

Câu 1. Trình bày các thời kỳ phát triển trẻ em.....	3
Câu 2. Trình bày đặc điểm, chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng.....	5
Câu 3. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng, điều trị nhiễm khuẩn sơ sinh.....	9
Câu 4. Trình bày nuôi dưỡng trẻ em bằng sữa mẹ, chế độ ăn sam.....	11
Câu 5. Trình bày nguyên nhân, phân loại và triệu chứng lâm sàng bệnh Suy dinh dưỡng trẻ em và chương trình phòng chống suy dinh dưỡng.....	13
Câu 6. Trình bày triệu chứng và điều trị bệnh lý thiếu vitamin A; D.....	16
Câu 7. Trình bày cách phân loại và xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và chương trình phòng chống NKHHCT.....	19
Câu 8. Trình bày cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị thấp tim và chương trình phòng chống	22
Câu 9. Trình bày lịch tiêm chủng trẻ em và các tai biến xảy ra trong quá trình tiêm chủng	24
Câu 10. Phân loại tim bẩm sinh, triệu chứng lâm sàng của nhóm tim bẩm sinh có luồng shunt trái-phải.....	26
Câu 11. Trình bày cơ chế bệnh sinh và triệu chứng suy tim ở trẻ em.	28
Câu 12. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị Hội chứng thận hư tiên phát.	30
Câu 13. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị viêm cầu thận cấp.....	33
Câu 14. Trình bày nguyên nhân và phân loại hội chứng vàng da trẻ sơ sinh.....	35
Câu 15. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá suy hô hấp sơ sinh	36
Câu 16. Trình bày triệu chứng, điều trị bệnh giun ở trẻ em.....	38
Câu 17. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị chảy máu trong sọ ở trẻ em.....	40
Câu 18. Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, phác đồ điều trị tiêu chảy cấp trẻ em.	43
Câu 19. Nêu phân độ lâm sàng, chẩn đoán, biến chứng, phác đồ điều trị bệnh tay chân miệng trẻ em.	45
Câu 20. Trình bày các nguyên tắc chung về dùng thuốc cho trẻ em; cách tính liều lượng thuốc cho trẻ em.....	50
Câu 21. Trình bày tác dụng, liều lượng và cách dùng thuốc hạ sốt cho trẻ em; Trường hợp trẻ bị sốt 39 độ C, nhưng trẻ bị phản ứng với Paracetamol, xử trí hạ sốt cho trẻ như thế nào?.....	51
Câu 22. Trình bày chẩn đoán xác định và nguyên nhân gây thiếu máu trẻ em	52
Câu 23. Phân loại hội chứng xuất huyết theo cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân..	53
Câu 24. Trình bày triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán, mục đích và nguyên tắc điều	

trị bệnh leucemie cấp.....	54
Câu 25. Trình bày chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt bệnh tan máu tự miễn với các bệnh tan máu khác.....	56
Câu 26. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và tiên lượng bệnh suy tủy ở trẻ em.	57
Câu 27. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em.	59
Câu 28. Trình bày chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt bệnh hemophilia.	62
Câu 29. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng đái tháo đường typ 1, nguyên tắc điều trị đái tháo đường typ 1 và sử dụng insulin. Kể tên 4 loại Insulin mà em biết?.....	63
Câu 30. Trình bày triệu chứng lâm sàng, tiêu chuẩn chẩn đoán và nguyên tắc điều trị suy giáp trạng bẩm sinh.	65
Câu 31. Trình bày 4 nhóm nguyên nhân gây loạn nhịp tim ở trẻ em	67
Câu 32. Trình bày biểu hiện lâm sàng 4 giai đoạn điển hình và chẩn đoán, điều trị suy thận cấp ở trẻ em.....	68
Câu 33. Trình bày hướng dẫn điều trị viêm phổi cộng đồng bằng kháng sinh ở trẻ lứa tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi. Trẻ viêm phổi cộng đồng nếu có kết quả cấy bệnh phẩm vi khuẩn âm tính thì có dùng kháng sinh điều trị không? Vì sao?.....	70
Câu 34. Trình bày chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt hen phế quản trẻ em; đánh giá mức độ nặng cơn hen ở trẻ từ 0-5 tuổi	72
Câu 35. Trình bày các nguyên nhân và yếu tố thuận lợi gây bệnh viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em, trong các nguyên nhân đó căn nguyên nào hay gặp nhất.	74
Câu 36. Trình bày phác đồ điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em.....	75
Câu 37. Phân biệt tình trạng nôn và trớ ở trẻ nhỏ. Các dấu hiệu cờ đỏ cảnh báo cần xử trí cấp cứu ở trẻ đang có tình trạng nôn là gì?	76
Câu 38. Trình bày nguyên nhân và yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên tắc điều trị của bệnh tiêu chảy kéo dài ở trẻ em?.....	77
Câu 39. Trình bày nguyên nhân và chẩn đoán xác định, điều trị bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em?	79
Câu 40. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, điều trị bệnh Thalassemia.	80

Câu 1. Trình bày các thời kỳ phát triển trẻ em.**1. Thời kỳ trong tử cung**

Từ lúc thụ thai cho đến khi sinh khoảng 280 - 290 ngày, tính từ ngày đầu kỳ kinh cuối.

1.1. Giai đoạn hình thành và phát triển phôi

Trong 3 tháng đầu của thai kỳ

Sinh lý	Bệnh lý
- Noãn thụ tinh được biệt hoá nhanh chóng thành một cơ thể, là thời kỳ hình thành thai nhi.	- Nếu mẹ bị nhiễm các chất độc như thuốc hay hóa chất, virus thì trẻ sinh ra dễ bị dị tật. - Sự rối loạn về hình thành và phát triển của thai nhi như những dị tật do "gen", bất thường NST.

1.2. Giai đoạn phát triển thai

Tính từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 9.

Sinh lý	Bệnh lý
Thai nhi tiếp tục lớn lên một cách nhanh chóng, dinh dưỡng được cung cấp từ người mẹ qua rau thai.	Nếu mẹ không đủ dinh dưỡng hay tăng cân kém, trẻ sinh ra dễ có cân nặng thấp lúc sinh hoặc tỷ lệ tử vong cao.

2. Thời kỳ sơ sinh

Bắt đầu từ lúc sinh (cắt rốn) cho đến 4 tuần lễ đầu

Sinh lý	Bệnh lý
- Ngay sau khi ra đời, bắt đầu thở bằng phổi và vòng tuần hoàn chính thức thay tuần hoàn rau thai. - Trẻ bú mẹ và bộ máy tiêu hoá cũng bắt đầu làm việc. - Trẻ ngủ liên miên do vỏ não còn non kém nên trong trạng thái ức chế.	- Glucose máu thấp, cần bú sớm sau khi sinh - HT miễn dịch còn non yếu, dễ bị nhiễm trùng. Tuy nhiên, có kháng thể từ mẹ chuyển sang - Các bệnh có liên quan đến sinh đẻ như ngạt, sang chấn sản khoa...

3. Thời kỳ bú mẹ (nhũ nhi)

Từ 1 tháng đến 12 tháng tuổi.

Sinh lý	Bệnh lý
- Trẻ lớn rất nhanh, đòi hỏi thức ăn cao hơn ở người lớn, thức ăn tốt nhất là sữa mẹ, cần 120 - 130 kcal/kg cơ thể/ngày. - HT thần kinh cũng bắt đầu phát triển: nhận ra đồ vật, khuôn mặt và dần bắt đầu biết nói...	- Trẻ dễ tiêu chảy cấp, suy dinh dưỡng, nhất là trẻ không được bú sữa mẹ. - TT điều nhiệt và da chưa phát triển đầy đủ: dễ bị hạ thân nhiệt, sốt cao, co giật. - Trong 6 tháng đầu, ít bị các bệnh nhiễm trùng cấp do kháng thể từ mẹ (IgG). Càng về sau, miễn dịch từ mẹ truyền sang giảm dần, HT miễn dịch của trẻ còn non yếu, dễ mắc các bệnh lây.

4. Thời kỳ răng sữa (thời kỳ trước khi đi học)

Từ 1 đến 6 tuổi, có thể chia làm hai thời kỳ nhỏ: tuổi nhà trẻ: 1 - 3 tuổi; tuổi mẫu giáo: 4 - 6 tuổi.

<i>Sinh lý</i>	<i>Bệnh lý</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Trẻ tiếp tục lớn và phát triển nhưng chậm lại. - Chức năng vận động phát triển nhanh. - Trẻ bắt đầu đi học. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dễ bị các rối loạn tiêu hoá, còi xương, các bệnh về thể tạng. - Miễn dịch thụ động giảm nhiều. - Trẻ xuất hiện các bệnh có tính chất dị ứng. - Trẻ hoạt động nhiều nên hay bị các tai nạn, chấn thương, ngộ độc, bỏng.

5. Thời kỳ thiếu niên

Có hai thời kỳ nhỏ; tuổi học sinh nhỏ: 7 + 11 tuổi và tuổi học sinh lớn: trước tuổi dậy thì, từ 12 - 15 tuổi.

<i>Sinh lý</i>	<i>Bệnh lý</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Trẻ vẫn tiếp tục lớn, nhưng không còn nhanh. - Răng vĩnh viễn thay dần cho răng sữa. - Sự cấu tạo và chức năng của các cơ quan hoàn chỉnh. - Trẻ biết suy nghĩ, phán đoán, trí thông minh phát triển. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dễ mắc các bệnh nhiễm trùng cấp. - Hệ thống xương đang phát triển nên trẻ dễ mắc các bệnh do tư thế sai lệch như vẹo cột sống, gù...

6. Thời kỳ dậy thì

Giới hạn tuổi ở thời kỳ này khác nhau, tùy theo giới, môi trường và hoàn cảnh kinh tế - xã hội.

Trẻ gái bắt đầu từ 13 + 14 tuổi và kết thúc lúc 17 - 18 tuổi.

Trẻ trai bắt đầu từ 15 + 16 tuổi và kết thúc lúc 19 + 20 tuổi.

<i>Sinh lý</i>	<i>Bệnh lý</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Chức năng các tuyến sinh dục hoạt động mạnh, xuất hiện các giới tính phụ. - Các tuyến nội tiết như tuyến giáp, tuyến yên cũng hoạt động mạnh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thường xảy ra sự mất ổn định trong các chức năng của hệ giao cảm – nội tiết, hay hội hộp, tăng huyết áp; những rối loạn về thần kinh.

Câu 2. Trình bày đặc điểm, chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng.

1. Đặc điểm trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng

Đặc điểm	Trẻ sơ sinh đủ tháng	Trẻ sơ sinh thiếu tháng
Hệ hô hấp	<ul style="list-style-type: none"> - Xuất hiện nhịp thở đầu tiên bằng tiếng. Lúc đầu thở nhanh trong 1-2 giờ, sau đó nhanh chóng có nhịp thở ổn định 40-60 lần/phút, áp lực thở khoảng 20-25cmH₂O. - Ảnh hưởng bởi thiếu O₂ máu, toan hoá, lạnh... - Giải phóng lượng lớn surfactant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thở không đều, ngừng thở dài hơn, rối loạn nhịp thở. - Dễ bị suy hô, sự trao đổi oxy khó khăn, nước ối tiêu chậm, các mao mạch tăng tính thấm. - Lồng ngực hẹp, xương sườn cơ liên sườn chưa phát triển, hạn chế di động lồng ngực.
Hệ tim mạch	<ul style="list-style-type: none"> - Shunt T-F sẽ bị đóng. - Nhịp tim lúc đầu dao động và nhanh. Sau ổn định dần 120-140 lần/phút. - Diện tim thường to, tỷ lệ tim ngực 0,55, trục phải, HA tối đa khoảng 50-70mmHg. - Thành mạch có tính thấm cao và dễ vỡ. - RBC, BC, Hct thường cao sau đẻ rồi giảm dần. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ tim ngực > 0,55, trục phải. - Dễ bị suy hô hấp nên dễ có hiện tượng mở lại ống động mạch gây còn ống động mạch. Nhịp tim dao động. - Mạch dễ vỡ, dễ thoát quần gây phù đặc biệt là vùng xung quanh não thất ít tổ chức đệm. - Các tế bào máu, yếu tố đông máu đều giảm dễ bị xuất huyết.
Hệ thần kinh	<ul style="list-style-type: none"> - Hưng phấn, dễ kích thích, đáp ứng lan toả. - Xuất hiện phản xạ sơ sinh. - Tính thấm đám rối mạch mạc cao nên albumin dễ vào dịch não tủy nên nồng độ albumin trong dịch não tủy. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tổ chức não nhiều nước, hồi não chưa hình thành, không rõ các đường rãnh, nếp nhăn, vỏ não chưa hoạt động. - Phản xạ sơ sinh yếu hoặc chưa có tùy thuộc vào mức độ. - Các mạch máu não tính thấm cao, thiếu men chuyển hóa.
Hệ tiêu hoá	<ul style="list-style-type: none"> - Gan phải to hơn gan trái. Trẻ dễ bị toan máu và hạ đường máu sớm. - Chuyển từ dinh dưỡng dạng tĩnh mạch sang dinh dưỡng đường tiêu hoá giàu chất béo nên có sự sử dụng chất sinh glucose từ acetyl coenzym A. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dễ nôn trớ. Không có hiện tượng gan phải lớn hơn gan trái. - Có ít hoặc không có glycogen, dễ hạ đường máu. - Gan không sản xuất được một số men: carbonic anhydrase, glucuronyl transferase.

Đặc điểm	Trẻ sơ sinh đủ tháng	Trẻ sơ sinh thiếu tháng
Thận	<ul style="list-style-type: none"> - Lọc cầu thận 17 ml/phút/1,73m² - Chức năng của ống thận: hoà loãng, toan hoá nước tiểu, cân bằng muối: bình thường - Chức năng cô đặc: giảm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chức năng lọc và đào thải kém, dễ bị phù. - Thận giữ các chất điện giải kể cả chất độc.
Chuyển hóa các chất	<ul style="list-style-type: none"> - Nước: tỷ lệ nước trong cơ thể trẻ sơ sinh > trẻ lớn. - Trẻ dễ thể hiện thiếu nước hay thừa nước trên lâm sàng. - Các chất điện giải: nhu cầu cao về calci, phospho, natri, kali, sắt, phospho 	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ nước cao hơn trẻ đủ tháng - Thận lại thải K chậm hơn. - Thiếu sắt, thiếu hầu hết các vitamin. - Chuyển hoá protid kém - Chỉ hấp thu được lipid thực vật và lipid trong sữa mẹ
Các giác quan	<ul style="list-style-type: none"> - Xúc giác: phát triển tốt từ thời kỳ thai nghén. - Thính giác: phát triển tốt. - Khứu giác: phát triển kém hơn hai giác quan trên. - Vị giác: phân biệt được vị ưa thích. - Thị giác: Nhãn cầu to tương đối, thần kinh thị giác chưa phát triển. Tuyến nước mắt chưa phát triển. 	
Thân nhiệt	<ul style="list-style-type: none"> - Sinh nhiệt từ tổ chức mỡ nhờ cơ chế thần kinh trung gian bằng noradrenalin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dễ bị hạ nhiệt độ hơn trẻ đủ tháng, dễ ảnh hưởng của nhiệt độ môi trường.
Nội tiết	<ul style="list-style-type: none"> - Tuyến yên: hoạt động ngay sau sinh để giúp trẻ thích nghi với môi trường ngoài. Lượng hormon tuyến yên sẽ tăng khi suy hô hấp, hạ thân nhiệt. - Tuyến giáp: tăng tiết thyroxin, khả năng này kém ở trẻ đẻ non. - Tuyến phó giáp trạng: nếu thường xuyên thiếu Ca thì dễ bị suy. - Tuyến tụy, hoạt động ngay sau sinh, chủ yếu là insulin *Tuyến thượng thận: hoạt động sớm, ở trẻ đẻ non rất dễ xuất huyết. 	
Miễn dịch		<ul style="list-style-type: none"> - Da mỏng và có độ toan thấp. - Bạch cầu, đại thực bào hoạt động kém - Bỏ thể có ít. - Lượng globulin thiếu cả về chất và lượng. - Khả năng tự tạo miễn dịch yếu, dễ bị nhiễm khuẩn.
Biểu hiện	<ul style="list-style-type: none"> - Cân nặng $\geq 2500\text{gr}$. - Chiều dài $\geq 45\text{cm}$. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cân nặng $< 2500\text{ gam}$. - Chiều dài $< 45\text{ cm}$.

Đặc điểm	Trẻ sơ sinh đủ tháng	Trẻ sơ sinh thiếu tháng
bên ngoài	<ul style="list-style-type: none"> - Da hồng hào mềm mại, ít lông tơ, lớp mỡ dưới da đã phát triển trên toàn thân, có cục mỡ Bichard, không thấy rõ các mạch máu dưới da. Vòng sắc tổ vú khoảng 10 mm, núm vú nổi lên khoảng 2 mm. - Tóc mềm dài trên 2 cm, móng chi dài trùm các ngón. - Trẻ nằm các chi trong tư thế gấp - Sinh dục ngoài đã đầy đủ. - Trẻ khóc to, vận động các chi tốt, một số các phản xạ sơ sinh dương tính. - Đặc điểm phát triển cơ thể: tỷ lệ các phần của cơ thể: đầu to (1/4 chiều dài), lưng thẳng, dài (45% chiều dài), các chi ngắn, chi trên, dưới gần như bằng nhau (1/3 chiều dài cơ thể). - Vòng đầu 32-34 cm, lớn hơn vòng ngực 1-2 cm. - Hai thóp còn mở. Thóp trước khoảng 2,5 - 3 cm, đóng kín khi trẻ 12-18 tháng tuổi. Đường liên khớp đỉnh còn dưới 0,5 cm, sẽ kín dần trong tháng đầu. Thóp sau thường kín trong 3 tháng đầu. - Sự phát triển thai phụ thuộc vào các yếu tố nội sinh và ngoại sinh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Da trẻ càng dễ non càng mỏng, đỏ, nhiều mạch máu dưới da rõ, tổ chức mỡ dưới da phát triển kém, trên da có nhiều lông tơ. Tổ chức vú và đầu vú chưa phát triển. - Tóc ngắn, phía trán và đỉnh ngắn hơn phía cằm, móng chi mềm, ngắn không trùm các ngón. - Xương mềm, đầu to so với tỷ lệ cơ thể (1/4), các rãnh xương sọ chưa liền, thóp rộng, lồng ngực dẹp. Cơ nhẽo, trương lực giảm, tai mềm, sụn vành tai chưa phát triển. - Các chi luôn trong tư thế duỗi (càng non chi càng duỗi thẳng). - Sinh dục ngoài: trẻ trai tinh hoàn chưa xuống hạ nang, trẻ gái môi lớn chưa phát triển không che kín âm vật và môi nhỏ. Không có hiện tượng biến động sinh dục (sưng vú, ra huyết). - Thần kinh luôn li bì, ức chế, ít phản ứng, tiếng khóc nhỏ, các phản xạ bẩm sinh yếu hoặc chưa có.

2. Chăm sóc trẻ

2.1. Chăm sóc trẻ đủ tháng

- Bú mẹ đầy đủ càng sớm càng tốt, theo nhu cầu. Nếu mẹ không đủ sữa, thì ăn thêm sữa bò, pha theo đúng tuổi của bé. Cho bú mẹ trước khi bú sữa bò.
- Quần áo trẻ nên dùng chất liệu bằng vải sợi bông, đủ ấm, tránh hạ thân nhiệt, tránh nóng quá. Chú ý thay tã khi trẻ bị ướt.
- Rốn: mở băng rốn sớm, chăm sóc nhiều lần trong ngày, vệ sinh rốn. Chú ý dấu hiệu nhiễm trùng rốn.
- Nhỏ mắt hàng ngày bằng thuốc nhỏ mắt sơ sinh, nhỏ mắt trong 1 tuần.
- Tắm bé: tắm cho trẻ hàng ngày.

- Vitamin K: tiêm bắp hoặc uống 2mg cho trẻ mới sinh. Đối với trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn, phải bổ sung vitamin K 2mg hàng tuần trong vòng 6-8 tuần.
- Vitamin D: uống từ 1000-1200 UI/ngày trong trường hợp bú sữa mẹ, 800-900 UI/ngày trong trường hợp trẻ bú sữa bò.
- Tiêm phòng BCG, viêm gan B trong tháng đầu sau sinh.

2.2. Chăm sóc trẻ thiếu tháng

- Đảm bảo thân nhiệt cho trẻ: nhiệt độ phòng từ 28-35°C. Nếu trẻ <1800g nên nằm lồng ấp, có thể dùng lò sưởi, phương pháp “chuột túi”...
- Hô hấp hỗ trợ: CPAP, thở máy với PEEP. Trong trường hợp trẻ bị bệnh màng trong, sử dụng chất surfactant càng sớm càng tốt. Sử dụng oxy phù thuộc vào nhu cầu, độ bão hòa oxy khoảng 90-95%
- Cafein: dùng trong những trường hợp trẻ sơ sinh non đang tự thở mà có cơn ngừng thở.
- Cân bằng về nước - điện giải:
 - + Trẻ đẻ rất non cần nằm trong lồng ấp nóng và ẩm (độ ẩm trên 80%), để giảm mất nước và nhiệt qua da.
 - + Nhu cầu nước của trẻ là 60-80ml/kg/ngày đầu tiên, tăng lên tới 160 ml/kg/ngày vào cuối tuần thứ hai.
 - + Việc theo dõi tình trạng thăng bằng nước, quá tải nước sẽ là yếu tố thuận lợi của cơn ồng động mạch và loạn sản phổi phế quản.
- Chế độ nuôi dưỡng: nhu cầu năng lượng cao hơn trẻ đủ tháng, bộ máy tiêu hóa chưa hoàn chỉnh. Sự phát triển của trẻ đẻ non phụ thuộc vào nuôi dưỡng và chăm sóc ngay từ phút đầu sau đẻ.
- Trẻ phải được ăn sớm và đầy đủ.
- Trẻ càng có cân nặng thấp, ít ngày tuổi thì càng cho ăn nhiều bữa. Không ăn được thì cho ăn sonde.
- Cho trẻ ăn ít một, tăng từ từ, phụ thuộc vào khả năng tiêu hóa của trẻ, khi trẻ ăn không đủ lượng thì cần nuôi dưỡng trẻ bổ sung bằng đường tĩnh mạch.
- Vitamin: vì cơ thể trẻ thiếu các vitamin nên cần bổ sung:
 - + Vitamin K ngay sau đẻ 1-2 mg tiêm bắp hoặc dùng loại uống.
 - + Vitamin E 20 mg/kg/ngày từ tuần thứ hai cho đến hết thời kỳ sơ sinh.
 - + Vitamin B1, vitamin B, vitamin C
 - + Vitamin A 1000 UI/ ngày, vitamin D 1000-2000 UI/ngày.
- Từ tuần thứ 3 trở đi cho thêm sắt, acid folic.
- Kháng sinh: chỉ định cho trẻ đẻ non ngừng ngay kháng sinh khi không có bằng chứng của nhiễm khuẩn.
- Trẻ đẻ non: rất cần được chăm sóc đặc biệt và đảm bảo vô khuẩn.
- Rôn, mất cần chăm sóc cẩn thận như trẻ đủ tháng.
- Thoái mái về thể chất và tinh thần: giảm thiểu ánh sáng và tiếng ồn, hạn chế những động chạm không cần thiết đến trẻ, cho trẻ nằm ở tư thế sinh lý, thoải mái, phòng và điều trị bằng thuốc giảm đau nếu cần, tăng cường mối quan hệ mẹ-con.

Câu 3. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng, điều trị nhiễm khuẩn sơ sinh.

1. Nguyên nhân:

- Các vi khuẩn thường gặp: Liên cầu nhóm B, vi khuẩn gr (-) đường ruột, đặc biệt là e. coli, listeria monocytogenes, tụ cầu, enterococci, vi khuẩn kỵ khí, H.I, phế cầu .
- Các tác nhân ít gặp khác: Trực khuẩn mủ xanh, Klebsiella, Serratia, Proteus và nấm.

