

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.	11
Câu 4. Trình bày nuôi dưỡng trẻ em bằng sữa mẹ, chế độ ăn sam.	13
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.....	15
Câu 6. Trình bày triệu chứng và điều trị bệnh lý thiếu vitamin A; D.	19
Câu 7. Trình bày cách phân loại và xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và chương trình phòng chống NKHHCT.....	24
Câu 8. Trình bày cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị thấp tim và chương trình phòng chống	27
Câu 9. Trình bày lịch tiêm chủng trẻ em và các tai biến xảy ra trong quá trình tiêm chủng	29
Câu 10. Phân loại tim bẩm sinh, triệu chứng lâm sàng của nhóm tim bẩm sinh có luồng shunt trái-phải.....	31
Câu 11. Trình bày cơ chế bệnh sinh và triệu chứng suy tim ở trẻ em.	33
Câu 12. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị Hội chứng thận hư tiên phát.	36
Câu 13. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị viêm cầu thận cấp.	39
Câu 14. Trình bày nguyên nhân và phân loại hội chứng vàng da trẻ sơ sinh.	42
Câu 15. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá suy hô hấp sơ sinh.....	43
Câu 16. Trình bày triệu chứng, điều trị bệnh giun ở trẻ em.....	45
Câu 17. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng và điều trị chảy máu trong sọ ở trẻ em.	47
Câu 18. Trình bày nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, phác đồ điều trị tiêu chảy cấp trẻ em.	51
Câu 19. Nêu phân độ lâm sàng, chẩn đoán, biến chứng, phác đồ điều trị bệnh tay chân miệng trẻ em.	53
Câu 20. Trình bày các nguyên tắc chung về dùng thuốc cho trẻ em; cách tính liều lượng thuốc cho trẻ em.	58
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?.....	59
Câu 22. Trình bày chẩn đoán xác định và nguyên nhân gây thiếu máu trẻ em	61
Câu 23. Phân loại hội chứng xuất huyết theo cơ chế bệnh sinh và nguyên nhân	62
Câu 24. Trình bày triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán, mục đích và nguyên tắc điều trị bệnh leucemie cấp.	63
Câu 25. Trình bày chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt bệnh tan máu tự miễn với các bệnh tan máu khác.....	65

Câu 26. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và tiên lượng bệnh suy tủy ở trẻ em.....	66
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.	68
Câu 28. Trình bày chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt bệnh hemophilia.	71
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?	72
Câu 30. Trình bày triệu chứng lâm sàng, tiêu chuẩn chẩn đoán và nguyên tắc điều trị suy giáp trạng bẩm sinh.....	74
Câu 31. Trình bày 4 nhóm nguyên nhân gây loạn nhịp tim ở trẻ em	76
Câu 32. Trình bày biểu hiện lâm sàng 4 giai đoạn điển hình và chẩn đoán, điều trị suy thận cấp ở trẻ em.	77
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?	80
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	82
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.....	84
Câu 36. Trình bày phác đồ điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em.	85
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?.....	86
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?	87
Câu 39. Trình bày nguyên nhân và chẩn đoán xác định, điều trị bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em?	90
Câu 40. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, điều trị bệnh Thalassemia.	91

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 trong giai đoạn này, 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) còn tồn tại ở cơ thể trẻ. 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 đi một mình rồi chạy, tập vẽ, viết; trẻ tự xúc thức ăn, rửa tay, rửa mặt, ngôn ngữ phát triển... - 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, hay mắc các bệnh như cúm, ho gà, bạch hầu... - Trẻ xuất hiện các bệnh có tính chất dị ứng như hen phế quản, nổi mề đay, viêm cầu thận cấp. - 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 như ở vùng xương mu, hố nách lông mọc nhiều, các em gái thì vú phát triển, bắt đầu có kinh; các em trai bắt đầu thay đổi giọng nói (vỡ tiếng)... - 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, nên thường thấy những rối loạn chức năng của nhiều cơ quan như hay hồi hộp, tăng huyết áp; những rối loạn về thần kinh như tính tình thay đổi, dễ lạc quan nhưng cũng dễ bị quan...

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 trẻ 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... - Khi thở, phế nang mở rộng sẽ giải phóng một lượng lớn chất surfactant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thở không đều, ngừng thở dài hơn trẻ đủ tháng, rối loạn nhịp thở. - Dễ bị suy hô, phế nang khó giãn nở, cách xa các mao mạch nên sự trao đổi oxy khó khăn, nước ối tiêu chậm, các mao mạch tăng tính thấm dễ sung huyết. - Lồng ngực hẹp, xương sườn cơ liên sườn chưa phát triển làm hạn chế di động lồng ngực.
Hệ tim mạch	<ul style="list-style-type: none"> - Shunt T-F sẽ bị đóng (lỗ Botall và ống động mạch). - Nhịp tim phụ thuộc vào nhịp thở nên 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, trực phải do thất phải to, HA tối đa khoảng 50-70mmHg. - Thành mạch có tính thấm cao và dễ vỡ do thiếu men carboxylic esterase nhất là khi thiếu oxy. - Số lượng hồng cầu, bạch cầu, hematocrit thường cao sau đẻ rồi giảm dần. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ tim ngực > 0,55, trực phải. - Trẻ dễ bị suy hô hấp nên dễ có hiện tượng mở lại ống động mạch gây còn ống động mạch. Nhịp tim dao động hơn do nhịp thở không đều. - Mạch dễ vỡ, dễ thoát quần gây phù đặc biệt là vùng xung quanh não thất ít tổ chức đệm. - Các tế bào máu giảm nên trẻ dễ bị thiếu máu nhược sắc. Yếu tố đông máu đều giảm dễ bị xuất huyết đặc biệt xuất huyết não.
Hệ thần kinh	<ul style="list-style-type: none"> - Hưng phấn, dễ kích thích, đáp ứng lan toả. Tổn thương dưới vỏ và tuỷ hoạt động mạch vì vậy khi trẻ thức: vận động các chi nhanh, không định hướng, dễ giật mình. - Vỏ não ít nếp nhăn, số tế bào não/ mm³ não nhiều hơn trẻ lớn, các nơon sẽ lớn dần theo tuổi, 	<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 nên trẻ nằm lì suốt ngày, không cử động, thở nông, khóc yếu, phản xạ sơ sinh yếu hoặc chưa có tùy thuộc vào mức độ đẻ

