

BỘ CÂU HỎI TỰ SOẠN ÔN THI LÂM SÀNG NHI.

Nguyễn Đình Thắng – YA 2014 -2020.

PHẦN NHI TIÊU HÓA.

1. Trong tiêu chảy, Kẽm có ý nghĩa gì? Vì sao lại có ý nghĩa đó? Liều? Bn kwashiorkor khi bị tiêu chảy thì những dấu mất nước dễ bị nhầm lẫn (câu hỏi thi LS)

Trang 86 sách bài giảng LS nhi khoa

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

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

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

Sách sau ĐH: (bổ sung chức năng kẽm bình thường, chứ k phải trong tiêu chảy)

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

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

Liều ?: *kết hợp giữa sgk trang 114 và sách bài giảng LS nhi khoa trang 88.*

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

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

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

Nên cho trẻ uống kẽm lúc đói. (**ngoài ra có thể cho uống sau ăn 2h**).

- Bn kwashiorkor khi bị tiêu chảy thì những dấu mất nước dễ bị nhầm lẫn ?

Trang 84 sách bài giảng LS nhi khoa

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

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

(Lưu ý : cô Cụ thêm bệnh nhân SDD thể KW mất phù nên dấu mất trũng cũng không chính xác).

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

- Trang số 84 sách bài giảng LS nhi khoa.

- Những dấu mất nước dễ bị nhầm lẫn
+ bệnh nhân Marasmus , do da bị chun giãn nên độ chun giãn da rất giảm ngay cả khi trẻ không mất nước.

+ Dấu hiệu mất trũng không có giá trị chẩn đoán đối với trẻ bị Marasmus.

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

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

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán mất nước phải có 6 cái chứ ko phải như IMCI là 4 cái? mình nhớ có 1 cái là thóp trũng (câu hỏi thi LS)

Sách bài giảng LS nhi khoa.

- Nhìn để tìm các dấu hiệu:

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

+ Mất bình thường hay **mất trũng**

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

+ Phân trẻ có máu hay không ?

- Khám để đánh giá trẻ:

+ **chun giãn da** : Véo nếp da bụng của trẻ ở giữa đường nối từ rốn với đường bên theo chiều dọc cơ thể và sau đó thả ra.

Nếu sau khi thả tay, da trở về như cũ gọi là **nếp véo da mất nhanh**.

Nếu có thể kịp nhìn thấy nếp da trong 1 thời gian rất ngắn sau khi bạn thả tay (< 2s) gọi là **nếp véo da mất chậm**

Nếu thấy nếp véo da rõ ràng (>2s) sau khi thả tay ra là có dấu hiệu **nếp véo da mất rất chậm**.

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

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

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

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

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

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

+ bao gồm 4 dấu hiệu theo IMCI

+ nước mắt : có, không có nước, không.

+ miệng lưỡi : ướt, khô hoặc rất khô.

4. Tiêu chảy là gì ? ở trẻ bú mẹ khác gì ko ?

Sách bài giảng LS nhi khoa trang 81.

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

- Phân lỏng là phân không đóng thành khuôn.

- **Ở trẻ bú mẹ**, bình thường phân cũng nhão, lỏng , ngày từ 1 – 2 lần.

Khi đó để xác định tiêu chảy phải dựa vào tăng số lần và tăng mức độ lỏng của phân mà bà mẹ cho là bất thường.

5. Trong lỵ trực trùng, cơ chế có máu trong phân (câu hỏi thi lâm sàng) ?

Tham khảo benhvien103.vn

- Trực khuẩn ly xâm nhập qua miệng, dạ dày, ruột non đến đại tràng.
- Tại đại tràng, trực khuẩn ly sinh sản và xâm nhập vào niêm mạc và tới hạch mạc treo nhưng thường không vào máu trừ trường hợp suy giảm miễn dịch.
- Trong lòng ruột trực khuẩn ly không gây bệnh, chỉ khi xâm nhập vào niêm mạc thì mới gây bệnh.
- Sau khi xâm nhập vào niêm mạc ruột, ly trực khuẩn bị tiêu diệt và giải phóng nội độc tố (*riêng Sh.shiga, Sh. Schmitzii tiết ra ngoại độc tố*)
- Nội độc tố và ngoại độc tố theo máu và bạch mạch tác động đến toàn thân gây ra tình trạng nhiễm độc thần kinh, tim mạch.
- Tại chỗ độc tố gây viêm, gây tăng co bóp, gây đau, gây rối loạn vận mạch, , gây tăng tiết, gây rối loạn trao đổi nước, điện giải, gây **loét, hoại tử niêm mạc, xuất huyết**.

6 . Thế nào là tiêu chảy cấp ? kéo dài ? kéo dài nặng ? (câu hỏi thi LS)

Tiêu chảy cấp : tiêu chảy < 14 ngày.

Tiêu chảy kéo dài : tiêu chảy $\geq$ 14 ngày nhưng không có dấu hiệu mất nước ?

Tiêu chảy kéo dài nặng : tiêu chảy $\geq$ 14 ngày và có mất nước hoặc mất nước nặng .

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

7. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón?

- Dựa vào tiêu chuẩn NICE 2010

+ biểu đồ phân Bristol và các triệu chứng kèm theo

- Biểu đồ Bristol : có 7 loại phân

+ loại 1: phân dê

+ loại 2 : phân dạng chùm nho

+ loại 3: phân dạng bắp ngô

+ loại 4 : phân dạng xúc xích

+ loại 5 : phân dạng viên mềm

+ loại 6 : phân dạng cháo đặc

+ loại 7 : phân toàn nước.

* Với trẻ nhỏ

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

+ Kích thước lớn , cứng

- Triệu chứng đi kèm (3 triệu chứng) :

+ đau / sợ khi đi ngoài

+ chảy máu khi phân lớn

+ rặn lâu

- Tiền sử

+ trước đây đã có

+ nứt hậu môn

* với trẻ > 1 tuổi :

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

+ Són phân lỏng, hôi, không biết

+ kích thước lớn, cứng, tắc hố vệ sinh

+ loại 1.

- Triệu chứng đi kèm (5 triệu chứng) :

+ chán ăn giảm khi đi ngoài được

- + đau bụng giảm sau khi đi ngoài
- + rặn lâu
- + nín khi đi ngoài
- + đau hậu môn
- Tiền sử :
- + có tiền sử táo bón trước đây
- + nứt hậu môn
- + đau khi đi ngoài, phân cứng, có máu.

8. nguyên nhân thực thể của táo bón?

- Có 3 nguyên nhân : tại đại trực tràng, do thần kinh và do toàn thân
- Tại trực tràng có 4 nguyên nhân
- + phình đại tràng bẩm sinh
- + giả tắc ruột mãn tính (do tổn thương hạch TK cơ thành ruột)
- + hẹp đại tràng
- + hẹp trực tràng hậu môn bẩm sinh, trực tràng đổ ra trước
- Do thần kinh có 4 nguyên nhân :
- + do tổn thương vùng cùng cụt: chùm đuôi ngựa, đám rối TK
- + do thoát vị màng não tủy- chèn ép tủy
- + do bệnh não bẩm sinh, bại não
- + bệnh cơ vận ; rối loạn cơ Duchene
- Do toàn thân : có 2 nguyên nhân
- + suy giáp
- + giảm Kali máu, tăng Canxi máu làm giảm trương lực.

9 . Tại sao trong gói oresol lại có glucose ?

Quá trình hấp thu nước và điện giải bình thường ở ruột non

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

Quá trình trao đổi nước qua liên bào ruột được điều hoà chủ yếu bởi sự chênh lệch áp lực thẩm thấu gây nên bởi sự vận chuyển các chất hoà tan, trong đó Na^+ đóng vai trò quan trọng.

Na^+ được vận chuyển từ lòng ruột vào TB theo 3 cơ chế chính:

Trao đổi với 1 ion H^+ .

Gắn với Clorid.

Gắn với Glucose hoặc peptid trên các vật tải.

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

Cơ chế hấp thu từng cặp của Na và Glucose là nguyên lí cơ bản của việc sử dụng glucose trong dung dịch ORS.

Na^+ được vận chuyển từ lòng ruột vào TB, sau đó từ TB được vận chuyển vào máu qua bơm $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPase}$

Na^+ vào được khoảng gian bào tăng ALTT khu vực này chênh lệch ALTT giữa máu và lòng ruột kéo nước từ lòng ruột vào khoảng gian bào vào máu quá trình hấp thu muối nước được tiến hành.

3. Khi có tiêu chảy xuất tiết (Điển hình cho cơ chế này là VK tả 01, ETEC...)

Sau khi qua dạ dày, VK cư trú ở phần dưới hồi tràng và bài tiết độc tố ruột CT (cholera toxin): đơn vị B của độc tố gắn vào bộ phận tiếp nhận đặc hiệu của tế bào giải phóng ra đơn vị A của độc tố.

Đơn vị A này đi vào TB ruột hoạt hoá Adenylcyclase ATP thành AMP vòng.

AMP vòng tăng gây ra:

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

Tăng bài tiết Cl^- ở các tế bào hêm tuyến vào

trong lòng ruột do làm tăng tính thấm của màng tế bào phía lòng ruột kéo theo Na^+ do

Na^+ đồng vận chuyển cùng Cl^- .

