng cầu (HbTBHC)

$$HbTBHC = \frac{\text{Hb (g\%)}}{\text{Số lượng HC (triệu)}} \times 10 \quad \text{Bình thường HbTBHC} = 28 - 32 \text{ pg}$$

Ở trẻ sơ sinh HbTBHC tương đối cao, lúc 6 - 12 tháng thấp nhất trung bình là 28,1 pg, hồng cầu lúc này hơi nhợt sắc. Từ trên 1 tuổi HbTBHC ổn định từ 30 - 34 pg

2.2.3. Nồng độ huyết cầu tố trung bình hồng cầu (NĐHbHC)

$$NĐHbHC = \frac{\text{Hb (g\%)}}{\text{Thể tích hồng cầu (Ht)}} \times 100 \quad \text{Bình thường NĐHbHC} = 30 - 34 \%$$

NĐHbHC thấp nhất lúc 6 - 12 tháng, từ trên 1 tuổi NĐHbHC ổn định.

2.2.4. Thành phần huyết cầu tố

Sau khi sinh khác hẳn trong thời kỳ bào thai. Lúc mới sinh lượng HbF rất cao, tới 60 - 80% Hb toàn phần, sau đó giảm nhanh, đến lúc 1 tuổi lượng HbF còn khoảng dưới 1% Hb toàn phần. Ngược lại Hb trưởng thành(HbA1) lúc mới sinh chỉ có khoảng 20 - 40% Hb toàn phần, sau đó tăng nhanh, thay thế HbF giảm nhanh, đến lúc 1 tuổi lượng HbA1 khoảng 97 - 98% Hb toàn phần. Từ trên 1 tuổi thành phần Hb ổn định

2.3. Bạch cầu

2.3.1. Số lượng bạch cầu:

Thay đổi theo tuổi, trẻ càng nhỏ số lượng bạch cầu càng cao hơn trẻ lớn.

Ở trẻ sơ sinh, lúc mới sinh số lượng bạch cầu rất cao, thay đổi trong giới hạn từ $10 \times 10^9/l$ đến $30 \times 10^9/l$, sau 24 - 48 giờ số lượng bạch cầu bắt đầu giảm, vào thời gian 7 - 15 ngày sau sinh lượng bạch cầu giảm xuống $10 \times 10^9/l$ đến $12 \times 10^9/l$, gần giống lượng bạch cầu ở trẻ thời kỳ bú mẹ. Theo hàng số sinh học người Việt Nam, 1975, số lượng bạch cầu ở:

Sơ sinh 1- 3 ngày là: $15.400 \pm 2.500/mm^3$

Sơ sinh 4- 6 ngày là: $11.200 \pm 2.500/mm^3$

Sơ sinh trên 7 ngày là: $11.000 \pm 1.950/mm^3$

Ở trẻ dưới 1 tuổi là : $11 \times 10^9/l$

Ở trẻ trên 1 tuổi là : $6 \times 10^9/l$ đến $8 \times 10^9/l$

2.3.2. Công thức bạch cầu: Thay đổi dần theo tuổi

- Bạch cầu hạt trung tính (Neutrophils) ở trẻ sơ sinh trong những giờ đầu(8 - 12 giờ sau sinh) giống như người lớn, khoảng 65%. Sau đó bạch cầu hạt trung tính giảm, vào ngày thứ 5 - 7 sau khi sinh còn khoảng 45%. Trong năm đầu bạch cầu hạt trung tính tiếp tục giảm, lúc 9 - 10 tháng giảm thấp nhất khoảng 30%. Từ trên 1 tuổi bạch cầu hạt trung tính tăng dần, lúc 5 - 7 tuổi khoảng 45%, sau đó tiếp tục tăng đến lúc 14 tuổi giống như người lớn, khoảng 65%.
- Bạch cầu lympho (Lymphocytes) lúc mới sinh khoảng 20 - 30%. Cùng lúc bạch cầu hạt trung tính giảm và tăng thì bạch cầu lympho ngược lại tăng và giảm, lúc 5 - 7 ngày sau khi sinh bạch cầu lympho tăng lên 45%, vào lúc 9 - 10 tháng tăng cao nhất khoảng 60% sau đó giảm dần, lúc 5 - 7 tuổi khoảng 45%, sau đó tiếp tục giảm đến lúc 14 tuổi giống như người lớn, khoảng 30%., rồi ổn định.
- Bạch cầu hạt ưa eosin (Eosinophils)và bạch cầu đơn nhân to (Monocyte), lúc trước 6 tháng tương đối cao, sau đó ổn định, bạch cầu hạt ưa eosin khoảng 2%, bạch cầu đơn nhân to khoảng 6 - 9%. Còn bạch cầu ưa kiềm (Basephils) ít thay đổi, khoảng 0,1 - 1%.

2.4. Tiểu cầu:

Số lượng tiểu cầu ít thay đổi. Ở trẻ sơ sinh đủ tháng tiểu cầu từ $100 - 400 \times 10^9/l$. Ngoài tuổi sơ sinh tiểu cầu giống người lớn, $150 - 300 \times 10^9/l$.

3. Phân tích được một xét nghiệm tủy đồ bình thường:

Chọc hút tủy xương nghiên cứu tế bào máu ở tủy giúp ích cho việc đánh giá sự tạo máu trong tủy xương. Giới hạn của từng loại tế bào máu trong tủy thay đổi trong phạm vi khá rộng, tùy thuộc theo từng lứa tuổi trẻ.

Số lượng tế bào tủy từ $30 - 100 \times 10^9/l$

Tỷ lệ các loại tế bào tủy ở trẻ bình thường được minh họa ở bảng sau:

Bảng 1: Tỷ lệ (%) tế bào máu tủy xương ở trẻ em

Tế bào tuỷ(%)	Mới sinh	7 ngày	6 - 12 tháng	6 tuổi	12 tuổi	Người lớn
Nguyên tuỷ bào	1	1	0,5	1	1	1
Tiền tuỷ bào	2	2	0,5	2	2	2
Tuỷ bào và hậu tuỷ bào	5	10	8	15	20	21
Bạch cầu đũa và BC đa nhân	40	40	30	35	40	44
Bạch cầu ưa eosin	1	1	1	1	1	2
Bạch cầu lympho	10	20	40	25	15	10
Hồng cầu có nhân	40	25	20	20	20	20
Tỷ lệ tuỷ bào/ hồng cầu	1,2 : 1	2,1 : 1	2,0 : 1	2,7 : 1	3,2 : 1	3,5 : 1

(Theo Nelson Textbook of Pediatrics, 1992, 1229)

Nhận định kết quả xét nghiệm tuỷ đồ dựa vào các chỉ tiêu sau:

- + Số lượng tế bào tuỷ
- + Công thức tế bào tuỷ
- + Hình thái, chỉ số trưởng thành của các dòng tế bào tuỷ

Từ đó phát hiện được một số bất thường về tuỷ đồ

4. Vận dụng được các chỉ số huyết học bình thường trong CTM hoặc huyết đồ và tuỷ đồ để phát hiện được các trường hợp bất thường.

Phân tích CTM hoặc huyết đồ để phát hiện được các trường hợp:

4.1. Thiếu máu: Số lượng HC, Hb giảm so với bình thường. Từ đó tìm được mức độ thiếu máu và loại thiếu máu về huyết học (Thiếu máu nhược sắc hay đẳng sắc)

Thiếu máu nhược sắc HC nhỏ: $HbTBHC < 27 \text{ pg}$

$TTTBHC < 80 \text{ fl}$

Thiếu máu đẳng sắc HC bình thường: $HbTBHC : 28 - 32 \text{ pg}$

$TTTBHC : 80 - 100 \text{ fl}$

Thiếu máu hồng cầu to: $TTTBHC > 100 \text{ fl}$

4.2. Các bất thường về dòng bạch cầu:

Tăng hoặc giảm số lượng bạch cầu

Thay đổi công thức bạch cầu

4.3. Các bất thường về dòng tiểu cầu:

Tăng hoặc giảm số lượng tiểu cầu.

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng nhi khoa tập II- 2000. 89- 95

2. Nelson textbook of pediatrics (2000), volum 2, 1456- 1460.
3. Sổ tay xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em (IMCI).
4. Huyết học lâm sàng nhi khoa (2004), tr 24 - 32.

THIẾU MÁU THIẾU SẮT

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y4
2. Thời gian: 135 phút - Số tiết: 3 tiết
3. Địa điểm giảng: Thực hành tại bệnh viện, phòng khám.
4. Giảng viên biên soạn: TS Nguyễn Thị Yến B

II. Mục tiêu học tập:

- 1 - Khai thác được bệnh sử và tiền sử (nuôi dưỡng, bệnh gây rối loạn tiêu hoá) liên quan đến bệnh thiếu máu thiếu sắt
- 2 - Phân tích được đặc điểm thiếu máu đặc hiệu trong bệnh thiếu máu thiếu sắt
- 3 - Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt
- 4 - Chẩn đoán được một trẻ thiếu máu thiếu sắt
- 5 - áp dụng được phác đồ điều trị thiếu máu thiếu sắt và hẹn khám lại.
- 6 - Hướng dẫn được các bà mẹ cách phòng bệnh thiếu máu thiếu sắt

III. Nội dung:

1. Khai thác được bệnh sử và tiền sử của một trẻ thiếu máu thiếu sắt như tiền sử nuôi dưỡng, tiền sử các bệnh gây rối loạn tiêu hoá, tiền sử nhiễm giun liên quan đến bệnh thiếu máu thiếu sắt.

1.1. Kỹ năng giao tiếp: Sinh viên cần có kỹ năng giao tiếp tốt với trẻ và gia đình trẻ để khai thác được tiền sử của bệnh thiếu máu thiếu sắt.

- Cần khai thác kỹ tiền sử nuôi dưỡng trẻ: Trẻ có được bú mẹ không?, mẹ có đủ sữa không? Nếu thiếu sữa thì mẹ nuôi dưỡng trẻ bằng thức ăn gì? Trẻ được ăn sam vào tháng thứ mấy? Khi ăn sam trẻ được cho ăn những loại thức ăn gì ? Cách chế biến món ăn như thế nào?

- Cần khai thác được các bệnh trẻ mắc nhất là các bệnh về tiêu hoá như rối loạn tiêu hoá kéo dài, tiêu chảy kéo dài, loét dạ dày tá tràng, trĩ, sa trực tràng, xuất huyết tiêu hoá...

- Sinh viên cần hỏi kỹ bệnh sử của trẻ:

+ Thiếu máu bắt đầu từ bao giờ? Thiếu máu xuất hiện nhanh hay từ từ? Mức độ thiếu máu như thế nào: nhẹ, vừa hay nặng?

+ Trẻ có các triệu chứng khác không? Mệt mỏi, chán ăn, ngừng tăng cân, ít hoạt động. Trẻ lớn trí tuệ kém, hay quên.

1.2. Kỹ năng thăm khám

Cần khám kỹ lâm sàng nhằm tìm ra được các đặc điểm thiếu máu đặc hiệu trong bệnh thiếu máu thiếu sắt

- + Trước tiên sinh viên cần phải phát hiện được trẻ có thiếu máu không?
- + Thiếu máu cấp hay từ từ? Mức độ nhẹ, vừa hay nặng.
- + Thiếu máu đàng sắc hay thiếu máu nhược sắc.
- + Thiếu máu có đáp ứng với điều trị không nhất là khi trẻ được truyền máu.

Ngoài ra cũng cần khám kỹ các dấu hiệu khác như: gan, lách, hạch xem có to không? Thể trạng của trẻ như thế nào: bụ bẫm, bình thường hay suy dinh dưỡng.

2. Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt:

Sinh viên cần biết rằng thiếu máu thiếu sắt là loại thiếu máu nhược sắc, thể tích hồng cầu nhỏ, sắt huyết thanh giảm. Từ đó sinh viên có thể dễ dàng đề xuất được các xét nghiệm cần thiết sau đây để chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt:

- Công thức máu hoặc huyết đồ
- Sắt huyết thanh
- Ferritin huyết thanh
- Chỉ số bão hoà Transferin

Sinh viên cũng cần phân tích được kết quả của các xét nghiệm này:

Trong công thức máu hoặc huyết đồ: Số lượng hồng cầu giảm, số lượng huyết sắc tố giảm < 110g/l, tỉ lệ hematocrit giảm, huyết sắc tố trung bình hồng cầu giảm $\leq 27\text{pg}$, nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu giảm < 30g/l, thể tích trung bình hồng cầu giảm < 80 fl. Sắt huyết thanh < 12 mcg/l, Fe huyết thanh giảm < 50 mcg/l hoặc < 10 $\mu\text{mol/l}$, Chỉ số bão hoà Transferin < 15%

3. Chẩn đoán được một trẻ thiếu máu thiếu sắt:

Chẩn đoán sớm thiếu máu thiếu sắt phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh

- Giai đoạn sớm: chẩn đoán dựa chủ yếu vào xét nghiệm
- Giai đoạn toàn phát: dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

4. Áp dụng được phác đồ điều trị thiếu máu thiếu sắt và hẹn khám lại.

Điều trị thiếu máu thiếu sắt dựa vào 3 nguyên tắc cơ bản sau:

4.1 - Điều chỉnh chế độ ăn: - Theo ô vuông thức ăn

- Chọn thức ăn có nguồn gốc ĐV

4.2 - Bồi phụ sắt: Liều lượng: 4 - 6 mg sắt nguyên tố / kg/ ngày

Sunfat sắt 20 mg/ kg/ ngày chia 2 - 3 lần

Gluconat sắt 40mg/ kg/ngày chia 2 - 3 lần

Chú ý: Thời gian điều trị từ 8 - 12 tuần

Uống vào giữa 2 bữa ăn

Bổ sung thêm vitamin C

4.3. Điều trị nguyên nhân: Điều trị rối loạn tiêu hoá

Điều trị các nguyên nhân gây chảy máu

Hẹn bệnh nhân đến khám lại: Sau dùng thuốc 14 ngày

5. Hướng dẫn được các bà mẹ cách phòng bệnh thiếu máu thiếu sắt

+ Cần phòng bệnh sớm ngay trong thời kỳ bào thai

+ Đối với bà mẹ có thai: Ăn uống đầy đủ, đặc biệt thức ăn giàu sắt

Cho uống thêm sắt từ quý II của thời kỳ bào thai

+ Giáo dục cho bà mẹ cách nuôi con: Đảm bảo bú SM,

Uống nước quả từ tháng thứ 2,3.

Ăn sam đúng và đủ

+ Đối với trẻ có nguy cơ: bổ sung sắt 20mg/ ngày từ tháng thứ 2

+ Điều trị bệnh và phòng bệnh tiêu hoá bằng ăn uống hợp VS và GD vệ sinh môi trường.

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng nhi khoa(2000). Tập 2. Nhà xuất bản y học, tr 98 - 100.
2. Nelson textbook of pediatrics(2000). Volum 2. p1469 - 1471.
3. Nguyễn Công Khanh " huyết học lâm sàng nhi khoa" NXBYH, Hà Nội 2004, 63 - 73.

THIẾU MÁU TAN MÁU

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y4
2. Thời gian: 135 phút - Số tiết: 3 tiết
3. Địa điểm giảng: Thực hành tại bệnh viện, phòng khám.
4. Giảng viên biên soạn: TS Nguyễn Thị Yến B

II. Mục tiêu học tập:

- 1 - Khai thác được bệnh sử và tiền sử (sản khoa, dùng thuốc, gia đình) liên quan đến bệnh thiếu máu tan máu

- 2 - Phân tích được đặc điểm thiếu máu trong bệnh thiếu máu tan máu
- 3 - Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán thiếu máu tan máu
- 4 - Chẩn đoán được một trẻ thiếu máu tan máu
- 5 - Xử trí được một trẻ thiếu máu tan máu khi mới nhập viện.

III. Nội dung:

1. Khai thác được bệnh sử và tiền sử của một trẻ thiếu máu tan máu như: tiền sử sản khoa, dùng thuốc, gia đình.

1.1. Kỹ năng giao tiếp: Sinh viên cần có kỹ năng giao tiếp tốt với trẻ và gia đình trẻ để khai thác được tiền sử của bệnh thiếu máu tan máu.

- Cần khai thác kỹ tiền sử sản khoa: trẻ là con thứ mấy, đẻ đủ tháng hay thiếu tháng? Trong thời kỳ sơ sinh trẻ xuất hiện vàng da vào ngày thứ mấy sau đẻ? Mức độ vàng da, vàng sáng hay vàng sậm?

- Cần khai thác kỹ tiền sử dùng thuốc: trẻ dùng thuốc gì? liều lượng bao nhiêu? Sau khi dùng thuốc bao lâu thì trẻ vàng da?

- Ngoài ra cũng cần khai thác kỹ tiền sử phát triển thể chất và tinh thần vận động của trẻ

- Cần khai thác tiền sử gia đình: trong gia đình có ai bị thiếu máu tan máu không?

- Sinh viên cần hỏi kỹ bệnh sử của trẻ:

+ Thiếu máu bắt đầu từ bao giờ? Thiếu máu xuất hiện nhanh hay từ từ? Mức độ thiếu máu như thế nào: nhẹ, vừa hay nặng?

+ Vàng da bắt đầu từ bao giờ? Vàng da xuất hiện nhanh hay từ từ? Mức độ vàng da như thế nào: rõ hay không rõ ?

+ Trẻ có sốt không? Sốt cao hay sốt nhẹ? Sốt có kèm rét run? Sốt có kèm đau lưng hay đau bụng không?

1.2. Kỹ năng thăm khám

- Triệu chứng thiếu máu: Cần khám kỹ để phát hiện được trẻ có thiếu máu không? Thiếu máu cấp hay từ từ? Thiếu máu ở mức độ nào: nhẹ, vừa hay nặng? Nếu thiếu máu nặng, cần phát hiện sớm những triệu chứng của sốc giảm khối lượng tuần hoàn.

Ngoài ra cần khám kỹ để phát hiện loại thiếu máu: đẳng sắc hay nhược sắc.

- Sinh viên cần phát hiện được các triệu chứng khác như:

+ Vàng da: Cần xem vàng da này là vàng da sáng hay sậm màu, vàng da nhẹ hay vàng da đậm, vàng da có ngứa không?

+ Lách to hay không to, nếu lách to thì kích thước, mật độ, bờ lách như thế nào?

+ Cần quan sát nước tiểu xem màu sắc như thế nào: đỏ hay sậm màu?

+ Quan sát kỹ bộ mặt trẻ xem có biến dạng mặt không? Biến dạng xương sọ nếu bệnh diễn biến nhiều năm, đặc biệt trong bệnh Thalassemia, làm bộ mặt thay đổi: đầu to, trán dô, bướu đỉnh, sống mũi tẹt.

+ Cân trẻ và đo chiều cao xem trẻ có bị chậm phát triển cân nặng và chiều cao không? Nếu ở trẻ lớn cần khám các dấu hiệu dậy thì như: lông mu, lông nách, Kích thước và chiều dài dương vật... Cần xác định xem tuổi dậy thì của trẻ như thế nào?

2. Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán thiếu máu tan máu

2.1. Đề xuất được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán thiếu máu tan máu:

- Xét nghiệm máu: Công thức máu, Bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp. Sắt huyết thanh
- Xét nghiệm nước tiểu: Huyết sắc tố niệu, urobilinogen niệu.

2.2. Đề xuất được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân thiếu máu tan máu: Test coombs, điện di huyết sắc tố, định lượng G6PD, đo kích thước của hồng cầu...