	<p>dây thần kinh ngắn, ít phân nhánh, chưa myelin hoá. Vì các đặc điểm trên nên trẻ xuất hiện phản xạ sơ sinh.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tính thấm đám rối mạch mạc cao nên albumin dễ vào dịch não tủy nên nồng độ albumin trong dịch não tủy ở trẻ sơ sinh cao hơn trẻ lớn. 	<p>non.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các mạch máu não có tính thấm cao và thiếu các men chuyển hoá nên dễ xuất huyết não.
Hệ tiêu hoá	<ul style="list-style-type: none"> - Gan phải to hơn gan trái. Sau sinh là cơ quan chuyển hoá, các men chuyển hoá chưa đầy đủ nên 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"> - Kém phát triển, các men tiêu hoá ít, phản xạ bú yếu, dạ dày tròn, nằm ngang, dung tích 5-10 ml, dạ dày dễ giãn nên dễ nôn trớ. - Không có hiện tượng gan phải lớn hơn gan trái sau sinh. - Có ít hoặc không có glycogen, dễ bị hạ đường máu. - Gan không sản xuất được một số men như carbonic anhydrase, glucuronyl-transferase.
Thận	<ul style="list-style-type: none"> - Lọc cầu thận ở trẻ đủ tháng 17 ml/phút/1,73 m² - Chức năng của ống thận: hoà loãng, toan hoá nước tiểu, cân bằng muối: bình thường - Chức năng cô đặc: giảm (tối đa 700 mosmol/l) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chức năng lọc và đào thải kém, những ngày đầu sau đẻ thận giữ nước và muối nhiều hơn nên 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. Khả năng tiêu thụ nước của trẻ sơ sinh: 10-15% trọng lượng cơ thể, nên cần chú ý bù nước cho trẻ. Trẻ dễ thể hiện thiếu nước hay thừa nước trên lâm sàng khi bị ỉa chảy, nôn, đói ăn, suy hô hấp... - Các chất điện giải: Nhu cầu cao về calci, phospho, Natri, Kali. Sắt, calci, phospho đều được mẹ cung cấp từ thời kỳ bào thai. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ nước cao hơn trẻ đủ tháng, nước gian bào - Nhu cầu Na, K bằng trẻ đủ tháng, nhưng thận lại thải K chậm hơn. - Thiếu sắt, vì vậy khi nuôi trẻ đẻ non cần chú ý cho thêm sắt sau đẻ 2 tuần. - Thiếu hầu hết các vitamin. - Chuyển hoá protid kém - Hấp thụ lipid kém hơn trẻ đủ tháng và 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. Khi đỡ đẻ ngòì mông, sờ vào bụng trẻ gây thờ ở trẻ. Vuốt ve lưng và ngực trẻ thờ sâu hơn. Tiêm trẻ khóc. - Thính giác: phát triển tốt. Nghe tiếng động, trẻ giật mình. Phản xạ Moro (-) phải đặt câu hỏi phải chăng trẻ bị điếc. - Khứu giác: phát triển kém hơn hai giác quan trên. Mùi khó chịu, trẻ hắt hơi hoặc vận động mạnh. Dần dần phân biệt được hơi của mẹ và sữa mẹ. - Vị giác: phân biệt được vị ưa thích. Trẻ sơ sinh chỉ biết nuốt hoặc nôn, vì vậy cho trẻ uống thuốc dễ hơn trẻ lớn. - Thị giác: Nhãn cầu to tương đối (so với tỷ lệ mặt). Thần kinh thị giác chưa phát triển. Đôi khi gặp lác trong, rung giật nhãn cầu và triệu chứng này mất dần trong thời kỳ sơ sinh. Cuối tháng đầu trẻ biết nhìn mẹ. Tuyến nước mắt chưa phát triển nên đôi khi không có nước mắt. 	
Điều hòa thân nhiệt	<ul style="list-style-type: none"> - Sinh nhiệt từ tổ chức mỡ nhờ cơ chế thần kinh trung gian bằng noradrenalin. - Khi ra đời trẻ thường mất nhiệt qua 3 dạng: <ul style="list-style-type: none"> + Sự đối lưu nhiệt: do sự chênh lệch về nhiệt độ giữa môi trường xung quanh và da trẻ. + Sự bức xạ: cơ thể phát nhiệt và bị vật xung quanh hấp thụ nhiệt. + Sự bay hơi: mất hơi nước qua da và đường hô hấp. Trẻ cân nặng rất thấp: 50-60 ml/kg/ngày. Trẻ đẻ non > 34 tuần: 15-20 ml/kg/ngày. 	Dễ bị hạ nhiệt độ hơn trẻ đủ tháng, nhiệt độ của trẻ dễ ảnh hưởng của nhiệt độ môi trường.
Nội tiết	<ul style="list-style-type: none"> - Tuyến yên: cả trẻ đẻ non và đủ tháng đều 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: hoạt động từ tháng thứ 3 của bào thai, tiết thyroxin từ tháng thứ 6-8 trong thời kỳ bào thai. Sau khi sinh, nhiệt độ môi trường lạnh nên 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 vì thể trẻ đẻ non dễ bị hạ đường máu. *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 nên ít có tác dụng kháng khuẩn. - Bạch cầu, đại thực bào chưa trưởng thành nên hoạt động kém - Bỏ thể không qua rau thai nên có ít - Lượng globulin thiếu cả về chất và lượng: IgG qua được rau thai nhưng ít ở trẻ đẻ non. IgM, IgA có rất ít. - Khả năng tự tạo miễn dịch yếu. Do vậy trẻ đẻ non dễ bị nhiễm khuẩn.
Biểu hiện bên ngoài	<ul style="list-style-type: none"> - Cân nặng từ 2500 gam trở lên. - Chiều dài từ 45 cm trở lên. - 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 trai tinh hoàn nằm trong hạ nang. Trẻ gái môi lớn đã phát triển, che kín âm vật và môi nhỏ. - Trẻ khóc to, vận động các chi tốt, một số các phản xạ sơ sinh dương tính: phản xạ bú, phản xạ Moro, Robinson, bước đi tự động... - Trẻ mới đẻ đủ tháng khoẻ mạnh còn có những đặc điểm phát triển cơ thể như: 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Cân nặng dưới 2500 gam. - Chiều dài dưới 45 cm. - Da trẻ càng đẻ 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 nón 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

<p>bằng nhau (1/3 chiều dài cơ thể).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 còn phụ thuộc vào các yếu tố nội sinh và ngoại sinh (yếu tố di truyền, rối loạn bẩm sinh... điều kiện sinh hoạt, tinh thần, môi trường, dinh dưỡng...) của người mẹ lúc có thai. Thường con dạ có cận nặng lớn hơn con so, con trai lớn hơn con gái và bố mẹ trong tuổi sinh đẻ thai phát triển tốt hơn bố mẹ quá trẻ hoặc quá già. 	<p>huyết).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. Bú 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 phát hiện những dấu hiệu nhiễm trùng rốn để điều trị kịp thời.
- Nhỏ mắt hàng ngày bằng thuốc nhỏ mắt sơ sinh, nhỏ mắt trong 1 tuần sau đẻ.
- 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, vì trong sữa mẹ không đủ vitamin K nên ta 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 với áp lực dương 5-8 cm nước, thở máy với PEEP.
- Trong trường hợp trẻ bị bệnh màng trong, việc sử dụng chất surfactant càng sớm càng tốt. Sử dụng oxy phù thuộc vào nhu cầu của trẻ, để đảm bảo độ bão hoà 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 ống 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 hoá 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.
- Rốn, mắt 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 chuyên 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: Trẻ mút chậm và sâu. Khi trẻ bú 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. Tuy nhiên, nếu 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

- Thời kỳ 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.
- Ăn dặm cũng 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 trong các gia đình.
- Thức ăn dặm gồm: Thức ăn 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 đều là nguyên nhân dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng.
- Giữa nhiễm trùng và bệnh suy dinh dưỡng có một vòng bệnh lý luân quần: khi trẻ bị suy dinh dưỡng dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng, nhiễm trùng thứ phát làm suy dinh dưỡng nặng hơn.

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

Ở giai đoạn đầu triệu chứng rất nghèo nàn dễ bỏ sót, thường biểu hiện bằng:

- Ngừng tăng cân hoặc sút cân
- Lóp 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% ($- 2SD$ đến $- 3SD$).
- Lóp 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% ($-3SD$ đến $- 4SD$).
- 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)

Trẻ bị suy dinh dưỡng do ăn quá nhiều bột (thừa glucid, thiếu lipid và đặc biệt thiếu protid trầm trọng. Do mẹ không có sữa, ăn toàn bột khuấy và nước cháo hoặc khi mẹ cai sữa trẻ ăn nhiều bột.

* Các triệu chứng gồm:

- Phù: phù bắt đầu từ mặt và hai chi dưới, sau toàn thân, có thể có phù màng bụng, phù trắng, mềm, ấn lõm. Triệu chứng phù lúc đầu thường làm mẹ dễ

nhân là con mình bị vì cân chưa giảm, vòng cánh tay bình thường, nhưng trẻ này thường kém chơi, rối loạn ' tiêu hoá, hay viêm phổi.

- Rối loạn sắc tố da: cùng với phù, trẻ xuất hiện những nốt đỏ ở bẹn, chi, mông, các nốt này 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, thường gặp ở trẻ trai.

- 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: do thiếu dinh dưỡng, 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, lúc tế bào não chưa hình thành đầy đủ (quý III của thời kỳ bào thai và 6 tháng đầu sau đẻ) và lúc các dây thần kinh chưa myelin hoá (trước 3 tuổi) sẽ tác hại đến sự trưởng thành của não và giảm trí thông minh.

3.3.2. Thể Marasmus

- Trẻ SDD do bị đói thực sự, thiếu tất cả các chất glucid, chất béo nặng. Để sống trẻ phải huy động glucid, chất béo, sau cùng là đạm của cơ thể nên trẻ mất hết mỡ dưới da ở mặt, mông, 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, tình trạng thiếu đạm, thiếu máu, thiếu vitamin K nhẹ hơn thể phù.