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

đẩy Na^+ ra ngoài ruột.

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

Vì vậy, khi bị tiêu chảy, uống ORS làm cho tăng hấp thu Na^+ , từ đó kéo theo nước.

10. Thành phần ors?

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

11. Tại sao lại có thành phần k, citrat trong ors ?

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

- khi tiêu chảy, ngoài mất những thứ trên, trẻ còn mất HCO_3^- gây ra toan chuyển hóa. Bicarbonat hoặc citrat được thêm vào dung dịch uống bù nước và chất điện giải có tác

dụng ngang nhau trong việc khắc phục nhiễm toan chuyển hóa do mất nước.

- (tại sao bù HCO_3^- mà lại bù citrat Nguyên nhân do HCO_3^- – rất dễ chảy nước. do vậy khi đóng thành bao bì dễ ảnh hưởng đến chất lượng sản phẩm nên mình sẽ dùng citrat thay thế.

12. Một số biểu hiện của mất na,k,cl trên lâm sàng.

Nguồn bacsinoitru.vn

*Hạ Na máu

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

- $[\text{Na}^+]$ 130-135 mEq/L: gần như không có triệu chứng hoặc hơi nhức đầu.

- $[\text{Na}^+]$ 120-130 mEq/L: triệu chứng nhẹ buồn nôn, lừ đừ.

- $[\text{Na}^+] < 120$ mEq/L hoặc natri máu giảm nhanh: triệu chứng nặng hôn mê, co giật.

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

*Hạ K máu:

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

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

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

* Hạ Cl^- máu:

(Nguồn : xetnghiemdakhoa.vn)

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

13. có mấy loại vaccin Rota? Nước ta hiện tại có loại chi? Uống như răng?

- Theo sách giáo khoa nhi :

Hiện nay có những loại vacxin rota như ; Rotarix, RotaTEQ

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

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

- Dùng vacxin đầu tiên : 6 tuần tuổi

- Liều thứ 2 : cách liều thứ nhất ít nhất 4 tuần (và nên uống trước 24 tuần tuổi).

- Vacxin này khá đắt : 700.000 đ / 1 lần uống.

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

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

- Theo slide của mấy anh chị sau ĐH:

tại việt nam còn có thêm vacxin Rotavin – M1, cách uống tương tự Rotarix.

+ Còn vacxin rotaTEQ cách uống

Liều 2ml có chứa các biến thể (bò – người) Rotavirus G1, G2, G3, G4 và P1A[8].

Uống tất cả 3 liều:

Liều 1: Khi trẻ trong khoảng từ 7,5 -12 tuần tuổi

Liều 2 cách liều 1 tối thiểu 4 tuần

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

14. Thầy Châu Đức hỏi mình k mất nước thì điều trị răng? Ns cụ thể phác đồ A ra

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

- Phác đồ này gồm 4 nguyên tắc

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

2. Tiếp tục cho trẻ ăn để đề phòng SDD

3. Bổ sung kẽm (tham khảo câu hỏi số 19)

4. Khi nào khám trở lại hoặc khám ngay

- Cụ thể

1. cho trẻ uống thêm dịch

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

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

- nếu k bú mẹ hoàn toàn, cho trẻ uống 1 hoặc nhiều dd như : ORS, thức ăn lỏng : nước xúp, nước cơm, nước cháo hoặc nước sạch.

- ORS quan trọng cho trẻ uống tại nhà khi

+ vừa điều trị kết thúc phác đồ B và C

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

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

*** Các bước pha ORS:**

B1: Rửa tay bằng xà phòng và nước sạch

B2: Đổ bột trong gói vào một vật đựng sạch. Hãy dùng bất cứ một vật dụng nào có sẵn như một cái bình hay một cái ấm tích

B3. Đong 1 lít nước sạch (hoặc một lượng nước thích hợp ghi trên gói ORS cho từng loại sản xuất). Tốt nhất là nước đun sôi để nguội, nhưng nếu k thể có thì dùng nước uống nào có sẵn sạch nhất

B4. Đổ lượng nước trên vào bình chứa , khuấy kĩ đến khi bột tan hoàn toàn

B5. Ném thử để bạn biết dung dịch đó như thế nào

Lưu ý : + cần pha dd ORS hàng ngày và bảo quản sạch sẽ. không dùng dung dịch khi quá 24h

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

*** cách cho trẻ uống ORS:**

+ cho trẻ uống thường xuyên từng ngụm nhỏ bằng thìa

+ nếu trẻ nôn, chờ 10 phút. Sau đó tiếp tục cho uống chậm hơn

+ tiếp tục cho trẻ bú bất kì khi nào trẻ muốn.

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

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

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

2. Tiếp tục cho trẻ ăn để phòng SDD

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

- Tiếp tục cho trẻ bú mẹ thường xuyên

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

- Các loại thức ăn :

a. Sữa:

+ nếu đang bú mẹ thì khuyến khích cho bú lâu hơn và nhiều hơn

+ không được bú mẹ, cho ăn sữa thường dùng, mỗi lần cách nhau 3 giờ, có thể dùng bằng cốc

b. Những loại thức ăn khác :

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

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

+ nên trộn sữa với ngũ cốc

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

+ khuyến khích cho ăn thịt, cá trứng,... thực phẩm giàu kali như chuối, nước dừa, nước hoa quả tươi.

c. những thức ăn nên tránh :

- không nên cho ăn rau sợi thô, củ quả, hạt ngũ cốc có nhiều chất xơ vì khó tiêu hóa

- nước cháo loãng chỉ có tđ bù nước chỉ làm trẻ đủ no, mà không đủ chất dd

- những thức ăn chứa quá nhiều đường

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

+ cho ăn thường xuyên, chia nhỏ bữa ăn

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

3. Bổ sung kẽm : XEM CÂU 1

4. Khi nào khám trở lại hoặc khám lại ngay

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

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

- Nôn tái diễn

- Trở nên khát

- Ăn uống kém hoặc bỏ bú

- Trẻ không tốt lên sau 2 ngày điều trị

- sốt cao hơn

- có máu trong phân.

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

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

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

16. tiêu chảy cấp thường mấy ngày ? nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn hết sau mấy ngày ?

- tiêu chảy cấp < 14 ngày, thường 7 ngày

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

17. dấu hiệu “ tháo cống “ ở bệnh nhân phình đại tràng bẩm sinh (bệnh hischprung) ?

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

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

- Nguyên nhân : do chổ nghén chức năng đã được tháo bỏ

- Đây là gọi là dấu hiệu “tháo cống “

44. biến chứng của tiêu chảy cấp ?

- Phân khi bị tiêu chảy sẽ chứa một số lượng lớn Na^+ , Cl^- , K^+ và HCO_3^-

- Tiêu chảy gây mất nước và mất điện giải

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

- Mất điện giải : Na^+ , cl^- , K^+ , lâm sàng đã trình bày như câu 37

- Mất HCO_3^- gây ra toan chuyển hóa.

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

18. Biến chứng của nôn ?

-Theo sách YHCM:

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

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

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

- Theo slide của cô Thảo:

+ sặc chất nôn vào đường thở gây viêm phổi do hít.

+ mất nước, rối loạn điện giải toan kiềm

+ hạ đường máu

+ co giật do bị kiềm hóa : hạ Cl⁻ máu do nôn cao gây giảm canxi ion hóa

+ hội chứng Mallory Weiss: Nôn ra máu do rách niêm mạc thực quản.

19. Đặc điểm tiêu chảy cấp do rotavirus, tính chất phân ?

- Nguồn benhviennhitrunguong.org.vn

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

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

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

+ Phân thường không có nhầy máu

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

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

- 5 nguyên nhân gây thiếu máu :

+ xuất huyết tiêu hóa

+ viêm mạn tính

+ thủng tạng rỗng

+ suy tủy xương

+ các bệnh tan máu :

.....

- Theo bệnh viện nhi đồng 2, thì bình thường, gan có thể sờ thấy bờ dưới gan không quá 2cm ở dưới bờ sườn đối với trẻ nhũ nhi, và 1cm đối với trẻ em

- Do vậy trẻ này đang nằm trong thời kì nhũ nhi nên sờ được 1cm là bình thường.

21. Nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài ?

Tham khảo sách giáo khoa nhi khoa của hội nhi khoa VN.

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

a. Nguyên nhân thuận lợi: 6 nguyên nhân

- **Tuổi** : thường đa số TC kéo dài xảy ra ở trẻ <18 tháng, dưới < 1 tuổi chỉ số cao nhất

- **trẻ suy dinh dưỡng** :

- **giảm miễn dịch** : suy dd, HIV, đang hoặc sau mắc sởi,....

- **trẻ thường xuyên mắc các đợt TC cấp** hoặc tiền sử đã có lần mắc TC kéo dài

- **chế độ ăn** : TC kéo dài thường ít gặp ở trẻ nuôi dưỡng tốt bằng bú mẹ, nhưng tăng lên khi trẻ nuôi bằng sữa động vật hoặc sữa công nghiệp, phản ánh k dung nạp với lactose,...