2. Lâm sàng: *thường nghèo nàn, không điển hình*

- Nhiệt độ không ổn định (sốt hoặc hạ nhiệt độ)
- Da và niêm mạc: da tái, nổi vân tím, phát ban, xuất huyết, vàng da sớm, phù cứng bì, viêm rốn
- Tim mạch: nhịp tim nhanh trên 160 lần/ phút, huyết áp động mạch giảm, lạnh đầu chi, thời gian hồng trở lại của da kéo dài trên 3 giây
- Hô hấp: tím, thở nhanh, thở rên, ngừng thở
- Thần kinh: tăng hoặc giảm trương lực cơ, kích thích, co giật, thóp phồng
- Tiêu hóa: bỏ bú, chướng bụng, nôn, ỉa chảy
- Gan, lách to

3. Cận lâm sàng:

3.1. Ở mẹ:

- Nhiễm khuẩn huyết: cấy máu, kháng sinh đồ.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu: cấy nước tiểu, kháng sinh đồ.
- Nhiễm trùng âm đạo: soi, cấy khí hư tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ

3.2. Ở trẻ:

- Bệnh phẩm ngoại vi: dịch tai, dịch họng, dịch dạ dày (soi, cấy tìm vi khuẩn)
- Cấy máu, kháng sinh đồ: môi trường ái khí và kỵ khí, lượng máu 1 - 2 ml
 - CTM : BC giảm < 5G/L hoặc tăng > 30 G/L, BCĐNTT giảm < 1,5 G/L, tỷ lệ BCĐNTT non (không nhân)/ BCĐNTT trưởng thành > 0,2. Thiếu máu nhẹ. Tiểu cầu giảm < 150G/L
 - Các yếu tố viêm : CRP tăng > 10mg/l, PCT tăng > 2ng/ml, Interleukine 6 tăng > 100 pg/l
 - Toan chuyển hóa
 - Rối loạn các yếu tố đông máu :giảm yếu tố II, V, XI ...

- Nước não tủy: đục, tế bào tăng trên 30/mm³, >60% bạch cầu đa nhân trung tính, Protein >1,5 g/l, Glucoza < 0,5 g/l.
- Cây DNT, làm KSD; tìm KN hòa tan : liên cầu B, E.Coli.
- Chụp phổi
- Nước tiểu : soi trực tiếp NT có nhiều bạch cầu đa nhân trung tính. Cây NT, tìm KN hòa tan
- Cây phân nếu trẻ có ỉa chảy. Cây tìm vi khuẩn ở nội khí quản, cathéter.

4. Điều trị:

4.1. Kháng sinh:

* NKSS sớm : 2 loại kháng sinh kết hợp (β Lactamine, Aminoglycoside). Chưa có KSD: Ampiciline + Gentamycine

Nghi ngờ E.Coli: Cephalosporine thế hệ thứ 3 + Gentamycine.

* NK bệnh viện:

- Nghi ngờ tụ cầu 3 loại KS: Cephalosporine thế hệ thứ 3 + Vancomycine + Aminoglycoside (Claforan + Vancomycine + Gentamycine)
- Nghi ngờ TK Gram âm 2 loại KS Cephalosporine thế hệ thứ 3 + Gentamycine Có kết quả KSD: chỉnh lại kháng sinh cho phù hợp.
- Thời gian dùng kháng sinh : dựa vào tổn thương, vi khuẩn gây bệnh:

* NKH: 10 ngày; VMNM: 21 ngày; Viêm xương khớp mủ : 6 - 8 tuần; VP: 7 - 10 ngày (tụ cầu vàng : 3 - 6 tuần)

Aminoglycoside: từ 48 giờ và trước 7 ngày, nếu tiến triển tốt trên lâm sàng.

4.2. Điều trị triệu chứng:

- Chống trụy mạch : truyền dịch, dung dịch cao phân tử Plasmagel, Plasma tươi 10- 15 ml/ kg.
- Thuốc tác dụng trên mạch : Dopamine 5 - 15 μ g/kg/ phút; Dobutamine 5 – 15 μ g/kg/ phút.
- Thăng bằng toan - kiềm : dung dịch Natri bicarbonat 14‰, 42 ‰
- Chống suy hô hấp cấp : oxy liệu pháp, hô hấp viện trợ.
- Chống rối loạn đông máu : Plasma tươi, các yếu tố đông máu.

Câu 4. Trình bày nuôi dưỡng trẻ em bằng sữa mẹ, chế độ ăn sam.

1. Nuôi dưỡng trẻ em bằng sữa mẹ

1.1. Cách cho con bú

- Bú sớm sau khi sinh

- + Tốt nhất trong vòng nửa giờ sau khi sinh nên cho trẻ bú.
- + Không nên chờ đến khi mẹ xuống sữa mới cho con bú vì như vậy càng làm sữa xuống chậm và càng dễ bị mất sữa.
- + Bú càng sớm càng tốt vì sữa mẹ tiết theo phản xạ, kích thích bài tiết sữa sớm. Trẻ được bú sữa non có tác dụng phòng bệnh cho trẻ tốt hơn.

- Không hạn chế số lần bú

- + Cho trẻ bú theo nhu cầu của trẻ kể cả ban ngày cũng như ban đêm.
- + Cho bú bất cứ lúc nào nếu trẻ khóc đòi bú, không nhất thiết phải theo đúng giờ giấc. Không cần hạn chế số lần bú. Tuy nhiên, cần lưu ý nên cho trẻ bú đủ no mỗi lần để tránh phải cho trẻ bú quá nhiều lần trong ngày.

1.2. Khi cho trẻ bú

- Tư thế của mẹ: tư thế bú mẹ đúng phải đạt được các tiêu chuẩn sau

- + Người mẹ có thể cho trẻ bú ở cả tư thế nằm hoặc ngồi, nhưng phải hết sức thoải mái. Có thể dùng tay nâng vú cho trẻ dễ bú.
 - + Bế trẻ áp sát vào lòng mẹ. Bụng trẻ đối diện với bụng mẹ.
 - + Đầu và thân trẻ phải nằm trên một đường thẳng.
 - + Mặt trẻ quay vào vú mẹ. Mũi trẻ đối diện với núm vú.
 - + Cằm trẻ phải tỳ vào vú mẹ.
- ###### **- Cho trẻ ngậm bắt vú tốt: Chờ cho miệng mở rộng mới để cho miệng trẻ ngậm vào vú. Những dấu hiệu chứng tỏ trẻ ngậm bắt vú tốt :**
- + Trẻ ngậm vú sao cho môi dưới hướng ra ngoài, quầng đen vú ở phía trên nhìn thấy nhiều hơn phía dưới.
 - + Miệng trẻ không chỉ ngậm mút núm vú mà phải ngậm sâu vào quầng đen của vú.
- ###### **- Trẻ bú có hiệu quả: mút chậm và sâu, không thấy tiếng mút vú phát ra. Trẻ mút chậm rãi một vài cái rồi lại nghỉ và nuốt sữa.**
- ###### **- Thời gian một bữa bú:**
- + Thời gian một bữa bú tùy thuộc vào từng trẻ, trẻ bú no sẽ tự nhả vú mẹ ra.

- + Trung bình một bữa bú như vậy có thể kéo dài từ 10 đến 20 phút.

- + Nếu trẻ bú kiệt sữa một bên vú mà vẫn chưa đủ no thì có thể chuyển sang cho trẻ bú tiếp bên kia.

- Thời gian cho bú

- + Cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, không nên cho ăn thêm bất kỳ thức ăn hoặc nước uống nào khác,
- + Nên cho trẻ bú kéo dài đến khi trẻ được 18 - 24 tháng

- Những điểm cần chú ý khi cai sữa

- + Không nên cai sữa trước 12 tháng.

- + Không nên cai sữa vào mùa hè nóng nực vì ở mùa này trẻ thường ăn kém.
- + Không nên cai sữa đột ngột dễ gây sang chấn tinh thần làm trẻ quấy khóc nhiều, biếng ăn.
- + Không cai sữa khi trẻ ốm, đặc biệt là khi trẻ bị tiêu chảy vì thức ăn thay thế chưa làm trẻ thích nghi ngay được nên có thể kéo dài thời gian tiêu chảy, làm trẻ dễ bị suy dinh dưỡng.

2. Chế độ ăn dặm

- Là thời kỳ ăn chuyển tiếp để trẻ thích nghi dần dần với chế độ ăn của người lớn; chế độ ăn của trẻ thay đổi từ sữa mẹ sang chế độ ăn của gia đình.
- Phù hợp với sinh lý theo tuổi của trẻ để giúp trẻ có đủ năng lượng, protein và các chất dinh dưỡng khác để trẻ phát triển đầy đủ. Bên cạnh đó sữa mẹ cần phải được tiếp tục cho trẻ.
- Nếu ăn dặm không được thực hiện đúng phương pháp có thể gây ra một số bất lợi cho trẻ như: hậu quả về tâm lý và dinh dưỡng, dễ mắc các bệnh nhiễm trùng, dễ bị suy dinh dưỡng.
- Cần đủ 4 thành phần chủ yếu theo hình ô vuông thức ăn.

2.1. Thời kỳ cho ăn dặm

- Trẻ có đủ sữa mẹ là từ 6 tháng tuổi trở lên.

2.2. Thức ăn dặm

- Phong phú, đầy đủ dinh dưỡng, dễ kiếm, rẻ tiền và thường dùng.
- Thức ăn dặm gồm: hỗn hợp cơ bản với hai thành phần là gạo, khoai; và protein từ thực vật và động vật (đậu, thịt, cá...).
- Thức ăn hỗn hợp phong phú với hai thành phần trên cùng với rau quả và mỡ, dầu, đường.

2.3. Chọn thức ăn

- Thức ăn dặm cần phải đầy đủ các chất.
- Cần biết rõ năng lượng, lượng đạm và các thành phần khác.
- Chọn loại ngũ cốc thông thường là gạo, bột mỳ.
- Chọn loại đạm rẻ tiền, dễ kiếm.
- Tính lượng ngũ cốc, đạm và lượng nước để nấu sao cho có lượng thức ăn mỗi bữa vừa với dạ dày của trẻ,
- Tính năng lượng cho hỗn hợp.
- Chọn rau quả có đủ vitamin và muối khoáng, nên chọn rau xanh đậm và trái cây vàng.
- Chọn thức ăn có nhiều năng lượng như dầu, mỡ, không chiếm quá 25 - 30% tổng số năng lượng chung.
- Nên chọn cách nấu đơn giản, ít tốn kém và ít thời gian sửa soạn để khỏi gây mệt cho mẹ.

Câu 5. Trình bày nguyên nhân, phân loại và triệu chứng lâm sàng bệnh Suy dinh dưỡng trẻ em và chương trình phòng chống suy dinh dưỡng

1. Nguyên nhân

1.1. Sự thiếu kiến thức về dinh dưỡng

- Mẹ thiếu sữa nuôi trẻ bằng nước cháo, bột loãng.
- Ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn
- Kiêng khem: khi trẻ bị bệnh, đặc biệt bị tiêu chảy thì bắt trẻ ăn cháo muối, không cho bú,..
- Chất lượng bữa ăn không đảm bảo cả về số lượng và chất lượng: nuôi con bằng bột muối, mì chính.

1.2. Do nhiễm trùng

- Nhiễm trùng tiên phát: trẻ bị sỏi, lỵ, ỉa chảy kéo dài.
- Vòng tròn bệnh lý luân quần giữa nhiễm trùng và bệnh suy dinh dưỡng.

1.3. Các yếu tố thuận lợi

- Đẻ non, đẻ yếu, suy dinh dưỡng bào thai. Dị tật bẩm sinh: nứt môi hở hàm ếch, Megacolon...
- Bệnh di truyền: Landon - Down. Trẻ có cơ địa tiết dịch: chàm
- Điều kiện môi trường: tập quán dinh dưỡng, ô nhiễm. Dịch vụ y tế.
- Nghèo đói: tiềm năng nhân tài, vật lực của đất nước chưa được khai thác và quản lý tốt. Kinh tế chưa phát triển và thiếu hạ tầng cơ sở.

2. Phân loại

2.1 Theo Gomez (1956) dựa vào cân nặng theo tuổi quy ra % của cân nặng chuẩn :

Suy dinh dưỡng 1:	70% - 80%
Suy dinh dưỡng 2:	60% - 70%
Suy dinh dưỡng 3:	< 60%

2.2. Theo Waterlow đề nghị cách phân phân loại suy dinh dưỡng (dựa vào chiều cao theo tuổi thấp so với chuẩn và cân nặng so với chiều cao)

	Cân nặng/chiều cao (80% - 2SD)	
Chiều cao theo tuổi (90% - 2SD)	Trên	Dưới
	Bình thường	SDD gầy còm
	Còi cọc	Gầy mòn + còi cọc

- Gầy còm: biểu hiện tình trạng suy dinh dưỡng cấp tính.
- Còi cọc : biểu hiện tình trạng suy dinh dưỡng trong quá khứ.
- Gầy mòn + còi cọc: biểu hiện tình trạng suy dinh dưỡng mạn tính.

2.3. Phân loại theo WHO: (dựa chỉ tiêu cân nặng/tuổi)

- Trẻ suy dinh dưỡng khi cân nặng theo tuổi < 2 độ lệch chuẩn ($-2SD$) so với quần thể tham khảo NCHS .
- Việc sử dụng quần thể NCHS được đưa ra sau khi quan sát thấy trẻ em dưới 5 tuổi khi được nuôi dưỡng tốt như nhau thì đều lớn như nhau.

SDD độ I = $- 2SD - 3SD$

SDD độ II = $- 3SD - 4SD$

SDD độ III = $< -4SD$

2.4. Theo Welcome để phân biệt Marasmus - Kwashiorkor (dựa chỉ tiêu cân nặng/tuổi + phù)

Cân nặng % so với chuẩn	Phù	
	Có	Không
60 - 80%	Kwashiorkor	SDD vừa và nặng
$< 60\%$	Marasmus -	Marasmus

3. Triệu chứng lâm sàng

Giai đoạn đầu: triệu chứng rất nghèo nàn dễ bỏ sót:

- Ngừng tăng cân hoặc sút cân
- Lớp mỡ dưới da mỏng dần.
- Trẻ chậm biết đi, ít hoạt bát.
- Da xanh dần

3.1. Suy dinh dưỡng nhẹ (SDD I)

- Cân nặng/tuổi còn 70 - 80%
- Lớp mỡ dưới da mỏng.
- Trẻ vẫn. thèm ăn và chưa có biểu hiện rối loạn tiêu hoá.

3.2. Suy dinh dưỡng vừa (SDD II)

- Cân nặng/tuổi còn 60 - 70%
- Mất lớp mỡ dưới da bụng, mông, chi.
- Rối loạn tiêu hoá từng đợt.
- Trẻ biếng ăn.

3.3. Suy dinh dưỡng nặng

3.3.1. Thể phù (Kwashiorkor)

* Các triệu chứng gồm:

- Phù: phù mặt và hai chi dưới, toàn thân, có thể có phù màng bụng, phù trắng, mềm, ấn lõm, thường kém chơi, rối loạn tiêu hoá, hay viêm phổi.
- Rối loạn sắc tố da: những nốt đỏ ở bẹn, chi, mông, tập trung thành mảng đỏ/và thâm đen và bong ra, để lại ở dưới lớp da non dễ bị nhiễm trùng làm da trẻ loang lổ như da rắn..
- Cân nặng còn 60 - 80% trọng lượng chuẩn.
- Tóc thưa, bạc màu, dễ gãy, dễ rụng. Răng mất bóng, sẫm màu, dễ bị sâu, mọc chậm.
- Mắt khô, sợ ánh sáng, loét giác mạc, dễ đưa đến mù do thiếu vitamin A.
- Xương loãng, thiếu chất vôi, chậm cốt hoá, dễ bị biến dạng xương.

- Gan thường to, chắc do thoái hoá mỡ, có thể dẫn đến suy gan, một nguyên nhân chính gây tử vong.
- Cơ tim: dễ bị suy do thiếu đạm, thiếu máu, thiếu vitamin B1 hoặc do thiếu vitamin K máu và trẻ dễ bị chết đột ngột trong đêm hoặc sau khi truyền dịch quá tải.
- Ruột: niêm mạc ruột teo dần, mất các nếp nhăn, chức năng hấp thu kém, dễ gây rối loạn tiêu hoá, nhu động ruột giảm, dễ gây trướng bụng.
- Tuy teo dần và giảm men tiêu hoá.
- Não: nếu tình trạng SDD nặng và sớm, tác hại đến sự trưởng thành của não và giảm trí thông minh.

3.3.2. Thể Marasmus

- Trẻ mất hết mỡ dưới da ở mặt, hông, chi, trẻ gầy đét, mắt hốc hác, mắt trũng, da khô, nhăn nheo như cụ già.
- Cân nặng giảm < 60% trọng lượng chuẩn, không phù. Trẻ cũng có các triệu chứng thiếu vitamin A, D, B1, K, B12... nhưng nhẹ hơn.
- Gan không to, thiếu đạm, thiếu máu, thiếu vitamin K nhẹ hơn thể phù.
- Trẻ ít bị tiêu chảy hay rối loạn tiêu hoá.
- Tiên lượng trước mắt tốt hơn thể phù.
- Cả hai thể đều có thể bị mắc các bệnh nhiễm trùng.

3.3.3. Thể phối hợp

- Cân nặng còn < 60% so với chuẩn
- Có phù.
- Có triệu chứng của cả hai thể trên

4. Chương trình phòng chống

4.1. Chăm sóc trẻ từ trong bụng mẹ

- Từ khi có thai đến lúc đẻ bà mẹ phải có chế độ ăn đặc biệt để tăng cân trung bình từ 10 -12kg (trong đó 7 kg sử dụng cho thai phát triển và 5 kg dự trữ cho sự tiết sữa.
- Bà mẹ cần đi khám thai và theo dõi cân nặng quý để bổ sung thức ăn kịp thời tránh cho trẻ khỏi bị suy dinh dưỡng từ trong bào thai.

4.2. Giáo dục nuôi con bằng sữa mẹ và ăn bổ sung

- Cho trẻ bú ngay sau đẻ.
- Bú mẹ kéo dài 18 -24 tháng.
- Ăn bổ sung hợp lý theo ô vuông thức ăn. .

4.3. Các vấn đề khác

- Thực hiện tiêm chủng theo lịch.
- Điều trị sớm các bệnh nhiễm trùng.
- Theo dõi cân nặng phát hiện sớm suy dinh dưỡng cần theo dõi cân nặng của trẻ.
- Sinh đẻ có kế hoạch

Câu 6. Trình bày triệu chứng và điều trị bệnh lý thiếu vitamin A; D.**1. Thiếu vitamin A****1.1. Lâm sàng**

- Toàn thân: Trẻ mệt mỏi, kém ăn, chậm lớn. Da khô, tóc dễ rụng. Hay bị rối loạn tiêu hoá, viêm phế quản; viêm mũi, họng.
- Triệu chứng đặc hiệu ở mắt: Quáng gà (XN), Khô kết mạc (XIA), Vệt Bitot (XIB), Khô giác mạc (X2), Loét nhuyễn giác mạc dưới 1/3 diện tích giác mạc (X3A), Loét nhuyễn giác mạc trên 1/3 diện tích giác mạc (X3B), Sẹo giác mạc (Xs), Khô đáy mắt (XI), Viêm võng mạc do viêm thận cấp hoặc mãn.

1.2. Cận lâm sàng

- Nồng độ vitamin A/máu giảm dưới 10mg/100ml.
- RBP cũng giảm (bình thường 20 - 30mg/m).

1.3. Điều trị**1.3.1. Điều trị cấp cứu**

- Để tránh mù loà cho trẻ dùng vitamin A chủ yếu bằng đường uống:
 - + Trẻ >1 tuổi: ngày 1: viên vitamin A 200.000UI
ngày 2: 200.000UI (uống)
sau 2 tuần: 200.000UI (uống).
 - + Trẻ < 1 tuổi: Dùng nửa liều trên. Nếu trẻ nôn, ỉa chảy cần tiêm bắp loại vitamin A tan trong nước với liều bằng nửa liều uống.
- Đối với trẻ suy dinh dưỡng, sỏi, tiêu chảy kéo dài, mặc dù không có biểu hiện ở mắt vẫn cho uống ngày vitamin A 1 liều duy nhất theo tuổi như sau:
 - + Trẻ dưới 6 tháng: 50.000UI.
 - + Trẻ từ 6 tháng - 1 tuổi: 100.000UI.
 - + Trẻ trên 1 tuổi: 200.000UI.

1.3.2. Điều trị bổ sung

Mỗi 4 - 6 tháng cho tiếp 1 liều vitamin A 200.000UI.

1.3.3. Điều trị toàn diện

- Tìm và điều trị nguyên nhân gây thiếu vitamin A một cách tích cực.
- Cho trẻ ăn các loại rau quả và thỉnh thoảng cần phải có trứng, thịt, gan, cá tươi, dầu thực vật, thực phẩm sẵn có ở địa phương, dễ sử dụng và rẻ tiền.

1.3.4. Điều trị tại chỗ

- Thuốc giãn đồng tử, chống dính móng mắt. Kháng sinh chống bội nhiễm: Chloramphenicol 0,4% một ngày 2 lần; tra dầu vitamin A tái tạo biểu mô.
- Chú ý: Không được dùng các loại mỡ có Cortisone để tra vào mắt.

2. Thiếu vitamin D

2.1. Thể cổ điển ở trẻ trên 6 tháng

- Triệu chứng liên quan đến hạ calci máu: Quấy khóc về đêm, mồ hôi trộm, chậm mọc răng, mất men răng, thóp liền chậm. Lượng Ca^{++} máu thường giảm nhẹ, ít khi gây cơn Tetanie.
- Biến dạng xương
 - + Ổ ngực: Chuỗi hạt sườn, rãnh Harrison; lồng ngực hình ức gà/hình phễu.
 - + Cột sống: Gù, vẹo; xương chậu hẹp.
 - + Xương chi: Vòng cổ tay, cổ chân; chi dưới cong hình chữ X, chữ O; chi trên cán vấu.
- Giảm trương lực cơ
- Thiếu máu
- Cận lâm sàng
 - + Hạ Ca máu duy trì suốt thời gian tiến triển của bệnh.
 - + Phosphore máu thường chỉ giảm ở giai đoạn cuối của bệnh.
 - + Phosphatase kiềm tăng song song với mức độ giảm của vitamin D.
 - + RBC và Hb giảm trong một số trường hợp nặng.
 - + X-quang xương: Chụp cổ tay hoặc cổ chân thấy đầu xương to bè và bị khoét hình đáy chén, vùng sụn bị giãn rộng ở giai đoạn tiến triển của bệnh, hoặc hình đường viền rõ nét ở giai đoạn phục hồi; các điểm cốt hoá ở bàn tay, bàn chân chậm so với tuổi, lồng ngực có hình nút chai (champagne).

2.2. Bệnh còi xương sớm ở trẻ dưới 6 tháng

- Tình trạng hạ Ca^{++} máu: xuất hiện từ tuần thứ 2 trở đi như:
 - + Dễ bị kích thích, ngủ không yên giấc, hay giật mình.
 - + Khi thở có tiếng rít.
 - + Khi bú sữa gây nôn, co thắt cơ hoành làm trẻ nấc cụt.
 - + Nghiệm pháp gây cơn khóc co thắt thanh quản (+).
- Biến dạng xương: chủ yếu ở hộp sọ, hộp sọ trẻ bị bẹp theo tư thế nằm bươu trán, bươu đỉnh, biến dạng lồng ngực, cột sống và các chi như thể cổ điển.
- Giảm trương lực cơ và thiếu máu
- Cận lâm sàng
 - + Ca^{++} máu giảm sớm và thường ở mức độ nhẹ.
 - + Phospho máu thường không giảm hoặc giảm ít và muộn.
 - + X-quang xương cổ tay, cổ chân không có hình ảnh điển hình như thể cổ điển.

2.3. Bệnh còi xương bào thai

- Trước sinh, thai cử động yếu. Sau đẻ, trẻ có thóp rộng 4-5cm đường kính. Các mảnh xương sọ rời do bờ rìa chưa được vôi hoá; ấn lõm hộp sọ.
- Hạ Ca máu có thể nặng gây ngừng thở từng cơn, hoặc nhẹ gây cơn khóc "dạ đề", hay ọc sữa, nấc cụt sau bú và đi phân són.

