

# TIẾP CẬN TRẺ THƯỜNG XUYÊN BỊ BỆNH

PGS.TS. Trần Thị Mộng Hiệp  
Bộ Môn Nhi - Bộ môn YHGĐ  
Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

# 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 trị số giống như người lớn lúc trẻ 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 độn, 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 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

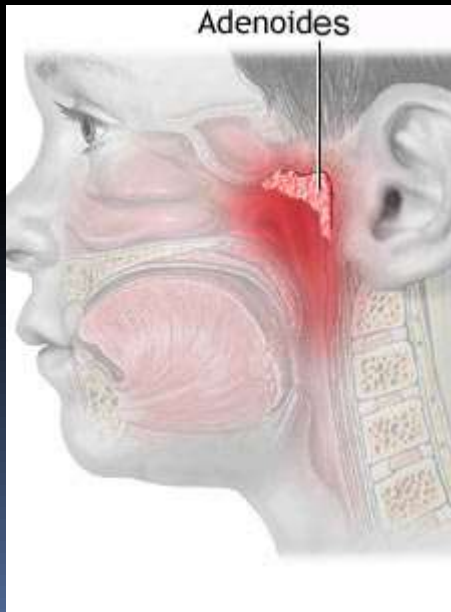


# MỘT VÀI BỆNH LÝ GÂY NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TÁI PHÁT NHIỀU LẦN

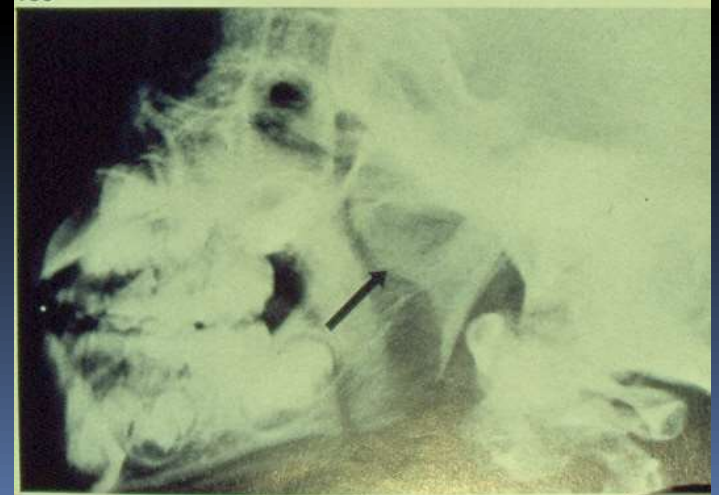
# VIÊM V.A (VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES)

« *polýp* »

chủ yếu từ 2 đến 4 -5 tuổi



136



# VIÊM V.A

Nhiều hậu quả:

- nghẹt mũi-họng
- thở miệng
- vẹo mắt 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:

BSGD:

- vể mặt đặc biệt
- viêm mũi họng, viêm tai giữa tái phát
- nghe kém

TMH:

- Đo thính lực
- nội soi mũi, tai
- RX vòm họng nghiêng (không cần 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 khi trẻ:

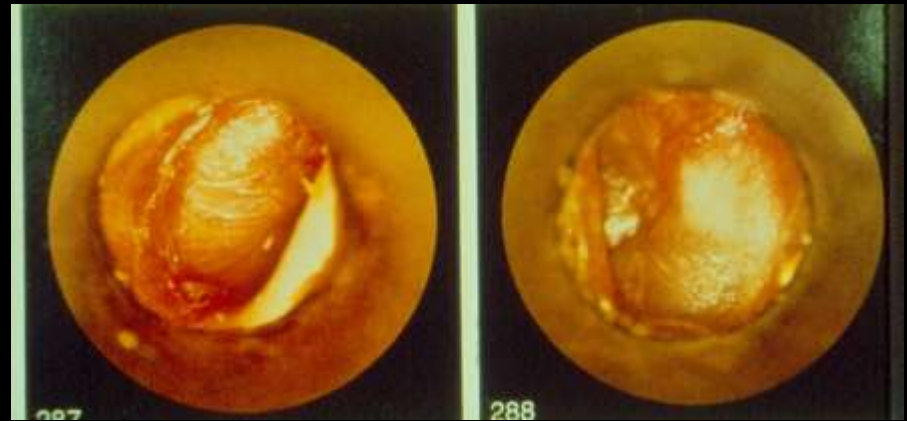
- không trả lời câu hỏi
- không phản ứng với sự gọi hỏi
- thường nói « ả » hoặc « cái gì »?
- nói to
- bập âm thanh tivi to
- khó diễn tả mình muốn gì
- trẻ « khó tính »
- khó khăn về ngôn ngữ