- Trẻ ít bị tiêu chảy hay rối loạn tiêu hoá do đó nếu cho trẻ ăn sớm, đầy đủ và giải quyết nguyên nhân thì trẻ nhanh chóng hồi phục hơn.

- 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

Suy dinh dưỡng là một bệnh có thể phòng được bằng các biện pháp sau :

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****4.1. Triệu chứng 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.

4.2. Triệu chứng đặc hiệu ở mắt**4.2.1. Quáng gà (XN)**

- Là biểu hiện sớm nhất.
- Chẩn đoán xác định dựa vào: Tiền sử suy dinh dưỡng, mới mắc các bệnh sỏi, ỉa chảy, rối loạn tiêu hoá. Trẻ dễ bị vấp ngã, đi quờ quạng khi chiều tối.
- Khỏi nhanh khi điều trị vitamin A.

4.2.2. Khô kết mạc (XIA)

- Là tổn thương đặc hiệu do thiếu vitamin A gây biến đổi sớm nhất ở bán phần trước kết mạc
- Mắt hay chớp, lim dim, hay gập cả hai mắt. Kết mạc bình thường bóng ướt, trong suốt trở nên xù xì, vàng, nhãn nhoe, có bọt nhỏ, không thấy rõ các mạch máu.
- Hồi phục nhanh nếu được điều trị bằng vitamin A.

4.2.3. Vết Bitot (XIB)

Là triệu chứng đặc hiệu của tổn thương kết mạc:

- Những đám tế bào biểu mô kết mạc bị sừng hóa, dày lên thành từng đám và bong vảy, có màu trắng xám nổi lên bề mặt kết mạc nhãn cầu. Bề mặt kết mạc phủ một chất như bột xà phòng hoặc lổn nhổn như bã đậu. Hiện tượng này gặp ở kết mạc nhãn cầu sát rìa giác mạc điểm 3h và 9h, thường có hình tam giác đáy quay về phía rìa giác mạc. Có thể kết hợp với khô kết mạc hoặc đơn độc.
- Khỏi nhanh khi điều trị vitamin A tấn công.

4.2.4. Khô giác mạc (X2)

- Là giai đoạn biến đổi bệnh lý ở giác mạc. Có thể hồi phục hoàn toàn không để lại sẹo nếu điều trị kịp thời.
- Biểu hiện cơ năng: Sợ ánh sáng, chói mắt, hay nheo mắt.
- Biểu hiện thực thể: Giác mạc mất bóng sáng, mờ đi như màn sương phủ. Biểu mô giác mạc bị trợt, cảm giác giác mạc bị giảm sút. Sau đó, nhu mô có thể bị thâm nhiễm tế bào viêm làm giác mạc đục, thường ở nửa dưới của giác mạc. Có thể có mũ tiền phòng và khô kết mạc. Đây là yếu tố để chẩn đoán xác định khô giác mạc do thiếu vitamin A.

4.2.5. Loét nhuyễn giác mạc dưới 1/3 diện tích giác mạc (X3A)

Là tổn thương không hồi phục của giác mạc để lại sẹo giác mạc và giảm thị lực, Nếu loét sâu có thể gây phôi móng mắt để lại sẹo dày, dính móng mắt. Tổn thương này hay gặp ở nửa dưới của giác mạc.

4.2.6. Loét nhuyễn giác mạc trên 1/3 diện tích giác mạc (X3B)

Là tổn thương nặng nề gây hoại tử tất cả các lớp của giác mạc. Gây phá hủy nhãn cầu hoặc biến dạng. Toàn bộ giác mạc bị hoại tử, lộ mống mắt ra ngoài, lõi thủy tinh thể và dịch kính ra ngoài, teo nhãn cầu

4.2.7. Sẹo giác mạc (Xs)

Là di chứng của loét giác mạc. Sẹo dóm đó, màu trắng. Phân biệt với sẹo giác mạc do các nguyên nhân khác bằng hỏi kỹ tiền sử, bị cả hai bên hay một bên...

4.2.8. Khô đáy mắt (XI)

– Là tổn thương võng mạc do thiếu vitamin A mãn tính.

Thường gặp ở trẻ lớn, lứa tuổi đi học, có kèm theo quáng gà. Soi đáy mắt thấy xuất hiện những chấm nhỏ màu trắng hoặc vàng nhạt rải rác dọc theo mạch máu võng mạc.

- Chẩn đoán phân biệt: viêm võng mạc chấm trắng.

Viêm võng mạc do viêm thận cấp hoặc mãn.

5. XÉT NGHIỆM

– Nồng độ vitamin A/máu giảm dưới 10mg/100ml (bình thường 20 - 50mg/100m).

– RBP cũng giảm (bình thường 20 - 30mg/m).

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị cấp cứu

Để tránh mù loà cho trẻ dùng vitamin A chủ yếu bằng đường uống, vì vitamin A hấp thu qua niêm mạc ruột 80 + 90%.

– Đối với trẻ trên 1 tuổi: Cho ngày 1 viên vitamin A 200.000UI uống ngày đầu tiên; ngày hôm sau: 200.000UI (uống); sau 2 tuần: 200.000UI (uống).

– Đối với trẻ dưới 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.

7.2. Điều trị bổ sung

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

7.3. 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.

7.4. Điều trị tại chỗ

- Cho thuốc giãn đồng tử, chống dính mống mắt.

- Kháng sinh chống bội nhiễm: Chloramphenicol 0,4% một ngày 2 lần; tra thêm dầu vitamin A giúp tái tạo biểu mô.

Chú ý: Không được dùng các loại mỡ có Cortisone để tra vào mắt.

2. *Thiếu vitamin D*

5.1. Thể cổ điển ở trẻ trên 6 tháng

Biểu hiện bốn nhóm triệu chứng lâm sàng.
chậm

5.1.1. Triệu chứng liên quan đến hạ calci máu

Trẻ hay quấy khóc về đêm, ra mồ hôi trộm, chậm mọc răng, mất men răng, thóp liền chậm. Lượng Ca^{++} máu thường giảm nhẹ, ít khi gây cơn Tétanie.

5.1.2. Biến dạng xương năm xưa

Thường gặp trong giai đoạn tiến triển của bệnh, chủ yếu ở lồng ngực, chi và cột sống.

– Ổ ngực: Chuỗi hạt sườn, rãnh harrison; lồng ngực hình ức gà hoặc 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 vá.

5.1.3. Giảm trương lực cơ

Giảm trương lực cơ thường thấy trong thể nặng làm trẻ chậm phát triển về vận động, bụng to, cơ hô hấp kém hoạt động, dễ viêm phổi.

5.1.4. Thiếu máu

Thiếu máu thường gặp trong bệnh nặng, chủ yếu là thiếu máu thiếu sắt, có thể kèm gan, lách to vừa ở trẻ nhũ nhi. Thiếu máu, còi xương và suy dinh dưỡng thường được kết hợp trong Hội chứng thiếu cung cấp – Von Jack Hayem Luzet.

5.1.5. Cận lâm sàng

- Ca^{++} máu giảm vừa phải, $3 + 4 \text{ mEq/l}$ ở giai đoạn đầu của bệnh, do kém hấp thu và ở giai đoạn cuối, do kém tái hấp thu ở ống thận. Ở giai đoạn 2, nhờ phản ứng của tuyến cận giáp, calci được huy động từ xương vào máu, nên Ca máu bình thường hoặc chỉ giảm nhẹ. Đối với trẻ dưới 6 tháng, hoạt động của tuyến cận giáp chưa tốt nên triệu chứng hạ Ca máu duy trì suốt thời gian tiến triển của bệnh.

- Phosphore máu thường chỉ giảm ở giai đoạn cuối của bệnh, khi chức năng tái hấp thu của ống thận giảm. Mức độ giảm từ $1,5 - 3,5 \text{ mg\%}$ (bình thường $4,5 \text{ mg\%}$).

- Phosphatase kiềm tăng song song với mức độ giảm của vitamin D, đó cũng là triệu chứng báo động giống như hạ Ca máu. Mức độ tăng có thể từ 20 - 30UI Bodansky trong các thể nhẹ, đến 50 - 60 trong các thể nặng. Trở về bình thường nhanh chóng sau điều trị vitamin D.

– Số lượng hồng cầu và Hemoglobin 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).