2.4. Điều trị

2.4.1. Còi xương cổ điển

- Liều điều trị vitamin D 5000UI/ngày, uống liên tục trong 2 - 3 tuần.
- Chỉ định dựa vào hình ảnh X-quang xương cổ tay hoặc cổ chân, đầu xương bị khoét hình đáy chén. Sau 2-3 tuần điều trị chụp kiểm tra lại:
 - + Nếu có hình ảnh đường viền của giai đoạn phục hồi, chuyển sang liều phòng bệnh: 400UI/ngày;
 - + Nếu còn hình ảnh khoét xương thì tiếp tục liều điều trị thêm vài ngày.
- Chế độ ăn giàu chất đạm và đủ các chất, không cần thêm thuốc có calci.

2.4.2. Còi xương sớm

- Vitamin D: 1500 - 2000UI/ngày (3 - 4 tuần, sau đó chuyển sang liều phòng bệnh 400UI/ngày liên tục cho đến tuổi biết đi, không cần kiểm tra xương như trong thể cổ điển.
- Đối với trẻ bú mẹ: Nếu Ca^{++} máu của mẹ giảm, cho mẹ uống Gluconate hoặc Lactate calci 2g/ngày cho đến khi Ca^{++} máu trở về bình thường.
 - + Cho Calcium gluconate 10% liều 1 + 2ml/kg TMC, theo dõi ECG nếu có.
 - + Duy trì bằng truyền tĩnh mạch liều 4 + 6ml/kg/ngày (36 - 54 meq/kg/ngày). Nếu cần có thể lặp lại như trên lần thứ hai.
 - + Duy trì: Cho calci đường uống 75mg/kg/ngày chia đều 4 lần.

7.2.3. Còi xương bào thai

Điều trị như thể bệnh còi xương sớm nhưng cần chú ý tình trạng hạ Ca^{++} máu có thể nặng. Cần kiểm tra Ca^{++} máu của mẹ và điều trị như trên.

Câu 7. Trình bày cách phân loại và xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và chương trình phòng chống NKHHCT.

1. Phân loại và xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em

1.1. Phân loại theo vị trí giải phẫu: nắp thanh quản làm ranh giới.

- Nhiễm khuẩn hô hấp trên bao gồm ho, cảm lạnh, viêm tai giữa, viêm mũi họng (trong đó có viêm VA, amidan...)
- Nhiễm khuẩn hô hấp dưới: viêm thanh quản, khí quản, phế quản, tiểu phế quản và viêm phổi - màng phổi.

1.2. Phân loại theo mức độ nặng nhẹ: thường được sử dụng trong thực tế để xây dựng phác đồ chẩn đoán và xử trí.

NKHHCT có thể nhẹ (không viêm phổi) không cần dùng kháng sinh, chăm sóc tại nhà.

NKHHCT thể vừa (viêm phổi) dùng kháng sinh điều trị tại nhà, trạm xá.

NKHHCT thể nặng (viêm, phổi nặng) đến bệnh viện điều trị.

NKHHCT thể rất nặng (viêm phổi rất nặng hoặc bệnh rất nặng) cần điều trị cấp cứu tại bệnh viện.

2. Xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính

2.1. Xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính đối với trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi

Dấu hiệu	Không uống được Co giật Ngủ li bì khó đánh thức Thở rít khi nằm yên Suy dinh dưỡng nặng		
Xếp loại	Bệnh rất nặng		
Xử trí	Gửi cấp cứu đi bệnh viện Cho liều kháng sinh đầu Điều trị sốt (nếu có) Điều trị khò khè (nếu có) Nếu nghi ngờ sốt rét cho uống thuốc chống sốt rét		
Dấu hiệu	Co rút lồng ngực	Thở nhanh: - 2-12 tháng: > 50 lần/phút - 1-5 tuổi: > 40 lần/phút	
Xếp loại	Viêm phổi nặng	Viêm phổi	Không viêm phổi (Ho cảm lạnh)
Xử trí	Gửi cấp cứu đi bệnh viện Cho liều kháng sinh đầu Điều trị sốt (nếu có)	- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà. - Cho một kháng	- Nếu ho trên 30 ngày cần đến bệnh viện khám tìm

	Điều trị khò khè (nếu có) Nếu không có điều kiện chuyển đi bệnh viện phải điều trị với một kháng sinh và theo dõi sát sao.	sinh (T1) - Điều trị sốt (nếu có) - Điều trị khò khè (nếu có) - Theo dõi sát sau 2 ngày (hoặc sớm hơn nếu tình trạng xấu) phải đánh giá lại.	nguyên nhân. - Đánh giá và xử trí vấn đề tai hoặc họng (nếu có). - Đánh giá và xử trí các vấn đề khác. - Hướng dẫn bà mẹ - Điều trị sốt (nếu có) - Điều trị khò khè (nếu có)
Sau 2 ngày điều trị với 1 kháng sinh cần đánh giá lại, nếu:			
Dấu hiệu	- Các dấu hiệu nguy kịch hoặc - Co rút lồng ngực	- Không đỡ - Vẫn thở nhanh	- Đờ hơn - Thở chậm hơn - Đờ sốt - Ăn tốt hơn
Xử trí	Gửi cấp cứu đi bệnh viện	Thay kháng sinh hoặc gửi đi bệnh viện	Cho kháng sinh đủ 5 ngày

2.2. Xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính đối với trẻ dưới 2 tháng

Dấu hiệu	Bú kém hoặc bỏ bú Co giật . Ngủ li bì khó đánh thức Thở rít khi nằm yên Khò khè Sốt hoặc hạ nhiệt độ	
Xếp loại	Bệnh rất nặng	
Xử trí	Gửi cấp cứu đi bệnh viện Giữ ấm cho trẻ * Cho liều kháng sinh đầu	
Dấu hiệu	Co rút lồng ngực mạnh Hoặc thở nhanh (60 lần/phút trở lên)	Không co rút lồng ngực mạnh Không thở nhanh (dưới 60 lần/phút)
Xếp loại	Viêm phổi nặng	Không viêm phổi (Ho - cảm lạnh)
Xử trí	- Gửi cấp cứu đi bệnh viện - Giữ ấm cho trẻ - Cho liều kháng sinh đầu (Nếu không có điều kiện gửi đi bệnh viện phải điều trị với	Hướng dẫn bà mẹ theo dõi Chăm sóc tại nhà Tăng cường cho bú mẹ Làm sạch mũi nếu gây cản trở bú

	1 kháng sinh và theo dõi sát)	Đưa trẻ đến bệnh viện viện + Thở trở nên khó khăn + Nhịp thở nhanh + Ăn kém, cho ăn khó khăn + Trẻ ốm hơn, mệt hơn
--	-------------------------------	--

3. Chương trình phòng chống:

- Bảo đảm cho trẻ bú mẹ ngay sau khi đẻ càng sớm càng tốt, cho trẻ ăn đúng, đảm bảo chế độ dinh dưỡng hàng ngày.
- Vệ sinh cá nhân và môi trường sạch sẽ, không nên đun bếp hoặc hút thuốc trong phòng chăm sóc nuôi dưỡng trẻ.
- Giữ ấm cho trẻ, nhất là mùa lạnh và khi thay đổi thời tiết.
- Tiêm chủng phòng bệnh đầy đủ và đúng lịch
- Phát hiện sớm và xử trí kịp thời các trường hợp NKHHCT theo phác đồ.
- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho bà mẹ cách phát hiện, xử trí và chăm sóc trẻ NKHHCT.

Câu 8. Trình bày cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị thấp tim và chương trình phòng chống

1. Cơ chế bệnh sinh

- Có 2 giả thiết:

+ Do độc tố ngoại tế bào của liên cầu tác động đến cơ quan đích như cơ tim, van tim, màng hoạt dịch vào não.

+ Do đáp ứng miễn dịch không bình thường của vật chủ người.

- Sinh lý bệnh thấp tim sau nhiễm liên cầu nhóm A:

+ Liên cầu nhóm A: serotype M 1,3,4,6,18 tác động đến các cơ quan, tổ chức, tạo phản ứng viêm: tim, khớp. não, mạch máu, mô liên kết gây nên thấp tim.

+ Đối tượng nguy cơ: HLA-DR 1,2,3,4,7; Dw 10, Dw 53 và/hoặc allotype D8/17 tạo nên các phản ứng miễn dịch: phản ứng chéo kháng thể hoặc miễn dịch qua trung gian tế bào.

2. Chẩn đoán

Tiêu chẩn Jones sửa đổi:

TT	Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
1	Viêm tim	Sốt.
2	Viêm đa khớp	Đau khớp
3	Múa giật	Phản ứng viêm: máu lắng tăng hoặc CRP (+)
4	Ban vòng	PQ kéo dài (>0,20 giây) trên điện tâm đồ.
5	Hạt dưới da.	Sốt.

Chẩn đoán khi:

- 1 tiêu chuẩn chính + 2 tiêu chuẩn phụ + bằng chứng nhiễm liên cầu hoặc
- 2 tiêu chuẩn chính + bằng chứng nhiễm liên cầu.
- Múa giật đã loại trừ các nguyên nhân khác
- Viêm tim chậm, âm ỉ đã loại trừ các nguyên nhân khác
- Đợt thấp tái phát sau khi đã loại trừ các bệnh khác xen vào và các biến chứng như viêm nội tâm mạc

3. Điều trị

3.1. Khống chế các biểu hiện lâm sàng bằng sử dụng thuốc chống viêm:

- Điều trị viêm khớp:

+ Aspirin duy trì nồng độ thuốc trong máu đạt từ 20-25 mg/dl.

+ Phối hợp Corticoid nên bắt đầu dùng aspirin ở tuần cuối cùng trước khi ngừng corticoid và kéo dài 3-4 tuần sau đó.

+ Viêm khớp đơn thuần không dùng corticoid.

- Điều trị viêm tim:

+ Suy tim hoặc biểu hiện viêm tim nặng cần dùng corticoid.

+ Prednisolon 2,5mg/kg/24h chia 2 lần/ngày. Dừng từ 2 -3 tuần là đủ, phụ thuộc đáp ứng lâm sàng.

- Điều trị suy tim:

+ Lợi tiểu, các glucosid trợ tim, nghỉ ngơi tại giường.

+ Phẫu thuật sửa van tim hoặc thay van tim nếu điều trị nội khoa thất bại.

- Điều trị múa giật:

+ Phenobabital hoặc Chlorpromazin

+ Múa giật nhẹ dùng diazenpam.

3.2. Sử dụng kháng sinh

- Điều trị nhiễm liên cầu:

+ Penicillin (uống hoặc tiêm) 1.000.000 đv/ ngày X 10 ngày hoặc

+ Retapen 1.200.000 (tiêm móng) X 1 lần.

+ Nếu dị ứng penicillin: rovamycin 150.000 đv/kg /ngày X 10 ngày.

- Phòng thấp tiên phát:

+ Penicilin V uống liều 250mg/kg/24h, uống 2 lần/ngày dùng 10 ngày, hoặc

+ Erythromicin 40mg/kg/24h, không quá 1g/ngày, uống 3-4 lần/ngày trong 10 ngày.

- Phòng thấp thứ phát:

+ Tiêm benzathyl penicilin cứ 3-4 tuần/lần hoặc

+ Uống Penicilin V hàng ngày liên 250mg/ngày.

Câu 9. Trình bày lịch tiêm chủng trẻ em và các tai biến xảy ra trong quá trình tiêm chủng

1. Lịch tiêm chủng trẻ em

- Mẹ đang mang thai, phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ.
- + Phụ nữ có thai trên toàn quốc.
- + Phụ nữ 15-35 tuổi tại các vùng có nguy cơ uốn ván sơ sinh cao (nữ sinh lớp 9)
- Trẻ em dưới 1 tuổi.

<i>Tuổi</i>	<i>Vaccin sử dụng</i>	<i>Chú thích</i>
Sơ sinh	- BCG - VGB mũi 0 (24h)	BCG: tiêm phòng lao DPT: Uốn ván, ho gà, bạch hầu. Hib: Vaccin phòng viêm màng não OPV: Vaccin bại liệt uống. DPT1: mũi 1, DPT2: mũi 2, DPT3: mũi 3
2 tháng	- DPT-VGB-Hib mũi 1 - OPV	
3 tháng	- DPT – Hib mũi 2 - OPV2	
4 tháng	DPT-VGB-Hib mũi 3 - OPV3	
9 tháng	Sởi 1	
18 tháng	- DPT4 - Sởi 2	

- Lịch tiêm chủng vaccin tả, viêm não Nhật Bản và thương hàn:

<i>Vaccin</i>	<i>Tuổi của trẻ</i>	<i>Lần tiêm, uống</i>		
Viêm não nhật bản	Trẻ em từ 1-5 tuổi	Lần 1 (≥ 1 tuổi)	Lần 2 (sau lần 1 từ 1-2 tuần)	Lần 3 (1 năm sau lần 2)
Tả	Trẻ em từ 2-5 tuổi	Lần 1 (≥ 2 tuổi)	Lần 2 (sau lần 1 từ 1-2 tuần)	
Thương hàn	Trẻ em từ 2-10 tuổi	Tiêm 1 lần		

2. Các tai biến xảy ra trong quá trình tiêm chủng

Loại vacin	Biến chứng
BCG	<ul style="list-style-type: none"> - Nhiễm BCG lan toả - Viêm hạch có mủ, áp xe dưới da - Viêm sung - tuỷ - Hội chứng cúm, sung đau chỗ tiêm - Sốc phản vệ
DPT (BH-HG-UV)	<ul style="list-style-type: none"> - Sốt > 38 độ C - Sung đỏ, đau tại chỗ tiêm - Nôn - Khóc liên tục > 3 giờ - Co giật có hoặc không kèm theo sốt. - Truy mạch - Sốc phản vệ
OPV(Bại liệt uống) IPV (Bại liệt tiêm)	- Sốt, bại liệt (30 ngày sau uống vacxin)
MMR (Quai bị-sởi-rubela)	<ul style="list-style-type: none"> - Co giật - Ban xuất huyết do giảm tiểu cầu - Sốc phản vệ
HiB	<ul style="list-style-type: none"> - Đỏ, nóng và sưng chỗ tiêm - Sốt
Viêm gan B	<ul style="list-style-type: none"> - Đau chỗ tiêm - Sốt - Sốc phản vệ
Viêm não Nhật Bản B	<ul style="list-style-type: none"> - Sung, đau, đỏ vùng tiêm - Sốt, đau đầu, nôn, ban đỏ ngoài da

Câu 10. Phân loại tim bẩm sinh, triệu chứng lâm sàng của nhóm tim bẩm sinh có luồng shunt trái-phải

1. Phân loại tim bẩm sinh

<i>Tình trạng luồng thông (shunt)</i>	<i>Bệnh tim -mạch bẩm sinh</i>
Không có luồng thông phải -trái (tím tái muộn)	
Có luồng thông trái - phải	Thông liên thất Thông liên nhĩ Còn ống động mạch Còn ống nhĩ - thất chung Rò chủ - phổi
Cản trở hoặc rối loạn lưu thông luồng máu	
Bên trái	Hẹp eo hoặc van động mạch chủ Dị dạng van động mạch chủ Hẹp hoặc hở van 2 lá bẩm sinh Tim ba buồng nhĩ
Bên phải	Hẹp động mạch phổi (hẹp phế, hẹp eo, hẹp thân, hẹp nhánh phải hoặc trái, dị dạng van động mạch phổi
Có luồng thông phải - trái (tím tái sớm)	Tam, tứ, ngũ chứng Fallot Teo van 3 lá bẩm sinh Bệnh Ebstein Chuyển gốc mạch máu lớn Thân chung động mạch. Tim một buồng thất Các tĩnh mạch phổi đổ lạc chỗ Rò động - tĩnh mạch phổi

2. Triệu chứng lâm sàng của nhóm tim bẩm sinh có luồng shunt trái-phải

	Tứ chứng Fallot	Chuyển gốc mạch máu lớn	Thân chung động mạch
Tổn thương bệnh học	- Hẹp ĐMP (phổi hay van) - Thông liên thất cao - ĐMC lệch phải - Dày thất phải	ĐMC xuất phát từ thất phải, ĐMP từ thất trái Có TLT, TLN hoặc COĐM	Một ĐM duy nhất đi ra từ tim Thông liên thất cao và rộng
Tần suất	8% trẻ có bệnh TBS	5-8% trẻ có bệnh TBS	2-3% trẻ có TBS
Tuổi đến khám	Khoảng 6 tháng	Trước 3 tháng,	Sớm: 1-6 tháng

		thường là quanh sơ sinh	đầu
Lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> - Tím da, niêm mạc - Chậm lớn - Con ngất hoặc ngồi xồm - TTT liên sườn 3-4 trái 	Tím da -niêm mạc Khó thở nhiều Suy tim sớm	Tím vừa Khó thở nhiều Suy tim sớm
Lưu lượng phổi	Giảm	Tăng	Tăng
Điện quang	Phổi quá sáng Tim hình hia	Phổi đậm, cuống tim bé Diện tim rất to	Diện tim to, phổi đậm Quai ĐMC bên phải khí quản
Đặc điểm riêng	Tím nặng tăng dần Không suy tim; hay bị Osler	Suy tim, phổi đậm, cuống tim nhỏ	Tím ít, khó thở nhiều, suy tim, phổi đậm
Biến chứng	Cơn thiếu oxy cấp Tắc mạch Lao phổi	Suy tim gây tử vong sớm nếu không can thiệp	Suy tim sớm Suy hô hấp nặng
Điều trị	Nối chủ phổi tạm thời Mở rộng đường ra phổi, đóng lỗ TLT	Truyền PE1, Raskind (phá vách liên nhĩ) Mở đổi lại chỗ ĐM	Mổ tách trồng lại các ĐM, đóng lỗ TLT Tỷ lệ tử vong cao do thủ thuật khó khăn

Câu 11. Trình bày cơ chế bệnh sinh và triệu chứng suy tim ở trẻ em.**1. Cơ chế bệnh sinh**

- + Giai đoạn đầu của suy tim, cơ thể huy động nhiều cơ chế để bù trừ cho chức năng tim đang suy yếu. Nhưng khi nguyên nhân suy tim tồn tại lâu, các cơ chế trên mất dần tác dụng và các triệu chứng lâm sàng xuất hiện.
- + Khi một trong các yếu tố: lưu lượng tim và tích nhất bóp bất thường, tần số tim quá làm ảnh hưởng cung lượng tim.
- + Khi cung lượng tim giảm:
 - ♦ Tăng trương lực giao cảm, làm tăng epinephrin và norepinephrin trong máu để làm tăng cung lượng tim.
 - ♦ Cường giao cảm kéo dài, tăng chuyển hoá, tăng hậu gánh, tăng tiêu thụ oxy cơ tim, thiếu máu thận, gan, ruột và độc trực tiếp cho cơ tim.
- + Các sợi cơ tim giãn nhiều, cơ các thành thất sẽ dày lên, làm trầm trọng thêm rối loạn chuyển hoá oxy tại tế bào cơ tim.
- + Khả năng bơm máu của cơ tim giảm dần, ứ đọng máu ở tiểu tuần hoàn, ứ máu ở thành tâm nhĩ gây kích thích tăng tiết yếu tố giữ natri, càng gây tăng thể tích, quá sức làm việc, thiếu oxy cơ tim và suy tim càng nặng lên trong vòng xoắn bệnh lý này.

2. Triệu chứng suy tim**2.1. Triệu chứng suy tim cấp**

- Suy tuần hoàn ngoại vi cấp tính: tái nhợt, vật vã, đầu chi lạnh, ẩm mồ hôi, nổi vân tím. Mạch nhanh nhỏ, khó bắt. Thời gian lấp đầy lòng mạch hay thời gian hồng da trở lại >3 giây. Huyết áp hạ hoặc không đo được.
- Ứ đọng ngoại vi tiểu và đại tuần hoàn:
 - + Khó thở nhanh, thở rên, co kéo lồng ngực dữ dội hoặc thở ngáp.
 - + Ran ẩm nhỏ hạt ở hai đáy phổi lan dần lên báo hiệu phù phổi cấp đang đến.
 - + Gan to và đau, tĩnh mạch cổ nổi rõ. Đái ít hoặc vô niệu. Phù rõ hoặc kín đáo.
 - + Diện tim to cả hai phía khi gõ; cả hai tiếng tim mờ; có thể nghe tiếng nhịp ba hoặc tiếng ngựa phi.
- Cận lâm sàng:
 - + Điện quang: tim to toàn bộ, tỷ lệ tim ngực > 60%; phổi ứ huyết nặng.
 - + Điện tim: giảm điện thế, phát hiện nguyên nhân do loạn nhịp.

+ Siêu âm: cho thấy tình trạng giảm nặng khả năng co bóp cơ tim ($<25\%$), phát hiện các nguyên nhân suy tim.

2.2. Suy tim từ từ

2.2.1. Trẻ lớn

- Cơ năng và toàn thân: uể oải, không chịu chơi, chóng mặt khi hoạt động, chán hoặc bỏ ăn, đau bụng, ho khan, thở nhanh hoặc khó thở khi nằm, co kéo lồng ngực.

- Thực thể: mạch nhanh, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù chỗ thấp, đái ít, nước tiểu sẫm màu, tim đập mạnh, diện tim to, nhịp ngựa phi và các tiếng bệnh lý hay triệu chứng của nguyên nhân gây suy tim.

2.2.2. Trẻ nhỏ < 5 tuổi, đặc biệt ở trẻ < 1 tuổi

- Thở nhanh hoặc khó thở co kéo lồng ngực hoặc cánh mũi hay thở rên

- Ăn hay bú khó khăn với số lượng ít hơn bình thường

- Không lên cân hoặc lên cân quá chậm so với bình thường, trừ khi suy tim nặng có phù rõ sẽ tăng cân đột ngột.

- Mồ hôi quá nhiều, kể cả khi nghỉ ngơi

- Kích thích vật vã, tiếng khóc yếu,

- Đôi khi bệnh biểu hiện như viêm tiểu phế quản.

- Khám thường phát hiện gan to rõ. Tĩnh mạch cổ nổi. Diện tim to, nhịp tim nhanh và có thể có nhịp ngựa phi. Phù thường tương đối rõ ở mi mắt hoặc mắt cá chân đôi khi cả ở bẹn. Đái ít.

- Cận lâm sàng:

+ Điện quang: thường thấy diện tim to, phổi ứ huyết, và đôi khi có các biểu hiện nguyên nhân gây suy tim.

+ Điện tim: dày thất phải hoặc trái, QRS thấp, thay đổi đoạn ST-T.

+ Siêu âm: chẩn đoán cả nguyên nhân và xác định biểu hiện suy tim qua việc xác định các thông số sau: EF $< 26\%$; PEP/ EP $< 40\%$

Câu 12. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị Hội chứng thận hư tiên phát.

1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.1. Hội chứng thận hư tiên phát đơn thuần

- Phù là dấu hiệu chủ yếu:

+ Tiến triển nhanh, phù toàn thân, cân nặng tăng nhanh, có thể tăng lên 10-30%.

+ Phù trắng, mềm, ấn lõm, hay tái phát.

+ Thường mất đi khi được điều trị bằng glucocorticoid. Kèm theo phù, số lượng nước tiểu giảm, nhưng ít khi vô niệu hoàn toàn.

- Các dấu hiệu toàn thân khác

+ Trong giai đoạn phù nhiều, da trẻ xanh xao, kém ăn, đôi khi đau bụng. Có thể sờ thấy gan to.

+ Không có dấu hiệu của hội chứng viêm thận.

- Xét nghiệm nước tiểu

+ Protein niệu >100 mg/kg/24 giờ.

+ Protein niệu có tính chọn lọc: tuyệt đại đa số là albumin, tỷ số độ thanh thải IgG và transferrin $\leq 0,1$.

+ Có thể lắng chiết là dạng trụ lipid, không có hồng cầu niệu, hoặc hồng cầu niệu vi thể, nhất thời.

- Xét nghiệm máu

+ Protid toàn phần < 40 g/l; Albumin < 25g/l.

+ Điện di protid máu: albumin giảm, $\alpha 2$ globulin tăng, γ globulin giảm.

+ Lipid và cholesterol tăng.

+ Điện giải đồ: natri giảm, kali giảm nhưng có thể tăng khi có suy thận.

