

TIẾP CẬN TRẺ CHẬM TĂNG TRƯỞNG

ThS Huỳnh Ngọc Thanh
PGS.TS Bùi Quang Vinh

❖ MỤC TIÊU

1. Định nghĩa và phân loại được chậm tăng trưởng.
2. Trình bày được nguyên nhân chậm tăng trưởng.
3. Tiếp cận chẩn đoán được trẻ chậm tăng trưởng.
4. Áp dụng được nguyên tắc xử trí trẻ chậm tăng trưởng.

NỘI DUNG

1. ĐỊNH NGHĨA – PHÂN LOẠI

1.1. Định nghĩa

Chậm tăng trưởng là tình trạng trẻ < 3 tuổi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Cân nặng theo tuổi dưới bách phân vị thứ 3.
- Cân nặng theo chiều cao hoặc BMI dưới bách phân vị thứ 5 ($< -2SD$).
- Đường cân nặng theo tuổi đi xuống 2 lần liên tiếp trong 6 tháng (không áp dụng đối với trẻ béo phì).
- Tốc độ tăng trưởng thấp so với tuổi.

1.2. Phân loại:

Chậm tăng trưởng	Cân nặng	Chiều cao	Vòng đầu	Bệnh liên quan
Tuýp 1	Thấp	Thấp/ bình thường	Bình thường	Suy dinh dưỡng
Tuýp 2	Thấp	Thấp	Bình thường	Bệnh nội tiết, loạn dưỡng xương, tầm vóc nhỏ
Tuýp 3	Thấp	Thấp	Nhỏ	Bệnh NST, bệnh chuyển hóa, chấn thương trong thai kỳ và lúc sinh, suy dinh dưỡng nặng

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Phân loại nguyên nhân theo chức năng

2.1.1 Tăng nhu cầu calories

- Đái tháo đường
- Xơ nang
- Bệnh tim mạch/ hô hấp mạn
- Cường giáp
- Bại não/ liệt cứng
- Bệnh viêm, nhiễm trùng mạn

2.1.2 Lượng nhập calories không đủ

- Giáo dục gia đình và sức khỏe tâm thần: trầm cảm, rối loạn tâm thần, lạm dụng chất gây nghiện, thiếu kiến thức nuôi con.

- **Tương tác trẻ và gia đình:** thiếu tình cảm, lo lắng, thiếu bữa ăn gia đình, sao lãng bữa ăn, cha mẹ kiểm soát thái quá, không nhận biết được trẻ đói, chán ăn.
- **Thức ăn không tốt:** uống nhiều nước ép
- Do trẻ: bệnh lý thần kinh cơ, phối hợp miệng kém, bệnh mạn tính, khó tính, tăng động, không biểu lộ dấu hiệu đói.
- Do kinh tế: không đủ thức ăn, pha loãng sữa, dùng sữa bò.
- **Chán ăn:** khó nuốt, viêm hầu họng thực quản, tâm lý.

2.1.3 Tăng mất calories/ không hấp thu calories

- Đái tháo đường
- Rối loạn hấp thu (bệnh celiac, bất dung nạp lactose, xơ nang, suy tụy, ú mật mạn)
- Bệnh chuyển hóa
- Tiêu chảy mạn (hội chứng IPEX, IPEX-like)
- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, nôn ói mạn, viêm dạ dày eosinophil
- Hội chứng ruột ngắn

2.2. Phân loại nguyên nhân theo hệ cơ quan

2.2.1 Tâm lý xã hội/ Hành vi

- Ăn không đủ do nghèo, chuẩn bị bữa ăn không tốt.
- Thiếu kiến thức kỹ năng.
- Tương tác trẻ và gia đình không tốt (ép ăn).
- Từ chối ăn, khó nuốt.
- Vấn đề sức khỏe và nhận thức của gia đình (trầm cảm).
- Bạo hành/ bỏ bê.

2.2.2 Thần kinh

- Rối loạn chức năng vận động miệng (rối loạn thần kinh thực vật, tổn thương thân não, bại não, dị dạng Chiari)
- Liệt cứng.
- Chậm phát triển.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Hội chứng não trung gian.