5.2. Bệnh còi xương sớm ở trẻ dưới 6 tháng

5.2.1. Tình trạng hạ Ca^{++} máu

Các triệu chứng đầu tiên 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 do mềm sụn thanh quản.
- Khi bú sữa gây co thắt dạ dày làm cho trẻ nôn, co thắt cơ hoành làm trẻ nấc cụt.
- Nghiệm pháp gây cơn khóc co thắt thanh quản (spasme du sanglot) rất nhạy, nhất là đối với trẻ dưới 3 tháng và dương tính ở trên 90% trẻ được nghi ngờ hạ Ca^{++} máu.

5.2.2. Biến dạng xương

Biến dạng xương thường thấy chủ yếu ở hộp sọ, hộp sọ trẻ bị bẹp theo tư thế nằm bú, trán, đỉnh. Động tác bú làm xương hàm trên khép lại và nhô ra phía trước so

với xương hàm dưới. Nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ có biến dạng lồng ngực, cột sống và các chi như thể cổ điển.

4.2.3. Giảm trương lực cơ và thiếu máu

Thường nhẹ hơn thể cổ điển, nhiều khi không có nếu điều trị sớm.

5.2.4. Cận lâm sàng

Ca^{++} máu giảm sớm và thường ở mức độ nhẹ, $3 + 4 \text{ mEq/l}$, một số ít có biểu hiện cơn Tétanie với Ca^{++} máu dưới 3 mEq/l . Sau điều trị vitamin D, Ca^{++} máu nhanh chóng và trở về bình thường.

Phospho máu thường không giảm hoặc giảm ít và muôn sau 3 tháng tuổi vì chức năng tái hấp thu của thận chưa bị ảnh hưởng. Phosphatase kiềm tăng nhanh và sớm như trong thể cổ điển.

– X-quang xương cổ tay, cổ chân không có hình ảnh điển hình như ở thể cổ điển, không có hình ảnh khoét đáy chén.

5.3. Bệnh còi xương bào thai

Nhu cầu calci và vitamin D tăng gấp 3 ở phụ nữ mang thai để cung cấp cho bào thai, nhất là trong quý 3 của thai kỳ. Bệnh thường gặp ở trẻ sinh non, đa thai. Trước sinh, thai cử động yếu. Sau đẻ, bệnh được gợi ý nếu trẻ có thóp rộng $4 + 5 \text{ cm}$ đường kính (bình thường $2 + 3 \text{ cm}$). Các mảnh xương sọ rời do bờ rìa chưa được vôi hoá; ấn lõm hộp sọ.

Trẻ có tình trạng 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.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc

Hướng dẫn và tuyên truyền cho bà mẹ:

- Cải thiện dinh dưỡng: Cho thực phẩm giàu vitamin D như dầu cá cung cấp

3000 UI vitamin D, bơ, gan, lòng đỏ trứng, sữa có bổ sung vitamin D.

- Điều trị tiêu chảy và tiêu chảy phân mỡ.
- Đảm bảo tiếp xúc đủ với ánh sáng mặt trời.

7.2. Điều trị đặc hiệu

7.2.1. Còi xương cổ điển

Liều điều trị vitamin D 5000UI /ngày, uống liên tục trong 2 + 3 tuần.

Liều điều trị được 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; calci.

– Nếu còn hình ảnh khoét xương thì tiếp tục liều điều trị thêm vài ngày.

Kết hợp thêm chế độ ăn giàu chất đạm và đủ các chất, không cần thêm thuốc có

7.2.2. 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: Nên kiểm tra Ca- máu của mẹ và khuyên mẹ không kiêng cử trong chế độ ăn. Nếu Ca^{++} máu của mẹ giảm, cho mẹ uống Gluconate hoặc Lactate calci 2g/ngày cho đến khi Ca^{++} máu trở về bình thường. Nếu Ca- máu của trẻ giảm (Calci huyết thanh dưới 7,0 mg/dl hay Ca^{++} dưới 3,5mg/d).

+ Cho Calcium gluconate 10% liều 1 + 2ml/kg tiêm tĩnh mạch chậm, 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.

1.3. 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) 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.	- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà. - Cho một kháng 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.	- Nếu ho trên 30 ngày cần đến bệnh viện khám tìm 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

1.3. 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	Không co rút lồng ngực mạnh Không thở nhanh

	lần/phút trở lên)	(dưới 60 lần/phút)
Xếp loại	Viêm phổi nặng	Không viêm phổi (Ho - cảm lạnh)
Xử trí	<ul style="list-style-type: none"> - Gửi cấp cứu đi bệnh viện - Giữ ấm cho trẻ - Cho liều kháng sinh đầu (Nếu không có điều kiện gửi đi bệnh viện phổi điều trị với 1 kháng sinh và theo dõi sát) 	Hướng dẫn bà mẹ theo dõi Chăm sóc tại nhà Tăng cường cho bú mẹ Làm sạch mũi nếu gây cản trở bú 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

2. Chương trình phòng chống:

Để góp phần giảm tỷ lệ tử vong và mắc bệnh NKHHCT ở trẻ em cần lưu ý các biện pháp phòng bệnh sau đây:

- 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

Chia làm 3 nhóm:

- Điều trị nhiễm liên cầu A.
- Sử dụng các thuốc chống viêm để khống chế các biểu hiện lâm sàng của bệnh.
- Điều trị hỗ trợ khác bao gồm cả điều trị suy tim nếu có.

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. Dùng 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:
 - + Phenobarbital hoặc Chlorpromazin
 - + Múa giật nhẹ dùng diazepam.
- ### 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
 - + Erythromycin 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 sưng - tuỷ - Hội chứng cúm, sưng đau chỗ tiêm - Sốc phản vệ
DPT (BH-HG-UV)	<ul style="list-style-type: none"> - Sốt > 38 độ C - Sưng đỏ, đau tại chỗ tiêm - Nôn - Khóc liên tục > 3 giờ - Co giật có hoặc không kèm theo sốt. - Trụy 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"> - Sưng, 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

Tình trạng luồng thông (shunt)	Bệnh tim -mạch bẩm sinh
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, thường là quanh	Sớm: 1-6 tháng đầu

		sơ sinh	
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.
- + Lưu lượng tim là tích số giữa thể tích nhất bóp và tần số tim. Thể tích nhất bóp lại phụ thuộc vào tiền gánh, hậu gánh, và khả năng co bóp cơ tim. Khi một trong các yếu tố này bất thường sẽ làm thay đổi cung lượng tim. Tần số tim quá nhanh hoặc quá chậm cũng làm ảnh hưởng cung lượng tim.
- + Khi cung lượng tim giảm, cơ chế bù trừ sớm và quan trọng nhất là tổng trương lực giao cảm, làm tăng epinephrin và norepinephrin trong máu để làm tăng cung lượng tim nhờ tăng nhịp và tổng co bóp cơ tim, và làm tái phân bố máu.
- + Cường giao cảm kéo dài cũng gây tăng chuyển hoá, tăng hậu gánh do co mạch, tăng loạn nhịp, tăng tiêu thụ oxy cơ tim, thiếu máu thận, gan, ruột và độc trực tiếp cho cơ tim.
- + Để đảm bảo cung lượng, các sợi cơ tim giãn nhiều hơn và cần một thể tích cuối tâm trương lớn hơn, giảm khả năng tổng máu, tim sẽ luôn trong tình trạng tăng tiền gánh thất. Dần dần, 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, làm ứ đọng máu ở tiểu tuần hoàn, gây khó thở, ứ đọng máu ngoại vi gây phù, giảm tưới máu tổ chức, đặc biệt là thận, làm giảm bài tiết ở thận và khởi động hệ RAA, càng gây co mạch, ứ muối và nước, 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:

- + Trẻ tái nhợt, vật vã, đầu chi lạnh, ẩm mồ hôi, nổi vân tím.
- + Mạch nhanh nhỏ, khó bắt
- + Thời gian lấp đầy lòng mạch (capillary refilling time) hay thời gian hồng da trở lại (temps de recoloration cutanée) kéo dài >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 thường trên 60%; phổi ứ huyết nặng cả hai bên.
- + Điện tim: giảm điện thế (ít gờ tri), nhưng qua điện tim có thể phát hiện nguyên nhân do loạn nhịp.
- + Siêu âm (chỉ làm tại giường nếu có thể); cho thấy tình trạng giảm nặng khả năng co bóp cơ tim (<25%). Ngoài ra còn cho phép 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 mệt 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: thở khò khè, co kéo lồng ngực, xẹp thùy giữa và thùy đáy phổi phải do tim to chèn ép.
- Khám thường phát hiện gan to rõ. Tĩnh mạch cổ nổi khó phát hiện vì cổ ngắn. 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 (tỷ lệ tim - ngực $> 0,5$ ở trẻ lớn và $> 0,55$ ở trẻ nhỏ), phổi ứ huyết, và đôi khi có các biểu hiện của bệnh chính là nguyên nhân gây suy tim.
 - + Điện tim: dày thất phải hoặc trái, còn thấy hình ảnh QRS thấp, thay đổi đoạn ST-T nhưng nói chung ít đặc hiệu.
 - + Siêu âm: là phương tiện rất có giá trị để 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:

+ Thường xuất hiện tự nhiên hay sau một bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

+ Tiến triển nhanh, thường bắt đầu từ mặt đến chân.

