

# Tài liệu thi tốt nghiệp Nhi khoa

## **\*Chỉ định thở Oxy:**

Theo hiệp hội chăm sóc hô hấp Hoa Kỳ, ta điều trị Oxy khi:

- Suy hô hấp độ 2.

-  $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ .

-  $\text{SpO}_2 < 90 \%$ .

- Trường hợp khác: NMCT cấp, chấn thương, hậu phẫu hoặc bất cứ tình trạng nào nghi ngờ có giảm Oxy máu.

## **\*Chống chỉ định chọc dò tủy sống:**

1. Sinh hiệu không ổn định: suy hô hấp, sốc, sốt cao đột ngột trên  $39.5^\circ\text{C}$ .

2. Nhiễm trùng da nơi chọc dò.

3. Rối loạn đông máu.

4. Bệnh huyết hữu( Hemophylie), giảm tiểu cầu hoặc bệnh nhân đang được điều trị với các thuốc chống đông được xem là chống chỉ định tương đối.

5. Tồn thương cột sống cổ: khi thực hiện tư thế gập cổ bệnh nhân làm liệt tứ chi, ngưng thở và tử vong.

6. Tăng áp lực nội sọ hoặc nghi ngờ có khối u não.

## **\*Tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH:**

- Phù

- Tiểu đạm  $> 50 \text{ mg/kg/ngày}$  hay  $> 1 \text{ g/m}^2/\text{ngày}$

hay protein/creatinine > 2

- Alb máu < 2,5 g/dL, đạm máu < 5,5 g/dL

- Lipid máu tăng

**\*Diễn tiến VTPQ cấp:**

- Đa số trẻ giảm khò khè sau 3 – 4 ngày

- Khởi bệnh hần từ 1-2 tuần

- Có thể bị SHH cấp từ 24 – 48 h sau nhập viện, nếu xử trí không kịp thời sẽ dẫn đến tử vong

- Bội nhiễm VT thường làm đtrị khó khăn và kéo dài

- Khò khè kéo dài đến vài tháng (thường do Adeno virus) làm trẻ lệ thuộc oxy, có thể dẫn đến loạn sản phổi

**\*Điều trị nám miệng tại nhà:**

4 bước:

- rửa sạch tay

- rửa sạch miệng bằng 1 mảnh vải mềm quấn quanh ngón tay và thấm nước muối loãng

- bôi vào vết loét tím Gentian 0,25% hoặc xanh Methylen 1% hoặc Glycerin borat 3%

-rửa sạch tay

**\*Nhiễm trùng rốn:**

Dấu hiệu nhận biết:

Rỉ dịch hay máu hôi, da quanh chân rốn tấy đỏ, dấu hiệu NT toàn thân trong giai đoạn muộn

Nếu NT rốn do VT sinh mủ, thường do chăm sóc, tác nhân thường là tụ cầu.

Có 3 mức độ: độ 1, độ 2, độ 3

Đ trị tại nhà: 5 bước

- Rửa sạch tay
- Rửa nhẹ nhàng cho sạch mủ bằng nước muối loãng hoặc oxy già
- Thấm khô
- Bôi cồn Iod 2% loãng vào rốn
- Rửa sạch tay

**\*Chỉ định lợi tiểu trong suy tim :**

- Phù, gan to, TM cổ nổi, phản hồi gan-cảnh (+)
- Sung huyết - ứ huyết phổi, phù phổi (LS + XQ ngực)

**\*Liên cầu khuẩn tiêu huyết  $\alpha$  và  $\beta$ :**

Tiêu huyết  $\alpha$ : khuẩn lạc được bao quanh bằng 1 vòng màu xanh lạt tương đối hẹp 1 – 2mm. Đây là hiện tượng tiêu huyết không hoàn toàn, chỉ có 1 phần HC bị tiêu.

Tiêu huyết  $\beta$ : chung quanh khúm VK là 1 vòng trong suốt, rộng 2 – 4mm. Đây là hiện tượng tiêu huyết hoàn toàn, không còn HC ở chung quanh khúm

Nhóm A (*Streptococcus pyogenes*): tác nhân chính gây bệnh ở người, nhạy với Bacitracin, trên thạch máu cho vòng tiêu huyết  $\beta$  lớn

Nhóm B (*Streptococcus agalactiae*): thường trú đường sinh dục nữ, là tác nhân quan trọng gây NK và VMN ở trẻ SS. Không hay ít nhạy với Bacitracin. Trên thạch máu cho vòng tiêu huyết  $\beta$  nhỏ

**\* Nhu cầu Fe cơ bản:** (Nhi khoa tập I, p89)

Nhu cầu Fe: 1 mg/kg/ngày

Sữa mẹ và sữa bò đều thiếu Fe, cho nên từ tháng thứ 4 – 5 trở đi, cần cho trẻ ăn thức ăn hỗn hợp, nếu không thì phải cho uống thêm Fe