2.2.3 Thận

- Nhiễm trùng tiêu
- Toan hóa ống thận
- Suy thận

2.2.4 Nội tiết

- Đái tháo đường
- Suy giáp, cường giáp
- Thiếu hormon tăng trưởng
- Suy thượng thận

2.2.5 Gene/ Chuyển hóa/ Bẩm sinh

- Xơ nang
- Bệnh hồng cầu hình liềm

- Bệnh chuyển hóa (toan chuyển hóa, tăng NH₃, bệnh tích trữ)
- Hội chứng thai nhi nghiện rượu
- Loạn sản xương
- Rối loạn NST
- Đa dị tật bẩm sinh (VATER, CHARGE)

2.2.6 Tiêu hóa

- Hẹp môn vị
- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản
- Viêm thực quản Eosinophil
- Ruột xoay bất toàn
- Hội chứng kém hấp thu
- Bệnh celiac
- Bất dung nạp sữa: lactose, protein
- Suy tụy
- Ú mật mạn
- Viêm ruột mạn
- Tiêu chảy bẩm sinh IPEX
- Giả tắc ruột

2.2.7 Tim mạch:

Tim bẩm sinh tím, suy tim

2.2.8 Hô hấp:

Hen nặng, xơ nang, giãn phế quản, suy hô hấp mạn, loạn sản phế quản phổi, phì đại amidan, VA, ngưng thở lúc ngủ

2.2.9 Lĩnh tinh:

Bệnh tự miễn, hội chứng sốt tái diễn tự viêm, bệnh ác tính, suy giảm miễn dịch nguyên phát, cấy ghép

2.2.10 Nhiễm trùng:

Nhiễm trùng chu sinh, nhiễm trùng mạn/ tiềm ẩn, nhiễm ký sinh trùng, lao, HIV

3. TIẾP CẬN

3.1. Hỏi bệnh sử

- Lý do đến khám thường gặp là biếng ăn, uống không đủ sữa, trẻ không lớn bằng các bé cùng lứa hoặc anh chị em lúc cùng tuổi.
- Hỏi chế độ ăn:
 - o Đánh giá tương tác trẻ và gia đình: dùng sữa mẹ hay sữa công thức, lý do đổi sữa, lượng dùng có đủ không, cho trẻ ăn dễ hay khó.
 - o Đánh giá rối loạn hành vi ăn uống: ăn dặm khi nào, loại thức ăn yêu thích, thức ăn trẻ từ chối (dị ứng, bất dung nạp), tự ăn khi nào, ăn ở đâu, ăn cùng gia đình hay ăn một mình.
 - o Đánh giá rối loạn vận động miệng: có khó khăn khi lấy thức ăn ở miệng, ăn hay nghẹn, chảy nước miếng, khó nuốt.
 - o Hoạt động thường ngày của trẻ là gì? Người cho ăn là ai? Cách trẻ ăn có thay đổi ở những người cho ăn khác nhau không?

- Ghi lại nhật ký bữa ăn trong 3 ngày: loại thức ăn, lượng, cách chuẩn bị, lượng ăn, thức uống.
- Phong tục tập quán: ăn chay (thiếu protein, vitamin B12, sắt), sữa gạo (thiếu protein), sữa dê (thiếu folate)
- Hỏi các triệu chứng để tìm nguyên nhân thực thể:
 - Thể trạng: sốt, đỏ mề hôi trộm, giảm hoạt động, ngủ ngáy, thức giấc ban đêm.
 - Tiêu hóa: nôn ói, khạc, khó nuốt, nuốt nghẹn/ tiêu chảy, táo bón/ đau bụng, chướng bụng.
 - Tim mạch – hô hấp: ho, khò khè, thức giấc ban đêm, hoạt động ăn gây mệt.
 - Thận: rối loạn đi tiểu, tiểu máu, tiểu dầm.
- Hỏi tiền sử:
 - Thai kỳ: tuổi mẹ, vấn đề sức khỏe bà mẹ trong thai kỳ, có sử dụng thuốc lá-rượu-thuốc trong thai kỳ không, tăng cân, biến chứng trong thai kỳ, bệnh lây qua đường tình dục, tâm lý trong thai kỳ.
 - Chu sinh: cân nặng, chiều cao, vòng đầu lúc sinh, vấn đề trong giai đoạn sơ sinh (cho ăn, nhiễm trùng)
 - Bản thân: bệnh (nôn ói, tiêu chảy, táo bón, bệnh thần kinh, nhiễm trùng tái đi tái lại), nhập viện, phẫu thuật, sử dụng thuốc, dị ứng.
 - Gia đình: sự tăng trưởng của các thành viên khác trong gia đình, tuổi dậy thì, bệnh lý (tim, thận, tiêu hóa, mất sớm lúc nhỏ, bệnh chuyển hóa, di truyền, vấn đề tâm lý, hôn nhân cận huyết).