+ Phù toàn thân, thường kèm theo cổ trướng tự do. Đôi khi có cả dịch ở màng phổi, hạ nang. Cân nặng tăng nhanh, có thể tăng lên 10-30%.

+ Phù trắng, mềm, ấn lõm.

+ Phù 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 như tăng huyết áp, đái máu đại thể

3.1.4. Xét nghiệm nước tiểu

- Protein niệu nhiều, đa số >100 mg/kg/24 giờ.

- Protein niệu có tính chọn lọc: tuyệt đại đa số là albumin (>80% lượng protein niệu), 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.

3.1.5. Xét nghiệm máu

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

- Điện di protid máu: albumin giảm, alpha2 globulin tăng, gamma globulin thường giảm, nhất là giá trị tuyệt đối.

- Lipid và cholesterol tăng. Trong thành phần cholesterol thì LDL-C và VLDL-C tăng nhiều nhất, còn HDL-C ít thay đổi hoặc giảm.

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

- Các yếu tố V, VII, VIII và X tăng, trong khi 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: thường thấy huyết sắc tố giảm nhẹ, bạch cầu tăng, tiểu cầu tăng.

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

3.2. 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 như tăng huyết áp, đái máu đại thể hoặc vi thể.
- Về xét nghiệm nước tiểu: protein niệu thường không chọn lọc.
- Xét nghiệm máu: gamma globulin không giảm, mà thường tăng.
- Về điều trị: thường kém đáp ứng hoặc kháng steroid.
- Về mô bệnh học: hay gặp 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. Cơ chế chủ yếu 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

- Khi trẻ bị phù nhiều cần nghỉ ngơi tại giường.
- Giữ gìn vệ sinh thân thể, răng miệng, phòng lây nhiễm
 - Giữ ấm.

3.3. Liệu pháp corticoid

Thường dùng prednisolon hoặc prednisone

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 liền.
- Duy trì, với 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

- Thở ít tái phát: điều trị giống như đợt đầu, nhưng thời gian có thể giảm đi.
- Thở 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 bệnh nhân có biểu hiện nhiễm độc corticoid thì có thay bằng:

- Cyclophosphamid (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 phải theo dõi công thức máu ngoại biên. Nếu bạch cầu giảm <3000/mm² thì phải ngừng thuốc.

- Gần đây một số tác giả dùng cyclosporin A để điều trị và thấy có hiệu quả.

3.4. Điều trị triệu chứng

- Thuốc lợi niệu nhóm furosemid (Lasix) hoặc hypothiazid, dùng khi trẻ bị phù. Trường hợp phù không đáp ứng với thuốc, có thể phối hợp furosemid và nhóm kháng aldosteron (Spironolacton, aldacton).
- Human albumin: chỉ định cho các trường hợp albumin máu giảm nặng (<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 (captopril, renitec...) vì vừa có tác dụng hạ huyết áp, vừa giảm protein niệu và bảo vệ thận.
- Thuốc làm giảm lipid, cholesterol máu: được dùng cho bệnh nhân người lớn, ô trẻ em còn chưa được dùng một cách hệ thống.

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

- Triệu chứng khởi đầu thường xuất hiện sau 1-3 tuần kể từ khi bị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên hoặc ngoài da.
- Phù : Thường xuất hiện 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 HATT_r
- 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 có ở phần lớn các trường hợp trong ngày đầu tiên khởi phát bệnh, nước tiểu đỏ hoặc sẫm màu như nước rửa thịt
 - + 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 do nước tiểu bị cô đặc
 - + Protein niệu: bao giờ cũng có, giai đoạn thiểu 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 ASLO rất đặc hiệu cho nhiễm liên cầu ở họng nhưng nhiễm khuẩn ngoài da ít đặc hiệu hơn
 - + Tăng nitơ phi protein máu

3. Biến chứng

Viêm cầu thận tiên phát thường gặp ở trẻ em và tiên lượng tốt hơn. Ở người lớn ít gặp nhưng tiên lượng lại nặng hơn.

3.1. Khởi

- Đa số các trường hợp (80-90%) bệnh thoái triển dần trong vòng 10 ngày đến 2 tuần lễ. Trẻ đái nhiều lên, phù rút dần, huyết áp trở lại bình thường, nhưng protein niệu và hồng cầu niệu mất hẳn muộn hơn trung bình 3- 4 tháng.

- Tỷ lệ khởi ở người lớn khoảng 60%.

3.2. Tử vong trong giai đoạn cấp tính

- Biến chứng suy tim cấp do huyết áp, rất khó điều trị khởi hoàn toàn cho tất cả các trường hợp viêm cầu thận cấp thể vô niệu.

- Tỷ lệ tử vong trong giai đoạn cấp có thể từ 0-5% (do suy thận hoặc suy tim cấp)

3.3. 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.

- Thể này hay gặp trong viêm cầu thận tăng sinh ngoại mạch hoặc tăng sinh nội ngoại mạch hoặc tăng sinh màng. Ở trẻ em thể này gặp khoảng gần 5%.

b. Tiến triển từ từ

Trong giai đoạn đầu các triệu chứng lâm sàng khởi nhanh, nhưng 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: áp dụng trong giai đoạn cấp tính đặc biệt khi có cao huyết áp, đái máu đại thể nhiều, thời gian kéo dài 2-3 tuần.

- Đi học: 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: phải sau 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 (giai đoạn cấp tính) 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, hãn hữu lắm mới chọn một kháng sinh thích hợp nhưng phải chống độc với thận.

- Penicillin 1 triệu UI x 10 ngày tiêm bắp, hoặc viên uống chia làm 2 lần.

- Sau đó:

Penicillin: viên 400.000 đơn vị /ngày hoặc benzathin penicillin 1,2 triệu đơn vị/3 tuần tiêm 1 lần cho đến khi máu lắng hoàn toàn trở về bình thường, hồng cầu hết hẳn 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. Nước giới hạn 15-20ml/kg/24 giờ, nên dùng dưới dạng dung dịch glucose 10% tiêm nhỏ giọt TM (có thể cho tiêm vào dung dịch truyền 1 đơn vị insulin cho 6-8 g glucose).

- Thuốc lợi niệu: furosemid 1-2 mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chia 2 lần.

- Thuốc hạ áp: Aldomet 250 mg, 8-10 mg/kg/24 giờ chia 2 lần hoặc Adalat: 0,3-0,4 mg/kg/24 giờ chia 2 lần ngậm dưới lưỡi để tránh huyết áp tụt đột ngột.

- Chống phù não: dùng dung dịch glucose ưu trương nhỏ giọt tĩnh mạch, tốt hơn cả là dùng magnesi sulfat dung dịch 20% cho 0,2 mg/kg/24 giờ chia 2 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm.

- Chống co giật: diazepam 0,5 mg/kg/24 giờ chia 2 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm. Ở thể kèm kích động nên dùng aminazin 1-2 mg/kg/24 giờ chia 2-3 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm.

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 0,04-0,06mg/kg/24 giờ. Tĩnh mạch chậm nửa liều tính được, có 8 giờ sau tiêm 1/4 tổng liều còn lại.

Chỉ cho một ngày duy nhất, cần theo dõi các dấu hiệu sớm của ngộ độc digoxin để kịp thời xử lý hoặc bỏ liều còn lại trong ngày.

