

TRẺ THƯỜNG XUYÊN BỊ BỆNH

PGS.TS. Trần Thị Mộng Hiệp
Bộ Môn Nhi - Bộ môn YHGĐ
Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch
Ng. Trưởng khoa Thận-Máu-Nội Tiết BV Nhi Đồng 2

NHẮC LẠI

- Miễn dịch lúc sanh: IgG qua nhau thai và hoạt động +/- 7 tháng
- IgG mới được sản xuất rất thấp lúc sinh, và giống như người lớn lúc 3 tuổi
- Lỗ hổng về miễn dịch lớn nhất: giữa tháng thứ 6 và 9 (nguy hiểm...)
- Sữa mẹ cung cấp IgA bài tiết từ mẹ và các tế bào miễn dịch

NHẬP ĐỀ

Sống chung đặng, đông đúc => viêm đường hô hấp trên tái phát ở trẻ

Nhiễm trùng thường xuyên

- nhà trẻ : từ 7 tháng – 3 tuổi
- trường học: 3 - 7 tuổi

Từ 7 tháng đến 7 tuổi,

trẻ mắc 6 - 8 lần viêm đường hô hấp trên/năm =
BÌNH THƯỜNG

NHIỄM TRÙNG TÁI PHÁT

DO VẬY, CẦN CHỈ ĐỊNH CÁC XÉT NGHIỆM THĂM DÒ KHI:

- 10 - 12 đợt nhiễm trùng /năm
- viêm phế quản kéo dài và/hoặc tái phát
- có biến chứng (viêm tai thanh dịch, thở miệng...)
- cha mẹ quá lo lắng

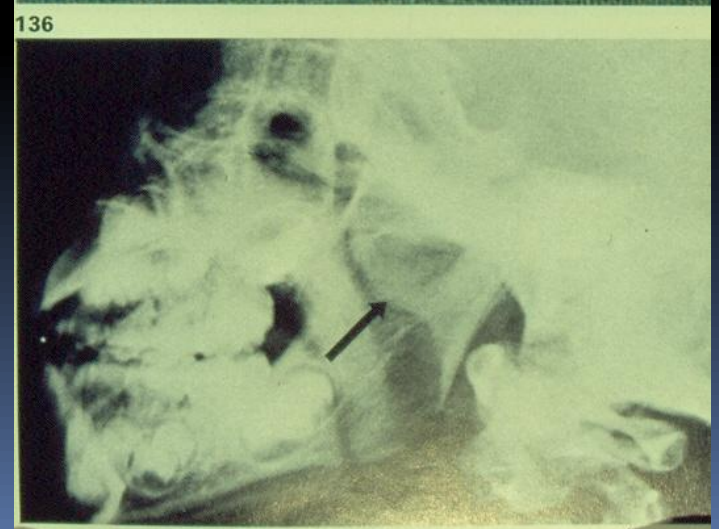
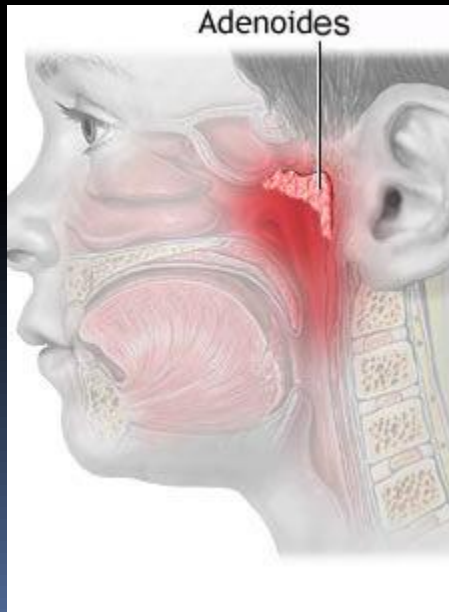


MỘT VÀI BỆNH LÝ GÂY NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TÁI PHÁT NHIỀU LẦN

VIÊM V.A (VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES)

« *polyp* »

chủ yếu từ 2 đến 4 -5 tuổi



VIÊM V.A

Nhiều hậu quả:

- nghẹt mũi-họng
- thở miệng
- vể mặt VA
 - dài
 - há miệng
 - hạch cổ



VIÊM V.A

Nhiều hậu quả:

Ngáy khi ngủ, ho về đêm

Nhiễm trùng tái phát

- viêm mũi, viêm mũi họng
- viêm phế quản
- viêm tai giữa cấp

VIÊM V.A

Nhiều hậu quả:

- Viêm tai thanh dịch ➡ rối loạn thính giác trước khi học nói
- Bất thường răng - hàm - mặt

Chỉ định nạo VA:

- Khó thở, cơn ngưng thở lúc ngủ
- Viêm tai giữa tái phát, viêm tai thanh dịch mạn
- Viêm đường hô hấp tái phát nhiều lần

VIÊM V.A

Chẩn đoán:

- BSGĐ:

- vẽ mặt đặc biệt
- viêm mũi họng, VTG tái phát
- nghe kém

-TMH:

- Đo thính lực
- nội soi mũi, tai
- RX vòm họng nghiêng (ít lợi từ khi có nội soi)



VIÊM TAI THANH DỊCH

Cần chẩn đoán sớm để tránh

- Tổn thương không hồi phục của tai giữa
- rối loạn ngôn ngữ và học tập

VIÊM TAI THANH DỊCH

Dấu hiệu báo động : trẻ

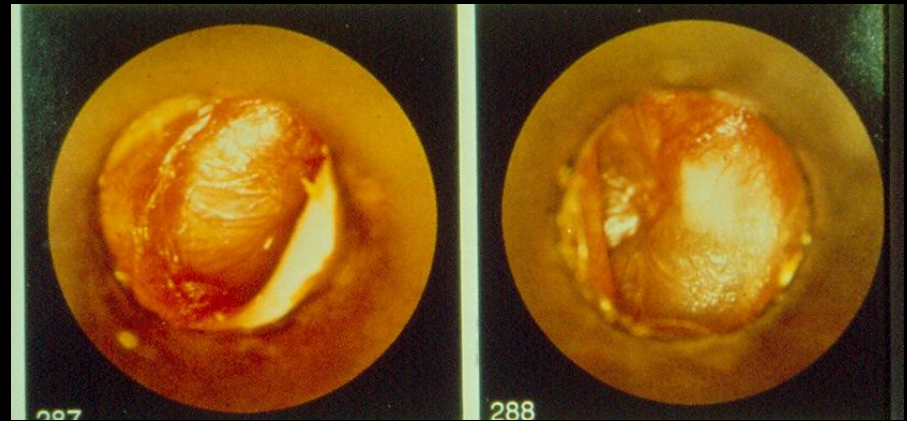
- không trả lời câu hỏi
- không phản ứng với sự gọi hỏi
- thường nói « ả » hoặc « cái gì »?
- nói to
- bật âm thanh Tivi to
- khó diễn tả mình muốn gì
- trẻ « khó tính »
- khó khăn về ngôn ngữ

VIÊM TAI THANH DỊCH

Chẩn đoán

Khám tai (BSGD)

- màng nhĩ co nhỏ
- không trong suốt
- tam giác sáng nhỏ lại
- tăng sinh mạch máu
- bóng nước hay dịch

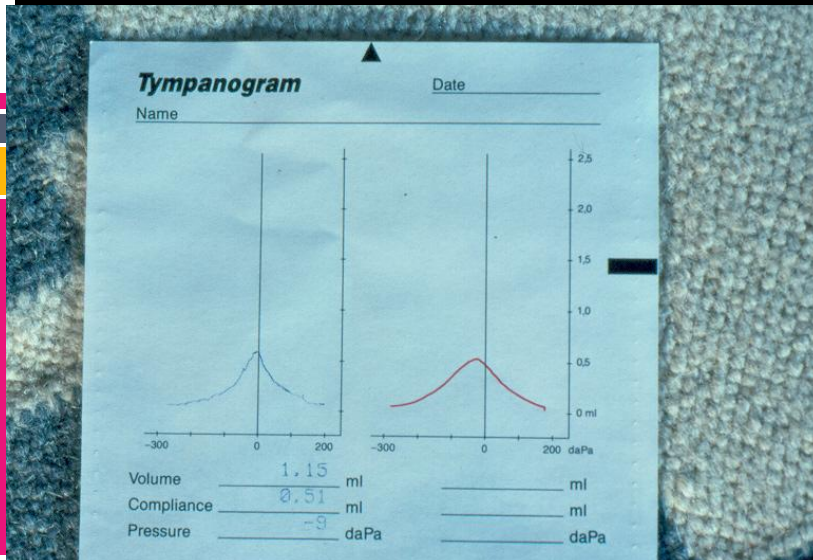


Màng nhĩ đỏ và đo thính lực (BS TMH)

