**BỘ CÂU HỎI ÔN THI NHI LÂM SÀNG**

**TIÊU HÓA**

|  |
| --- |
| *“One day you’ll leave this world behind*  *So live a life you will remember”*  Avicii |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# A. Nội dung

*Dưới đây chỉ là những kinh nghiệm lâm sàng nên mang nhiều tính chất tham khảo.*

**1. Trong tiêu chảy, kẽm có ý nghĩa gì, vì sao, liều bao nhiêu? Bệnh nhân (BN) suy dinh dưỡng (SDD) thể Kwashiorkor (KW) khi bị tiêu chảy thì những dấu mất nước đánh giá khó như thế nào?**

- Kẽm là một vi chất rất quan trọng cho sức khỏe và sự phát triển của trẻ em, kẽm cũng có vai trò rất quan trọng cho hệ thống miễn dịch của trẻ:

+ Trẻ bị tiêu chảy bị mất một lượng lớn kẽm trong quá trình bị bệnh. Bù lại lượng kẽm bị mất đi do tiêu chảy rất quan trọng giúp cho trẻ sớm hồi phục bệnh (giảm thời gian, mức độ nặng) của tiêu chảy, đồng thời giúp cho trẻ tăng cường sức khỏe và giảm nguy cơ mắc đợt tiêu chảy mới trong những tháng tiếp theo sau tiêu chảy.

+ Kẽm còn giúp cải thiện sự ngon miệng và tăng trưởng.

+ Thiếu kẽm sẽ làm trẻ chậm phát triển về mặt thể chất (còi cọc), viêm da, bị sừng hóa, á sừng ở biểu mô thực quản, chứng rụng lông, teo các tế bào miễn dịch, giảm chức năng tuyến sinh dục ở trẻ nam.

+ Thiếu kẽm ở phụ nữ mang thai là một trong những dấu hiệu quan trọng dự đoán cân nặng thấp của trẻ khi sinh.

- Liều dùng:

+ Cho trẻ uống bổ sung kẽm nguyên tố (viên 10 – 20mg) hoặc dạng hỗn dịch, sirup 5ml chứa 10mg kẽm.

+ Trẻ < 6 tháng: 10mg/ngày, trong 10 – 14 ngày hoặc 5ml sirup.

+ Trẻ >= 6 tháng: 20 mg/ngày, trong 10 – 14 ngày hoặc 10ml sirup.

+ Nên cho trẻ uống kẽm lúc đói, ngoài ra có thể cho uống sau ăn 2h.

- BN Kwarshiorkor khi bị tiêu chảy thì những dấu mất nước dễ bị nhầm lẫn:

+ Đối với trẻ Kwarshiorkor, độ chun giãn da bình thường (nếp véo da) do bị phù ngay cả khi bị mất nước.

+ Trình trạng thờ ơ ở trẻ Kwarshiorkor làm khó khăn cho việc đánh giá toàn trạng: trẻ tỉnh táo, quấy khóc, kích thích, li bì hoặc khó đánh thức.

+ BN nhân SDD thể KW mắt phù nên dấu mắt trũng cũng không chính xác.

**2. BN suy dinh dưỡng thể Marasmus khi bị tiêu chảy thì những dấu mất nước nào dễ nhầm lẫn?**

- BN Marasmus, do da bị chùng giãn nên độ chun giãn da rất giảm ngay cả khi trẻ không mất nước.

- Dấu hiệu mắt trũng không có giá trị chẩn đoán đối với trẻ bị Maramus.

- Kích thích, rối loạn hành vi ở trẻ Maramus làm khó khăn trong việc đánh giá toàn trạng.

- Chú ý: Đối với những trẻ suy dinh dưỡng nặng thường khó có khả năng để phân biệt một cách chính xác giữa mất nước và mất nước nặng.

**3. Tiêu chuẩn chẩn đoán mất nước.**

- Nhìn để tìm các dấu hiệu:

+ Toàn trạng: Trẻ tỉnh táo, quấy khóc, kích thích, lì bì hoặc khó đánh thức.

+ Mắt bình thường hay mắt trũng.

+ Khi đưa nước hoặc ORS, trẻ uống bình thường hoặc từ chối hoặc uống háo hức hay trẻ không uống được vì đang lơ mơ hoặc hôn mê.

+ Phân trẻ có máu hay không?

- Khám để đánh giá trẻ:

+ Chun giãn da: Véo nếp da bụng của trẻ ở giữa đường nối từ rốn với đường bên theo chiều dọc cơ thể và sau đó thả ra. Nếu sau khi thả tay, da trở về như cũ gọi là nếp véo da mất nhanh. Nếu có thể kịp nhìn thấy nếp da trong 1 thời gian rất ngắn sau khi bạn thả tay (<2s) gọi là nếp véo da mất chậm. Nếu thấy nếp véo da rõ ràng (>2s) sau khi thả tay ra là có dấu hiệu nếp véo da mất rất chậm.

- Những dấu hiệu bổ sung có ích cho việc mất nước:

+ Thóp trước của trẻ mất lõm hơn bình thường hoặc rất lõm.

+ Chân tay lạnh ẩm, móng tay có thể tím (khi mất nước có dấu hiệu choáng). Bình thường chân tay ấm khô, móng tay màu hồng.

+ Mạch: Mạch quay và mạch đùi nhanh hơn, mất nặng mạch quay rất nhanh và yếu, khi choáng thì mạch quay ko bắt đc, nhưng mạch bẹn có thể bắt được.

+ Thở: Tần số thở tăng do toan chuyển hóa (chẩn đoán phân biệt với viêm phổi nếu trẻ không ho hoặc dấu hiệu rút lõm lồng ngực).

- Theo sách giáo khoa của hội nhi khoa Việt Nam trích từ WHO thì 6 dấu hiệu:

+ Bao gồm 4 dấu hiệu theo IMCI (Toàn trạng, mắt trũng, uống nước, nếp véo da).

+ Nước mắt (có, không có nước, không).

+ Miệng lưỡi (ướt, khô hoặc rất khô).

**4. Tiêu chảy là gì? Ở trẻ bú mẹ khác gì đặc biệt?**

- Tiêu chảy được định nghĩa là đi cầu phân lỏng hoặc té nước trên 3 lần trong 24h.

- Phân lỏng là phân không đóng thành khuôn.

- Ở trẻ bú mẹ, bình thường phân cũng nhão, lỏng, ngày từ 1 – 2 lần. Khi đó để xác định tiêu chảy phải dựa vào tăng số lần và tăng mức độ lỏng của phân mà bà mẹ cho là bất thường.

**5. Trong lỵ trực trùng, cơ chế có máu trong phân?**

- Trực khuẩn lỵ xâm nhập qua miệng, dạ dày, ruột non đến đại tràng. Tại đại tràng, trực khuẩn lỵ sinh sản và xâm nhập vào niêm mạc và tới hạch mạc treo nhưng thường không vào máu trừ trường hợp suy giảm miễn dịch.

- Trong lòng ruột trực khuẩn lỵ không gây bệnh, chỉ khi xâm nhập vào niêm mạc thì mới gây bệnh. Sau khi xâm nhập vào niêm mạc ruột, lỵ trực khuẩn bị tiêu diệt và giải phóng nội độc tố (riêng Sh.Shiga, Sh.Schmitzii tiết ra ngoại độc tố). Nội độc tố và ngoại độc tố theo máu và bạch mạch tác động đến toàn thân gây ra tình trạng nhiễm độc thần kinh, tim mạch. Tại chỗ độc tố gây viêm, gây tăng co bóp, gây đau, gây rối loạn vận mạch,, gây tăng tiết, gây rối loạn trao đổi nước, điện giải, gây loét, hoại tử niêm mạc, xuất huyết.

**6. Thế nào là tiêu chảy cấp, kéo dài, kéo dài nặng?**

- Tiêu chảy cấp: Tiêu chảy < 14 ngày.

- Tiêu chảy kéo dài: Tiêu chảy >= 14 ngày nhưng không có dấu hiệu mất nước.

- Tiêu chảy kéo dài nặng: Tiêu chảy >= 14 ngày và có mất nước hoặc mất nước nặng.

- Chú ý: Tiêu chảy phân lỏng cấp tính nếu bệnh tiêu chảy khởi đầu cấp (< 14 ngày, thường < 7 ngày), phân lỏng hoặc tóe nước mà không thấy máu. Tiêu chảy phân lỏng cấp tính gây mất nước và thường tử vong do mất nước sốc, trụy tim mạch, v.v.

**7. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón**

- Dựa vào tiêu chuẩn NICE 2010 biểu đồ phân Bristol và các triệu chứng kèm theo.

- Biểu đồ Bristol có 7 loại phân:

+ Loại 1: Phân dê

+ Loại 2: Phân dạng chùm nho

+ Loại 3: Phân dạng bắp ngô

+ Loại 4: Phân dạng xúc xích

+ Loại 5: Phân dạng viên mềm

+ Loại 6: Phân dạng cháo đặc

+ Loại 7: Phân toàn nước.

a. Với trẻ nhỏ:

- Tính chất phân: <3 lần/tuần loại 3, 4 (trẻ bú mẹ):

+ Kích thước lớn, cứng.

- Triệu chứng đi kèm (3 triệu chứng):

+ Đau/sợ khi đi ngoài.

+ Chảy máu khi phân lớn.

+ Rặn lâu.

- Tiền sử:

+ Trước đây đã có táo bón

+ Nứt hậu môn

b. Với trẻ > 1 tuổi

- Tính chất phân: <3 lần/tuần loại 3, 4:

+ Són phân lỏng, hôi, không biết

+ Kích thước lớn, cứng, tắc hố vệ sinh

+ Loại 1

- Triệu chứng đi kèm (5 triệu chứng):

+ Chán ăn giảm khi đi ngoài được

+ Đau bụng giảm sau khi đi ngoài

+ Rặn lâu

+ Nín khi đi ngoài

+ Đau hậu môn

- Tiền sử:

+ Có tiền sử táo bón trước đây

+ Nứt hậu môn

+ Đau khi đi ngoài, phân cứng, có máu

**8. Nguyên nhân thực thể của táo bón?**

- Có 3 nguyên nhân tại đại trực tràng, do thần kinh (TK) và do toàn thân.

- Tại trực tràng có 4 nguyên nhân:

+ Phình đại tràng bẩm sinh

+ Giả tắc ruột mãn tính (do tổn thương hạch TK cơ thành ruột)

+ Hẹp đại tràng

+ Hẹp trực tràng hậu môn bẩm sinh, trực tràng đổ ra trước

- Do thần kinh có 4 nguyên nhân:

+ Do tổn thương vùng cùng cụt chùm đuôi ngựa, đám rối TK

+ Do thoát vị màng não tủy - chèn ép tủy

+ Do bệnh não bẩm sinh, bại não

+ Bệnh cơ vân rối loạn cơ Duchene

- Do toàn thân có 2 nguyên nhân

+ Suy giáp

+ Giảm kali máu, tăng Ca2+ máu làm giảm trương lực

**9. Tại sao trong gói oresol lại có glucose?**

- Ruột non đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều hoà thăng bằng nước và điện giải giữa huyết tương và lòng ruột.

- Quá trình trao đổi nước qua liên bào ruột được điều hoà chủ yếu bởi sự chênh lệch áp lực thẩm thấu gây nên bởi sự vận chuyển các chất hoà tan, trong đó Na+ đóng vai trò quan trọng. Na+ được vận chuyển từ lòng ruột vào tế bào (TB) theo 3 cơ chế chính:

+ Trao đổi với H+

+ Gắn với Cl-

+ Gắn với glucose hoặc peptid trên các vật tải

- Vì vậy, khi glucose vào làm tăng sự hấp thu Na+ từ lòng ruột vào máu gấp 3 lần.

- Cơ chế hấp thu từng cặp của Na+ và glucose là nguyên lí cơ bản của việc sử dụng glucose trong dung dịch ORS. Na+ được vận chuyển từ lòng ruột vào TB, sau đó từ TB được vận chuyển vào máu qua bơm Na+-K+-ATPase. Na+ vào được khoảng gian bào tăng ALTT khu vực này chênh lệch ALTT giữa máu và lòng ruột kéo nước từ lòng ruột vào khoảng gian bào vào máu quá trình hấp thu muối nước được tiến hành.

- Chú ý: Khi có tiêu chảy xuất tiết (điển hình cho cơ chế này là vi khuẩn (VK) tả): Sau khi qua dạ dày, VK cư trú ở phần dưới hồi tràng và bài tiết độc tố ruột CT (cholera toxin) đơn vị B của độc tố gắn vào bộ phận tiếp nhận đặc hiệu của tế bào giải phóng ra đơn vị A của độc tố. Đơn vị A này đi vào TB ruột hoạt hoá Adenylcyclase ATP thành AMP vòng. AMP vòng tăng gây ra:

+ Ức chế hoặc ngăn cản sự hấp thu Na+ theo cơ chế gắn với Cl- ở ruột (nhưng không ức chế đối với cơ chế hấp thu Na+ gắn với glucose và các chất vận chuyển trung gian khác).

+ Tăng bài tiết Cl- ở các tế bào hẽm tuyến vào trong lòng ruột do làm tăng tính thấm của màng tế bào phía lòng ruột kéo theo Na+ do Na+ đồng vận chuyển cùng Cl-.

