

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: CHĂM SÓC SƠ SINH

Ngành/nghề: Hộ sinh

Trình độ: Cao đẳng

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC SƠ SINH

Ngành/nghề: Hộ sinh

Trình độ: Cao đẳng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63H/QĐ-CDYT, ngày 26 tháng 3 năm 2020
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn Chăm sóc sơ sinh được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Hộ sinh của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động - Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Hộ sinh tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về Chăm sóc sơ sinh cho sinh viên/học viên Cao đẳng hộ sinh; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Hộ sinh tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên/học viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Hộ sinh nói chung và Chăm sóc sơ sinh nói riêng.

Giáo trình Chăm sóc sơ sinh đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên/học viên trình độ cao đẳng.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên/học viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu,

Ngày 22 tháng 02 năm 2020

Nhóm biên soạn

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Lăng Lâm Huy Hoàng

Tổ biên soạn:

1. Lăng Lâm Huy Hoàng
2. Nguyễn Kim Nhang
3. Vũ Long

MỤC LỤC

Bài 1. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG	1
Bài 2. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NON THÁNG	11
Bài 3. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH CÓ DỊ TẬT BẨM SINH.....	19
Bài 4. BÚ SỚM – NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ	27
Bài 5. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NHIỄM KHUẨN DA, RỒN	40
Bài 6. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH VÀNG DA	45
Bài 7. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH VIÊM PHỔI	57
Bài 8. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH XUẤT HUYẾT NÃO –MÀNG NÃO.....	64
Bài 9. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH TIÊU CHẢY	70

Tên môn học: CHĂM SÓC SƠ SINH

Mã môn học: HS. LT. 11

Thời gian thực hiện môn học: 60 giờ (LT: 14 giờ; TTBV: 44 giờ; Kiểm tra: 02 giờ)

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** Môn học Chăm sóc sơ sinh được bố trí sau khi học xong các môn học: Giải phẫu sinh lý, Chăm sóc sau đẻ.

- **Tính chất:** Môn học cung cấp kiến thức cơ bản về chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh đủ tháng, sơ sinh non tháng, sơ sinh bệnh lý; vai trò của sữa mẹ đối với trẻ sơ sinh và các chuẩn quy trình thực hành chăm sóc sơ sinh bệnh lý.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức:

1.1. Trình bày được đặc điểm giải phẫu, sinh lý, bệnh lý của trẻ sơ sinh đủ tháng và trẻ sơ sinh thiếu tháng.

1.2. Trình bày được nguyên tắc chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng và sơ sinh thiếu tháng.

1.3. Trình bày được nguyên tắc chăm sóc trẻ sơ sinh bệnh lý: nhiễm khuẩn da, nhiễm khuẩn rốn, vàng da, viêm phổi, xuất huyết não-màng não, viêm phổi.

2. Kỹ năng:

2.1. Vận dụng kiến thức đã học vào chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng và sơ sinh thiếu tháng.

2.2. Phát hiện và xử lý sớm các dấu hiệu bất thường của trẻ sơ sinh trong quá trình chăm sóc.

2.3. Thực hiện được biện pháp chăm sóc trẻ sơ sinh bệnh lý: nhiễm khuẩn da, nhiễm khuẩn rốn, vàng da, viêm phổi, xuất huyết não-màng não, viêm phổi.

2.4. Thực hiện được tham vấn và giáo dục sức khỏe cho người nhà về nuôi con bằng sữa mẹ.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

3.1. Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn cho trẻ sơ sinh.

3.2. Thái độ nhẹ nhàng, nâng niu khi tiếp xúc, chăm sóc trẻ sơ sinh.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC:

Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TTBV	Kiểm tra
1	Chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng	2	2		
2	Chăm sóc trẻ sơ sinh thiếu tháng	2	2		
3	Chăm sóc trẻ sơ sinh có dị tật bẩm sinh	1	1		
4	Bú sớm – Nuôi con bằng sữa mẹ	2	2		
5	Chăm sóc trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn da, rốn	2	2		
6	Chăm sóc trẻ sơ sinh vàng da	1	1		

7	Chăm sóc trẻ sơ sinh viêm phổi	2	2		
8	Chăm sóc trẻ sơ sinh xuất huyết não – màng não	2	1		1
9	Chăm sóc trẻ sơ sinh tiêu chảy	1	1		
10	Thực tập bệnh viện	45	0	44	1
Cộng		60	14	44	2

Bài 1. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức:

- Trình bày được đặc điểm của trẻ sơ sinh đủ tháng khoẻ mạnh.
- Trình bày được vai trò của chăm sóc đối với sơ sinh đủ tháng khoẻ mạnh.

Kỹ năng:

- Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ sơ sinh đủ tháng khoẻ mạnh.
- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng khoẻ mạnh.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng khoẻ mạnh.

NỘI DUNG:

Thời kỳ sơ sinh là thời kỳ được tính từ lúc trẻ ra đời tới hết tuần thứ 4 sau sinh. Đây là thời kỳ chuyển tiếp từ cuộc sống trong tử cung (hoàn toàn phụ thuộc vào người mẹ) sang cuộc sống hoàn toàn khác. Thời kỳ này trẻ phải thích nghi với cuộc sống bên ngoài tử cung trong lúc cơ thể còn non yếu, các bộ phận chưa hoàn chỉnh về chức năng. Vì vậy trẻ dễ mắc bệnh; bệnh thường nặng và dễ tử vong nếu không được chăm sóc chu đáo. Việc chăm sóc trẻ sơ sinh đòi hỏi phải tỉ mỉ, cẩn thận và sạch sẽ để tránh những nguy cơ cho trẻ.

Trẻ sơ sinh đủ tháng là trẻ có tuổi thai phát triển trong tử cung 9 tháng 10 ngày hoặc 38 đến 42 tuần hoặc 270 – 280 ngày tính từ ngày đầu của kỳ kinh.

1. NHỮNG BIỂU HIỆN BÊN NGOÀI CỦA TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG KHOẺ MẠNH

- Cân nặng lúc sinh > 2500g (theo WHO).
- Chiều dài cơ thể > 45 cm (theo WHO).
- Da hồng hào, lớp mỡ dưới da phát triển tốt, không thấy rõ các mạch máu dưới da.
- Tóc dài > 2cm; ít lông tơ, chủ yếu ở vùng vai, lưng, trán và thái dương; móng tay, móng chân đã cứng và dài hơn đầu ngón tay ngón chân.
- Con trai tinh hoàn đã xuống bìu, con gái môi lớn bao trùm âm vật và môi bé.
- Vòng rốn ở điểm giữa khoảng cách từ xương mu đến móm xương ức.