+ Các yếu tố V, VII, VIII và X tăng, antithrombin, heparin cofactor, yếu tố XI và XII giảm.

+ Các globulin miễn dịch: IgM tăng cao, IgG giảm, IgA giảm nhẹ.

+ Tốc độ lắng máu tăng cao.

+ Công thức máu ngoại biên: Hb giảm nhẹ, WBC tăng, PLT tăng.

+ Chức năng thận: ure, creatinin trong giới hạn bình thường, nhưng có thể tăng khi bị suy thận cơ năng.

1.2. Hội chứng thận hư tiên phát thể kết hợp, hay thể không đơn thuần

Về lâm sàng và xét nghiệm về cơ bản giống như HCTH tiên phát đơn thuần, nhưng có một số khác biệt sau:

- Thường kèm theo các dấu hiệu của hội chứng viêm cầu thận: tăng huyết áp, đái máu đại thể hoặc vi thể.

- Về xét nghiệm nước tiểu: protein niệu thường không chọn lọc.

- Xét nghiệm máu: γ globulin không giảm, mà thường tăng.

- Về điều trị: thường kém đáp ứng hoặc kháng steroid.

- Về mô bệnh học: hình ảnh tăng sinh gian mạch lan tỏa hoặc xơ cứng cục bộ hoặc một phần cầu thận.

2. Biến chứng

- Nhiễm khuẩn:
- + Viêm mô tế bào, thường do liên cầu, tụ cầu khuẩn, Haemophilus influenzae.
- + Viêm phúc mạc tiên phát thường do phế cầu và vi khuẩn đường ruột
- + Bệnh zona do virus herpes
- Suy thận cấp cơ năng
- Tắc mạch các mạch máu phổi, thận, não cũng như các mạch máu ngoại biên do tình trạng tăng đông máu.
- Rối loạn nước điện giải: giảm Na, K máu, giảm thể tích tuần hoàn hiệu lực do bản thân bệnh hay do biến chứng của liệu pháp corticoid.
- Giảm Ca máu gây tetani
- Thận lớn và thiếu dinh dưỡng

3. Điều trị

3.1. Chế độ ăn uống

- Trong giai đoạn toàn phát:
- + Hạn chế nước và muối khi bị phù.
- + Chế độ ăn đầy đủ vitamin và dinh dưỡng, không nên cho ăn nhiều protid, mặc dù protid máu giảm.
- Trong giai đoạn thuyên giảm thì cho ăn uống bình thường.

3.2. Chăm sóc

- Cần nghỉ ngơi tại giường, vệ sinh thân thể, răng miệng, phòng lây nhiễm.
- Giữ ấm.

3.3. Liệu pháp corticoid

3.3.1. Đợt phát bệnh đầu tiên

- Tấn công: Prednisolon 60mg/m²/24 giờ hoặc 2mg/kg/24 giờ, nhưng không quá 80mg/ngày. Có thể cho uống 1 lần vào buổi sáng hoặc chia làm 2-3 lần, tùy theo khả năng chịu đựng của người bệnh. Thời gian điều trị: 6-8 tuần.
- Duy trì: liều 40mg/m²/24 giờ hoặc 1 mg/kg/24 giờ, trong 6 tuần, hoặc 2mg/kg cách nhật.
- Nếu sau 4 tuần dùng liều tấn công mà bệnh không thuyên giảm thì hoặc là tiếp tục liều đó trong 4 tuần nữa hoặc truyền tĩnh mạch methylprednisolon 1000mg/1,73m² hoặc 30mg/kg trong vòng 30 phút, Dùng 2-3 lần/1 tuần. Nếu bệnh không thuyên giảm thì xem như không đáp ứng.
- Sau đợt điều trị duy trì, sẽ giảm dần liều prednisolon xuống còn 0,5 - 0,15 mg/kg/ngày, dùng 4 ngày/1 tuần trong vài 3 tháng, rồi ngừng.

3.3.2. Đợt tái phát

- Thể ít tái phát: điều trị giống như đợt đầu, nhưng thời gian có thể giảm đi.
- Thể hay tái phát hoặc thể phụ thuộc:
- + Liều tấn công như đợt đầu cho đến khi hết protein niệu, sau đó dùng liều duy trì kéo dài và giảm dần thời gian điều trị có thể kéo dài đến 1 năm..
- + Nếu nhiễm độc corticoid thì có thay bằng:

- ♦ Endoxan 2,5 mg/kg/ngày, tổng liều không quá 150mg/kg, uống hàng ngày.
- ♦ Chlorambucil 0,2mg/kg/ngày, uống, tổng liều không quá 8mg/kg.
- ♦ Levamisol 2,5 mg/kg, uống, mỗi tuần 2-3 lần, kéo dài 6-9 tháng.
- Trong thời gian điều trị bằng các thuốc ức chế miễn dịch, nếu WBC <3000/mm² thì ngừng thuốc.

3.4. Điều trị triệu chứng

- Thuốc lợi niệu nhóm furosemid (Lasix) hoặc hypothiazid.
- Human albumin: albumin máu <10g/l hoặc có tình trạng giảm thể tích tuần hoàn hiệu lực; hoặc phối hợp với thuốc lợi niệu để điều trị các trường hợp phù kéo dài.
- Kháng sinh: dùng khi bệnh nhân có kèm theo các bệnh nhiễm khuẩn.
- Các thuốc nhằm hạn chế tác dụng phụ của corticoid: bổ sung calci: 1g/ngày. Kali Clorua: 0,5-1g/ngày. Vitamin D, A và một số yếu tố vi lượng.
- Thuốc hạ huyết áp khi bệnh nhân có tăng HA, hay dùng nhóm ức chế men chuyển.
- Thuốc làm giảm lipid, cholesterol máu

3.5. Theo dõi

Sau khi bệnh thuyên giảm, cần định kỳ kiểm tra HA, protein niệu hàng tháng, và theo dõi ít nhất trong 5 năm.

Câu 13. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị viêm cầu thận cấp.

1. Lâm sàng

- Khởi phát xuất hiện sau 1-3 tuần kể từ khi bị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên hoặc ngoài da.
- Phù : ở mắt, có thể lan xuống chi rồi toàn thân kèm cổ trướng. Phù trắng, mềm, ấn lõm, bắt đầu từ mắt đến chân, ăn nhạt giảm phù.
- Cao huyết áp: ở mức độ tăng nhẹ cả HATT và HATTr
- Tim mạch :
 - + Nhẹ: mạch chậm, tim có thể hơi to
 - + Nặng: khó thở, ho, tức ngực, tim có tiếng thổi tâm thu hoặc ngựa phi, mạch nhanh, gan to, tím tái
 - + Rất nặng: cơn hen tim cấp rồi phù phổi cấp do suy tim trái nặng
- Thần kinh: nhức đầu, tinh thần kích thích, chóng mặt, hoa mắt, nôn, thất điều, co giật và hôn mê
- Đái máu: Thường xuất hiện với phù. Đái máu đại thể. Đái máu đại thể thường xuyên giảm sớm nhưng đái máu vi thể thường xuyên kéo dài 3-6 tháng

2. Cận lâm sàng

- Nước tiểu: nước tiểu đỏ hoặc sẫm màu như nước rửa thịt trong các ngày đầu. Số lượng: thường giảm đi rõ rệt, có thể vô niệu

Xét nghiệm :

- + Cận nước tiểu : hồng cầu dày đặc hoặc rải rác, hình dáng hồng cầu méo mó, vỡ thành mảnh, nhược sắc. Trụ hồng cầu, bạch cầu niệu cũng tăng và đôi khi có cả trụ hạt
- + Tỷ trọng nước tiểu : cao hơn bình thường
- + Protein niệu: bao giờ cũng có, giai đoạn thiếu niệu nồng độ protein niệu có thể rất cao, nhưng sau đó giảm nhanh, thường khoảng 2g trong 24h
- XN máu :
 - + Bỏ thể máu : giảm, giảm C3 là chủ yếu, tuần thứ 5 vẫn thấp, sang tuần thứ 6 trở về bình thường
 - + Kháng thể kháng liên cầu tăng:
 - + Có thể tăng các kháng thể : ASLO, ASK, ADONA, AH
 - + Tăng nitơ phi protein máu

3. Biến chứng

3.1. Tử vong trong giai đoạn cấp tính

- Biến chứng suy tim cấp do huyết áp, rất khó điều trị khỏi hoàn toàn cho tất cả các trường hợp viêm cầu thận cấp thể vô niệu.
- Tỷ lệ tử vong trong giai đoạn cấp từ 0-5% do suy thận hoặc suy tim cấp.

3.2. Tiến triển thành mãn tính

a. Tiến triển nhanh

Viêm cầu thận ác tính, viêm cầu thận bán cấp. Các triệu chứng lâm

sàng và xét nghiệm không thuyên giảm, dần dần xuất hiện các dấu hiệu: hội chứng thận hư, cao huyết áp kéo dài và kết thúc là suy thận cấp không hồi phục trong vòng 4-6 tháng ít trường hợp lâu hơn.

b. Tiến triển từ từ

Các biến đổi thành phần nước tiểu lại kéo dài, hoàn toàn tiềm tàng trong một thời gian dài không phát hiện thấy triệu chứng lâm sàng rồi sau đó có một hội chứng thận hư hoặc tăng huyết áp.

4. Điều trị

4.1. Nghỉ ngơi

- Nằm nghỉ, trẻ có thể đi học trở lại sau khi bệnh ổn định hàng tháng.
- Thể dục, lao động: ít nhất 6 tháng sau khi bệnh ổn định.
- Tiêm chủng: 1-2 năm sau khi bệnh ổn định.

4.2. Chế độ ăn uống

- Hạn chế nước và ăn nhạt tuyệt đối khi còn phù, không cần hạn chế protid trừ thể vô niệu.
- Nước: giai đoạn còn phù bù nước cho bằng số lượng nước tiểu ngày hôm trước cộng 200-300ml nước uống. Nếu trẻ còn sốt cần cho thêm nước, trung bình sốt cao hơn thân nhiệt trung bình 1 độ C thì tăng thêm 10% nhu cầu nước hàng ngày.

4.3. Kháng sinh

- Chỉ nên cho penicillin, nếu có phản ứng với penicillin thì thay bằng erythromycin, chọn một kháng sinh chống độc với thận.
- Penicillin 1 triệu UI x 10 ngày tiêm bắp, hoặc uống chia làm 2 lần.
- Sau đó:

Penicillin: viên 400.000 đơn vị /ngày hoặc benzathin penicillin 1,2 triệu UI/3 tuần tiêm 1 lần cho đến khi máu lắng hoàn toàn trở về bình thường, hồng cầu hết hắt trong nước tiểu, protein niệu hết hẳn: thời gian kéo dài 4-6 tháng.

4.4. Thuốc lợi tiểu

- Chỉ dùng trong các trường hợp có phù to và các thể có biến chứng Furosemid 1 - 2mg/kg/24 giờ.

4.5. Điều trị các biến chứng

4.5.1. Thể não do cao huyết áp

- Ăn nhạt tuyệt đối, theo dõi nghiêm ngặt cân bằng nước - điện giải.
- Thuốc lợi niệu: furosemid 1-2 mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chia 2 lần.
- Thuốc hạ áp: Aldomet 250 mg hoặc Adalat: 0,3-0,4 mg/kg/24 giờ chia 2 lần ngâm dưới lưỡi.
- Chống phù não, chống co giật

4.5.2. Thể suy tim cấp

- Chế độ ăn, hạ huyết áp, lợi tiểu an thần như trên. Ngoài ra phải chỉ định thêm: thở oxy, thuốc trợ tim: digoxin hoặc coragoxin.
- Điều trị triệu chứng khi trẻ có nguy cơ phù phổi cấp.

Câu 14. Trình bày nguyên nhân và phân loại hội chứng vàng da trẻ sơ sinh.

1. Nguyên nhân

1.1. Tăng sản xuất bilirubin

- Tán huyết (bất đồng nhóm máu ABO, Rh)
- Đa HC (polycythemia)
- Đòi sống hồng cầu ngắn
- Bất thường về HC: HC hình cầu, thiếu men G6PD
- Nhiễm trùng.

1.2. Giảm đào thải

- Hẹp teo hồng tràng do phân su
- Tăng chu trình ruột gan do thiếu vi khuẩn thường trú ở ruột.
- Bất hoạt men glucuronyl transferase do thuốc hoặc các chất liên kết với glucuronic acid.
- Giảm hoạt động của men glucuronyl transferase (genetic defect, hypoxia, nhiễm trùng, suy giáp)

1.3. Khiếm khuyết kết hợp tại gan

- Crigler-Najjar,
- Gilbert syndrome,
- Suy giáp.

1.4. Không rõ nguyên nhân

Vàng da tăng Bilirubin gián tiếp không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ khá lớn

2. Phân loại:

2.1. Vàng da sinh lý

- Thường xuất hiện ngày thứ 3 sau đẻ
- Đủ tháng: bil máu 6-8 mg/dl, không quá 12mg/dl
- Đẻ non: bil máu (max) 15 mg/dl
- Vàng nhẹ, vàng sáng, tăng từ từ, vàng da bắt đầu từ mặt sau đó lan dần xuống phần dưới cơ thể
- Không có các triệu chứng kèm theo
- Kéo dài 10 -15 ngày

2.2. Vàng da bệnh lý

- Triệu chứng (hậu quả của tan máu):
- Vàng da
- Thiếu máu
- Gan lách to
- Phù thũng
- Bất thường nhịp tim thai và tình trạng kém đáp ứng sau sinh: nhóm máu mẹ và tìm KT kháng HC

Câu 15. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá suy hô hấp sơ sinh

1. Nguyên nhân

<i>Đường hô hấp trên</i>	<i>Đường hô hấp dưới</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Tắc lỗ mũi sau. - Thống thực quản - khí quản - Hội chứng Pierre - Robin: Lưỡi không có phanh, dễ tụt ra sau ở tư thế nằm ngửa, gây tắc đường hô hấp trên. - Phì đại lưỡi bẩm sinh - Polyp họng. - Hẹp thanh quản do phù nề, mềm sụn thanh quản. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bẩm sinh: <ul style="list-style-type: none"> + Bất sản phổi, thiếu sản phổi. + Kén hơi tại phổi. + Phổi chưa trưởng thành. - Mắc phải: <ul style="list-style-type: none"> + Hội chứng hít phân su. + Hội chứng chậm hấp thu dịch phổi. + Bệnh màng trong + Xuất huyết phổi. + Viêm phổi. + Xẹp phổi. + Tràn khí màng phổi, trung thất.

<i>Bệnh tim bẩm sinh</i>	<i>Bệnh của hệ thần kinh</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Chuyển các gốc động mạch lớn. - Thiếu năng thất trái. - Hẹp động mạch chủ - Fallot 4, đặc biệt có thiếu năng thất trái. 	<ul style="list-style-type: none"> - Phù não. - Xuất huyết não. - Sang chấn sản khoa, - Bệnh não bẩm sinh. - Mẹ bị gây mê, dùng thuốc an thần.

<i>Chuyển hoá</i>	<i>Các nguyên nhân khác</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Hạ đường huyết, - Hạ calci huyết và/hoặc magie huyết. - Toan máu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bất thường về xương sườn: hội chứng Porak -Durank. - Thoát vị cơ hoành. - Nhược cơ tiên phát hoặc thứ phát. - Thiếu máu nặng. - Bệnh đa hồng cầu. - Rối loạn đông máu.

2. Lâm sàng

2.1. Triệu chứng của suy hô hấp

- Khó thở, nhịp thở > 60 lần/phút hoặc thở chậm <40 lần/phút.
- Rút lõm lồng ngực nặng, di động ngực bụng ngược chiều.
- Tím tái xuất hiện khi PaO₂ dưới 60mmHg, nồng độ khủ trên 5g%.

2.2. Triệu chứng của các cơ quan khác khi thiếu oxy

- Triệu chứng não: vật vã, li bì, hôn mê, co giật.
- Triệu chứng tim mạch: nhịp tim rối loạn, lúc đầu > 160 lần/phút, sau <100 lần/phút và ngừng tim khi PaO₂ < 30mmHg.
- Triệu chứng tiết niệu: thiếu niệu, vô niệu, hoặc suy thận cấp do thiếu oxy ở

ống thận dẫn đến hoại tử ống thận.

2.3. Triệu chứng của các nguyên nhân gây suy hô hấp

- Lòng ngực mất cân đối trong tràn khí màng phổi một bên, thoát vị cơ hoành
- Rung thanh tăng trong tràn khí màng phổi.
- Gõ đục trong tràn dịch màng phổi.
- Vị trí mỏm tim thay đổi phải nghĩ đến tràn khí màng phổi, hoặc thoát vị cơ hoành.
- Tiếng thổi ở tim, sờ động mạch bẹn,...

3. Cận lâm sàng

- Khí máu: $\text{PaO}_2 < 100 \text{ mmHg}$ và/hoặc $\text{PaCO}_2 > 40 \text{ mmHg}$.
- Công thức máu: WBC có thể tăng, giảm hoặc bình thường. Bạch cầu đa nhân trung tính có thể tăng, giảm hoặc bình thường; tiểu cầu có thể giảm trong suy hô hấp do nhiễm khuẩn.
- Các xét nghiệm khác: Điện giải đồ, đường máu...
- X-quang tim phổi: tìm nguyên nhân tổn thương tại phổi và lồng ngực.

4. Đánh giá suy hô hấp sơ sinh

- Đánh giá trẻ ngay sau đẻ bằng chỉ số Apgar lúc 1 phút và 5 phút

Chỉ số	Điểm			Nếu tổng số điểm:
	0	1	2	
Nhịp tim	Ngừng tim	< 100 lần/phút	> 100 lần/phút	- 0-3: ngạt nặng. - 4- 6: ngạt. - 7-10: bình thường.
Nhịp thở	Ngừng thở	Thở chậm, rên	Khóc to	
Trương lực cơ	Giảm nặng	Giảm nhẹ	Bình thường	
Cử động	Không cử động	Ít cử động	Cử động tốt	
Màu sắc da	Trắng	Tím đầu chi	hồng hào	

- Với trẻ đủ tháng, nhiều ngày tuổi, sự giãn nở của phổi đã phát triển đầy đủ, khi bị suy hô hấp biểu hiện rối loạn thở, đánh giá theo chỉ số Silverman

Chỉ số	Điểm			Nếu tổng số điểm:
	0	1	2	
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược chiều	- 0-2: không suy hô hấp - 3-5: suy hô hấp nhẹ. - > 5: suy hô hấp nặng.
Co kéo cơ liên sườn	0	+	++	
Rút lõm hõm ức	0	+	++	
Đập cánh mũi	0	+	++	
Tiếng thở rên	0	Nghe bằng ống nghe	Nghe được bằng tai	

Câu 16. Trình bày triệu chứng, điều trị bệnh giun ở trẻ em.**1. Triệu chứng****1.1. Giun đũa**

- Quá trình di chuyển của ấu trùng và giun cư trú ở ruột, thường không có triệu chứng rõ rệt, đặc hiệu.
- Hô hấp: Hội chứng Loeffler, sốt nhẹ $< 38^{\circ}\text{C}$, đau ngực, ho húng hắng, ho cơn, đau ngực như cúm. Nghe phổi không có biểu hiện gì đặc biệt.
- X-quang phổi: nhiều vùng mờ, thâm nhiễm, ranh giới không rõ rệt, mất đi hoàn toàn, sau vài ngày không để lại dấu vết.
- Xét nghiệm máu thấy bạch cầu ái toan tăng cao.
- Tiêu hoá: Đau bụng, Rối loạn tiêu hoá. Tổng giun ra ngoài: thấy trẻ ỉa ra giun hoặc nôn ra giun.
- Biến chứng: Khi có quá nhiều giun đũa làm giun dễ di chuyển, lạc chỗ hoặc cuốn lấy nhau thành từng búi, gây nên các biến chứng tại các tạng sau:
 - + Ruột: gây tắc ruột, bán tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm phúc mạc do thủng ruột.
 - + Gan, mật, tụy: gây giun chui ống mật, viêm đường mật, áp xe gan do giun, sỏi mật, viêm tụy cấp, chảy máu đường mật.
 - + Giun chui lạc chỗ: ấu trùng trong quá trình di chuyển theo đường máu cư trú ở những chỗ bất thường như da, cơ, não, tim..

1.2. Giun kim**1.2.1. Lâm sàng**

- Ngứa hậu môn
 - Ngứa có giờ nhất định, sau khi ngủ một thời gian ngắn. Ngứa dữ dội, trẻ khóc thét vào giờ nhất định, gây xây xước hậu môn, nhiễm trùng.
 - Khám thấy: hậu môn sưng huyết, có chấm đỏ nhỏ do giun kim cắn, có thể thấy giun kim bò ra ở hậu môn.
 - Rối loạn tiêu hoá: ỉa nhiều lần trong ngày, buổi sáng ở hậu môn có thể có chất nhầy màu hồng, phân khi lỏng, khi sền sệt, có nhiều giun kim.
- Thần kinh: Trẻ hay quấy khóc, ít hoặc bú hay nghiền răng.

1.2.2. Xét nghiệm

- Soi phân tìm giun kim ngay sau khi trẻ mới ỉa, hoặc bắt giun cái ở hậu môn buổi tối khi trẻ ngứa.
- Dùng băng xelophan dính vào hậu môn vào buổi sáng, sau đó dán lên kính và soi ngay tìm trứng giun kim.

1.3. Giun móc**1.3.1. Lâm sàng**

- Giai đoạn xâm nhập:

Thường gây các triệu chứng ở da và hô hấp:

- Da: Chỗ ấu trùng chui vào nổi lên những nốt hồng ban như dị ứng, nốt chàm trên da, hoặc các nốt mụn nhỏ ngứa, khi gây bội nhiễm hay gập ở kẽ chân bàn chân.

- Phổi: Ho khan viêm họng, khàn tiếng, khạc đờm, ngứa họng. Tăng bạch cầu ái toan trong đờm và máu.

• Giai đoạn toàn phát:

- Thiếu máu: nặng và da xanh nhợt, thiếu máu nhược sắc, suy tim do thiếu máu, gan to, tim to có tiếng ngựa phi, tiếng thổi, khó thở, phù nhẹ ở mắt cá chân và mi mắt.

- Tiêu hóa: Chán ăn, khó nuốt, đau vùng thượng vị, nôn ợ hơi, ợ chua, xuất huyết tiêu hoá, ỉa phân đen, táo bón.

- Toàn trạng: Chậm phát triển, suy nhược, chóng mặt, ù tai, trương lực cơ giảm, mờ mắt, phản xạ gân xương giảm, mất khả năng lao động. Nếu không được điều trị trẻ chết vì suy tim do thiếu máu, phù chân.

1.3.2. Xét nghiệm

• Công thức máu: Thiếu máu nhược sắc, tăng bạch cầu ái toan, số lượng hồng cầu và huyết sắc tố giảm nặng, giảm Albumin máu,

• Tìm trứng giun móc trong phân: Khi đã có triệu chứng lâm sàng, thường tìm thấy nhiều trứng giun trong phân.

2. Điều trị

- Siro piperazin 10%: Tác dụng đối với giun đũa và giun kim: 75mg/kg/24h cho liều trong 2 ngày, liều tối đa 3g/24h.

+ Dưới 1 tuổi: 1/2g/24h

+ Trên 1 tuổi tối đa 3g/24h.

– Mebendazol: 200mg/ngày, chia 2 lần sáng và chiều trong 3 ngày, khuyến cáo nên dùng 1 liều 500mg cho trẻ trên 2 tuổi.

- Pyrantel pamoate: Có tác dụng trên cả giun đũa, giun móc và giun kim.

Liều lượng 11mg/kg, tối đa là 1g/24h, uống 1 lần, có thể nhắc lại sau 1 tuần

Câu 17. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị chảy máu trong sọ ở trẻ em.

1. Chảy máu trong sọ ở trẻ sơ sinh

1.1. Lâm sàng

◆ Chảy máu dưới màng nhện

- Thể sớm: Xảy ra ngay sau khi đẻ.
- Thể nhạt trắng: da trắng bệch, bất động, không khóc, không thở, tim đập yếu, thân nhiệt hạ.
- Thể nhạt tím: đẻ ra đờ đẫn, bất động, không khóc, tím toàn thân, nhịp tim yếu.
- Thể muộn: Thường xảy ra vào ngày thứ 2 - 5 sau khi đẻ, biểu hiện:
 - + Con xanh tím, ngừng thở, tím tái, thở không đều, tim đập yếu.
 - + Con co giật toàn thân và các dấu hiệu thần kinh thay đổi tùy theo bệnh nhi, rung giật hoặc co cứng toàn thân.