+ Hoạt hoá một số enzym có tác dụng không những không hấp thu điện giải mà còn làm một số ion Na+, K+, Cl- được đưa vào lòng ruột, kéo theo cả nước đẩy Na+ ra ngoài ruột.

Quá trình trên làm ỉa chảy trầm trọng mà không có sự tổn thương hình thái tế bào ruột . Vì vậy, khi bị tiêu chảy, uống ORS làm cho tăng hấp thu Na+, từ đó kéo theo nước.

**10. Thành phần ORS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thành phần | ORS chuẩn trước đây | ORS có nồng độ thẩm thấu thấp |
| Glucose | 111 | 75 |
| Na+ | 90 | 75 |
| Chloride | 80 | 65 |
| Kali | 20 | 20 |
| Citrat | 10 | 10 |
| Độ thẩm thấu | 311 | 245 |

**11. Tại sao lại có thành phần** K+**, Citrat trong ORS?**

- Khi tiêu chảy mất rất nhiều Na+, Cl-, K+ trong phân, có thể gây rối loạn điện giải, mất K+ trẻ có thể dẫn đến hôn mê do vậy K+ thêm vào để điều trị rối loạn điện giải (ở trẻ thường mất K+ nhiều hơn người lớn khi bị tiêu chảy).

- Khi tiêu chảy, ngoài mất những thứ trên, trẻ còn mất HCO3- gây ra toan chuyển hóa. Bicarbonat hoặc citrat được thêm vào dung dịch uống bù nước và chất điện giải có tác dụng ngang nhau trong việc khắc phục nhiễm toan chuyển hóa do mất nước. Không bù HCO3- mà lại bù citrat nguyên nhân do HCO3 – rất dễ chảy nước. Do vậy khi đóng thành bao bì dễ ảnh hưởng đến chất lượng sản phẩm nên mình sẽ dùng citrat thay thế.

12. Một số biểu hiện của mất Na+, K+, Cl- trên lâm sàng.

a. Hạ Na+ máu

- Hầu hết các triệu chứng lâm sàng của hạ Na+ máu là do tình trạng phù não. Mức độ nặng của các triệu chứng tùy thuộc vào mức độ và tốc độ hạ Na+:

+ [Na+] 130-135 mEq/L gần như không có triệu chứng hoặc hơi nhức đầu.

+ [Na+] 120-130 mEq/L triệu chứng nhẹ buồn nôn, lừ đừ.

+ [Na+] <120 mEq/L hoặc Na+ máu giảm nhanh triệu chứng nặng hôn mê, co giật.

- Tương quan giữa triệu chứng và [Na+] máu chỉ có tính chất tham khảo vì một số bệnh nhân hạ Na+ máu mạn tính có thể không có triệu chứng gì nghiêm trọng dù [Na+] máu rất thấp.

b. Hạ K+ máu

- Yếu cơ (tứ chi,cơ hô hấp), đau cơ, co rút cơ, tiêu cơ vân.

- Mạch yếu, tiếng tim nhỏ có thể có tiếng thổi tâm thu, có khi thoáng ngất.

- Bụng chướng, giảm nhu động ruột, táo bón, nôn, buồn nôn.

c. Hạ Cl- máu

- Các bệnh nhân bị giảm nồng độ Cl- máu (hyphochloremia) có thể biểu hiện tình trạng tăng trương lực cơ, cơn co cứng cơ (tetany) và thở nông.

**13. Có mấy loại vaccin Rota? Nước ta hiện tại có loại nào, cách uống?**

- Hiện nay có những loại vacxin rota như Rotarix, RotaTEQ, v.v.

- Ở nước ta hiện tại có Rotarix được sản xuất để phòng chủng G1 (virus rota có các typ G1, G2, G3, G4 và các G khác). Sắp tới việt nam sẽ có thêm loại RotaTEQ của Mỹ có tác dụng bảo vệ cả 4 chủng.

- Rotarix là vacxin dạng uống đầu tiên chứa rotavirus sống giảm độc lực được phân lập duy nhất ở người.

- Dùng vacxin Rotatrix:

+ Uống lần đầu tiên 6 tuần tuổi.

+ Liều thứ 2 cách liều thứ nhất ít nhất 4 tuần và nên uống trước 24 tuần tuổi.

- Dùng vacxin RotaTEQ liều 2ml có chứa các biến thể (bò – người) Rotavirus G1, G2, G3, G4 và P1A[8]:

+ Liều 1 khi trẻ trong khoảng từ 7,5 -12 tuần tuổi

+ Liều 2 cách liều 1 tối thiểu 4 tuần

+ Liều 3 cách liều 2 tối thiểu 4 tuần. Tuy nhiên liều 3 phải uống trước khi trẻ được 32 tuần tuổi.

- Vacxin này khá đắt: 700.000 đồng/lần uống.

- Mỗi trẻ phải uống 2 lần mới có tác dụng phòng bệnh

- Ngoài việc bảo vệ trẻ được từ 6-24 tháng, cơ thể trẻ sẽ tạo miễn dịch sau này, vì thế nếu có nhiễm bệnh, trẻ cũng không quá nặng nề.

**14. Trẻ không mất nước tiêu chảy điều trị như nào?**

- Tiêu chảy không mất nước thì điều trị theo phác đồ A (phác đồ tại nhà).

- Phác đồ này gồm 4 nguyên tắc:

+ Cho trẻ uống thêm dịch (càng nhiều càng tốt nếu trẻ muốn)

+ Tiếp tục cho trẻ ăn để đề phòng SDD

+ Bổ sung kẽm

+ Khi nào khám trở lại hoặc khám ngay

- Cụ thể:

a. Cho trẻ uống thêm dịch

- Cho trẻ bú nhiều hơn và lâu hơn sau mỗi lần bú

- Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, cho thêm ORS sau bú mẹ

- Nếu không bú mẹ hoàn toàn, cho trẻ uống 1 hoặc nhiều dung dịch như ORS, thức ăn lỏng (nước xúp, nước cơm, nước cháo hoặc nước sạch).

- ORS quan trọng cho trẻ uống tại nhà khi:

+ Vừa điều trị kết thúc phác đồ B và C

+ Trẻ không thể trở lại cơ sở y tế nếu tiêu chảy nặng hơn

- Hướng dẫn bà mẹ cách pha và cách cho trẻ uống ORS.

- Các bước pha ORS:

+ Bước 1: Rửa tay bằng xà phòng và nước sạch

+ Bước 2: Đổ bột trong gói vào một vật đựng sạch. Hãy dùng bất cứ một vật dụng nào có sẵn như một cái bình hay một cái ấm tích

+ Bước 3: Đong 1 lít nước sạch (hoặc một lượng nước thích hợp ghi trên gói ORS cho từng loại sản xuất). Tốt nhất là nước đun sôi để nguội, nhưng nếu không thể có thì dùng nước uống nào có sẵn sạch nhất

+ Bước 4: Đổ lượng nước trên vào bình chứa, khuấy kĩ đến khi bột tan hoàn toàn

+ Bước 5. Nếm thử để bạn biết dung dịch đó như thế nào

- Lưu ý:

+ Cần pha dung dịch ORS hàng ngày và bảo quản sạch sẽ, không dùng dung dịch khi quá 24h.

+ Lượng nước chính xác để pha, nếu không đủ nước, quá đặc sẽ gây nguy hiểm còn quá loãng thì không đạt hiệu quả điều trị

- Cách cho trẻ uống ORS:

+ Cho trẻ uống thường xuyên từng ngụm nhỏ bằng thìa

+ Nếu trẻ nôn, chờ 10 phút, sau đó tiếp tục cho uống chậm hơn

+ Tiếp tục cho trẻ bú bất kì khi nào trẻ muốn

- Hướng dẫn bà mẹ cho uống thêm nước so với bình thường nước uống vào

+ Trẻ < 2 tuổi: 50 – 100ml sau mỗi lần đi ngoài và giữa mỗi lần

+ Trẻ > 2 tuổi: 100- 200ml sau mỗi lần đi ngoài và giữa mỗi lần

b. Tiếp tục cho trẻ ăn đề phòng SDD

- Khẩu phần ăn nên được tiếp tục và tăng dần lên, không được hạn chế trẻ ăn và không nên pha loãng thức ăn

- Tiếp tục cho trẻ bú mẹ thường xuyên

- Cho trẻ ăn đủ chất dinh dưỡng giúp cơ thể tiếp tục tăng trưởng, hồi phục cân nặng và chức năng đường ruột (hệ vi nhung mao sau 3-5 ngày sẽ thay thế)

- Các loại thức ăn:

+ Sữa nếu đang bú mẹ thì khuyến khích cho bú lâu hơn và nhiều hơn. Không được bú mẹ, cho ăn sữa thường dùng, mỗi lần cách nhau 3 giờ, có thể dùng bằng cốc.

+ Trẻ < 6 tháng, không được bú mẹ hoàn toàn, cần cho ăn thêm ngũ cốc, rau quả, các loại thức ăn khác và sữa.

+ Thực phẩm nên chế biến và nghiền nhỏ để dễ tiêu hóa

+ Nên trộn sữa với ngũ cốc

+ Cho thêm 5-10ml dầu thực vật vào mỗi bữa ăn

+ Khuyến khích cho ăn thịt, cá trứng, v.v thực phẩm giàu K+ như chuối, nước dừa, nước hoa quả tươi.

- Những thức ăn nên tránh:

+ Không nên cho ăn rau sợi thô, củ quả, hạt ngũ cuốc có nhiều chất xơ vì khó tiêu hóa

+ Nước cháo loãng chì có tác dụng bù nước chỉ làm trẻ đủ no, mà không đủ chất dinh dưỡng

+ Những thức ăn chứa quá nhiều đường

- Lưu ý:

+ Nên cho trẻ ăn nhiều như trẻ muốn, cách nhau 3-4 giờ (6 bữa/ngày)

+ Cho ăn thường xuyên, chia nhỏ bữa ăn

+ Sau khi tiêu chảy ngừng, cho trẻ ăn thức ăn giàu năng lượng và cung cấp thêm 1 bữa phụ mỗi ngày trong ít nhất một tuần

c. Bổ sung kẽm

d. Khám trở lại hoặc khám lại ngay

- Đưa trẻ đến khám ngay khi trẻ có một trong những biểu hiện sau:

+ Đi ngoài rất nhiều lần phân lỏng (đi liên tục)

+ Nôn tái diễn

+ Trở nên khát

+ Ăn uống kém hoặc bỏ bú

+ Trẻ không tốt lên sau 2 ngày điều trị

+ Sốt cao hơn

+ Có máu trong phân

**15. Nguyên nhân nào hay gặp nhất trong táo bón**

- Trên thực tế nguyên nhân thực thể rất ít gặp (5-10%)

- Chủ yếu nguyên nhân là táo bón cơ năng (> 90%) do trẻ nhỏ ống tiêu hóa chưa hoàn thiện cơ chế bài xuất phân hoặc do yếu tố tâm lý, giáo dục hay do yếu tố dinh dưỡng

**16. Tiêu chảy cấp thường mấy ngày? Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn hết sau mấy ngày?**

- Tiêu chảy cấp < 14 ngày, thường 7 ngày

- Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn, tiêu chảy sẽ hết trong 2 ngày

**17. Dấu hiệu “tháo cống” ở bệnh nhân phình đại tràng bẩm sinh (bệnh Hischprung)**

- Khi đưa ngón tay vào trực tràng bệnh nhân, thì không thấy phân.

- Khi rút ngón tay ra, phân ồ ạt đi theo.

- Nguyên nhân do chỗ nghén chức năng đã được tháo bỏ.

- Đây là gọi là dấu hiệu “tháo cống”.

**18. Biến chứng của nôn**

- Nôn gây ảnh hưởng đến toàn trạng như mất nước, da xanh tái, rối loạn tri giác.

- Nôn có thể gây sặc chất nôn, có thể làm cho trẻ ngưng thở hay viêm phổi, xẹp phổi

- Nôn nhiều trẻ có thể xảy ra hạ đường huyết hay rối loạn điện giải (mất H+ gây nhiễm kiềm chuyển hóa).

- Co giật do bị kiềm hóa, hạ Cl- máu do nôn cao gây giảm Ca2+.

- Hội chứng Mallory Weise: Nôn ra máu do rách niêm mạc thực quản.

**19. Đặc điểm tiêu chảy cấp do Rotavirus, tính chất phân.**

- Rotavirus gây viêm dạ dày ruột rất đặc trưng bởi sự xuất hiện đột ngột của các triệu chứng tiêu chảy phân nước, sốt và nôn:

+ Trong đó nôn và đi ngoài phân tóe nước là 2 đặc điểm lâm sàng thường gặp do Rota mà ít căn nguyên nào khác có.

+ Thường trẻ khởi phát bệnh với triệu chứng nôn, sốt sau đó tiêu chảy tóe nước nhiều lần trong ngày có thể kéo dài lên đến 10 ngày.