2.3. Phân tích được kết quả xét nghiệm:

- *Những XN chứng tỏ HC vỡ nhanh, có tăng giáng hoá hemoglobin:*
 - * Hồng cầu, Hemoglobin giảm
 - * Bilirubin tự do máu tăng trên 0,6 mg/ dl
 - * Urobilinogen có nhiều trong nước tiểu. Nếu tan máu trong mạch sẽ có hemoglobin niệu và hemosiderin trong nước tiểu.
 - * Sắt huyết thanh bình thường hoặc tăng trong tan máu mạn tính.
 - * Đo đời sống hồng cầu bằng kỹ thuật phóng xạ thấy thời gian bán huỷ hồng cầu ngắn chỉ 7 - 15 ngày
- *XN biểu hiện có tăng phản ứng tạo hồng cầu:*
 - * Máu ngoại biên: Hồng cầu lưới tăng, có nhiều hồng cầu non đa sắc và ưa acid.
 - * Trong tuỷ : Dòng hồng cầu tuỷ tăng, tỉ lệ hồng cầu lưới tuỷ cũng tăng.
- *XN chẩn đoán nguyên nhân:*
 - Thiếu máu do nguyên nhân miễn dịch: Test coombs dương tính
 - Thalassemia: điện di huyết sắc tố, xuất hiện huyết sắc tố bất thường như HbF, Hb Bart, hoặc tăng HbA2
 - Thiếu máu do thiếu men hồng cầu: định lượng thấy thiếu G6PD
 - Thiếu máu hồng cầu nhỏ: đo kích thước của hồng cầu

3. Chẩn đoán được một trẻ thiếu máu tan máu

3.1. Chẩn đoán quyết định: Để chẩn đoán thiếu máu tan máu cần dựa vào:

- Triệu chứng lâm sàng: Thiếu máu, vàng da, lách to hoặc không to, con sốt, đau lưng và thất lưng, đái nước tiểu đỏ hoặc sẫm màu, chậm phát triển thể chất, biến dạng xương sọ.
- Triệu chứng xét nghiệm: Hồng cầu, Hemoglobin giảm, Bilirubin tự do máu tăng trên 0,6 mg/dl, Urobilinogen có nhiều trong nước tiểu hoặc hemoglobin niệu, Sắt huyết thanh tăng, đời sống hồng cầu bằng kỹ thuật phóng xạ thấy thời gian bán huỷ hồng cầu ngắn chỉ 7 - 15 ngày. Hồng cầu lưới tăng, có nhiều hồng cầu non đa sắc và ưa acid trong máu ngoại biên

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân: Dựa vào các triệu chứng kèm theo, yếu tố dịch tễ như dân tộc, tiền sử gia đình, hoàn cảnh xuất hiện và một số xét nghiệm đặc hiệu.

4. Xử trí được một trẻ thiếu máu tan máu khi mới nhập viện.

4.1. Xử trí ban đầu khi chưa rõ nguyên nhân tan máu:

- Loại bỏ nguyên nhân nghi gây tan máu như ngừng thuốc, loại trừ độc tố, điều trị sốt rét...
- Truyền máu khi thiếu máu nặng, nhanh. Tốt nhất là chỉ truyền khối hồng cầu
- Nếu có đái ít hoặc vô niệu cần cho thuốc lợi tiểu, truyền dung dịch Glucose 10%

4.2. Điều trị theo nguyên nhân

Sau khi biết được nguyên nhân gây tan máu, phải điều trị theo nguyên nhân. Có rất nhiều nguyên nhân gây tan máu

❖ Thiếu máu tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ - con:

Cần điều trị sớm để hạ nhanh bilirubin tự do, tránh bị vàng da nhân não.

- ánh sáng trị liệu, có tác dụng chuyển bilirubin tự do thành dạng dễ tan trong nước, dễ thải ra ngoài. Đặt trẻ ở lồng ấp, bỏ hết quần áo, tã lót, che mắt cho trẻ, dùng đèn ống xanh 240 - 320 watt, bước sóng 4000 Angstrom, đặt cách 1 mét, chiếu liên tục để giảm bilirubin tự do dưới 10 mg/ 100ml máu.
- Truyền glucose 10% x 50 - 100ml/ kg/ 24h
- Truyền plasma tươi, alvesin 20ml/ kg/ 24h cung cấp albumin để gan kết hợp albumin - bilirubin không ngấm vào não.
- Gardenal 5 - 10 mg/ kg/ 24h
- Truyền thay máu: Nếu bất đồng hệ ABO mẹ - con nên chọn hồng cầu nhóm O giống hồng cầu mẹ, pha với huyết thanh nhóm A hoặc B giống nhóm máu con. Nếu bất đồng Rh mẹ - con, chọn máu cùng Rh (-) giống mẹ và cùng nhóm ABO giống con, số lượng 200ml/ kg.

❖ Thiếu máu tan máu tư miễn:

- Corticoid: Dùng prednison liều ban đầu trong khi có cơn tan máu cấp có thể 4- 6 mg/ kg/ 24h, khi có đáp ứng cho liều 2 mg/ kg/ 24h trong 2 tuần. Theo dõi nếu hemoglobin tăng dần, hồng cầu lưới giảm dần, nghiệm pháp coombs âm tính, giảm liều prednison 1mg/ kg/ ngày rồi dần dần ngừng thuốc. Nếu bệnh còn tái phát, nghiệm pháp coombs còn dương tính, cần điều trị prednison kéo dài.

- Truyền máu: Nên hạn chế vì có nguy cơ tan máu mạnh hơn. Nếu thiếu máu nặng phải truyền khối hồng cầu hoặc hồng cầu rửa và theo dõi chặt chẽ.
- Cắt lách, chỉ định cắt lách nếu cơn tan máu tái phát mạnh nhiều lần, liệu pháp corticoid trong 6 tháng không có kết quả.
- Các thuốc ức chế miễn dịch khác như imuran, purinethol, cloraminophen khi các biện pháp trên không có kết quả.

❖ Thiếu máu tan máu do bệnh Thalasemia:

Thalasemia là một bệnh di truyền, hiện nay chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu. Đối với thể nhẹ không phải điều trị, song đối với thể nặng, thể có tan máu mạn tính thì:

- Chống thiếu máu: Truyền khối hồng cầu 10 - 20 ml/ kg duy trì lượng Hb của trẻ ở giới hạn 80 - 110 g/l. Do nhu cầu phải truyền máu nhiều nên làm tăng nguy cơ gây nhiễm sắt.
- Thải sắt: Desferal (Deferioxamin) 500mg truyền nhỏ giọt dưới da trong 8 h/ ngày hay tiêm bắp, theo dõi sắt huyết thanh để điều chỉnh liều điều trị.

Kelfer 75mg/ kg/ ngày uống hàng ngày

- Acid folic 5mg / ngày để điều trị các đợt tăng nguyên hồng cầu khổng lồ trong cơn tan máu
- Cắt lách: Chỉ định khi có cường lách thứ phát, tăng nhu cầu truyền máu, có "hội chứng dạ dày nhỏ" do lách quá to. Sau cắt lách để có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng nên cần có biện pháp phòng ngừa.

❖ Thiếu máu tan máu do bệnh hồng cầu nhỏ hình cầu di truyền

- Truyền máu khi có đợt tan máu mạnh
- Cắt lách : Là biện pháp có hiệu quả đối với thể nặng và kéo dài. Sau cắt lách cơn tan máu giảm và nhẹ rõ rệt, nhưng những bất thường về hồng cầu vẫn còn.

❖ Thiếu máu tan máu do thiếu Enzym hồng cầu: Thiếu máu tan máu thường xảy ra nhanh, thường xảy ra sau khi dùng thuốc, hoặc sau nhiễm virus cúm

- Loại bỏ ngay thuốc hoặc tác nhân gây tan máu.
- Truyền máu cấp cứu khi thiếu máu nặng. Trường hợp tan máu nặng, kéo dài do nồng độ thuốc trong máu nhiều, thiếu enzym nặng nề có thể phải chỉ định truyền thay máu.

5. Thái độ cần học: Thiếu máu huyết tán là một hội chứng gặp trong nhiều bệnh

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng nhi khoa 2000, tập 2, tr 103 - 107.
2. Nelson textbook 2000, tập 2, tr 1472 -1493.

HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Y4 đa khoa
2. Thời gian giảng: 9 tiết
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Người biên soạn: TS Bùi Văn Viên

II. Mục tiêu:

1. Sinh viên có thể tiếp xúc được với bệnh nhi và gia đình để khai thác bệnh sử và tiền sử bệnh nhân xuất huyết.
2. Sinh viên khám thành thạo một bệnh nhân xuất huyết
 - Phân biệt được xuất huyết với phát ban và tử ban.
 - Phân biệt được đặc điểm xuất huyết của 3 nhóm nguyên nhân xuất huyết chính
 - Phát hiện được đầy đủ các vị trí xuất huyết trên lâm sàng
 - Nhận định đúng mức độ xuất huyết
 - Phát hiện được các dấu hiệu đi kèm với xuất huyết.
3. Đề xuất được các xét nghiệm định hướng nhóm nguyên nhân và xác định nguyên nhân.
4. Chẩn đoán đúng được 3 bệnh xuất huyết chính: Shoenlein-Henoch, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch và Hemophilia
5. Xử trí ban đầu bệnh nhân xuất huyết đúng
6. Tư vấn cho bà mẹ có con có cơ địa xuất huyết cách phát hiện biến chứng và tái khám.

III. Nội dung:

1. Thực hành các kỹ năng đối với bệnh Shoenlein-Henoch:

1.1. Kỹ năng giao tiếp:

- Chơi và hỏi han trẻ và gia đình trước khi hỏi bệnh.
- Khai thác hoàn cảnh xảy ra xuất huyết: trong xuất huyết do bệnh Shoenlein-Henoch xuất huyết thường xảy ra tự nhiên
- Hỏi kỹ tiền sử ăn uống, dùng thuốc hay nhiễm khuẩn trước đó.
- Hỏi diễn biến của bệnh

1.2. Kỹ năng khám bệnh nhân Shoenlein-Henoch:

+ Nhận định được hình thái xuất huyết đặc thù trong bệnh Shoenlein-Henoch đó là xuất huyết dạng sần, xuất huyết dạng chấm, đối xứng ở chi thành từng đợt. Vị trí xuất huyết hay gặp theo thứ tự thường gặp là chi dưới rồi đến chi trên, ít gặp ở thân mình, mặt và tai.

+ Phát hiện được các triệu chứng kèm theo xuất huyết:

Rối loạn tiêu hoá (như đau bụng, nôn, có thể nôn máu hay ỉa phân đen),
Sưng đau cơ khớp thành từng đợt
Biểu hiện viêm thận các mức độ khác nhau.

+ Nhận định được mức độ xuất huyết trong bệnh Shoenlein-Henoch: nếu có xuất huyết tiêu hoá hay thấy thiếu máu nặng đây là có xuất huyết nhiều.

1.3. Kỹ năng ra chỉ định xét nghiệm:

- Xét nghiệm chẩn đoán xác định
- Xét nghiệm chẩn đoán phân biệt bệnh Shoenlein-Henoch với xuất huyết giảm tiểu cầu và xuất huyết do rối loạn các yếu tố đông máu huyết tương: Máu chảy, máu đông, số lượng tiểu cầu, APTT, PT, Fibrinogen.

1.4. Kỹ năng chẩn đoán:

- + Chẩn đoán xác định: dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán
 - Ban xuất huyết, từng đợt, đối xứng ở chi

- Kèm theo xuất huyết có thể có biểu hiện tiêu hoá, khớp, thận
 - Các xét nghiệm đông cầm máu bình thường
- + Phân biệt:
- Xuất huyết do giảm tiểu cầu: có thời gian chảy máu tăng, tiểu cầu giảm.
 - Xuất huyết do rối loạn các yếu tố đông máu huyết tương: máu đông tăng, APTT, PT và Fibrinogen có thể thay đổi.

1.5. Kỹ năng xử trí cấp cứu bệnh Shoenlein-Henoch:

- + Trong bệnh Shoenlein-Henoch xuất huyết thường nhẹ trừ trường hợp có xuất huyết tiêu hoá. Trong tình huống này phải chú ý mức độ xuất huyết tiêu hoá để xử trí kịp thời.
- + Chú ý trong bệnh Shoenlein-Henoch bệnh nhân thường có đau bụng nhiều nên sinh viên cần phải hiểu là cần giảm đau thích đáng cho bệnh nhân.
- + Điều trị đặc hiệu bằng prednisolone, kháng histamin.

1.6. Hoàn chỉnh một bệnh án bệnh nhân Shoenlein-Henoch bằng tổng hợp các kỹ năng.

1.7. Kỹ năng tư vấn bà mẹ có con bị bệnh Shoenlein-Henoch.

- + Giải thích cho bà mẹ hiểu rằng bệnh Shoenlein-Henoch thường bị thành từng đợt.
- + Hướng dẫn bà mẹ cách khám định kỳ để theo dõi biến chứng thận, yếu tố quyết định tiên lượng của bệnh nhi.

2. Hướng dẫn thực hành các kỹ năng đối với Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP).

2.1. Kỹ năng giao tiếp

- + Chơi với trẻ, hỏi han trẻ và gia đình trước khi hỏi bệnh
- + Khai thác hoàn cảnh xảy ra xuất huyết: trong xuất huyết do giảm tiểu cầu miễn dịch thường xảy ra tự nhiên
- + Khai thác tiền sử nhiễm virus: khoảng 60% trường hợp có nhiễm khuẩn 1-2 tuần trước đó.
- + Khai thác diễn biến bệnh.

2.2. Kỹ năng khám bệnh:

- + Nhận định được hình thái xuất huyết đặc thù trong bệnh (ITP) là kiểu xuất huyết đa hình thái, đặc trưng của kiểu giảm tiểu cầu.
- + Phát hiện được tất cả các vị trí xuất huyết:
 - Dưới da: Xuất huyết da hình thái,
 - Tụ máu cơ, khớp,
 - Niêm mạc: khám xem có chảy máu mũi, chảy máu niêm mạc miệng, nôn máu, ỉa phân đen và đái máu,
 - Nội tạng: Chảy máu phổi qua các dấu hiệu khó thở, ho ra máu, trào máu qua nội khí quản. Chảy máu não màng não qua liệt khu trú, HC màng não.
- + Phát hiện được các triệu chứng kèm theo:
 - Xuất huyết là triệu chứng nổi bật và chủ yếu
 - Thiếu máu, thậm chí giảm khối lượng tuần hoàn nếu xuất huyết nặng.
- + Nhận định được mức độ xuất huyết trong bệnh (ITP):
 - Mức độ thiếu máu thường tương xứng với mức độ xuất huyết.
 - Nếu chỉ có xuất huyết dưới da thường chỉ ở mức độ nhẹ.
 - Nếu có xuất huyết niêm mạc nhất là có xuất huyết tiêu hoá hay có chảy máu nội tạng là những bệnh nhân có thể có xuất huyết nặng
 - Biểu hiện xuất huyết nặng: thiếu máu hay giảm khối lượng tuần hoàn.

2.3. Kỹ năng chỉ định các xét nghiệm:

- + Để chẩn đoán xác định cần các xét nghiệm: thời gian chảy máu, số lượng tiểu cầu, mẫu tiểu cầu (nếu có điều kiện).
- + Để chẩn đoán phân biệt với bệnh Shoenlein-Henoch và các rối loạn các yếu tố đông máu huyết tương: chỉ cần các xét nghiệm đơn giản là thời gian chảy máu, thời

gian đông máu, số lượng và độ tập trung tiểu cầu. Nếu có điều kiện thêm APTT, PT, Fibrinogen

+ Để chẩn đoán phân biệt với giảm tiểu cầu nguyên nhân tại tuỷ cần dựa vào phân tích kỹ công thức máu ngoại vi và mẫu tiểu cầu trong tuỷ xương có giá trị quyết định.

2.4. Kỹ năng chẩn đoán:

+ Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Xuất huyết đa hình thái, có thể ở da, niêm mạc và nội tạng.
- Xuất huyết là triệu chứng chủ yếu, nếu có thiếu máu thì mức độ thiếu máu tương ứng với mức độ xuất huyết.
- Thời gian chảy máu tăng, tiểu cầu giảm, độ tập trung tiểu cầu giảm, công thức bạch cầu bình thường, mẫu tiểu cầu không giảm.

+ Chẩn đoán phân biệt

- Shoenlein-Henoch: các xét nghiệm đông cầm máu hoàn toàn bình thường.
- Rối loạn các yếu tố đông máu huyết tương thường có thời gian đông máu tăng. Lưu ý xét nghiệm này không nhạy nên tốt nhất là dựa vào các xét nghiệm APTT, PT, Fibrinogen
- Giảm tiểu cầu do tuỷ xương: bao giờ mẫu tiểu cầu cũng giảm.

2.5. Kỹ năng ra quyết định để xử trí (ITP):

+ Những bệnh nhi (ITP) được đánh giá là xuất huyết nặng cần được truyền máu kịp thời để nâng nồng độ Hb lên mức yêu cầu và đảm bảo khối lượng tuần hoàn.

+ Chú ý cầm máu tại chỗ cho bệnh nhi.

+ Nếu tiểu cầu quá thấp truyền khối tiểu cầu.

+ Điều trị đặc hiệu bằng prednisolone khi tiểu cầu <20.000

2.6. Kỹ năng hoàn thành một bệnh án.

2.7. Kỹ năng tư vấn bà mẹ có con bị (ITP).

+ Giải thích cho bà mẹ hiểu đa số bệnh nhi (ITP) sẽ khỏi trong thời gian 6 tháng nhưng con họ có thể bị xuất huyết nặng đe dọa tính mạng nên cần hướng dẫn họ cách theo dõi, tái khám.

3. Hướng dẫn thực hành các kỹ năng đối với bệnh Hemophilia

3.1. Kỹ năng giao tiếp

+ Chơi với trẻ, hỏi han trẻ và gia đình trước khi hỏi bệnh

+ Khai thác hoàn cảnh xảy ra xuất huyết: bệnh nhân Hemophilia thường có nhiều đợt xuất huyết xảy ra sau chấn thương hay va chạm.

+ Có thể họ ngoại có người có tiền sử chảy máu khó cầm

+ Hỏi diễn biến bệnh.

3.2. Kỹ năng khám bệnh:

+ Nhận định được hình thái xuất huyết đặc thù trong bệnh Hemophilia là hình thái những mảng bầm máu dưới da, tụ máu ở cơ, chảy máu khớp sau chấn thương hay va chạm.

+ Do chảy máu khớp nhiều đợt nên trẻ có thể teo cơ, cứng khớp.

+ Ngoài các vị trí xuất huyết đặc thù trên bệnh nhi có thể đái máu, xuất huyết não-màng não nên sinh viên cần khám kỹ tránh bỏ sót.

+ Phát hiện được các triệu chứng kèm theo xuất huyết: có thể có thiếu máu đi kèm. Mức độ thiếu máu thường tương xứng với mức độ xuất huyết.

+ Nhận định được mức độ xuất huyết trong bệnh Hemophilia: nếu có xuất huyết niêm mạc nhất là có xuất huyết tiêu hoá hay có chảy máu não hoặc bệnh nhân có thiếu máu nặng đây là có xuất huyết nhiều.

3.3. Kỹ năng chỉ định xét nghiệm:

- + Để chẩn đoán xác định: cần các xét nghiệm thời gian đông máu, APTT để sàng lọc rối loạn sinh thromboplastin theo con đường nội sinh và định lượng các yếu tố VIII, IX để khẳng định các mức độ thiếu hụt.
- + Để chẩn đoán phân biệt với bệnh Shoenlein-Henoch và ITP chỉ cần dựa vào các xét nghiệm đơn giản là thời gian chảy máu, số lượng và độ tập trung tiểu cầu.
- + Để phân biệt với các rối loạn các yếu tố đông máu huyết tương khác cần làm thêm PT và fibrinogen.

3.4. Kỹ năng chẩn đoán:

- + Chẩn đoán xác định dựa vào:
 - Hình thái xuất huyết đặc thù trên lâm sàng,
 - Các xét nghiệm chứng tỏ rối loạn sinh thromboplastin như APTT kéo dài và định lượng yếu tố VIII, IX thấy có thiếu hụt.
- + Chẩn đoán phân biệt với ITP và Shoenlein-Henoch

3.5. Kỹ năng xử trí Hemophilia:

+ Trong Hemophilia quan trọng là điều trị thay thế các thiếu hụt yếu tố VIII hay IX bằng các chế phẩm huyết tương có yếu tố VIII hay IX.

+ Chú ý cầm máu tại chỗ cho bệnh nhi.

3.6. Hoàn chỉnh một bệnh án Hemophilia nhờ tổng hợp các kỹ năng.

3.7. Kỹ năng tư vấn bà mẹ có con bị Hemophilia:

- + Tránh các môi trường học tập, lao động, giải trí dễ gây chấn thương.
- + Tránh dùng các thuốc gây giảm chức năng tiểu cầu cho bệnh nhân.
- + Cho bệnh nhi truyền các chế phẩm có yếu tố VIII, IX định kỳ.

4. Thái độ cần học trong bài:

Cần nhận định chính xác mức độ xuất huyết để xử trí kịp thời.