- Khóc to, điểm Apgar 8 – 10 những phút đầu.
- Trẻ nằm trong tư thế các chi gấp hẳn lại.
- Thở đều 40 - 50 lần /phút.
- Tiêu hoá: bú khoẻ, không nôn, đi phân su ngay trong ngày đầu.
- Không có dị tật bẩm sinh.

2. NHỮNG HIỆN TƯỢNG SINH LÝ XẢY RA TRONG THỜI KỲ SƠ SINH

Trong thời kỳ sơ sinh còn có một số hiện tượng sinh lý như:

- Vàng da sinh lý: gặp ở 60 - 80% số trẻ sơ sinh, là hậu quả của việc tăng giải phóng bilirubin do vỡ nhiều hồng cầu sau sinh, xảy ra trên một cơ thể mà chức năng chuyển hoá bilirubin của gan còn kém (không đủ men glucoronyltransferase: bilirubin không gắn được với acid glucronic, nên không tan trong nước, không đào thải được qua thận) và tính thấm thành mạch tăng, tạo điều kiện cho bilirubin ngấm nhiều vào tổ chức mỡ dưới da. Hiện tượng vàng da thường xuất hiện vào ngày thứ 3, rõ nhất vào ngày thứ 4 – 5 và thường hết vào ngày thứ 7 – 10, cá biệt có thể kéo dài đến tuần thứ 3 sau sinh. Hiện tượng này thường kéo dài hơn ở trẻ sơ sinh non, yếu. Do vậy, hiện tượng vàng da sinh lý chỉ thoáng qua và không cần điều trị gì. Nhưng nếu vàng da xuất hiện trước 24 giờ sau sinh hoặc kéo dài quá một tuần ở trẻ đủ tháng thì đều phải coi là bệnh lý, cần được theo dõi sát về lâm sàng và về xét nghiệm định lượng bilirubin trong máu. Lượng bilirubin toàn phần được coi là bệnh lý khi đạt mức trên 10mg/l.

- Sụt cân sinh lý: Thường gặp khoảng 80% số trẻ sơ sinh đủ tháng. Sụt cân xảy ra và tiến triển trong thời gian từ ngày thứ 2 – 4 sau sinh. Đến ngày thứ 4, trọng lượng của trẻ thường sụt khoảng 5 – 6%, đôi khi tới 6 – 9%, nhưng không bao giờ sụt tới 10% trọng lượng khi sinh. Trong thời gian này, trẻ không có các biểu hiện bệnh lý khác như sốt, khó thở, nôn, tiêu chảy, bỏ bú. Từ ngày thứ 4 – 5 trở đi, cân nặng dần dần được hồi phục và thường đến ngày thứ 10 – 15 thì cân nặng của trẻ được hồi phục trở lại như trọng lượng ban đầu. Một số trẻ cân nặng có thể hồi phục trở lại sớm hơn (vào ngày thứ 7 – 10 sau sinh). Nguyên nhân của hiện tượng sụt cân sinh lý là do trẻ bị mất nước qua da, qua hơi thở, nước tiểu, đi cầu phân su,... trong lúc trẻ bú ít, sữa mẹ ít và trẻ lại phải tiêu hao nhiều năng lượng, nhất là cho sự mất nhiệt. Khi thấy trẻ sơ sinh sụt cân nhiều từ 10% trở lên thì hiện tượng này không còn là sinh lý nữa. Trong trường hợp này, nếu trẻ không bị bệnh tật gì thì có thể do chế độ ăn chưa đáp ứng được nhu cầu của trẻ.

- Những biến động sinh dục: trẻ trai hay gái cũng thường thấy sung 2 vú, không đỏ, sờ thấy tròn mềm như hạch, đó là sữa non. Ngoài ra, ở trẻ gái còn có thể thấy hiện tượng ra vài giọt máu ở âm đạo. Đây là những hiện tượng xảy ra do ảnh hưởng nội tiết tố của mẹ sang con, do vậy sẽ tự hết sau 1 – 2 tuần.

- Có thể xảy ra hiện tượng rối loạn thân nhiệt: trong tuần đầu sau sinh, đôi khi thấy trẻ sốt nhẹ hoặc sốt cao 38 – 39⁰ C, trong khi trẻ hoàn toàn không bị viêm nhiễm. Hiện tượng này thường xuất hiện trong vài giờ, đôi khi có thể tái phát vài lần và kéo dài tới 2 – 3 ngày. Sốt có thể làm cho trẻ quấy khóc, thậm chí có thể co giật. Sốt thường xảy ra trùng với giai đoạn sụt cân sinh lý và nguyên nhân chính là sự mất nước của cơ thể. Do vậy, trong giai đoạn này cần cho trẻ bú nhiều và uống thêm nhiều nước. Về mùa hè nóng nực, không nên quấn quá nhiều tã lót cho trẻ.

Trẻ sơ sinh cũng có thể bị hạ thân nhiệt, đôi khi thân nhiệt có thể xuống tới 35 – 36⁰C. Nguyên nhân gây hạ thân nhiệt là do da của trẻ mỏng, mao mạch dưới da của trẻ rộng, trẻ được tiếp xúc với môi trường ngoài tử cung có nhiệt độ thấp hơn nhiều so với trong bụng mẹ (vì trẻ được đặt nằm trong phòng lạnh hoặc thời tiết lạnh, không được quấn đủ ấm) và có thể trẻ lại bị đói.

Sự chưa hoàn thiện về chức năng của trung tâm điều hoà thân nhiệt cũng có một vai trò nhất định trong hiện tượng rối loạn thân nhiệt nêu trên của trẻ sơ sinh.

- Hạ đường huyết là hiện tượng có thể gặp ở trẻ sơ sinh do trẻ bị đói (vì cho bú muộn). Do vậy, trong trường hợp không thể cho trẻ bú sớm được, thì nên cho trẻ uống nước đường trong thời gian chờ sữa mẹ.

3. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG KHOẺ MẠNH

Có thể khẳng định rằng tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bệnh tật của trẻ sơ sinh phụ thuộc chủ yếu vào chất lượng của việc chăm sóc. Trong việc chăm sóc và nuôi nấng đứa trẻ, cần đảm bảo 2 nguyên tắc chính là: sữa mẹ và vô khuẩn. Hai nguyên tắc này phải được áp dụng triệt để trong các nhà hộ sinh, khoa sơ sinh, nhân viên y tế cũng như bố mẹ các cháu.

Trong nhà hộ sinh cần có phòng riêng cho trẻ sơ sinh khỏe mạnh, phòng riêng cho trẻ sinh non, yếu và phòng riêng cho trẻ bị nhiễm khuẩn. Các phòng này phải sạch sẽ, ấm áp về mùa lạnh, thoáng mát về mùa nóng và không có gió lùa.

Tất cả nhân viên phục vụ đều phải mặc áo choàng, đội mũ và đeo khẩu trang mỗi khi chăm sóc hoặc thăm khám cho trẻ.

3.1. Chăm sóc trẻ ngay sau khi sinh

- Làm sạch đường thở bằng cách hút đàm dãi ở mũi họng càng sớm càng tốt (nếu trẻ khóc to thì không cần).

- Lau toàn thân cho trẻ bằng khăn khô và ấm.

- Cắt rốn có nhiều phương pháp:

+ Cắt rốn thông thường: cắt rốn cách vòng da rốn 2-3 cm bằng kéo đã hấp 120°C trong 30 phút; dùng cồn iod 1% để lau cuống rốn và chấm vào vết cắt, quấn bằng cố định bằng.

+ Kẹp - cắt rốn: Dùng kim chuyên dụng kẹp sát vòng da rốn (không kẹp vào da) bằng kẹp kim loại, dùng kéo cắt sát bờ trên kẹp, chấm cồn iod 1%, băng tháo.

+ Cắt rốn một thì: Dùng kéo cắt sát vòng da rốn, chấm cồn iod, băng vô khuẩn. Một số trường hợp có thể chảy máu rốn trong ngày đầu khi cắt rốn bằng phương pháp này.

- Băng rốn bằng băng vô khuẩn.

- Tính điểm Apgar cho trẻ ngay sau khi sinh (sau cắt rốn hoặc làm rốn).

- Xác định giới tính, kiểm tra phát hiện dị tật.

- Mặc áo, quấn tã lót đủ ấm, để trẻ nằm nghiêng một bên.

3.2. Chăm sóc hàng ngày

3.2.1. Nhận định

- *Màu sắc da:*

Bình thường da hồng hào, trên da có một lớp chất gây màu trắng hay vàng nhạt. Lớp mỡ dưới da phát triển tốt, không nhìn rõ các mạch máu dưới da. Có ít lông tơ phủ ở da vùng lưng, vai, trán, thái dương.

Nếu trên da có mụn mẩn đỏ hay tím tái thì cần cho trẻ đi khám ngay. Biểu hiện viêm da do liên cầu ở trẻ sơ sinh là bệnh lý hay gặp. Đó là những chấm nhỏ màu đỏ xuất hiện trên da toàn thân kể cả da mặt cùng với triệu chứng quấy khóc, sốt nhẹ. Sau 1 – 2 ngày có thể thấy xuất hiện những điểm trắng (mù) ở giữa các chấm đỏ đó.

- *Hô hấp:*

Thở là yếu tố quyết định sự sống của trẻ. Trong phút đầu sau sinh, trẻ chỉ có động tác hít vào, thể hiện bằng thở nấc. Sau đó, khi có tiếng khóc chào đời là lúc trẻ có động tác thở ra, hít vào với tần số khoảng 60 lần/phút, không đều, thỉnh thoảng có cơn ngừng thở ngắn 3 – 5 giây, đôi khi thấy co kéo nhẹ cơ hô hấp hoặc thở rên. Hiện tượng này sẽ

mất nhanh trong 1 – 2 giờ đầu. Sau đó nhịp thở ổn định dần, dao động trong khoảng 40 – 50 lần/phút.

Khi nhận định về hô hấp cần phải:

+ Quan sát kiểu thở, cơn ngừng thở: Trẻ thở có đều không? Nếu có cơn ngừng thở thì thời gian ngừng thở là bao nhiêu giây? Nếu cơn ngừng thở kéo dài, kèm theo có tím tái da và niêm mạc thì phải nghĩ đến bệnh đường hô hấp hoặc sang chấn não.

+ Nhìn xem trẻ có sùi bọt cưa không?

+ Nghe xem có tiếng thở bất thường như tiếng khò khè, tiếng thở rít.

+ Nhìn xem trẻ thở có phải gắng sức không? có dấu hiệu rút lõm lồng ngực không?

+ Đếm tần số thở của trẻ và xác định xem có bình thường không? Bình thường trẻ thở 40 – 60 lần/phút (phải đếm tần số thở trong một phút). Nếu trẻ thở > 60 lần/phút hoặc < 40 lần/phút; hoặc cơn ngừng thở kéo dài trên 10 giây; hoặc có tím tái hay sùi bọt cưa thì cần cho trẻ đi khám bệnh ngay.

- *Tim mạch:*

Nhịp tim của trẻ sơ sinh thường phụ thuộc vào nhịp thở, nên thường không đều, nhanh, dao động trong khoảng 140 – 160 lần/phút. Huyết áp của trẻ sơ sinh thấp, huyết áp tối đa vào khoảng 50 – 60 mm Hg. Ở nước ta, nhiều nơi chưa có huyết áp kế để đo huyết áp cho trẻ sơ sinh. Mạch của trẻ sơ sinh nhanh, nảy yếu, khó bắt.

- *Tiêu hoá:*

Bình thường trẻ bú khoẻ, trung bình 10 – 12 lần/ngày, mỗi bữa bú khoảng 18 – 20 phút (bú cả hai bầu vú nếu thiếu sữa; bú cạn từng bầu vú, luân phiên nếu nhiều sữa), sau khi bú trẻ thường ngủ lâu trên 2 giờ. Trẻ thường đi phân su trong ngày đầu. Ở trẻ khoẻ mạnh: bụng mềm, không chướng.

Nếu trẻ bú yếu, ngủ li bì hoặc chướng bụng, ngày đầu không đi phân su hay phân có tính chất khác thường thì cần cho trẻ đi khám bệnh.