+ Phân thường không có nhầy máu

+ Các triệu chứng thường xuất hiện sau giai đoạn ủ bệnh 2-3 ngày và kéo dài 5-7 ngày

**20. Kể tên 5 bệnh gây thiếu máu? Một bệnh nhân 4 tháng gan dưới bờ sườn 1cm là bình thường hay bất thường?**

- 5 nguyên nhân gây thiếu máu:

+ Xuất huyết tiêu hóa

+ Viêm mạn tính

+ Thủng tạng rỗng

+ Suy tủy xương

+ Các bệnh tan máu

- Theo bệnh viện nhi đồng 2, gan có thể sờ thấy bờ dưới gan không quá 2cm ở dưới bờ sườn đối với trẻ nhũ nhi, và 1cm đối với trẻ em. Do vậy trẻ này đang nằm trong thời kì nhũ nhi nên sờ được 1cm là bình thường.

**21. Nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài**

- Gồm 2 nguyên nhân là nguyên nhân thuận lợi và nguyên nhân sinh bệnh.

a. Nguyên nhân thuận lợi gồm 6 nguyên nhân

- Tuổi: Thường đa số xảy ra ở trẻ <18 tháng, dưới < 1 tuổi chỉ số cao nhất

- Trẻ suy dinh dưỡng

- Giảm miễn dịch suy ding dưỡng, HIV, đang hoặc sau mắc sởi, v.v.

- Trẻ thường xuyên mắc các đợt tiêu chảy cấp hoặc tiền sử đã có lần mắc tiêu chảy kéo dài

- Chế độ ăn: Tiêu chảy kéo dài thường ít gặp ở trẻ nuôi dưỡng tốt bằng bú mẹ nhưng tăng lên khi trẻ nuôi bằng sữa động vật hoặc sữa công nghiệp, phản ánh không dung nạp với lactose, v.v

- Ảnh hưởng của điều trị tiêu chảy cấp do điều trị không thích hợp như dùng kháng sinh không đúng, sử dụng thuốc cầm ỉa làm giảm khả năng đào thải VK, hạn chế ăn uống, ăn kiêng kéo dài khi trẻ bị tiêu chảy, v.v.

b. Nguyên nhân sinh bệnh chia thành 2 nhóm chính:

- Nhóm 1: Bệnh nguyên gặp tỷ lệ tương đương tiêu chảy cấp đó là các VK gây tiêu chảy xâm nhập như: Shigella, Samonella non typhi, E.coli sinh độc tố ruột ETEC, Cambilobacter.

- Nhóm 2: Bệnh nguyên gặp tỷ lệ trội ở tiêu chảy kéo dài :

+ Ecoli gây bệnh đường ruột EPEC

+ Ecoli xâm nhập EIEC

+ Ecoli bám dính EAEC

+ Crysporidium thường gây tiêu chảy trên gia súc. Trên người gây tiêu chảy ở trẻ suy dinh dưỡng nặng bị suy giảm miễn dịch hay là AIDS.

**22. Nếu đi cầu đúng 14 ngày liên tiếp thì chẩn đoán là tiêu chảy cấp hay kéo dài**

- Nếu mà trẻ đi cầu 14 ngày liên tiếp, không có số ngày nghỉ >= 2 thì được xem như là tiêu chảy kéo dài.

**23. Biểu hiện của hạ Ca2+ máu trên lâm sàng**

- Những triệu chứng hạ Ca2+ máu thường gặp ở người lớn:

+ Tăng phản xạ gân xương (Biểu hiện kín đáo có thể phát hiện bằng dấu hiệu Chvostek được gây ra bằng cách gõ trên vị trí dây thần kinh mặt, trước gờ tai ngoài 2cm và quan sát thấy tình trạng co cơ cùng bên của các cơ mặt. Tuy nhiên, dấu hiệu này vừa không nhạy (27%) vừa không đặc hiệu và có thể gặp ở 25% các đối tượng bình thường)

+ Đau thắt bụng

+ Rối loạn nhịp tim (nhịp tim không đều)

+ Trầm cảm

+ Cáu gắt/khó chịu

+ Ngủ gà hoặc chậm chạp/lười biếng

+ Co thắt cơ (Biểu hiện kín đáo có thể phát hiện bằng dấu hiệu Trousseau được gây ra bằng cách cuốn băng huyết áp ở cánh tay và bơm băng đo cao hơn huyết áp tâm thu 20mmHg, giữ mức áp lực này trong 3 phút và quan sát thấy dấu hiệu tư thế bàn tay người đỡ đẻ. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy dấu hiệu này có độ nhạy 66% và tỷ lệ dương tính giả 4%. Dấu hiệu Trousseau cũng có thể biểu hiện tự nhiên khi co thắt cơ nặng hơn)

+ Co giật

- Những triệu chứng hạ Ca2+ máu thường gặp ở trẻ sơ sinh

+ Khó bú và ăn

+ Khó chịu/kích thích

+ Ngủ gà hoặc chậm chạp/lười biếng

+ Biếng ăn

+ Tăng phản xạ gân xương (dấu hiệu Chvosteck)

+ Co rút cơ (dấu hiệu Trousseau)

+ Run.

24. Tại sao trẻ em thường dễ bị xoắn ruột, và nếu mà trẻ bị viêm ruột thừa thường rất khó để chẩn đoán?

- Do mạc treo của ruột tương đối dài, manh tràng ngắn và di động nên trẻ rất dễ bị xoắn ruột.

- và cũng vì thế nên vị trí ruột thừa không cố định.

Do đó nếu bị viêm ruột thừa thật, rất khó để chẩn đoán hơn so với người lớn.

**25. Thông thường trẻ mọc răng khi nào? Khi nào kết thúc quá trình mọc răng sữa? Khi nào răng vĩnh viễn thay thế hoàn toàn răng sữa?**

- Thường từ tháng thứ 5-6 trẻ bắt đầu mọc răng bắt đầu từ 2 răng của dưới đến 2 răng cửa trên rồi 2 răng bên cạnh 2 răng của trên sau đó đến 2 răng bên cạnh 2 răng cửa dưới. Và cho đến hết tháng thứ 24 thì hết mọc răng sữa.

- Sau 6 tuổi, thì răng vĩnh viên sẽ thay thế hoàn toàn răng sữa.

**26. E.Coli có bao nhiêu type gây bệnh?**

- E.coli có 5 typ gây bệnh:

+ E.coli sinh độc tố ruột (ETEC) Entero Toxigenic escherichia coli.

+ E.coli bám dính (EAEC) Entero Adherent escherichia coli.

+ E.coli gây bệnh (EPEC) Entero Pathogenic escherichia coli.

+ E.coli xâm nhập (EIEC) Entero Invasive escherichia coli.

+ E.coli gây chảy máu ruột (EHEC) Entero Hemorrhagia escherichia coli.

**27. Thế nào được gọi là “nôn tất cả mọi thứ”?**

- Trẻ nôn tất cả mọi thứ là trẻ nôn nhiều đến mức không thể giữ lại bất cứ thứ gì.

- Khi nôn tất cả mọi thứ, trẻ sẽ không thể giữ lại thức ăn, nước uống hoặc thuốc.

- Nôn tất cả mọi thứ là nôn > 15 ml/kg. Nôn >3 lần/ngày. Ăn nhiều nôn nhiều, nôn sau ăn 10-15 phút.

**28. Thế nào được coi là nôn nhiều?**

- Nôn nhiều là nôn >= 3 lần/giờ.

**29. Vitamin K+ trong cơ thể do những nguồn nào cung cấp?**

- Do 3 nguồn:

+ Thức ăn

+ Do vi khuẩn ruột

+ Do nhân tạo

**30. Tại sao một trẻ suy dinh dưỡng nặng hoặc suy gan nặng thường thiếu vitamin A?**

- Do trong cơ thể 40% vitamin A được đưa đến tổ chức để sử dụng, còn 60 % thì được dự trữ.

- Gan là cơ quan dự trữ đến 90% vitamin A và sẵn sàng cung cấp vào máu để giữ vitamin A trong máu luôn ổn định mức trên 20mg%. Từ gan, nếu muốn phóng thích vào máu, thì cần một chất đạm đặc biệt do gan sản xuất gọi là RBP (Retinol binding protein).

- Nếu trẻ bị suy dinh dưỡng nặng hoặc suy gan, RBP sẽ giảm dẫn đến thiếu vitamin A trong máu.

**31. Hậu quả của táo bón là gì?**

- Phân ở lâu trong trực tràng là nguồn kích thích gây nên những rối loạn thần kinh như cáu khỉnh, dễ tức giận, mệt mỏi, bồn chồn, mất tập trung.

- Những độc tố do tích tụ vi trùng sinh ra vào máu gây nhiễm độc thần kinh, làm cơ thể dễ nhiễm khuẩn.

- Do phân ứ đọng lại trong trực tràng làm cản trở tuần hoàn, lâu dần sinh ra bệnh trĩ, sa trực tràng, nứt hậu môn do rặn nhiều.

**32. Nếu một bệnh nhân nghi ngờ lồng ruột em cần đề nghị làm xét nghiệm gì?Biểu hiện gì trên xét nghiệm đó giúp em chẩn đoán lồng ruột?**

- Nếu nghi ngờ lồng ruột, cho đi làm siêu âm

- Hình ảnh đặc trưng của lồng ruột trên siêu âm có hình ảnh bia bắn (cắt ngang), hình ảnh bánh mỳ kẹp (cắt dọc)

**33. Tại sao ruột ở trẻ em lại dễ bị sa hơn người lớn?**

- Trực tràng tương đối dài và niêm mạc lỏng lẻo. Do vậy khi bị lỵ, ho gà, v.v. dễ bị sa hơn người lớn.

**34. Nếu một bệnh nhân vào viện có các triệu chứng của lỵ trực trùng nhưng điều trị không khỏi thì nghĩ đến do bệnh gì khác?**

- Trường hợp này sẽ nghĩ đến con E.coli xâm nhập (EIEC).

- Lưu ý một số trường hợp lỵ đề kháng thuốc.

**35. Ở trẻ em ruột thừa thường nằm ở những vị trí nào?**

- 75%, ruột thừa nằm sau manh tràng.

- Đôi khi có thể nằm dưới phúc mạc treo manh tràng.

- Nếu ruột thừa quá dài, có thể đến sau kết tràng lên và tựa lên thận phải hoặc tá tràng. Những trường hợp này phần ngọn ruột thừa nằm ngoài phúc mạc.

- 20% trường hợp nằm ngay dưới manh tràng nếu không sẽ rủ thõng vào chậu hông

- Ít hơn, có thể nằm ở trước và sau phần cuối hồi tràng hoặc trước manh tràng hoặc trong rãnh cạnh kết tràng.

- Lưu ý: Khác giữa người lớn và trẻ em không phải vị trí mà là biểu hiện lâm sàng của trẻ rất thay đổi, không điển hình.

**36. Phân biệt táo bón cơ năng và táo bón thực thể?**

|  |  |
| --- | --- |
| Táo bón thực thể | Táo bón cơ năng |
| Xuất hiện sớm | Xuất hiện muộn |
| Cơ thể phát triển kém | Cơ thể phát triển bình thường |
| Trực tràng không có phân | Trực tràng nhiều phân, cục phân to. |

**37. Mô tả bệnh lồng ruột?**

a. Thể điển hình trẻ < 6 tháng.

- Trẻ đang chơi đùa đột ngột lên cơn khóc thét, nôn và bỏ bú. Sau vài phút cơn đau dịu đi, trẻ thiếp đi, thì cơn đau thứ 2 trội lên. Cơn đau nối tiếp cơn đau gợi ý chẩn đoán.

- Sau 6-8h kể từ cơn đau đầu thì trẻ đại tiện ra máu tươi.

- Khám bụng sẽ thấy hố chậu phải rỗng, sờ được búi lồng theo dọc khung đại tràng hình quả chuối, di động và đau.

- Thăm trực thấy tràng bóng trực tràng rỗng, máu dính găng.

- Siêu âm: Hình ảnh cắt ngang khối lồng thấy các hình ảnh vòng đồng tâm (hình ảnh bia bắn).

b. Thể lâm sàng khác:

- Lồng ruột đến sớm phương trình Fèvre

+ Đau bụng khóc thét + sờ được khối lồng = lồng ruột.

+ Đau bụng khóc thét + đại tiện ra máu = lồng ruột.

+ Đau bụng khóc thét + hình ảnh X-quang = lồng ruột.

- Lồng ruột đến muộn phương trình Ombrédance

+ Hội chứng tắc ruột + đại tiện ra máu = lồng ruột đến muộn

c. Thể bán cấp ở trẻ lớn (2-3 tuổi):

+ Biểu hiện ít rầm rộ hơn

+ Cơn đau lâm râm dễ nhầm với viêm ruột thừa hoặc viêm hạch mạc treo

+ Biến chứng tắc ruột và hoại tử ruột ít khi xảy ra do búi lồng thường lỏng lẻo.

+ Siêu âm có giá trị chẩn đoán.

d. Lồng hồi – hồi tràng:

+ Xuất hiện dưới dạng 1 tắc ruột cấp tính và rất khó chẩn đoán nguyên nhân trước mổ.

+ Thường nhầm vs xoắn ruột hoặc túi thừa Meckel

+ Chẩn đoán xác định khi mổ

e. Lồng ruột sau mổ:

+ Thường gặp ở đoạn hồi – hồi tràng

+ Triệu chứng lu mờ do bệnh cảnh liệt ruột sinh lý sau mổ

**38. Samonella có mấy nhóm?**

- Người ta dựa vào kháng nguyên O và H chia thành 2200 loại. Phân thành 4 nhóm:

+ Nhóm 1 gây bệnh thương hàn S. typhi hay còn gọi trực khuẩn Eberth.