Từ ngày thứ hai có thể duy trì bằng cách dùng 1/7-1/8 liều tấn công của ngày thứ nhất trong 5-7 ngày.

- Khi có nguy cơ phù phổi cấp: phải thở oxy được xúc qua dung dịch cồn với nồng độ 10-20%, trẻ lớn hơn 5 tuổi có thể cho morphin với liều lượng 0,25-0,5 mg/tuổi tiêm dưới da, 1 lần, chích máu 100-200 ml/m² diện tích cơ thể. Trong trường hợp trẻ quá yếu hoặc thiếu máu có thể dùng phương pháp garo gốc chi: lần lượt 3 gốc chi garô để tự do một, làm sao một chi không được đặt garô quá 15 phút kèm đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ (tốt nhất là thở máy).

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 tăng trên 60 lần/ phút hoặc thở chậm dưới 40 lần / phút.
- Rút lõm lồng ngực nặng, di động ngực bụng ngược chiều.
- Tím tái xuất hiện khi PaO₂ dưới 60mmHg, nồng độ khử 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 bị rối loạn, lúc đầu nhịp tim tăng trên 160 lần/phút, sau nhịp chậm dưới 100 lần/phút và ngừng tim khi PaO₂ dưới 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: Bạch cầu 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: Cần chụp phổi cho tất cả các trường hợp suy hô hấp để 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. Trẻ sốt nhẹ 37,8 - 38°C, đau ngực, ho húng hắng, ho cơn, đau ngực như cúm. Nghe phổi không có biểu hiện gì đặc biệt.
- X-quang phổi xuất hiện nhiều vùng mờ, thâm nhiễm, ranh giới không rõ rệt, mất đi hoàn toàn, sau vài ngày không để lại dấu vết (thâm nhiễm mau bay).
- Xét nghiệm máu thấy bạch cầu ái toan tăng cao.
- Tiêu hoá:
 - + Đau bụng: đau quanh rốn, đột ngột, không có nguyên nhân rõ rệt, chóng khỏi, đau âm ỉ.
 - + Rối loạn tiêu hoá: không biến đổi, chậm tiêu hay ứa nước bọt, rối loạn tiêu hoá, ăn không ngon miệng.
 - + 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**

Có thể gặp đầy đủ các triệu chứng hoặc chỉ có 1 - 2 triệu chứng.

• 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. Do ngứa làm trẻ gãi, gây xây xước hậu môn, nhiễm trùng.
- Khám thấy: hậu môn sưng huyết, có chấm đỏ nhỏ do giun kim cắn. Khi trẻ khóc có thể thấy giun kim bỏ ra ở hậu môn.
- Rối loạn tiêu hoá: Trẻ 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 nghiêng 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 gãi 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 là triệu chứng quan trọng nhất: 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; dễ nhầm với hội chứng viêm dạ dày – tá tràng, 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 ngạt trắng: da trắng bệch, bất động, không khóc, không thở, tim đập yếu, thân nhiệt hạ.
- Thể ngạt 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 toàn thân, 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 toàn thân hoặc co cứng toàn thân.
- * Hội chứng màng não (+) hoặc (-); có thóp phồng hoặc không; vòng đầu tăng, khớp sọ giãn.
- * Bệnh nhi 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: Lúc đầu có thể tăng trương lực cơ, cổ ngửa ra sau, hoặc cơn dạng tetani, về sau trương lực cơ giảm, trẻ mềm nhũn.
- + Rối loạn thân nhiệt: Thân nhiệt tăng ($> 39^{\circ}\text{C}$) hay giảm nhiệt độ dưới 36°C .
- + Thiếu máu cấp tính: Da xanh, niêm mạc nhợt, có thể kèm theo xuất huyết tiêu hoá.
- + Tổn thương phủ tạng: Có thể kết hợp chảy máu phổi, xẹp phổi, hiếm gặp hơn là viêm thận, hoặc suy thận cấp.

◆ Chảy máu ngoài màng cứng:

- Thường hiếm gặp sau sang chấn sản khoa, làm 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 phổi 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. Điều trị cần dẫn lưu máu tụ dưới màng cứng.

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 là khám xét có giá trị: Ở trẻ sơ sinh non tháng, đặc biệt ở trẻ sơ sinh dưới 28 tuần thai, chảy máu thường gặp dưới màng ống nội tủy, tổn thương chảy máu được chia thành 4 mức độ:
 - + Độ 1: Chảy máu mạch mạc treo não thất.
 - + Độ 2: Chảy máu trong não thất.
 - + Độ 3: Chảy máu trong não thất và gây giãn não thất.
 - + Độ 4: Như độ 3 và chảy máu trong nhu mô não.
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não: Tổn thương được phân độ như siêu âm qua thóp.

2. Chảy máu trong sọ ở trẻ còn bú

2.1. Lâm sàng

Bệnh xảy ra cấp tính với các biểu hiện khởi đầu:

- Trẻ thường hay có cơn khóc thét, quấy khóc, hoặc khóc rên.
- Nôn trớ, bỏ bú.
- Da xanh nhợt, xảy ra nhanh.
- Trẻ co giật hoặc hôn mê ngay.
- Khi thăm khám
 - Trẻ li bì hoặc hôn mê.
 - Thóp phồng hoặc giãn khớp sọ.
 - Co giật toàn thân hoặc cục bộ, thường hay gặp cơn co giật toàn thân.
 - Có hay không có các dấu hiệu thần kinh khu trú như lác mắt, sụp mi, giãn đồng tử, giảm vận động 1 hoặc 2 chi, hay nửa thân.
 - Trẻ thường có thiếu máu nặng.

Trong các trường hợp nặng, có biểu hiện rối loạn các chức năng hệ trọng như:

- Biểu hiện hô hấp: cơn ngừng thở, tím tái.
- Biểu hiện tuần hoàn: da lạnh, nổi vân tím, nhịp tim nhanh hoặc nhịp chậm.
- Biểu hiện thân nhiệt: thường hay hạ nhiệt độ.

2.2. Cận lâm sàng

- Huyết sắc tố giảm.
- Trong trường hợp chảy máu do thiếu vitamin K, xét nghiệm cho thấy:
 - + Thời gian đông máu thường kéo dài.
 - + Tỷ lệ prothrombin máu giảm.
 - + Thời gian thromboplastin hoạt hóa riêng phần (APPT) kéo dài, + Các yếu tố II, VII, IX, X giảm.
- Chọc dò tủy sống: Dịch máu để không đông, nếu bệnh nhân đến muộn dịch não tủy vàng; nếu xuất huyết trong nhu mô não trên lều tiểu não, dịch não tủy trong.
- Siêu âm qua thóp: Tổn thương chảy máu có đặc điểm như ở trẻ sơ sinh đủ tháng,
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não là một xét nghiệm cận lâm sàng cho chẩn đoán

xác định chính xác; 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

3.1. Lâm sàng

- Khởi đầu đột ngột, đau đầu dữ dội, sau đó đi vào hôn mê sâu dần.
- Có trẻ ngã rồi đi vào hôn mê ngay do chảy máu ổ ạt não thất hoặc máu tụ nội sọ.
- Trẻ đau đầu, nôn, co giật toàn thân, lơ mơ, ngủ gà.
- Rối loạn thần kinh thực vật: tăng nhịp thở, ứ đọng đờm dãi, lạnh đầu chi.
- Thăm khám:
 - Cổ cứng, xuất huyết quanh võng mạc, đó là dấu hiệu xuất huyết dưới nhện.
 - Liệt đơn thuần dây III và đau đầu là biểu hiện của vỡ túi phòng đoạn tận của động mạch cảnh trong
 - Liệt nửa người, phản xạ babinski (+) do vỡ phình động mạch não giữa, xuất huyết bán cầu vùng đồi thị.
 - Chảy máu ở tiểu não: chóng mặt dữ dội, rối loạn thăng bằng, nhức đầu sau gáy, nôn, gáy cứng.

Chẩn đoán:

- Lâm sàng: khởi đầu đột quy.
- Chọc dịch não tủy có máu không đông hoặc màu nâu.
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não:
 - + Xác định chẩn đoán nếu có máu ở màng não hoặc não.
 - + Có thể biết vị trí túi phồng.
 - + Dấu hiệu dán tiếp của túi phồng, máu ở thung lũng Sylvius (túi phồng động mạch não giữa), máu ở khe liên bán cầu (túi phồng động mạch thông trước).
 - Chụp động mạch não cho biết 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).