**\* Thức ăn giàu Fe:**

- Gan & các loại thịt đỏ (thịt bò, thịt heo, ...)
- Hải sản
- Trái cây như mơ, mận đỏ, nho
- Các loại hạt
- Các loại đậu, đặc biệt là đậu Lima
- Các loại rau xanh như cải ngọt, cải bẹ xanh, rau muống
- Một số loại bánh mì & ngũ cốc
- Một số loại trái cây có màu đỏ

**\* Lịch chủng ngừa VMN mủ (Bệnh truyền nhiễm p 196)**

H. influenzae Vacxin tái tổng hợp chủng vào 2 – 4 – 6 tháng tuổi

**\* Xử trí sốc phản vệ:** (Thực hành LS nhi khoa p41)

1. Ngưng ngay thuốc tiêm hay uống hoặc loại trừ ngay tác nhân gây sốc phản vệ (nếu có thể)

2. Nằm đầu thẳng

3. Cấp cứu ngưng tim ngưng thở nếu có: thổi ngạt, bóp bóng qua mặt nạ, xoa bóp tim ngoài lồng ngực

4. Adrenaline 1/1.000 0,3 – 0,5 ml TDD (0,01mg/kg). Nếu có sẵn đường truyền, có thể dùng Adrenaline 1/10.000 (0,1 mg/kg) TMC. Có thể lập lại mỗi 15-20p nếu tình trạng không khá hơn

5. Garrot phía trên nơi tiêm thuốc (tác nhân gây dị nguyên) nếu có thể

6. Đặt đường truyền TM:

- Nếu mạch, HA không cải thiện sau khi tiêm Adrenaline

- Lactac Ringer 20 mg/kg/giờ TTM, nếu thất bại phải dùng đại phân tử TTM

- Nếu sốc nặng: Adrenaline TTM liều 0,1-1 µg/kg/ph cho đến khi có cải thiện

7. Thở oxy nếu BN khó thở. Nếu có KT thanh quản: Phun KD Adrenaline 1/1.000 2-3ml . Nếu thất bại, phải mở khí quản giúp thở

8. Các thuốc khác:

- Methylprednisolone 1-2 mg/kg TMC

- Hydrocortisone 5 mg/kg TM mỗi 4-6 giờ

- Pipolphen 1 mg/kg TB mỗi 4-6 giờ

9. Theo dõi mạch, HA, nhịp thở mỗi 30p

**\* NT đường HH trên có gây SHH : (Nhi khoa tập I, p306-319)**

NT đường HH trên gồm:

- Viêm mũi hầu

- Viêm tai giữa

- Viêm xoang

- Viêm họng

- Viêm thanh quản

- Viêm thanh thiệt

□ viêm thanh quản và viêm thanh thiệt cấp là gây SHH -> KT thanh quản

Các mức KT thanh quản:

- Độ 1: khó thở khi gắng sức, khi khóc

- Độ 2: A và B:

+ 2A: KT cả lúc nằm yên

+ 2B: 2A + triệu chứng thiếu oxy não: bứt rứt, vật vã, kích thích, không yên

- Độ 3: 2B + tím tái

**\* Mô tả phân biệt Kernig và Brudzinski:**

Dấu hiệu Kernig: BN nằm ngửa, 2 chân duỗi thẳng, nâng từ từ chân lên khỏi mặt giường, đến một độ cao nào đó thì gối gấp lại. Ta nói Kernig có ở 15o, 30o,...

Dấu hiệu Brudzinski (dấu hiệu gáy): BN nằm ngửa, 2 chân duỗi thẳng, nâng đầu gấp gáy BN ra phía trước, 2 chân sẽ gấp lại (cẳng chân gấp vào đùi, đùi gấp vào hông)

**\*Các bệnh thiếu yếu tố đông máu di truyền thường gặp:**

Bệnh hemophilia A (thiếu yếu tố VIII).

B (thiếu yếu tố IX) - bệnh Christmas.

C (thiếu yếu tố XI) - bệnh Rosenthal.

Bệnh Von Willabrand (thiếu yếu tố Von Willebrand).

Bệnh thiếu fibrinogen

Ngoài ra còn có các bệnh thiếu hụt yếu tố đông máu di truyền khác ít gặp như:

- Bệnh giai đoạn tạo fibrin :

- Thiếu fibrinogen: không có fibrinogen, giảm fibrinogen.
- Thiếu yếu tố làm bền fibrin: thiếu yếu tố XIII.

- Thiếu các yếu tố phụ thuộc vit K:

- Thiếu prothrompin (II)
- Thiếu yếu tố VII.
- Thiếu yếu tố Stuart (X)
- Thiếu yếu tố (IX)
- Thiếu proteine C và proteine sincerely.