+ Nhóm 2 gây bệnh phó thương hàn: gồm 3 loại S.para typhi A, B và C.

+ Nhóm 3 gây nhiễm khuẩn huyết S.cholerae suis.

+ Nhóm 4 gây viêm dạ dày ruột cấp (S. non typhi) S. typhi murium (tác nhân hay gặp nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn theo sách vi sinh), sau đó S. Enteritidis, S. cholerae suis, v.v.

**39. Các phương pháp để xác định Rotavirus?**

- Rotavirus được tìm thấy nhiều trong phân người bệnh và có thể phát hiện bằng các phương pháp:

+ Phát hiện trực tiếp Rotavirus qua quan sát dưới kính hiển vi điện tử.

+ Phát hiện vật liệu di truyền của virus qua kỹ thuật điện di, kỹ thuật khuếch đại chuỗi (PCR- Polymerase chain reaction).

+ Tìm kháng nguyên Rotavirus trong phân nhờ các kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang, miễn dịch gắn enzyme, miễn dịch sắc ký - kỹ thuật ngưng kết hạt Latex: Hạt latex được gắn với kháng thể kháng Rotavirut, đây là kỹ thật chẩn đoán nhanh không cần trang thiết bị.

+ Nuôi cấy xác định.

+ Ngoài ra còn phương pháp phát hiện kháng thể kháng Rotavirus trong huyết thanh, phương pháp này có giá trị trong đánh giá tính sinh miễn dịch của vaccine.

**40. Trong biểu đồ phân Bristol, phân dạng như thế nào?**

- Phân chùm nho nhiều hạt rắn cứng gắn với nhau tạo thành bướu

- Phân bắp ngô cục phân dài cứng, gồm nhiều cục rắn dính nhau, mặt nhẵn

- Phân dạng xúc xích phân cục dài mềm mặt nhẵn

- Phân dạng viên mềm nhiều cục nhỏ mềm rời nhau, dễ ỉa

- Phân dạng cháo đặc phân sệt, xốp mềm, không thành khuôn

**41. Các nguyên nhân gây ngộ độc thức ăn?**

- Có 4 nguyên nhân:

+ Ngộ độc do kí sinh trùng (KST): Vi khuẩn và độc tố vi khuẩn, virus, KST, nấm men, nấm mốc, v.v. Để đề phòng dạng ngộ độc thực phẩm này nên chọn thực phẩm tươi, sạch; thực hiện ăn chín, uống chín; không để thức ăn sống lẫn với thức ăn chín; thức ăn đã nấu chín nên ăn ngay (trong 2 giờ đầu), phải được bảo quản đúng cách, đun kỹ trước khi sử dụng lại; không sử dụng thức ăn quá hạn, bị ôi thiu; rửa sạch tay trước khi chế biến, giữ vệ sinh trong quá trình chế biến; khám sức khỏe định kỳ, v.v.

+ Ngộ độc thực phẩm do thức ăn bị biến chất, ôi thiu: Một số loại thực phẩm khi để lâu hoặc bị ôi thiu thường phát sinh ra các loại chất độc (dầu, mỡ dùng đi dùng lại nhiều lần, v.v). Các chất này thường không bị phá hủy hay giảm khả năng gây độc khi được đun sôi. Biện pháp phòng ngừa hữu hiệu nhất là không sử dụng các loại thực phẩm để lâu ngày, thực phẩm đã có dấu hiệu thay đổi về mùi, màu sắc, hình dáng (vỏ đồ hộp), v.v so với ban đầu.

+ Ngộ độc do ăn phải thực phẩm có sẵn chất độc: Khi ăn phải các thực phẩm có sẵn chất độc rất có thể bị ngộ độc như cá nóc, cá cóc, mật cá trắm, nấm độc, khoai tây mọc mầm, một số loại quả đậu, v.v. Cách phòng ngừa tốt nhất là không sử dụng các loại thực phẩm được khuyến cáo có khả năng chứa chất độc, các loại thực phẩm lạ.

+ Ngộ độc thực phẩm do nhiễm các chất hóa học: Do ô nhiễm kim loại nặng (thực phẩm được nuôi trồng, chế biến tại các khu vực mà nguồn nước, đất bị ô nhiễm các loại kim loại nặng); do dư lượng thuốc bảo vệ thực vật, thuốc thú y; do phụ gia thực phẩm; do các chất phóng xạ. Việc phòng ngừa dạng ngộ độc này rất phức tạp do các dấu hiệu nhận biết rất phức tạp và tiềm ẩn trong thực phẩm mà khó đánh giá, phát hiện bằng mắt thường. Biện pháp phòng ngừa hữu hiệu nhất là chọn mua các loại thực phẩm có nguồn gốc xuất xứ rõ ràng, đọc kỹ các thông tin trên nhãn, thông tin liên quan đến thực phẩm; vệ sinh thực phẩm kỹ trước khi chế biến, nấu chín, mở vung khi đun nấu. Ngoài ra cần kết hợp các biện pháp quản lý mang tính vĩ mô về quản lý và sử dụng thuốc bảo vệ thực vật, thuốc thú ý, các loại phụ gia thực phẩm, chất bảo quản, v.v.

**42. Tại sao trẻ suy dinh dưỡng rất dễ hạ đường huyết?**

- Do trẻ suy dinh dưỡng, gan dự trữ glicogen rất kém.

- Khi thời gian những bữa ăn cách xa nhau, đặc biệt ban đêm làm cho trẻ dễ bị hạ đường huyết. Do không có đủ lượng glicogen để chuyển hóa thành glucose.

**43. Tại sao khi nuôi dưỡng trẻ suy dinh dưỡng có tiêu chảy, chọn thực phẩm sữa và cần chọn loại sữa ít hoặc gần như không có lactose?**

- Do nhung mao ruột bị cắt cụt hoặc bị dẹt, trong khi thành ruột rất mỏng, nên phải chọn thực phẩm dễ tiêu hóa là sữa. Nhung mao dẹt, cắt cụt nên có rất ít (hầu như không có) enzym để tiêu hóa lactose. Nên nếu chọn sữa nhiều lactose làm trẻ kém hấp thu, ỉa chảy, dẫn đến thất bại cho điều trị.

**44. Tiêu chuẩn suy dinh dưỡng thể thấp còi, gầy còm, nhẹ cân?**

- Suy dinh dưỡng thể thấp còi:

+ Chiều cao thấp hơn so với tuổi (< -2SD)

+ Quá trình tích tụ lâu dài (như do sức khỏe, dinh dưỡng, chăm sóc kém lâu dài)

+ Phần lớn không cải thiện sau 2 tuổi.

- Suy dinh dưỡng thể gầy còm:

+ Nhẹ cân so với chiều cao (<-2SD)

+ Thường hay gây ra bởi nhiễm khuẩn

+ Trẻ bị SDD thể gầy còm nguy cơ tử vong cao do nhiễm khuẩn cao gấp 9,4 lần

+ Có thể hồi phục trong thời gian ngắn ở bất kì tuổi nào

- Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân:

+ Nhẹ cân so với tuổi (< -2SD)

+ Không cụ thể: phản ánh cả thấp còi và gầy còm.

**45. Những nguyên nhân gây suy dinh dưỡng**

- Theo slide của cô Cự:

|  |  |
| --- | --- |
| Nguyên nhân xa | Nguyên nhân trực tiếp |
| Điều kiện KT-XH thấp | Dinh dưỡng thiếu |
| Trình độ VH thấp. | Nhiễm khuẩn tiên phát hoặc thứ phát |
| Tổ chức y tế xã hội còn yếu kém | Dị tật bẩm sinh |

**46. Tại sao trẻ ăn dặm quá sớm dễ gây SDD?**

- Trẻ ăn dặm quá sớm nguy cơ SDD do sai lầm trong cách cho trẻ ăn, sai lầm trong cách chế biến (như quên bổ sung thêm dầu ăn).

- Bà mẹ sai lầm về cách cho trẻ ăn. Ví dụ hầm xương chỉ cho trẻ ăn nước, không cho ăn cái.

- Luộc rau, không xay rau, mà chỉ cho trẻ uống nước luộc rau. Cô bảo nước luộc rau đã không có dinh dưỡng, thậm chí còn gây thiếu máu, rồi các chất trong nước luộc rau có thể cản trở quá trình hấp thu kẽm.

**47. Sau bao nhiêu lâu, trẻ bị sởi có thể lấy lại cân nặng trước khi mắc bệnh?**

- Sau khoảng 6-8 tuần thì trẻ mắc sởi mới có thể lấy lại cân nặng.

- Trẻ bị mắc sởi, tiêu thụ rất nhiều vitamin A nên cần bổ sung cho trẻ.

- Trẻ mắc sởi, nguy cơ SDD rất cao.

**48. Tại sao trẻ suy dinh dưỡng phải cẩn thận khi truyền dịch?**

- Ở trẻ suy dinh dưỡng, tim nhỏ, cơ tim thường nhão, yếu hơn bình thường. Nên làm giảm cung lượng tim, dễ gây trụy tim mạch.

- Khi truyền dịch, truyền máu làm tăng khối lượng tuần hoàn, tim dễ quá tải.

- Đặc biệt khi truyền albumin vì albumin kéo dịch từ ngoài tế bào vào lòng mạch gây tăng gánh cho tim.

**49. Suy dinh dưỡng cấp tính nặng là gì?**

- Trẻ SDD cấp tính nặng rất dễ mắc các bệnh nhiễm trùng.

- Tiêu chuẩn SAM:

a. Ở trẻ từ 6 tháng - 59 tháng chỉ cần thỏa mãn 1 trong 3 điều kiện sau:

- CN/CC < -3SD

- Vòng cánh tay < 115mm

- Sự hiện diện của phù

b. Ở trẻ <6 tháng chỉ cần thỏa mãn 1 trong 2 điều kiện sau:

- CN/CC < -3SD

- Sự hiện diện của phù.

**50. Tại sao khi điều trị SDD không nên uống kẽm và sắt cùng lúc với nhau? Sắt uống lúc nào, kẽm uống lúc nào? Một trẻ SDD có nhiễm trùng do VK kèm theo có được bù kẽm và sắt không?**

- Khi điều trị SDD hay điều trị gì khác, không được dùng kẽm và sắt chung với nhau. Do 2 chất này tác dụng đẩy nhau. Uống sắt, sắt đẩy kẽm, mà uống kẽm thì kẽm đẩy sắt (cạnh tranh receptor).

+ Kẽm thường uống trước ăn khoảng 1h.

+ Sắt thì uống sau ăn.

- Một trẻ nhiễm khuẩn, không được bổ sung sắt, do sắt vào cơ thể vi khuẩn sẽ lấy sắt để phát triển. làm nặng thêm tình trạng nhiễm trùng. Nhưng vẫn bổ sung kẽm bình thường khi nhiễm khuẩn.

**51. Suy dinh dưỡng nặng được tính những thể nào? có nên truyền máu hay không? Chỉ định truyền máu, truyền đạm?**

- Suy dinh dưỡng nặng bao gồm: SDD thể Maramus, Thể Kwashiorkor, thể phối hợp và SDD cấp tính nặng.

- Không nên truyền máu vì cơ tim yếu, nhão, truyền vào tăng gánh tâm trương.

- Trẻ SDD thường chỉ thiếu các yếu tố tạo máu như sắt, B9, B12 Còn Erythropoetin vẫn bình thường, do vậy nên bổ sung các yếu tố tạo máu thì tốt hơn.

- Chỉ nên truyền máu khi Hb < 4g/%. Tốt nhất nên truyền hồng cầu khối 10ml/kg/3h.

- Truyền đạm <15ml/kg khi phù nhiều. Tuy nhiên phải hết sức cẩn thận, nguy cơ suy tim rất cao.

**52. Trẻ SDD nặng có tiêu chảy, bù ORS khác như thế nào so với trẻ bình thường?**

- Trẻ bình thường bù ORS 75ml/1kg trong 4h.

- Trẻ SDD nặng thì 70-100ml/kg cân nặng trong 12h.

- Nguyên nhân dài hơn do phòng tránh nguy cơ suy tim.

- Lưu ý thường thay ORS bằng dung dịch Resomal vì đây là dung dịch chứa ít muối:

+ Do trẻ SDD, người ta nhận thấy có hiện tượng giữ muối.

+ Dung dịch này bổ sung K+, vì người ta thấy trẻ SDD mất K+ rất nhiều.

**53. Một số lưu ý đối với SDD thấp còi?**

- 30 - 40% trẻ <2 tuổi có chiều cao thấp

- Gây thiệt hại cho nền kinh tế, kìm hãm sự phát triển, ảnh hưởng đến tầm vóc giống nòi.

- Nguyên nhân hàng đầu SDD bào thai (cửa sổ cơ hội chỉ còn 1 năm, trẻ bình thường cửa sổ cơ hội là 2 năm).

- Thấp còi lúc 3 tuổi

- Giai đoạn mà dễ bị SDD thấp còi nhất 0 -24 tháng tuổi (đối với trẻ bình thường năm đầu tăng 25cm).