# 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



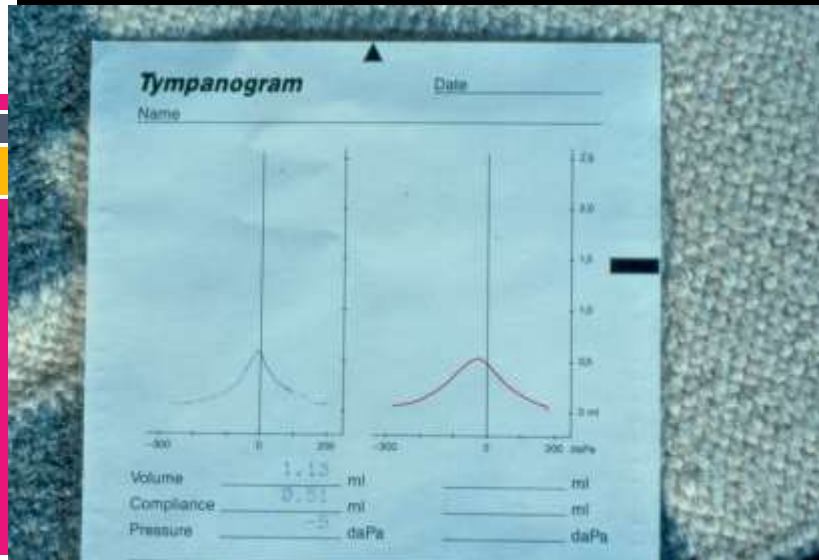
### Màng nhĩ đỏ và đo thính lực (BS TMH)

# 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
- Vết 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

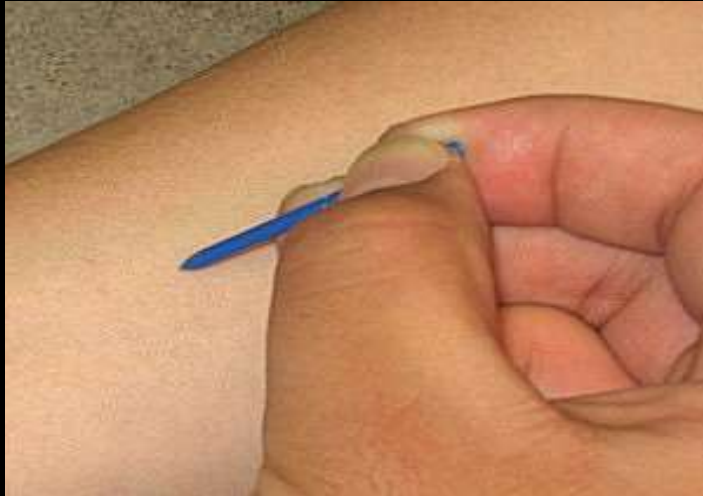
người lớn: 250 UI/ml

- Tăng Eosinophile

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



# PRICK test (prick = kim nhọn)



# 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

acariens: 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)



# DI 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
- Tư thế 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

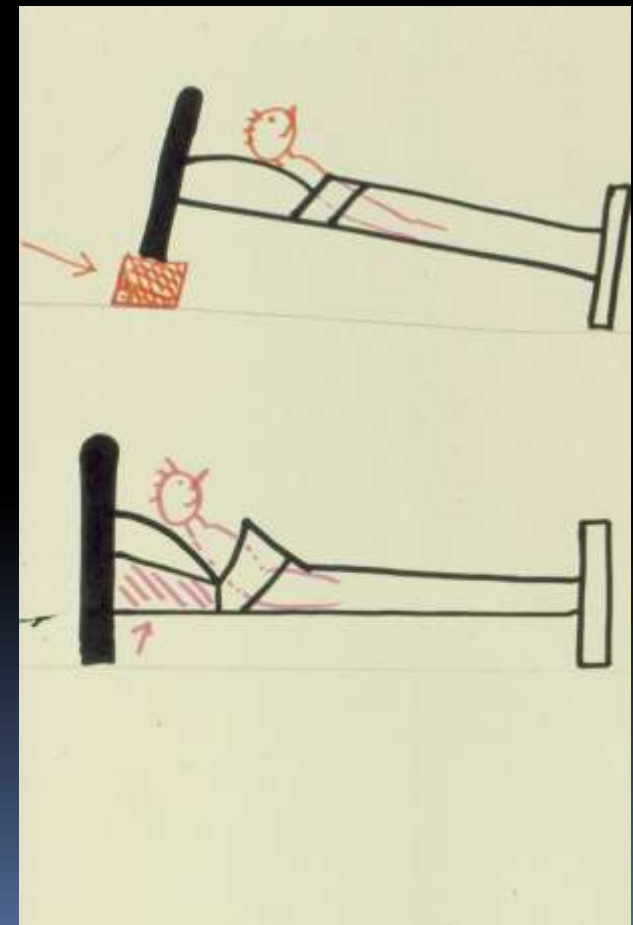
tránh khói thuốc lá thụ động  
tránh tã lót, áo quần bó chặt