- *Thân nhiệt:*

Bình thường, nhiệt độ của trẻ sơ sinh là: 36 – 37°C (ở nách). Nếu trẻ hạ nhiệt độ hoặc có sốt cần cho trẻ đi khám bệnh ngay.

- *Tiết niệu:*

Trong ngày đầu trẻ có thể tiểu rất ít hoặc không tiểu. Sang các ngày sau trẻ tiểu nhiều hơn. Trong tháng đầu trẻ có thể tiểu từ 20 – 25 lần/ngày, nước tiểu trong hoặc vàng nhạt.

- *Thần kinh:*

Hệ thần kinh của trẻ luôn trong tình trạng bị ức chế, cho nên trẻ ngủ suốt ngày. Có hiện tượng tăng trương lực các cơ gấp, do đó trẻ luôn luôn ở trong tư thế co tay, co chân, bàn tay nắm chặt.

Nếu trẻ quấy khóc hoặc nằm trong tư thế chân, tay duỗi thẳng, thì rất có thể trẻ bị các bệnh liên quan đến hệ thần kinh. Trong trường hợp này, thóp là cửa sổ, dựa vào đó có thể đưa ra được nhận định khách quan. Mặt khác, có thể bổ sung bằng việc nhận định phản xạ bú của trẻ. Đây là phản xạ bẩm sinh, chỉ có thể mất phản xạ này khi có tổn thương nặng ở não.

- *Các giác quan:*

+ Xúc giác: là giác quan phát triển tốt nhất. Khi ta vuốt nhẹ lên lưng hoặc ngực thì trẻ sẽ thở sâu hơn; sờ vào mi mắt - trẻ sẽ nhắm mắt lại; tiêm - trẻ sẽ khóc. Do đó, mỗi khi tiêm cho trẻ sơ sinh mà không thấy trẻ khóc thì việc thăm khám lại một cách kỹ lưỡng, toàn diện là rất cần thiết.

+ Thính giác: phát triển tốt, do vậy trẻ hay giật mình khi có tiếng động.

+ Khứu giác: phát triển tương đối tốt.

Khi mẹ bế, trẻ lúc lắc đầu để tìm vú mẹ, do nhận biết được mùi sữa.

+ Vị giác: Tuy đã phát triển nhưng chưa hoàn thiện. Trẻ thích vị ngọt, do đó nhiều trẻ bỏ bú mẹ sau khi được cho bú sữa tổng hợp ngọt hơn. Đây là điều chúng ta cần lưu ý khi hướng dẫn các bà mẹ cho trẻ ăn hỗn hợp.

+ Thị giác: Là giác quan kém phát triển nhất. Trẻ nhìn không định hướng, có thể bị lè trong nhẹ, đôi lúc có rung giật nhãn cầu. Tuyến nước mắt chưa phát triển nên trẻ sơ sinh khóc không có nước mắt.

3.2.2. Chăm sóc

- *Chăm sóc rốn:*

Bình thường, theo cách cắt rốn hiện nay ở nước ta, rốn rụng vào khoảng từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 7 sau sinh; trẻ sinh non rốn rụng muộn hơn. Với phương pháp kẹp - cắt rốn như ở các nước châu Âu, rốn thường rụng vào ngày thứ 3. Hiện nay, phương pháp này đã và đang được áp dụng trong một số bệnh viện lớn ở nước ta. Trong thời gian rốn

chưa rụng, phải thay băng rốn hàng ngày bằng băng đã được hấp vô khuẩn sau khi lau cuống rốn bằng cồn iod 1%. Tốt nhất là chỗ cắt rốn phải được rửa mỗi ngày 2 lần bằng một loại amoni bậc 4. Sau khi rốn rụng, vẫn phải lau rốn hàng ngày bằng bông thấm cồn iod sau mỗi lần tắm, không được để rốn ướt, bẩn khi rốn chưa liền. Có thể áp dụng phương pháp cắt rốn 1 thì: Cắt sát vòng da rốn, không buộc không kẹp, việc băng và chăm sóc rốn cũng không có gì đặc biệt.

Nếu thấy rốn rụng quá sớm, quá muộn hoặc rốn ướt, rốn có mũ cần phải đưa trẻ đi bệnh viện. Không nên rắc bất cứ một thứ thuốc bột hoặc bôi bất cứ một thứ thuốc gì vào rốn.

Nếu rốn bị lòi (sau khi rốn rụng) cần đặt vào rốn một cuộn băng nhỏ có đường kính bằng chỗ lòi, rồi băng lại.

- Chăm sóc da:

Ngày thứ nhất cần thấm khô và lau sạch lớp gầy ở các nếp gấp cổ, bẹn, nách, còn các vị trí khác chỉ cần thấm khô, tránh để mất lớp chất gầy, vì nó có tác dụng bảo vệ và dinh dưỡng da, giữ nhiệt độ cơ thể và chống nhiễm khuẩn. Sang ngày thứ hai dùng khăn ẩm và ướt lau hết các lớp gầy trên da cho trẻ.

- Tắm:

Tắm cho trẻ bằng nước sạch và ấm. Phải tắm trong phòng ấm và kín không có gió lùa. Phòng tắm cần phải đảm bảo nhiệt độ 28 – 30°C, nước tắm là nước chín ở khoảng 37 – 38°C, thời gian tắm một lần không quá 5 phút, cần tắm bằng xà phòng trung tính hoặc dung dịch tắm sát khuẩn cố độ toan. Không được nhúng trẻ vào chậu nước mà phải lau từng phần. Lúc đầu, lau nửa người trên, lau khô rồi quấn ấm cho trẻ; sau đó mới lau tiếp nửa người dưới. Sau khi lau khô, quấn ấm, đặt trẻ nằm nghiêng một bên (nếu trẻ đủ tháng) hoặc nằm sấp, đầu nghiêng về một bên (nếu là trẻ sinh non) để tránh sự trào ngược các chất từ dạ dày vào phổi. Trong thời gian rốn chưa rụng hoặc rốn chưa liền, khi tắm cần tránh không để ướt giấy rốn hoặc rốn.