- Lưu ý: Ddối với một trẻ bình thường, giai đoạn từ 3-18 tuổi chỉ tăng trung bình 77cm.

**54. Tại sao trẻ SDD thể phối hợp, thường miệng đỏ?**

- Trẻ SDD thể phối hợp. miệng đỏ do thường thiếu vitamin nhóm B gây dễ viêm loét miệng.

**55. Tại sao trẻ SDD thể Kwashiorkor thường phù cứng bì?**

- Ở trẻ nhỏ, lượng mỡ chủ yếu chứa acid béo no, lượng acid béo no này nhiều hơn người lớn. Đặc biệt ở trẻ, rất dễ bị hạ thân nhiệt hậu quả làm đông vón lớp da gây phù cứng bì.

**56. 1000 ngày dinh dưỡng đầu tiên là gì?**

- Bao gồm 3 giai đoạn

+ Giai đoạn 9 tháng 10 ngày trong bụng mẹ nên chuẩn bị kiến thức khi mang thai.

+ Giai đoạn 0-6 tháng, nuôi con sữa mẹ hoàn toàn.

+ Giai đoạn 6-24 tháng, ăn bổ sung và tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ.

- Trẻ sau này muốn có chiều cao tốt, phụ thuộc rất nhiều vào cửa sổ 2 năm đầu đời này (24 tháng đầu), trẻ SDD bào thai thời gian rút ngắn cửa sổ còn lại 1 năm.

- Nếu dinh dưỡng, chăm sóc giai đoạn này không tốt, sau này khi trưởng thành, trẻ sẽ có cân nặng thấp hơn bạn bè cùng trang lứa.

**57. Nguồn cung cấp vitamin D?**

- 2 nguồn:

+ > 90% qua da nhờ ánh sáng mặt trời, chuyển tiền vitamin D thành vitamin D (D3 là chủ yếu - Cholecalciferol).

+ < 10% qua thức ăn bao gồm D3 và D2 (Ergocalciferol).

- Vitamin D sau khi vào cơ thể sẽ đến gan, rồi được chuyển đến thận. Tại thận sẽ được chuyển sang dạng hoạt động.

**58. Vai trò của vitamin D trong cơ thể**

- Có 3 vai trò chính:

+ Hấp thu Ca2+ tại ruột

+ Tái hấp thu Ca2+ tại ống thận

+ Lắng đọng Ca2+ ở xương

- Do vậy khi thiếu vitamin D rất dễ hạ Ca2+ máu.

**59. Một số điểm lưu ý của vitamin D**

- Trẻ thiếu vitamin thường từ 6- 12 tháng:

+ Dấu chiếu liếm: Vùng da đầu tiếp xúc với chiều thì mất tóc.

+ Bướu trẫn, bướu đỉnh: Đầu to, hình vuông.

- Lâm sàng:

+ Chuỗi hạt sườn (hình X- quang hình ảnh nút chai)

+ Rãnh harrisson.

+ Chân biến dạng: Chân vòng kiềng, chân chữ X (muốn điều trị phải nhờ điều trị chỉnh hình, chứ điều trị thuốc không được).

- “ Khóc dạ đề “: Thường khóc 100 ngày, do tập quán sinh xong, bắt trẻ và mẹ nằm trong bóng tối, không được tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

- Khi hạ Ca2+ máu sẽ kích thích TK cơ, làm trẻ ngủ hay giật mình, vặn vẹo, uốn vặn, v.v

- Phân biệt bướu đỉnh với não úng thủy: Não úng thủy thường kèm theo dấu mặt trời mọc (có người gọi mặt trời lặn) nghĩa là mắt chỉ còn lại một chút lòng đen.

- Liều lượng bình thường cần 1 ngày từ 400-500 đơn vị.

- Còi xương:

+ Trẻ nhỏ: Thường hạ Ca2+ máu do tuyến cận giáp chưa hoàn thiện đủ chức năng, nên không huy động được Ca2+ lắng đọng ở xương.

+ Trẻ lớn: Thường còi xương cổ điển, lúc này tuyến cận giáp đã phát triển, hạ Ca2+ máu, sẽ kích thích parahormon huy động Ca2+ từ xương nên gây loãng xương, biến dạng xương.

- Còi xương cổ điển:

+ Khi điều trị bắt buộc phải chụp phim X-quang xương dài (hình ảnh đầu xương to bè, vùng cạnh đầu xương nham nhở, loãng xương).

+ Điều trị tấn công 5000 đv/ngày trong 2-3 tuần.

+ Điều trị khỏi khi xuất hiện viền trắng (lúc này chuyển sang điều trị duy trì 400 đv /ngày.

- Còi xương sớm:

+ Không cần chụp phim xương dài.

+ Làm Ca2+ máu mẹ và con.

+ Bổ sung vitamin D: 1500-2000 đv/ngày trong 3-4 tuần liên tục cho đến tuổi biết đi và Ca2+.

**60. Công thức tính số giọt/phút**

- Công thức: Số giọt/phút = (số ml/h)/3

- Ví dụ: Một trẻ 10kg tiêu chảy mất nước, thất bại điều trị ORS phải chuyển qua đường truyền TM, tính số giọt/phút cần truyền.

+ Phác đồ B: Truyền dịch liều tấn công 70 ml/kg trong 4h.

+ Trẻ 10kg, tức là cần truyền 700 ml trong 4h. Vậy số ml cần truyền trong 1h = 700:4 = 175 ml/h. Số giọt/phút = 175:3 = 59 giọt/phút.

**61. Thất bại trong điều trị ORS đường uống, cách xử trí là gì?**

- Nguyên nhân thất bại:

+ Người nhà không để ý lượng nước (đặc quá gây mất nước ưu trương, trẻ rất khát hoặc loãng quá không đạt hiệu quả điều trị).

+ Cách cho uống không đúng.

+ Trẻ không uống được.

+ Trẻ nôn nhiều/tiêu chảy nhiều phân xối xả thành vòi.

+ Trẻ mất dung nạp glucose làm uống vào đi cầu nhiều.

+ Chướng bụng, liệt ruột.

- 2 nguyên nhân đầu: Hướng dẫn lại bà mẹ cách pha và cách cho con uống theo phác đồ B.

- Những nguyên nhân còn lại chuyển qua truyền dung dịch Ringer lactatse.

**62. Những vi khuẩn nào hay gặp gây nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn nhất?**

- Có 3 loại hay gặp nhất:

+ Samonella non typhi.

+ Tụ cầu

+ E.coli đặc biệt E.coli sinh độc tố (ETEC).

**63. Trước một bệnh nhân tiêu chảy thông thường, có dùng kháng sinh không?**

- Trước một bệnh nhân tiêu chảy thông thường, tuyệt đối không sử dụng kháng sinh. Vì không hiệu quả và có thể gây nguy hiểm.

- Trước khi sử dụng kháng sinh nên cân nhắc rủi ro cho người bệnh.

- Chỉ sử dụng kháng sinh trong những trường hợp đặc biệt sau:

+ Có tiêu chảy phân máu.

+ Nghi ngờ tả mất nước nặng

+ Xét nghiệm xác định có Gardia duoedenalis và amip.

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

**64. Một bệnh nhân tiêu chảy không mất nước tại sao không dùng phác đồ A cho điều trị tại nhà mà giữ lại ở bệnh viện điều trị làm gì?**

- Em phải đánh giá xem trẻ có nằm trong danh mục thất bại trong điều trị ORS không.

- Nếu trẻ nôn nhiều, chướng bụng, hay đi cầu quá nhiều thất bại điều trị nên phải nhập viện theo dõi.

**65. Một bệnh nhân bị lỵ trực trùng, tả. Chọn lựa kháng sinh nào để điều trị?**

- Lỵ trực trùng:

+ Kháng sinh nên lựa chọn: Ciprofloxacin.

+ Kháng sinh thay thế: Pivecillinam hoặc Ceftriaxone.

- Tả:

+ Kháng sinh nên lựa chọn: Azithromycin.

+ Kháng sinh thay thế: Erythromycin hoặc Doxycyclin.

**66. ORS cũ khác ORS mới (ORS 245) như thế nào? Tại sao nên dùng ORS mới?**

- ORS cũ nồng độ các chất glucose, Na+, Cl-, độ thẩm thấu cao hơn ORS mới.

- Nên dùng ORS mới vì theo nghiên cứu dùng ORS mới so với cũ:

+ Giảm nôn khi uống ORS.

+ Giảm khối lượng phân bài tiết.

+ Giảm thời gian tiêu chảy kéo dài.

+ Giảm nhu cầu truyền dịch không theo phác đồ.

- Một số tác giả cho rằng áp lực và nồng độ glucose trong ORS cũ đối với trẻ tiêu chảy kéo dài dễ đưa đến tình trạng tiêu chảy thẩm thấu.

**67. Kể tên một số chế phẩm kẽm?**

- Dạng viên

+ TOZINAT

+ FARZINCOL

- Dạng Siro:

+ ATIZINC SIRO

+ GRAZINCURE

**68. Liều ngộ độc kẽm là bao nhiêu?**

- Liều ngộ độc kẽm >= 150mg/ngày.

**69. Một bệnh nhân chẩn đoán Rotavirus cần phải khai thác gì?**

+ Tuổi.

+ Mùa.

+ Yếu tố khởi phát.

+ Tính chất phân.

**70. Mô tả bệnh Hirchprung**

- Để chẩn đoán chia thành 3 thể:

a. Thể cấp tính: Gặp ở giai đoạn sơ sinh tương ứng giải phuẫ bệnh lý là đoạn vô hạch dài 15-20cm.

- Dấu hiệu bao gồm:

+ Chậm đi phân su trong 24h

+ Nôn mửa ra sữa hoặc dịch mật và dịch ruột.

+ Bụng trướng căng có tuần hoàn bàng hệ và da bụng bóng láng

+ Thăm trực tràng: có dấu hiệu tháo cống có nghĩa khi thăm trực tràng thì không sờ thấy phân, nhưng khi rút từ từ rút ngón tay ra, phân sẽ theo ngón tay ra ngoài, do chỗ nghẽn chức năng đã được phá bỏ. Với dấu hiệu này cho phép chẩn đoán lâm sàng. Xác định thêm bằng sinh thiết trực tràng hoặc chụp đại tràng.

b. Thể bán cấp: Gặp ở giai đoạn bú mẹ với chiều dài đoạn vô hạch là từ 6-10cm.

+ Bệnh nhi vào viện chủ yếu vì táo bón và tiêu chảy xen kẽ với nhau từng đợt và kéo dài dai dẳng.

+ Bụng trướng, quai ruột nổi, có u phân ở hố chậu trái.

+ Trẻ chậm lớn, thiếu máu, suy dinh dưỡng.

+ Bụng có từng đợt bán tắc ruột tái diễn

+ Thăm trực tràng có u phân ứ đọng.

+ Sinh thiết trực tràng và chụp đại tràng để chẩn đoán xác định.

c. Thể mạn tính: Xảy ra ở người lớn với chiều dài đoạn vô hạch <6cm.

+ Bán tắc ruột, kéo dài trường diễn.

+ SDD, chậm phát triển thể chất tinh thần.

+ Bụng chướng to, khối u phân rất lớn do ứ đọng

+ Tiền sử táo bón kéo dài từ lúc sinh

+ X-quang, sinh thiết để chẩn đoán xác định.

- Lưu ý:

+ Hình ảnh X-quang: Hình ảnh tắc ruột thấp, đại tràng giãn nhiều hơi, ở trẻ lớn có hình ảnhr u phân lấm tấm ở hố chậu.

+ Hình ảnh chụp đại tràng có cản quang: Hình ảnh cái phễu (đại tràng sigma giãn to, trực tràng teo nhỏ, giữa là đại tràng trung gian).

+ Sinh thiết: Vắng mặt các tế bào hạch phó giao cảm ở đám rối TK Meissner - Auerback.

**71. Điều trị bệnh Hirchprung**

- Điều trị nội khoa: Chỉ để hỗ trợ cho ngoại khoa, chờ đến độ tuổi thích hợp bao gồm:

+ Hồi sức: Với trường hợp tắc ruột cấp tính ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi.

+ Đặc hiệu với trường hợp bạch cầu viêm ruột cấp tính: Kháng sinh, bù dịch- điện giải, hồi sức chống choáng.

+ Thụt tháo

+ Hỗ trợ: Nuôi dưỡng, chế độ ăn, chống táo bón, chống SDD, chống bội nhiễm đg tiêu hóa và hô hấp.

- Điều trị ngoại khoa:

+ Tạm thời: Mở thông đại tràng với mục đích giảm áp, giải quyết tắc ruột và ứ đọng.

+ Triệt để: Cắt bỏ đoạn vô hạch, tái lập lưu thông tiêu hóa trên cơ sở tôn trọng cấu trúc gp để đảm bảo chức năng đại tiện, tiểu tiện và sinh dục sau này.

**72. Trẻ bị tiêu chảy nên cho ăn cháo gì?**

- Trẻ tiêu chảy nên cho ăn cháo thịt gà. Vì thịt gà chứa rất nhiều kẽm.

- Thịt bò kẽm cũng rất nhiều nhưng protein thịt gà dễ hấp thu hơn protein thịt bò.