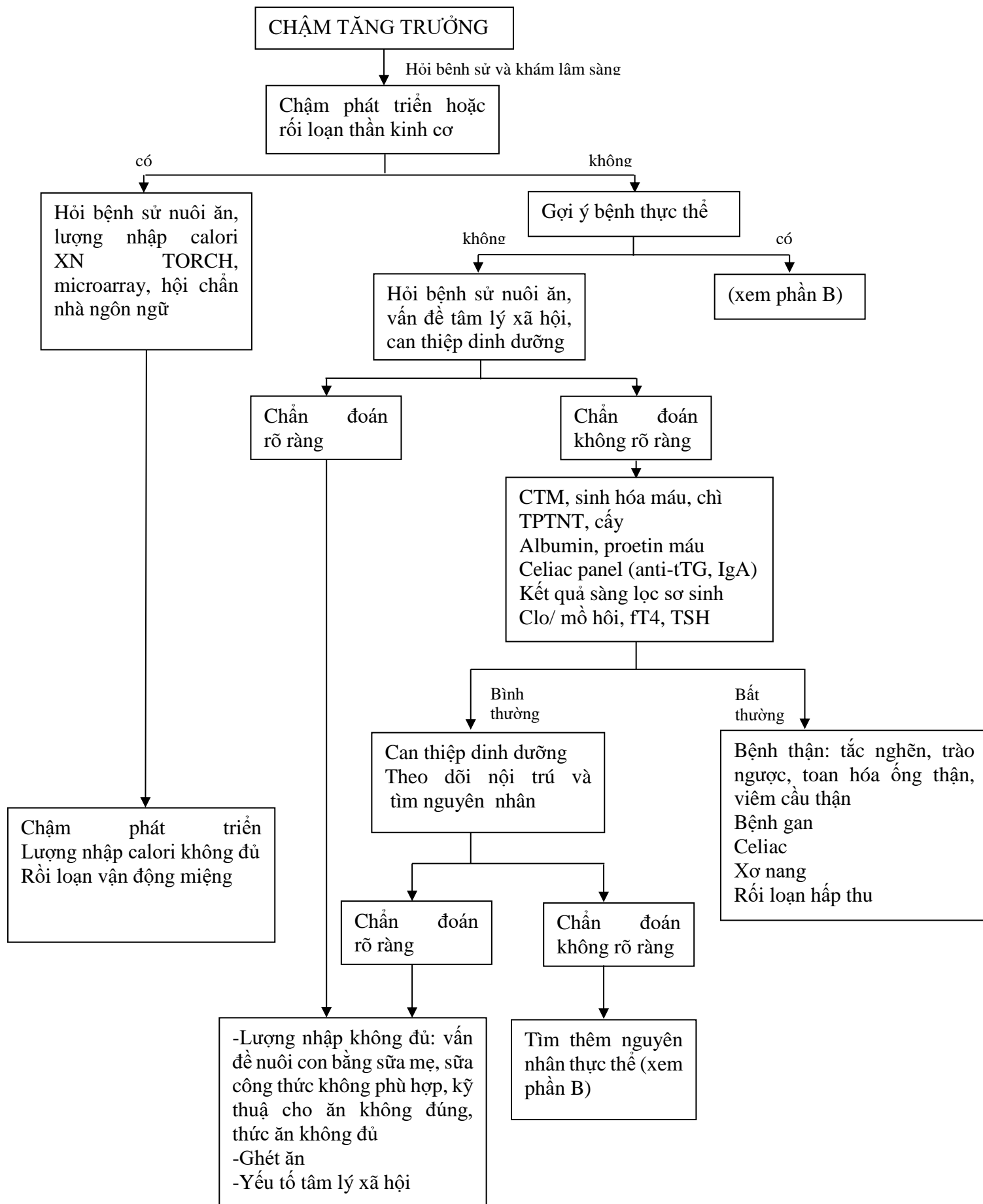
3.2. Khám lâm sàng

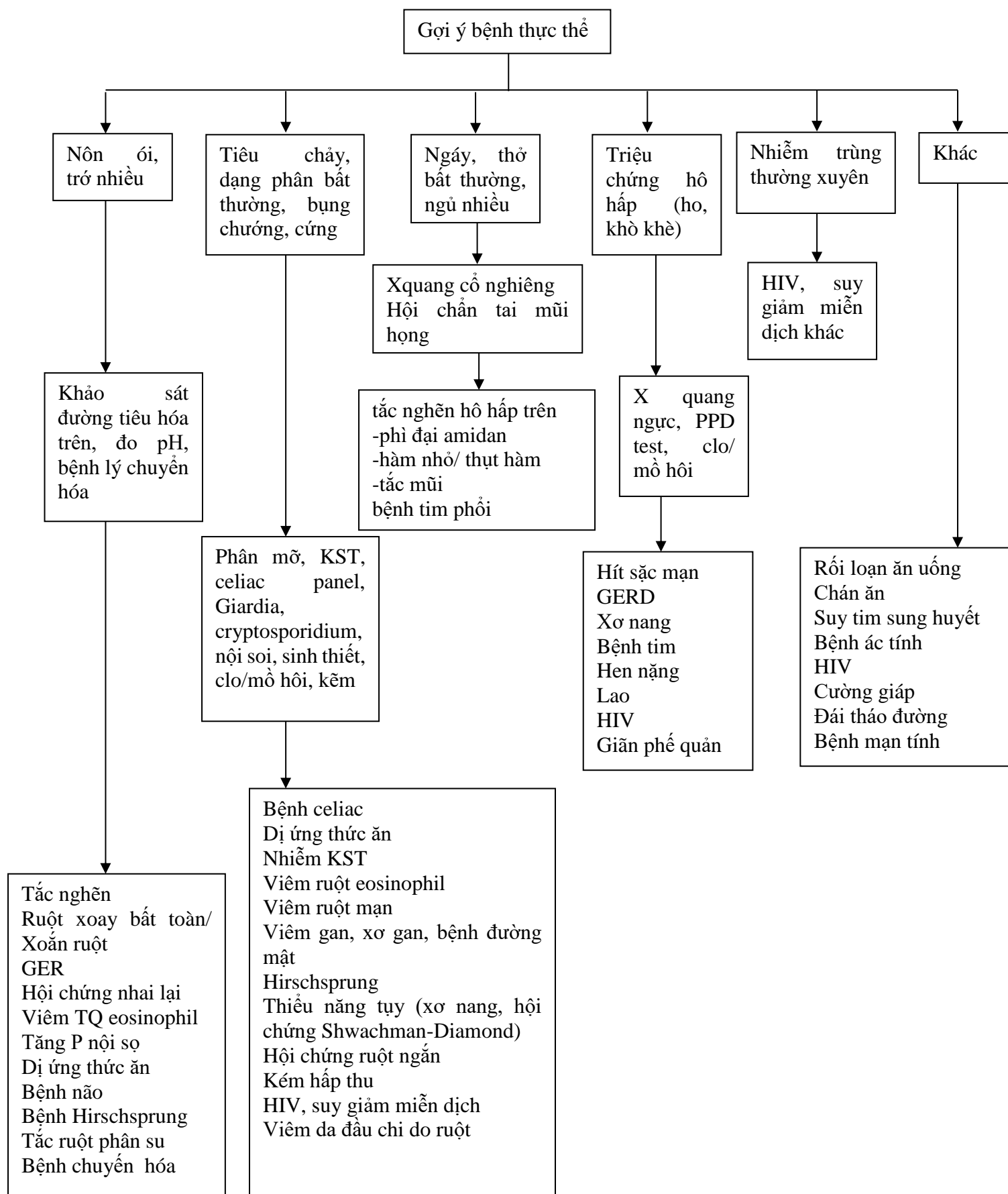
- Đo cân nặng, chiều cao, vòng đầu → đánh giá chỉ số nhân trắc (cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao, BMI), xác định đường cong tăng trưởng.
- Thể trạng, sinh hiệu: gây, sự phân bố cơ/ mỡ, dị hình.
- Đầu mặt cổ: kích thước thóp, viêm tai, sự thông thoáng đường thở, dấu hiệu dị ứng.
- Tim mạch, hô hấp: cách thở, âm phế bào, tiếng tim, phù.
- Tiêu hóa: chướng bụng, gan lách to, nứt hậu môn, sa hậu môn.
- Niệu dục: u thận, chỉ số Tanner staging.
- Cơ xương khớp: sưng khớp, dị dạng xương.
- Thần kinh: sự phát triển tâm vận, dấu hiệu thần kinh.
- Da lông tóc móng: mất nước, vết bầm, sẹo.
- Hạch: toàn thân, khu trú.