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng nhi khoa. Bộ môn Nhi. Nhà xuất bản y học 2003.
2. Hoá nghiệm sử dụng trong lâm sàng: Chương các xét nghiệm thăm dò đông cầm máu. Phạm Tử Dương. Nhà xuất bản y học.
3. Tiếp cận chẩn đoán nhi khoa. Nguyễn Công Khanh. Nhà xuất bản y học 2001.
4. Huyết học lâm sàng nhi khoa. Nguyễn Công Khanh. Nhà xuất bản y học, 2004.

BẠCH CẦU CẤP TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Đối tượng sinh viên: Y6 đa khoa.
2. Địa điểm giảng: Bệnh viện.
3. Thời gian: 6 tiết
4. Người biên soạn: TS Bùi Văn Viên

II. Mục tiêu: Sau khi học xong sinh viên có khả năng:

1. Giao tiếp được với bệnh nhi và gia đình bệnh nhi để khai thác được tiền sử, bệnh sử và các yếu tố liên quan đến bệnh BCC.
2. Phát hiện được đầy đủ và chính xác các triệu chứng của BCC
3. Chỉ định đúng và phân tích được các XN chẩn đoán BCC
4. Chẩn đoán đúng bệnh nhân BCC trẻ em
5. Làm được một bệnh án bệnh BCC hoàn chỉnh

III. Nội dung: Hướng dẫn thực hành các kỹ năng

1. Kỹ năng giao tiếp:

- Chơi với trẻ, hỏi han trẻ và gia đình bệnh nhi trước khi hỏi bệnh.
- Khai thác được lý do đưa trẻ đến bệnh viện
- Khai thác được cách xuất hiện và diễn biến các triệu chứng bệnh nhi BCC trước khi đến viện
- Khai thác tiền sử dùng thuốc, tiếp xúc với hoá chất, tia xạ.
- Khai thác tiền sử bệnh tật của trẻ đặc biệt chú trọng các bệnh cơ rối loạn NST (như Down, Fanconi) và các bệnh suy giảm miễn dịch.

2. Kỹ năng khám bệnh:

2.1. Phát hiện triệu chứng thiếu máu:

- Xem da có xanh không? Lòng bàn tay có nhợt không?
- Niêm mạc có nhợt không?
- Khẳng định chắc chắn thiếu máu khi nồng độ Hb giảm dưới 110g/l.

2.2. Xác định mức độ thiếu máu để có thái độ xử trí thích hợp:

- Thiếu máu nhẹ khi nồng độ Hb từ 90-110 g/l.
- Thiếu máu vừa khi nồng độ Hb từ 60-90 g/l.
- Thiếu máu nặng khi nồng độ Hb dưới 60 g/l.

2.3. Phát hiện triệu chứng xuất huyết:

- o Nhận định hình thái xuất huyết là kiểu giảm tiểu cầu
- o Vị trí có thể ở cả dưới da,
- o Niêm mạc: chảy máu mũi, chân răng,
- o Tiêu hoá: nôn máu, ỉa phân đen,
- o Tiết niệu-sinh dục: Đái máu, đa kinh rong kinh.
- o Nội tạng: Chảy máu phổi (khó thở, ho máu, phổi nhiều ran, trào máu qua nội khí quản) và chảy máu não (hội chứng màng não, có thể có liệt khứu giác, liệt chi).
- o Nhận định mức độ xuất huyết so với mức độ thiếu máu: trong BCC mức độ thiếu máu thường nặng hơn mức độ xuất huyết.

2.4. Phát hiện các triệu chứng khác

- + Phát hiện sốt và các ổ nhiễm khuẩn.
- + Phát hiện gan to, lách to, hạch to.
- + Phát hiện đau xương, khớp.
- + Phát hiện các biểu hiện thâm nhiễm khác: thâm nhiễm màng não, tinh hoàn.

2.5. Kỹ năng chỉ định và phân tích các XN:

2.5.1. Huyết đồ:

Các dấu hiệu gợi ý BCC là:

- Hb giảm, tỷ lệ HCL giảm
- Số lượng BC thường tăng, tỷ lệ BC đa nhân trung tính luôn giảm, có thể thấy bạch cầu non ra máu ngoại vi.
- Số lượng và độ tập trung tiểu cầu giảm.

2.5.2. Tuỷ đồ: là xét nghiệm quyết định chẩn đoán bạch cầu cấp.

- Số lượng tế bào tuỷ tăng.
- Tăng sinh tế bào blast > 25% là dấu hiệu quyết định chẩn đoán.
- Chèn ép các dòng tế bào bình thường trong tuỷ thể hiện tỷ lệ dòng HC giảm, dòng BC hạt tuỷ giảm và không thấy mẫu tiểu cầu trên tiêu bản tuỷ.

3. Kỹ năng chẩn đoán BCC:

- Chẩn đoán xác định dựa vào:
- Lâm sàng có hai hội chứng thiếu hụt tế bào máu và thâm nhiễm
- Huyết đồ: có các dấu hiệu gợi ý như trên

- Dựa vào tuỷ đỏ: chẩn đoán BCC khi tỷ lệ Blast trong tuỷ > 25%. Đây là tiêu chuẩn quyết định. Ngoài ra thấy tuỷ tăng sinh và các dòng tuỷ bình thường bị chèn ép.

* Chẩn đoán phân biệt:

- Suy tuỷ: trong trường hợp không có gan, lách, hạch to và bạch cầu giảm cần phân biệt với suy tuỷ. Phân biệt được nhờ tuỷ đỏ có nhiều bạch cầu non.
- Neuroblastoma: tuỷ đỏ các tế bào Neuroblastoma tập trung thành hình Rosset, VMA trong nước tiểu tăng.
- Histiocytose X: tuỷ tăng sinh tế bào võng và huyết tổ chức bào.

4. Hoàn chỉnh một bệnh án bệnh nhân BCC.

5. Kỹ năng tư vấn:

- Giải thích cho gia đình bệnh nhi hiểu và hợp tác vì bệnh nhi phải điều trị kéo dài từ 3-4 năm.
- Hướng dẫn gia đình cách cho bệnh nhi uống thuốc, theo dõi và phát hiện biến chứng, tái khám theo hẹn.

6. Thái độ cần học trong bài:

- Vì bệnh mắc bệnh ung thư nên thái độ của thầy thuốc phải hết sức thông cảm, nhẹ nhàng.
- Khi điều trị có thể có nhiều biến chứng cần giải thích kỹ cho gia đình bệnh nhi.

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng nhi khoa. Bộ môn Nhi. Nhà xuất bản y học 2003.
2. Tiếp cận chẩn đoán nhi khoa. Nguyễn Công Khanh. Nhà xuất bản y học 2001.
3. Huyết học lâm sàng nhi khoa. Nguyễn Công Khanh. Nhà xuất bản y học, 2004.

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA THẦN KINH

ĐẶC ĐIỂM HỆ THẦN KINH TRẺ EM

I. Hành chính

1. Đối tượng: Sinh viên Y₄ và Y₆
2. Thời gian: 3 tiết
3. Địa điểm: Bệnh viện
4. Người biên soạn: TS Nguyễn Văn Thắng

II. Mục tiêu thực hành

1. Khám xác định được sự bình thường của hệ thần kinh theo tuổi
 - Não bộ
 - Tiểu não
 - Tuỷ sống
2. Vận dụng các đặc điểm được thường bình thường của các bộ phận để phát hiện các dấu hiệu bệnh lý của hệ thần kinh
 - Bệnh thuộc não bộ
 - Bệnh của tiểu não
 - Bệnh của tuỷ sống

III. Nội dung

Hiểu được các đặc điểm bình thường của các bộ phận để phát hiện các dấu hiệu bệnh lý thần kinh trẻ em có đặc thù theo nhóm tuổi, có thể giải thích được các hiện tượng sinh lý và bệnh lý biểu hiện của quá trình phát triển và kiện toàn của hệ thần kinh. Học viên có thái độ đúng về chẩn đoán và điều trị.

1. Kỹ năng khai thác tiền sử:

- Khai thác các mốc phát triển về vận động và tinh thần bình thường và bệnh lý
- Các ảnh hưởng sản khoa đến bệnh lý thần kinh
- Các bệnh lý thần kinh đã mắc dẫn đến di chứng hiện tại
- Các bệnh lý có tính chất gia đình liên quan như bệnh di truyền hoặc chuyển hoá
- Chú ý các tiền sử ảnh hưởng đến bệnh lý thần kinh: Sản khoa, dinh dưỡng, bệnh tật, gia đình
- Phân tích, đánh giá các mốc về phát triển tinh thần và vận động theo nhóm tuổi ý nghĩa sinh lý bình thường và bệnh lý.

2. Kỹ năng khai thác bệnh sử

- Xác định bệnh có tính chất cấp tính hay kéo dài
- Các triệu chứng thần kinh được phát hiện từ người mẹ - cách đặt câu hỏi mở, câu hỏi kín đặc biệt trong bệnh động kinh hoặc co giật triệu chứng.
- Các triệu chứng của các bộ phận liên quan
- ảnh hưởng của điều trị trước đó đến bệnh cảnh hiện tại

3. Kỹ năng khám bệnh

- Đánh giá tình trạng ý thức. Đánh giá tình trạng ý thức (tri giác) ở trẻ nhỏ, trẻ lớn có phương pháp khác nhau
- Hội chứng màng não: Có đặc thù theo nhóm tuổi trẻ nhỏ, trẻ lớn
- Khám dây thần kinh sọ não phát hiện tổn thương các dây thần kinh sọ: III, IV, VI, VII, IX, XII
- Các rối loạn vận động như: Co giật, múa giật, múa vờn. Cách phát hiện các rối loạn vận động ở trẻ nhỏ, ở trẻ lớn (ý nghĩa của một số dấu hiệu bệnh lý có đặc thù theo nhóm tuổi đó quá trình myelin hoá còn khác nhau theo nhóm tuổi)
- Rối loạn cảm giác, giác quan
- Rối loạn chức năng tiểu não
- Các rối loạn về dinh dưỡng cơ tròn
- Chức năng bảo vệ của hộp sọ và cột sống
- Biết chọc dò ống sống thắt lưng và phân tích dịch não tủy
- Phân tích được phim sọ thường và phim chụp cắt lớp vi tính sọ não
- Các mốc đo vòng đầu, thóp trẻ em

4. Kỹ năng tổng hợp các triệu chứng thần kinh

- Chẩn đoán:
 - Chẩn đoán sơ bộ
 - Chẩn đoán phân biệt
 - Chẩn đoán xác định. (Tuỳ trường hợp cụ thể: Nêu 1 số xét nghiệm cần thiết đánh giá chức năng thần kinh: Chọc dò dịch não tủy, điện não đồ, siêu âm não, chụp CT não...)
- Nguyên tắc xử trí một số tình huống cụ thể trên bệnh nhân
- Tư vấn về bệnh lý thần kinh:

5. Thái độ: Niềm nở, tự tin, thông cảm đối với bệnh nhân và gia đình

SỰ PHÁT TRIỂN TÂM THẦN - VẬN ĐỘNG TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Đối tượng: sinh viên Y4 đa khoa
2. Thời gian: 03 tiết
3. Địa điểm giảng: Phòng khám, phòng bệnh, nhà trẻ, mẫu giáo.
4. Tên người biên soạn: ThS Nguyễn Thị Thanh Mai

II. Mục tiêu học tập:

Khám đánh giá được sự phát triển tâm thần vận động của trẻ bình thường theo từng lứa tuổi.

III. Nội dung: Thực hành các kỹ năng:

1. Kỹ năng giao tiếp: *Các bước thực hành kỹ năng:*

- Giao tiếp với bố mẹ hoặc người nuôi dưỡng:
 - + Giải thích mục tiêu buổi khám để bố mẹ hoặc người nuôi dưỡng hiểu, hợp tác khách quan, chính xác.
 - + Không chê bai, phê bình, góp ý trong khi tiến hành khám đánh giá.
 - + Hỏi về ngày tháng năm sinh, tình trạng khi sinh của trẻ.
 - + Hỏi một số thông tin về những chỉ tiêu phát triển mà trẻ đã tự làm được ở nhà.
- Giao tiếp với trẻ:
 - + Làm quen với trẻ, giúp trẻ thích nghi dần, có thể cùng trẻ chơi đồ chơi lúc ban đầu.
 - + Yêu cầu trẻ thực hiện các hoạt động, trả lời các câu hỏi phục vụ cho việc khám đánh giá.

2. Kỹ năng thực hành đánh giá phát triển tâm thần- vận động trẻ em

Các bước tiến hành thực hành:

2.1. Bước 1: Xác định tuổi thực của trẻ

- Hỏi và ghi lại ngày tháng năm sinh của trẻ.
- Xác định tuổi thực của trẻ bằng cách lấy ngày tháng năm khám trừ đi ngày tháng năm sinh.
 - ≤ 2 tuổi: đơn vị tính tuổi là tháng
 - > 2 tuổi: đơn vị tính tuổi là năm
- Đối với trẻ đẻ non: + Trẻ ≤ 2 tuổi: trừ đi số tháng tuổi trẻ bị thiếu (bị sinh sớm) so với ngày dự kiến sinh
 - + Trẻ > 2 tuổi: tính như trẻ đẻ đủ tháng

2.2. Bước 2: Xác định các chỉ tiêu phát triển tâm thần- vận động bình thường tương ứng với tuổi của trẻ theo 4 khu vực phát triển (vận động thô sơ, vận động tinh tế - thích ứng, ngôn ngữ, cá nhân - xã hội).

Ví dụ: Trẻ 12 -18 tháng tuổi:

- + Vận động thô sơ: Đứng vững, bắt đầu đi được một mình.
- + Vận động tinh tế - thích ứng: Sử dụng các ngón tay dễ dàng, nhặt các vật nhỏ, có thể kẹp bằng 2 ngón tay.
- + Ngôn ngữ: Nói được 1 từ như bà, mẹ, ba...
- + Cá nhân- xã hội: Biểu lộ ý muốn, uống được bằng chén, tập sử dụng thìa khi ăn, bắt chước việc nhà đơn giản.

2.3. Bước 3: Chọn ra một số dụng cụ cần sử dụng để đánh giá các chỉ tiêu phát triển tương ứng với tuổi thực của trẻ tùy theo các khu vực phát triển.

Ví dụ: 1-3 tháng tuổi: chuông nhỏ, túm len màu đỏ

6-9 tháng tuổi: các khối gỗ màu

2.4. Bước 4: Đánh giá từng chỉ tiêu phát triển ở 4 khu vực tương ứng với lứa tuổi của trẻ.

- Quan sát hoạt động của trẻ, phản ứng giao tiếp của trẻ với môi trường xung quanh, với bố mẹ và với người đánh giá...
- Hỏi và giao tiếp với trẻ
- Sử dụng các dụng cụ khi cần thiết, người đánh giá thao tác với trẻ hoặc yêu cầu trẻ thực hiện tùy theo lứa tuổi.
- Hỏi bố mẹ hoặc người chăm sóc các thông tin cần thiết để xác định các chỉ tiêu phát triển trong mỗi khu vực mà trẻ tự làm được ở nhà.

*Lưu ý:

+ Nếu quan sát đã đánh giá được hoạt động nào thì không cần yêu cầu trẻ thực hiện lại hoạt động đó.

+ Nếu trẻ không làm được hoạt động tương ứng với lứa tuổi, tục cho trẻ làm các hoạt động lùi lại ở các mức tuổi thấp hơn cho đến khi trẻ làm được thì dừng lại.

2.5. Bước 5: Tổng hợp - kết luận

- Xác định xem trẻ có đạt được các chỉ tiêu phát triển tương ứng lứa tuổi của trẻ theo 4 khu vực không?
- Nếu chưa đạt, khu vực nào chưa đạt được?
- Mức tuổi nào tương ứng với sự phát triển của trẻ ở khu vực đó?

3. Thái độ thực hành:

+ Giao tiếp với bố mẹ hoặc người nuôi dưỡng: Tôn trọng, cởi mở,
Không chê bai, phê bình, góp ý trong khi tiến hành khám đánh giá.

+ Giao tiếp với trẻ: Trẻ nhỏ, người đánh giá là người lạ, tiếp xúc trẻ

lần đầu nên giao tiếp một cách từ từ, thái độ cởi mở, thân thiện. Người đánh giá có thể cùng trẻ chơi đồ chơi lúc ban đầu để tạo cảm giác gần gũi thân thiện với trẻ. Khen ngợi, khích lệ trẻ khi trẻ làm theo các yêu cầu.

+ Quan sát, đánh giá: tập trung, kiên trì, tỉ mỉ, chính xác, tiến hành theo đúng trình tự đã qui định

4. Kỹ năng đánh giá phát triển tâm thần vận động bằng test Denver đối với trẻ 0 - 6 tuổi (nếu có điều kiện)

4.1. Bước 1: Tính tuổi của trẻ

- Lấy ngày tháng năm làm test trừ đi ngày tháng năm sinh của trẻ.

- Trong trường hợp ngày tháng làm test nhỏ hơn ngày tháng sinh, đổi một năm ra 12 tháng, 1 tháng ra 30 ngày.

- Cho ví dụ.

4.2. Bước 2: Kẻ đường tuổi

Căn cứ vào tuổi tính được, ta kẻ một đường thẳng qua tất cả 4 khu vực tương ứng với tuổi của trẻ ở tháng tuổi đã in sẵn phía trên và phía dưới phiếu kiểm tra. Đường kẻ này cần phải chính xác vì việc giải thích kết quả của test phụ thuộc vào đường tuổi, do đó phải ghi rõ ngày tháng năm sinh của trẻ vào phiếu kiểm tra.

4.3. Bước 3: Tiến hành đánh giá các items.

- Đánh giá các items theo thứ tự đã in sẵn trong phiếu kiểm tra. Bắt đầu từ khu vực cá nhân xã hội đến vận động tinh tế - thích ứng, tiếp đến ngôn ngữ và sau cùng là vận động thô sơ.

- Mọi items có đường tuổi đi qua đều phải được đánh giá. Tiến hành đánh giá các items dưới độ tuổi của trẻ gồm các items nằm bên trái của đường tuổi, tiếp đến các items có đường tuổi đi qua, sau đó đến các items nằm bên phải đường tuổi. Việc đánh giá được tiến hành cho tới khi trong khu vực đang đánh giá đã có 3 items trẻ không làm được thì dừng lại.

- Mỗi items trẻ không làm được, có thể cho phép trẻ thử làm lại không quá 3 lần.

4.4. Bước 4: Cho điểm từng items

Ghi điểm cho từng items vào ngay ô của items, sử dụng các ký hiệu sau:

- Ghi chữ Đ nếu trẻ làm đúng
- Ghi chữ S nếu trẻ làm sai
- Ghi chữ K nếu trẻ không muốn làm.

4.5. Bước 5: Nhận định kết quả

1. Không bình thường:

- Ở hai khu vực trong đó mỗi khu vực có ít nhất 2 items trẻ không làm được hoặc làm sai ở bên trái đường tuổi.
- Ở một khu vực có ít nhất 2 items trẻ không làm được hoặc làm sai ở bên trái đường tuổi và ở một khu vực khác có 1 items trẻ không làm được hoặc làm sai ở bên trái đường tuổi.

2. Khả nghi:

* Ở một khu vực có ít nhất 2 items trẻ không làm được hoặc làm sai ở bên trái đường tuổi.

* Tại một hoặc nhiều khu vực mỗi nơi có một 1 items trẻ không làm được hoặc làm sai ở bên trái đường tuổi.

3. Bình thường:

* Việc thực hiện đánh giá test không có biểu hiện không bình thường hoặc khả nghi như đã mô tả ở trên.

* Trường hợp trẻ làm sai hoặc không làm được items nào có đường tuổi đi qua hoặc nằm bên phải đường tuổi không được nhận định là chậm phát triển.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Nhi - Trường đại học Y Hà Nội - Bài giảng Nhi khoa tập I, trang 26 - 39. Nhà xuất bản Y học. 2000.
2. Nguyễn Khắc Viện. Môi trường và con người. Bài giảng tâm lý học tập II. Nhà xuất bản phụ nữ. 1992.