- **ảnh hưởng của điều trị tiêu chảy cấp** ; do điều trị không thích hợp như dùng kháng sinh không đúng, sử dụng thuốc cầm ỉa làm

giảm khả năng đào thải VK, hạn chế ăn uống, ăn kiêng kéo dài khi trẻ bị tiêu chảy,...

b. Nguyên nhân sinh bệnh

theo kết quả cấy phân ở những bn TC kéo dài, chia thành 2 nhóm chính :

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

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

+ Ecoli gây bệnh đường ruột EPEC

+ Ecoli xâm nhập EIEC

+ Ecoli bám dính EAEC

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

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

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

23. Biểu hiện của hạ Canxi máu trên lâm sàng ?

Nguồn : bacsinoitru.vn

Những triệu chứng hạ canxi máu thường gặp ở người lớn

+ Tăng phản xạ gân xương (Biểu hiện kín đáo có thể phát hiện bằng dấu hiệu Chvostek

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

+ Đau thắt bụng

+ Rối loạn nhịp tim (nhịp tim không đều)

+ Trầm cảm

+ Cáu gắt/khó chịu

+ Ngủ gà hoặc chậm chạp/lười biếng

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

+ Co giật

Những triệu chứng hạ canxi máu thường gặp ở trẻ sơ sinh

+ Khó bú và ăn

+ Khó chịu/kích thích

+ Ngủ gà hoặc chậm chạp/lười biếng

+ Biếng ăn

+ Tăng phản xạ gân xương (dấu hiệu Chvostek)

+ Co rút cơ (dấu hiệu Trousseau)

+và run.

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

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

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

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

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

- Thường từ tháng thứ 5-6 trẻ bắt đầu mọc răng bắt đầu từ 2 răng của dưới □ 2 răng của trên □ 2 răng bên cạnh 2 răng của trên □ 2 răng bên cạnh 2 răng của dưới.....

Và cho đến hết tháng thứ 24 thì hết mọc răng sữa.

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

**26. E.Coli có bao nhiêu typ? ở bệnh viện
TW Huế định danh được typ nào ?**

- Theo cô cụ:

E.coli có 5 typ gây bệnh:

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

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

+ E.coli gây bệnh (EPEC) Enteropathogenic escherichia coli.

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

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

- Hiện nay tại bệnh viện trung ương Huế, chỉ định danh được 1 typ duy nhất đó là EPEC.

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

- Nguồn : trên mạng

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

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

*** Theo các lớp trước thi về :**

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

28. Thế nào được coi là nôn nhiều ?

Theo cô thảo, nôn nhiều là nôn >= 3 lần / giờ.

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

- Do 3 nguồn :

+ thức ăn

+ do vi khuẩn ruột

+ do nhân tạo

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

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

- Gan là cơ quan dự trữ đến 90% vitamin A và sẵn sàng cung cấp vào máu để giữ vitamin A trong máu luôn ổn định mức trên 20mg%

- Từ gan, nếu muốn phóng thích vào máu , thì cần một chất đệm đặc biệt do gan sản xuất gọi là RBP (Retinol binding protein).

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

31. Hậu quả của táo bón là gì ?

Nguồn : sách YHCM

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

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

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

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

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

- Hình ảnh đặc trưng của lồng ruột trên siêu âm : *hình ảnh bìa bần (cắt ngang) , hình ảnh bánh mì kẹp (cắt dọc)*

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

- Do trực tràng tương đối dài + niêm mạc lỏng lẻo.

- Do vậy khi bị ỉa, ho gà..... dễ bị sa hơn người lớn.

34. Nếu một bệnh nhân vào viện có các triệu chứng của ỉa trực trùng nhưng điều trị không khỏi thì em nghĩ đến do con

khác ? ở bệnh viện TW Huế có xét nghiệm được không ?

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

- Tại bệnh viện TW Huế hiện tại không xét nghiệm được con này, chỉ xét nghiệm được mỗi EPEC trong tất cả 5 typ của E.coli.

Lưu ý một số trường hợp ly đề kháng thuốc.

35. ở trẻ em RTV thường nằm ở những vị trí nào . RT thường nằm ở vị trí nào nhiều nhất?

- Tham khảo sách giải phẫu lâm sàng.

+75% , ruột thừa ***nằm sau manh tràng.***

+ đôi khi có thể ***nằm dưới phúc mạc bọc manh tràng.***

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

+ 20% trường hợp ***nằm ngay dưới manh tràng*** nếu không sẽ ***rủ thông vào chậu hông.***

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

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

- Theo cô Cự giao ban bệnh phòng.

+ Cô bảo chỉ cần nói nhiều nhất ở hố chậu P là được.

+ còn cái vị trí sau manh tràng cô nói xem lại, vì nếu sau manh tràng không thể nào dễ chẩn đoán được.

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

- Theo slide của cô Thảo:

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

37. Mô tả bệnh lồng ruột ?

- Nguồn : sách Ngoại bệnh lý, Y Huế.

a. Thể điển hình : trẻ <6 tháng.

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

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

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

- Thăm trực tràng : bóng trực tràng rỗng + máu dính gant.

- siêu âm : cắt ngang khối lồng thấy các hình ảnh vòng đồng tâm (h/ả bia bần)

b. Thể lâm sàng khác.

- Lồng ruột đến sớm : phương trình Fèvre

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

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

+ đau bụng khóc thét + h/ả x- quang = lồng ruột.

- Lồng ruột đến muộn : Phương trình Ombrédance.

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

* thể bán cấp ở trẻ lớn (2-3 tuổi) :

+ biểu hiện ít rầm rộ hơn

+ cơn đau lâm râm dễ nhầm với RTV hoặc viêm hạch mạc treo

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

+ siêu âm có giá trị chẩn đoán.

* lồng hồi – hồi tràng :

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

+ thường nhầm vs xoắn ruột hoặc túi thừa meckel

+ chẩn đoán xác định khi mổ

* Lồng ruột sau mổ :

+ thường gặp ở đoạn hồi – hồi tràng

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

38. Salmonella có mấy con , kể tên ra?

- Dựa vào sách sau ĐH Y Huế + sách vi sinh y huế.

- Người ta dựa vào kháng nguyên O và H chia thành 2200 loại.

- Phân thành 4 nhóm

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

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

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

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

- Cô cụ bảo : chỉ cần nói là S. typhi và non typhi là được.

39. Các phương pháp để xác định Rotavirus ?

- Theo slide của các anh chị sau ĐH:

- Phương pháp chẩn đoán Rotavirus:

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

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

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

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

+ Nuôi cấy xác định.

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

40. Trong biểu đồ phân Bristol, phân dạng chùm nho là như thế nào ? dạng bắp ngô ? dạng xúc xích ? dạng viên mềm ? dạng cháo đặc ?

- Theo sách giáo khoa nhi khoa của hội nhi khoa Việt Nam :

+ **Phân chùm nho** : nhiều hạt rắn cứng gắn với nhau tạo thành bướu

+ **phân bắp ngô**: cục phân dài cứng, gồm nhiều cục rắn dính nhau, mặt nhẵn

+ **Phân dạng xúc xích** : phân cục dài mềm mặt nhẵn

+ **Phân dạng viên mềm** : nhiều cục nhỏ mềm rời nhau, dễ ỉa

+ **Phân dạng cháo đặc** : phân sệt, xốp mềm, không thành khuôn.

41. Các nguyên nhân gây ngộ độc thức ăn ?

Tham khảo nguồn trên mạng.

- Có 4 nguyên nhân :

a. Ngộ độc do KST : vi khuẩn và độc tố vi khuẩn, virus, KST, nấm men , nấm mốc....

Dự phòng : Để đề phòng dạng ngộ độc thực phẩm này nên chọn thực phẩm tươi, sạch; thực hiện ăn chín, uống chín; không để thức ăn sống lẫn với thức ăn chín; thức ăn đã nấu

chín nên ăn ngay (trong 2 giờ đầu), phải được bảo quản đúng cách, đun kỹ trước khi sử dụng lại; không sử dụng thức ăn quá hạn, bị ôi thiu; rửa sạch tay trước khi chế biến, giữ vệ sinh trong quá trình chế biến; khám sức khỏe định kỳ....

b. Ngộ độc thực phẩm do thức ăn bị biến chất, ôi thiu: Một số loại thực phẩm khi để lâu hoặc bị ôi thiu thường phát sinh ra các loại chất độc (dầu, mỡ dùng đi dùng lại nhiều lần....). Các chất này thường không bị phá hủy hay giảm khả năng gây độc khi được đun sôi.

=> *Biện pháp phòng ngừa hữu hiệu nhất là không sử dụng các loại thực phẩm để lâu ngày, thực phẩm đã có dấu hiệu thay đổi về mùi, màu sắc, hình dáng (vỏ đồ hộp...)... so với ban đầu.*

c. Ngộ độc do ăn phải thực phẩm có sẵn chất độc: Khi ăn phải các thực phẩm có sẵn chất độc rất có thể bị ngộ độc như cá nóc, cá cóc, mật cá trắm, nấm độc, khoai tây mọc mầm, một số loại quả đậu....