3.2. Cận lâm sàng

- * Công thức máu, máu chảy, máu đông,
- * Tỷ lệ prothrombin.
- * Điện giải đồ, ure, creatinin.

4. Biến chứng

- Bệnh diễn biến thường rất nặng ở trẻ sơ sinh, tiên lượng thường xấu.
- Tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh mắc bệnh trong ngày đầu rất cao.
- Các trường hợp nặng bệnh nhi thường 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 từ 30 - 50%: 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 lên: tìm các 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 Manitol 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 vì ức chế hô hấp.
 - Chống rối loạn thân nhiệt: Nếu hạ nhiệt độ cần ủ ấm.
- Trẻ nằm yên tĩnh, đầu nâng cao 20 + 30 và sau đó luôn thay đổi tư thế để giảm tăng áp lực sọ não và giảm chệch bản lề khớp sọ.
- Nuôi dưỡng bằng ống thông dạ dày hoặc bổ sung bằng đường truyền tĩnh mạch.
 - Mổ dẫn lưu lấy máu tụ khi có tụ máu khu trú dưới màng cứng hoặc trong nhu mô não ở lớp nông.

5.2. Ở trẻ lớn

Nguyên nhân phần lớn do dị dạng mạch máu, do vỡ túi phồng.

5.2.1. Điều trị đặc hiệu - 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 dùng phương pháp gây tắc một số mạch nuôi. Thắt động mạch ít có hiệu quả.

5.2.2. Điều trị không đặc hiệu

- Nghi 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, Moccovirus, 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: Enteropathogenic E. coli;
 - + EAEC: Enteroadherent E. coli;
 - + Rota virus, giardia lamblia.
 - Yếu tố cư trú (colonisation factors): Giúp cho vi khuẩn cư trú lên niêm mạc ruột như CFI, CFII được phát hiện ở các chủng coli độc.
 - Yếu tố bám dính: Làm vi khuẩn dính được vào niêm mạc ruột để gây bệnh.
 - 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. Người ta ít biết vai trò độc tố của vi khuẩn xâm nhập, nhân lên trước khi phá huỷ tế bào.

- 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:

+ Vi khuẩn tả sản sinh ra độc tố ruột CT. Đơn vị B của độc tố gắn vào bộ phận tiếp nhận đặc hiệu của tế bào, giải phóng ra đơn vị A của độc tố. Đơn vị này đi vào tế bào ruột hoạt hoá adenylcyclase, làm ATP trở thành AMP vòng. Sự tăng AMP vòng trong tế bào làm ức chế hoặc 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 bài tiết cho ở các tế bào hēm tuyến vào trong lòng ruột do làm 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 chịu không nhiệt LT (Heat labile Toxin) tác dụng như độc tố tả.

+ Độc tố kháng nhiệt ST (heat Stable Toxin) tác dụng trên ruột như tả nhưng thông qua GMP.

+ Yếu tố cư trú được tìm thấy ở một vài chủng ETEC, giúp cho coli cư trú ở ruột; 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	> 110 mmHg	> 115 mmHg

- 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/SpO₂<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: < 70mmHg
 - * >12 tháng: < 80 mmHg.
 - + Huyết áp kẹp: Hiệu áp ≤ 25 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/hay 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 đồ 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, khò 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. - Dẫn 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. <ul style="list-style-type: none"> - Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày (uống). - Hướng dẫn người nhà theo dõi dấu hiệu cảnh báo.

	<p>- Theo dõi M, HA, NT, NĐ, tri giác, SpO₂ mỗi 8-12h. <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> <p>- Xét nghiệm: CTM, CRP, Đường huyết nhanh, chọc dò tủy sống nếu có sốt > 38,5°C hoặc không loại được VMNM.</p>
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> <p>- Dẫn dò người nhà bệnh nhi cùng theo dõi các dấu hiệu cảnh báo.</p> <p>- Xét nghiệm: CTM, CRP, Đường huyết nhanh, chọc dò tủy</p>

	sống nếu sốt $>38,5^{\circ}\text{C}$ / không loại được VMNM
Độ 3 và Độ 4 Điều trị tích cực tại phòng hồi sức cấp cứu nhi	<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,
- Cất 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 trong nhóm para aminophenol. Rẻ tiền, 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.

Chú ý: Trẻ sốt cao, chân tay lạnh thì Paracetamol kém hiệu quả, nên dùng thuốc khác.

1.2. Analgin:

- Tác dụng: hạ sốt, giảm đau và chống viêm trong nhóm Pyrazolon; tác dụng mạnh nhất trong nhóm, hay gây dị ứng và choáng phản vệ, nhất là khi dùng bằng đường tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch.

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.

Chú ý: hiệu quả trong những trường hợp sốt cao, thất bại khi dùng Paracetamol.

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, nói 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 trong 2 - 4 tuần với các biểu hiện 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 (mũi, chân răng, tiêu hóa, não - màng não, phổi).
- 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 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.
 - + Xét nghiệm Coombs 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. - Hồi 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 của hồng cầu thấp.

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

2.9. *Cấy 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

Nhóm androgen	Nhóm Corticoid
- 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: Bệnh nhân thường xuất huyết tự nhiên dưới da đa hình thái (dạng chấm, nốt, mảng hoặc đám xuất huyết), đa lứa tuổi (màu sắc xuất huyết thay đổi theo thời gian: Đỏ, tím, xanh, vàng sau đó mất đi không để lại dấu vết), 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: Cục máu không co hoặc co không hoàn toàn.

– Các xét nghiệm PT, APTT, TT, fibrinogen: Bình thường.

– Kháng thể đặc hiệu kháng GPIIb-IIIa (hoặc GPIb) trên bề mặt tiểu cầu (hoặc trong huyết thanh): Dương tính.

– Các xét nghiệm:

+ Bilan xét nghiệm virus (HbsAg, anti HCV, anti HIV, Epstein Barr, parovirus..): âm tính.

+ Bilan xét nghiệm bệnh miễn dịch: Nghiệm pháp Coombs, ANA, anti ds DNA, lupus ban đỏ hệ thống... m 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:

- Liều dùng:

+ 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 (IV Immunoglobulin - IVIg):

- Chỉ định:

+ Ở trẻ sơ sinh và dưới 2 tuổi.

+ Trường hợp chảy máu cấp tính, đe dọa tính mạng.

+ Trường hợp cần tăng nhanh số lượng tiểu cầu hoặc chuẩn bị phẫu thuật.

– Liều dùng:

+ Thở 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.

+ Thở 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 được khuyến nghị: 50 - 100 ug/kg, tiêm tĩnh mạch trong 3 - 5 phút.

4.4. Cắt lách

– Chỉ định:

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

+ Thở mạn tính, có xuất huyết trên lâm sàng và số lượng tiểu cầu luôn < 30G/L, không đáp ứng với điều trị nội khoa,

Lưu ý:

+ Nên tiêm phòng trước khi cắt lách 2 tuần các bệnh: Pneumococcus, Haemophilus Influenzae, Meningococcal, Haemophilus influenzae type B...

+ Uống kháng sinh dự phòng sau khi cắt lách (penicillin V, erythromycin...),

+ Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu < 50G/L, đặc biệt < 20G/L cần điều trị corticoid và/ hoặc IV1g trước phẫu thuật để nâng cao số lượng tiểu cầu, giảm tối đa nguy cơ chảy máu trong và sau phẫu thuật,

+ Truyền khối tiểu cầu đậm đặc trước và trong phẫu thuật để giảm nguy cơ chảy máu.

+ Điều trị corticosteroid các ngày trước, trong và sau khi cắt lách (để đề phòng ức chế thượng thận sau khi cắt lách),

+ Chỉ nên chỉ định cắt lách ở trẻ em >5 tuổi, đã được chẩn đoán > 2 năm và điều trị nội khoa không đáp ứng.

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 da/ngày, chia 3 lần, truyền tĩnh mạch.

- Hoặc immunoglobulin (IVIg): Liều dùng: 0,4g/kg/ngày × 5 ngày hoặc 1g/kg/ngày × 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 × 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: Có triệu chứng 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 nhanh sâu (kiểu 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: <ul style="list-style-type: none"> + 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"> - HbA_{1c} >6%. - Glucose niệu (+) có khi lên đến 300g/1/24h. - 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.