3.3. Cận lâm sàng

Xét nghiệm tầm soát chung: công thức máu (thiếu máu), ion đồ, ure, creatinin, tổng phân tích nước tiểu (nhiễm trùng tiểu, toan hóa ống thận), CRP, VS (nhiễm trùng, viêm mạn). Xét nghiệm khác tùy nguyên nhân.

❖ LƯU ĐỒ TIẾP CẬN





4. XỬ TRÍ

4.1. Cải thiện lượng nhập calori

Hành vi bữa ăn: cho trẻ ngồi ăn trên ghế cao. Nên ăn chung với gia đình và trò chuyện lúc ăn, tránh các hoạt động làm sao lãng bữa ăn như tivi và thiết bị điện tử, trẻ nhỏ có thể dùng các đồ chơi nhỏ để trẻ tập trung ăn. Tránh lau chùi ngay hay mắng mkhì trẻ ăn bị rơi vãi. Có thể áp dụng phương pháp “2 muỗng”: 1 muỗng nhúng vào thức ăn, muỗng thứ 2 đầy. Thời gian bữa ăn không nên quá 20 phút.

Thức uống: trẻ dưới 6 tháng dùng sữa mẹ hoàn toàn, có thể dùng sữa công thức. Trẻ trên 1 tuổi có thể thêm sữa bò. Trẻ nhẹ cân có thể bổ sung thêm bằng cách thêm breast milk fortifier hoặc pha sữa công thức với ít nước hơn. Nước trái cây: từ 6 tháng (1 tách), 1 tuổi – 6 tuổi: 4 – 6 ounce / ngày, trên 6 tuổi: 8 – 12 ounce / ngày.

Thức ăn: giới thiệu thức ăn mới, trang trí bữa ăn, trẻ lớn có thể cho trẻ tham gia vào quá trình chuẩn bị bữa ăn, cha mẹ nên học cách nhận biết dấu hiệu trẻ đói và no. Ăn nhẹ: 2 – 3 cữ / ngày

Tính nhu cầu năng lượng để bắt kịp tăng trưởng:

Nhu cầu năng lượng = [(kcal/kg CN/T) x (kcal/kg CN/CC)]/ (kg CN thực tế)

NHU CẦU NĂNG LƯỢNG VÀ TĂNG CÂN THEO TUỔI		
Tuổi	Nhu cầu năng lượng (kcal/kg/ngày)	Tăng cân (gram/ngày)
Sinh non	150	20 – 40
Dưới 3 tháng	100 – 120	25 – 39
3 – 6 tháng		14 – 20
6 – 9 tháng	90 – 100	9 – 13
9 – 12 tháng		7 – 10
Trên 12 tháng	75 – 85	6 – 9

4.2. Dinh dưỡng bổ sung

- Quan sát trực tiếp/ ghi lại bữa ăn: để đánh giá khả năng ăn và sự hài lòng của trẻ, tương tác của trẻ và cha mẹ, kiểu cha mẹ (tương tác/ bắt buộc).
- Nuôi ăn qua sonde dạ dày/ mở dạ dày: cân nhắc nếu nuôi ăn đường miệng không đủ hoặc nếu trẻ có dấu hiệu suy dinh dưỡng nặng.
- Trường hợp đặc biệt:
 - o Rối loạn vận động miệng: hội chẩn nhà trị liệu ngôn ngữ để áp dụng liệu pháp vận động miệng.
 - o Tự kỷ: chán ăn cảm giác.
 - o Technology – dependent children (thở máy, mở khí quản, mở dạ dày): nhu cầu năng lượng tăng tùy trường hợp cụ thể.
- Chú ý: tăng tỉ trọng calori dễ hơn tăng lượng thức ăn, nếu trẻ không ăn đủ lượng thức ăn có thể bổ sung vitamin và vi chất.