BỆNH CHẢY MÁU TRONG SỌ Ở TRẺ EM

I. Hành chính

1. Đối tượng: Sinh viên Y₄ và Y₆ đa khoa
2. Thời gian: 6 tiết
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện
4. Người biên soạn: TS. Nguyễn Văn Thắng

II. Mục tiêu học tập

- Khai thác được bệnh sử từ người mẹ
- Đánh giá được hội chứng màng não, não và các rối loạn bệnh lý khác về toàn thân và hệ cơ quan

- Yêu cầu xét nghiệm cần thiết và phân tích được kết quả xét nghiệm: Huyết học, sinh hoá, siêu âm não hoặc chụp cắt lớp vi tính

- Chẩn đoán dương tính, chẩn đoán phân biệt, nhận biết được di chứng sớm

- Ra được y lệnh điều trị và biết được phương pháp giáo dục phòng bệnh cho người mẹ và phòng bệnh cho trẻ sơ sinh

III. Nội dung

1. Kỹ năng cần nắm được đối với sinh viên khi thực hành bài này

- Kỹ năng giao tiếp

- Kỹ năng thăm khám

- Kỹ năng chọc dò tuỷ sống: chỉ định, chống chỉ định

- Kỹ năng tư duy ra quyết định

2. Thái độ: Bệnh chảy máu trong sọ ở trẻ em là bệnh nặng bệnh nhi nếu qua khỏi thường có di chứng thần kinh, tinh thần. Vì vậy sinh viên phải biểu hiện thái độ ân cần, thân ái, thông cảm, động viên gia đình thực hiện tốt chế độ điều trị, chăm sóc, thực hiện khám lại theo hẹn để phát hiện và điều trị di chứng của bệnh

3. Thực hành các kỹ năng

3.1. Kỹ năng giao tiếp: không khai thác bệnh sử, tiền sử

- Đánh giá mốc thời gian mắc bệnh

- Khai thác triệu chứng khóc thét cơn, khóc rên bỏ bú, nôn

- Khai thác triệu chứng li bì, co giật (kiên cơn, thời gian cơn, số cơn ở nhà)

- Khai thác triệu chứng biểu hiện thiếu máu: Màu sắc da, (phân biệt màu sắc da thiếu máu và vàng da)

- Tìm nguyên nhân gây thiếu máu để khu trú chân máu trong nội sọ biểu hiện bằng triệu chứng thần kinh

- Điều trị ở tuyến cơ sở chú ý một số thuốc sẽ ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm ở tuyến sau

- Bệnh chảy máu do thiếu vitamin K nếu được tiêm vitamin K hoặc truyền máu ở tuyến dưới kết quả có thể bình thường, máu đọng và số lượng huyết sắc tố

- Lý do chuyển viện vì co giật, vì thiếu phương tiện điều trị ở tuyến cơ sở...

* Khai thác tiền sử

- Chú trọng tiền sử sản khoa: Có thể là nguyên nhân gây co giật, chậm vận động, tinh thần

- Chú trọng chế độ ăn: Bú sữa mẹ hoàn toàn hay hỗn hợp

- Tiền sử bệnh tật: Chú ý một số bệnh vàng da tắc mật viêm gan, tiêu chảy, bệnh nặng dùng kháng sinh

- Tiền sử gia đình chú ý mẹ bị bệnh dùng thuốc kháng động kinh, kháng lao, chế độ ăn của mẹ...

3.2. Kỹ năng thăm khám

- Đánh giá tình trạng ý thức: Vận dụng thang điểm Glasgow sửa đổi, hoặc theo kinh điển (hành vi, thị giác)

- Đánh giá dấu hiệu thóp phồng
- Đánh giá cơn co giật và phân loại
- Tìm các dấu hiệu thần kinh khu trú (bài khám thần kinh cơ bản)
- Tìm dấu hiệu thiếu máu
- Đánh giá các triệu chứng của hệ cơ quan khác do ảnh hưởng của bệnh: Hô hấp, tuần hoàn...

3.3. Kỹ năng tư duy, ra quyết định

- Tư duy và quyết định lâm sàng (chẩn đoán sơ bộ)
 - + Biết cách tập hợp triệu chứng cính qua khai thác và thăm khám bệnh
 - + Chẩn đoán sơ bộ và biết phân tích thứ tự ưu tiên chẩn đoán
- Tư duy và quyết định xét nghiệm, biết phân tích
 - + Công thức máu, MĐ, MC, tỷ lệ Prothrombin
 - + Siêu âm não hoặc chụp cắt lớp vi tính sọ não
 - + Chọc dò tuỷ sống (khí não và kỹ thuật... có bài riêng)
- Tư duy và phân tích chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và xét nghiệm
- Thái độ xử trí, điều trị các tình huống theo phác đồ điều trị
- Kỹ năng truyền thống, giáo dục sức khoẻ cho bà mẹ và cho trẻ sau khi ra viện ý phòng bệnh thiếu vitamin K

• **Chú ý khi khám lâm sàng bệnh chảy máu trong sọ ở trẻ lớn:** Các kỹ năng lâm sàng yêu cầu và phương pháp thực hành không khác ở trẻ nhỏ nhưng cần làm rõ sự khác biệt về:

- Nguyên nhân gây bệnh: Phần lớn do dị dạng mạch máu não bẩm sinh
- Biểu hiện triệu chứng lâm sàng không khác với biểu hiện triệu chứng ở người lớn
- Chẩn đoán xét nghiệm: Cần có CT não, chụp động mạch não hoặc MIR mạch não
- Phương pháp xử trí, di chứng sau ra viện cũng có một số đặc điểm riêng so bệnh ở trẻ nhỏ

4. Mức độ kỹ năng thực hành theo mục tiêu của bài thực hành: mức 2

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA NỘI TIẾT

BƯỚU CỔ ĐƠN THUẦN Ở TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Đối tượng học tập: Sinh viên Y6 Đa khoa.
2. Thời gian: 6 tiết.
3. Địa điểm: Thực hành tại bệnh viện, phòng khám bệnh.
4. Người biên soạn: TS Nguyễn Phú Đạt

II. Mục tiêu học tập:

1. Khai thác được tiền sử và bệnh sử để tìm được các nguyên nhân gây bướu cổ đơn thuần (BCĐT)
2. Khám và xác định mức độ to và tính chất của bướu cổ.
3. Chỉ định và phân tích được các xét nghiệm cơ bản cần thiết để chẩn đoán BCĐT.
4. Chẩn đoán được BCĐT.
5. Làm được 1 bệnh án đầy đủ của bệnh nhân bị BCĐT.
6. Điều trị được cho 1 bệnh nhân bị BCĐT.
7. Tư vấn cho bà mẹ cách cho trẻ uống thuốc, theo dõi các tai biến khi dùng thuốc và cách phòng bệnh cho trẻ.
8. Thái độ:
 - Xác định đây là bệnh có thể điều trị khỏi.
 - Bệnh có thể phòng tránh được.

III. Nội dung:

1. Khai thác được tiền sử và bệnh sử trẻ bị BCĐT như tiền sử sử dụng (nước mưa, nước sông suối...), tiền sử dinh dưỡng, tiền sử bệnh tật (các bệnh rối loạn tiêu hoá kéo dài, bệnh tật mạn tính)...

1.1. Kỹ năng giao tiếp:

Sinh viên cần có kỹ năng giao tiếp với trẻ và gia đình trẻ để khai thác được tiền sử và bệnh sử của trẻ bị BCĐT.

1.2. Cần khai thác kỹ tiền sử và bệnh sử:

- Sử dụng nước ăn.
- Sử dụng thuốc và hoá chất.
- Tiền sử mắc các bệnh mạn tính.

Sinh viên cần hỏi kỹ bệnh sử của trẻ:

- Bướu cổ từ bao giờ.
- Có kèm theo triệu chứng gì không: mệt mỏi, sút cân, đánh trống ngực, lồi mắt...

2. Kỹ năng thăm khám:

- Cần khám kỹ bướu cổ để xác định được:
 - + Độ to
 - + Tính chất
 - + Đo kích thước của bướu (vòng cổ qua chỗ to nhất của bướu và vòng cổ qua cực trên của bướu).
- Khám để tìm các triệu chứng kèm theo.
 - + Mạch
 - + Run tay
 - + Lồi mắt
 - + Sút cân và các triệu chứng khác.

3. Đề xuất và phân tích các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán BCĐT.

Sinh viên cần biết BCĐT là tình trạng bệnh lý chỉ có biểu hiện bướu cổ mà các chức năng tuyến giáp vẫn bình thường. Từ đó có thể phân tích và nhận định các kết quả xét nghiệm:

- TSH: bình thường (1-6 μ UI/ml)
- T_3 , T_4 : bình thường ($T = 1-3$ nmol/L, $T_4 = 50 - 150$ nmol/L)
- Siêu âm: thấy kích thước tuyến giáp to hơn bình thường.
- Độ tập trung iốt 131 thấy hiện tượng hao iốt.
- Tuổi xương phù hợp với tuổi.
- Iốt niệu thấp (dưới 10 μ g/100ml).

4. Chẩn đoán được một trẻ bị BCĐT:

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng: có bướu cổ mà các xét nghiệm chức năng tuyến giáp bình thường.

5. Áp dụng phác đồ điều trị:

Bướu cổ nhỏ (độ I) chỉ ăn chế độ ăn giàu iốt và bổ sung iốt bằng muối trộn iốt.

- Bướu cổ độ II, dùng hormon tuyến giáp để điều trị.

Levothyroxin viên 100 μ g. Liều lượng:

Trẻ dưới 10 tuổi dùng: 50 μ g (nửa viên/ngày).

Trẻ từ 10-15 tuổi dùng: 100 μ g (1 viên/ngày).

Uống 1 lần vào buổi sáng.

Thời gian dùng tối thiểu là 6 tháng, tối đa không quá 2 năm.

Các biến chứng do dùng thuốc quá liều có thể gây cường giáp trạng:

- + Sút cân, mất ngủ, ra mồ hôi nhiều, tiêu chảy.

- + Mạch nhanh, đánh trống ngực.
- + Run tay.
- Điều trị các bệnh mãn tính kèm theo.
- Hẹn khám lại sau 3 tháng dùng thuốc.

6. Hướng dẫn bà mẹ cách phòng bệnh BCĐT:

- Ăn muối có trộn iốt.
- Ăn thức ăn giàu chất iốt (các thức ăn có nguồn gốc từ biển như cá, tôm, nước mắm...)
- Không nên dùng nước mưa, nước sông suối để ăn.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Nội tiết (1995): Chuyên đề bướu cổ.
2. Lê Huy Liệu (1991) Bướu cổ đơn thuần - Bách khoa thư bệnh học, (tập 1), tr: 90-97.
3. Pierre C. Sirozenko (1996), Goitre Simple, pediatrie, pp: 987-991.
4. Cao Quốc Việt, Nguyễn Phú Đạt, Bướu cổ đơn thuần trẻ em, Bài giảng nhi khoa, (tập 2), tr: 204-209.

SUY GIÁP TRẠNG BẨM SINH

I. Hành chính:

1. Đối tượng học tập: Sinh viên Y6 Đa khoa.
2. Thời gian: 6 tiết.
3. Địa điểm: Thực hành tại bệnh viện, phòng khám bệnh.
4. Người biên soạn: TS Nguyễn Phú Đạt.

II. Mục tiêu học tập:

1. Khai thác được tiền sử và bệnh sử giúp chẩn đoán sớm Suy giáp trạng bẩm sinh (SGTBS)
2. Phân tích được đặc điểm chậm phát triển thể chất và tâm vận động của trẻ bị SGTBS.
3. Xác định được dấu hiệu phù niêm và mô tả được bộ mặt điển hình của SGTBS.
4. Chỉ định và phân tích được các xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán SGTBS.
5. Chẩn đoán được 1 bệnh nhân bị SGTBS.
6. Làm được 1 bệnh án đầy đủ một trẻ bị SGTBS.
7. Tư vấn cho gia đình theo dõi, điều trị và khám định kỳ cho 1 trẻ bị SGTBS.
8. Thái độ:

- Xác định đây là bệnh có thể điều trị có hiệu quả nếu được chẩn đoán sớm ngay từ thời kỳ sơ sinh.
- Chẩn đoán sớm SGTBS bằng test sàng lọc.

III. Nội dung:

1. Khai thác được tiền sử và bệnh sử trẻ bị suy giáp trạng bẩm sinh (Kỹ năng giao tiếp)

Sinh viên cần có kỹ năng giao tiếp tốt với trẻ và gia đình trẻ để khai thác được tiền sử và bệnh sử.

Cần khai thác kỹ tiền sử và bệnh sử:

- Thai nghén: thai già tháng.
- Sản khoa: cân nặng khi sinh (>3500g).
- Tiền sử phát triển tâm vận động: chậm phát triển tâm vận động.
- Chậm phát triển thể chất: lùn, chậm lớn.
- Táo bón, bụng to.
- Da khô.
- Tóc khô.
- Vàng da sớm và kéo dài.

2. Kỹ năng thăm khám:

2.1. Đánh giá phát triển thể chất:

- Cân nặng
- Chiều cao
- Tỷ lệ các phần cơ thể.

2.2. Đánh giá phát triển tâm vận động:

- Lẫy
- Bò
- Đứng, đi
- Hóng chuyện
- Biết lạ quen
- Biết nói
- Biết hát
- Đi học.

2.3. Phát hiện dấu hiệu phù niêm , bộ mặt suy giáp

2.4. Các dấu hiệu khác:

- Táo bón, bụng to, rốn lồi
- Da khô, tóc khô

- Chân tay lạnh, nổi vân tím
- Bướu cổ

3. Đề xuất và phân tích kết quả các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán SGTBS:

Sinh viên cần biết rằng tiêu chuẩn cơ bản để xác định SGT đó là chức năng tuyến giáp giảm (T_3 , T_4 giảm). Từ đó có thể phân tích và nhận định các kết quả xét nghiệm:

- T_3 , T_4 giảm.
- TSH tăng cao (trong SGT tại tuyến giáp).
- Xét nghiệm để xác định vị trí và chức năng của tuyến giáp: xạ hình tuyến giáp (có thể không thấy có tuyến giáp hoặc tuyến giáp lạc chỗ).
- Chụp tuổi xương: tuổi xương chậm hơn tuổi thực (để theo dõi điều trị).
- Một số xét nghiệm khác để tìm các bệnh kèm theo:
 - Công thức máu (thiếu máu)
 - Chụp tim phổi (viêm phế quản, viêm phế quản phổi...)

4. Chẩn đoán SGTBS:

Lâm sàng: chậm phát triển tâm vận động, lùn không cân đối, phù niêm có bộ mặt suy giáp - xét nghiệm T_3 , T_4 giảm.

5. Áp dụng phác đồ điều trị:

- Xác định SGTBS điều trị rất hiệu quả (trẻ phát triển như bình thường) nếu được chẩn đoán từ thời kỳ sơ sinh và điều trị bằng hormon thay thế thường xuyên, liên tục, suốt đời.
- Hormon thay thế:

Levothyroxin liều tùy theo từng lứa tuổi (trung bình 5-8 μ g /kg/ngày).

Uống 1 lần vào buổi sáng.

- Điều trị các bệnh kèm theo nếu có.

- Hẹn khám lại:

Năm đầu 03 tháng/1 lần

Những năm sau 06 tháng/1lần.

Khi khám lại cần kiểm tra các dấu hiệu lâm sàng như: phát triển tâm vận động, phát triển thể chất, phát hiện các dấu hiệu quá liều thuốc, theo dõi các dấu hiệu của bệnh như: mạch, phù niêm, táo bón...

- Hướng dẫn bà mẹ và gia đình cách sử dụng thuốc và theo dõi:

+ Thuốc phải uống thường xuyên, liên tục, suốt đời mới có hiệu quả.

Không tự ý giảm liều hoặc tăng liều.

Nếu thấy trẻ: vật vã, kích thích, quấy khóc, ra mồ hôi, phân lỏng (do quá liều thuốc) hoặc trẻ vẫn chậm chạp, táo bón, phải cho đi khám lại để chỉnh liều thuốc cho thích hợp.

+ Định kỳ theo hẹn phải cho trẻ đi khám lại để chỉnh liều thuốc cho thích hợp.

Tài liệu tham khảo

1. Pierre C. Siorenko (1996), Hypothyroidie, Pediatrie, PP: 978-991.
2. Cao Quốc Việt (1994), Suy giáp trạng bẩm sinh ở trẻ, Bách khoa thư bệnh học, (tập 2), tr.373-379.
3. Cao Quốc Việt, Nguyễn Phú Đạt (2003), Suy giáp trạng bẩm sinh, Bài giảng nhi khoa bệnh học, (tập 2) , tr.373-379.
4. Wilkins (2000), Hypothyroidism, The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence, PP: 480-492.

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA THẬN

ĐẶC ĐIỂM HỆ TIẾT NIỆU TRẺ EM

I/ Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y 4 đa khoa.
2. Thời gian: 3 tiết.
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện (bệnh phòng, phòng khám).
4. Tên người biên soạn: ThS Lương Thị Thu Hiền.

II/ Mục tiêu học tập:

1. Đo được số lượng nước tiểu và nhận định được màu sắc nước tiểu ở trẻ em bình thường.
2. Khám được hệ thống bệnh thận - tiết niệu trên trẻ bình thường.

III/ Nội dung:

1. Khám toàn trạng:

- Tinh thần.
- Cân nặng, chiều cao.
- Nhiệt độ, mạch.
- Đo số lượng nước tiểu 24 giờ, xem màu sắc, độ đục của nước tiểu.

2. Khám phủ:

- Nhìn mắt, mi mắt.
- Tìm dấu hiệu ấn lõm: bờ dưới mắt cá trong, 1/3 dưới mắt trước - trong xương chày.
- Khám xem có tràn dịch đa màng: khám cổ chướng, hội chứng 3 giảm ở phổi (tràn dịch màng phổi), tràn dịch màng tim, tràn dịch màng tinh hoàn (ở trẻ trai).
- Mô tả tính chất của phủ: trắng, mềm, ấn lõm. Mức độ phù nhiều hay ít ?

3. Khám thiếu máu: Quan sát da (mức độ xanh), niêm mạc (nhợt), tương xứng giữa chúng.

4. Đo huyết áp và khám tim:

- Đo huyết áp đúng và so sánh với trị số bình thường đối với lứa tuổi (Theo TCYTTG).
- Khám tim, mạch.
 - + Nghe tiếng tim có nhỏ hay không? đếm nhịp tim nhanh hay chậm? có tiếng cọ màng ngoài tim?
 - + Gõ diện đục của tim xem tim có to hay không?

5. Khám thực thể hệ thống thận - tiết niệu:

5.1. Khám thận:

- Nhìn hố thất lưng, bụng: có sưng hay thấy khối gì nổi lên không?
- Sờ:
 - *Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân co nhẹ khoảng 150°, thầy thuốc ngồi bên trái hoặc phải tùy theo khám thận phải hay trái.*
 - + Trẻ nằm yên, thở đều.
 - + Các phương pháp sờ: dùng một hoặc hai tay ấn sâu ra phía sau hoặc tay trên bụng, tay dưới vùng hố thất lưng.
 - + Tìm dấu hiệu chạm thận (thất lưng): quan trọng để chẩn đoán thận to.
 - + Tìm dấu hiệu bập bênh thận: dùng hai tay, một tay trên bụng vùng mạng sườn, tay dưới vùng hố thất lưng. Tay trên để yên, dùng đầu ngón tay trên đẩy xuống khi người bệnh bắt đầu thở ra, đẩy nhanh và hơi mạnh. Khi có thận to, tay trên có cảm giác như có một cục đá chạm vào rồi mất đi.
 - *Tư thế trẻ nằm nghiêng, một chân duỗi, một chân co, muốn khám thận bên nào thì nằm nghiêng bên đối diện và thầy thuốc ngồi phía sau lưng. Thầy thuốc dùng hai tay một*

đặt ở hố thất lưng, một đặt trên bụng, khi bệnh nhân hít vào sâu, thận được đẩy xuống, ta có thể sờ thấy thận.

5.2. Tìm điểm đau của thận và niệu quản:

- Phía trước:
 - Điểm niệu quản trên hay điểm cạnh rốn: Kẻ ngang một đường qua rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng to, hoặc 3 khoát ngón tay bệnh nhân cách ngang rốn. Tương ứng với L2.
 - Điểm niệu quản giữa: Kẻ một đường ngang qua 2 gai chậu trước trên. Chia làm 3 phần: hai đầu của đoạn 1/3 giữa là điểm niệu quản giữa.
 - Điểm niệu quản dưới: Phải thăm trực tràng mới thấy.
- Phía sau:
 - Điểm sườn lưng: Điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn 12 và khối cơ lưng to.
 - Điểm sườn cột sống: Góc xương sườn 12 và cột sống.
- Phương pháp vỗ thận (Patenôpxki) để tìm dấu hiệu rung thận giống như rung gan: Để một bàn tay lên vùng thận rồi dùng mép bàn tay kia vỗ lên trên. nếu bệnh nhân có bệnh lý ở thận đặc biệt là ứ nước, ứ mủ thận, khi làm nghiệm pháp này bệnh nhân rất đau.