=> *Cách phòng ngừa tốt nhất là không sử dụng các loại thực phẩm được khuyến cáo có khả năng chứa chất độc, các loại thực phẩm lạ.*

d. Ngộ độc thực phẩm do nhiễm các chất hóa học: Do ô nhiễm kim loại nặng (thực phẩm được nuôi trồng, chế biến tại các khu vực mà nguồn nước, đất bị ô nhiễm các loại kim loại nặng); do dư lượng thuốc bảo vệ thực vật, thuốc thú y; do phụ gia thực phẩm; do các chất phóng xạ.

=> *Việc phòng ngừa dạng ngộ độc này rất phức tạp do các dấu hiệu nhận biết rất phức tạp và tiềm ẩn trong thực phẩm mà khó đánh giá, phát hiện bằng mắt thường. Biện pháp phòng ngừa hữu hiệu nhất là chọn mua các loại thực phẩm có nguồn gốc xuất xứ rõ ràng, đọc kỹ các thông tin trên nhãn, thông*

tin liên quan đến thực phẩm; vệ sinh thực phẩm kỹ trước khi chế biến, nấu chín, mở vung khi đun nấu...

Ngoài ra cần kết hợp các biện pháp quản lý mang tính vĩ mô về quản lý và sử dụng thuốc bảo vệ thực vật, thuốc thú y, các loại phụ gia thực phẩm, chất bảo quản....

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

- Theo cô Cự :

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

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

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

- Theo cô Cự:

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

44. Suy dinh dưỡng thể thấp còi ? gây còi ? nhẹ cân ?

- Slide của cô Cự :

- Suy dinh dưỡng **thể thấp còi**:

+ **chiều cao thấp hơn so với tuổi** ($< -2SD$)

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

+ Phần lớn không cải thiện sau 2 tuổi.

- Suy dinh dưỡng **thể gầy còm**:

+ **Nhẹ cân so với chiều cao** ($< -2SD$)

+ Thường hay gây ra bởi nhiễm khuẩn

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

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

- Suy dinh dưỡng **thể nhẹ cân** :

+ **nhẹ cân so với tuổi** ($< -2SD$)

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

45. Những nguyên nhân gây suy dinh dưỡng ?

- Theo slide của cô Cụ:

Nguyên nhân xa	Nguyên nhân trực tiếp
- Điều kiện KT-XH thấp	- Dinh dưỡng thiếu
- Trình độ VH thấp.	- nhiễm khuẩn tiêu hóa
- Tổ chức y tế xã hội còn yếu kém	- Di tật bẩm sinh

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

- Theo cô Cụ:

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

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

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

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

- theo cô Cụ :

+ sau khoảng 6-8 tuần thì trẻ mắc sỏi mới có thể lấy lại cân nặng

+ cô lưu ý thêm : trẻ bị mắc sỏi, tiêu thụ rất nhiều vitamin A nên cần bổ sung cho trẻ

+ và trẻ mắc sỏi, nguy cơ SDD rất cao.

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

- Theo cô Cụ :

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

+ khi truyền dịch, truyền máu làm tăng khối lượng tuần hoàn, tim dễ quá tải.

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

49. Suy dinh dưỡng cấp tính nặng là gì ?

- Theo slide của cô Cự :

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

- Cô dùng tiêu chuẩn SAM:

*** Ở trẻ từ 6 tháng -59 tháng :**

Chỉ cần thỏa mãn 1 trong 3 điều kiện sau :

+ CN/CC < -3SD

+ Vòng cánh tay <115mm

+ Sự hiện diện của phù.

*** Ở trẻ <6 tháng :**

Chỉ cần thỏa mãn 1 trong 2 điều kiện sau :

+ CN/CC < -3SD

+ sự hiện diện của phù.

50. tại sao khi điều trị SDD không nên uống kẽm và sắt cùng lúc với nhau ? sắt uống lúc nào ? kẽm uống lúc nào ? một trẻ SDD có nhiễm trùng do VK kèm theo có được bù kẽm và sắt ko ?

- Theo Cô Cự :

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

+ kẽm thường uống trước ăn khoảng 1h

+ sắt thì uống sau ăn.

+ Một trẻ nhiễm khuẩn, ko đc bổ sung sắt, do sắt vào cơ thể. Vi khuẩn sẽ lấy sắt để phát triển. làm nặng thêm tình trạng nhiễm trùng.

+ còn vẫn bổ sung kẽm bình thường khi nhiễm khuẩn.

51. Suy dinh dưỡng nặng được tính những thể nào ? có nên truyền máu hay không ? chỉ định truyền máu ? truyền đậm ?

- Theo Cô Cự :

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

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

+ Cô bảo trẻ SDD thường chỉ thiếu các yếu tố tạo máu như : sắt, B9, B12.... Chứ còn Erythropoetin vẫn bình thường, do vậy nên bổ sung các yếu tố tạo máu thì tốt hơn.

+ Chỉ nên truyền máu khi Hb <4g/%.

Tốt nhất nên truyền hồng cầu khối 10ml/ kg/ 3h.

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

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

- Theo Cô Cự :

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

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

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

Lưu ý : và thường thay ORS bằng dd Resomal : đây là dd chứa ít muối.

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

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

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

- Theo slide của cô Cự:

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

+ gây thiệt hại cho nền kinh tế, kìm hãm sự phát triển, ảnh hưởng đến tầm vóc giống nòi

+ Nguyên nhân hàng đầu : **SDD bào thai** (của sổ cơ hội chỉ còn 1 năm, trẻ bình thường của sổ cơ hội là 2 năm).

+ Thấp còi lúc 3 tuổi

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

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

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

- Theo cô Cự :

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

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

- Theo cô Cự :

+ Ở trẻ nhỏ, lượng mỡ chủ yếu chứa acid béo no, lượng acid béo no này nhiều hơn người lớn.

+ đặc biệt ở trẻ, rất dễ bị hạ thân nhiệt.

Hậu quả làm đông vón lớp da gây phù cứng bì.

56. 1000 ngày dinh dưỡng đầu tiên là gì ?

- theo cô Cự :

Bao gồm 3 giai đoạn

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

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

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

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

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

57. Nguồn cung cấp vitamin D?

- Theo slide Cô Cự :

- 2 nguồn :

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

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

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

58. vai trò của vitamin D trong cơ thể ?

- Theo cô Cự:

- Có 3 vai trò chính :

+ Hấp thu Ca²⁺ tại ruột

+ Tái hấp thu Ca²⁺ tại ống thận

+ Lắng đọng canxi ở xương.

Do vậy khi thiếu vitamin D rất dễ hạ Canxi máu.

59. Một số điểm lưu ý của vitamin D cô cự nói?

- LS trẻ thiếu vitamin thường từ 6- 12 tháng.

+ **Dấu chiếu liếm** : vùng da đầu tiếp xúc với chiều thì mất tóc

+ **Bướu trăn, bướu đỉnh**: đầu to, hình vuông.

- Còi xương

+ Trẻ nhỏ : thường hạ Canxi máu do tuyến cận giáp chưa hoàn thiện đủ chức năng , nên

không huy động được canxi lắng đọng ở xương.

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

- Lâm sàng ;

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

+ Rãnh harrison.

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

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

+ khi hạ Canxi máu sẽ kích thích TK cơ, làm trẻ ngủ hay giật mình, vặn vẹo, uốn vặn...

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

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

- Còi xương cổ điển : + khi điều trị bắt buộc phải **chụp phim x quang xương dài** (hình ảnh đầu xương to bè, vùng cạnh đầu xương nham nhở, loãng xương) -> điều trị tấn công 5000 đv/ ngày trong 2-3 tuần.

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

- còi xương sớm : **không cần chụp phim xương dài.**

+ làm Ca^{++} máu mẹ và con luôn.

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

60. Công thức tính số giọt/ phút ?

- công thức:

$$\text{Số giọt / phút} = (\text{số ml/h}) / 3$$

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

+ phác đồ B: truyền dịch liều tấn công 70 ml/kg trong 4h (cô Cự dạy).

+ trẻ 10kg, tức là cần truyền 700 ml trong 4h.

+ vậy số ml cần truyền trong 1h = $700 : 4 = 175 \text{ ml/h}$.

+ số giọt / phút = $175 : 3 = 59 \text{ giọt/ phút}$.

61. thất bại trong điều trị ORS đường uống ? cách xử trí ?

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

- Cách cho uống không đúng.

- Trẻ không uống được.

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

- Trẻ mất dung nạp glucose-> uống vào đi cầu nhiều.

- Chướng bụng, liệt ruột.

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

* những nguyên nhân còn lại : chuyển qua truyền dd Ringer lactatse.

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

- Đi bệnh phòng cô Cự bảo :

- Có 3 con hay gặp nhất :

+ Samonella non typhi.

+ Tụ cầu

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

63. Trước 1 bệnh nhân tiêu chảy thông thường, em có dùng kháng sinh không ?

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

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

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

+ có tiêu chảy phân máu.

+ nghi ngờ tả mất nước nặng

+ xét nghiệm xác định có Gardia duodenalis và amip.

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

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

- Cô Cụ bảo :

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

- nếu trẻ nôn nhiều, chướng bụng, hay đi cầu quá nhiều.... thất bại điều trị.

- nên phải nhập viện theo dõi.

65. Một bệnh nhân bị lỵ trực trùng? Tả? em chọn lựa kháng sinh nào để điều trị?

- Lỵ trực trùng:

+ kháng sinh nên lựa chọn : Ciprofloxacin.