* Hội chứng màng não (+) hoặc (-); thóp phồng hoặc không; vòng đầu tăng, khớp sọ giãn.

* Hôn mê, li bì. Dấu hiệu thần kinh khu trú, lác mắt, sụp mi, liệt nửa thân.

◆ Xuất huyết não thất nhỏ, có thể không có biểu hiện triệu chứng thần kinh:

- + Rối loạn trương lực cơ, thân nhiệt.
- + Thiếu máu cấp tính.
- + Tổn thương phủ tạng.

◆ Chảy máu ngoài màng cứng:

- Thường hiếm gặp sau sang chấn sản khoa, vỡ động mạch màng não giữa.
- Tụ máu giữa xương sọ và màng cứng, gây đè ép nửa bán cầu não, có khi toàn bộ não.
- Trẻ hôn mê, co giật; Có khi phối hợp chảy máu trong não, thân não, hành tuỷ. Trẻ hôn mê, có giai đoạn tỉnh rồi lại hôn mê.
- Các dấu hiệu thần kinh khu trú: co giật một bên, liệt nửa người, giãn đồng tử một bên

◆ Chảy máu dưới màng cứng: Hay gặp ở trẻ đủ tháng, có cân nặng lớn và thường mạn tính, gặp ở trẻ 1-2 tháng tuổi. Trẻ có dấu hiệu thiếu máu, thóp căng phồng, tăng thể tích hộp sọ, liệt thần kinh khu trú.

1.2. Cận lâm sàng

- Chọc dò tủy sống có dịch máu không đông.
- Xét nghiệm dịch não tủy: Albumin tăng và nhiều hồng cầu.
- Siêu âm qua thóp: Ở trẻ sơ sinh non tháng, đặc biệt ở trẻ sơ sinh dưới 28 tuần thai, chảy máu thường gặp dưới màng ồng nội tủy, tổn thương chảy máu được chia thành 4 mức độ.
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não: Tổn thương được phân độ như siêu âm thóp.

2. Chảy máu trong sọ ở trẻ còn bú

Lâm sàng	Cận lâm sàng
<ul style="list-style-type: none"> • Cấp tính: <ul style="list-style-type: none"> + Con khóc thét, quấy khóc, hoặc khóc rên. + Nôn trớ, bỏ bú. Da xanh nhợt, xảy ra nhanh. + Trẻ co giật hoặc hôn mê ngay. • Thăm khám <ul style="list-style-type: none"> - Trẻ li bì hoặc hôn mê. Thóp phồng hoặc giãn khớp sọ. - Co giật toàn thân hoặc cục bộ. - Có hay không có các dấu hiệu thần kinh khu trú: lác mắt, sụp mi, giãn đồng tử, giảm vận động 1 hoặc 2 chi, hay nửa thân. - Thiếu máu nặng. - Trong các trường hợp nặng, rối loạn các chức năng hệ trọng như: <ul style="list-style-type: none"> + Hô hấp: cơn ngừng thở, tím tái. + Tuần hoàn: da lạnh, nổi vân tím, nhịp tim nhanh hoặc nhịp chậm. + Thân nhiệt: thường hạ nhiệt độ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Huyết sắc tố giảm. - Trong trường hợp chảy máu do thiếu vitamin K, xét nghiệm cho thấy: <ul style="list-style-type: none"> + Thời gian đông máu kéo dài. + Tỷ lệ prothrombin máu giảm. + APPT kéo dài + Các yếu tố II, VII, IX, X giảm. - Chọc dò tủy sống: dịch máu không đông, đến muện dịch não tủy vàng; nếu xuất huyết trong nhu mô não trên lều tiểu não, dịch não tủy trong. - Siêu âm thóp: tổn thương chảy máu có đặc điểm như ở trẻ sơ sinh đủ tháng. - CLVT: chẩn đoán xác định; phân độ mức độ tổn thương não như phân độ trong siêu âm não. - Một số xét nghiệm khác tùy theo nguyên nhân gây bệnh.

3. Chảy máu trong sọ não ở trẻ lớn

Lâm sàng	Cận lâm sàng
<ul style="list-style-type: none"> - Khởi đầu đột ngột, đau đầu dữ dội, sau đó đi vào hôn mê sâu dần. - Trẻ đau đầu, nôn, co giật toàn thân, lơ mơ, ngủ gà. - Rối loạn thần kinh thực vật: tăng nhịp thở, ứ đờm dãi, lạnh đầu chi. - Cổ cứng, dấu hiệu xuất huyết dưới nhện. - Liệt đơn thuần dây III và đau đầu do vỡ túi phồng đoạn tận của động mạch cảnh trong. - Liệt nửa người, phản xạ babinski (+) do vỡ phình động mạch não giữa, xuất huyết bán cầu đồi thị - Chảy máu ở tiểu não: chóng mặt dữ dội, rối loạn thăng bằng, nhức đầu sau gáy, nôn, gáy cứng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Công thức máu, máu chảy, máu đông, tỷ lệ prothrombin. - Điện giải đồ, ure, creatinin. - Chọc dịch não tủy có máu không đông hoặc màu nâu. - CLVT sọ não: <ul style="list-style-type: none"> + Xác định chẩn đoán máu ở màng não hoặc não, vị trí túi phồng. + Dấu hiệu dán tiếp của túi phồng, máu ở thung lũng Sylvius, máu ở khe liên bán cầu. - Chụp động mạch não: vị trí, độ lớn, hình dạng, liên quan mạch máu túi phồng đơn lẻ hay nhiều túi. + Có thể bình thường (dị dạng quá nhỏ, túi phồng tắc do cục máu, không thấy được do co thắt mạch).

4. Biến chứng

- Bệnh diễn biến thường rất nặng ở trẻ sơ sinh, tiên lượng xấu.
- Tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh mắc bệnh trong ngày đầu rất cao.
- Hôn mê, co giật, ngừng thở, trụy tuần hoàn và rối loạn thân nhiệt.
- Tỷ lệ di chứng nặng nề về hệ thần kinh thường: động kinh, liệt chi, liệt nửa thân, lác mắt, sụp mi, hẹp hộp sọ, não úng thủy, rối loạn các chức năng giác quan, thiếu năng trí tuệ nặng nề.
- Bệnh diễn biến nặng: biến chứng xuất huyết tái phát, não úng thủy, co thắt mạch và thiếu máu cục bộ, phù não, giảm natri máu,
- Tiến triển có thể lành, không di chứng, thường có các di chứng như động kinh, liệt nửa người, nhức đầu.

5. Điều trị

5.1. Đối với trẻ sơ sinh và trẻ 1 1 3 tháng tuổi

- Cầm máu: Vitamin K 0,005, tiêm bắp 345 ngày.
- Truyền máu tươi: 20 - 30ml/kg hoặc Plasma tươi.
- Chống suy hô hấp bằng thở oxy, nếu ngừng thở cần đặt nội khí quản, hỗ trợ hô hấp bằng máy thở.
- Chống phù não và tăng áp lực nội sọ:
 - + Dexamethason 0,4mg/kg, sau đó giảm liều 0,2mg/kg/ngày.
 - + Dung dịch Mannitol 20%, 0,5g/kg, 40 - 60 giọt/phút.
 - + Chọc dò thất lưng chỉ nên làm sau 2 -3 ngày điều trị để tránh nguy cơ tụt, kẹt hạnh nhân tiểu não.
 - + Truyền bù dịch muối sau truyền mannitol.
- Chống co giật: Phenobarbital 6-10mg/kg, tiêm bắp, hạn chế dùng Seduxen.
- Chống rối loạn thân nhiệt.
- Nuôi dưỡng bằng ống thông dạ dày hoặc bổ sung bằng đường truyền tĩnh mạch.
- Mô dẫn lưu lấy máu tụ khi có tụ máu khu trú.

5.2. Ở trẻ lớn

Điều trị đặc hiệu	Điều trị không đặc hiệu
<ul style="list-style-type: none"> - Điều trị nguyên nhân - Can thiệp trực tiếp dị dạng và loại bỏ bằng đặt kẹp thắt cổ túi phồng dưới kính hiển vi. - Đối với dị dạng thông động - tĩnh mạch, các dị dạng ở vỏ não có thể cắt bỏ hoàn toàn. - Các dị dạng ở trong sâu dùm phương pháp gây tắc một số mạch nuôi. - Thắt động mạch ít có hiệu quả. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nghỉ tuyệt đối trên giường. - Seduxen 0,2 + 0,5mg/kg. - Điều trị nhức đầu bằng Paracetamol. - Làm thông thoáng đường thở. - Giảm áp lực sọ não: dung dịch mannitol 20%; 0,5g/kg/lần. - Giảm phù não: Dexamethason 0,4mg/kg. - Thăng bằng dịch và điện giải...

Câu 18. Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, phác đồ điều trị tiêu chảy cấp trẻ em.

1. Nguyên nhân

1.1. Do virus

- Rotavirus là nguyên nhân gây bệnh hàng đầu ở trẻ em.
- Các virus khác cũng là nguyên nhân gây tiêu chảy cấp: Adenovirus, Mowwalkvirus, Coronavirus, Picornavirus.

1.2. Do vi khuẩn

- E. coli là loại vi khuẩn gây bệnh đứng hàng đầu ở nước ta, nhiều nhất là EAEC.
- Shigella là loại vi khuẩn đứng hàng thứ hai, 2 nhóm hay gặp nhất là S. flexneri và S. sonnei.
- Campylobacter jejuni là loại vi khuẩn đứng hàng thứ ba
- Salmonella chiếm tỷ lệ thấp.
- Vi khuẩn tả thường gây thành dịch lớn, rất nguy hiểm.

1.3. Do ký sinh trùng

Entamoeba histolytica là tác nhân chủ yếu gây bệnh lỵ amip; sau đó đến Giardia lamblia và Cryptosporidium,

2. Cơ chế bệnh sinh

2.1. Yếu tố gây độc hại

- Những yếu tố gây độc hại chung, gồm có:
 - Yếu tố độc hại ruột:
 - Độc tố tả bài tiết bởi phẩy khuẩn tả.
 - Độc tố kháng nhiệt, chịu nhiệt LT – ST bài tiết bởi E. coli.
 - Những độc tố ruột tương tự tiết ra bởi Clostridium perfringens, Bacillus cereus và Salmonella typhi.
 - Đối với các nguyên nhân khác như: EPEC, EAEC, Rota virus, giardia lamblia.
 - Yếu tố cư trú: CFI, CFII được phát hiện ở các chủng coli độc.
 - Yếu tố bám dính
 - Độc tố tế bào: Yếu tố này phá huỷ các tế bào ruột, xâm nhập vào tế bào, niêm mạc, hạ niêm mạc ruột bài tiết.
 - Shigella - Shigella dysenteriae;
 - Coli xâm nhập và không xâm nhập;
 - Chủng coli 0157: H7

2.2. Cơ chế tiêu chảy

- Tiêu chảy xâm nhập
- Các yếu tố gây bệnh xâm nhập vào bên trong tế bào liên bào ruột non, ruột già nhân lên trong đó và phá huỷ tế bào, làm bong tế bào và gây phản ứng viêm. Những sản phẩm phá huỷ tế bào, viêm bài tiết vào trong lòng ruột non gây ỉa chảy. Mức độ lan tràn của tổ chức thay đổi tùy theo nguyên nhân và

sức đề kháng của vật chủ.

- Đối với Shigella: Màng protein lipopolysaccharide bên ngoài thành tế bào dường như là yếu tố cần thiết cho sự xâm nhập. Nhiều nguyên nhân gây tiêu chảy do cơ chế xâm nhập đã tìm thấy các độc tố ở tế bào.

• Tiêu chảy do cơ chế xuất tiết:

- Đối với vi khuẩn tả:

+ Đơn vị B của độc tố ruột CT + bộ phận tiếp nhận đặc hiệu của tế bào, giải phóng ra đơn vị A của độc tố đi vào tế bào ruột hoạt hoá adenylcyclase, làm ATP trở thành AMP vòng dẫn đến tăng AMP vòng trong tế bào làm:

♦ Ức chế/ngăn cản sự hấp thu Natri theo cơ chế gắn với clo ở ruột, nhưng không ức chế hấp thu natri gắn với Glucose và các chất vận chuyển trung gian khác.

♦ Tăng tính thấm của màng tế bào phía lòng ruột.

Hai quá trình trên làm ỉa chảy trầm trọng mà không có sự tổn thương hình thái tế bào ruột.

+ Đối với tả không phải nhóm 01, những độc tố cũng tương tự như độc tố tả nhưng chỉ có một vài chủng sinh độc tố với số lượng ít.

- Đối với E. coli

+ Độc tố LT tác dụng như độc tố tả.

+ Độc tố ST tác dụng trên ruột như tả nhưng thông qua GMP.

+ Yếu tố cư trú được tìm thấy ở một vài chủng ETEC; còn ở phẩy khuẩn tả người ta chưa phát hiện thấy những yếu tố cư trú hoặc bám dính.

3. Phác đồ điều trị

3.1. Phác đồ A – Điều trị tiêu chảy tại nhà

3.2. Phác đồ B – Điều trị mất nước nhẹ hoặc trung bình

3.3. Phác đồ điều trị C – Điều trị mất nước nặng

Câu 19. Nêu phân độ lâm sàng, chẩn đoán, biến chứng, phác đồ điều trị bệnh tay chân miệng trẻ em.

1. Phân độ lâm sàng

Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da (phát ban tay chân miệng).

Độ 2: Có dấu hiệu của độ I kèm theo (ảnh hưởng đến thần kinh trung ương):

2a	2b	
Biến chứng thần kinh	Dấu hiệu độ I kèm theo Biến chứng thần kinh nặng.	
+ Bệnh sử có giật mình ít (< 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám). + Lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ. + Sốt > 2 ngày liên tục hoặc có ít nhất một lần khám xác định sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$. + Nôn ói nhiều.	Nhóm 1	Nhóm 2
	– Giật mình ghi nhận lúc khám. – Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/30 phút, kèm một trong các dấu hiệu sau: + Ngủ gà + Mạch nhanh > 130 lần/phút (khi trẻ nằm yên và không sốt). + Sốt cao khó hạ ($\geq 39^{\circ}\text{C}$ nhiệt độ hậu môn, không đáp ứng với thuốc hạ sốt).	- Thất điều (Run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng). - Rung giật nhãn cầu, lé. - Yếu chi (sức cơ <4/5) hay liệt mềm cấp. - Liệt thần kinh sọ (nuốt sặc, thay đổi giọng nói,...). - Sốt cao khó hạ $\geq 39^{\circ}\text{C}$ không đáp ứng với các biện pháp hạ sốt tích cực) và không kèm theo dấu hiệu khác của độ 2b nhóm 2. Nếu kèm theo 1 trong các dấu hiệu này, xử trí như độ 3. - Mạch > 150 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)

Độ 3: Ảnh hưởng hệ thống thần kinh thực vật: Suy tuần hoàn hô hấp. Có 1 trong các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt). Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng). Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.

- Huyết áp tăng theo tuổi:

< 1 tuổi	Từ 1 - 2 tuổi	> 2 tuổi
>100 mmHg	> 110mmHg	>115mmHg

- Thở nhanh theo tuổi.

- Sốt cao liên tục không đáp ứng với hạ sốt kèm theo 1 trong các biểu hiện: Thất điều, rung giật nhãn cầu, liệt thần kinh sọ, yếu chi.

- Hôn mê, rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).

- Thở bất thường, khó thở: Có 1 trong các dấu hiệu sau:

- | | | |
|------------------|-----------------------|-----------------|
| + Cơn ngừng thở. | + Thở bụng, thở nông. | + Rút lõm ngực. |
| + Khò khè. | + Thở rít thanh quản. | |

– Tăng trương lực cơ.

Độ 4:

Tổn thương hô hấp tuần hoàn nặng. Có 1 trong các dấu hiệu sau:

- Ngừng thở, thở nấc.
- Tím tái/ $SpO_2 < 92\%$.
- Phù phổi cấp.
- Sốc: Có 1 trong các tiêu:
 - + Mạch không bắt được, huyết áp không đo được.
 - + Tụt huyết áp - huyết áp tâm thu:
 - * < 12 tháng: $< 70\text{mmHg}$
 - * > 12 tháng: $< 80\text{ mmHg}$.
 - + Huyết áp kẹt: Hiệu áp $\leq 25\text{ mmHg}$.

2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán ca lâm sàng:

- + Yếu tố dịch tễ: tuổi, mùa, vùng lưu hành, số trẻ mắc cùng một thời gian.
- + Lâm sàng: Sốt hoặc không sốt kèm theo phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông.

– Chẩn đoán xác định:

Xét nghiệm xác định có virus: RT - PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

– Chẩn đoán phân biệt

- + Các bệnh có biểu hiện loét miệng: Viêm loét miệng: vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát. (Đẹn sữa- đẹn trắng).
- + Các bệnh có phát ban da...
 - * Sốt phát ban: Hồng ban xen kẽ, ít dạng sần, hạch sau tai hoặc các dấu hiệu đặc trưng giúp chẩn đoán bệnh.
 - * Dị ứng: Hồng ban đa dạng, ngứa, liên quan đến dị nguyên, cơ địa dị ứng.
 - * Viêm da mủ: Đỏ, đau, sưng, nóng, có mủ.
 - * Thủy đậu: Sốt, phỏng nước nhiều lứa tuổi, đau rát, rải rác toàn thân, có yếu tố dịch tễ.
 - * Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: Mảng xuất huyết hoại tử trung tâm...
 - * Sốt xuất huyết Dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc...
- + Viêm não - màng não:
 - Viêm màng não do vi khuẩn.
 - Viêm não - màng não do virus khác.

3. Biểu chứng

3.1. Biểu chứng thần kinh

- Viêm não, viêm não thân não và/hoặc tiểu não, viêm não tủy, viêm màng não vô trùng, liệt mềm cấp kiểu bại liệt và một số hội chứng thần kinh hậu nhiễm trùng.
- Giật mình: Là dấu hiệu chỉ điểm sớm biến chứng thần kinh (viêm thân não); thường do nhiễm EV71.

- Rung giật cơ (myoclonic jerk): Từng cơn ngắn 1 - 2 giây, chủ yếu ở tay và chân, trong cơn trẻ vẫn còn ý thức. (TT tiểu não).
- Ngủ gà, bú rứt, chơi với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.
- Yếu liệt chi (liệt mềm cấp), do tổn thương tế bào neuron vận động sừng trước tủy sống (nhẹ hơn và hồi phục cao hơn so với bại liệt).
- Liệt dây thần kinh sọ não.
- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, suy tuần hoàn.

3.2. *Biến chứng tim mạch, hô hấp*

- Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch: Tiến triển nhanh và cấp tính trong vòng 2 - 5 ngày sau khi khởi phát sốt:
- Mạch nhanh > 150 lần/phút.
- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 3 giây,
- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh.
- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi $HA \geq 100$ mmHg, trẻ 1 - 2 tuổi $HA \geq 110$ mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 115 mmHg), giai đoạn sau mạch nhanh, huyết áp tụt và không đo được.
- Khó thở; thở nhanh, rút lõm ngực, thở rít thanh quản, thở không đều, thở nông, thở bụng, khô khè, cơn ngừng thở.
- Phù phổi cấp: Sủi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm

4. Điều trị và phân tuyến:

Nguyên tắc điều trị

- Chưa có thuốc đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ, triệu chứng.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị tích cực biến chứng.
- Sử dụng thuốc an thần sớm giảm kích thích tránh gây tăng áp lực nội sọ.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng bệnh nhi.

Độ	Phân tuyến	Điều trị cụ thể
1	Theo dõi, điều trị ngoại trú. Cân nhắc nhập viện nếu cha mẹ cháu lo lắng quá mức hoặc xa cơ sở y tế.	<ul style="list-style-type: none"> - Giảm đau, hạ sốt (không dùng Aspirin). - Đảm bảo dinh dưỡng, dung dịch đầy đủ. - Dặn dò dấu hiệu cảnh báo cần đưa trẻ đến khám ngay (Dấu hiệu của độ 2a; 2b nhóm 1, nhóm 2...). - Tái khám sau 1 - 2 ngày (nếu không xuất hiện dấu hiệu cảnh báo) cho đến ngày thứ 8 của bệnh.
2a	Nhập viện điều trị tại khoa nhi.	Như độ 1, nếu sốt không hạ với paracetamol 10 - 15 mg/kg/lần, cân nhắc phối hợp ibuprofen 5 - 10 mg/kg/lần lập lại mỗi 6-8 giờ. - Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày (uống).

	<ul style="list-style-type: none"> - Hướng dẫn người nhà theo dõi dấu hiệu cảnh báo. - Theo dõi M, HA, NT, NĐ, tri giác, SpO2 mỗi 8-12h. <p><i>Nếu trẻ có các dấu hiệu sau đây cần theo dõi mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> + Li bì, sốt > 3 ngày, > 39 °C. + Bệnh sử có giật mình trong khoảng 24 - 72 giờ. + Đường huyết > 160 mg% (8,9 mmol/L). + Bạch cầu tăng > 16.000/mm³. + Nôn ới nhiều. <p>Xét nghiệm ban đầu: CTM, đường huyết nhanh.</p>
2b Nhóm 1: Phòng cấp cứu bệnh viện nhi	<ul style="list-style-type: none"> - Hạ sốt, giảm đau: Paracetamol + ibuprofen. - Phenobarbital 10-20mg/kg TTM chậm/30 phút, lập lại sau 6 giờ nếu còn giật mình nhiều (tổng liều 30mg/kg/24 giờ). – γ-globulin không chỉ định thường qui: Theo dõi sát 6 giờ đầu: dấu hiệu nặng lên hoặc triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định γ-globulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2. – γ-globulin liều 1g/kg/ngày TTM chậm trong 6 - 8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn sốt hoặc còn dấu hiệu 2b thì dùng liều thứ 2. - Kháng sinh: Cefotaxim hay Ceftriaxon nếu không loại trừ viêm màng não mủ. <p>Theo dõi: Tri giác, SpO2, HA, nhịp tim, nhịp thở mỗi 1 - 3 giờ trong 6 giờ đầu; nếu có giảm triệu chứng thì theo dõi 4 - 6 giờ. Dẫn dò người nhà bệnh nhi cùng theo dõi các dấu hiệu cảnh báo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xét nghiệm: CTM, CRP, Đường huyết nhanh, chọc dò tủy sống nếu có sốt > 38,5°C hoặc không loại được VMNM.
Nhóm 2: Phòng cấp cứu nhi	<ul style="list-style-type: none"> -Nằm đầu cao 15-30°; thở oxy qua cannula 1-3 lít/phút. -Hạ sốt, giảm đau: như 2b nhóm 1. -Phenobarbital như trên (2b nhóm 1). - γ-globulin liều 1g/kg/ngày TTM chậm 6-8 giờ. Sau 24 giờ, còn sốt / dấu hiệu 2b thì dùng liều thứ 2. -Kháng sinh: Cefotaxim hay Ceftriaxon nếu không loại trừ VMNM <p>Theo dõi: Tri giác, SpO2, HA, nhịp tim, nhịp thở mỗi 1-3h trong 6 giờ đầu; nếu có giảm triệu chứng thì theo dõi 4 - 6 giờ,</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dẫn dò người nhà bệnh nhi cùng theo dõi các dấu hiệu cảnh báo.