- Thiếu yếu tố V và VIII C:

- Thiếu yếu tố V.
- Thiếu yếu tố VIII C.

- Thiếu yếu tố đung chạm:

- Thiếu yếu tố Hageman (XII).
- Thiếu yếu tố Fletcher và Fitzgerald.
- Thiếu yếu tố Rosenthal(XI).

- Thiếu các chất ức chế:

- Thiếu AT III.

- Thiếu proteione C và proteine S.

**\*Thiếu vitamin K cần xét nghiệm nào?**

Giai đoạn đầu :

TQ dài, vì vit K giảm -> giảm yt II, VII, IX, X nhưng thời gian bán hủy yt VII ngắn nhất -> VII giảm trước.

TCK bình thường.(lúc đầu do tg bán hủy yt IX, X dài).

Giai đoạn sau :

TQ dài.

TCK dài (thiếu vit K nặng).

TT bình thường, do yt V bình thường khi thiếu Vit K .

**\*Test Koller** : chích vit k TM:

PT sẽ trở về bình thường nếu giảm vit K do : hấp thu hay thiếu do cung cấp.

PT không trở về bình thường nếu thiếu vit K do : suy gan.

**\* Những chế phẩm chứa yếu tố VIII:**

- + Máu toàn phần .

- + Huyết tương tươi, huyết tương đông lạnh (huyết tương khô : các yếu tố đông máu bị hủy).

- + Yếu tố VIII đậm đặc, yếu tố VIII kết tủa đông lạnh hay yếu tố VIII kết tủa đông khô.



### **\*Tại sao có ran ứ động ?**

- Ran ứ động thường gặp ở người nằm lâu.

- Cơ chế là tăng áp lực thủy tĩnh trong mao mạch, đặc biệt là 2 đáy phổi -> tăng tính thấm qua màng phế nang mao mạch -> hiện diện dịch trong phế nang-> ran. Dịch thường là dịch thấm nên thường là ran ẩm. Bình thường, bệnh nhân không bệnh lý tim mạch như suy tim, hẹp 2 lá, người già ... thì hệ tim mạch làm việc tốt không gây tình trạng ứ trệ dòng máu ở mao mạch phổi.

- Ran này sẽ mất đi khi làm tăng dự hồi lưu cửa dòng máu về tim : như ngồi dậy (máu về tim dễ hơn nhờ trọng lực) và/hoặc vỗ vào lưng (làm tăng áp lực trong lồng ngực)

### **\* Tại sao nghi dị vật đường thở ?**

Chẩn đoán dị vật đường thở : TC + LS + CLS

- TIỀN CĂN: Trẻ đang khỏe mạnh bình thường đột nhiên xuất hiện hội chứng xâm nhập : ho sặc sụa, khó thở, tím tái.

- LS : Có thể có khó thở thanh quản : khó thở chậm thì hít vào, co kéo cơ hô hấp phụ, tiếng thở rít.

Nghe được tiếng rít thanh quản, hay tiếng ran rít.

- CLS : Xquang cổ thẳng, nghiêng : có thể thấy dị vật .

Nội soi : tìm và lấy dị vật.

### **\*Đọc UIV , Ý nghĩa :**

Phân tích UIV :

- Phim trước bơm thuốc : phân tích giống phim KUB ở trên.

- Phim thận đồ : đánh giá thận về kích thước, hình dáng, đối xứng, hướng trục thân( song song bờ ngoài cơ thắt lưng ?), đánh giá đường bờ thận( khuyết , lồi )

- Phim khảo sát bể thận đồ và toàn thể :

- Đài thận : đối xứng ?, hình dạng đài thận ?, (bình thường hình đáy chén với các cùng đồ nhọn, bất thường tù trong tắc nghẽn hoặc bị cắt cụt, dẫn bất thường?, chèn ép?.)

- Bể thận : rất thay đổi về hình dạng, kích thước, vị trí, cần tìm hình khuyết bất thường.

- Niệu quản : thường chỉ thấy 1 phần chiều dài do nhu động niệu quản. Thường kích thước nhỏ hơn 7mm. Xem niệu quản có bị đẩy bất thường ko ?

- Bàng quang : đường bờ thường đều đặn. Tìm kiếm hình khuyết, lồi bất thường. Bàng quang sau tiểu thường trống, ko còn nước tiểu.

### **\*Tổng phân tích nước tiểu:**

Kỹ thuật lấy nước tiểu làm xét nghiệm :

- Thông thường nhất là lấy nước tiểu giữa dòng(bỏ nước tiểu đầu và cuối dòng) sau khi đã sát trùng miệng niệu đạo 3 lần bằng xà phòng và nước muối sinh lý. Nên lấy nước tiểu lúc sáng sớm, khi mới thức dậy, chưa ăn uống.