Glucose 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 ĐTĐ 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:

< 5 tuổi	5 - 13 tuổi	> 13 tuổi
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 so với thân, cổ ngắn, các đường khớp rộng, 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, nổi vân tím, đầu chi lạnh, hạ thân nhiệt. Niêm mạc khô, trẻ không có mồ hôi, giảm nước bọt, thâm nhiễm dây thanh âm làm tiếng khóc khản. Giảm trương lực cơ, bụng chướng to căng, rốn lồi, hay thoát vị rốn. Táo bón thường xuyên, dễ nhầm với bệnh phình đại tràng bẩm sinh. Trẻ không khóc, ngủ nhiều, ngủ cả khi đang bú, 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, đa số chỉ được chẩn đoán sau 1 tuổi, 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 (Levothyroxin, Thyrax): 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 (từ 25 đến 50mcg/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 ng/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 trước thận, tại thận hay sau thận. Diễn biến 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 trong 24 giờ ít lại hoặc không có. Theo dõi để phát hiện sớm; khởi bỏ sốt dấu hiệu thiếu hoặc vô niệu.
- Tiếp theo giai đoạn thiếu niệu - vô niệu là 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: Giảm trương lực cơ, phản xạ gân xương, rối loạn nhịp tim, biến đổi ECG: sóng T nhọn, ST chênh, QRS kéo dài, ngoại tâm thu thất.
 - + Ngộ độc nước: Do dùng nhiều dung dịch nhược trương, phù, buồn nôn, hôn mê, co giật, Na giảm.
 - + Suy tim: do tăng huyết áp, rối loạn nước điện giải.
 - + Nhiễm toan chuyển hóa: thở nhanh, sâu hay gặp hơn là kiểu thở Kussmaul.
 - + Thời gian thiếu niệu - vô niệu có thể kéo dài vài ngày đến vài tuần, > 3 tuần thì ít khi có khả năng hồi phục.

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, nếu không điều chỉnh 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. Tình trạng lâm sàng cải thiện: đỡ mệt mỏi, thèm ăn, đỡ thiếu máu. Thể tích, tỉ trọng nước tiểu trở lại bình thường. Urê và 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

Xét nghiệm	Suy thận trước thận	Suy thận tại thận	
		Một phần	Toàn bộ
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

Dấu hiệu	Suy thận cấp	Đợt cấp suy thận mạn
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

3.1. 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).

3.2. 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.

3.3. Điều trị tăng Kali máu

Kali máu > 5,5 - 7 mEq/l	Kali máu > 7 mEq/l
- Kayexalate 1g/kg/lần uống hoặc thụt đại tràng + Sorbitol 70%(2ml/kg) - 20%(10ml/kg) gây ỉa chảy thẩm thấu.	- Loạn nhịp tim hoặc có biến đổi trên ECG, cho thêm lần lượt :
- Theo dõi từng giờ cho đến khi kali máu giảm.	+ Gluconate Canxi 10%: 0,5ml/kg TMC (theo dõi ECG).
- Resin là chất làm hoán đổi 1 mEq kali cho 1 mEq Na do đó phải theo dõi phòng tăng natri máu.	+ Bicarbonate Natri 7,5%: 3mEq/kg TMC (theo dõi HA, Tetanie).
	+ Glucose 20% 1ml/kg + Insulin (1 UI/ 5g Glucose) truyền TM trong 1 giờ. Sau vài giờ nếu không hiệu quả cho chỉ định thẩm phân phúc mạc.

3.4. Chống toan

- Khi pH máu < 7,15 và $\text{HCO}_3^- < 8 \text{ mEq/l}$. Cần nâng tối thiểu pH: 7,2 và $\text{HCO}_3^- \text{ TTM}$ theo công thức: $\text{NaHCO}_3 (\text{mEq}) = 0,3 \times P (\text{kg}) \times \text{BE} (\text{mEq/l})$.

3.5. Theo dõi tình trạng hạ canxi máu gây co giật.

- Chống hạ canxi máu và tăng phospho máu, giảm phosphore máu, dùng Amphogel.

- Canxi TTM chỉ dùng khi có nguy cơ co giật do hạ canxi máu.

3.6. Chống hạ Natri máu

- Dùng nhiều dung dịch nhược trương và lợi tiểu. Khi Na máu < 120 mEq/l. Cần nâng lên 130 mEq/l. NaCl 3% theo công thức.

$$\text{NaCl (mEq)} = 0,6 \times \text{Kg cân nặng} \times (130 - \text{Na}_{\text{bệnh nhân}}).$$

3.7. Theo dõi nguy cơ tăng huyết áp và suy tim.

- Điều trị cao huyết áp

- Hạn chế nước và muối, theo dõi HA 4 - 6 giờ/lần. Có thể do tăng khối lượng tuần hoàn và/hoặc do tổn thương tại thận.

- HA cao: Hạn chế muối nước, thuốc hạ HA, nếu cao quá điều trị tăng HA TTM.

- Thuốc: diazoxid 5mg/kg, TTM, nhắc lại sau 30 phút. Lasix 1mg/kg, TTM.

3.8. Điều trị suy tim

- Phòng bằng hạn chế nước. Lợi tiểu ít tác dụng.

- Digitalis phải thận trọng với liều thấp và cho vào từ từ.

3.9. Vấn đề truyền máu và kháng sinh

- Thiếu máu trung bình: Không truyền máu.

- Thiếu máu nặng: Truyền máu, tốt nhất là khối hồng cầu.

- Kháng sinh cần thận trọng với thuốc thải qua thận và độc với thận.

3.10. Chống co giật (bệnh não cao áp)

- Diazepam 0,5 - 1mg/kg hoặc Phenobarbital 3 - 5mg/kg.

3.11. Thẩm phân phúc mạc hoặc lọc máu ngoài thận (thận nhân tạo)

- 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.

- Cận lâm sàng.

+ Urê máu > 200mg%, đặc biệt nước độ tăng nhanh trong ngày (> 0,5g/l/ngày).

+ Creatinin máu > 8mg%. BUN > 150mg%. $\text{HCO}_3^- < 8 \text{ mEq/l}$. Kali > 7,5 mEq/l. Kết hợp nhiều dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để có chỉ định lọc máu.

3.12. 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

- Phân biệt với một số nguyên nhân hiếm gặp cũng có thể gây ra 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:

Triệu chứng	Nhẹ	Nặng (Có 1 trong bất kì dấu hiệu nào)
Tinh thần	Bình thường	
SpO ₂ (đo khi không thở oxy và trước khi dùng giãn phế quản)	≥ 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

- 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 Metapneumo virus của người (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
- Để non
- Khói thuốc, môi trường sống đông đúc chật hẹp
- Bệnh tim có biến chứng tăng áp phổi
- Bệnh phổi mạn tính như loạn sạn 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 gây tiêu chảy xâm nhập: shigella, salmonella không gây thương hàn, E.coli sinh độc tố ruột EETC, campylobacter.

1.2 Tỷ lệ vi khuẩn và kí 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 xảy ra ở trẻ dưới 18 tháng, trẻ dưới 1 tuổi chỉ số mới 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, thời gian trung bình một đợt tiêu chảy lâu, chỉ số mới mắc cao hơn rõ rệt so với trẻ bình thường.

- 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. Tiêu chảy kéo dài cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong ở các bệnh nhân này.

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. Phản ánh khả năng không dung nạp đường lactose, mẫn cảm với chất đạm sữa bò, đậu nành. Nhiễm khuẩn qua sữa ăn sữa động vật đóng vai trò quan trọng ở 30 - 40% đợt tiêu chảy kéo dài. Ngược lại, ít gặp tiêu chảy kéo dài ở những trẻ được nuôi dưỡng tốt bằng sữa mẹ.

2.6. Ảnh hưởng của điều trị tiêu chảy cấp

Khi trẻ bị tiêu chảy cấp điều trị không thích hợp có thể kéo dài thời gian đợt tiêu chảy như:

- 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, lỏng nhớt, mùi chua hoặc khắm, 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: Dấu hiệu thiếu 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

- + Trẻ bị tiêu chảy kéo dài có thể bị các đợt tiêu chảy cấp gây 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 bị tiêu chảy kéo dài 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 đỉc
- 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.