- Nhỏ mắt:

Cần nhỏ mắt hàng ngày nhiều lần và sau mỗi lần tắm bằng dung dịch Normal Saline 0,9% hoặc bạc nitrat trong 8 ngày đầu. Nếu thấy có hiện tượng xuất tiết bất thường ở góc trong của mắt, thì cần phải nhỏ thuốc kháng sinh nhiều ngày hơn phối hợp với việc xoa bóp nhẹ góc trong của mắt vì đây là biểu hiện của viêm túi lệ. Nếu không có tiến triển tốt thì cần đưa đến bác sỹ chuyên khoa để thông ống lệ dưới.

- Cho bú:

Ngay sau khi sinh, trẻ đã có phản xạ bú, do vậy cần cho trẻ bú càng sớm càng tốt (để sữa xuống sớm và tử cung co hồi tốt). Phải tiến hành cho trẻ bú sớm bằng sữa mẹ, không nên để muộn quá 6 giờ sau sinh (sinh về đêm khuya, sinh mổ hoặc mẹ mệt thì có thể cho trẻ bú sau 4 – 6 giờ.). Trở ngại duy nhất của việc cho bú sớm là trẻ có thể nôn do bị kích thích bởi “niêm dịch” ở họng và dạ dày. Có thể loại trừ chúng bằng việc rửa dạ dày một hoặc vài lần với huyết thanh ngọt 5%.

Trong những tuần đầu tiên, trẻ phải được no bằng việc bú mẹ mỗi lần 1 hoặc 2 vú trong thời gian dưới 30 phút. Cho trẻ bú hết bên này rồi mới chuyển sang bên kia để tận dụng được nguồn sữa cuối có nhiều chất béo giúp trẻ tăng cân nhanh đồng thời kích thích quá trình tạo sữa. Do vậy, nếu sau khi cho trẻ bú mà vú vẫn còn sữa thì cần vắt kiệt sữa. Trong giai đoạn này, bà mẹ cần được ngủ nhiều, ăn no, ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng và uống nhiều nước để có đủ sữa cho con bú. Đối với mẹ, nếu có loại thức ăn cần phải tránh thì có chằng là các loại gia vị như hành, tỏi, thì là, rau thơm..., vì chúng gây cho sữa có mùi khó chịu, dễ làm cho trẻ bỏ bú.

Không nên đề ra các quy định chặt chẽ về số lần bú trong 24 giờ. Vấn đề là ở chỗ: “phải cho trẻ bú theo nhu cầu và theo khả năng hấp thu của mỗi đứa trẻ”. Nghĩa là: cho trẻ bú khi nó đòi, kể cả ban đêm. Đối với trẻ sơ sinh, để cân đối giữa thời gian thức và ngủ, trung bình nên cho bú 7 lần trong 24 giờ, có thể thay đổi trong khoảng từ 6 đến 8 lần. Trong trường hợp bú mẹ, không cần thiết phải cân trẻ trước và sau mỗi lần bú. Việc đánh giá xem trẻ ăn đã đủ chưa là dựa vào thái độ và mức lên cân của trẻ. Trung bình mỗi ngày trẻ tăng từ 20 đến 30g.

Nếu trẻ bú kém có thể hướng dẫn bà mẹ vắt sữa và cho trẻ ăn bằng thìa.

Nếu bà mẹ hoàn toàn không có sữa, có thể hướng dẫn để bà mẹ xin sữa ở những bà mẹ khác hoặc tư vấn cách sử dụng các loại sữa thay thế sữa mẹ một cách khoa học (phải chọn đúng loại sữa và pha đúng theo tuổi). Nếu không có sữa mẹ, phải cho bú bằng sữa tổng hợp thì nên cho uống Vitamin D sớm ngay từ tuần thứ 2, mỗi ngày 1500 - 2000đv. Cho trẻ uống ít nước nguội sau mỗi lần bú.

- Phòng nuôi trẻ:

Phòng nuôi trẻ phải đảm bảo thoáng, sạch, ẩm, đủ ánh sáng, tránh gió lùa, nhiệt độ trong phòng từ 28 – 30°C. Không nên để quá đông trẻ, tối đa 6 trẻ/phòng. Phải có đủ nước để rửa tay, có đủ phương tiện cấp cứu hoặc ở gần trung tâm cấp cứu.

- *Bảo vệ nhiệt độ cơ thể:*

Không được để trẻ ướt, phải thay tã lót ngay sau khi trẻ tiêu, tiểu. Mặc tã lót, quần áo cho trẻ bằng vải sợi bông, sạch và đủ ấm.

- *Tránh nguy cơ nhiễm khuẩn chéo:*

Nhân viên chăm sóc phải khoẻ mạnh, không có bệnh truyền nhiễm, phải rửa tay trước khi chăm sóc trẻ, có quần áo riêng để chăm sóc trẻ và phải thay thường xuyên.

Về nhà, trẻ phải được nằm ở phòng ấm về mùa đông, thoáng mát về mùa hè, giường, chiếu, chăn, màn phải sạch sẽ, thơm tho. Phải chuẩn bị đầy đủ quần, áo, tã lót hợp vệ sinh cho trẻ. Đối với trẻ, chất liệu tốt nhất là từ vải bông. Vệ sinh cá nhân đối với người mẹ cũng cần được quan tâm chặt chẽ.

- *Phòng bệnh:*

Trẻ sơ sinh rất dễ bị nhiễm lạnh, rất dễ bị lây bệnh, nhất là các bệnh truyền nhiễm. Sau khi sinh, phải đưa trẻ đi tiêm phòng lao: Tiêm 0,1ml vaccin BCG. Không dùng vaccin cho những trẻ đang sốt cao, nôn trớ nhiều hoặc đang bị các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính như: viêm phổi, nhiễm trùng huyết, những trẻ bị sang chấn thần kinh lúc sinh.

Cho trẻ tiêm Vitamin K để đề phòng bệnh xuất huyết não - màng não.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

- 1) Hệ thần kinh của trẻ sơ sinh luôn trong tình trạng bị ức chế, vì thế trẻ sơ sinh thường có biểu hiện gì?
 - A. Trẻ ngủ suốt ngày
 - B. Bàn tay nắm hờ
 - C. Có hiện tượng giảm trương lực các cơ gấp
 - D. Luôn ở trong tư thế duỗi tay, co chân
 - E. Luôn ở trong tư thế co tay, duỗi chân
- 2) Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng vàng da sinh lý là:
 - A. 30 - 40%
 - B. 40 - 60%
 - C. 60 - 80%
 - D. 80 - 90%
 - E. 90 - 95%
- 3) Tần số thở bình thường của trẻ sơ sinh đủ tháng?
 - A. 20 - 25 lần/phút
 - B. 25 - 30 lần/phút
 - C. 30 - 40 lần/phút
 - D. 40 - 60 lần/phút
 - E. 60 - 80 lần/phút
- 4) Thời gian tắm cho trẻ sơ sinh nên không kéo dài quá bao lâu?