- Ngoài thịt gà, thịt cóc cũng rất nhiều kẽm nhưng khó tìm. Do vậy tốt nhất vẫn nên cho ăn cháo thịt gà.

**73. Bình thường Rotavirus, thường nôn đột ngột, dữ dội nhưng không kéo dài. Vậy tại sao đứa trẻ này làm hết tất cả xét nghiệm chẩn đoán ra rota mà vẫn có nôn kéo dài?**

- Khai thác bệnh sử:

+ Trẻ dùng kẽm như thế nào: Vì kẽm có mùi của kim loại, tanh. Nên có thể kích thích phản xạ nôn.

+ Hỏi thêm cách bà mẹ cho ăn, cho uống thuốc.

+ Tìm xem có bệnh kèm nào khác hay không?

**74. Một đứa trẻ vào viện vì tiêu chảy không mất nước 1 ngày thì xử trí có khác với một đứa trẻ 8 ngày hay không?**

- 1 ngày là tiêu chảy cấp. 8 ngày cũng là tiêu chảy cấp nhưng có xu hướng tiến triển kéo dài.

- Cả 2 đều điều trị theo phác đồ A. Nhưng đứa 8 ngày nên tìm nguyên nhân như do con vi khuẩn khác mà mình chưa nghĩ tới không, trẻ có bị SDD, suy giảm miễn dịch, bất dung nạp đường lactose, thất bại của điều trị ORS, cách thức bà mẹ cho con ăn và uống như thế nào.

- Lưu ý: Theo khuyến cáo, ORS nên cho ngay sau lần tiêu chảy đầu tiên.

**75. Tại sao trẻ trong thời gian tiêu chảy nên cho ăn nhiều bữa hơn nhưng lượng ít hơn, từng chút, từng chút một?**

- Giảm tình trạng nôn xuống.

+ Trẻ sẽ dung nạp và hấp thu tốt hơn.

+ Trẻ được cung cấp đầy đủ nguyên liệu để nhanh hồi phục đường tiêu hóa hơn.

**76. Ngay sau khi hết tiêu chảy, chế độ ăn của trẻ lưu ý cái gì?**

- Ngay sau khi hết tiêu chảy, cho trẻ ăn lại bình thường, tăng số bữa lên để trẻ nhanh chóng lấy lại cân nặng trước khi tiêu chảy

- Thời gian tăng bữa, ít nhất kéo dài cho được 2 tuần.

**77. Các điểm đau ruột thừa?**

- Có 3 điểm:

+ Điểm Mac- Burney: Nằm ở giữa đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải.

+ Điểm Clado: Nằm ở giữa ở giao điểm đường nối 2 gai chậu trước trên và bờ ngoài cơ thẳng to bên phải.

+ Điểm Lanz: Ở chỗ nối tiếp giữa 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường nối 2 gai chậu trước trên (trùng với điểm niệu quản giữa bên phải).

**78. Các điểm niệu quản, buồng trứng?**

- Có 3 điểm niệu quản:

+ Điểm niệu quản trên: Nằm ở điểm giao nhau của đường ngang qua rốn vuông góc với đường thẳng giữa và bờ ngoài cơ thẳng bụng. Đau trong sỏi niệu quản.

+ Điểm niệu quản giữa: Điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối 2 gai chậu trước trên.

+ Điểm niệu quản dưới: Nằm trong thành bàng quang, chỗ niệu quản đổ vào bàng quang. Không sờ được, phải thăm trực tràng hoặc âm đạo.

- Điểm buồng trứng: Nằm ở giữa đường nối từ gai chậu trước trên đến gai mu.

**79. Khi chẩn đoán một nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do bếp ăn tập thể ta cần làm gì nữa?**

- Chẩn đoán do bếp ăn tập thể thường liên quan đến nhiều cơ quan đoàn thể.

- Nếu thật sự do bếp ăn tập thể, thì cần gửi kết quả lên cấp trên rồi họ lại về cơ sở đó kiểm tra.

- Vì thường mỗi cơ sỏ bếp ăn tập thể khi nấu lên và đưa cho cá nhân ăn, thường người ta phải để lại một phần thức ăn. Và dựa trên thức ăn đó, thì có thể xét nghiệm xem thực sự do bếp ăn hay không.

**80. Mỗi chai dịch glucose cung cấp bao nhiêu năng lượng?**

- Chai glucose 500ml, 10% cung cấp 200 kcal.

- Chai glucose 500ml, 5% cung cấp 100 kcal.

- Chai glycolyte 500ml, 7,5% cung cấp 150 kcal.

**81. Triệu chứng như thế nào nghĩ đến bất dung nạp đường glucose khi uống ORS?**

- Phải loại trừ các nguyên nhân: mẹ pha sai, cho uống sai

- Nếu loại được rồi, thì mới nói là cho trẻ uống vào, thì đi cầu ra lượng phân lớn.

**82. Cơ chế gây tiêu chảy do glucose?**

- Nếu dùng quá liều glucose hoặc sacarose để uống và tăng giá trị dinh dưỡng cho trẻ nhỏ có thể làm tăng nguy cơ tiêu chảy do tác dụng thẩm thấu của glucose chưa hấp thu còn ở trong ruột. Nói chung cơ chế tiêu chảy thẩm thấu.

**83. Cơ chế gây tiêu chảy do virus?**

- Thì cơ chế gây tiêu chảy do Rotavirus là tiêu chảy xuất tiết. Mà virus hay gây tiêu chảy nhất là rota virus.

**83. Bệnh nhân nôn 4 ngày trên bệnh nhân do Rotavirus có hợp lý không?**

- Không, vì nôn do Rotavirus thường không quá 48h.

- Tuy nhiên không loại trừ các nguyên nhân khác, ví dụ

bệnh nhân tiêu chảy hay cho kẽm. mà kẽm có mùi kim loại dễ kích thích gây nôn.

**84. Không mất nước thì ước lượng nước mất là bao nhiêu?**

- Không mất nước là mất <5% cân nặng.

- Mất nước nhẹ và vừa mất từ 5-10% cân nặng.

- Mất nước nặng mất > 10% cân nặng.

**85. Khám còi xương thiếu vitamin D như thế nào?**

- Tại cộng đồng, kết luận còi xương khi có ít nhất 2 triệu chứng sau:

+ Chuỗi hạt sườn

+ To đầu chi

+ Mềm hộp sọ

+ Biến dạng đặc biệt ở lồng ngực: Lồng ngực hình ức gà, chuỗi hạt sườn, rãnh Harrisson.

+ Kèm theo giảm trương lực cơ.

**86. Triệu chứng hạ Ca2+ máu do thiếu vitamin D?**

- Trẻ hay quấy khóc về đêm, ra mồ hôi trộm, chậm mọc răng, mất men răng, thóp liền chậm. Lượng Ca2+ máu thường giảm nhẹ, ít khi gây cơn tetani.

**87. Kể tên các nguyên nhân gây tăng bilirubin gián tiếp?**

- Vàng da sinh lí

- Vàng da tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ - con: Hệ ABO, hệ Rh.

- Vàng da do các bệnh lí tan máu di truyền: Thiếu men hồng cầu, khiếm khuyết màng hồng cầu, bệnh hemoglobin.

- Vàng da khác: Do tự tiêu các ổ xuất huyết, do nhiễm trùng, do trẻ đẻ non tháng, suy giáp bẩm sinh, ở trẻ có mẹ bị ĐTĐ, tắc đường tiêu hóa, hội chứng Gilbert, hội chứng Cirgler – Najjar, do thuốc, do sữa mẹ, v.v.

**88. Thể lâm sàng nặng nhất của bất đồng nhóm máu Rh**

- Đó là thể phù nhau thai:

+ Trẻ sinh ra đã bị vàng da, gan lách to, phù toàn thân, thiếu máu nặng và suy tim.

+ Thể này thường ít gặp và trẻ chết ngay sau khi sinh.

**89. Suy giáp bẩm sinh, hãy nêu thang điểm đánh giá SG bẩm sinh?**

- Dựa trên thang điểm P. Fort

|  |  |
| --- | --- |
| Triệu chứng | Điểm |
| 1. Thoát vị rốn | 2 |
| 2. Nữ | 1 |
| 3. Da xanh lạnh, hạ thân nhiệt | 1 |
| 4. Phù niêm, bộ mặt đặc biệt | 2 |
| 5. Lưỡi to | 1 |
| 6. Giảm trương lực cơ | 1 |
| 7. Táo bón | 2 |
| 8. Vàng da kéo dài >3 tuần | 1 |
| 9. Thóp sau rộng | 1 |
| 10. Thai > 42 tuần | 1 |
| 11. Cân nặng khi đẻ > 3.5kg | 1 |

- Khi trên 5 điểm, có thể đánh giá suy giáp.

**90. Chẩn đoán phân biệt nôn nhiều do tụ cầu với samonella?**

- Do tụ cầu thường liên quan đến thức ăn ngọt (samonella là thức ăn hải sản), trẻ thường nôn nhiều do sinh ngoại độc tố (khác với samonella là nội độc tố), ít sốt và thời gian ủ bệnh ngắn.

**91. Tại sao thời gian ủ bệnh của samonella kéo dài?**

- Khi nuốt phải VK, phần lớn VK bị diệt bởi dịch vị dạ dày ở độ Ph=2, nếu Ph = 5 không chết.

- Số sống sót vào ruột non xuyên qua niêm mạc ruột, phần lớn xảy ra ở hồi tràng, xuyên qua các mảng peyer đến hạch bạch huyết rồi tự nhân lên trong tế bào đơn nhân đến hạch mạc treo vào ống ngực cuối cùng máu.

- Tại hệ tuần hoàn, VK sẽ bị loại bỏ bởi hệ thống lưới nội mô.

- Số sống sót, di trú đến túi mật rồi nhân lên và giải phóng vào ruột lần 2 gây nhiễm trùng huyết kéo dài.

- Tóm lại khi VK đến ruột, sau 24-72h chúng xuyên qua niêm mạc ruột đến hạch mạc treo và phát triển trong đó 10-14 ngày. Đó là thời gian ủ bệnh trung bình.

92. Tiếp cận một trẻ nôn, cần loại trừ những gì?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nôn | |
| Không sốt | Sốt |
| Táo bón | Đau bụng: Tắc ruột cấp, lồng ruột cấp, v.v | Đau bụng: Viêm ruột thừa (VRT) cấp, Viêm phổi (VP), viêm màng não, viêm hạch mạc treo, v.v. |
| Tiêu chảy | Viêm dạ dày - ruột cấp bao gồm rất nhiều bệnh do rotavirus, tụ cầu, samonella, v.v. | |
| Phân bình thường | - Nhức đầu: Hội chứng tăng áp lực nội sọ.  - Thoát vị qua lỗ hoành, suy thận, mùi aceton của Halenc, nôn thường xuyên, v.v. | Viêm mũi họng cấp, viêm tai, NK đường tiết niệu.. |

- Nói chung tiếp cận một trẻ nôn cần loại trừ:

+ Nguyên nhân ngoại khoa: Lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, v.v.

+ Nguyên nhân thần kinh: HC màng não, HC tăng áp lực nội sọ, v.v.

+ Nguyên nhân cấp cứu nội khoa: Viêm tụy cấp.

- Sau đó đi vào từng nguyên nhân nhỏ hơn.

**93. Đặc điểm viêm ruột thừa trên siêu âm?**

- Kích thước ruột thừa > 6mm.

- Đè không xẹp

- Có thâm nhiễm xung quanh.

**91. Hình ảnh siêu âm và X-quang của tắc ruột?**

- X-quang:

+ Tắc ruột cao: Mức hơi dịch nằm ở trung tâm, đáy rộng, vòm thấp.

+ Tắc ruột thấp: mức hơi dịch: Đáy hẹp, vòm cao ở vị trí ngoại vi.

- Siêu âm: Trướng hơi, quai ruột giãn, tăng nhu động.

**92. Một bệnh nhân vào viện, nhìn phân như thế nào nghĩ đến nguyên nhân thực thể?**

- Phân dạng bút chì do hẹp hậu môn.

**93. Một số đặc điểm tiêu chảy do Rotavirus với vi khuẩn?**

|  |  |
| --- | --- |
| Rotavirus | Vi khuẩn |
| 1. Có viêm long đường hô hấp trên. | 1. Không viêm long đường hô hấp trên |
| 2. Sốt =< 39 độ | 2. Sốt cao |
| 3. Phân tóe nước có màu hoa cải, do dịch ruột trộn lẫn dịch mật, không nhầy mủ. | 3. Phân nhầy mủ |
| 4. Nôn >95% trẻ thường nôn nhiều trong 24h đầu sau 36h hết nôn. | 4. Đau bụng nhiều |
| 5. Hay gặp mùa đông xuân khô lạnh | 5. Thường gặp mùa mưa, nóng |
| 6. Thường hết sau 1 tuần |  |
| 7. Nếu sau một tuần đỡ, thường là biến chứng kém hấp thu đường thứ phát |  |

- Một số đặc điểm tiêu chảy do virus:

+ Sốt < 39 độ

+ Phân tóe nước, không nhầy mũi

+ Viêm long đường hô hấp trên trước tiêu chảy gặp trong 80%.