5.3. Khám bàng quang:

- Nhìn bờ trên xương mu: thấy khối tròn (cầu bàng quang)?
- Sờ: nếu cầu bàng quang, khối tròn, nhẵn, cảm giác căng không di động.
- Gõ: đục.
- Thông đái: lấy được nhiều nước tiểu, khối u xẹp ngay. Đó là phương pháp tốt nhất để phân biệt với các khối u khác.

5.4. Ở trẻ trai, khám xem có hẹp bao quy đầu hay không?

5.5. Những khám xét cận lâm sàng: nước tiểu .

6. Mức độ kỹ năng cần đạt được: Mức 2: thực hiện có sự giám sát của thầy.

Bảng kiểm tự lượng giá kỹ năng thăm khám lâm sàng hệ thống thận - tiết niệu.

STT	Các bước tiến hành	Không làm	Làm chưa đúng	Làm đúng
1	Khám toàn thân			
2	Khám phát hiện phù			
3	Khám phát hiện thiếu máu			
4	Khám tim mạch			
5	Khám thực thể hệ thống thận - tiết niệu. - Khám thận. - Khám niệu quản. - Khám bàng quang. - Khám niệu đạo			
	Tổng điểm			

Không làm: 0 điểm.
Làm chưa đúng: 1 điểm.
Làm đúng: 2 điểm

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng nhi khoa. Tập 2. Nhà xuất bản y học - 2000.
2. Nội khoa cơ sở. Tập 2. Nhà xuất bản y học - 2000.
3. Triệu chứng học nội khoa. Tập 2. Nhà xuất bản y học - 1989.

BỆNH VIÊM CẦU THẬN CẤP SAU NHIỄM LIÊN CẦU Ở TRẺ EM

I/ Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y 4 đa khoa.
2. Thời gian: 3 tiết.
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện (bệnh phòng, phòng khám)
4. Tên người biên soạn: ThS Lương Thị Thu Hiền.

II/ Mục tiêu học tập:

1. Khai thác bệnh sử, tiền sử bệnh nhân bị bệnh viêm cầu thận cấp.
2. Phát hiện và đánh giá được các triệu chứng của tam chứng cổ điển trên bệnh nhân viêm cầu thận cấp.
3. Nhận định được nước tiểu: số lượng, màu sắc.
4. Đề xuất xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán.
5. Nêu được các phương pháp điều trị cụ thể.

III/ Nội dung:

1. Thái độ:

Bệnh viêm cầu thận cấp là bệnh thận thường gặp ở trẻ em. Bệnh diễn biến lành tính nhưng giai đoạn cấp bệnh có thể gây tử vong do các biến chứng. Việc chẩn đoán, điều trị sớm, kịp thời sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong không đáng có ở nhóm bệnh nhân này. Vì vậy sinh viên phải có thái độ ân cần, từ tốn giải thích cho người nhà hiểu về bệnh và yên tâm điều trị.

2. Sinh viên phải thực hành được các kỹ năng:

- Kỹ năng giao tiếp.
- Kỹ năng thăm khám.
- Kỹ năng phân tích.

3. Nội dung cụ thể:

3.1. Chào hỏi, giải thích công việc khám bệnh mình sắp làm.

3.2. Khai thác bệnh sử, tiền sử:

3.3. Khám phát hiện tam chứng cổ điển viêm cầu thận cấp:

3.3.1. Phù:

- Thời gian xuất hiện phù.
- Vị trí phù.
- Dấu ấn lõm.
- Mức độ phù: quan sát bằng mắt hoặc so sánh cân nặng bệnh nhân so với trước khi bị bệnh.
- Diễn biến phù.
- Phù liên quan đến ăn uống, và thuốc điều trị.

Dựa vào tính chất của phù, trên lâm sàng phân biệt phù do thận hư hay viêm cầu thận cấp.

3.3.2. Cao huyết áp:

- Chỉ số huyết áp bình thường ở trẻ em:

+ Huyết áp ở trẻ em thấp hơn người lớn do lòng mạch ở trẻ em tương đối rộng hơn, trương lực thành mạch thấp hơn. Huyết áp ở chi dưới cao hơn chi trên từ 15 đến 20 mmHg. Huyết áp cũng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố tương tự mạch.

+ Huyết áp ở trẻ trên 1 tuổi được tính như sau:

- HA max = $80 + 2n$ (n: số tuổi của trẻ)
- HA min = HA max/2 + 10 - 15 mmHg.

- Cách đo huyết áp ở trẻ em:

+ Khi đo huyết áp trẻ phải ở trạng thái yên tĩnh.

+ Chiều rộng băng đo: phải phủ được 1/2 đến 2/3 chiều dài cánh tay.

+ Chiều dài băng: phải đảm bảo quấn được ít nhất 2 vòng qua cánh tay.

- Nhận định kết quả huyết áp của bệnh nhân.

- Phát hiện những biến chứng của cao huyết áp (nếu có) trên bệnh nhân:

+ Tim mạch: biểu hiện của suy tim, cơn hen tim, phù phổi cấp.

+ Thần kinh: nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, co giật, lơ mơ, hôn mê...

3.3.3. Đái máu:

- Bảo bệnh nhân lấy nước tiểu vào ống nghiệm.

- Quan sát nhận định sơ bộ màu sắc nước tiểu: màu sắc từ đỏ đến vàng nhạt, mức độ đỏ, có lắng cặn hay không...

3.3.4. Phân tích đặc điểm của các triệu chứng này:

- Phù:

+ Thường là phù nhẹ hoặc trung bình.

+ Phù trắng, mềm, ấn lõm.

+ Phù bắt đầu từ mặt đến chân.

+ Ăn nhạt sẽ giảm phù.

+ Thường kèm theo đái ít hoặc vô niệu.

- Cao huyết áp:

+ Huyết áp tăng nhẹ: từ 10 - 20 mmHg cả huyết áp tâm thu và tâm trương.

+ Cao huyết áp thường xuất hiện trong tuần lễ đầu.

- Đái máu:

+ Thường đái máu đại thể (mắt thường nhìn thấy được) trong những ngày đầu của bệnh.

+ Đái máu đại thể thường thuyên giảm sớm trong 1 - 2 tuần đầu, còn đái máu vi thể thường kéo dài.

4. Mức độ kỹ năng cần đạt được: Mức 2: thực hiện có sự giám sát của thầy.

Tự lượng giá:

Bảng kiểm lượng giá kỹ năng khám và phân tích đặc điểm tam chứng cổ điển trên bệnh nhân viêm cầu thận cấp

STT	Các bước tiến hành	Không làm	Làm chưa đúng	Làm đúng
1				
2	Tiếp xúc, chào hỏi , giải thích			
3	Khám phát hiện triệu chứng phù.			
4	Đo huyết áp cho bệnh nhân. (đúng tiêu chuẩn)			
5	Kiểm tra dấu hiệu đái máu.			
6	khám các biến chứng của các triệu chứng nếu có.			
7	Nhận xét và phân tích đặc điểm các triệu chứng vừa phát hiện được trên bệnh nhân.			
	Tổng điểm			

Không làm: 0 điểm.

Làm chưa đúng: 1 điểm.

Làm đúng: 2 điểm

Tài liệu tham khảo:

1. Bài giảng nhi khoa. Tập 2. Nhà xuất bản y học - 2000.
2. Nội khoa cơ sở. Tập 2. Nhà xuất bản y học - 2000.

CÁCH LẤY NƯỚC TIỂU 24 GIỜ, XÉT NGHIỆM ĐỊNH TÍNH PROTEIN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHUNG ĐỐT, NHỎ DOMET, ACID LACTIC, NƯỚC CHANH QUẢ

I/ Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y 4 đa khoa.
2. Thời gian: 1 tiết.
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện (bệnh phòng, phòng khám)
4. Tên người biên soạn: ThS Lương Thị Thu Hiền.

II/ Mục tiêu học tập:

1. Biết cách thu thập nước tiểu 24 giờ để làm xét nghiệm Protein.
2. Biết cách định tính nước tiểu bằng phương pháp chung đốt.

III/ Nội dung:

1. Sinh viên phải thực hành các kỹ năng:

- Kỹ năng giao tiếp.
- Thao tác làm xét nghiệm

2. Nội dung cụ thể:

2.1. Phát cho gia đình một xô nhựa đã rửa sạch và tráng bằng nước sôi, để hứng nước tiểu.

2.2. Hướng dẫn gia đình cách lấy nước tiểu trong 24 giờ:

- Dặn bệnh nhân hoặc người nhà: Khi trẻ ngủ dậy, khoảng > 8 giờ, cho trẻ đi tiểu ra ngoài (bỏ bãi nước tiểu này, không hứng vào xô).
- Sau đó trong ngày, khi nào đi tiểu thì hứng vào xô cho đến bãi nước tiểu > 8 giờ ngày hôm sau.
- Cho vào xô đã có bãi nước tiểu đầu tiên dung dịch thuốc chống thối với liều lượng như sau:
 - + Hỏi số lượng nước tiểu bệnh nhân đại ngày hôm trước.
 - + Tính số lượng thuốc chống thối cần dùng:

- Dung dịch phenol: 1giọt/30ml nước tiểu.
- Dung dịch Formol: 1giọt/30ml nước tiểu.
- Dung dịch HgCl 10%: 5 ml cho 500ml nước tiểu (BV Nhi TU sử dụng)

* *Chú ý: Dặn trẻ hoặc gia đình hứng cả nước tiểu khi trẻ đi ngoài.*

2.3. Hướng dẫn gia đình bệnh nhân cách đo lượng nước tiểu đã thu thập được:

- Ghi số lượng nước tiểu trong 24 giờ. (Đo bằng dụng cụ đo và P sáng thu gom nước tiểu).
- Lắc đều, lấy 5 - 10 ml nước tiểu vào ống nghiệm. (1/2 - 2/3 ống).

2.4. Quan sát màu sắc nước tiểu để có nhận xét sơ bộ.

2.5. Thực hiện phương pháp chưng cất:

- Châm lửa đèn cồn .
- Đốt phân trên ống nghiệm trên ngọn lửa đèn cồn.
- Nếu thấy có vẩn đục trắng: cho 5 - 6 giọt acid. acetic 10%.
- Nhỏ 3 giọt Domet cho 3 ml nước tiểu tươi
- Nhận định kết quả qua quan sát thấy vẩn đục trắng xuất hiện hay không?

2.6. Nhận định kết quả: Thấy vẩn đục trắng sau khi đốt:

- + Nếu sau khi cho acid. acetic mà thấy vẩn đục tan ngay: đó là cặn photphat.
- + Nếu sau khi cho acid. acetic mà thấy vẩn đục vẫn còn: đó là protein (Mức độ từ (+) đến (++++)).

2.7. Chú ý:

Để phân biệt với protein giả là những chất tiết của bộ phận sinh dục hoặc do chuyển hoá của tế bào huỷ hoại, đối với bệnh nhân đã lâu ngày ăn nhạt, cơ thể thiếu muối. Có thể phải cho thêm ít muối vào nước tiểu (1-2g/l), protein sẽ xuất hiện đầy đủ hơn.

3. Mức độ kỹ năng cần đạt được: Mức 2: thực hiện có sự giám sát của thầy.

Tự lượng giá:

Bảng kiểm lượng giá kỹ năng lấy nước tiểu 24 giờ, xét nghiệm Protein định tính bằng phương pháp chưng cất ở bệnh nhân Hội chứng thận hư.

STT	Các bước tiến hành	Không làm	Làm chưa đúng	Làm đúng
1	Tiếp xúc, chào hỏi , giải thích.			
2	Chuẩn bị dụng cụ.			
3	Hỏi tên, tuổi bệnh nhân. Dặn dò bệnh nhân.			
4	Gia đình chuẩn bị 1 xô nhựa đã rửa sạch để hứng nước tiểu của bệnh nhân.			
5	Hướng dẫn gia đình cách lấy nước tiểu từ bãi đầu đến bãi cuối, cả khi đi đại tiện. Để xô nước tiểu ở nơi thoáng mát.			
6	Cho thuốc chống thối vào xô đã có bãi nước tiểu đầu tiên.			

7	Ghi số lượng nước tiểu và P trong 24 giờ. Lắc đều, lấy 5 - 10 ml vào ống nghiệm. (1/2 - 2/3 ống nghiệm)			
8	Quan sát màu sắc nước tiểu			
9	Thực hiện phương pháp chung đốt, theo tuần tự các bước.			
10	Nhận định kết quả			
	Tổng điểm			

Không làm: 0 điểm.

Làm chưa đúng: 1 điểm.

Làm đúng: 2 điểm

Tài liệu tham khảo:

1. Bài giảng nhi khoa. Tập 2. Nhà xuất bản y học - 2000.
2. Nội khoa cơ sở. Tập 2. Nhà xuất bản y học - 2000.
3. Hoá nghiệm sử dụng trong lâm sàng. Nhà xuất bản y học - 1994.

NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Sinh viên Y6ĐK, Y6 CK
2. Thời gian: 270 phút - Số tiết: 6 tiết
3. Địa điểm giảng: Thực hành tại bệnh viện, phòng khám.
4. Giảng viên biên soạn: TS Nguyễn Thị Yến B

II. Mục tiêu học tập:

- 1 - Khai thác được bệnh sử và tiền sử của một trẻ bị NKTN
- 2 - Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán bệnh NKTN
- 3 - Chẩn đoán được NKTN dựa trên các tiêu chuẩn và chẩn đoán vị trí, nguyên nhân của NKTN trên lâm sàng (Nhiễm khuẩn đường tiểu trên, dưới, viêm bàng quang, viêm niệu đạo).
- 4 - Áp dụng được phác đồ điều trị NKTN và theo dõi điều trị
- 5 - Hướng dẫn được các bà mẹ cách phòng bệnh NKTN
6. Thái độ: Nhiễm khuẩn đường tiểu là một bệnh khá phổ biến. Nhiễm khuẩn đường tiểu rất dễ tái phát ở trẻ gái, ở trẻ có dị dạng đường tiết niệu. Bệnh dễ điều trị nhưng nếu điều trị

không đúng hoặc không điều trị sẽ để lại di chứng tại thận do đó cần động viên trẻ và gia đình tuân thủ điều trị. Nhiễm khuẩn đường tiểu có thể phòng bệnh được dễ dàng.

III. Nội dung: Hướng dẫn thực hành các kỹ năng

1. Kỹ năng khai thác được bệnh sử và tiền sử của một trẻ NKTN: Sinh viên cần có kỹ năng giao tiếp tốt với trẻ và gia đình trẻ để có thể khai thác được bệnh sử và tiền sử của bệnh.

- Sinh viên cần khai thác được trẻ bị bệnh từ bao giờ?
- Trẻ có triệu chứng nhiễm trùng không: sốt, vẻ mặt hốc hác, ăn kém...
- Trẻ có các triệu chứng tiết niệu như đái buốt, đái đau, đái dắt, bần tay khai?
- Nước tiểu của trẻ như thế nào? trong, hay đục. Trẻ đái nhiều hay đái ít, số lượng nước tiểu trong 24 h là bao nhiêu, số lần đái có tăng lên không? Màu sắc nước tiểu như thế nào?
- Trẻ đã được điều trị gì chưa? kháng sinh gì? đáp ứng điều trị như thế nào?

2. Khám được hệ thống tiết niệu:

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, hai chân gấp 120° .
- Quan sát bụng của bệnh nhân xem bụng chướng hay bình thường.
- Sờ nhẹ nhàng vào bụng bệnh nhân lần lượt từ dưới lên trên, xác định xem trẻ có bị đau bụng khi ấn bụng không? Xác định xem các điểm niệu quản có đau không? Xác định xem thận có to không? Thận to khi có dấu hiệu chạm thận, bập bênh thận, quan sát vùng hố thận.
- Sinh viên cần trực tiếp quan sát nước tiểu của bệnh nhân, xem nước tiểu trong, đục hay có mủ.
- Kiểm tra bao quy đầu ở trẻ trai, khe môi lớn ở trẻ gái

3. Đề xuất và phân tích được các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán bệnh NKTN:

3.1. Xét nghiệm nước tiểu:

Có giá trị quyết định chẩn đoán song phụ thuộc vào cách lấy nước tiểu và kỹ thuật xét nghiệm. Trước hết phải rửa sạch và sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài rồi lấy nước tiểu.

Phương pháp lấy nước tiểu: có nhiều phương pháp lấy nước tiểu

- Túi hứng nước tiểu: cách này dễ thực hiện, nhất là ở trẻ sơ sinh và trẻ bú mẹ.
- Lấy giữa dòng được thực hiện ở trẻ lớn có khả năng tự đái. Đây là cách tốt nhất.
- Lấy bằng ống thông: Khi cần xác định rõ, nhưng có bất lợi là đưa vi trùng từ ngoài vào đường tiết niệu.
- Chọc dò trên xương mu: cách này có bất lợi làm trẻ đau nên được chỉ định khi trẻ rất nặng, có bế tắc đường tiết niệu vùng dưới bàng quang.

Xét nghiệm nước tiểu phải được thực hiện ngay, nếu không phải được bảo quản trong tủ lạnh 4°C nhưng không quá 4 giờ.

3.1.1 Tìm bạch cầu niệu

❖ Phương pháp tìm bạch cầu niệu bằng giấy thử (Bandelette urinaire)

Phương pháp này đã được sử dụng từ lâu trên thế giới. Dùng giấy thử (multisx, Clinitest v.v) để tìm bạch cầu và nitrite trong nước tiểu (nitrite là một sản phẩm được sinh ra từ một số vi khuẩn). Xét nghiệm này đặc biệt có lợi ở cộng đồng và các phòng khám vì nó cho phép định hướng chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn tiết niệu.

❖ Phương pháp soi nước tiểu.

Tế bào niệu nhiều hoặc dày đặc bạch cầu trên vi trường. Trụ bạch cầu là rất có ý nghĩa, tại khoa phòng có thể soi tươi nước tiểu bằng phương pháp Webstanfield nếu bạch cầu trên 30/ml ở trẻ gái và > 10/ml ở trẻ trai

Phương pháp xét nghiệm

Số lượng bạch cầu

Soi cận sau li tâm

> 10 bạch cầu/ vi trường(độ phóng đại 400)

Soi tươi theo Webbs-Stansfeld

> 30 bạch cầu/ mm³ (trẻ gái) và > 10 bạch cầu/ mm³ (trẻ trai)

3.1.2 Vi khuẩn niệu: kết quả nuôi cấy

Cách lấy nước tiểu	Số lượng khuẩn lạc/ml nước tiểu		
	Không nhiễm khuẩn	Nghi ngờ	Nhiễm khuẩn
Chọc dò trên xương mu	< 10		≥ 10
Thông bàng quang	< 10 ³	10 ⁴	> 10 ⁵
Nước tiểu giữa dòng	< 10 ³	10 ⁴	> 10 ⁵
Túi đựng nước tiểu	< 10 ³	≥10 ⁴	≥ 10 ⁵

Chú ý: Trong một số tình trạng bệnh lý khác, bạch cầu niệu có thể có như viêm cầu thận cấp, lao thận, nhưng chỉ < (+)

Có thể vừa có nhiều bạch cầu, vừa có nhiều vi khuẩn trong nước tiểu nhưng có thể chỉ có một trong hai tiêu chuẩn trên. Tỷ lệ có chẩn đoán nhiễm khuẩn đườngcaays nước tiểu dương tính chỉ > 30%

3.2. Xét nghiệm máu:

- Công thức máu ngoại biên: bạch cầu tăng, đa số bạch cầu đa nhân trung bình.
- Tốc độ lắng máu cao > 30 mm ở giờ thứ nhất
- Tăng CRP (C reactive protein)

- Tăng fibrin máu $\geq 4\text{g/l}$
- ure, creatinin, điện giải đồ: khi nghi ngờ có viêm thận-bể thận.
- Cấy máu có thể dương tính trong viêm thận-bể thận cấp

3.3. Chẩn đoán bằng hình ảnh

Có ý nghĩa tìm nhiễm khuẩn đường tiêu tiên phát hoặc thứ phát

3.3.1 Chụp bàng quang ngược dòng.

Đa số các tác giả đều cho chụp ở tất cả các trẻ bị nhiễm khuẩn tiết niệu sau khi điều trị ba tuần. (Một số tác giả chỉ giới hạn ở tất cả trẻ dưới 5 tuổi, trẻ nữ trên 5 tuổi khi bị nhiễm khuẩn tiết niệu lần 2). Chú ý trẻ dưới 6 tuổi còn phản hồi bàng quang niệu quản độ I-II là sinh lý

3.3.2 Chụp bàng quang và chụp thận với thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch (UIV)

Chỉ định:

- Nhiễm khuẩn tiết niệu kéo dài hoặc tái phát.
- Trẻ trai dưới 1 tuổi.
- Nghi ngờ có dị dạng tiết niệu.
- Có biểu hiện suy thận, huyết áp cao.