VIÊM TAI THANH DỊCH



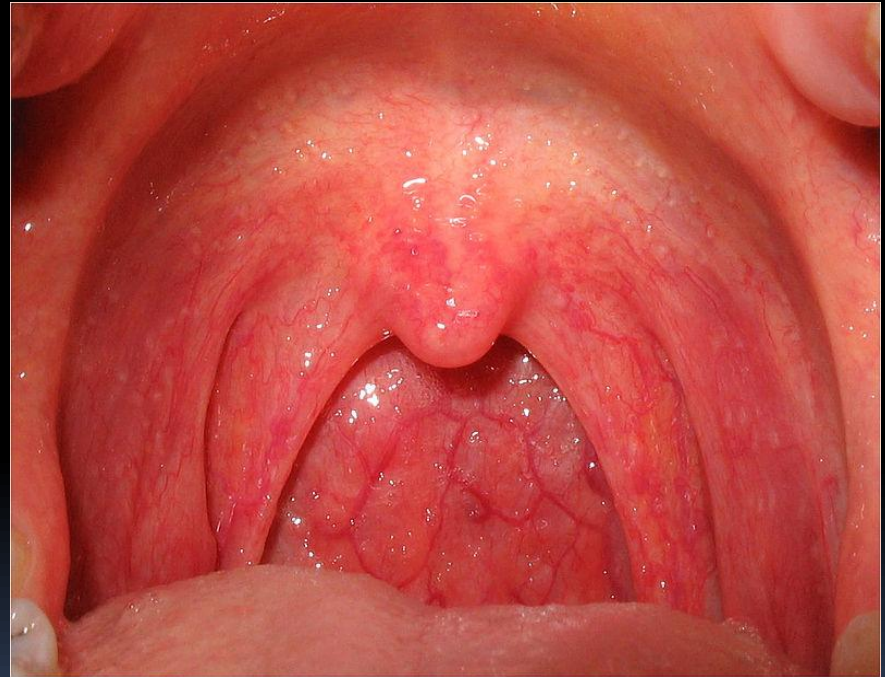
- **Điều trị**
 - kháng sinh nếu nhiễm trùng
 - giảm sung huyết
 - nạo VA



VIÊM AMIĐAN



Viêm họng trắng



Viêm họng đỏ

VIÊM AMIĐAN

Cắt amiđan:

- cần chỉ định chặt chẽ

nguy cơ do phẫu thuật

tác động tâm lý

- cần kiên nhẫn :

vì amiđan giảm kích thước vào 7-8 tuổi

Cắt amidan: chỉ định (ý kiến chuyên khoa)

Tuyệt đối:

1. Nghẹt thở hay ngưng thở lúc ngủ (bất kỳ lứa tuổi)
2. Rối loạn nuốt, nói
3. Phì đại 1 bên (lymphome ?)

Hợp lý:

1. Tái phát nhiều lần (> 5 lần /năm)
2. Viêm mạn tính, hốc mủ
3. Abscess quanh amidan tái phát
4. Dị tật bẩm sinh tim, nguy cơ viêm nội tâm mạc

Chống chỉ định: Rối loạn đông máu

DỊ ỨNG

Tần suất không ngừng tăng, một vài số liệu:

- 20% trong dân số bị dị ứng
- suyễn: 10% ở trẻ em, 5% ở người lớn...
- viêm mũi dị ứng: 15% dân số

DỊ ỨNG

Tần suất không ngừng tăng, tại sao?

- quá sạch
- nhà ẩm ướt
- thú vật trong nhà
- khói thuốc lá, ô nhiễm môi trường
- nuôi sữa nhân tạo



DỊ ỨNG

- 30 % trẻ mắc bệnh phế quản - phổi tái phát thường xuyên bị dị ứng
- Tiền căn gia đình rất quan trọng
 - 1 trong cha mẹ bị dị ứng = nguy cơ 25%
 - cả 2 cha mẹ bị dị ứng = nguy cơ 50%
- Ngoài ra, nhiều cơ quan ngoài đường hô hấp khác cũng bị

DỊ ỨNG

Nghĩ đến dị ứng khi:

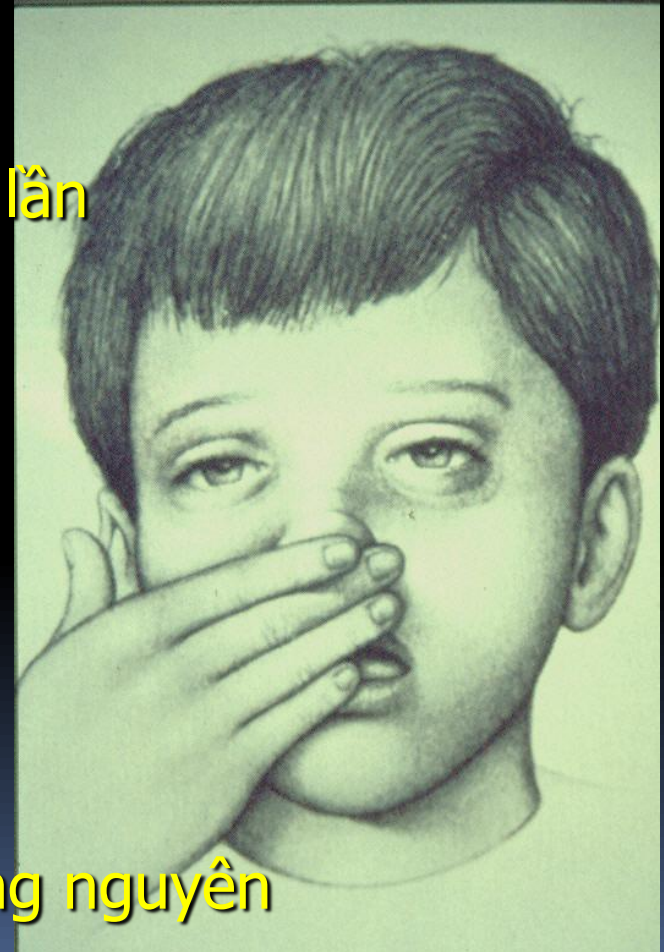
- đợt nhiễm trùng không sốt, hoặc sốt nhẹ
- đợt nhiễm trùng không đáp ứng với kháng sinh
- gia đình có tiền căn dị ứng
- tiền căn bản thân: cơ địa dị ứng (dị ứng thức ăn, mề đay, chàm...)



DỊ ỨNG

Nghĩ đến dị ứng khi:

- Viêm đường hô hấp tái phát nhiều lần
- Ho khi gắng sức
- Vẽ mặt dị ứng
- Nhảy mũi thường xuyên
- Ngứa mắt, tai
- Chảy máu mũi tái phát
- Cơ kích phát khi tiếp xúc với kháng nguyên



DỊ ỨNG

Chẩn đoán:

- Thường khó - tiền sử rất quan trọng,
- Tiền căn gia đình, bản thân
 - môi trường, thức ăn...
 - điều trị trước đây
- Khám lâm sàng kỹ lưỡng
 - triệu chứng đa dạng: ví dụ ho và suyễn gắng sức...
 - tìm bệnh lý TMH khi có nổi mề đay...

DỊ ỨNG

Xét nghiệm:

Khó trước 3 – 4 tuổi...

- IgE tăng

sơ sinh: 2 UI/ml

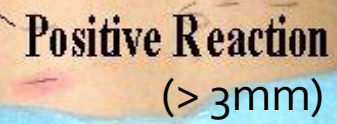
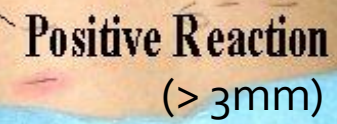
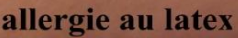
1 tuổi: 20 UI/ml

> 1 tuổi -12 tuổi: tuổi (năm) x 20 UI/ml

người lớn: 250 UI/ml

- Tăng Eosinophile

- Test trong da (intra-dermo): PRICK Test (BS TMH hoặc BS NHI thực hiện)



DỊ ỨNG

Điều trị:

1.- Tránh các kháng nguyên: bụi, thú nhồi bông, súc vật, nệm (mạt = acariens)...

2.- Tránh chất kích thích không đặc hiệu: khói thuốc lá, thức ăn gây dị ứng...