**94. Men tiêu hóa có chức năng gì?**

- Chống loạn khuẩn

- Kích thích sản xuất IgA

- Phục hồi khả năng hấp thu của niêm mạc ruột.

**95. Khi mô tả phân cần mô tả gì?**

- Số lần

- Số lượng

- Màu sắc

- Tính chất phân.

**96. Trẻ suy dinh dưỡng, điều trị mất nước bằng dung dịch Resomal, hỏi thành phần Resomal?**

- 1 gói ORS pha với 2 lít nước + 50g sucrose + 40ml hỗn hợp muối khoáng

- Dùng: 70 - 100ml/kg trong 12 giờ. Bắt đầu bằng 5 ml/kg mỗi 30 phút trong 2 giờ đầu tiên (uống). Sau đó 5-10 ml/kg/giờ.

- Ngừng Resomal nếu:

+ Mạch, huyết áp tăng.

+ TM cổ nổi.

+ Phù tăng.

- Kết thúc bù nước nếu trẻ không còn khát, có nước tiểu hoặc không dấu mất nước.

**97. Trong soi phân bạch cầu bao nhiêu thì hướng đến nhiễm khuẩn?**

- Soi phân bạch cầu (++) thường hướng đến nhiễm khuẩn.

**98. Trẻ bị tiêu chảy nghi do Rota cách đây 1 tháng, có cho bệnh nhân uống vacxin rota nữa không?**

- Vẫn cho bệnh nhân của em uống vacxin:

+ Thứ nhất, lần trước bệnh nhân chỉ chẩn đoán là nghi do Rota chứ không chắc chắn là Rota hay không.

+ Thứ 2, thì Rota có rất nhiều chủng, lần trước có thể trẻ chỉ mắc 1 chủng ở trong đó, còn rất nhiều chủng khác. Dù là bên Rota theo nghiên cứu có miễn dịch chéo nhưng theo mình vẫn cho uống thì tốt hơn.

**99. Kể tên tất cả các vacxin tiêm cho trẻ CTTCMR?**

|  |  |
| --- | --- |
| Tuổi | Vacxin |
| Sơ sinh | - Viêm gan B mũi O trong 24h đầu sau sinh.  - Lao |
| 2 tháng | - 5 trong 1 mũi 1  - Bại liệt mũi 1 |
| 3 tháng | - 5 trong 1 mũi 2  - Bại liệt mũi 2 |
| 4 tháng | - 5 trong 1 mũi 3  - Bại liệt mũi 3 |
| 9 tháng | - sởi mũi 1 |
| 18 tháng | - 5 trong 1 mũi 4  - sởi mũi 2 |
| 1 – 5 tuổi | - viêm não nhật bản mũi 1  - viêm não nhật bản mũi 2 ( sau mũi 1, 2 tuần).  - viêm não nhật bản 3 ( sau mũi 2, 1 năm) |
| 2 – 5 tuổi | - vacxin tả 2 lần uống ( lần 2 sau lần 1, 2 tuần ) |
| 3-10 tuổi | - vacxin thương hàn mũi duy nhất |

**100. Những yếu tố nào làm cho trẻ SDD nặng dễ bị đột tử?**

- Hạ thân nhiệt đặc biệt trời mùa lạnh.

- Hạ đường huyết do bữa ăn cách xa nhau.

- Do chính bác sĩ khi khám không nhẹ nhàng, lật qua, lật về. Mà trẻ SDD nặng cơ tim thường rất nhão. Do vậy khi thăm khám cần hết sức nhẹ nhàng.

**101. Điều trị tiêu chảy kéo dài, một số lưu ý?**

- Làm các xét nghiệm để tìm bằng chứng viêm

- Tìm các xét nghiệm tìm nguyên nhân trong đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa.

- Điều trị cho thật triệt để mới phục vụ cho chế độ điều trị quan trọng nhất là ăn điều trị.

+ Nếu đối với tiêu chảy cấp ăn điều trị, kiểm tra sữa hạn sử dụng, thương hiệu, cách pha, cách uống, v.v.

+ Nếu tiêu chảy kéo dài: Nếu bú mẹ thì vẫn tiếp tục cho bú và ngừng ngay tất cả các loại sữa công nghiệp đang uống để giảm đường lactose.

+ Nếu mà dùng sữa mẹ tiếp tục tiêu chảy, thì ngừng ngay sữa mẹ, và cho dùng sữa free lactose.

+ Sau đánh giá mà trẻ vẫn còn tiêu chảy, thậm chí phải phối hợp thêm sữa đạm thủy phân (nghi ngờ thêm dị ứng đạm).

+ Cuối cùng vẫn tiêu chảy có thể phải nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường TM.

**102. Nếu BN phác đồ A, nhưng thất bại điều trị ORS thì làm gì?**

- Cho truyền glucose:

+ Thứ nhất để dự phòng mất nước.

+ Thứ 2 tránh trường hợp hạ đường huyết trên trẻ.

**103. Trong tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón ở trẻ >1 tuổi, tại sao triệu chứng són phân lỏng?**

- Ở trẻ > 1 tuổi, nếu có triệu chứng són phân lỏng thường là táo bón nặng. Do phân quá nhiều, gây làm dãn căng thành ruột, kích thích thành ruột gây viêm xuất tiêt nên có thể gây són phân lỏng (giả tiêu chảy).

**104. Tại sao trẻ em đa số gặp táo bón cơ năng?**

- Do trẻ có các yếu tố ảnh hưởng đến chức năng tiêu hóa gây táo bón cơ năng.

a. Do chưa hoàn thiện cơ chế bài xuất phân:

+ Chưa hoàn thiện quá trình myelin hóa sợi thần kinh tủy sống và vùng cùng cụt.

+ Các cơ thẳng bụng và đường trắng giữa chưa phát triển.

+Ttrẻ nhỏ khó phối hợp các động tác làm tăng áp lực trong ổ bụng

\* Do yếu tố tâm lý, giáo dục

\* Do yếu tố dinh dưỡng:

+ Uống ít nước

+ Chế độ ăn mất cân bằng: quá nhiều đạm, tinh bột.

+ Thiếu hoặc mất cân bằng tỷ lệ sợi xơ tiêu hóa được và không tiêu hóa được.

**105. Ở trẻ em nguyên nhân gây táo bón thực thể hay gặp nhất?**

- Nguyên nhân hay gặp nhất là bệnh phình đại tràng bẩm sinh.

**106. Biến chứng sau khi uống vacxin Rotavirus?**

- Những vacxin là virus hay vi khuẩn giảm độc lực đều có khả năng gây bệnh ở những cơ thể giảm miễn dịch.

- Có một tỷ lệ lồng ruột sau khi uống vacxin rota virus.

**107. Các dấu hiệu thiếu sữa ở trẻ em?**

- Nước tiểu vàng sẫm

- Lên cân không tốt

- Đi cầu ít

- Ngủ không được tốt

**108. Tại sao nên cho trẻ bú từ đầu cho đến cuối bữa bú?**

- Sữa đầu bữa bú: Sữa trong, nhiều nước, nhiều đường và chất đạm.

- Sữa cuối bữa bú: Sữa đục hơn do nhiều chất đạm.

- Do khác nhau giữa đầu và cuối nên tốt nhất cho trẻ bú từ đầu cho đến cuối bữa bú.

**109. Đạm và đường trong sữa mẹ và sữa bò?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Protein | Đường |
| Sữa mẹ | Alpha- lactalbumin.  Casein (chiếm 35%). | Beta- lactose |
| Sữa bò | Beta- lactalbumin.  Casein ( chiếm 80%) | Alpa-lactose. |

**110. Tại sao nên cho trẻ bú trực tiếp mà không nên vắt sữa ra?**

- Sẽ gắn kết tình cảm mẹ con

- Khi gắn kết sẽ tiết ra các hormon tốt.

- Mẹ cho bú nếu mà trẻ bị ốm, sẽ nhận thấy hôm nay trẻ bú không được mạnh

- Sữa bú trực tiếp tiết ra các chất dinh dưỡng tốt hơn

- Cho trẻ bú, bú theo nhu cầu của trẻ.

- Uống sữa mẹ, thì sau khi uống không cần thêm nước, nhưng nếu uống sữa bò thì sau khi uống cần thêm nước để hỗ trợ đào thải Na+.

- Lưu ý: Bà mẹ sinh trẻ đẻ non làm sữa mẹ năng lượng cao hơn trẻ sinh đủ tháng.

**111. Thời điểm tốt nhất để cai sữa?**

- Cai sữa khi trẻ từ 18-24 tháng, sớm nhất là 12 tháng.

- Khi cai sữa phải bỏ từ từ các bữa bú.

- Không nên cai sữa lúc trẻ bị bệnh hay lúc bị nhiễm trùng

- Nên cai sữa khi trời mát mẻ, khi con khỏe mạnh.

- Lưu ý: Bà mẹ mang thai vẫn cho con bú được, nhưng kèm theo đó phải tìm các thực phẩm khác để thay thế dần.

**112. Một số điểm khác giữa sữa mẹ và sữa công thức?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sữa mẹ | Chất đường >  Chất đạm <  Chất béo = | Sữa công thức |

- Do vậy trẻ bú sữa công thức nguy cơ béo phì tăng cao (do gia tăng cân nặng).

**113. Tại sao pha sữa nên pha bằng nước sôi ấm?**

- Vì nếu dùng nước sôi quá nóng sẽ là mất dinh dưỡng và đặc biệt mất đi các vi khuẩn có lợi ở trong sữa.

**114. Kể tên các nguyên nhân gây vàng da tại gan.**

- Do viêm gan, do thuốc.

**115. Nôn là gì? Trớ là gì?**

- Nôn:

+ Là tình trạng tống xuất thức ăn chứa trong dạ dày và ruột qua miệng.

+ Nhờ sự co bóp dữ dội của cơ thành bụng, cơ hoành và các cơ trơn của thành dạ dày và ruột.

+ Thường phối hợp thêm buồn nôn và nôn khan.

- Trớ:

+ Là sự trào ngược thức ăn từ dạ dày vào thực quản qua miệng một cách dễ dàng không gắng sức.

+ Do cơ thắt dưới thực quản dãn, thường xảy ra sau bữa ăn.

**116. Nguyên nhân gây loét dạ dày – thực quản ở trẻ em?**

- Chia thành 2 nhóm nguyên nhân:

+ Nguyên phát do HP

+ Thứ phát do stress, thuốc, chất ăn mòn, v.v.

- Lưu ý: Để chẩn đoán loét dạ dày ở trẻ em cần khai thác gì?

+ Tiền sử gia đình: Có ai loét dạ dày chưa? Nếu có, thì có được nội soi không, kết quả như thế nào (nếu không có nội soi thì không ý nghĩa).

+ Stress nặng: Trẻ có nằm viện dài ngày (ví dụ nằm ICU), biến cố lớn, bỏng, v.v.

+ Các thuốc sử dụng trước đó: Aspirin, kháng viêm non-steroid, corticoid, v.v.

**117. Thế nào gọi là đau bụng tái diễn?**

- Đau bụng tái diễn là đau bụng ít nhất 3 cơn trong vòng 3 tháng kèm theo làm ảnh hưởng đến sinh hoạt của trẻ.

**118. Các nhóm nguyên nhân gây đau bụng tái diễn?**

- Có 3 nhóm nguyên nhân gây đau bụng tái diễn:

+ Thực thể: chỉ chiếm 5% ở trẻ em, và nguyên nhân hàng đầu là loét dạ dày – tá tràng.

+ Cơ năng

+ Tâm thần kinh.

**119. Một trẻ đẻ non, nhiễm trùng sơ sinh sớm, đang dùng 3-4 loại kháng sinh thì xuất hiện triệu chứng đi cầu phân đen và nôn ra máu. Những nguyên nhân nào có thể nghĩ đến trên bệnh nhân này? Vì sao?**

- Thứ nhất mặc dù trẻ sinh ra, theo chương trình hiện này đều được tiêm mũi vitamin K tuy nhiên vẫn không thể loại trừ xuất huyết giảm tỷ prothrombin.

+ Nguyên nhân do đường vào của vitamin K trong cơ thể là ngoại sinh và nội sinh.

+ Về ngoại sinh, thường là do ăn uống, tuy nhiên sữa mẹ có đầy đủ mọi thứ hơn sữa công thức nhưng thiếu vitamin K.

+ Do vậy chỉ còn con đường nội sinh: Nhờ vi khuẩn chí đường ruột mà như biết 10-12h sau sinh đường ruột trẻ hoàn toàn vô trùng, kết hợp với dùng 3-4 loại kháng sinh làm rối loạn khuẩn. Do vậy chưa loại trừ nguyên nhân này

- Nguyên nhân thứ hai do stress, một trẻ đang nhiễm trùng sơ sinh sớm là stress nặng, kết hợp thở máy, đặt nội khí quản, v.v đây là các thủ thuật xâm nhập có thể làm stress nặng hơn.

**120. Các dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mạn (những dấu hiệu cờ đỏ)**

- Tuổi <5 tuổi

- Đau ngoài điểm quanh rốn

- Cơn đau làm thức giấc buổi tối.

- Nôn mửa nặng, nôn ra máu, đi ngoài ra máu.