	<p>- Xét nghiệm: CTM, CRP, Đường huyết nhanh, chọc dò tủy sống nếu sốt $>38,5^{\circ}\text{C}$/ không loại được VMNM</p>
<p>Độ 3 và Độ 4 Điều trị tích cực tại phòng hồi sức cấp cứu nhi</p>	<p>Nguyên tắc 1: Tăng cường cung cấp oxy và hỗ trợ hô hấp kịp thời cho bệnh nhân. Nằm đầu cao 30 độ, cổ thẳng (không sốc):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hút đờm hầu họng nếu có. - Cung cấp oxy qua cannula 3-6 lít/phút (độ 3 chưa giúp thở). - Gắn monitor theo dõi nhịp thở, mạch, SpO2 mỗi giờ. - Đặt nội khí quản giúp thở khi có chỉ định. - Y lệnh thuốc: an thần, immunoglobulin. - Xét nghiệm: Khí máu, đường huyết, ion đồ, X quang phổi. <p>Nguyên tắc 2: Duy trì máu mô tốt nhất cho bệnh nhân. Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thuốc vận mạch: Dopamin, dobutamin. - Y lệnh dịch truyền theo lưu đồ: Chú ý tốc độ truyền, lượng dịch truyền. - Xét nghiệm: Troponin I, siêu âm tim. - Theo dõi: Mạch, huyết áp (HA), thời gian phục hồi da (CRT), nước tiểu mỗi giờ - Theo dõi dấu hiệu phù phổi cấp. <p>Nguyên tắc 3: Hạn chế tổn thương não ở bệnh nhân.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nằm đầu cao 30 độ, cổ thẳng. - Thở oxy 2-6 lít/phút. Đặt nội khí quản khi SpO2 $< 92\%$ hay PaCO2 $> 40\text{mmHg}$. - Thở máy chế độ kiểm soát áp lực (PC). - Theo dõi sát các thông số máy thở: Tần số, PIP, PEEP, FiO2. - Có biểu hiện phù não: Truyền Mannitol 20% 0,5g/kg TTM 30ph x 3 lần/ngày.

Câu 20. Trình bày các nguyên tắc chung về dùng thuốc cho trẻ em; cách tính liều lượng thuốc cho trẻ em.

1. Nguyên tắc chung về dùng thuốc cho trẻ em

- Chỉ dùng thuốc khi có chỉ định.
- Dùng kháng sinh khi có nhiễm trùng.
- Dùng vitamin khi có nguy cơ hoặc biểu hiện thiếu vitamin.
- Bồi phụ nước và điện giải khi có biểu hiện mất nước, mất điện giải.
- Dùng thuốc hạ sốt, khi thân nhiệt của trẻ $> 38,5^{\circ}\text{C}$.
- Dùng thuốc hạ HA, khi trẻ có tăng HA.
- Trước khi cho trẻ dùng thuốc phải hiểu rõ
 - + Tác dụng của thuốc. + Liều lượng thuốc.
 - + Tác dụng phụ của thuốc. + Đường đưa thuốc vào cơ thể.
 - + Thời điểm uống thuốc: Lúc mấy giờ, trước, sau hay trong khi ăn.
- Không được pha trộn các loại thuốc với nhau một cách tùy tiện.
- Theo dõi tác dụng của thuốc.
- Trong và sau khi dùng thuốc, phải theo dõi tác dụng của thuốc, kể cả tác dụng phụ. Một số trường hợp, có thể hướng dẫn để các bà mẹ cùng phối hợp với điều dưỡng viên theo dõi tác dụng của thuốc,
- Cát giữ bảo quản thuốc. Phải hướng dẫn cho bà mẹ cất thuốc cẩn thận, không để cho trẻ tự ý lấy thuốc dùng, để phòng ngộ độc thuốc.

2. Cách tính liều lượng thuốc cho trẻ em

- Tính liều lượng thuốc theo cân nặng thường được áp dụng rộng rãi nhất.
- Cách tính liều lượng thuốc theo diện tích da tương đối chính xác hơn các phương pháp trên.
- Ngoài ra, có thể tính liều lượng thuốc theo chuyển hóa cơ bản hoặc theo chuyển hóa nước. Có thể tính liều lượng thuốc cho trẻ em theo liều lượng của người lớn.

Câu 21. Trình bày tác dụng, liều lượng và cách dùng thuốc hạ sốt cho trẻ em; Trường hợp trẻ bị sốt 39 độ C, nhưng trẻ bị phản ứng với Paracetamol, xử trí hạ sốt cho trẻ như thế nào?

1. Tác dụng, liều lượng và cách dùng thuốc hạ sốt cho trẻ em

1.1. Paracetamol

- Tác dụng: hạ sốt, giảm đau và chống viêm, ít gây Methemoglobin. Thời gian tác dụng: 6 - 8 tiếng.

Dạng thuốc	Viên nén, gói bột	Viên nang trụ	Viên đạn
Hàm lượng	0,1g; 0,2g; 0,5g	0,4g; 0,5g	0,1g; 0,2g; 0,5g

- Liều dùng: 10 - 15mg/kg/lần, ngày dùng 1 - 4 lần.

- Cách dùng: sốt cao $>38^{\circ}\text{C}$, uống viên nén, gói bột hoặc đặt hậu môn viên đạn.

1.2. Analgin:

- Tác dụng: hạ sốt, giảm đau và chống viêm trong nhóm Pyrazolon; tác dụng mạnh nhất trong nhóm.

Dạng thuốc	Viên, gói bột	Viên đạn	Ống tiêm	Lọ để uống
Hàm lượng	0,1g; 0,5g	0,1g; 0,2g; 0,5g	25%; 50%; 1ml; 2ml; 5ml	50%-10ml (1ml=20 giọt=0,5g).

- Liều lượng: 8 - 10mg/kg/lần x 1 - 4 lần/ngày.

1.3. Aspirin:

- Tác dụng: chống viêm, giảm đau, hạ sốt trong nhóm Acid Acetylsalicylic.

Dạng thuốc	Viên nén	Viên bao (Aspirin pH8)
Hàm lượng	0,1g; 0,2g; 0,25g; 0,325g; 0,5g.	60mg; 500mg

- Liều lượng: ngày uống 1-3 lần:

+ Trẻ dưới 3 tuổi: 0,1g/tuổi/lần + Trẻ 3 - 5 tuổi: 0,075g/tuổi/lần

+ Trẻ 6 - 10 tuổi: 0,05g/tuổi/lần + Thấp tim: 60 - 100mg/kg/ngày theo phác đồ.

- Cách dùng:

+ Viên nén: Nhai nát hoặc nghiền nát rồi uống với nhiều nước sau bữa ăn (lúc no). Hay gây kích ứng dạ dày.

+ Viên bao (Aspirin pH8): Không được bẻ, nghiền nát, nhai nát; không được uống với dung dịch kiềm. Phải nuốt chửng cả viên.

2. Trường hợp trẻ bị sốt 39 độ C, nhưng trẻ bị phản ứng với Paracetamol, xử trí hạ sốt cho trẻ:

+ Cho trẻ uống đủ nước, nới rộng quần áo, tã lót và chườm mát.

+ Ibuprofen 5 - 10mg/kg/lần, cách 6 - 8 giờ/ lần, không quá 40mg/kg/ngày

+ Có thể cân nhắc dùng thêm thuốc khác như Aspirin, Celecoxib, Diclofenac.

Câu 22. Trình bày chẩn đoán xác định và nguyên nhân gây thiếu máu trẻ em

1. Chẩn đoán xác định thiếu máu

1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, giảm tập trung, chán ăn...
- Cảm giác tức ngực, khó thở nhất là khi gắng sức hoặc đi lại nhiều; cảm giác hồi hộp đánh trống ngực...

1.2. Triệu chứng thực thể

- Da xanh, niêm mạc nhợt. Móng tay khô, dễ gãy; tóc khô, dễ rụng.

1.3. Chẩn đoán xác định

Thiếu máu khi nồng độ huyết sắc tố giảm trên 5% so với giá trị tham chiếu.

1.4. Các triệu chứng và yếu tố liên quan

- Yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, nghề nghiệp...).
- Tiền sử bệnh, sử dụng thuốc và gia đình đôi khi cũng cung cấp những thông tin có giá trị để định hướng chẩn đoán.
- Khám lâm sàng cần phải được thực hiện đầy đủ, kỹ càng, cần phát hiện các biểu hiện kèm theo thiếu máu như: sốt, nhiễm khuẩn, vàng da, hệ thống gan, lách, hạch ngoại vi...

2. Nguyên nhân gây thiếu máu

2.1. Dựa vào thể tích trung bình hồng cầu:

HC nhỏ (MCV < 80fl)	HC bình thường (MCV: 80 - 100fl)	HC to (MCV > 100fl)
<ul style="list-style-type: none"> - Thiếu sắt - Thalassemia - Bệnh HST E - Thiếu máu do viêm mạn tính 	<ul style="list-style-type: none"> - Mất máu - Bệnh thận - Thiếu máu do viêm mạn tính - Bệnh HC hình liềm - Bệnh gan mạn tính - Rối loạn sinh tủy - Suy tủy xương 	<ul style="list-style-type: none"> - Thiếu a.folic, 812 - Bệnh gan, rượu - Suy tủy xương - Điều trị hóa chất, thuốc kháng virus - Tan máu tự miễn - Rối loạn sinh tủy

2.2. Dựa vào các chỉ số hồng cầu lưới:

Để đánh giá đáp ứng bù trừ của tủy xương trước tình trạng thiếu máu:

- Chỉ số hồng cầu lưới tăng: Tìm các nguyên nhân ngoài tủy: tan máu; mất máu mạn tính, tan máu bẩm sinh (do huyết sắc tố hoặc do màng hồng cầu...).
- Chỉ số hồng cầu lưới giảm: Có thể tủy xương không đáp ứng bù đủ do tổn thương tại tủy hoặc do thiếu hụt các yếu tố cần thiết để tạo máu (erythropoietin, acid folic, vitamin B12...)

Câu 23. Phân loại hội chứng xuất huyết theo cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân

1. Phân loại theo cơ chế bệnh sinh

<i>Do thành mạch</i>	<i>Do tiểu cầu</i>	<i>Rối loạn quá trình đông máu</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Tăng tính thấm thành mạch: thiếu oxy máu, suy hô hấp sơ sinh. - Thành mạch yếu: Thiếu vitamin C; PP. - Viêm mao mạch dị ứng - Dị dạng mạch: Bệnh Rendu Osler, bệnh Von Willebrand. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn về số lượng tiểu cầu: Bệnh Werlhof. - Rối loạn về chất lượng tiểu cầu: Bệnh Glanzmann, bệnh Bernard Soulier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn sinh thromboplastin hoạt động: <ul style="list-style-type: none"> + Bệnh ưa chảy máu A, B. + Bệnh Rosenthal. + Bệnh Hageman. - Rối loạn sinh thrombin. <ul style="list-style-type: none"> + Bệnh giảm phức hợp prothrombin. - Rối loạn sinh Fibrin: <ul style="list-style-type: none"> + Bệnh không có Fibrinogen bẩm sinh. + Bệnh thiếu yếu tố XIII, + Bệnh đông máu rải rác trong lòng mạch. + Bệnh tiêu sợi huyết nguyên phát cấp.

2. Phân loại theo nguyên nhân

	<i>Hình thái xuất huyết</i>	<i>Nguyên nhân nghĩ đến</i>
<i>Xuất huyết trên da</i>	Nếu chỉ xuất huyết dạng chấm, nốt trên da phát hiện tự nhiên	Thành mạch.
	Nếu xuất huyết nhiều dạng khác nhau, chấm, nốt, mảng bầm máu nông trên da, chảy máu cam, máu răng	Tiểu cầu.
	Nếu chỉ mảng bầm máu lớn hoặc tụ máu lớn ở cơ sau chấn thương nhẹ	Thiếu yếu tố F.VIII, F.IX, F.XI.
	Nếu xuất huyết trên da tại các điểm chích lễ kéo dài, ở trẻ nhỏ hơn 3 tháng tuổi	Bệnh lý xuất huyết giảm phức hợp Prothrombin
<i>Xuất huyết nội tạng thường gặp là xuất huyết não, màng não</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Đây là vị trí hay xảy ra trong bệnh xuất huyết giảm phức hợp Prothrombin. - Xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết tiết niệu gây tiểu máu thường gặp trong bệnh lý tiểu cầu. - Xuất huyết khớp thường hay xảy ra ở bệnh ưa chảy máu A, B. 	

Câu 24. Trình bày triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán, mục đích và nguyên tắc điều trị bệnh leucemie cấp.

1. Lâm sàng bệnh leucemie cấp

Thường khởi phát: 2 - 4 tuần, mệt mỏi, chán ăn, sốt thất thường, da xanh, đau xương dài. Khoảng một phần ba các bệnh nhân có khởi phát bệnh rầm rộ, nặng ngay từ đầu. Có hai loại triệu chứng:

1. Triệu chứng do hậu quả của tế bào non lấn át sự sản sinh các dòng tế bào bình thường của tủy xương:

- Thiếu máu: Tăng dần, không tương xứng với mức độ mất máu, không đáp ứng với truyền máu.
- Xuất huyết giảm tiểu cầu: đa hình thái ở da, chảy máu niêm mạc.
- Sốt, nhiễm khuẩn các cơ quan tái diễn.

2. Triệu chứng do các tế bào non tăng sinh ác tính, thâm nhiễm các cơ quan

- Gan, lách, hạch, tinh hoàn to. Hạch to ở ngoại vi, trung thất, ổ bụng. Bạch cầu cấp dòng lympho hay gặp gan lách hạch to hơn dòng tủy. Bạch cầu cấp dòng lympho T hay gặp u trung thất, thâm nhiễm tinh hoàn. U trung thất lớn gây HC phù áo khoác.
- Thâm nhiễm xương khớp, hay gặp ở xương dài. X-quang thấy loãng xương. Có thể có u sau nhãn cầu gây lồi mắt.
- Thâm nhiễm hệ thần kinh trung ương: tăng áp lực nội sọ, liệt dây thần kinh sọ não, chọc dò dịch não tủy đục, tăng bạch cầu, chủ yếu là bạch cầu non.
- Thâm nhiễm da, niêm mạc: các mảng nổi gồ trên da, thâm tím, thường gặp ở trẻ <1 tuổi. Phì đại lợi, loét và hoại tử Amidan, thường gặp ở bạch cầu cấp dòng tủy.
- Thâm nhiễm thận: Thận to, có thể gây suy thận.
- Loét lở và hoại tử.

2. Chẩn đoán bệnh leucemie cấp

2.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng có các biểu hiện nêu trên.
- Xét nghiệm: Tủy đồ > 25% tế bào non, lấn át các dòng tế bào tủy khác.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh ung thư đặc khác di căn vào tủy xương: Neuroblastoma, U lympho không Hodgkin, sarcoma cơ vân...
- Bệnh máu lành tính: Suy tủy toàn bộ, xuất huyết giảm tiểu cầu.
- Bệnh hệ thống như Lupus ban đỏ.

2.4. Chẩn đoán phân loại

Thể bệnh	<p>Bạch cầu cấp dòng lympho, dòng tủy hay kết hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dựa vào hình thái học tế bào, hóa học tế bào, miễn dịch học tế bào, di truyền. - Theo phân loại FAB: <ul style="list-style-type: none"> dòng lympho gồm L1 - L3 dòng tủy gồm M0 - M7 - Bạch cầu cấp dòng lympho tiền B, B trưởng thành hay T.
Tiền lượng	<ul style="list-style-type: none"> - Dòng lympho nhóm nguy cơ cao khi: tuổi < 1 hoặc > 10, số lượng bạch cầu $\geq 50.000/\text{mm}^3$, có thiểu bội, chuyển đoạn t(4;11), t(9;22), t(11;19). - Dòng tủy nhóm nguy cơ không cao khi có t(8;21).

4. Mục đích và nguyên tắc điều trị:

4.1. Mục đích

- Đạt lui bệnh hoàn toàn, không tái phát, nâng cao chất lượng cuộc sống.
- Lui bệnh hoàn toàn khi không còn biểu hiện lâm sàng, tủy đồ có < 5% bạch cầu non.

4.2. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu: đa hóa trị liệu. Tùy theo thể bệnh, tiền lượng mà có phác đồ điều trị cụ thể.
 - + Bạch cầu cấp dòng lympho: chia ra làm các giai đoạn cảm ứng, củng cố, tái cảm ứng và duy trì.
 - + Bạch cầu cấp dòng tủy: gồm 5-6 đợt điều trị hóa trị liệu liều cao, mỗi đợt cách nhau 3 tuần hoặc khi bạch cầu hạt $\geq 1000/\text{mm}^3$, PLT $\geq 100.000/\text{mm}^3$.
 - + Ghép tế bào gốc tạo máu: tủy xương, máu ngoại vi, máu cuống rốn, chỉ định cho nhóm bệnh nhân cả dòng tủy và lympho có tiền lượng xấu ngay sau khi được chẩn đoán hoặc sau tái phát.
- Điều trị hỗ trợ:
 - + Truyền các chế phẩm máu.
 - + Dự phòng và điều trị hội chứng phân giải u.
 - + Sốt, giảm bạch cầu hạt: sử dụng kháng sinh, thuốc kích thích sinh bạch cầu, globulin liều cao tăng cường miễn dịch.
 - + Dinh dưỡng, tâm lý và giảm đau.
 - + Dự phòng các triệu chứng không mong muốn khác trong quá trình điều trị.

Câu 25. Trình bày chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt bệnh tan máu tự miễn với các bệnh tan máu khác

1. Chẩn đoán

1.1. Lâm sàng

- Hội chứng thiếu máu: thường xuất hiện nhanh có thể kèm theo sốt.
- Hội chứng hoàng đả: xuất hiện đồng thời với hội chứng thiếu máu.
- Gan, lách có thể to.

1.2. Cận lâm sàng

- Máu ngoại vi: RBC giảm, kích thước bình thường hoặc to, nếu thiếu máu càng nặng thì kích thước có xu hướng càng to. Hb và Hct giảm. Hồng cầu lưới tăng.
- Sinh hóa: Bilirubin tăng, chủ yếu tăng bilirubin gián tiếp; LDH tăng, haptoglobin giảm.
- Xét nghiệm tủy đồ: Tủy giàu tế bào, dòng hồng cầu tăng sinh mạnh, hồng cầu lưới tủy tăng. Dòng bạch cầu hạt và mẫu tiểu cầu phát triển bình thường.
- Xét nghiệm huyết thanh học:
 - + Xét nghiệm Coombs trực tiếp dương tính; gián tiếp có thể dương tính (nếu dương tính nên định danh kháng thể bất thường).
 - Phenotype hồng cầu (định nhóm kháng nguyên ngoài hệ ABO) để tìm đơn vị máu phù hợp nhất.

2. Chẩn đoán phân biệt bệnh tan máu tự miễn với các bệnh tan máu khác

2.1. Bệnh hồng cầu hình cầu bẩm sinh

- Lâm sàng có hội chứng thiếu máu, hội chứng hoàng đả.
- Trên tiêu bản máu ngoại vi thấy rõ hình ảnh hồng cầu mất vùng sáng trung tâm. Sức bền hồng cầu thường giảm. Xét nghiệm Coombs trực tiếp âm tính.

2.2. Đái huyết sắc tố kịch phát ban đêm

Xét nghiệm CD55, CD59 trên màng hồng cầu có thiếu hụt

2.3. Tan máu trong bệnh hệ thống

- Người bệnh thường có những tổn thương các cơ quan phối hợp như da, thận, khớp, tim...
- Kháng thể kháng nhân và dsDNA dương tính là xét nghiệm khẳng định bệnh. Khi nghi ngờ có thể làm thêm ANA 8 profile (anti dsDNA, anti RNP, anti Sm, anti SS-A/Ro, anti SS-B/La, anti Scl -70, anti CENP -B, anti Jo 1).

Câu 26. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và tiên lượng bệnh suy tủy ở trẻ em.

1. Lâm sàng

1.1. Giai đoạn khởi phát

- Triệu chứng thường gặp là da xanh, niêm mạc nhợt, mệt mỏi, không làm việc nặng và thỉnh thoảng có vài nốt xuất huyết dưới da.

1.2. Giai đoạn toàn phát

Hội chứng thiếu máu	Hội chứng xuất huyết	Hội chứng nhiễm khuẩn
<ul style="list-style-type: none"> - Da xanh. Niêm mạc nhợt. - Lòng bàn tay trắng bệch. Móng tay nhỏ, có khía và dễ gãy. - Hôi hộp, đánh trống ngực, hoa mắt chóng mặt. - Nhịp tim nhanh. Tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng. - Nếu tình trạng thiếu máu nặng, khi bệnh nhân đi lại có thể sốc hoặc ngất. - Bệnh nhân kém ăn kém ngủ. - Rối loạn tiêu hóa. - Rối loạn sinh dục. 	<ul style="list-style-type: none"> - Có đặc điểm như xuất huyết giảm tiểu cầu, có tính chất đa hình thái. - Tùy theo mức độ giảm tiểu cầu mà bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết từ nhẹ (dưới da), vừa (niêm mạc), nặng (các tạng và não - màng não). 	<ul style="list-style-type: none"> - Sốt cao 39⁰C - 40⁰C, thường có viêm mũi họng, viêm phế quản, u nhọt ở da và viêm răng lợi. Có gây khuẩn huyết trong một số ít trường hợp. - Thường lách, gan và hạch không to.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Công thức máu

- Số lượng RBC, WBC, PLT giảm. Một số tỷ lệ bệnh nhân chỉ giảm RBC, còn WBC, PLT bình thường. Điều đó để nói lên suy tủy toàn bộ, suy tủy một dòng hoặc suy tủy hai dòng, tuy nhiên chủ yếu là gặp ở suy tủy toàn bộ.

2.2. Tủy đồ: Số lượng tế bào của tủy xương: Dưới 30 x 10/lít có tỷ lệ 95,55% số bệnh nhân. Từ 30 - 100 x 10/lít có tỷ lệ 4,4% số bệnh nhân.

2.3. Sinh thiết tủy xương: Chẩn đoán xác định bệnh, gặp chủ yếu là tủy mỡ hóa.

2.4. Định lượng sắt huyết thanh: thường là tăng (bình thường 100mg/100ml).

2.5. Thời gian máu chảy: kéo dài

2.6. Cục máu không co hoàn toàn sau 4 giờ

2.7. Động học sắt

- Tốc độ Fe⁺⁺59 rời huyết tương chậm và hệ số sử dụng sắt hồng cầu thấp.

2.8. Nuôi cấy tế bào: Để phát hiện sự bất thường của nhiễm sắc thể.

2.9. Cây máu (khi theo dõi nhiễm khuẩn huyết)

2.10. Làm một số xét nghiệm về chức năng gan, thận... khi cần thiết để tìm nguyên nhân và biến chứng

3. Điều trị

3.1. Điều trị triệu chứng

- Nâng cao thể lực bằng chế độ tăng đậm đường và các vitamin. Dùng kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn. Truyền 1 - 2 đơn vị khối máu (tách bỏ plasma) trong một tuần.

3.2. Phác đồ điều trị thông dụng hiện nay

<i>Nhóm androgen</i>	<i>Nhóm Corticoid</i>
- Testosterone 25mg x 2 - 4 ống/ngày (tiêm bắp). Dùng hàng ngày, kéo dài 3 - 6 tháng. - Có thể dùng: Proviron 25mg x 2 viên/ngày; hoặc: Agovirin (Méthyl - testosténium) 10ng x 5 viên /ngày	- Prednison 5mg x 8 viên/ngày. Uống hàng ngày, liên tục trong 2 tuần rồi giảm liều xuống còn 6 viên - 4 viên và ngừng trong vòng đã dùng 1 tháng (cho 1 đợt bệnh nhân vào viện). - Có thể dùng cho các tuyến bệnh viện lớn đến các cơ sở, cải thiện tiên lượng bệnh

3.3. Phương pháp cắt lách

Chỉ định: Bệnh nhân suy tủy đã điều trị bằng phác đồ trên trong 1 - 2 năm mà không đỡ. Bệnh nhân < 40 tuổi.

3.4. Dùng phương pháp ghép tủy xương: bắt buộc phù hợp nhóm HLA.

4. Tiên lượng

- Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào nguyên nhân. Điều trị khỏi nếu là nguyên nhân lành tính. Thể cấp tính hơn hẳn thể mạn tính.

Câu 27. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em.