+ kháng sinh thay thế : Pivocillinam hoặc ceftriaxone.

- Tả:

+ kháng sinh nên lựa chọn : Azithromycin.

+ kháng sinh thay thế : Erythromycin hoặc Doxycyclin.

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

- Theo cô Thảo dạy trên lớp

- ORS cũ nồng độ các chất Glucose, Na, Clo , độ thẩm thấu cao hơn ORS mới

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

+ giảm nôn khi uống ORS.

+ giảm khối lượng phân bài tiết.

+ giảm thời gian tiêu chảy kéo dài.

+ giảm nhu cầu truyền dịch không theo phác đồ.

- Trong sách ghi thêm :

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

67. Kể tên một số chế phẩm kẽm ?

- Dạng viên

+ TOZINAT.

Thành phần:

Kẽm gluconat.....
.....70 mg (tương đương 10 mg Kẽm)
Tá dượcvũ 1 viên

+ FARZINCOL

Thành phần : - Kẽm gluconat..... 70 mg
(tương đương 10 mg kẽm)

.....

- Dạng Siro:

+ Atizinc Siro:

Thành phần : (mỗi 5 ml sirô chứa):

Kẽm.....10 mg

(Dưới dạng Kẽm gluconat.....70 mg)

+ bệnh viện TW Huế đi bệnh phòng thấy có loại:

GRAZINCURE (mỗi 5ml siro chứa):

Kẽm 10mg.....

.....

68. Liều ngộ độc kẽm là bao nhiêu ?

- Cô Cự giảng bài bệnh phòng:

+ liều ngộ độc kẽm $\geq 150\text{mg/ ngày}$.

69. Một bệnh nhân em chẩn đoán rota virus em cần phải khai thác gì ?

- Cô cự giảng bài bệnh phòng:

+ Tuổi.

+ Mùa.

+ yếu tố khởi phát.

+ tính chất phân.

70. Mô tả bệnh Hirschprung?

- Nguồn : Ngoại bệnh lý y Huế và sách nhi y huế

- Để chẩn đoán chia thành 3 thể:

a. Thể cấp tính : gặp ở gd sơ sinh tương ứng gpb lý là đoạn vô hạch dài 15-20cm.

- Dấu hiệu bao gồm:

+ Chậm đi phân su trong 24h

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

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

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

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

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

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

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

+ bụng có từng đợt bán tắc ruột tái diễn

+ thăm trực tràng có u phân ứ đọng.

+ sinh thiết trực tràng và chụp đại tràng □ chẩn đoán xác định

c. Thể mạn tính : xảy ra ở người lớn với chiều dài đoạn vô hạch $< 6\text{cm}$.

- Trẻ nhập viện vì ;

+ bán tắc ruột, kéo dài trường diễn.

+ SDD, chậm phát triển thể chất tinh thần.

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

+ Tiền sử táo bón kéo dài từ lúc sinh

+ X quang, sinh thiết □ chẩn đoán xác định.

Bonus thêm:

+ H/ả X quang : h/ả tắc ruột thấp, đại tràng giãn nhiều hơi, ở trẻ lớn có h/ả u phân lấm tấm ở hố chậu

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

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

71. Điều trị bệnh Hirschprung?

Nguồn : ngoại bệnh lý y huế.

- **Điều trị nội khoa** : chỉ để hỗ trợ cho ngoại khoa, chờ đến độ tuổi thích hợp.

Bao gồm :

+ hồi sức : với trường hợp tắc ruột cấp tính ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi

+ đặc hiệu : với trường hợp bc viêm ruột cấp tính: kháng sinh, bù dịch- điện giải, hồi sức chống choáng.

+ thụt tháo :

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

- Điều trị ngoại khoa

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

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

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

- Cô cứ đi bệnh phòng :

+ trẻ tiêu chảy nên cho ăn cháo thịt gà. Vì thịt gà chứa rất nhiều kẽm

+ thịt bò kẽm cũng rất nhiều, nhưng protein thịt gà dễ hấp thu hơn protein thịt bò.

+ Ngoài thịt gà, thịt cóc cũng rất nhiều kẽm. nhưng khó tìm.

Do vậy tốt nhất vẫn nên cho ăn cháo thịt gà.

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

Giao ban bệnh phòng cô Cự:

- Cô bảo khai thác xem

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

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

+ và tìm xem có bệnh kèm nào khác hay không?

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

- Cô cứ giao ban bệnh phòng :

+ 1 ngày là tiêu chảy cấp

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

+ Cả 2 đều điều trị theo phác đồ A.

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

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

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

Giao ban bệnh phòng cô Cự:

- Cho ăn như thế sẽ:

+ giảm tình trạng nôn xuống.

+ trẻ sẽ dung nạp và hấp thu tốt hơn.

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

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

Cô Cự bệnh phòng :

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

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

77. Các điểm đau ruột thừa?

- Có 3 điểm :

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

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

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

78. Các điểm niệu quản , buồng trứng ?

- Có 3 điểm niệu quản :

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

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

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

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

79. Thi ls: khi chẩn đoán một nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do bếp ăn tập thể ta cần làm gì nữa ?

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

- thứ nhất ko đc chẩn đoán dễ dàng

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

- vì thường mỗi cơ sở bếp ăn tập thể : khi nấu lên và đưa cho cá nhân ăn, thường người ta phải để lại một phần thức ăn.

Và dựa trên thức ăn đó, thì có thể xét nghiệm xem thực sự do bếp ăn hay không.

80. Thi ls; Mỗi chai dịch glucose cung cấp bao nhiêu năng lượng ?

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

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

- chai glycolyte 500ml chứa 7,5% glucose. 150 kcal.

Câu hỏi thi Ls: Sử dụng dữ kiện sau để trả lời các câu hỏi 81-84 sau : một bệnh nhân tiêu chảy cấp không mất nước, cho uống ORS

81. Triệu chứng như thế nào nghĩ đến bất dung nạp đường glucose?

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

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

82. Cơ chế gây tiêu chảy do glucose?

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

- Nói chung cơ chế : *tiêu chảy thẩm thấu*

83. Cơ chế gây tiêu chảy do virus?

- Theo sách giáo khoa nhi khoa VN :

+ Thì cơ chế gây tiêu chảy do Rota virus là tiêu chảy xuất tiết.

+ mà virus hay gây tiêu chảy nhất là rota virus.

Nên chắc câu này cơ chế : **tiêu chảy xuất tiết** rồi.

83. Bệnh nhân nôn 4 ngày trên bệnh nhân do rota virus có hợp lý không?!

- Trả lời : không, vì nôn do rota virus thường không quá 48h.

Tuy nhiên không loại trừ các nguyên nhân khác :

+ ví dụ như kẽm, vì bệnh nhân tiêu chảy hay cho kẽm. mà kẽm có mùi kim loại dễ kích thích gây nôn.

+.....

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

- Nhớ là cô dạy cho mấy anh chị Y6.

+ không mất nước là : mất <5% cân nặng.

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

+ mất nước nặng: mất > 10% cân nặng.

(nhớ chứ không chắc – từng đọc trong sổ giao ban của mấy anh chị).

85. Thi ls : khám còi xương thiếu vita D ntn?

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

+ chuối hạt sườn

+ to đầu chi

+ mềm hộp sọ

+ biến dạng đặc biệt ở lồng ngực: lồng ngực hình ức gà, chuối hạt sườn, rãnh harrison.

+ kèm theo giảm trương lực cơ.

86. triệu chứng hạ canxi máu do thiếu vitamin D ?

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

Dữ kiện trả lời câu hỏi 87- 89: Thi ls, bệnh nhân vào viện: Vàng da nghi tăng bilirubin gián tiếp/ khả năng do trước gan.

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

- vàng da sinh lí

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

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

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

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

- Đó là thể phù nhau thai.

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

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

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

- Dựa trên thang điểm P. Fort

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

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

90. Thi ls : chẩn đoán phân biệt NTNDTA do tự cầu với salmonella?

- Hỏi cô Cự, cô bảo :

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

91. thi ls : tại sao thời gian ủ bệnh của salmonella kéo dài ?

- Hỏi cô Cự : cô bảo thời gian ủ bệnh phụ thuộc vào số lượng vi khuẩn, sau đó về tìm hiểu tiếp ?

- Về đọc sách sau ĐH, số lượng vi khuẩn tại sao kéo dài vì :

+ khi nuốt phải VK, phần lớn vi khuẩn bị diệt bởi dịch vị dạ dày ở độ PH=2, nếu PH=5 không chết.

+ Số sống sót vào ruột non -> xuyên qua niêm mạc ruột , phần lớn cây ra ở hồi tràng,

xuyên qua các mảng peyer -> hạch bạch huyết -> tự nhân lên trong tế bào đơn nhân -> hạch mạc treo -> ống ngực -> máu.

+ tại hệ tuần hoàn, Vk sẽ bị loại bỏ bởi hệ thống lưới nội mô.