3.3.3. Siêu âm thận: để khám phá dị tật bẩm sinh, tắc nghẽn và đo kích thước thận.

4. Chẩn đoán được NKTN dựa trên các tiêu chuẩn và chẩn đoán vị trí, nguyên nhân của NKTN.

4.1. Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Triệu chứng lâm sàng gợi ý: dấu hiệu nhiễm trùng, rối loạn bài niệu.
- Xét nghiệm: bạch cầu niệu, vi khuẩn niệu (+) là rất có ý nghĩa. Nhiều trường hợp đái mù là đủ chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiêu.

4.2. Chẩn đoán vị trí:

- Nhiễm khuẩn tiết niệu trên (viêm thận, bể thận).
- Nhiễm khuẩn tiết niệu dưới (Viêm bàng quang, viêm niệu đạo).

Không có bằng chứng nào cho phép có thể phân biệt chắc chắn nhiễm khuẩn tiết niệu trên và dưới. Tuy nhiên sự phân biệt này cần thiết đặt ra vì nó liên quan đến việc tiên lượng và điều trị. Nhìn chung sự phân biệt này có thể dựa vào những bằng chứng sau:

	NKTN trên	NKTN dưới
Lâm sàng		
- Sốt > 38°C	+++	+
- Sự biến đổi toàn trạng	+	0

- Rét run, vã mồ hôi	+	0
- Đau bụng	++	+
- Triệu chứng tiết niệu đái buốt, đái dắt	+	+++
Cận lâm sàng:		
- Tăng bạch cầu ĐNTT	++	+
- CRP tăng (> 20mg/l)	++	+
- ure, creatinin tăng	±	0
Siêu âm thận	Có thể biến đổi	Có thể

4.3. Chẩn đoán nguyên nhân: Chủ yếu bằng phương pháp thăm dò hình ảnh để có thể xác định nhiễm khuẩn đường tiểu tiên phát hoặc thứ phát (chủ yếu là tắc nghẽn, nhiễm trùng ngược dòng do dị tật thận tiết niệu)

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc điều trị.

- Điều trị triệt để nhiễm trùng
- Điều trị và phòng ngừa tái phát
- Chẩn đoán và điều trị những bất thường bẩm sinh hay mắc phải của hệ thống tiết niệu.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Chống nhiễm khuẩn:

a. Chọn kháng sinh: phải thoả mãn các yêu cầu sau:

- Đạt được nồng độ cao trong tổ chức
- Đạt được nồng độ cao trong nước tiểu
- Không độc hoặc ít độc với thận
- Thuốc đào thải qua thận

b. Viêm bàng quang: có thể điều trị ngoại trú tại nhà

Chỉ cần một loại kháng sinh có nồng độ cao ở nước tiểu và chỉ cần loại uống. Chọn một trong các loại sau đây.

- Amoxicilin 30-50mg/kg/ngày uống chia 2 lần x 10 ngày.
- Co-trimoxazol (Bactrim, Biseptol...) 36-48mg/kg/ngày uống chia 2 lần x 7 ngày hoặc
- Cefaclor (Alfatil) 20-40 mg/kg/ngày chia 2 lần x 10 ngày hoặc
- Cefixime (OROKEN) 8 mg/kg/ngày chia 2 lần x 10 ngày hoặc
- Nitrofurantoin (furadantin) 3-5 mg/kg/ngày chia 3 lần hoặc
- Nitroxoline (Nibiol) 20 mg/kg/ngày chia 2 lần. Điều trị củng cố sau đợt kháng sinh (loại Sulfamid kéo dài hai tuần cản khuẩn)

c. Viêm thận-bể thận: Điều trị tại bệnh viện

Khi có sốt và có dấu hiệu của viêm thận-bể thận thì phải dùng phối hợp hai loại kháng sinh β lactam và Aminocide hoặc đơn độc Cephalosporin thế hệ 3,4 bằng đường tiêm để đạt được nồng độ cao tại mô.

- Ampiciline 100mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần
- hoặc kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ thứ 3 như:
 - + Claforan 50-100mg/kg/ngày chia 3 lần hoặc
 - + Ceftriaxone 50 - 100 mg/kg/ngày 1 - 2 lần/ ngày
- Phối hợp với nhóm aminocide như:
 - + Gentamycin 3 -5mg/ kg/ ngày chia 2 lần
 - + Amiklin hoặc amikacin 15mg/ kg/ ngày chia 2 lần

Thời gian điều trị tối thiểu 10 ngày

Điều chỉnh kháng sinh sau khi có kháng sinh đồ. Lựa chọn kháng sinh tối ưu theo chủng vi khuẩn gây bệnh viêm thận bể thận

Vi khuẩn	Kháng sinh
Liên cầu khuẩn nhóm D	Ampiciline + Gentamycine hoặc Amikacine
Tụ cầu khuẩn	Vancomycine + Amikacine
E coli	Cefotaxime + Netilmicine
Klebsila	Cefotaxime + Netilmicine hoặc Amikacine
Proteus	Cefotaxime + Netilmicine
Providencia	Cefotaxime + Amikacine
Enterobacter cloacae	Cefotaxime + Amikacine
Serratia	Cefotaxime + Gentamycine
Pseudomonas aeruginosa	Ticarciline + Amikacine hoặc Ceftazidime

d. Theo dõi sau đợt điều trị kháng sinh: phải xét nghiệm lại nước tiểu nếu nước tiểu vô khuẩn có thể cho uống Nitrofurantoin 3-5 mg/ kg /ngày trong 14 ngày cho các lứa tuổi sau ăn no. Nếu nước tiểu vẫn còn vi khuẩn chụp X quang đường tiết niệu để phát hiện các bệnh tiết niệu như dị dạng, sỏi...

e. Điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát.

Trẻ bị tái phát có thể do: - Một vi khuẩn khác.

- Cùng loại vi khuẩn đó nhưng do dị tật thận tiết niệu đặc biệt do đường tiết niệu bị tắc nghẽn, sỏi hay luồng trào ngược bàng quang niệu quản.

g. Điều trị phòng ngừa

Chỉ định trong: - Bệnh tắc nghẽn đường tiết niệu.

- Trào ngược bàng quang-niệu quản.
- Bàng quang kém trưởng thành.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát.

Thuốc Bactrim (Sulfamethoxazone (SMX): 10mg/kg/ngày) uống một lần có thể kèm với Nitrofurantoin 1mg/kg/ngày chia 2 lần. Thời gian 3-4 tháng có thể tới một năm.

5.2.2. Chế độ ăn uống nghỉ ngơi

- Chế độ ăn: + Có nhiều chất dinh dưỡng và vitamin
- + Cho uống nước nhiều, nước râu ngô, bông mã đề.
- Nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn cấp.

6. Phòng bệnh.

6.1. Hướng dẫn cho gia đình biết cách để phòng nhiễm khuẩn tiết niệu bằng cách:

- Giữ vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục ngoài, chú ý lau rửa đúng kỹ thuật khi trẻ đi ngoài
- Không nên để trẻ bị táo bón
- Cho trẻ uống nước, không nên nhịn đái.

6.2. Điều trị kịp thời các bệnh có khả năng đưa đến nhiễm khuẩn tiết niệu như viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục ngoài, hẹp khít bao quy đầu, các dị dạng đường tiết niệu, sỏi, các bệnh nhiễm khuẩn ở da và ở toàn thân, đặc biệt phải chú ý xét nghiệm nước tiểu cho các trẻ bị suy dinh dưỡng nặng, bị HCTH để phát hiện kịp thời.

6.3. Hạn chế can thiệp bằng dụng cụ ở đường tiết niệu như thông bàng quang, soi bàng quang, chụp bể thận ngược dòng. Khi cần thiết tiến hành phải bảo đảm triệt để vô khuẩn.

6.4. Phải điều trị tích cực và kịp thời các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu cấp tính.

6.5. Cần điều trị dự phòng cho các trẻ có dị dạng tiết niệu.

Tài liệu tham khảo:

1. Bài giảng nhi khoa (2000), tập 2, Tr 168 - 176.
2. Pédiatrie (1989) tr 379 - 384.
3. Nelson Textbook of pediatrics(2000), volume 2, 1621 - 1625.

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG KHOA DINH DƯỠNG

KỸ NĂNG CÂN ĐO

I. Hành chính:

1. Đối tượng: Y 4
2. Thời gian: 2 giờ
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện nhi
4. Người soạn: Th.S Nguyễn Thị Yến

II. Mục tiêu học tập:

1. Thực hành được cách cân đúng và đánh giá cân nặng theo tuổi.
2. Thực hành được cách đo chiều cao và đánh giá chiều cao theo tuổi.
3. Thực hành được cách đo các vòng cơ thể.
4. Sử dụng được biểu đồ tăng trưởng.

III. Nội dung:

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển, vì vậy tăng trưởng là một đặc điểm sinh học cơ bản của trẻ em. Nghiên cứu tăng trưởng được xem là khoa học cơ bản của nhi khoa.

Để đánh giá tình trạng tăng trưởng thể chất của trẻ, người ta đo các biến đổi về kích thước và cấu trúc cơ thể theo tuổi được gọi là nhóm các chỉ tiêu nhân trắc. Nhóm các chỉ tiêu nhân trắc bao gồm: cân nặng, chiều cao, chu vi các vòng, tỉ lệ giữa các phần trong cơ thể.

1. Kỹ năng cân đo:

Mục đích chung của việc cân, đo là: đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

1.1. Cân nặng:

Cân nặng là số đo thường được làm trong tất cả công tác điều tra cơ bản cũng như thường ngày. Một phần vì đó là kích thước tổng hợp cơ bản không thể thiếu để đánh giá về mặt thể lực, dinh dưỡng và sự tăng trưởng. Mặt khác, đó cũng là kích thước phổ cập, dễ đo, không đòi hỏi kỹ thuật đặc biệt nào.

1.1.1. Ý nghĩa của cân nặng:

Cân nặng của người nói lên khối lượng và trọng lượng hay độ lớn tổng hợp của toàn bộ cơ thể, nó có liên quan đến mức độ và tỉ lệ giữa sự hấp thụ và tiêu hao. Trẻ được nuôi dưỡng tốt sẽ tăng cân. Do đó, cân nặng phần nào nói lên tình trạng thể lực, dinh dưỡng và sự tăng trưởng của trẻ, nhất là khi được theo dõi liên tiếp trong nhiều tháng.

1.1.2. Dụng cụ:

Rất đơn giản chỉ cần một chiếc cân với độ chính xác 0,1 kg.

Tuy nhiên, vẫn cần phải kiểm tra thường xuyên độ chính xác của cân, nhất là khi phải di chuyển đến các địa điểm cách xa nhau.

1.1.3. Kỹ thuật cân:

- Khi cân cho trẻ mặc quần áo mỏng (mùa đông có trừ quần áo).
- Cân đặt ở vị trí bằng phẳng, chỉnh cân đến mức thăng bằng ở số 0.
- Thường thực hiện cân vào buổi sáng, sao khi đã đại, tiểu tiện. Hoặc cân vào những giờ thống nhất trong những điều kiện tương tự (trước bữa ăn).
- Đọc kết quả với 01 hoặc 02 số lẻ tùy theo loại cân có độ nhạy 100 hay 10 g, ví dụ: 10,2 kg; 15,17 kg.

1.2. Chiều cao đứng:

Là một trong những kích thước cơ bản nhất trong các cuộc điều tra về nhân trắc.

1.2.1. Ý nghĩa của chiều cao đứng:

Chiều cao nói lên chiều dài của toàn thân. Do đó, nó được dùng để đánh giá sức lớn của trẻ em, hình thái tầm vóc của người trưởng thành.

Chiều cao là số đo rất trung thành của hiện tượng tăng trưởng, chiều cao phản ánh tốt cuộc sống quá khứ và là bằng chứng của sự dinh dưỡng. Trẻ thiếu dinh dưỡng kéo dài sẽ làm chậm phát triển chiều cao.

1.2.2. Cách đo chiều cao đứng (cm):

* Đối với trẻ dưới 2 tuổi: chiều cao đứng được đo ở tư thế nằm (chiều dài nằm), bằng thước gỗ có chặn đầu và chân.

- Để thước trên mặt phẳng nằm ngang.
- Đặt trẻ nằm ngửa trên bàn đo, một người giữ đầu trẻ chạm sát tấm gỗ cố định chỉ số 0 của bàn để mắt nhìn thẳng lên trần nhà, cố định đầu trẻ, một người dùng một tay ấn thẳng 2 đầu gối của trẻ cho khỏi cong lên, còn tay kia di chuyển tấm gỗ của bàn đo đến sát gót chân trẻ, (lưu ý để gót chân sát mặt phẳng nằm ngang và bàn chân thẳng đứng)
- Đọc kết quả và ghi số cm lấy chính xác đến 0,1 cm ví dụ 56,4 cm.

* Đối với trẻ trên 2 tuổi: đo ở tư thế đứng bằng thước đo chuyên dụng

- Bỏ guốc dép, di chân không, đứng quay lưng vào thước đo. Lưu ý để thước đo theo chiều thẳng đứng, vuông góc với mặt đất nằm ngang.
- Gót chân, mông, vai và đầu theo một đường thẳng áp sát vào thước đo đứng, mắt nhìn thẳng về phía trước theo đường thẳng nằm ngang, hai tay bỏ thõng theo hai bên mình.
- Dùng thước vuông hoặc mảnh gỗ áp sát đỉnh đầu thẳng góc với thước đo. Đọc kết quả và ghi số cm với 01 số lẻ.

1.3. Các kích thước vòng:

1.3.1. *Vòng đầu:* cũng là một kích thước rất hay được dùng trong nhân trắc, đặc biệt ở trẻ em.

1.3.1.1. Ý nghĩa của việc đo vòng đầu:

Đo vòng đầu cho phép gián tiếp đánh giá khối lượng của não. Não phát triển rất nhanh trong năm đầu tiên của cuộc sống cho nên vòng đầu cũng tăng rất nhanh trong năm đầu, vào những năm sau tăng chậm hơn.

1.3.1.2. Dụng cụ đo: thước dây mềm, không co giãn.

1.3.1.3. Cách đo vòng đầu:

- Dùng thước dây mềm, không co giãn, vòng quanh đầu, phía trước trên cung lông mày, phía sau qua búi tóc, lấy kích thước tối đa. Người đo đứng về một bên của trẻ để có thể kiểm tra mặt phẳng của thước dây.
- Đọc kết quả và ghi số cm với 01 số lẻ.

1.3.2. *Vòng ngực:* là kích thước thường hay được dùng trong nhân trắc.

1.3.2.1. Ý nghĩa của đo vòng ngực:

Vòng ngực là tượng trưng cho sự phát triển về chiều ngang (rộng + dày) của thân mình và cho phép đánh giá thể lực của một người. Cùng với chiều cao đứng và cân nặng, nó là số đo thường được dùng để tính toán các chỉ số về thể lực, đặc biệt là chỉ số Pignet.

1.3.2.2. Dụng cụ đo: Thước dây mềm, không co giãn

1.3.2.3. Cách đo vòng ngực:

- Vòng thước dây, phía sau vuông góc với cột sống sát dưới xương bả vai, phía trước qua hai múm vú (cách này được áp dụng ở trẻ nhỏ, còn ở trẻ lớn thì không chính xác vì trẻ đã bắt đầu phát triển hai tuyến vú). Người đo đứng về một bên của trẻ để có thể kiểm tra mặt phẳng của thước dây. Có thể lấy số đo ở thì giữa lúc thở nhẹ nhàng bình thường. Cũng có thể đo vòng ngực lúc thở ra hết sức và lúc hít vào hết sức, rồi lấy trung bình cộng của hai lần đo.
- Đọc kết quả và ghi số cm với 01 số lẻ.

1.3.3. *Vòng cánh tay*: Là một trong những chỉ tiêu nhân trắc cũng thường được sử dụng trong các cuộc điều tra thực địa.

1.3.3.1. Ý nghĩa của đo vòng cánh tay:

Đo vòng cánh tay cho phép đánh giá khối lượng các bắp thịt và nó cũng phản ánh tình trạng dinh dưỡng của trẻ em. Những nghiên cứu ở trẻ em cho thấy ở những trẻ được nuôi dưỡng tốt, vòng cánh tay tăng nhanh nhất là trong năm đầu tiên của cuộc đời.

1.3.3.2. Dụng cụ đo: Thước dây mềm, không co giãn

1.3.3.3. Cách đo vòng cánh tay:

- Dùng thước dây không co giãn để đo.
- Tay trẻ buông thõng tự nhiên, lòng bàn tay hướng vào đùi, vòng thước dây theo vòng tay, đo ở giữa cánh tay trái (đo sát da, không qua lớp vải ở tay áo), vòng đo đi qua điểm giữa cánh tay tính từ mỏm cùng xương vai đến mỏm trên lồi cầu xương cánh tay.
- Đọc kết quả và ghi số cm với 01 số lẻ.

2. **Đánh giá các chỉ số cân, đo theo tuổi:**

2.1. **Đánh giá cân nặng theo tuổi:**

- Dựa vào công thức:
 - + Trẻ < 1 tuổi: cân nặng tăng 700g trong 6 tháng đầu sau sinh. Sau đó tăng 250 g trong 6 tháng sau. Cân nặng của trẻ lúc 1 tuổi phải đạt từ 9 - 9,5kg.
 - + Trẻ > 1 tuổi: Được tính theo công thức: $X_{kg} = 9 + 1,5 \times (N - 1)$. (N là số tuổi).
- Dựa vào biểu đồ tăng trưởng: cân nặng của trẻ nằm ở kênh A. Nếu nằm ở kênh B, C, D là suy dinh dưỡng.
- Dựa vào quần thể tham chiếu NCHS: cân nặng/tuổi của trẻ bình thường sẽ nằm từ -2SD đến +2SD. Trên +2SD là thừa cân, trên -2SD là suy dinh dưỡng. Hay cân nặng/tuổi $\geq 80\%$ là bình thường, < 80% là suy dinh dưỡng, > 120% là thừa cân.

2.2. **Đánh giá chiều cao theo tuổi:**

- Dựa vào công thức:
 - + Trẻ < 12 tháng:
 - Quý 1 tăng từ 3 - 3,5cm/tháng.
 - Quý 2 tăng từ 2 - 2,5cm/tháng.
 - Quý 3, 4 tăng từ 1 - 1,5cm/tháng.

12 tháng trẻ đạt 75 cm

+ Trẻ > 12 tháng:

Chiều cao của trẻ được tính theo công thức: $X_{cm} = 75 + 5 \times N$. (N là số tuổi)

- Dựa vào quần thể tham chiếu NCHS:

Chiều cao/tuổi bình thường của trẻ từ -2SD đến +2SD. Nếu < -2SD là trẻ thấp. Hay chiều cao/tuổi của trẻ từ 80% trở lên là bình thường, <80% là còi cọc.

3.3. *Đánh giá vòng cánh tay*: Vòng cánh tay dưới 11cm là suy dinh dưỡng, từ 11- 12,5 cm là dấu hiệu báo động suy dinh dưỡng, bình thường > 12,5cm.