1. Lâm sàng

- Hội chứng xuất huyết: tự nhiên dưới da, đa hình thái, đa lứa tuổi, chảy máu chân răng, chảy máu mũi, nôn ra máu, đi ngoài phân đen, kinh nguyệt kéo dài, đi tiểu ra máu...
- Hội chứng thiếu máu: Có thể gặp và mức độ thiếu máu tương xứng với mức độ xuất huyết.
- Gan, lách, hạch ngoại vi không to.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: $PLT < 100 \text{ G/L}$; RBC, Hb, WBC và công thức bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. RBC, Hb có thể giảm nếu có xuất huyết nhiều và mức độ giảm tương xứng với mức độ xuất huyết.
- Tủy đồ: Mật độ tế bào tủy bình thường hoặc tăng; Số lượng mẫu tiểu cầu bình thường. Một số trường hợp có tăng sinh, tuy nhiên đến giai đoạn cuối sẽ giảm số lượng mẫu tiểu cầu; Dòng hồng cầu và bạch cầu hạt phát triển bình thường; Không gặp tế bào ác tính.
- Thời gian máu chảy: Kéo dài.
- Co cục máu: không co hoặc co không hoàn toàn.
- PT, APTT, TT, fibrinogen: Bình thường.
- Kháng thể đặc hiệu kháng GPIIb-IIIa (hoặc GPIb) trên bề mặt tiểu cầu (hoặc trong huyết thanh) (+).
- Các xét nghiệm:
 - + Bilan xét nghiệm virus (HbsAg, anti HCV, anti HIV, Epstein Barr, parovirus..): âm tính.
 - + Nghiệm pháp Coombs, ANA, anti ds DNA, lupus ban đỏ hệ thống... âm tính.

Hiện nay chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch vẫn phải dựa trên chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân gây giảm tiểu cầu khác.

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm.

4. Điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em

Có thể lựa chọn các thuốc sau:

4.1. Corticoid:

+ Prednisone 2mg/kg cân nặng/ngày \times 10 - 20 ngày, sau đó giảm liều trong vòng 1 - 2 tuần và ngừng thuốc.

+ Methylprednisolon 4mg/kg/ngày \times 7 ngày sau đó 2mg/kg/ngày \times 2 tuần rồi giảm liều dần (30% liều/tuần).

– Nếu bệnh nhân không có đáp ứng hoặc sau khi có đáp ứng, bệnh nhân ngừng thuốc thì tiểu cầu lại giảm, cần điều trị một đợt corticoid trong 4 tuần với liều như trên.

4.2. Truyền tĩnh mạch globulin miễn dịch:

- Chỉ định: Ở trẻ sơ sinh và dưới 2 tuổi, chảy máu cấp tính, đe dọa tính mạng. Trường hợp cần tăng nhanh số lượng tiểu cầu, chuẩn bị phẫu thuật.

- Liều dùng:

+ Thể cấp tính: 0,4g/kg/ngày \times 5 ngày hoặc 1g/kg/ngày \times 2 ngày (tổng liều 2g/kg cân nặng), tiêm tĩnh mạch chậm trong 3 - 5 phút.

+ Thể mạn tính: 1g/kg/ngày \times 2 ngày, sau đó điều trị xen kẽ corticoid và IVIg (0,4 - 1g/kg) phụ thuộc đáp ứng của bệnh nhân.

4.3. Anti-(Rh) D:

- Chỉ định: không đáp ứng với corticoid; tình trạng xuất huyết nặng, đe dọa tính mạng hoặc có chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Anti-(Rh) D không được chỉ định cho bệnh nhân Rh (-) và hiệu quả rất thấp trên bệnh nhân đã cắt lách.

- Liều đơn độc khuyến nghị: 50 - 100 ug/kg, tiêm tĩnh mạch trong 3 - 5 phút.

4.4. Cắt lách

+ Bệnh nhân có nguy cơ chảy máu nặng, đe dọa tính mạng và không đáp ứng với điều trị nội khoa.

+ Thể mạn tính, có xuất huyết trên lâm sàng và PLT luôn $< 30G/L$, không đáp ứng điều trị nội khoa,

4.5. Các thuốc ức chế miễn dịch khác

Ít được sử dụng. Chỉ lựa chọn khi có chảy máu nặng, đe dọa tính mạng, nguy cơ tử vong và biến chứng cao, Liều dùng: Tương tự như ở người lớn.

4.6. Điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em có số lượng tiểu cầu giảm nặng ($< 10G/L$) và xuất huyết nặng:

- Truyền khối tiểu cầu (ưu tiên truyền khối tiểu cầu “máu”),

- Corticoid liều cao: Methylprednisolone 500mg/m²/ngày, chia 3 lần, truyền tĩnh mạch.

- Hoặc immunoglobulin (IVIg): Liều dùng: 0,4g/kg/ngày \times 5 ngày hoặc 1g/kg/ngày \times 2 ngày (tổng liều 2g/kg cân nặng), tiêm tĩnh mạch,
- Hoặc kết hợp methylprednisolone 500mg/m² da/ngày, chia 3 lần, truyền tĩnh mạch và immunoglobulin 1g/kg/ ngày \times 2 ngày.
- Hoặc kết hợp vincristin 2 mg/m² da/lần, TTM và gạn huyết tương đối với các thể không đáp ứng với các phương pháp điều trị trên.
- Cắt lách cấp cứu.
- Tranexamic acid : TTM 0,1g/kg/30 phút đầu sau đó truyền liên tục 0,5 - 1g/h đến khi ngừng xuất huyết. Chống chỉ định: Bệnh nhân đi tiểu ra máu.

Câu 28. Trình bày chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt bệnh hemophilia.**1. Chẩn đoán****1.1. Lâm sàng: Biểu hiện chảy máu, tính chất lặp lại, biến dạng khớp:**

- Gặp ở trẻ trai, xuất hiện sau chấn thương, có thể tự nhiên, các hình thức:
 - + Máu chảy khó cầm: đứt tay, chân, nhổ răng.
 - + Khỏi máu tụ ở khớp, ở cơ: xuất hiện nhiều lần ở một khớp.
 - + Chảy máu ở niêm mạc: Đái máu, đi ngoài ra máu, chảy máu chân răng, máu cam.
 - + Mức độ chảy máu, độ tuổi xuất hiện tùy theo thể nặng nhẹ.
- Vị trí chảy máu:
 - + Nhiều nhất là tụ máu khớp: khớp gối, khớp khuỷu, cổ chân và khớp háng.
 - + Khỏi máu tụ trong cơ và dưới da.
 - + Chảy máu vị trí khác.
- Chảy máu có tính lặp lại ở một người bệnh, lần sau giống lần trước.
- Biến dạng khớp: chảy máu nhiều lần, khớp đau, không cử động nên teo cơ, cứng khớp, biến dạng khớp.

1.2. Xét nghiệm

- Thời gian máu chảy, số lượng tiểu cầu, thời gian prothrombin, fibrinogen: bình thường. Thời gian máu đông, thời gian Howell, APTT kéo dài. Định lượng VIII, IX giảm (tùy theo thể bệnh).

1.3. Tiền sử

- Cá nhân: có tiền sử chảy máu lặp lại cùng vị trí, máu chảy lâu cầm khi đứt tay, nhổ răng.
- Gia đình: Có thể có những người trong gia đình bị bệnh tương tự hoặc đã được chẩn đoán hemophilia: cậu, anh, em trai hay anh, em con dì.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Các đau cơ, cứng khớp khác: viêm, nhiễm trùng và gặp cả hai giới. Đặc biệt xét nghiệm đông máu không bị rối loạn.
- Các xuất huyết không do hemophilia:
 - + Xuất huyết giảm tiểu cầu: Xuất huyết dưới da, niêm mạc, bệnh thường gặp ở nữ. Xét nghiệm có số lượng tiểu cầu giảm, APTT bình thường.
 - + Xuất huyết do đông máu rải rác trong lòng mạch: Có biểu hiện bệnh chính, không có tiền sử chảy máu khó cầm, xét nghiệm có giảm tiểu cầu và các yếu tố khác như tỷ lệ prothrombin, fibrinogen.
 - + Bệnh Von – Willebrand: biểu hiện xuất huyết và xét nghiệm đông máu nội sinh rối loạn tương tự hemophilia, kèm theo có thời gian chảy máu kéo dài, ngưng tập tiểu cầu với ristocetin bị giảm.
 - + Xuất huyết do vỡ mạch (mạch não, tiêu hoá): cấp tính, có biểu hiện căn nguyên). Xét nghiệm đông máu không có rối loạn.

Câu 29. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng đái tháo đường typ 1, nguyên tắc điều trị đái tháo đường typ 1 và sử dụng insulin. Kể tên 4 loại Insulin mà em biết?

1. Triệu chứng lâm sàng đái tháo đường

<i>Không hôn mê</i>	<i>Có hôn mê</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Đái nhiều, đái đêm, đái dầm thứ phát, nước tiểu sánh vàng đôi khi có ruồi bâu kiến đậu. Số lượng nước tiểu/24 giờ tăng đến 4 - 7 l/24h. Khát nhiều, uống nhiều, ăn nhiều đôi khi không rõ ở trẻ em. - Gầy sút cân nhanh chóng. Trẻ mệt mỏi lơ đãng học tập giảm sút. - Có thể có các bệnh nhiễm trùng kèm theo viêm da, chốc lở khó điều trị, viêm họng, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Xuất hiện đột ngột các triệu chứng rối loạn ý thức từ nhẹ đến nặng, lơ mơ, ngủ gà, hôn mê. - Rối loạn tiêu hóa, kém ăn, buồn nôn, nôn mửa, đau bụng dễ nhầm với đau bụng do nguyên nhân ngoại khoa. Mất nước nặng, mạch nhanh, huyết áp hạ. - Sốc truy mạch, mạch nhanh, huyết áp hạ, thân nhiệt hạ. - Nhiễm toan nặng: rối loạn nhịp thở, thở Kussmaul hoặc thở mùi táo thối, má môi đỏ chót.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

<i>Các xét nghiệm đặc hiệu của đái tháo đường</i>		<i>Các xét nghiệm khác</i>
<i>Không hôn mê</i>	<i>Có hôn mê</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Glucose máu lúc đói tăng, 2 lần đều > 7,0 mmol/l. - Hoặc có một mẫu đường máu bất kỳ > 11,1mmol/l. (OMS 1998). 	<ul style="list-style-type: none"> - Đường máu > 14mmol/l. - Đường niệu > 55 mmol/l. - Ceton niệu (+) . - pH <7,3, HCO₃ < 15 mmol/l. - Điện giải đồ: + Na máu hay thay đổi, chỉ số Nac = Na+(glucose máu mmol/l - 5)/3 giảm. + Kali máu bình thường hay tăng cao trên ECG (sóng T nhọn, P dẹt, QRS giãn rộng). 	<ul style="list-style-type: none"> - HbA1c >6%. - Glucose niệu (+) có khi lên đến 300g/l/24h. - Ceton niệu : (+), (++) dấu hiệu của tiền hôn mê, hôn mê. - Tự kháng thể kháng đảo tụy (+). - Insulin máu giảm.

3. Nguyên tắc điều trị

Dùng liệu pháp Insulin và chế độ ăn hợp lý nhằm đạt mục tiêu:

- Bảo đảm Glucose máu ở mức bình thường hay gần như bình thường:

Glucose trước khi ăn từ 4 - 7mmol/l, sau ăn là 5 - 10mmol/l.

- Phòng ngừa các đợt hạ đường máu nặng, không dùng Insulin nhanh cho lần tiêm trước khi ngủ vì nguy cơ hạ đường máu ban đêm cực kỳ nguy hiểm chết người.

- Đề phòng nhiễm toan - ceton máu

- Hạn chế các biểu chứng của ĐTD nhất là biến chứng của mạch máu và thận.

4. Sử dụng Insulin:

- Insulin phải được dùng càng sớm càng tốt sau khi chẩn đoán để phòng ngừa các rối loạn chuyển hoá và nhiễm toan - acid .

- Liều lượng insulin trung bình:

<i>< 5 tuổi</i>	<i>5 - 13 tuổi</i>	<i>> 13 tuổi</i>
0,5 - 0,8 UI/kg/24 giờ	0,8 - 1 UI/kg/24/giờ	1,2 - 1,5 UI/kg/24/giờ

– Liều chính xác của insulin phụ thuộc vào từng bệnh nhân qua thăm dò lâm sàng.

- Cách cho Insulin:

+ Tiêm 2 mũi/ngày: Phối hợp insulin tác dụng nhanh với insulin bán chậm. Thường sử dụng Mixtart TM 30/70. Buổi sáng tiêm 2/3 liều trong ngày, buổi chiều 1/3 liều. Tiêm 30 phút trước các bữa ăn sáng và chiều. Cách này hay dùng cho trẻ em.

+ Cách cho insulin tích cực: Tiêm insulin 3 - 4 mũi/ngày. Liều lượng tùy thuộc vào sự dao động của đường máu và khối lượng thức ăn của từng bữa ăn.

Tiêm 3 lần/ngày, hỗn hợp insulin nhanh + insulin bán chậm (Mixtard 30/70) trước ăn sáng. Insulin nhanh trước bữa ăn chiều. Insulin bán chậm trước khi đi ngủ, hoặc đơn thuần dùng insulin bán chậm trước 3 bữa ăn chính. Tiêm 4 lần/ngày, tiêm insulin nhanh trước 3 bữa ăn chính và insulin bán chậm hay chậm trước khi đi ngủ.

- Vị trí tiêm: Mặt ngoài cánh tay, mặt trước - ngoài đùi, khu vực quanh rốn và phân tư trên ngoài của mông. Vị trí tiêm phải thay đổi liên tục, hàng tuần 2 mũi tiêm không được trùng nhau để tránh tai biến teo hay phì đại tổ chức mỡ dưới da.

5. 4 loại insulin

- Regular
- NPH
- Novo Pen Junior
- Detemir

Câu 30. Trình bày triệu chứng lâm sàng, tiêu chuẩn chẩn đoán và nguyên tắc điều trị suy giáp trạng bẩm sinh.

1. Triệu chứng lâm sàng suy giáp bẩm sinh

1.1. Hội chứng suy giáp điển hình (suy giáp bẩm sinh)

- Không có tuyến giáp:

+ Chiều cao khi sinh thấp, cân nặng bình thường hay lớn. Đầu to, cổ ngắn, các đường khớp, thóp trước rộng, còn thóp sau là dấu hiệu điển hình.

+ Mặt thô, mũi tẹt, mi mắt dày, tóc rậm, khô, dễ gãy, tóc mai mọc thấp ở trán và thái dương. Rậm lông ở lưng và thắt lưng. Lưỡi to dày, làm trẻ luôn thè lưỡi ra ngoài.

+ Da vàng khô, vàng da kéo dài >3 tuần. Phù niêm, thâm nhiễm dây thanh âm. Giảm trương lực cơ, bụng chướng to căng, rốn lòi, hay thoát vị rốn. Táo bón thường xuyên. Trẻ không khóc, ngủ nhiều, thờ ơ với xung quanh. Nếu trẻ được bú mẹ thì các triệu chứng có thể giảm bớt, vì có hormon giáp qua sữa mẹ.

+ Trẻ ngày càng chậm lớn, lùn không cân đối, chậm phát triển tinh thần - vận động.

- Suy giáp do lạc chỗ tuyến giáp: Có thể có hội chứng suy giáp điển hình, triệu chứng lâm sàng rất kín đáo, chậm phát triển thể chất, chậm cốt hoá xương, chậm phát triển tinh thần vận động.

- Suy giáp do rối loạn tổng hợp hormon: Bướu giáp thường xuyên kết hợp với các triệu chứng suy giáp mô. Khoảng 20% bướu giáp biểu hiện ngay lúc mới sinh

- Suy giáp do không đáp ứng hormon giáp: có tính chất gia đình, bướu giáp, suy giáp, câm điếc và bất thường đầu xương.

- Suy giáp do mẹ dùng các kháng hormon giáp: Bướu giáp rất lớn có thể gây ngạt. Suy giáp thứ phát do mẹ dùng thuốc kháng giáp tổng hợp khi mang thai. Nếu mẹ dùng iod phóng xạ, trẻ chỉ có suy giáp.

- Suy giáp do thiếu TSH: thường kết hợp với thiếu hụt các hormon khác của tuyến yên, có hình ảnh lâm sàng suy tuyến yên, triệu chứng suy giáp là thứ yếu.

1.2. Hội chứng suy giáp thoáng qua

Trẻ đẻ non, đẻ yếu có suy hô hấp, ngưng thở nhiều lần, vàng da kéo dài. T3, T4 tuyến giáp trẻ sơ sinh thấp, chậm trưởng thành của hệ thống các enzym. giảm, TSH tăng từ tuần 1 - 8 sau sinh. Các triệu chứng giảm dần trong vài tuần. Do iod ở tuyến giáp trẻ sơ sinh thấp, chậm trưởng thành của hệ thống các enzym.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy giáp bẩm sinh

2.1. Lâm sàng: Cho điểm lâm sàng theo bản (P. Fort).

Triệu chứng	Điểm	Tổng
1. Thoát vị rốn	2	Khi trên 5 điểm là có thể mắc suy giáp.
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 sinh lý > 3 tuần	1	
9. Thóp sau rộng	1	
10. Thai > 42 tuần	1	
11. Cân nặng khi đẻ >3,5 kg	1	

2.2. Xét nghiệm

Nồng độ TSH	< 30 μ IU/ml	Bình thường
	30-50 μ IU/ml	Làm xét nghiệm lại lần 2, có thể là suy giáp thoáng qua, TSH về bình thường sau 2 tuần.
	> 50 μ IU/ml	Đo nồng độ T3, T4 để xác định chẩn đoán. Điều trị sớm dựa trên triệu chứng lâm sàng trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm.
	> 100 μ IU/ml	Đo T3, T4 và bắt đầu điều trị ngay.
Nồng độ T3, T4	giảm.	

3. Nguyên tắc điều trị

Dùng hormon liệu pháp suốt đời để duy trì tình trạng bình giáp. Điều trị càng sớm càng tốt. Liều lượng thuốc tăng dần theo tuổi

Điều trị cụ thể:

- LT4: tác dụng sinh lý kéo dài, liều duy nhất, uống vào buổi sáng trước ăn 1 giờ.
- Trẻ sơ sinh, liều ban đầu 10 - 14 mcg/kg/ngày có thể tăng đến 18mcg/kg/ngày. Điều chỉnh liều lượng theo tuổi và cân nặng.
- Theo dõi điều trị, kiểm tra T4, FT4, TSH mỗi tháng đầu. TSH về bình thường sau 3 tháng điều trị. Duy trì nồng độ T4 ở mức cao 10-16 kg/dl trong năm đầu.
- Kiểm tra T4, TSH mỗi 3 tháng/lần/năm đầu, mỗi 6 tháng/lần/các năm sau. Theo dõi sự phát triển chiều cao và trí tuệ, sự cốt hoá xương.

Câu 31. Trình bày 4 nhóm nguyên nhân gây loạn nhịp tim ở trẻ em

Nhóm 1: Các bệnh tim bẩm sinh hoặc mắc phải, đặc biệt là các bệnh có giãn tâm nhĩ như teo van ba lá, bệnh Ebstein, hẹp hoặc hở van nhĩ thất (nhóm nguyên nhân cơ bản và phổ biến nhất của loạn nhịp tim).

Nhóm 2: Các thủ thuật vùng tâm nhĩ hoặc vách liên nhĩ như thủ thuật cố định vách liên nhĩ trong điều trị tạm thời chuyển gốc động mạch, hay các thủ thuật tại vách liên thất trong điều trị thông liên thất, tử chứng Fallot, còn ống nhĩ thất chung và một số thủ thuật tác động vào thành thất, van nhĩ thất gây tổn thương đường dẫn truyền gây nghẽn nhĩ thất tạm thời hoặc vĩnh viễn.

Nhóm 3: Các bệnh lý cơ tim: bệnh cơ tim giãn, phì đại hay hạn chế cơ tim, viêm cơ tim, bệnh Kawasaki.

Nhóm 4: Rất phổ biến gây loạn nhịp ở trẻ em là các bệnh ngoài hệ tim mạch, bao gồm rối loạn điện giải nặng (kali máu, calci máu), thiếu ôxy máu nặng, các loại ngộ độc khác nhau, các thủ thuật gây cường phế vị (hút đờm dãi, đặt ống nội khí quản), chướng bụng, tăng áp lực nội sọ, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hoá (tăng hay hạ thân nhiệt, cường hoặc suy giáp trạng).

Câu 32. Trình bày biểu hiện lâm sàng 4 giai đoạn diễn hình và chẩn đoán, điều trị suy thận cấp ở trẻ em.

1. Biểu hiện lâm sàng 4 giai đoạn diễn hình

1.1. Giai đoạn tổn thương

Triệu chứng thay đổi tùy theo nguyên nhân suy thận.

- + Xảy ra từ vài giờ như truyền nhầm nhóm máu đến vài ngày thường gặp trong suy thận trước thận.
- + Bệnh cảnh hội chứng thận viêm cấp thường gặp trong suy thận tại thận.
- + Bệnh cảnh bí tiểu với cầu bàng quang hay bể thận ứ nước thường gặp trong suy thận sau thận.

1.2. Giai đoạn thiếu - vô niệu

- Xảy ra đột ngột hoặc có khi từ từ tùy theo nguyên nhân.
- Nước tiểu 24 giờ ít lại hoặc không có.
- Các dấu hiệu của tình trạng tăng urê máu: mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn và nôn, thở nhanh, thiếu máu và cuối cùng là li bì, hôn mê.
- Tình trạng thiếu máu có thể nặng khi suy thận kéo dài.
- Ngoài ra, có thể có các biến chứng: Tăng kali máu; Ngộ độc nước; Suy tim; Nhiễm toan chuyển hóa.

1.3. Giai đoạn đa niệu

- Có thể xảy ra đột ngột hay từ từ và kéo dài từ vài tuần đến vài tháng. Thể tích nước tiểu tăng trên 3 l/24h và tỷ trọng giảm hoặc đồng tỷ trọng, nồng độ urê vẫn còn cao.
- Nếu suy thận thuyên giảm, thì cùng với đa niệu các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm được cải thiện.
- Có thể có biến chứng mất nước và điện giải, điều chỉnh không kịp thời, suy thận có thể xấu đi.

1.4. Giai đoạn hồi phục

Chức năng thận hồi phục dần dần từ vài tháng đến vài năm tùy theo nguyên nhân. Lâm sàng: đỡ mệt mỏi, thèm ăn, đỡ thiếu máu. Nước tiểu, Urê, creatinin máu, điện giải về bình thường.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định suy thận cấp

- Xảy ra cấp tính với triệu chứng thiếu - vô niệu.
- Urê máu > 100mg%, tương đương với > 17mmol/l.
- Creatinin máu > 1,5mg%, tương đương với > 130 mmol/l.

2.2. Chẩn đoán nguyên nhân: phân biệt chức năng hay thực thể

<i>Xét nghiệm</i>	<i>Suy thận trước thận</i>	<i>Suy thận tại thận</i>	
		<i>Một phần</i>	<i>Toàn bộ</i>
Tỷ số nồng độ thẩm thấu niệu/máu	2:1	1,9-1,1:1	<1,1 : 1
Tỷ số BUN/Cr máu	>20	20-10	<10
Nồng độ Natri niệu	<20 mmol/l	20-40 mmol/l	> 40 mmol/l
Nồng độ thẩm thấu niệu	> 400 mosm	< 350 mosm	
Tỷ số bài tiết Na	<1	>3	
Tỷ số ure niệu/ure máu	>40	40-10	< 10
Tỷ số Cr niệu/Cr máu	>15	15-10	< 10
Test Mannitol	(+)	(-)	

2.3. Cần chẩn đoán phân biệt suy thận cấp và đợt cấp suy thận mạn

<i>Dấu hiệu</i>	<i>Suy thận cấp</i>	<i>Đợt cấp suy thận mạn</i>
Tiền sử bệnh thận	Không có	Đã bị 1 bệnh thận
Sự phát triển cơ thể	Bình thường	Chậm
Thiếu máu	Mới	Có từ trước
SA/XQ thận	Bình thường	Nhỏ
Tăng ure/creat	Ure >> creat	Tăng song song

3. Điều trị

- Hạn chế nước
- + Vô niệu: hạn chế nước hoàn toàn. Glucose 10-30%: 35- 45ml/kg/24giờ.
- +Thiếu niệu: Tổng nước vào = Tổng nước mất + (200 - 500ml/24 giờ).
- Lợi tiểu
- +Furosemide TTM 2mg/kg sau vài giờ nếu không có nước tiểu, có thể tăng liều lên: 10mg/kg - 20mg/kg, điều chỉnh liều theo lượng nước tiểu BN.
- Điều trị tăng Kali máu
- Chống toan
- Theo dõi tình trạng hạ canxi máu gây co giật, chống hạ Natri máu
- Theo dõi nguy cơ tăng huyết áp và suy tim.
- Điều trị suy tim
- Truyền máu và kháng sinh
- Chống co giật (bệnh não cao áp)
- Thẩm phân phúc mạc hoặc lọc máu ngoài thận: khi lâm sàng điều trị như trên mà vẫn vô niệu trên 3 ngày; có tình trạng nặng như ngộ độc nước, pH máu < 7,0 , tăng huyết áp, suy tim.
- Chế độ ăn tối thiểu: 50Kcalo/kg/ngày. Lượng protein cần thiết 0,5 - 1g/kg/ngày. Hạn chế muối, lượng natri < 1 mmol/kg/ngày, hạn chế kali nếu kali máu tăng.