- Sụt cân CRNN/đứng cân

- Tiêu chảy kéo dài nặng.

- Tiểu khó, tiểu máu.

- Khó nuốt.

- Sốt không giải thích được.

- Đau khớp.

- Tiền sử gia đình có người viêm ruột mạn, ung thư dạ dày.

- Ấn đau ¼ trên phải và ¼ dưới phải.

- Sờ thấy khối ở bụng.

- Gan to, lách to.

- Ấn đau trên cột sống hoặc góc sườn cột sống.

- Bất thường quanh hậu môn.

- Xét nghiệm:

+ Máu ẩn trong phân.

+ Bạch cầu máu tăng

+ Thiếu máu

+ Giảm albumin máu.

**121. Những đặc điểm của đau bụng cần hướng đến khả năng do HP?**

- Đau bụng vùng thượng vị

- Liên quan đến bữa ăn.

- Làm thức giấc nửa đêm

- Làm ảnh hưởng xấu đến tổng trạng

- Kèm theo xuất huyết tiêu hóa

**122. Vài nét về HP**

- HP: Helicobacter pylori. Heli có nghĩa là xoắn. Bacter:có nghĩa là khuẩn. Pylori có nghĩa là sống ở hang, môn vị. Ngay từ tên đã thể hiện đây là xoắn khuẩn sống ở vùng hang môn vị của dạ dày.

- Ngoài ra đây là vi khuẩn gram (-), có khả năng tiết ra men urease, làm thủy phân ure thành CO2 và NH3. Chính nhờ NH3 vi khuẩn mới sống được trong môi trường acid dạ dày. Đây là vi khuẩn gây loét dạ dày – tá tràng, viêm dạ dày cấp hoặc mạn, viêm dạ dày teo, không dạ dày, v.v

**123. Khi nào cần xét nghiệm kiểm tra HP ở trẻ em?**

- Chiến lược test và điều trị không áp dụng cho trẻ em.

- Đối với trẻ loét dạ dày cần đánh giá tình trạng H.pylori. Nếu HP(+) trẻ cần được điều trị và đánh giá lại tình trạng nhiễm khuẩn sau điều trị.

- Không khuyến cáo đánh giá tình trạng nhiễm HP ở trẻ đau bụng chức năng.

- Thiếu máu thiếu sắt (IDA)

- Xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn mạn tính.

- Không khuyến cáo xn ở trẻ kém phát triển thể chất.

**124. Các xét nghiệm chẩn đoán HP**

- Chia thành 2 test xâm lấn và không xâm lấn.

- Test xâm lấn: Để phát hiện VK trong mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày qua nội soi, cấy, test urea, mô học và phản ứng chuỗi polymerase (PCR).

- Test không xâm lấn: Tránh được nội soi, huyết thanh chẩn đoán, test hơi thở urea carbon 13 (BUT), test kháng nguyên trong phân.

- Lưu ý: Không có xét nghiệm đơn thuần nào là tối ưu, việc lựa chọn phải dựa vào lâm sàng, khả năng sẵn có của từng nơi, sự thành thạo và yếu tố chi phí.

**125. Một số lưu ý về xét nghiệm kiểm tra HP?**

- Đánh giá tình trạng nhiễm HP nên tiến hành sau khi ngưng PPI≥ 2 tuần và ngưng kháng sinh ≥ 4 tuần.

- Chẩn đoán nhiễm HP nên dựa vào:

+ Hình ảnh viêm dạ dày trên mô bệnh học và có nhiễm HP với ≥1 xét nghiệm khác ngoài xét nghiệm dựa trên mảnh sinh thiết.

+ Nuôi cấy vi khuẩn dương tính.

- Không nên sử dụng test phát hiện kháng thể (IgG, IgA), kháng HP trong máu, huyết thanh, nước tiểu và nước bọt trong chẩn đoán nhiễm HP trên lâm sàng.

- Để chẩn đoán nhiễm HP cần lấy ≥ 6 mảnh sinh thiết dạ dày trong quá trình nội soi.

+ 2 từ thân vị và 2 từ hang vị để chẩn đoán theo tiêu chuẩn Sydney: Viêm cấp/mạn, viêm teo, dị sản ruột, mức độ nhiễm HP.

+ 2 (1 thân vị, 1 hang vị) để nuôi cấy vi khuẩn.

+ 1 làm RUT (test urease nhanh).

**126. Các trường hợp âm tính giả của test urease nhanh qua mẫu sinh thiết?**

- Mật độ vi khuẩn thấp: 104 – 105 không xác định được

- Đang xuất tiêu hóa

- Teo niêm mạc dạ dày

- U MALT

- Mới vừa sử dụng kháng sinh hoặc PPIs.

- Bonus thêm chút về test urease nhanh:

+ Test urease nhanh thường có 2 test: CLO-test (campylobacter like organism test) và pylori tek.

+ CLO test có thể đọc kết quả sau 5 phút, 20 phút, 1 giờ, 3 giờ và 24 giờ. Sau 24h, độ nhạy của test giảm xuống.

+ CLO-test (-) màu vàng.

+ CLO-test (+) màu hồng cánh sen.

**127. Khác nhau như thế nào giữa test hơi thở 13C và 14C?**

- Đồng vị C được sử dụng:

+ 13C là carbon không phóng xạ (non-radioactive carbon-13).

+ 14C là carbon phóng xạ (radioactive carbon -14) được phát hiện bởi máy phổ khối có liên hệ với đồng vị phóng xạ (isotope ratio mass spectrometry) 14C được đo bởi máy đếm nhấp nháy (scintillation).

- Độ an toàn:

+ 13C có thể được sử dụng an toàn ở phụ nữ có thai và trẻ em ở tất cả các lứa tuổi

+ 14C chỉ được sử dụng an toàn ở phụ nữ có thai > 8 tuần và trẻ em > 4 tuổi.

- Chính vì vậy giá thành test thở 13C > 14C.

**128. Chỉ định tiệt trừ HP ở trẻ em?**

|  |  |
| --- | --- |
| Guideline 2011 | Guildeline 2017 |
| 1. Loét đường tiêu hóa + trẻ nhiễm HP.  2. Tiền sử ba mẹ bị không dạ dày + trẻ nhiễm HP.  3. Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ nguyên nhân khác + trẻ nhiễm HP.  4. Viêm dạ dày nốt + trẻ nhiễm HP. | 1. Loét đường tiêu hóa + trẻ nhiễm HP.  2. XH giảm tiểu cầu vô căn + trẻ nhiễm HP.  3. Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ nguyên nhân khác + trẻ nhiễm HP.  4. Viêm dạ dày nốt + trẻ nhiễm HP. |

**129. Kể tên các phác đồ điều trị HP?**

a. Phác đồ 3 thuốc:

- PPI + Amoxicillin + Imidazole.

- PPI + Amoxicillin + Clarithromycin.

- PPI + Clarithromycin + Imidazole.

- PPI + Amoxicillin + Levofloxacin.

b. Phác đồ 4 thuốc không có bismuth

- PPI + Amoxicillin + clarithromycin + Metronidazole.

- PPI + Amoxicillin + Metronidazole + Levofloxacin.

c. Phác đồ 4 thuốc có bismuth.

- PPI + Amoxicillin + Metronidazole + Bismuth.

- PPI + Metronidazole + Tetracycline + Bismuth.

**129. Liều lượng các thuốc điều trị HP?**

- Amoxicillin 50mg/kg/ngày tối đa 1g/ngày x 2lần/ngày.

- Metronidazole 20mg/kg/ngày tối đa 1g/ngày x 2lần/ngày.

- Clarithromycin 15mg/kg/ngày tối đa 500mg/ngày x 2lần/ngày.

- Tetracycline 15mg/kg/ngày tối đa 500mg/ngày x 2lần/ngày.

- Bismuth subsalicylate 262 mg x 4 lần/ngày.

- PPI (omeprazole) 1mg/kg/ngày tối đa 20mg x 2lần/ngày.

Tuy nhiên một số khuyến cáo hiện nay hướng dẫn tăng liều lên cụ thể:

- Amoxicillin 50mg/kg/ngày thành 75-100 mg/kg/ngày.

- Clarithromycin 15 mg/kg/ngày thành 20-25 mg/kg/ngày.

- Metronidazole 20mg/kg/ngày thành 25-30 mg/kg/ngày.

- PPI: 1mg/kg/ngày thành 1,5-2mg/kg/ngày.

**130. Phân độ xuất huyết tiêu hóa**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phân độ | Độ I | Độ II | Độ III | Độ IV |
| Khối lượng máu mất | < 15% | 15-30% | 30-35% | 35-50% |
| Lâm sàng | Tỉnh táo | Lo âu, kích thích, lạnh | Lịm, li bì | Lơ mơ, hôn mê |
| Mạch | Tăng 10-20% | Nhanh > 150l/p | Nhanh > 150 l/p | Không bắt được hay mạch bằng 0 |
| Huyết áp | Bình thường | Hạ huyết áp tư thế, giảm 10mmHg | Hạ huyết áp tư thế, giảm 10 mmHg | Không đo được huyết áp |
| Nhịp thở | Bình thường | Thở nhanh |  |  |
| Refill | Bình thường | Kéo dài |  |  |
| Nước tiểu | Bình thường | > 1ml/kg/giờ | < 1ml/kg/giờ | Vô niệu |
| Hct | Bình thường | < 20% |  |  |
| Hb | Bình thường | < 7g/l |  |  |

**131. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên**

- Sơ sinh:

+ Nuốt máu mẹ

+ Loét dạ dày – tá tràng

+ Rối loạn đông máu

- Nhũ nhi:

+ Viêm thực quản

+ Viêm dạ dày

+ Loét dạ dày – tá tràng

+ Mallory Weiss

+ Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

- Trẻ nhỏ:

+ Viêm dạ dày

+ Mallory Weiss

+ Viêm thực quản

+ Loét dạ dày – tá tràng

+ Vỡ dãn tĩnh mạch thực quản

- Trẻ lớn:

+ Viêm dạ dày

+ Viêm thực quản

+ Loét dạ dày – tá tràng

+ Mallory – Weiss

+ Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

**132. Tiêu chuẩn Forest**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ia | Máu phun thành tia | Máu từ ĐM, nguy cơ tái XH rất cao |
| Ib | Máu rỉ thành dòng | Máu từ TM, nguy cơ tái XH cao |
| IIa | Mạch máu nhìn thấy | nguy cơ XH cao |
| IIb | Cục máu dính | nguy cơ XH cao |
| IIc | Có cặn màu đen | nguy cơ XH thấp |
| III | Đáy sạch | Không nguy cơ XH |

**133. Biến chứng của tiêu chảy cấp?**

- Phân khi bị tiêu chảy sẽ chứa một số lượng lớn Na+, Cl-, K+ và HCO3-.Tiêu chảy gây mất nước và mất điện giải.

- Mất nước (do mất nước và mất NaCl), mất nhiều có thể gây giảm lưu lượng tuần hoàn, trụy tim mạch, suy thận, tử vong nếu không điều trị ngay.

- Mất HCO3- gây ra toan chuyển hóa.

- Suy dinh dưỡng do giảm khả năng hấp thu của ruột, tập quán sai lầm kiêng ăn, không uống trong thời gian tiêu chảy, quá trình tiêu hao năng lượng trong quá trình chống đỡ bệnh tật.

**134. Trước một trẻ nôn, ỉa chảy nghĩ đến bệnh gì ngoài đường ruột?**

- Ngoại khoa như lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, v.v.

- Chấn thương (sau tai nạn).

- Hệ TK trung ương (kèm quấy khóc, rối loạn chi giác, HCMN, v.v.)

- Bệnh đường hô hấp (xuất hiện ói sau ho)

- Bệnh tim mạch (tím).

- Bệnh tiết niệu (sốt, khó tiểu, quấy khóc, v.v)

- Bệnh chuyển hóa (nhiễm ceton, nhịn đói, v.v)

- Bệnh tiêu hóa (nhiềm trùng, ngộ đọc, tiêu chảy, v.v)

**135. Ngày 1 tiêu chảy cấp, ngày 2-3 đỡ, ngày 4 tiêu chảy lại thì đợt mới hay cũ?**

+ Tiêu chảy là đi ngoài phân lỏng hoặc tóe nước trên 3 lần/ngày.

+ Đợt tiêu chảy là thời gian kể từ ngày đầu tiên bị tiêu chảy tới ngày mà sau đó 2 ngày phân trẻ bình thường.

+ Tiêu chảy cấp là đợt tiêu chảy khởi đầu cấp tính kéo dài không quá 14 ngày, phân lỏng tóe nước.

+ Tiêu chảy kéo dài là đợt tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài trên 14 ngày.

- Vậy đây là đợt mới.

**136. Không có ORS thì thay thế bằng gì?**

**137. BN tiêu chảy cấp bị viêm họng có dùng kháng sinh không? Soi phân bệnh nhân tiêu chảy do virus mục đích.**

**138. Mất nước đẳng trương, ưu trương, nhược trương biểu hiện lâm sàng? Tiêu chuẩn phụ của dấu hiệu mất nước, cách uống ORS, cách pha nước cháo, v.v.**

# B. Tác giả

Nguyễn Đình Thắng (2014-2020).

Louis Nguyễn (2018-2024)