# 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: 1-2 ml/kg/ngày, sau bữa ăn và trước khi ngủ

Phosphalugel: 1ml/kg sau bữa ăn

Smecta: 1-3 gói/ngày



#### - nhóm "chống ói":

Dompéridone (Motilium): Không còn được khuyến cáo

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 (thuốc ưu tiên hàng đầu)

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)
- Nghĩ 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
  - nấm



# 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): Glycoproteine, 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 đạm: 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)

**Ca lâm sàng:** bn 2 tuổi, viêm đường hô hấp tái phát nhiều lần, gan to 4 cm

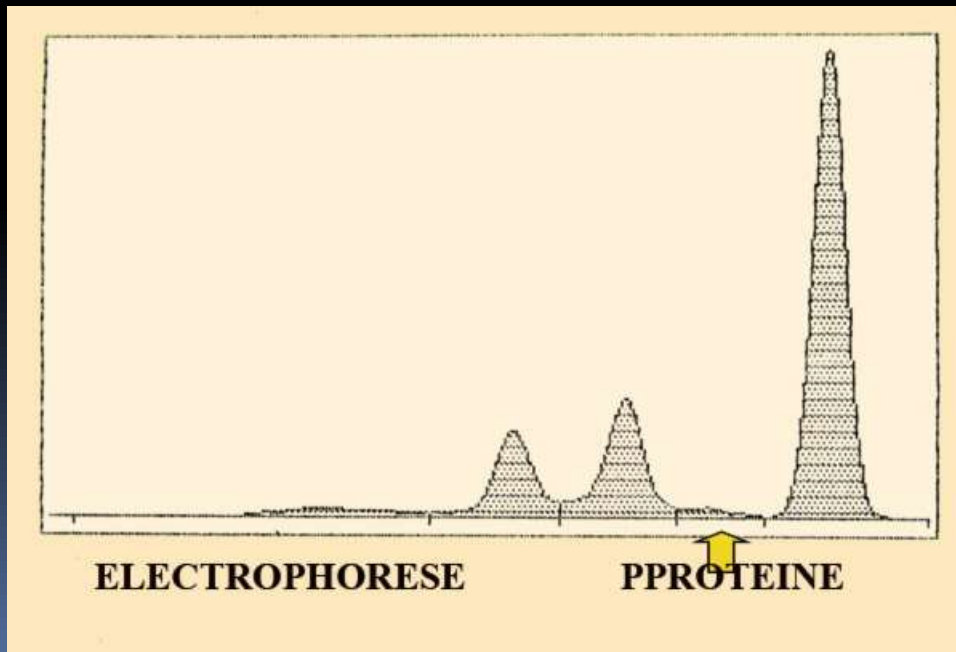
albumine : 37,7 g/l (37-47)

– alpha 1 globulines : 1,5 g/l (1-3)

– alpha 2 globulines : 1 g/l (9-11)

– gamma globulines : 3,3 g/l (7-14)

Định lượng AAT: 0,54 g/l



### Điều trị:

- Cuộc sống lành mạnh, tránh thuốc lá
- Chủng ngừa (phổi, gan ): VGSVi, cúm, phế cầu...
- Điều trị bệnh đi kèm
- Điều trị thay thế, suốt đời: tiêm AAT, 1 tuần /lần (chi phí cao: 150.000 USD/năm), hiệu quả chưa rõ

# YẾU TỐ MÔI TRƯỜNG

- Khói thuốc lá thụ động
- Không khí: khô (máy sưởi, máy lạnh)
- Hồ bơi
- Âm 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 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...