Câu 33. Trình bày hướng dẫn điều trị viêm phổi cộng đồng bằng kháng sinh ở trẻ lứa tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi. Trẻ viêm phổi cộng đồng nếu có kết quả cấy bệnh phẩm vi khuẩn âm tính thì có dùng kháng sinh điều trị không? Vì sao?

1. Hướng dẫn điều trị Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi

- Viêm phổi: Ngoại trú:

+ Cotrimoxazole 50mg/kg/ngày, uống chia 2 lần: chưa kháng thuốc hoặc,
+ Amoxicillin 45 mg/kg/ngày uống chia 3 lần. Theo dõi sau 2 - 3 ngày. Nếu đỡ thì dùng từ 5 - 7 ngày. Nếu không đỡ hoặc nặng thêm thì điều trị như viêm phổi nặng. Có thể tăng liều lên 75mg/kg/ngày chia 3 lần hoặc 90mg/kg/ngày chia 2 lần trong viêm phổi do phế cầu kháng thuốc. Nếu tỷ lệ *H. influenzae* và *B. Catarrhalis* sinh beta-lactamase cao thì có thể thay bằng Augmentin.

- Viêm phổi nặng: Điều trị tại bệnh viện:

+ Benzyl Penicillin 50mg/kg/lần (TM). Ngày dùng từ 4 - 6 lần. hoặc Ampicillin 100 -150mg/kg/ngày. Theo dõi sau 2 - 3 ngày. Nếu đỡ thì tiếp tục điều trị cho đủ từ 5 - 10 ngày. Nếu không đỡ hoặc nặng thêm thì điều trị như viêm phổi rất nặng.

– Viêm phổi rất nặng: điều trị tại bệnh viện:

+ Benzyl Penicillin 50mg/kg/lần (TM). Ngày dùng 4 - 6 lần + Gentamicin 5-7,5mg/kg/ngày (TB/TM) dùng 1 lần trong ngày hoặc;

+ Chloramphenicol 100mg/kg/ngày (tối đa không quá 2g/ngày). Một đợt dùng từ 5

- 10 ngày. Theo dõi 2 - 3 ngày. Nếu đỡ, tiếp tục điều trị đủ từ 7 - 10 ngày.

Nghiên cứu gần đây cho thấy Ampicillin 100-150mg/kg/ngày + Gentamicin 5 - 7,5mg/kg/ngày (TB hoặc TM) dùng 1 lần trong ngày có tác dụng tốt hơn dùng chloramphenicol. Nếu không đỡ hãy đổi 2 công thức ở trên cho nhau hoặc đổi Cefuroxime 75 - 150 mg/kg/ngày (TM) chia 3 lần.

– Nếu nghi ngờ viêm phổi do tụ cầu. Hãy dùng:

+ Oxacillin 100mg/kg/ngày (TM hoặc TB) chia 3 - 4 lần + Gentamicin 5 - 7,5mg/kg/ngày (TB hoặc TM) dùng 1 lần trong ngày hoặc nếu không có oxacillin thì:

+ Thay bằng Cephalothin 100mg/kg/ngày (TM/ TB) chia 3 - 4 lần + Gentamicin (liều như trên). Tỷ lệ tụ cầu kháng Methicillin cao thì có thể chuyển sang dùng Vancomycin.

2. Trẻ viêm phổi cộng đồng nếu có kết quả cấy bệnh phẩm vi khuẩn âm tính thì vẫn dùng kháng sinh. Vì:

- Về nguyên tắc viêm phổi do vi khuẩn bắt buộc phải dùng kháng sinh điều trị, viêm phổi do virus đơn thuần thì kháng sinh không có tác dụng. Tuy nhiên trong thực tế rất khó phân biệt viêm phổi do vi khuẩn hay virus hoặc có sự kết hợp giữa virus với vi khuẩn kể cả dựa vào lâm sàng, X-quang hay xét nghiệm khác.
- Ngay cả khi cấy vi khuẩn âm tính cũng khó có thể loại trừ được viêm phổi do vi khuẩn. Vì vậy, WHO khuyến cáo nên dùng kháng sinh để điều trị cho tất cả các trường hợp viêm phổi ở trẻ em.

Câu 34. Trình bày chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt hen phế quản trẻ em; đánh giá mức độ nặng cơn hen ở trẻ từ 0-5 tuổi

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Lâm sàng:

Cần phải nghĩ đến hen nếu trẻ có bất kỳ 1 trong các dấu hiệu và triệu chứng sau:

- Khò khè rõ nghe được bằng tai hoặc bằng ống nghe (tuy nhiên cũng cần lưu ý nếu nghe phổi bình thường cũng chưa thể loại trừ được hen),
- Tiền sử có một trong các dấu hiệu sau:

+ Khò khè tái phát nhiều lần.	+ Khó thở tái phát nhiều lần.
+ Ho, đặc biệt ho nhiều về đêm.	+ Nặng ngực tái đi tái lại nhiều lần.

- Các triệu chứng trên thường xảy ra và nặng hơn về đêm và làm trẻ thức giấc hoặc khi:

+ Tiếp xúc với lông súc vật.	+ Tiếp xúc với dị nguyên hô hấp như phấn hoa.
+ Tiếp xúc hóa chất.	+ Nhiễm virus đường hô hấp.
+ Thay đổi thời tiết.	+ Hít phải khói các loại như khói thuốc lá, bếp than, củi, dầu v.v...
+ Tiếp xúc với bụi nhà.	+ Rối loạn cảm xúc mạnh như quá xúc động, quá buồn, quá vui v.v... hoặc có các cơ địa dị ứng khác thì khả năng trẻ bị hen nhiều hơn.
+ Uống thuốc (aspirin, thuốc chẹn beta).	
+ Gắng sức, chạy nhảy đùa nghịch nhiều.	

- Nếu trẻ có các biểu hiện dị ứng như chàm, hoặc trong gia đình có người bị hen

1.2. Cận lâm sàng

- Thay đổi chức năng hô hấp (FEV₁ và FVC) hoặc;
- Thay đổi PEF: Khi sử dụng peak flow meter để đo PEF cho trẻ thì cần nghĩ đến hen khi:

+ PEF tăng > 15% sau 15-20 phút hít thuốc giãn phế quản kích thích β_2 , hoặc;

+ PEF thay đổi hơn 20% giữa lần đo buổi sáng với lần đo buổi chiều cách nhau 12 giờ đối với bệnh nhân đang được dùng thuốc giãn phế quản hoặc trên 10% đối với bệnh nhân không đang dùng thuốc giãn phế quản.

+ PEF giảm hơn 15% sau 6 phút chạy hoặc gắng sức.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Với một số nguyên nhân hiếm gặp cũng có thể gây khò khè tái phát:

- Viêm tiểu phế quản.	- Thiếu hụt miễn dịch tiên phát.
- Dị vật đường thở ở phế quản.	- Bệnh xơ nang (cystic fibrosis).
- Trào ngược dạ dày, thực quản.	- Tim bẩm sinh.
- Lao sơ nhiễm, hạch lao chèn ép vào phế quản	- Mềm sụn khí phế quản.

- Các dị tật bẩm sinh, đặc biệt là dị tật ở các mạch máu lớn đè ép gây hẹp đường hô hấp đoạn trong lồng ngực. Do đó, cần chụp Xquang lồng ngực và các xét nghiệm thăm dò khác để loại trừ các nguyên nhân này.

3. Đánh giá mức độ nặng cơn hen ở trẻ từ 0-5 tuổi:

<i>Triệu chứng</i>	<i>Nhẹ</i>	<i>Nặng (Có 1 trong bất kì dấu hiệu nào)</i>
Tình thần	Bình thường	
SpO ₂ (đo khi không thở oxy và trước khi dùng giãn phế quản)	$\geq 94\%$	$< 90\%$
Câu nói (áp dụng khi trẻ nói được)	Nói được cả câu	Nói từng từ
Mạch	< 100 nhịp/phút	> 200 nhịp/phút (0 -3 tuổi) > 180 nhịp/phút (4 – 5 tuổi)
Tím tái	Không	Tím tái
Khò khè	Nghe được	Không nghe được

Câu 35. Trình bày các nguyên nhân và yếu tố thuận lợi gây bệnh viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em, trong các nguyên nhân đó căn nguyên nào hay gặp nhất.

1. Nguyên nhân và căn nguyên hay gặp nhất:

- Hàng đầu là SRV, sau đó là virus á cúm typ 3, virus cúm, Mycoplasma, Adenovirus, Enterovirus, Rhinovirus...
- Nếu bị bội nhiễm thêm các vi khuẩn, bệnh càng nặng hơn.
- Gần đây phát hiện thêm hMPV đơn độc hoặc đồng thời với virus.

2. Yếu tố thuận lợi

- Trẻ nhỏ 2 tháng - 6 tháng và dưới 1 tuổi
- Trẻ không được bú mẹ đầy đủ
- Trẻ non
- Khó thở, môi trường sống đông đúc chật hẹp
- Bệnh tim có biến chứng tăng áp phổi
- Bệnh phổi mạn tính như loạn sản phổi, bệnh xơ nang, suy giảm miễn dịch, bệnh thần kinh, cơ,...

Câu 36. Trình bày phác đồ điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em.

- Cần đưa trẻ đến bệnh viện khám và điều trị khi có dấu hiệu bệnh, đặc biệt cần đưa đến bệnh viện ngay nếu có bất kỳ dấu hiệu nào trong các dấu hiệu sau: < 3 tháng tuổi; có tiền sử hoặc hiện tượng tím tái ngừng thở; trước đó hoặc hiện tại khò khè nặng; nhịp thở nhanh > 60 lần/phút; PaO₂ trong máu động mạch < 60mmHg.
- Để trẻ nằm trong buồng mát. Hút đờm dãi và các chất xuất tiết, không bị ứ đọng làm tắc hẹp phế quản.
- Cho thở không khí ẩm và oxy cho đến khi hết tím tái và khó thở: thở oxy sớm, nồng độ 34-40% thường đủ để điều chỉnh tình trạng giảm oxy máu động mạch.
- Đo khí máu động mạch: theo dõi CO₂, khi PaCO₂ đã tăng cao, việc cho thở oxy phải cẩn thận không sẽ làm tăng CO₂ nhiều hơn.
- Chuyển cấp cứu, điều trị tích cực khi PaCO₂ > 55mmHg, PaO₂ < 70mmHg ở trẻ đang thở oxy 60%.
- Uống nhiều nước bù lại số lượng nước và điện giải đã mất. Nếu truyền dịch phải theo dõi thận trọng.
- Biểu hiện toan máu có thể cho Bicarbonat 14% 2-3 mEq/kg/24giờ hoặc theo công thức: $XmEq = BE \times kg \times 0,3$.
- Các thuốc giãn phế quản có thể có tác dụng đối với một số bệnh nhân trên 1 tuổi.
- Có thể dùng Corticoid nhưng tránh lạm dụng, không nên dùng quá 3 ngày.
- Kháng sinh chống bội nhiễm.
- Thuốc kháng virus có thể dùng ribavirin.
- Khi có biểu hiện suy tim: thuốc trợ tim
- Nếu trẻ vật vã nhiều: an thần với liều lượng nhỏ. Có thể dùng phenobarbital 2- 3mg/kg/lần.
- Đặt nội khí quản, thông khí nhân tạo nếu có suy thở, ngừng thở toan máu với pH dưới 7,25 hoặc không có khả năng đưa PO₂ lên trên 60 mmHg.

Câu 37. Phân biệt tình trạng nôn và trớ ở trẻ nhỏ. Các dấu hiệu còi đở cảnh báo cần xử trí cấp cứu ở trẻ đang có tình trạng nôn là gì?

1. Phân biệt giữa nôn và trớ:

Nôn	Trớ
Gắng sức Có dấu hiệu báo trước Có tham gia của cơ thành bụng và cơ hoành Phun mạnh ra miệng	Không gắng sức Bất ngờ Không /ít có sự tham gia của cơ hoành và thành bụng Trào ra miệng

2. Các dấu hiệu “còi đở” của nôn

Nôn gây ảnh hưởng đến toàn trạng:

- Mất nước, da xanh tái
- Thóp phồng. Rối loạn tri giác
- Đau bụng, chướng bụng, bí trung đại tiện. Phân có máu
- Nôn bắt đầu dữ dội, thường xuyên và liên tục. Nôn máu, mật, phân
- Trẻ không thể ăn hoặc uống được

Câu 38. Trình bày nguyên nhân và yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên tắc điều trị của bệnh tiêu chảy kéo dài ở trẻ em?

1. Nguyên nhân

1.1 Tỷ lệ vi khuẩn gây bệnh tương đương tiêu chảy cấp và tiêu chảy kéo dài:

- Các vi khuẩn: shigella, salmonella không gây thương hàn, E.coli sinh độc tố ruột EETC, campylobacter.

1.2 Tỷ lệ vi khuẩn và ký sinh trùng trội hơn ở tiêu chảy kéo dài:

- Vi khuẩn: E.coli: EPEC, EIEC, EAEC

- Ký sinh trùng: Cryptosporidium

2. Yếu tố nguy cơ

2.1. Tuổi

- Đa số < 18 tháng, <1 tuổi chỉ số mắc chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Nguy cơ một đợt tiêu chảy cấp trở thành một đợt tiêu chảy kéo dài giảm dần theo tuổi. Trẻ dưới 1 tuổi là 22%; 1- 2 tuổi là 10%; 2 - 3 tuổi là 7%.

2.2. Trẻ suy dinh dưỡng

- Ở trẻ suy dinh dưỡng. Chỉ số mắc tiêu chảy kéo dài ở trẻ có chiều cao dưới 20%, cân nặng dưới 70% chuẩn gấp 2 lần trẻ bình thường.

2.3. Giảm miễn dịch

- Trẻ suy dinh dưỡng, đang hoặc sau mắc sởi, nhiễm virus khác hoặc bị các suy giảm miễn dịch mắc phải.

2.4. Tiền sử đã mắc tiêu chảy

Mắc nhiều đợt tiêu chảy cấp hoặc trong tiền sử bị mắc tiêu chảy kéo dài có tỷ lệ mắc tiêu chảy kéo dài nhiều hơn.

2.5. Chế độ ăn

Nguy cơ mắc tăng lên ở trẻ nuôi dưỡng bằng sữa động vật hoặc sữa công thức: không dung nạp đường lactose, mẫn cảm với chất đạm sữa bò, đậu nành, nhiễm khuẩn qua sữa.

2.6. Ảnh hưởng của điều trị tiêu chảy cấp

- Sử dụng kháng sinh không đúng chỉ định, kéo dài,

- Sử dụng các thuốc cầm ỉa làm giảm khả năng đào thải vi khuẩn.

- Hạn chế ăn uống, ăn kiêng kéo dài khi trẻ bị tiêu chảy cấp.

3. Lâm sàng

3.1 Triệu chứng tiêu hóa

+ Thời gian đợt tiêu chảy kéo dài >14 ngày, số lần tiêu chảy trong ngày khi giảm, khi tăng.

+ Trẻ có tiền sử mắc nhiều đợt tiêu chảy cấp trước đó hoặc tiêu chảy kéo dài.

+ Phân có nhiều nước lỏng hoặc khi đặc, khi lỏng, lổn nhổn, mùi chua hoặc

khảm, màu vàng hoặc xanh, có bọt, nhầy khi không dung nạp đường.

+ Phân có nhiều nhầy hồng có máu, khi ỉa phải rặn khi trẻ bị tiêu chảy kéo dài sau lị.

+ Trẻ biếng ăn, khó tiêu thức ăn lạ gây tiêu chảy lại.

3.2. Biểu hiện tình trạng toàn thân

+ Trẻ sút cân, chậm phát triển cân nặng, chiều cao. Trẻ suy dinh dưỡng nặng thể Kwashiorkor, hoặc teo đét nếu tiêu chảy kéo dài và kiêng ăn lâu.

+ Thiếu vitamin: vitamin nhóm tan trong mỡ (A,D,E,K) như khô mắt, còi xương, xuất huyết và các vitamin nhóm B.

+ Thiếu các yếu tố vi lượng, muối khoáng: kẽm, selen, calci, phospho.

3.3. Rối loạn nước - điện giải

+ Mất nước - điện giải. Thường chỉ bị mất nước nhẹ và vừa có thể bù nước bằng đường uống.

3.4. Các bệnh nhiễm trùng phối hợp

+ Trẻ thường mắc các bệnh nhiễm trùng phối hợp như viêm tai, viêm VA mạn tính hoặc nhiễm trùng nặng như nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm trùng huyết.

+ Nếu không phát hiện được những nhiễm trùng phối hợp để điều trị thì điều trị tiêu chảy kéo dài không có kết quả.

4. Cận lâm sàng

4.1 Soi tươi phân

- Tìm E.Histolytica, kén và ký sinh trùng Giardia, lamblia.

- Tìm hồng cầu và bạch cầu đa nhân trung tính chứng tỏ tiêu chảy xâm nhập do nhiễm khuẩn như ly, Salmonella, Campylobacter.

- Soi cận dư phân do pH phân: khi pH phân < 5,5 và có nhiều cận dư chứng tỏ tình trạng kém hấp thu carbohydrat đặc biệt là đường lactose.

4.2. Cấy phân: Phân lập tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

4.3. Xét nghiệm khác

- Nghiệm pháp hấp thu đường đôi, sinh thiết ruột, định lượng men ruột.

- Tùy theo chẩn đoán lâm sàng cần làm thêm các chẩn đoán tình trạng rối loạn nước điện giải, nhiễm trùng phối hợp.

5. Nguyên tắc điều trị

- Cung cấp đủ dịch thích hợp để dự phòng và điều trị mất nước

- Dinh dưỡng hợp lý, bổ sung các loại vitamin và khoáng chất

- Chỉ định dùng kháng sinh khi bệnh nhân có nhiễm trùng

Câu 39. Trình bày nguyên nhân và chẩn đoán xác định, điều trị bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em?

1. Nguyên nhân

1.1. Vi khuẩn

- Ba vi khuẩn thường gặp, chiếm 80%: não mô cầu, H.I type B, phế cầu
- Vi khuẩn khác: Streptococcus group B, Gr (-) enteric bacilli, Listeria monocytogenes, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa ...
- Vi khuẩn gây bệnh thường gặp thay đổi theo từng thời kỳ, lứa tuổi, vùng địa lý, tiêm chủng, cơ địa (chấn thương, tổn thương miễn dịch).
- Tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn gây bệnh còn thấp (30-50% ở các nước đang phát triển, 80-90% ở các nước phát triển)

1. 2. Các yếu tố thuận lợi:

- Tuổi: < 3 tuổi, đặc biệt trẻ sơ sinh. Nam > nữ
- Tổn thương miễn dịch: đẻ non, SGMD, cắt lách, SDD...
- NK cấp hoặc mãn tính: NKHH, TMH...
- Di tật, chấn thương màng não: thoát vị MN-tủy, dẫn lưu não thất, chấn thương sọ não, thủ thuật CDTs
- Môi trường sống đông đúc, VS kém

2. Chẩn đoán xác định

- Phải dựa vào dịch não tủy: Dịch đục, có thể trong. Soi, cấy có vi khuẩn. Tìm được các thành phần kháng nguyên của VK.
- Chẩn đoán xác định thường khó khăn, khi DNT trong, đã điều trị KS (“VMN mờ mất đầu”), phải phối hợp các dấu hiệu lâm sàng và các biến đổi sinh hóa, tế bào của DNT

3. Điều trị

3.1. Liệu pháp kháng sinh:

3.1.1. Nguyên tắc sử dụng kháng sinh:

- Kháng sinh có khả năng thấm tốt vào màng não, diệt khuẩn, nhạy cảm với căn nguyên gây bệnh. Nồng độ kháng sinh trong DNT phải đủ cao (gấp 10 nồng độ diệt khuẩn tối thiểu)
- Kháng sinh ít gây độc với TE, dùng sớm, ngay khi có chẩn đoán xác định. Kháng sinh phải được dùng bằng đường tĩnh mạch

3.2. Các biện pháp điều trị kèm theo:

- Theo dõi sát, chăm sóc toàn diện, đủ phương tiện cấp cứu.
- Hồi sức hô hấp, tuần hoàn theo mức độ
- Phòng, chống rối loạn nước, điện giải. Chống phù não.
- Hạ sốt, chống co giật.
- Đảm bảo dinh dưỡng (ăn qua sond, nuôi TM)
- Dexamethason (IV, 0,15mg/kg mỗi 6 giờ), dùng sớm, trước KS, kéo dài 3-4 ngày để phòng chống BC, ĐB là điếc
- Điều trị BC: chọc hút dịch dưới màng cứng, phẫu thuật...

Câu 40. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, điều trị bệnh Thalassemia.

1. Lâm sàng

- Da, niêm mạc nhợt, xạm da
- Vàng da, thiếu máu, Gan, lách to, tắc mật.
- Biến dạng xương mặt: Trán dô, mũi tẹt, gò má cao, răng khấp khểnh.
- Chậm phát triển thể chất: nhẹ cân thấp bé. Chậm dậy thì ở trẻ lớn.

2. Cận lâm sàng

- Huyết đồ : Hb giảm, HC, HCT giảm. MCV giảm. MCH giảm
- Điện di Hb: HbA1 giảm, HbF tăng > 10%, HbA2 tăng.
- Ferritin: tăng. Fe huyết thanh: tăng
- Bilirubin máu: tăng

3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán nguyên nhân: dựa vào xét nghiệm gen di truyền.
- Chuẩn đoán trước sinh: Sinh thiết nhau: 10 tuần. Chọc tế bào nước ối: 15-19 tuần. Khảo sát máu thai: > 20 tuần
- Chẩn đoán phân biệt: Tan máu tự miễn: phát hiện ở trẻ lớn, sốt trong cơn tan máu, lách to nhanh, vàng da đậm hơn, test Coombs (+).

4. Điều trị:

4.1. Truyền máu

- Truyền máu khi Hb < 80g/l, duy trì ở Hb > 100g/l. Loại máu truyền: Khối hồng cầu. Liều lượng : 10-20ml/kg. Thời gian truyền : 4 giờ. Trường hợp thiếu máu nặng, có suy tim: liều lượng thấp, tốc độ từ từ, dùng thêm Lasix 0,5 - 1 mg/kg.

4.2. Thải sắt:

- Khi Ferritin > 1000 ng/ml và trẻ > 3 tuổi. Desferoxamine kết hợp Fe thải qua nước tiểu, phân

- Phương thức:

- + Desferrioxamine (Desferal): 30 –50mg/kg/8giờ x 5 đêm/tuần, truyền dưới da, truyền tĩnh mạch. Suy tim do nhiễm độc Fe : 50-100mg/kg/8giờ
- + Deferiprone (Kelfer): 25- 75mg/kg/ngày, chia uống 3lần/ngày
- + Desferrioxamine: thải sắt hiệu quả ở gan hơn, Deferiprone thải sắt hiệu quả ở tim hơn.

- Theo dõi: Định lượng ferritin 3 tháng/ lần để điều chỉnh liều.

4.3. Điều trị hỗ trợ:

- Vitamin E: ngày 1 viên. Acid folic: viên 5mg 2-3 viên/ ngày
- Kẽm: 1-2mg/ ngày
- Vitamin C: Sử dụng khi bắt đầu sau 2 tuần thải sắt. Liều dùng: 150-250mg/ngày

4.4. Phẫu thuật cắt lách giúp kéo giãn thời gian giữa các đợt truyền máu.