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

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

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

	Nôn	
	sốt	Không sốt
Táo bón	Đau bụng : tắc ruột cấp, lồng ruột cấp..	Đau bụng: VRT cấp, VP, viêm màng não, viêm hạch mạc treo...
Tiêu chảy	Viêm dd- ruột cấp:bao gồm rất nhiều bệnh do rotavirus, tự cầu, salmonella,....	
Phân bình thường	Viêm mũi họng cấp, viêm tai, NK đường tiết niệu..	Nhức đầu : HC tăng áp lực nội sọ. - TV qua lỗ hoành, suy thận, mùi acetone của Halenc, nôn thường xuyên....

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

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

+Nguyên nhân thần kinh ; Hc màng não, Hc tăng áp lực nội sọ,...

+ Nguyên nhân cấp cứu nội khoa: viêm tụy cấp,...

Sau đó đi vào từng nguyên nhân nhỏ hơn.

93. Thi ls : Đặc điểm viêm ruột thừa trên SA?

- kích thước ruột thừa > 6mm.
- đề không xẹp
- Có thâm nhiễm xung quanh.

91. Thi ls : Hình ảnh siêu âm và X quang của tắc ruột ?

- X quang:
 - + tắc ruột cao : mức hơi dịch nằm ở trung tâm, đáy rộng, vòm thấp.
 - + tắc ruột thấp : mức hơi dịch : đáy hẹp, vòm cao ở vị trí ngoại vi.
- Siêu âm : trướng hơi, quai ruột giãn, tăng nhu động.

92. Một bệnh nhân vào viện, nhìn phân gì, em nghĩ đến nguyên nhân thực thể?

Thấy mấy anh chị thi về làm :

Phân dạng bút chì do hẹp hậu môn.

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

lẫn dịch mật, không nhầy mũi. 4. Nôn >95%: trẻ thường nôn nhiều trong 24h đầu sau 36h hết nôn. 5. Hay gặp mùa đông xuân khô lạnh 6. Thường hết sau 1 tuần 7. Nếu sau một tuần đỡ, thường là biến chứng kém hấp thu đường thứ phát Thường ở trẻ < 2 tuổi.	5. Thường gặp mùa mưa, nóng
---	-----------------------------

- Một số đặc điểm tiêu chảy do virus:

- + sốt <39 độ
- + phân tóe nước, không nhầy mũi
- + viêm long đường hô hấp trên trước tiêu chảy : gặp trong 80%.

94. Men tiêu hóa có chức năng gì ?

- chống loạn khuẩn
- kích thích sản xuất IgA
- phục hồi khả năng hấp thu của niêm mạc ruột.

95. Khi mô tả phân cần mô tả gì ?

- số lần
- số lượng
- màu sắc
- tính chất phân.

Rotavirus	Vi khuẩn
1. Có viêm long đường hô hấp trên. 2. Sốt =< 39 độ 3. Phân tóe nước có màu hoa cải, do dịch ruột trộn	1. Không viêm long đường hô hấp trên 2. Sốt cao 3. Phân nhầy mũi 4. Đau bụng nhiều

96. trẻ suy dd, điều trị mất nước bằng dd Resomal, hỏi thành phần resomal?

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

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

- Ngừng ResoMal nếu:

+ Mạch, HA tăng.

+ TM cổ nổi.

+ Phù tăng.

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

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

- soi phân bạch cầu ++ thường hướng đến nhiễm khuẩn

98. tại bvtw huế, Soi phân có thể phát hiện được những con nào ?

- đến giờ phút này, mình mới biết được : phẩy khuẩn tả, lỵ amip(thể amip ăn hồng cầu),....

99. tại bvtw huế, cấy phân có thể phát hiện được những con nào?

- đến giờ phút này mình mới biết được : lỵ trực trùng shigella, salmonella, E.PEC, tả, Clostridium Difficile, tụ cầu....

Lưu ý : câu 98,99 cô Cự bảo tại VN chưa ghi nhận 1 trường hợp nào nhiễm Campylobacter jejuni (mà cô ns chưa chắc k nhiễm, mà do bên mình k có kist để làm).

100. Trẻ bị tiêu chảy nghi do Rota cách đây 1 tháng, nếu em là nhân viên y tế dự

phòng em có cho bệnh nhân uống vaccin rota nữa ko ?

Tham khảo thôi chứ không chắc :

- em vẫn cho bệnh nhân của em uống vaccin:

+ thứ nhất , lần trước bệnh nhân chỉ chẩn đoán là nghi do rota chứ không chắc chắn là rota hay không

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

101. bàn thi tiêu hóa cô Thủy : Kể tên tất cả các vaccin tiêm cho trẻ theo CTTCMR?

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

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

- Theo cô Thủy:

- + Hạ thân nhiệt: đặc biệt trời mùa lạnh như thế này.
- + Hạ đường huyết: do bữa ăn cách xa nhau.
- + do chính bác sĩ: khi khám không nhẹ nhàng, lật qua, lật về. Mà trẻ SDD nặng cơ tim thường rất nhỏ. Do vậy khi thăm khám cần hết sức nhẹ nhàng.

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

- Theo cô Thủy:

- + Làm các xét nghiệm để tìm bằng chứng viêm
- + Tìm các xét nghiệm tìm nguyên nhân trong đường tiêu hóa và ngoài đường tiêu hóa,

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

Nếu đối với TC cấp : Ăn điều trị, kiểm tra sữa: hạn sử dụng, thương hiệu, cách pha, cách uống....

Thì TC kéo dài: Nếu bú mẹ thì vẫn tiếp tục cho bú, và ngừng ngay tất cả các loại sữa công nghiệp đang uống -> chế độ giảm đường lactose.

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

Sau đánh giá mà trẻ vẫn còn tiêu chảy, thậm chí phải phối hợp thêm sữa đậm thủy phân (

nghe ngờ thêm dị ứng đạm). cuối cùng vẫn tiêu chảy có thể phải nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường TM.

104. Câu hỏi thi ls: Nếu bn phác đồ A, nhưng thất bại điều trị ORS , em làm gì ?

- Cho truyền glucose.

Thứ nhất để dự phòng mất nước, thứ 2 tránh trường hợp hạ đường huyết trên trẻ.

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

Theo cô Thủy:

- Ở trẻ > 1 tuổi, nếu có triệu chứng són phân lỏng thường là táo bón nặng.

- Do phân quá nhiều, gây làm giãn căng thành ruột, kích thích thành ruột gây viêm xuất tiết nên có thể gây són phân lỏng (giả tiêu chảy).

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

- câu này cô Thủy bảo là câu vớt điểm.

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

* Do chưa hoàn thiện cơ chế bài xuất phân :

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

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

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

* Do yếu tố tâm lý, giáo dục

* Do yếu tố dinh dưỡng:

+ uống ít nước

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

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

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

- câu này cô Thủy cũng nói nếu gặp bàn cô là câu vớt điểm.

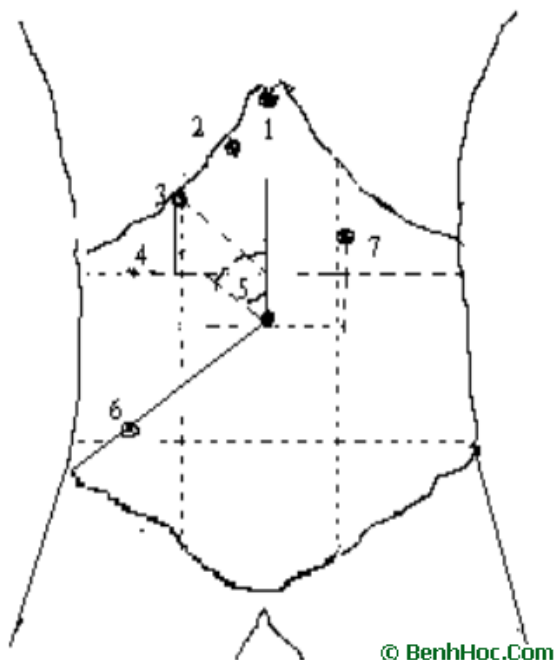
- Theo mình, thì câu này nguyên nhân hay gặp nhất là bệnh phình đại tràng bẩm sinh (Hirschprung).

Còn vì sao thì bó tay!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

108. Vẽ các điểm đau khi thăm khám đường tiêu hóa ?

- câu này cô Thủy cũng bảo là nếu gặp bàn cô là câu vớt điểm, nhưng không trả lời được thì rút.

- Tham khảo trang benhhoc.com.



Vị trí các điểm đau trên ổ bụng:

(1) Điểm thượng vị: nằm ở giữa đường nối mũi ức tới rốn

(2) Điểm cạnh ức phải : điểm giao giữa bờ sườn với đường hõm nách phải – rốn

(3) Điểm túi mật: Điểm giao giữa bờ sườn với đường hõm nách phải – rốn; hoặc tiếp giáp giữa bờ ngoài cơ thẳng bụng và bờ sườn phải.

(4) Vùng túi mật

(5) Vùng đầu tụy ống mật: - Vị trí: là tam giác cân đỉnh hướng về rốn, hai cạnh là: đường ức – rốn, hõm nách phải – rốn. Từ rốn lên 5 cm ở người thấp, 7 cm ở người cao.

(6) Điểm Mac Burney :

(7) Điểm đuôi tụy:

Thiếu kha khá nhiều : điểm niệu quản, điểm buồng trứng, điểm sườn lưng,....