3. **Biểu đồ tăng trưởng:**

3.1. **Mục đích của biểu đồ tăng trưởng: tăng cân đều đặn hàng tháng là dấu hiệu của một trẻ khoẻ mạnh.**

- Biểu đồ tăng trưởng dùng để theo dõi diễn biến sự phát triển về cân nặng của trẻ theo tháng, qua đó sẽ phát hiện sớm khi trẻ đứng cân hoặc tụt cân để giúp bà mẹ tìm cách xử trí thích hợp phòng ngừa suy dinh dưỡng.
- Biểu đồ tăng trưởng còn dùng để xác định cân nặng theo tuổi xem cân nặng của trẻ là bình thường, nhẹ cân hay quá cân so với tuổi. Nếu trẻ nhẹ cân so với tuổi thì trẻ ở mức độ suy dinh dưỡng nào (nhẹ, vừa, hay nặng).

3.2. **Cách sử dụng:**

3.2.1. **Giới thiệu biểu đồ tăng trưởng:**

Biểu đồ là một tờ giấy được in sẵn có 2 mặt:

- Mặt trước: gồm các thông tin của trẻ và các hướng dẫn cho bà mẹ phòng chống một số bệnh thường gặp ở trẻ em.
- Mặt sau: Là biểu đồ phát triển cân nặng của trẻ.
- Trên biểu đồ có: các dòng kẻ ngang, có các dãy số ở hai bên chỉ mức cân nặng theo kg và vạch chia ở giữa ứng với 0,5kg.
- Trên biểu đồ có các đường kẻ đậm ngăn cách, tạo thành các khối liên nhau. Phía trên hoặc dưới mỗi khối có ghi thứ tự của năm (năm thứ nhất đến năm thứ năm), mỗi năm có 12 cột dọc tương ứng với 12 tháng. Các ô phía dưới mỗi cột được đánh sẵn các số từ 1 đến 60. Mỗi ô này dùng để ghi 1 tháng trong năm tính từ khi trẻ ra đời.
- Có hai đường cong đứt quãng chia biểu đồ thành hai vùng được tô màu khác nhau.
- Ở phía dưới góc bên phải là hướng dẫn cách nhận xét về phát triển của trẻ.

3.2.2. *Cách sử dụng:*

A. Để theo dõi mức tăng cân của trẻ theo tháng theo chiều dọc:

1. Lập lịch tháng tuổi cho mỗi trẻ:

Ghi tháng sinh của trẻ vào phần dưới của cột dọc thứ nhất (có in sẵn số 1), ghi năm sinh ngay phía dưới hoặc bên cạnh tháng sinh (theo dương lịch). Từ cột thứ 2 trở đi, ghi tên các tháng tiếp theo tháng sinh cho đến hết năm đó. Cứ như thế chuyển sang năm sau tiếp các tháng từ 1 đến 12. Chú ý mỗi cột chỉ ghi 1 tháng, phải ghi liên tục không bỏ sót.

Ví dụ: Trẻ sinh tháng 10/1998 sẽ ghi lịch tháng tuổi như sau: ghi 10/98 vào cột số 1, tiếp theo ghi tháng 11, 12 vào các cột 2, 3. Ghi 1/99 vào cột số 4 và tiếp tục các tháng tiếp theo.

2. Đánh dấu cân nặng và vẽ biểu diễn trên biểu đồ:

- Cân trẻ hàng tháng để xác định cân nặng của trẻ. Nên cân vào một ngày nhất định của tháng, tốt nhất là vào đúng ngày sinh hoặc ngày cân có thể sớm hơn hoặc muộn hơn số với ngày sinh là 4 ngày.
- Nhìn vào trục đứng của biểu đồ tăng trưởng để xác định cân nặng của trẻ.
- Nhìn vào trục ngang của biểu đồ tăng trưởng để xác định tuổi của trẻ tính theo tháng.
- Gióng theo số cân thực tế đến giữa cột tháng tuổi của trẻ thì đánh dấu bằng một chấm đậm.
- Nối điểm cân nặng của tháng trước với điểm cân nặng của tháng sau tạo thành đường biểu diễn phát triển cân nặng.

3. Nhận định biểu đồ phát triển:

- Nếu đường nối đi lên là trẻ tăng cân so với tháng trước.
- Nếu đường nối đi ngang bằng là cân nặng của trẻ không tăng.
- Nếu đường nối đi chệch xuống là cân nặng của trẻ bị giảm đi so với tháng trước, đó là dấu hiệu rất nguy hiểm.
- Bất cứ trẻ nào nếu không tăng cân trong 3 tháng thì phải đưa trẻ đi khám ở cơ sở y tế để tìm nguyên nhân.
- Trong 6 tháng đầu nếu đường biểu diễn đi ngang hoặc đi xuống đều là nghiêm trọng.

B. Để xác định cân nặng theo tuổi hã:

1. Tính tuổi trẻ theo tháng: theo qui ước của TCYTTG(1983) như sau:

- Kể từ khi sinh tới trước ngày tròn tháng (từ 1 đến 29 ngày) được coi là 1 tháng tuổi.
- Kể từ ngày tròn 1 tháng đến trước ngày tròn 2 tháng (30 ngày đến 59 ngày) được coi là 2 tháng tuổi.
- Tương tự như vậy, kể từ ngày tròn 11 tháng đến trước ngày tròn 12 tháng được coi là 12 tháng tuổi.

2. Đánh dấu cân nặng và vẽ biểu diễn trên biểu đồ:

- Cân trẻ để xác định cân nặng hiện tại của trẻ.
- Nhìn vào trục đứng của biểu đồ tăng trưởng để xác định cân nặng của trẻ.

- Nhìn vào trục ngang của biểu đồ tăng trưởng để xác định tuổi của trẻ tính theo tháng.
- Tìm một điểm trên biểu đồ cân nặng nơi gặp nhau của cân nặng và tuổi (điểm giữa của tháng tuổi)

3. Nhận định kết quả:

Đánh giá xem điểm đó nằm ở vùng nào trên biểu đồ:

- Nếu điểm đó nằm trong vùng A thì cân nặng là bình thường so với tuổi
- Nếu điểm đó nằm trùng trên đường cong ranh giới giữa vùng A và vùng B trở xuống thì cân nặng của trẻ là nhẹ cân so với tuổi
- Nếu điểm đó nằm trong vùng B là trẻ bị suy dinh dưỡng mức độ nhẹ
- Nếu điểm đó nằm trong vùng C là trẻ bị suy dinh dưỡng mức độ vừa
- Nếu điểm đó nằm trong vùng D là trẻ bị suy dinh dưỡng mức độ nặng.

Tài liệu học tập:

1. Bài giảng nhi khoa. Nhà xuất bản Y học 2000
2. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người Việt Nam. Bộ Y tế- Viện dinh dưỡng. Nhà xuất bản Y học 2000
3. Sổ tay xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em. Nhà xuất bản Y học 2003
4. Primary health care in Viet Nam. Child health and its promotion II. 1985
5. Marc Gentilini. Medecine tropicale. Flammmation 1993
6. Tài liệu huấn luyện kỹ năng chuyên khoa. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

SUY DINH DƯỠNG DO THIẾU CALO - PROTEIN

I. Hành chính:

1. Đối tượng : Sinh viên Y4
2. thời gian : 6 tiết
3. Địa điểm : Khoa Dinh dưỡng Bệnh viện Nhi trung ương
4. Người soạn : Ths Nguyễn Thị Yến

II. Mục tiêu bài giảng:

1. Khai thác được những nguyên nhân gây suy dinh dưỡng .
2. Biết cách khám và phát hiện các triệu chứng của SDD .
3. Chỉ định được các xét nghiệm cần thiết và phân tích kết quả.
4. Sử dụng được biểu đồ tăng trưởng, NCHS .Wellcome, Oaterlow để phân loại SDD.
5. Biết cách khám và phát hiện các biến chứng của bệnh nhân suy dinh dưỡng .
6. Trình bày kế hoạch điều trị cụ thể .
7. Biết cách tư vấn phòng chống SDD .

III. Nội dung bài học:

1. Các kỹ năng cần trong bài:

- kỹ năng giao tiếp : Sinh viên cần có kỹ năng giao tiếp tốt để khai thác tiền sử và bệnh sử. Tư vấn cho các bà mẹ để phòng chống SDD
 - Kỹ năng thăm khám :
 - Kỹ năng tư duy ra quyết định để có chẩn đoán và điều trị chính xác .
2. Các bước thực hành các kỹ năng :
 - A . Khai thác tiền sử :
 - a. Tiền sử sản khoa :

- Tăng cân của mẹ khi mang thai (bình thường tăng từ 10 -12 cân)
 - Cân nặng của trẻ lúc sinh (bình thường trẻ nặng 3-3,5cân) .Nếu trẻ có cân nặng thấp lúc đẻ là có nguy cơ SDD.
 - Trẻ đẻ thiếu tháng .
 - Trẻ có bị ngạt không ?
- b. Tiền sử nuôi dưỡng :
- Trẻ có được bú mẹ sớm không?
 - Trẻ có được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu không ? trẻ được bú bao nhiêu lần trong ngày ? bao nhiêu lần trong đêm .
 - Trẻ được ăn bổ sung lúc mấy tháng ? số bữa , thành phần bát bột có đủ thành phần của ô vuông thức ăn?
 - Nếu trẻ không có sữa mẹ trẻ có được ăn sữa công thức ? số bữa , trẻ được ăn bằng dụng cụ gì , bao nhiêu bữa sữa / ngày.
 - Trẻ ăn được bao nhiêu phần bát.
- c. Tiền sử bệnh tật :
- Các bệnh bẩm sinh : (tim bẩm sinh , sút môi hở hàm ếch bại não ...)
 - Viêm phổi kéo dài .
 - Tiêu chảy kéo dài
- d. Tiền sử phát triển tinh thần vận động :
- Thời gian biết lẫy, bò ,đi....
 - Thời gian trẻ biết hóng chuyện, nhận biết lạ quen ,biết cầm đồ chơi , biết nói.....
- e . Hoàn cảnh gia đình :
- Nghề nghiệp của bố mẹ.
 - Trình độ của bố mẹ .
 - Mức sống của gia đình .

B .Khai thác bệnh sử :

- Lý do trẻ vào viện.
- Thời gian bị bệnh.
- Cân nặng của trẻ trước khi bị bệnh .
- Thay đổi ăn của trẻ sau khi bị bệnh.
- Các triệu chứng của bệnh kèm theo .

Mức độ đạt : 2

C. Kỹ năng thăm khám :

Sinh viên thực hành.

a. Đo các chỉ số nhân trắc :

- Cân , đo chiều dài nằm , đo chiều cao đứng .Đo vòng cánh tay .(thực hành trong bài sự phát triển thể chất trẻ em).
- Đo lớp mỡ dưới da:

* Lớp mỡ dưới da bụng : Vị trí đo ở dưới , ngoài của rốn .

Cách đo:

+ Dùng bản của ngón trỏ và ngón cái kéo 2 lớp mỡ dưới da bụng ,ước lượng bề dày của lớp mỡ dưới da giữa 2 ngón tay sau đó chia đôi đó là bề dày của lớp mỡ dưới da (bình thường từ 5- 15mm).

+ Dùng thước đo :

*Lớp mỡ dưới mông : Dấu hiệu mặc quần rộng.(Tư thế trẻ đứng thẳng hoặc nằm thẳng ,sau đó quan sát độ cong của mông và tìm các nếp da ở đùi ,mông)

* Lớp mỡ dưới da má: Đè lưỡi xem cục mỡ Bichatt

* Lớp mỡ dưới da mặt trước ngoài cánh tay:

b. Khám các triệu chứng khác :

-Khám phù : tìm dấu hiệu ấn lõm ở mặt trước xương chày , mắt cá trong , mu bàn chân , trán (trên bệnh nhân SDD phù chủ yếu ở vị trí thấp nên hay gặp phù ở mu chân ,cẳng chân, hầu như không có cổ chướng). phù do SDD là phù mềm ,trắng , phù kết hợp với giảm cân. Khám phù cả 2 chân .

- Khám dấu hiệu gầy mòn nặng : các cơ vai ,cánh tay ,cơ đùi teo nhỏ.

- Tìm mảng sắc tố : là các mảng da đỏ xuất hiện ở bẹn, đùi, chân ,bụng ,ít khi gặp ở mặt. Sau đó các mảng đỏ tập trung lại thành đám ,các đám đỏ thâm dần, bong ra ,để lại lớp da non dễ bị nhiễm trùng .

-Tìm các dấu hiệu thiếu Vitamin và vi chất:

+ Thiếu vitamin A : da khô , sợ ánh sáng , quáng gà , khô giác mạc ,loét giác mạc sẹo giác mạc

+ Thiếu vitaminD : Đo vòng đầu , các dấu hiệu biến dạng xương như : Bướu trán , bướu chẩm đỉnh, chuối hạt sườn , vòng cổ chân tay....

+ Thiếu máu thiếu sắt : tìm dấu hiệu da xanh (xem màu da ở bình tai ,lòng bàn tay nhợt)

Tìm niêm mạc nhợt (niêm mạc mắt ,miêm mạcmiệng)

Tóc rụng có màu hung , móng tay mềm dễ gãy .

+ Thiếu vitamin B1, B2 , PP: Trẻ chán ăn , viêm niêm mạc miệng ,nứt mép , viêm ngứa viêm mi . trẻ mất gai lưỡi . Lưỡi nứt hình bản đồ .

+ Rối loạn tiêu hoá : trẻ Kwashiorkor hay bị tiêu chảy. Bệnh nhân bị Marasmus hay bị ỉa phân đối .

Trong thiếu máu thiếu sắt da xanh nhiều ,niêm mạc nhợt ít.

Xét nghiệm máu : số lượng hồng cầu giảm ít ,số lượng Hb giảm nhiều ,MCV giảm < 80ft/l .

MCH < 25Pg .

S□t huyết thanh giảm . Ferritin giảm

- Tìm các bệnh kèm theo :

+ Viêm phế quản phổi : trẻ SDD nặng khi bị VPQP có một số điểm khác với VPQP ở trẻ khoẻ mạnh gồm : có thể không sốt , khi trẻ có khó thở có thể không thấy dấu hiệu co rút các cơ liên sườn, dấu hiệu tím thường đến rất muộn .

Khi nghe phổi có thể không thấy ran do trẻ thở yếu .

+ Các bệnh nhiễm trùng : Trẻ có thể không sốt , Trong công thức máu bạch cầu không tăng.

+ Khi trẻ bị tiêu chảy : Dấu hiệu mất nước dễ bị lẫn với triệu chứng SDD, như da khô, casper có thể (+)....

Mức độ đạt : 1

D.kỹ năng tư duy :

Sau khi hỏi bệnh sử , thăm khám .Sinh viên tóm tắt bệnh án thành các hội chứng để có chẩn đoán.

Phương pháp : thảo luận trên bệnh nhân cụ thể gồm :

- Trẻ có hội chứng chậm phát triển thể chất?
- Có phù?
- Có dấu hiệu thiếu vitamin?
- Các triệu chứng của bệnh kèm theo.....

Chẩn đoán SDD khi cân nặng/ tuổi (P/T) còn lại <80% .

***Chẩn đoán mức độ SDD dựa vào NCHS hoặc biểu đồ tăng trưởng :**

+ Dựa vào NCHS : Nếu P/T còn lại từ - 2SD đến - 3SD -----> SDDI.

P/T từ - 3SD đến - 4SD -----> SDDII

P/T - >4SD-----> SDDIII

+ Dựa vào biểu đồ tăng trưởng :

Nếu cân nặng của trẻ nằm ở Kênh B -----> SDD nhẹ.

Nếu cân nặng của trẻ nằm ở kênh C -----> SDD vừa .

Nếu cân nặng của trẻ nằm ở kênh D-----> SDD nặng

* **Chẩn đoán thể suy dinh dưỡng** : (khi trẻ bị SDD III) Phân thể suy dinh dưỡng dựa vào phân loại của Wellcome (cân nặng/ tuổi) + phù.

Cân nặng / tuổi	Phù	
	có	Không
60%-----> 80%	Kwashiorkor	SDDI hoặc SDDII
< 60%	K-----M	Marasmus

❖ Phân tích các xét nghiệm lâm sàng của bệnh nhân :

Công thức máu : -Tìm dấu hiệu thiếu máu :

Hb < 110 g / l Thiếu máu .

Từ 90 - 110g / l => Thiếu máu nhẹ .

Từ 60 - 90g / l => Thiếu máu vừa .

< 60g / l => Thiếu máu nặng

Tính chất của thiếu máu : Trong SDD thiếu máu chủ yếu thiếu máu thiếu sắt :

- Hb giảm nhiều , số lượng hồng cầu giảm ít .
- Thể tích trung bình HC Giảm < 80 fl.
- Độ bão hoà Hb giảm < 27pg .
- Nồng độ Hb hồng cầu < 30 g/dl.
- Ferritin huyết thanh < 35ng/ dl
- Fe huyết thanh giảm < 50 mcg/dl

❖ Phân tích công thức bạch cầu :

- Bạch cầu tăng cao , bạch cầu đa nhân trung tính tăng , chứng tỏ trẻ bị bệnh nhiễm trùng, nhưng đối với trẻ SDD thì đây vẫn là tiên lượng tốt vì trẻ vẫn có khả năng chống lại các bệnh nhiễm trùng .
- Bạch cầu giảm ,đặc biệt BC đa nhân trung tính giảm : tiên lượng nặng việ thống miễn dịch của trẻ không có khả năng đáp ứng miễn dịch .

❖ Phân tích xét nghiệm nồng độ protein , đặc biệt nồng độ Albumin: Phân loại ALbumin theo ALbyne và Marrit:

- Nồng độ albumin > 35g / l. Bình thường
- Nồng độ albumin từ 30 - 35 g / l hơi giảm .
- Nồng độ albumin từ 25 - 30 g / l là thấp .

❖ Phân tích lượng đường huyết, canxi, phosphataza kiềm, xquang, soi phân

*Chẩn đoán xác định :

*Thảo luận nguyên nhân :

+ Sai lầm về phương pháp nuôi dưỡng.

+ Do nhiễm khuẩn.

+ Do các dị tật bẩm sinh.

* Kế hoạch điều trị : + chế độ ăn : số lượng thức ăn hàng ngày , cách cho trẻ ăn (bú mẹ , đồ thìa , ăn qua sonde , nuôi dưỡng tĩnh mạch...)

+ Điều trị biến chứng, các bệnh kèm theo .

+ Điều trị nguyên nhân

(Dựa vào bệnh nhân cụ thể)

-**Tư vấn, giáo dục sức khoẻ** :

Sử dụng khả năng giao tiếp tốt để sai lầm trong dinh dưỡng ,để tư vấn chế độ ăn đúng.

Hướng dẫn phòng chống thiếu vitamin và vi chất bằng chế độ ăn , giới thiệu các thực phẩm giàu vitamin và vi chất chủ yếu là vitamin A ,B ,D. Fe, canxi , Zn.....

Hướng dẫn theo dõi cân nặng để đánh giá sự phục hồi sau điều trị .

Xây dựng kế hoạch quản lý bệnh nhân để chống sự tái SDD.

Mức độ đạt : 1

Tài liệu tham khảo :

1. Bài giảng nhi khoa - 2000 - Bộ môn Nhi trường đại học Y Hà Nội . Nhà xuất bản Y học.

DINH DƯỠNG TRẺ EM

I. Hành chính:

1. Đối tượng : Y4 đa khoa.
2. Thời gian : 9 tiết.
3. Địa điểm giảng: Bệnh viện.
4. Tên người biên soạn: Ths. Nguyễn Thị Yến.

II. Mục tiêu học tập:

1. Khai thác được tiền sử dinh dưỡng.
2. Xây dựng được chế độ ăn cho trẻ dưới 1 tuổi bình thường.
3. Đánh giá được bữa bú và hướng dẫn bà mẹ cho trẻ bú đúng.
4. Nêu được công thức tính lượng sữa và cách pha các loại sữa cho trẻ ăn nhân tạo.
5. Thực hành được một buổi hướng dẫn chế độ ăn cho các bà mẹ.

III. Nội dung:

1. Những kỹ năng sinh viên cần thực hành trong bài này:

- Kỹ năng giao tiếp để khai thác tiền sử nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ và để bà mẹ yên tâm hợp tác và tư vấn cho bà mẹ cách nuôi dưỡng trẻ đúng.
- Kỹ năng thực hành: Xây dựng chế độ ăn cho trẻ.
- Kỹ năng tư duy và ra quyết định: nhận định chế độ ăn của trẻ đã đúng và đủ chưa, để có tư vấn đúng và thích hợp.

2.Thái độ: Chế độ ăn cho trẻ cần phải đủ và đúng, điều đó sẽ giúp cho sự phát triển thể chất và trí tuệ của trẻ, do vậy sinh viên cần có thái độ kiên trì, mền mỏng, không chê bai bà mẹ.