- Các kỹ thuật đặc biệt khác :

- + Qua đặt sonde tiểu : hạn chế dùng vì có thể đưa thêm vi trùng từ ngoài vào trong đường tiểu. chỉ dùng trong trường hợp đặc biệt như bí tiểu.

- + Chọc dò bàng quang trên xương mu 2cm trên đường trắng giữa, lúc bàng căng đầy. Chỉ thực hiện khi 2 bp trên ko thực hiện được.

- Phải khảo sát nước tiểu ngay sau lấy, tránh sự ly giải của tế bào, sự dây nhiễm của VT và thay đổi pH.

+ Nếu ko, phải để nước tiểu ở 4 c, ko vá 4h.

+ Nước tiểu được khảo sát về đại thể, vi thể, lý tính, và hóa tính.

**\*\$ thận hư, VCTC, chẩn đoán, biến chứng, tiên lượng:**

A. Hội chứng thận hư:

1. Chẩn đoán hội chứng thận hư :

- Phù : nhanh, nhiều, tràn dịch đa màng, đặc biệt phù bìu, ( tăng cân >15% so với bình thường)

- Tiểu đạm : > 50mg/kg/ngày hay 2g/m<sup>2</sup>/ngày hay albumine/creatinin > 2mg/mg

- Albumin máu <2,5g/dl, đạm máu < 5,5g/dl

- Lipid /máu tăng.

2. Biến chứng :

Mức độ biến chứng xảy ra tùy thể sang thương . thể tối thiểu ít biến chứng so với các thể sang thương khác.

1. Nhiễm trùng :

Vị trí dễ nhiễm trùng :da, phổi, đường tiểu, viêm phúc mạc nguyên phát.

Viêm phúc mạc nguyên phát : đau bụng nóng, BC tăng cao, phản ứng thành bụng. Tác nhân thường là phế cầu, Gram (-),. Thường điều trị bằng cephalosporin thế hệ thứ 3 và aminoglycoside.

2. Tăng đông : dễ hình thành huyết khối tĩnh mạch hay động mạch, thường là tĩnh mạch.

3. Rối loạn nước điện giải : đôi khi giảm V máu , hạ calci máu.

#### 4. Suy dinh dưỡng

5. Biến chứng khác : suy thận cấp có thể xảy ra ở mọi thể, nhưng ít xảy ra ở thể tối thiểu. Viêm ống thận mô kẽ thường có đường và acid nước tiểu. Khi có thì thường nên nghĩ trẻ có sang thương xơ hóa cục bộ từng phần cầu thận.

Biến chứng do điều trị : sử dụng corticoid và các loạn thuốc ức chế miễn dịch.

#### 3. Diễn tiến và tiên lượng:

Trên 90% đáp ứng với corticoid nhưng rất hay tái phát xa 30 – 40 % và tái phát thường xuyên 40 – 50%

Diễn tiến và dự hậu tùy thuộc sự đáp ứng hay ko đáp ứng với corticoid và thể sang thương.

#### **VCTC :**

Chẩn đoán :

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng :

- Lâm sàng điển hình hội chứng VCTC:

- Phù, tiểu ít, tiểu máu, huyết áp cao và ko có bệnh toàn thân đi kèm.

- Bằng chứng nhiễm liên cầu trùng :

- Phết họng hay da có liên cầu trùng

- Tăng kháng thể kháng liên cầu trùng (ASO tăng, anti-DNAase B tăng...)

- Bỏ thể :

- C3 giảm, C4 thường bình thường

- C3 về bình thường trong khoảng 6 – 8 tuần

- Trong vòng 1 – 2 tuần :

- Tiểu nhiều, huyết áp về bình thường, hết phù, ure/máu, creatinin/máu giảm.

- Bình thường hóa nước tiểu :

- Tiểu máu đại thể hết trong vòng 2-3 tuần

- Tiểu đạm hết trong vòng 3-6 tháng.

- Tiểu máu vi thể hết trong vòng 1 năm.

2. Biến chứng và tiên lượng :

- \* Trong giai đoạn cấp, trẻ có thể có các biến chứng :

- Suy tim cấp : trẻ khó thở, tím tái, tim to, tiếng ngựa phi, gan to, huyết áp tăng, .

X- Quang tim to, phổi ứ huyết. Đôi khi phù phổi cấp.

- Bệnh cảnh não do tăng huyết áp : co giật, lơ mơ, hôn mê.

- Suy thận cấp : tiểu ít, ure máu, creatinin máu tăng.

- \* Về lâu dài đa số khỏi hoàn toàn:

Viêm cầu thận tiến triển nhanh : 1- 2 %

Suy thận mạn < 1%