- điểm Lanz: trên đường nối 2 gai chậu trước trên, cách đường giữa 1 ngón tay trở về bên phải (ngón tay bệnh nhân nhé)

thực ra trên tài liệu nc ngoài thì điểm Lanz là 1/3 ngoài đường liên gai chậu

- điểm Clado: giao điểm của bờ ngoài cơ thẳng bụng với đường liên gai chậu trước trên.

109. Biểu chứng sau khi uống vaccin Rotavirus?

- câu này cô Thủy bảo cũng là câu vớt điểm nếu gặp bàn cô.

- Mình có hỏi cô Thảo, thì cô nói:

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

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

110. các dấu hiệu thiếu sữa ở trẻ em ?

Cô Cự:

- nước tiểu vàng sẫm
- lên cân không tốt
- đi cầu ít
- Ngủ không được tốt.

Một trong những nguyên nhân là do sữa mẹ không được tốt.

111. tại sao nên cho trẻ bú từ đầu cho đến cuối bữa bú?

Cô Cự:

- Sữa đầu bữa bú: sữa trong, nhiều nước, nhiều đường và chất đạm.
- Sữa cuối bữa bú: sữa đục hơn do nhiều chất đạm.

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

112. Đạm và đường trong sữa mẹ và sữa bò?

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

113. tại sao nên cho trẻ bú trực tiếp mà không nên vắt sữa ra ?

Cô Cự:

- Vì cho bú: + sẽ gắn kết tình cảm mẹ con
- + khi gắn kết sẽ tiết ra các hormon tốt.

+ mẹ cho bú: nếu mà trẻ bị ốm, sẽ nhận thấy hôm nay trẻ bú không được mạnh

+ sữa bú trực tiếp tiết ra các chất dinh dưỡng tốt hơn

+ và cho trẻ bú, bú theo nhu cầu của trẻ.

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

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

114. thời điểm tốt nhất để cai sữa?

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

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

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

- Theo cô Cự bổ sung: nên cai sữa khi trời mát mẻ, khi con khỏe mạnh.

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

115. một số điểm khác giữa sữa mẹ và sữa công thức?

Theo slide của cô Cự:

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

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

116. tại sao pha sữa nên pha bằng nước sôi ấm ?

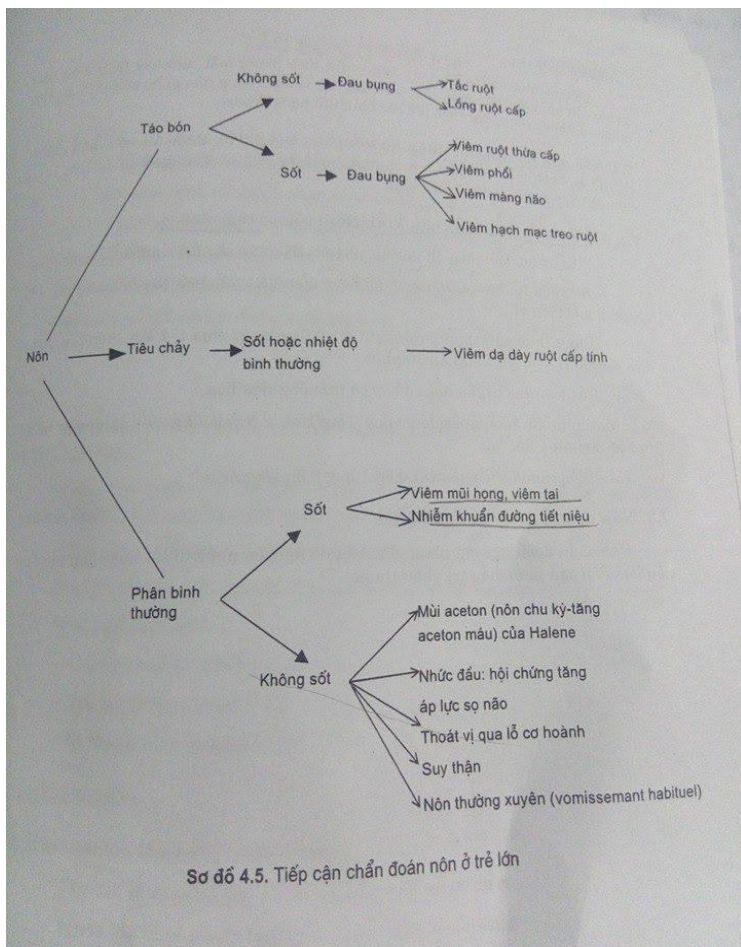
- Vì nếu dùng nước sôi quá nóng sẽ là mất dinh dưỡng và đặc biệt mất đi các vi khuẩn có lợi ở trong sữa.

117. câu hỏi thi ls của anh chị Y4 -4: kể tên các nguyên nhân gây vàng da tại gan.

- do viêm gan, do thuốc.

118. Tiếp cận chẩn đoán nôn ở trẻ ?

Nguồn: sách YHN.



119. Thi lâm sàng: Nôn là gì ? Trớ là gì ?

Nguồn: sách giáo trình ĐH Nhi Khoa tập 1 Y Huế.

- Nôn:

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

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

+ Thường phối hợp thêm buồn nôn và nôn khan.

- Trớ:

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

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

LOÉT DD-TT

120. nguyên nhân gây loét dd-tt ở trẻ em ?

- Theo cô Thủy:

- chia thành 2 nhóm nguyên nhân:

+ Nguyên phát: do HP

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

Lưu ý thêm xí: để chẩn đoán loét dạ dày ở trẻ em cần khai thác gì?

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

- stress nặng: trẻ có nằm viện dài ngày (ví dụ nằm ICU), biến cố lớn, bỏng...

- các thuốc sử dụng trước đó: aspirin, kháng viêm non-steroid, corticoid...

121. Thế nào gọi là đau bụng tái diễn?

- Theo cô Thủy:

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

123. Các nhóm nguyên nhân gây đau bụng tái diễn?

- theo cô Thủy;

- có 3 nhóm nguyên nhân gây đau bụng tái diễn

+ thực thể: chỉ chiếm 5% ở trẻ em, và nguyên nhân hàng đầu là loét dd-tt

+ cơ năng

+ tâm thần kinh.

124. Một case lâm sàng của cô Thủy?

Một trẻ đẻ non, nhiễm trùng sơ sinh sớm, đang dùng 3-4 loại kháng sinh thì xuất hiện triệu chứng đi cầu phân đen và nôn ra máu.

Những nguyên nhân nào có thể nghĩ đến trên bệnh nhân này? Vì sao?

- cô Thủy giải case lâm sàng.

- Thứ nhất mặc dù trẻ sinh ra, theo chương trình hiện này đều được tiêm mũi vitamin K1 tuy nhiên vẫn không thể loại trừ **xuất huyết giảm tỷ prothrombin**.

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

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

+ Do vậy chỉ còn con đường nội sinh: nhờ vi khuẩn chí đường ruột. mà như biết 10-12h sau sinh đường ruột trẻ hoàn toàn vô trùng,

kết hợp với dùng 3-4 loại kháng sinh làm rối loạn khuẩn chí

Do vậy chưa loại trừ nguyên nhân này

- nguyên nhân thứ 2: **do stress**, một trẻ đang nhiễm trùng sơ sinh sớm là stress nặng, kết hợp thở máy, đặt nội khí quản.... đây là các thủ thuật xâm nhập có thể làm stress nặng hơn.

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

Theo slide của cô Thủy

- tuổi <5 tuổi

- đau ngoài điểm quanh rốn

- cơn đau làm thức giấc buổi tối.

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

- sụt cân CRNN/ đứng cân

- tiêu chảy kéo dài nặng.

- tiểu khó, tiểu máu.

- khó nuốt.

- sốt không giải thích được.

- đau khớp.

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

- ấn đau 1/4 trên phải và 1/4 dưới phải.

- sờ thấy khối ở bụng.

- gan to, lách to.

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

- bất thường quanh hậu môn.

* xét nghiệm:

- máu ẩn trong phân.
- VS tăng
- bạch cầu máu tăng
- thiếu máu
- giảm albumin máu.

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

- Theo slide cô Thủy
- những đặc điểm bao gồm;
 - + đau bụng vùng thượng vị
 - + liên quan đến bữa ăn.
 - + làm thức giấc nửa đêm
 - + làm ảnh hưởng xấu đến tổng trạng
 - + kèm theo xuất huyết tiêu hóa.

127. Vài nét về HP?

- Nguồn; slide cô Thủy.
- HP: Helicobacter pylori
- Heli: có nghĩa là xoắn
- bacter: có nghĩa là khuẩn
- pylori: có nghĩa là sống ở hang, môn vị.
- Ngay từ tên đã thể hiện đây là xoắn khuẩn sống ở vùng hang môn vị của dạ dày
- Ngoài ra đây là vi khuẩn gram (-), có khả năng tiết ra men urease, làm thủy phân ure thành CO₂ và NH₃.
- Chính nhờ NH₃ vi khuẩn mới sống được trong môi trường acid dạ dày

- đây là vi khuẩn gây loét dd-tt, viêm dạ dày cấp hoặc mạn, viêm dd teo, k dạ dày....