3. Thực hành các kỹ năng:

3.1. Kỹ năng khai thác tiền sử dinh dưỡng:(3 tiết).

3.1.1. Tiền sử nuôi con bằng sữa mẹ:

- Sau đẻ bao lâu trẻ được bú mẹ.
- Trẻ có được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu sau đẻ không?
- Trẻ được bú bao nhiêu lần trong ngày, đêm.
- Trong 6 tháng đầu sau đẻ trẻ có được ăn thức ăn gì khác?
- Nếu có,hỏi xem trẻ được ăn gì? ăn bằng cái gì?

3.1.2. Nếu mẹ không có sữa:

- Trẻ được ăn thức ăn gì (sữa bò, nước cháo.)
- Trẻ được ăn bao nhiêu bữa trong ngày.
- Mỗi bữa trẻ được ăn bao nhiêu, ăn bằng cái gì.

3.1.3. Thời gian cai sữa: (Thời gian cai sữa tối thiểu 24 tháng)

3.1.4. Tiền sử ăn bổ sung:

- Trẻ được ăn bao nhiêu bữa / ngày.

- Mỗi bữa ăn được bao nhiêu.
- Thành phần bát bột có đủ 4 thành phần ô vuông thức ăn:

Gluxit (gạo, ngô khoai sắn..)	Protein (sữa thịt, trứng...)
Vitamin (quả, rau.)	Lipit (dầu, mỡ, bơ.....)

3.1.5. Chế độ ăn hiện tại của bệnh nhân: + Số lần bú.

+ Thức ăn khác: bột, cháo, cơm (số bữa, số lượng ăn của mỗi bữa, thành phần thức ăn của mỗi bữa....)

3.1.6. Đối với trẻ < 6 tháng được bú mẹ:

Sinh viên quan sát bữa bú gồm:

+ Tư thế bú đúng:

- Đầu trẻ đối diện với vú mẹ.
- Đầu và thân trẻ thẳng.
- Thân trẻ áp sát vào người mẹ.
- Mẹ đỡ toàn bộ thân trẻ.

+ Cách ngậm bắt vú đúng:

- Cầm trẻ tì vào vú mẹ.
- Miệng trẻ mở rộng.
- Môi dưới hướng ra ngoài,
- Quầng vú phía trên nhìn rõ hơn phía dưới.

+ Trẻ bú có hiệu quả:

- Trẻ mút chậm, sâu,
- Thỉnh thoảng nghe thấy tiếng nuốt.

Mức độ đạt:2

4.2. Xây dựng chế độ ăn và hướng dẫn cách nuôi trẻ < 1 tuổi không có sữa mẹ

Kỹ năng cần: Kỹ năng thực hành.

Kỹ năng tư duy, ra quyết định.

+ **Bài tập 1:** Một trẻ sơ sinh 6 ngày tuổi, trẻ không có sữa mẹ. Cân nặng lúc đẻ 3,2kg, hiện nay trẻ nặng 4,0 kg hãy tính khẩu phần ăn của trẻ, từ sữa đặc có đường và sữa bột nguyên kem (Tính lượng sữa theo calo và công thức).

Cách tính:

*. Tính số lượng sữa theo calo

Theo nhu cầu năng lượng: trẻ sơ sinh cần 120 kcalo / kg trọng lượng trẻ.

Số năng lượng trẻ cần là: $120 \times 4\text{kg} = 480\text{kcal}$

Biết rằng 100 ml sữa bò cho 65 kcal, nên số lượng sữa là:

$$(480 \text{ kcal}:67) \times 100 = 620\text{ml}$$

Số bữa ăn trong ngày của trẻ = 8 bữa. Mỗi bữa 90 ml.

*. Tính theo công thức:

$$\text{Xml / ngày} = 70 \text{ hoặc } 80 \times n.$$

n là số ngày của trẻ

Khi trẻ có cân nặng lúc đẻ < 3200g = 70ml x n.

Khi trẻ có cân nặng từ 3200 g trở lên = 80 ml x n.

Vậy số lượng sữa của trẻ là: $80 \text{ ml} \times 6 = 480\text{ml}$

+ **Bài tập 2:** Trẻ 3 tháng tuổi, nặng 6 kg. Không có sữa mẹ. Hãy tính khẩu phần ăn của trẻ, từ sữa bột nguyên kem. Hướng dẫn cách cho trẻ ăn.

*Tính số lượng sữa của trẻ theo calo:

trẻ 3 tháng tuổi nhu cầu calo hàng ngày = 110kcal /Kg x 6 Kg = 660kcal

Số lượng sữa / ngày = 660: 65 x 100 = 1000 ml sữa.

Số bữa trẻ cần ăn trong ngày là: 6 bữa vậy mỗi bữa trẻ cần ăn 160-170ml.

***Tính số lượng ăn của trẻ theo công thức:**

Công thức Skarin $X_{ml} = 800ml \text{ B}(50 \text{ ml} \times n)$.

trẻ 3 tháng sẽ được tính theo CT : $X_{ml} = 800ml + 50ml (n - 2)$ n là số tháng của trẻ vậy số lượng sữa trẻ cần là: $X_{ml} = 800 + 50 (3 - 2) = 850ml$.

Vậy khẩu phần ăn của trẻ: Ngày ăn 6 bữa.

Mỗi bữa từ 150 - 170 ml sữa

Mỗi ngày thêm 30ml nước ép hoa quả.

Cách pha sữa: Từ sữa bột cân = 125g sữa + 50g đường + nước vừa đủ 1000ml.

Từ sữa hộp Snow 1 = 130g + 1000ml nước sôi ấm.

+ Bài tập 3: Trẻ 10 tháng, nặng 8 kg, được nuôi nhân tạo, Hãy tính khẩu phần ăn cho trẻ.

Khẩu phần ăn của trẻ: Trẻ ăn 6 bữa / ngày gồm 3 bữa bột + 3 bữa sữa.

Trẻ ăn bột 10% mỗi bữa 200ml.

3 bữa sữa nguyên (mỗi bữa 200ml).

1 bữa hoa quả.

Cách pha sữa nguyên: mỗi bữa 23g + 10g đường + 200ml nước sôi.

Cách nấu bột 10% : 200ml nước + 20g bột + 10ml dầu ăn + rau.

***Tính lượng thức ăn theo Calo:**

Trẻ 10 tháng cần 1000 kcal / kg / ngày.> trẻ cần 800 kcal/ ngày.

+ 2 bữa bột đạt 380 kcal.

+ 3 bữa sữa đạt 420 kcal

Mức độ đạt: 1

4.3. *Kỹ năng hướng dẫn ăn bổ sung: (3 tiết)SVY6*

*** Sinh viên cần thảo luận các vấn đề:**

+ Tại sao trẻ cần được ăn bổ sung: Sữa mẹ chỉ cung cấp đủ nhu cầu cho trẻ khi trẻ được 6 tháng.

Ăn bổ sung cung cấp thêm năng lượng cho nhu cầu phát triển của trẻ, đặc biệt cung cấp các vi chất dinh dưỡng và muối khoáng (sắt, kẽm, canxi, các vitamin. ..).

+ Khi nào trẻ cần được ăn bổ sung: Khi trẻ được tròn 6 tháng tuổi (đối với trẻ bú mẹ)

Đối với trẻ ăn nhân tạo hoặc chậm tăng cân có thể cho trẻ ăn

sớm hơn từ 4 - 6 tháng.

+ Trẻ cần được ăn bao nhiêu bữa / ngày:

- Trẻ 6 tháng: ăn 1 bữa bột / ngày — bột 5%

- Trẻ 7-8 tháng tuổi: Ăn 2 bữa bột/ ngày — bột 10%

- Trẻ 9-12 tháng: Ăn 3 bữa bột / ngày — bột 10%

- Trẻ 12 - 18 tháng: Ăn 3 bữa cháo

- Trẻ 18 - 24 tháng : Ăn 3 bữa cơm

- Trẻ > 24 tháng: Ăn cơm cùng gia đình nhưng phải có suất ăn riêng.

Mỗi bữa từ 200ml - 250 ml bột hoặc cháo.

Ngoài ra trẻ vẫn được bú mẹ hoặc ăn sữa bò, hoặc 2 bữa phụ.

+ Thành phần bột phải đủ 4 thành phần của ô vuông thức ăn:

- Bột có thể thêm ít củ để tăng chất xơ trong khẩu phần ăn.

- Thức ăn dầu đậm: cần ăn nhiều loại đậm khác để bổ xung các axit amin cần thiết, cần ăn các thực phẩm giàu Canxi như tôm, cua

- Đủ dầu, để tăng nguồn năng lượng và tăng hấp thu các vitamin tan trong dầu như vitamin A, D, E, K.

- Rau có màu thẫm sẽ có nhiều β caroten, sắt và muối khoáng.
- + Vệ sinh khi chế biến và bảo quản thực phẩm :
- Vệ sinh khi nấu nướng: Rửa tay trước và sau khi nấu nướng.
 - Vệ sinh dụng cụ nấu.
 - Chọn thực phẩm tươi, khi rửa rau không làm nhàu nát.
 - Cho trẻ ăn ngay sau khi nấu.

+ Hướng dẫn cách cho trẻ ăn bổ sung:

Khi bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung cần cho trẻ ăn từ từ tăng dần cả về số lượng và chất lượng.

Cho trẻ ăn từ lỏng đến đặc, thức ăn được nấu nhừ. Ngoài bữa ăn bổ sung trẻ vẫn được bú mẹ hoặc ăn sữa công thức cho đến 24 tháng.

Đối với trẻ lớn, trẻ cần được ăn tối thiểu 5 bữa / ngày, gồm 3 bữa chính và 2 bữa phụ.

Thực phẩm thường xuyên thay đổi.

Cần khuyến khích trẻ ăn.

Mức độ đạt: 2

Tài liệu tham khảo:

1. Lê Thành Uyên (1991). Những vấn đề cơ sở của dinh dưỡng học. Nhà xuất bản y học
2. Hà Huy Khôi (1994). Dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe. Nhà xuất bản y học.
3. Hà Huy Khôi (2002). Dinh dưỡng lâm sàng. Nhà xuất bản y học.
4. Nelson Textbook of pediatrics (2000).

BÀI GIẢNG THỰC HÀNH LÂM SÀNG IMCI

PHÁT HIỆN, ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ

CÁC DẤU HIỆU NGUY HIỂM TOÀN THÂN Ở TRẺ EM

I Hành chính:

1. Thời gian giảng: 4 giờ.
2. Đối tượng: Y4, Y6 đa khoa
3. Địa điểm giảng: Thực địa cộng đồng - Trạm y tế xã.
4. Người biên soạn: PGS.TS Nguyễn Gia Khánh .

II.Mục tiêu bài giảng thực hành:

1. Phân biệt, phát hiện được các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân ở trẻ em.
2. Biết cách khám để phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân ở trẻ em.
3. Xử trí cấp cứu được trước những trẻ em có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân trước khi chuyển viện.

III. Nội dung

1. Định nghĩa

1.1.*Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân* là những biểu hiện trẻ mắc một bệnh rất nặng ảnh hưởng đến tình trạng của trẻ cần phải được xử trí cấp cứu.

1.2.*Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân bao gồm 4 dấu hiệu.*

- 1) Trẻ bỏ bú hoặc không uống được.
- 2) Trẻ nôn tất cả mọi thứ
- 3) Trẻ co giật
- 4) Trẻ ngủ li bì và khó đánh thức

1.3. *Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân* là biểu hiện của những bệnh nặng do nhiều nguyên nhân khác nhau như: Nhiễm trùng huyết, nhiễm khuẩn não màng não, các bệnh diễn biến nặng như viêm phổi nặng, tiêu chảy nặng có rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan.

1.4. *Đối với trẻ từ 1 tuần - 2 tháng* những biểu hiện nhiễm khuẩn nặng đều là những dấu hiệu nguy hiểm toàn thân quan trọng như nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi nặng.

2. Phương pháp phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.

Bệnh nhi có thể đến khám lần đầu hoặc khám lại với các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân. Để phát hiện được các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân cần:

2.1. Hỏi bệnh:

- Trẻ có thể uống hoặc bú mẹ được không? Đã từ mấy giờ.

- Trẻ có nôn ra tất cả mọi thứ không? Cần khai thác đặc điểm chất nôn, số lần nôn/ngày/có liên quan đến bữa ăn.
- Trẻ có co giật không? Toàn thân hay cục bộ, lúc trẻ co giật có sốt không? Cơ co giật kéo dài trong bao lâu?

2.2. Quan sát trẻ

- Xem trẻ có ngủ li bì hoặc khó đánh thức không?

Sau khi hỏi và quan sát trẻ cần xác định có phải là dấu hiệu nguy hiểm toàn thân không?

2.2.1. Không uống được hoặc bỏ bú:

- Trẻ không thể mút hoặc nuốt được khi cho bú mẹ hoặc cho uống. Cần quan sát xem trẻ có mút được khi cho trẻ bú mẹ, xem trẻ có nuốt được và sữa khi cho trẻ uống.
- Trẻ có thể khó mút, bú một chút rồi thôi khi bị tắc mũi, làm sạch và thông mũi bằng nước muối sinh lý, nếu trẻ vẫn mút và bú được sau khi làm sạch mũi thì trẻ không có dấu hiệu nguy hiểm. Không uống được hoặc bỏ bú.

2.2.2. *Nôn tất cả mọi thứ*: Là trẻ nôn nhiều lần, nôn nặng đến mức không giữ lại bất cứ thứ gì ăn hoặc bú vào kể cả nước uống và thuốc. Có thể hỏi bà mẹ trẻ nôn bao nhiêu lần, mỗi lần nuốt thức ăn và nước trẻ có nôn ngay không? Nôn ra những thứ gì. Có thể đề nghị bà mẹ cho trẻ uống và quan sát xem trẻ có nôn không.

Nếu trẻ chỉ nôn 1-2 lần, sau khi ăn, nôn ít trẻ không có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân “nôn tất cả mọi thứ”.

2.2.3. *Trẻ co giật*: Là khi tay chân trẻ bị cứng vì các cơ co rút ngăn lại, mặt trợn hoặc mất ý thức, trẻ có thể co giật từng cơn ngắn 10 phút, 20 phút nhưng cơ thể kéo dài. Khi co giật trẻ thường mất tỉnh táo, thờ ơ không đáp ứng lại với tiếng động hoặc sự việc xảy ra xung quanh. Bà mẹ có thể mô tả co giật với từ “lên kinh”, tái giật.

Khi trẻ bị sốt cao, tăng nhân cơ thể run chân tay, trẻ vẫn tỉnh táo không mất ý thức, và đáp ứng với các tiếng động xung quanh.

2.2.4. *Trẻ ngủ li bì, khó đánh thức*.

- Là trẻ không tỉnh táo, không quan tâm đến những gì xảy ra xung quanh, không nhìn mẹ, không nhìn vào người khám khi hỏi chuyện, không quan tâm đến bú mẹ hoặc ăn uống mà lẽ ra trẻ thức và đáp ứng với những kích thích bên ngoài.
- Khi kích thích như gây đau trẻ có thể thức nhưng sau đó lại ngủ lịm khi ngừng kích thích, trẻ nhìn thẩn thờ, thờ ơ không chú ý tới ngoại cảnh gọi là ngủ gà.
- Trẻ khó đánh thức là trẻ không phản ứng khi chạm vào người, lay hoặc hỏi chuyện, không thể đánh thức được.

Cần hỏi bà mẹ xem lúc bình thường trẻ có khó đánh thức không?

Quan sát trẻ khi mẹ hỏi chuyện, lay hoặc vỗ tay.

3. Nếu trẻ từ 1 tuần đến 2 tháng tuổi.

Ngoài những dấu hiệu trên nếu trẻ có các dấu hiệu sau:

3.1. Các biểu hiện hô hấp:

- Thở nhanh ≥ 60 l/1phút
- Rút lõm lồng ngực nặng.
- Cánh mũi phập phồng.

3.2. Các biểu hiện nhiễm khuẩn tại chỗ:

- Tấy đỏ quanh rốn.
- Mụn mủ, nhiễm khuẩn nặng ở da
- Chảy mủ tai

3.3. Sốt $\geq 37^{\circ} 5$: Sờ thấy nóng hoặc hạ nhiệt độ, Sờ thấy lạnh $\leq 35,5^{\circ} C$

Trẻ có khả năng nhiễm khuẩn nặng: Trẻ 1 tuần đến 2 tháng tuổi có các dấu hiệu trên có thể bị một bệnh nặng và có nguy cơ tử vong cao. Trẻ có thể bị viêm phổi, nhiễm trùng huyết hoặc viêm màng não. ở trẻ nhỏ việc phân biệt các loại nhiễm khuẩn này thường khó khăn. Vì các bệnh này đều phải điều trị không nhiễm khuẩn toàn thân nặng, do vậy ở tuyến đầu không cần phải phân biệt.

4. Phân loại đối với các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân:

4.1. Nếu trẻ có bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân, trẻ được phân loại “có khả năng nhiễm khuẩn nặng”.

Nếu trẻ không có dấu hiệu nào thì không nghĩ tới khả năng nhiễm khuẩn nặng.

4.2. Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân cần phải tìm trước hết ở toàn bộ các trẻ bệnh: Khi trẻ có một trong các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.

4.3. Một trẻ có 1 dấu hiệu nguy hiểm toàn thân cần phải chuyển gấp đến bệnh viện. Những trẻ này cần điều trị gấp bằng kháng sinh, thở oxy và các biện pháp khác.

4.4. Sau khi đánh giá các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: Trẻ cần đánh giá tiếp theo các dấu hiệu chính khác như khó thở, tiêu chảy.

5. Xử trí đối với trẻ bệnh có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.

Trẻ có một dấu hiệu nguy hiểm toàn thân đều được phân loại nặng. Những trẻ này sẽ được chuyển đến bệnh viện gấp. Sau khi cho liều kháng sinh thích hợp đầu tiên và tiến hành các điều trị cấp cứu khác.

MỤC LỤC

STT	Tên bài	Trang
1	Đặc điểm giải phẫu sinh lý bộ máy tiêu hóa trẻ em	1
2	Bệnh tiêu chảy cấp	1
3	Những hội chứng tiêu hóa thường gặp ở trẻ em	3
4	Bệnh giun ở trẻ em	5
5	Tiêu chảy kéo dài ở trẻ em	6
6	Đau bụng ở trẻ em	8
7	Khám lâm sàng hệ hô hấp trẻ em	19
8	Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em	21
9	Bệnh viêm phế quản phổi	23
10	Hen phế quản	26
11	Đặc điểm giải phẫu sinh lý hệ tuần hoàn	30
12	Bệnh thấp tim	32
13	Suy tim ở trẻ em	37
14	Bệnh tim bẩm sinh, phân loại và các bệnh thường gặp	42
15	Chăm sóc trẻ sơ sinh đủ và thiếu tháng	48
16	Hội chứng vàng da sơ sinh	49
17	Hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh	53
18	Nhiễm khuẩn sơ sinh	60
19	Đặc điểm tạo máu trẻ em	66
20	Thiếu máu thiếu sắt	71
21	Thiếu máu tan máu	73

Bài giảng lâm sàng Nhi khoa		Bộ môn Nhi ĐHY Hà Nội
22	Hội chứng xuất huyết	78
23	Bạch cầu cầu ở trẻ em	81
24	Đặc điểm thần kinh trẻ em	84
25	Sự phát triển tâm thần vận động ở trẻ em	86
25	Chảy máu trong sọ ở trẻ em	89
27	Bướu cổ đơn thuần	92
28	Suy giáp trạng bẩm sinh	94
29	Đặc điểm hệ tiết niệu trẻ em	98
30	Bệnh viêm cầu thận cấp sau nhiễm khuẩn ở trẻ em	100
31	Cách lấy nước tiểu 24 giờ, xét nghiệm định tính Protein niệu ở bệnh nhân hội chứng thận hư bằng phương pháp chung đốt, nhỏ Domet, acid lactic, nước chanh quả	102
32	Nhiễm khuẩn tiết niệu	104
33	Kỹ năng cân đo	111
34	Suy dinh dưỡng do thiếu Calo Protein	115
35	Dinh dưỡng cho trẻ em	119
36	Phát hiện, đánh giá và xử trí các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân ở trẻ em	123