A. 3 phút B. 5 phút C. 8 phút D. 10 phút E. 15 phút

5) Phòng chăm sóc trẻ sơ sinh không nên có số lượng trẻ quá bao nhiêu?

A. 6 B. 8 C. 10 D. 12 E. 14

Bài 2. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH THIẾU THÁNG

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được đặc điểm của trẻ sơ sinh thiếu tháng.

- Trình bày được vai trò của chăm sóc đối với sơ sinh thiếu tháng.

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ sơ sinh thiếu tháng.

- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh thiếu tháng.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh thiếu tháng.

NỘI DUNG:

Trẻ sinh thiếu tháng hay còn gọi là trẻ sinh non là những đứa trẻ ra đời trước thời hạn phát triển bình thường trong tử cung, có tuổi thai từ 28 - 37 tuần (theo định nghĩa của WHO). Những trẻ mới sinh có cân nặng dưới 2500g đều xem như trẻ sinh non; những trẻ có tuổi thai từ 21 – 28 tuần gọi là quá non. Những trẻ sinh ra dưới 20 tuần gọi là sẩy thai.

1. NGUYÊN NHÂN SINH NON

1.1. Do mẹ

- Những người mẹ sinh con sơ có tuổi đời quá trẻ (< 16 tuổi) hoặc quá già (> 40 tuổi), có mức sinh hoạt về kinh tế, văn hoá thấp, nghiện rượu, nghiện thuốc lá, lao động nặng trong lúc mang thai, không được chăm sóc khi có thai hoặc có những chấn thương lớn về tinh thần.

- Những người mẹ bị:

+ Các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính: sốt rét ác tính, cúm, sốt xuất huyết, viêm phổi.

+ Các bệnh nhiễm khuẩn mạn tính: lao, viêm gan, tiểu đường, giang mai, toxoplasmosis, bệnh tim, bệnh thận, bệnh thần kinh,...

+ Các bệnh phụ khoa: nhau tiền đạo, nhiễm độc thai nghén; hở eo cổ tử cung, sản giật,...

+ Các sang chấn ngoại khoa: mổ ruột thừa khi có thai, tai nạn giao thông, ngã,...

+ Các bệnh miễn dịch, di truyền, nội tiết: bất đồng nhóm máu Rh giữa mẹ và con, bệnh Basedow,...

1.2. Do con

Đa thai, thai dị dạng nặng.

2. ĐẶC ĐIỂM TRẺ SƠ SINH THIẾU THÁNG

- Hình thể ngoài:

- + Cân nặng: < 2500 g.
- + Chiều dài cơ thể: < 45 cm.
- + Da: trẻ càng sinh non, da càng mỏng, càng đỏ, nhìn càng rõ nhiều mạch máu dưới da, tổ chức mỡ dưới da càng kém phát triển và trên da càng có nhiều lông tơ, nhất là ở vai, lưng, hông, mặt, trán và tứ chi. Tổ chức vú và đầu vú chưa phát triển.
- + Tóc kém phát triển (thường dưới 2 cm) nhất là vùng trán và vùng đỉnh, vùng chẩm thường dài hơn.
- + Móng tay, móng chân ngắn, mềm, không trùm lên ngón chi.

Bảng điểm đánh giá tuổi thai sơ sinh non tháng theo Finstom

Điểm	1	2	3	4
Vòng sắc tổ vú	≤ 5 mm	5-10	≈10	>10
Đầu vú	Khó nhìn thấy	Xác định rõ	Nổi cao ≈ 2mm	Nổi cao > 2mm
Mạch máu dưới da	Thấy rõ mạch máu lớn ở bụng	Nhìn thấy một số mạch máu nhỏ	Rất ít mạch máu	Không nhìn thấy mạch máu
Tóc	Mềm như len	Dày mượt	Dài 2-3 mm	Dài > 3 mm
Móng tay	Chưa trùm kín đầu ngón tay	Trùm kín nhưng chưa rõ	Trùm kín đầu ngón, phân biệt rõ đầu móng	Trùm kín đầu ngón, phân biệt rõ đầu móng
Sụn vành tai	Không có sụn ở phần dưới vành tai.	Sụn phần dưới vành tai mềm	Sụn phần ngoài vành tai	Sụn toàn bộ vành tai
Độ ve vẩy vành tai	(-)	(±)	(+)	(+)
Nếp da lòng bàn chân	(-)	1/3 phía ngón	2/3 bàn chân	Rõ toàn bộ

Bảng cách đánh giá tuổi thai sơ sinh non tháng theo Finstom

Tổng điểm	Chẩn đoán
7	27 tuần
8	28 tuần
9	29 tuần
10	30 tuần
11	31 tuần

Tổng điểm	Chẩn đoán
12	32 tuần
13-14	33 tuần
15	34 tuần
16	35 tuần
17	36 tuần

+ Tỷ lệ các phần cơ thể: chân ngắn; đầu to, chiều dài đầu >1/4 chiều dài cơ thể, thóp rộng, các rãnh xương sọ chưa liền; lồng ngực hẹp; xương mềm, vành tai chưa có sụn.

+ Trẻ sinh non thường nằm ở tư thế các chi luôn luôn duỗi (càng non chi càng duỗi thẳng), trương lực cơ giảm, trẻ ít cử động, dễ có hiện tượng thoát vị bẹn, thoát vị rốn.

+ Vòng rốn ở thấp, gần về phía xương mu.

+ Cơ quan sinh dục ngoài phát triển chưa đầy đủ: trẻ trai tinh hoàn chưa xuống bìu, trẻ gái môi lớn chưa phát triển không che kín được môi bé và âm vật. Hiện tượng biến động sinh dục hầu như không có: trẻ không sưng vú, vú của trẻ không có sữa non.

- Trạng thái thần kinh: trẻ thường li bì, ít phản ứng, khóc yếu, các phản xạ bẩm sinh yếu hoặc chưa có: phản xạ bú, phản xạ cầm nắm (Robinson), phản xạ bắt chộp (Moro) yếu.