DỊ ỨNG

acarions: mạt, ve bét



Con gián



DỊ ỨNG

Nổi mề đay:

- đôi khi liên quan đến nhiễm trùng họng
- tìm được kháng nguyên trong 25% các trường hợp
- đôi khi khởi phát do thức ăn (histamine)

chocolat

cà chua

đồ hộp

cá

cua

rượu

trứng

thịt

đậu

chuối

Kiwi

dâu

DỊ ỨNG

Điều trị

- Thuốc



- Loratadine (claritine®) (từ 2 tuổi 5 ml/ngày)
- Cétirizine (zyrtec®)
- antileukotriènes (montelukast®)
- Ketotifene (zaditen®) (từ 6 tháng ½ mcpx2/ngày)



DỊ ỨNG

Điều trị

- Giải dị ứng bằng cách:
 - tìm dị ứng nguyên
 - cho tiếp xúc với kháng nguyên :
 - đường dưới da
 - đường dưới lưỡi



TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Định nghĩa:

- bất thường cơ năng của sự trưởng thành hệ thống chống trào ngược
- Rất hiếm: tổn thương thực thể (thoát vị qua hiatus)
- Mỗi quan hệ giữa « triệu chứng hô hấp/ trào ngược » đã được chứng minh

50 - 70 % ho kéo dài và suyễn: có trào ngược

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Bệnh cảnh thông thường ở trẻ nhũ nhi:

- nôn, ói
- viêm đường hô hấp, TMH tái phát, ho kéo dài
- có thể : cơn ngất, ngưng thở

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Cũng cần nghĩ đến ở trẻ nhũ nhi trước:

- thiếu máu thiếu sắt
- chậm tăng cân
- giấc ngủ không yên
- khóc không rõ nguyên nhân

Chẩn đoán phân biệt:

- hẹp môn vị hoặc bất thường khác đường tiêu hóa
- không dung nạp đạm từ sữa bò

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Tự hết trong 70% các trường hợp vì:

Thức ăn đặc hơn
vị trí đứng
cơ thể học hoàn chỉnh hơn

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Bệnh cảnh thông thường:

- nhiễm trùng TMH tái phát
- ho kéo dài
- VPQ kéo dài, lặp lại

Bệnh cảnh khi kéo dài:

- thiếu máu
- rối loạn tiêu hóa
- ói nhiều
- biếng ăn

Xét nghiệm: đo pH dịch dạ dày
siêu âm

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Điều trị

- đa số tự hết
- Hiếm khi can thiệp ngoại khoa

1. Biện pháp đơn giản

1.1. Chế độ ăn:

chia cử bú, ăn

chất làm đặc thức ăn (bột bắp, gạo, khoai mì)

trẻ lớn hơn: giảm chất béo, chocolat, nước cam, nước có gaz

tránh khói thuốc lá thụ động

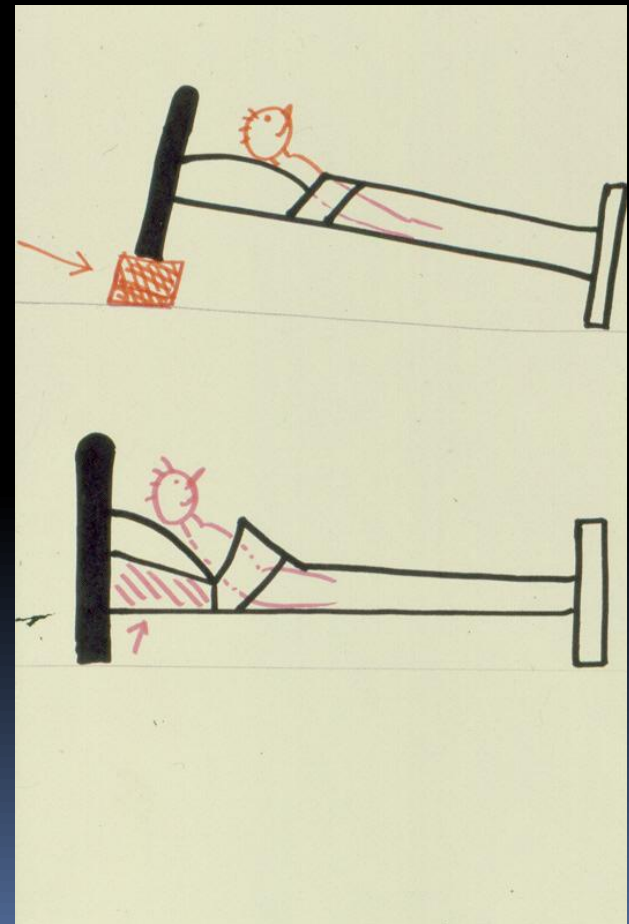
tránh tả lốt, áo quần bó chặt

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Điều trị

1.2. Biện pháp tư thế:

- nâng giường 30°
- vị trí thẳng sau bữa ăn



TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Điều trị

2. Thuốc: khi các biện pháp đơn giản thất bại

- nhóm bảo vệ niêm mạc:

Gaviscon: 1ml/kg sau bữa ăn và trước khi ngủ

Phosphalugel: 1ml/kg sau bữa ăn

Smecta: 1-3 gói/ngày



- nhóm "chống ói":

Dompéridone (Motilium): 2mg/kg/ngày, chia 4 lần (Không còn cho phép sử dụng?)