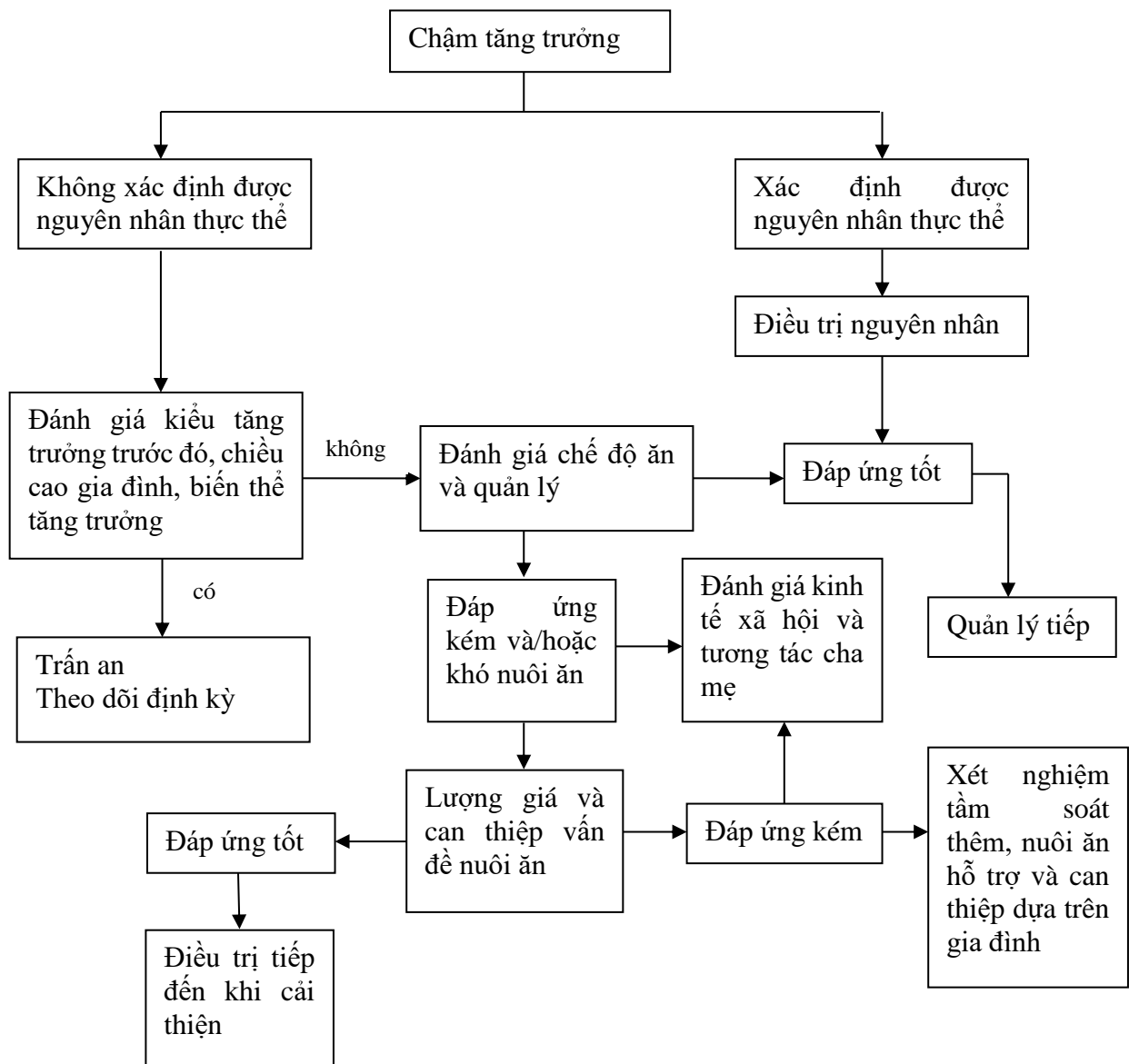
4.3. Tiêu chuẩn nhập viện

- Suy dinh dưỡng nặng.
- Cần tìm nguyên nhân.
- Rối loạn giả tạo (hội chứng Munchausen)

4.4. Tiên lượng

- Tiên lượng phụ thuộc:
 - o Nguyên nhân
 - o Thời điểm can thiệp
 - o Khả năng thích ứng của trẻ và khả năng tự nhận thức của cha mẹ
 - o Yếu tố nguy cơ: stress, vấn đề xã hội và gia đình, sự nghèo khổ, cha mẹ không quan tâm.
- Theo dõi lâu dài:
 - o Béo phì
 - o Chậm phát triển tâm vận và nhận thức
 - o Rối loạn hành vi

LƯU ĐỒ QUẢN LÝ



❖ **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Kliegman RM et al (2018), Failure to thrive, Nelson Pediatrics Symptom based Diagnosis, Elsevier Saunders, Philadelphia, PA, pp 144-160
2. Robert Wyllie, Jeffrey Hyams (2010), Failure to thrive, Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, 4th edition, Elsevier Saunders, Philadelphia, PA, pp 136-145