- Chức năng các bộ phận như hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, thận, thần kinh, chuyển hóa chưa được hoàn thiện. Khả năng chống nhiễm khuẩn, khả năng điều hoà thân nhiệt và khả năng thích nghi với môi trường sống còn kém. Do đó, trẻ sơ sinh non yếu thường có nguy cơ tử vong cao. Theo thống kê cho thấy: tỷ lệ tử vong thường xảy ra cao nhất vào những giờ đầu, ngày đầu và tháng đầu sau sinh, vì vậy việc chăm sóc trẻ sơ sinh non yếu cần được quan tâm chu đáo ngay sau trẻ khi ra đời.

3. CHĂM SÓC

Tất cả trẻ sinh non đều có sự chưa trưởng thành về chức năng các cơ quan và sự thiếu hụt về dự trữ các chất trong cơ thể. Do vậy, khả năng thích nghi của trẻ sinh non với môi trường rất kém: trẻ dễ bị suy hô hấp, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn và có nguy cơ tử vong cao. Do vậy, vấn đề chăm sóc và nuôi dưỡng phù hợp ngay từ phút đầu sau sinh là rất quan trọng.

Nguyên tắc chăm sóc trẻ sinh non là:

- Đảm bảo hô hấp

- Trẻ phải được bú sữa mẹ
- Đảm bảo đủ ấm.
- Điều kiện vệ sinh vô khuẩn

3.1. Chăm sóc hô hấp

Trẻ sơ sinh non tháng thường có kiểu thở và nhịp thở sau:

- Kiểu thở bụng: khi hít vào bụng phồng lên, khi thở ra bụng xẹp xuống.

- Nhịp thở có chu kỳ: trẻ thở nhiều lần với cường độ tăng dần lên, rồi lại giảm dần xuống, tiếp theo là ngừng thở khoảng vài giây. Thời gian ngừng thở dài, ngắn khác nhau và có thể kéo dài tới 20 giây. Hiện tượng này có thể tồn tại vài tuần. Khi trẻ thở đều là dấu hiệu của sự trưởng thành. Nếu con ngừng thở kéo dài trên 30 giây, kéo theo tím tái rõ với sự chậm lại của nhịp tim, thì việc phục hồi hô hấp sẽ khó khăn hơn. Do vậy, nếu hiện tượng này lặp lại nhiều lần thì đòi hỏi phải được theo dõi sát sao, tốt nhất là bằng máy ghi (monitoring) và điều trị triệu chứng:

- + Kích thích da hoặc dùng các đệm nước
- + Uống Theophylin 1,5-4mg/kg/6giờ
- + Có thể phải sử dụng phương pháp giãn phế nang liên tục
- + Thở oxy trong con tím tái (không được thở oxy ngoài con tím tái nếu phổi bình thường, vì oxy ức chế trung tâm hô hấp).

3.2. Nuôi dưỡng

- Cung cấp đầy đủ năng lượng.

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ. Cho trẻ bú sớm ngay sau khi đẻ với số lượng sữa như sau:

- + Đối với trẻ sinh ra có cân nặng <1800g:

Ngày thứ 1:	25 - 30 ml/kg/24 giờ
Ngày thứ 2:	50 ml/kg/24 giờ
Ngày thứ 3:	80 ml/kg/24 giờ
Ngày thứ 4:	100 ml/kg/24 giờ
Ngày thứ 5:	120 ml/kg/24 giờ
Ngày thứ 6-7:	140 ml/kg/24 giờ

Từ tuần thứ 2 trở đi: nếu trẻ không trở, cho trẻ bú tăng dần từ 150 tới 200 ml/kg/ngày.

+ Đối với trẻ sinh ra có cân nặng 1800 - 2500g:

Ngày thứ 1:	60ml/kg/24h
Ngày thứ 2:	90ml/kg/24h
Ngày thứ 3:	120ml/kg/24h
Ngày thứ 4:	140ml/kg/24h
Ngày thứ 5:	150ml/kg/24 giờ

Trẻ có cân nặng càng thấp, càng ít ngày tuổi thì càng phải cho bú làm nhiều cữ. Ví dụ: Trẻ <1800g, ngày đầu có thể cho bú 12 cữ, sau đó giảm xuống 11, rồi xuống 10, xuống 9 và cuối cùng là 8 cữ/ngày.

Nếu trẻ chưa bú được thì phải dỗ bằng muỗng.

Nếu trẻ không bú hoặc không nuốt được thì phải đặt sonde dạ dày để theo dõi dịch dạ dày trước khi cho bú và để biết sữa cữ trước có tiêu hoá được không: Nếu dịch dạ dày trong hoặc có ít sữa vón là tốt; nếu dịch dạ dày đục bản, ú đọng nhiều (>1/4 số lượng sữa ăn cữ trước) hoặc có vẩn hồng thì phải hút hết dịch ra, nhịn ăn, theo dõi sát và báo Bác sỹ để ra y lệnh truyền dịch. Khi cho trẻ ăn qua sonde thì phải đưa sữa vào dạ dày từ từ.

Vì nhu cầu năng lượng của trẻ sinh non (130 - 140 kcal/kg/ngày) cao hơn trẻ đủ tháng (100 - 120 kcal/kg/ngày) và có sự thiếu hụt về dự trữ glycogen trong gan, do vậy trẻ rất dễ bị hạ đường huyết, nên khi trẻ ăn không đủ số lượng sữa thì phải truyền thêm dung dịch đường 10% và điện giải Na và K (1 - 2 mEq/kg/ngày) hoặc trẻ quá non, phản xạ nuốt kém thì cũng phải truyền dịch và cho ăn qua sonde.

Nếu trẻ bú được thì cho trẻ bú nhiều lần trong ngày theo nhu cầu. Nếu bú chưa đủ số lượng thì cần phải vắt sữa đồ thêm bằng muỗng.

Nếu không có sữa mẹ thì có thể xin sữa của các bà mẹ khác hay thay bằng sữa bò tách bơ.

Trẻ cần được cân hàng ngày trong những điều kiện giống nhau, để đánh giá sự lớn lên của trẻ, nghĩa là đánh giá chế độ nuôi dưỡng của chúng ta dành cho trẻ.

Cần phải ghi lại đều đặn vào phiếu theo dõi những thông tin về cân nặng, thân nhiệt, số lần đi phân, tính chất phân, tình trạng ú đọng trong dạ dày, tình trạng chướng bụng để điều chỉnh chế độ ăn của trẻ.