Métoclopramide (Primperan): 0,5 - 1mg/kg/ngày, chia 3-4 lần

- nhóm chống bài tiết: (khi các biện pháp trên đây thất bại, hiệu quả trên các biến chứng: viêm thực quản, hô hấp, thần kinh)

Oméprazole: 1 -2 mg/kg/ngày , 1 lần

Cimétidine (Tagamet): 3-40mg/kg/ngày, chia 3-4 lần

Raniditine (Azantac, Raniplex): 5-10mg/kg/ngày, chia 2 lần

THIẾU MÁU THIẾU SẮT

- Rất thường gặp : 35% theo các nghiên cứu
- giảm miễn dịch
- do thiếu cung cấp
- điều trị: sắt (phân đen)

SUY GIẢM MIỄN DỊCH

- Hiếm: (84 trẻ < 16 tuổi/1 triệu trẻ)
- Nghỉ đến khi:
 - vị trí nhiễm trùng thay đổi
 - nhiễm trùng nặng
 - nhiều biến chứng
 - vi trùng bất thường
 - kháng sinh có tác dụng, nhưng tái phát khi vừa ngưng thuốc
 - năm

SUY GIẢM MIỄN DỊCH

-Chẩn đoán:

- giảm kháng thể: đo IgG, IgA, IgM, Ig E
- giảm alpha 1 antitrypsine
- ý kiến chuyên khoa
- không quên rằng: « lỗ hổng miễn dịch » đến 24 tháng tuổi

Giảm Alpha 1 antitrypsine

Bệnh di truyền, do thiếu AAT. Tần suất: 1/5000

Alpha 1 antitrypsine (AAT): Glycoprotéine, NST 14

3 loại:

- . BT

- . Thiếu: 4% dân số (dị hợp tử)

- . Không có: diễn tiến suy gan, xơ gan (đồng hợp tử)

Điện di đậm: có thể bt

Định lượng: < 1g/l (bt: 1,03-2,16)

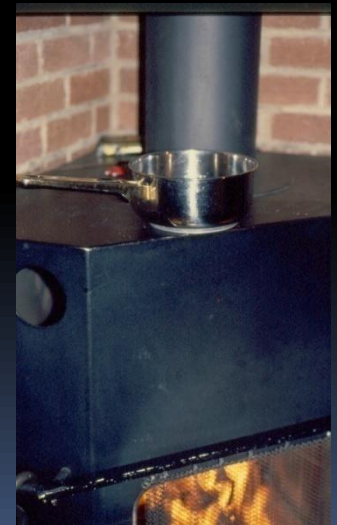
Lâm sàng:

- . Bệnh phổi kéo dài, suyễn

- . Tổn thương gan (dạng nhẹ: tăng men gan, nặng: xơ gan)

YẾU TỐ MÔI TRƯỜNG

- Khói thuốc lá thụ động
- không khí: khô (máy sưởi, máy lạnh)
- hồ bơi
- ẩm thấp (mốc)



YẾU TỐ TÂM LÝ

- thiếu thốn tình cảm trong gia đình
- cha mẹ quá nuông chiều
- bệnh mạn tính



TÌM NGUYÊN NHÂN KHI TRẺ BỊ MẮC BỆNH THƯỜNG XUYÊN

TÓM TẮT



TÌM NGUYÊN NHÂN

Xét nghiệm máu:

lấy máu 1 lần nếu có thể được và giải thích cho trẻ

Hb, HC, MCV

BC, trị số tuyệt đối éosinophile

Fer, ferritine

Ig G, M, A, E

Alpha 1 antitrypsine



TÌM NGUYÊN NHÂN

Trào ngược : pH métrie nếu được

Loạn sản phổi ở trẻ thiếu tháng : X quang phổi

Vật lạ đường thở

Bất thường bẩm sinh (phổi, tim...)

Dị ứng đạm sữa bò

Khói thuốc lá

Kháng nguyên đường hô hấp (acarions: nệm, thú nhồi bông, gối gòn, giường nệm)

Mèo, chim

Thức ăn: trái dâu, cá ngừ...