128. Khi nào cần xét nghiệm kiểm tra hp ở trẻ em?

Nguồn; slide cô Thủy

- chiến lược test và điều trị không áp dụng cho trẻ em.
- đối với trẻ loét dạ dày cần đánh giá tình trạng H.pylori. Nếu HP(+) trẻ cần được điều trị và đánh giá lại tình trạng nhiễm khuẩn sau điều trị.
- không khuyến cáo đánh giá tình trạng nhiễm hp ở trẻ đau bụng chức năng.
- thiếu máu thiếu sắt (IDA)
- xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn mạn tính.
- không khuyến cáo xn ở trẻ kém phát triển thể chất.

129. các xét nghiệm chẩn đoán HP?

Nguồn: slide cô thủy

- Chia thành 2 test xâm lấn và không xâm lấn.
- test xâm lấn: để phát hiện vk trong mẫu sinh thiết niêm mạc dd qua nội soi: **cấy, test urea, mô học và phản ứng chuỗi polymerase (PCR).**
- test không xâm lấn: tránh được nội soi: **huyết thanh chẩn đoán, test hơi thở urea carbon 13 (BUT), test kháng nguyên trong phân.**
- lưu ý: không có xét nghiệm đơn thuần nào là tối ưu, việc lựa chọn phải dựa vào lâm sàng, khả năng sẵn có của từng nơi, sự thành thạo và yếu tố chi phí.

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

- Nguồn: slide cô Thủy.
 - Đánh giá tình trạng nhiễm hp nên tiến hành sau khi **ngưng PPI ≥ 2 tuần và ngưng kháng sinh ≥ 4 tuần.**
 - chẩn đoán nhiễm HP nên dựa vào:
 - + hình ảnh viêm dạ dày trên mô bệnh học và có nhiễm HP với ≥ 1 xét nghiệm khác ngoài xét nghiệm dựa trên mảnh sinh thiết.
 - + nuôi cấy vi khuẩn dương tính.
 - không nên sử dụng test phát hiện kháng thể (IgG, IgA), kháng HP trong máu, huyết thanh, nước tiểu và nước bọt trong chẩn đoán nhiễm HP trên lâm sàng.
 - Để chẩn đoán nhiễm HP cần lấy **≥ 6 mảnh sinh thiết dạ dày** trong quá trình nội soi.
 - + 2 từ thân vị và 2 từ hang vị để chẩn đoán theo tiêu chuẩn Sydney: viêm cấp/mạn, viêm teo, dị sản ruột, mức độ nhiễm HP.
 - + 2 (1 thân vị, 1 hang vị) để nuôi cấy vi khuẩn.
 - + 1 làm RUT (test urease nhanh).
- Tuy nhiên cô nói trên lâm sàng, họ chỉ lấy 1 mảnh.

131. các trường hợp âm tính giả của test urease nhanh qua mẫu sinh thiết ?

Nguồn slide cô Thủy và cô giảng

- mật độ vi khuẩn thấp: 10 mũ 4 -10 mũ 5: ko xác định được
- **đang xuất tiêu hóa:** lưu ý trường hợp này, để thi lâm sàng cô hỏi, bệnh nhân em đã chắc chắn loại trừ hp chưa khi test urease

nhANH (-), nếu có XHTH kèm theo thì nhớ nói là chưa loại trừ.

- teo niêm mạc dạ dày
- u MALT
- mới vừa sử dụng kháng sinh hoặc PPIs.

* Bonus thêm chút về test urease nhanh:

- test urease nhanh thường có 2 test: CLO-test (campylobacter like organism test) và pylori tek.
- CLO test có thể đọc kết quả sau 5 phút, 20 phút, 1 giờ, 3 giờ và 24 giờ.
- sau 24h, độ nhạy của test giảm xuống.
- CLO-test (-) màu vàng.
- CLO-test (+): màu hồng cánh sen.

132. khác nhau như thế nào giữa test hơi thở 13C và 14C ?

- Nguồn: slide cô Thủy và cô giảng.
 - Đồng vị C được sử dụng:
 - + 13C là carbon không phóng xạ (non-radioactive carbon-13).
 - + 14C là carbon phóng xạ (radioactive carbon -14) được phát hiện bởi máy phổ khối có liên hệ với đồng vị phóng xạ (isotope ratio mass spectrometry) 14C được đo bởi máy đếm nhấp nháy (scintillation).
 - Độ an toàn:
 - + 13C có thể được sử dụng an toàn ở phụ nữ có thai và trẻ em ở tất cả các lứa tuổi
 - + 14C chỉ được sử dụng an toàn ở phụ nữ có thai > 8 tuần và trẻ em > 4 tuổi.
- Chính vì vậy giá thành test hơi thở 13C > 14C.

133. chỉ định tiệt trừ HP ở trẻ em?

Nguồn: slide cô Thủy.

Guideline 2011	Guideline 2017
1. Loét đường tiêu hóa + trẻ nhiễm HP. 2. tiền sử ba mẹ bị k dạ dày + trẻ nhiễm HP. 3. Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ nguyên nhân khác + trẻ nhiễm HP. 4. Viêm dạ dày nốt + trẻ nhiễm HP.	1. loét đường tiêu hóa nhiễm HP. 2. XH giảm tiểu cầu v + trẻ nhiễm HP. 3. Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ n nhân khác + trẻ nhiễm HP. 4. Viêm dạ dày nốt + nhiễm HP.

134. câu hỏi thi lâm sàng cô Thủy: Kể tên các phác đồ điều trị HP?

Nguồn: slide cô Thủy

* Phác đồ 3 thuốc:

- PPI + Amoxicillin + Imidazole.
- PPI + Amoxicillin + Clarithromycin.
- PPI + Clarithromycin + Imidazole.
- PPI + Amoxicillin + Levofloxacin.

* Phác đồ 4 thuốc không có bismuth

- PPI + Amoxicillin + clarithromycin + Metronidazole.
- PPI + Amoxicillin + Metronidazole + Levofloxacin.

* Phác đồ 4 thuốc có bismuth.

- PPI + Amoxicillin + Metronidazole + Bismuth.
- PPI + Metronidazole + Tetracycline + Bismuth.

135. câu hỏi thi lâm sàng cô Thủy: Liều lượng các thuốc điều trị HP ?

Nguồn: slide cô Thủy.

Bệnh viện TW Huế dùng

- Amoxicillin 50mg/kg/ngày tối đa 1g/ngày * 2 lần/ngày.
- Metronidazole 20mg/kg/ngày tối đa 1g/ngày * 2 lần/ngày.
- Clarithromycin 15mg/kg/ngày tối đa 500mg/ngày * 2 lần/ngày.
- Tetracycline 15mg/kg/ngày tối đa 500mg/ngày * 2 lần/ngày.
- Bismuth subsalicylate 262 mg * 4 lần/ngày.
- PPI (omeprazole) 1mg/kg/ngày tối đa 20mg * 2 lần/ngày.

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

Thành phố HCM áp dụng

- Amoxicillin 50mg/kg/ngày => 75-100 mg/kg/ngày.
- Clarithromycin 15 mg/kg/ngày => 20-25 mg/kg/ngày.
- Metronidazole 20mg/kg/ngày => 25-30 mg/kg/ngày.
- PPI: 1mg/kg/ngày => 1,5-2mg/kg/ngày.

136. Phân độ xuất huyết tiêu hóa

Phân độ	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Khối lượng máu mất	< 15%	15-30%	30-35%	35-50%
Lâm sàng	Tĩnh táo	Lo âu, kích thích, lạnh	Lịm, li bì	Lơ mơ, hôn mê

Mạch	Tăng 10-20%	Nhanh > 150l/p	Nhanh > 150 l/p	Kh bắt hay bắt
Huyết áp	Bình thường	Hạ HA tư thế, giảm 10mmHg	Hạ HA tư thế, giảm 10 mmHg	Kh đo HA
Nhịp thở	Bình thường	Thở nhanh		
Refill	Bình thường	Kéo dài		
Nước tiểu	Bình thường	> 1ml/kg/giờ	< 1 ml/kg/giờ	Vô
Hct	Bình thường	< 20%		
Hb	Bình thường	< 7 g/l		

137. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên

- Sơ sinh

- + Nuốt máu mẹ
- + Loét DD-TT
- + Rối loạn đông máu

- Nhũ nhi:

- + Viêm thực quản
- + Viêm dạ dày
- + Loét DD-TT
- + Mallory Weiss
- + Vỡ giãn TMTQ

- Trẻ nhỏ

- + Viêm dạ dày
- + Mallory Weiss

- + Viêm thực quản
- + Loét DD-TT
- + Vỡ giãn TMTQ

- Trẻ lớn:

- + Viêm dạ dày
- + Viêm thực quản
- + Loét DD-TT
- + Mallory – Weiss
- + Vỡ giãn TMTQ

138. Tiêu chuẩn Forrest

Máu phun thành tia	Máu từ ĐM, nguy cơ tái XH rất cao
Máu rỉ thành dòng	Máu từ TM, nguy cơ tái XH cao
Mạch máu nhìn thấy	nguy cơ XH cao
Cục máu dính	nguy cơ XH cao
Có cặn màu đen	nguy cơ XH thấp
Đáy sạch	Không nguy cơ XH