- Thuốc:

Chỉ dùng kháng sinh khi trẻ bị nhiễm khuẩn hoặc đe dọa bị nhiễm khuẩn như: mẹ chuyển dạ lâu, ối vỡ sớm > 12 giờ, trẻ ngạt, hít phải nước ối bản lần phân su hoặc trẻ phải chuyển từ xa tới bằng phương tiện không đảm bảo vệ sinh và đủ ấm.

Ngoài ra có thể tăng cường một số loại vitamin và muối khoáng:

- + Vitamin K: 2 - 5 mg tiêm bắp trong ngày đầu, chỉ tiêm 1 lần
- + Vitamin E: 25 UI/ngày trong suốt thời kỳ sơ sinh.
- + Vitamin C: 50 mg/ngày từ ngày thứ 2 - 3 cho đến hết thời kỳ sơ sinh.
- + Vitamin B₁: 5 mg/ngày từ ngày thứ 2 - 3 cho đến hết thời kỳ sơ sinh.
- + Vitamin B₆: 5 mg/ngày từ ngày thứ 2 - 3 cho đến hết thời kỳ sơ sinh.
- + Vitamin A: 1000 UI/ngày từ tuần thứ 2 trở đi trong suốt năm đầu.
- + Vitamin D 1000 UI/ngày từ tuần thứ 2 trở đi trong suốt năm đầu.
- + Sắt protoxalat: 50 mg/ngày từ tháng thứ 2 trở đi trong suốt 6 tháng.

3.3. Đảm bảo đủ ấm

Trẻ sinh non rất hay bị hạ thân nhiệt, do vậy ngay từ trong phòng sinh, trẻ non tháng phải được sưởi ấm: sử dụng các đồ vải khô và nóng trên bàn hồi sinh và đảm bảo nhiệt độ môi trường tối ưu đối với trẻ, luôn giữ nhiệt độ cơ thể trẻ 36,5 - 37°C. Nếu thân nhiệt của trẻ hạ xuống dưới 34°C thì khả năng hồi phục là rất khó khăn và dưới 32 - 30°C là không thể được. Nếu để trẻ nằm trong môi trường có nhiệt độ quá cao thì thân nhiệt của trẻ nhanh chóng tăng cao, có khi lên tới 39 - 40°C. Nhiệt độ thích hợp trong phòng nuôi trẻ non tháng là 28 - 35°C, thoáng và tránh gió lùa. Nên nuôi trẻ sinh non theo phương pháp Kangaroo - "phương pháp chuột túi" hoặc đối với trẻ có cân nặng <1800g, nên nuôi trong lồng ấp, nếu có điều kiện.

+ Phương pháp Kangaroo:

* Trẻ mặc áo mỏng, quần khô (nên có tã nylon quần ngoài để tránh tiêu tiểu vào người mẹ), đầu đội mũ.

* Đặt trẻ ở tư thế thẳng đứng hoặc hơi nghiêng sao cho ngực trẻ áp sát vào ngực mẹ, một bên má tựa vào ngực giữa hai bầu vú.

* Mẹ mặc áo quây, dùng khăn dài để giữ trẻ (địu) cố định ở vị trí nêu trên được an toàn và thuận tiện cho việc đi lại của mẹ. Mẹ có thể dùng áo thường ngày của mình khoác bên ngoài che đắp cho trẻ.

* Thời gian áp dụng: cả ngày và đêm, trừ khi tắm, tắm và khi mẹ phải đi vệ sinh.

* Phương pháp Kangaroo thường được áp dụng cho trẻ có trọng lượng trên 2000g hoặc có tuổi thai dưới 37 tuần.

+ Nếu nuôi trong lồng ấp thì phải đảm bảo nhiệt độ tiêu chuẩn sau:

Trọng lượng của trẻ	Nhiệt độ phòng hoặc nhiệt độ lồng ấp
1000 g	33 - 35°C
2000g	30 - 33°C
3000g	28 - 30°C

Trẻ > 1800 g thì không cần nuôi trong lồng ấp, mà nên dùng phương pháp “chuột túi” để giữ ấm cho trẻ hoặc ủ ấm bằng chườm nóng, lò sưởi.

Chú ý theo dõi nhiệt độ cho trẻ tối thiểu 2 lần trong ngày.

3.4. Điều kiện vệ sinh vô khuẩn

Trẻ sinh non là cơ thể rất non yếu, khả năng thích nghi với môi trường ngoài tử cung rất kém, nhất là khả năng chống đỡ với tình trạng nhiễm khuẩn, do vậy phải đảm bảo tốt điều kiện vệ sinh vô khuẩn.

- Nhân viên chăm sóc phải sạch sẽ, rửa tay trước và sau khi chăm sóc trẻ. Nên tổ chức một đơn vị đặc biệt nuôi trẻ sinh non bao gồm nhân viên phục vụ, các trang thiết bị, dụng cụ y tế và tã lót...riêng biệt, không chung với trẻ bệnh nhằm đề phòng lây chéo.

- Môi trường xung quanh phải đảm bảo sạch.

- Tắm trẻ:

Trẻ sinh non, do sức đề kháng kém nên cần phải giữ vệ sinh da. Do vậy, chúng phải được tắm rửa hàng ngày trên nguyên tắc: tắm bằng nước ấm, bằng xà phòng cho trẻ em (xà phòng trung tính), tắm nhanh, lau thấm khô. Vào mùa đông, mỗi lần tắm xong, nên xoa một lớp mỏng dầu parafin để giữ độ ẩm cho da và tránh mất nhiệt.

Khi tắm: trước tiên là phải rửa mặt, tắm nửa người trên rồi lau khô, quấn khăn ấm cho trẻ. Sau đó mới tiếp tục tắm nửa người dưới, khi tắm không được nhúng cả người trẻ vào chậu nước. Phòng tắm phải ấm, không có gió lùa.

Kết thúc mỗi lần tắm: mặc quần áo mềm bằng sợi bông, mỏng, nhiều lớp khi cần giữ ấm.

- Rốn, mắt cần được chăm sóc cẩn thận như trẻ sơ sinh đủ tháng.

Trẻ sinh non là những đứa trẻ rất yếu, rất dễ bị nhiễm khuẩn, khả năng thích nghi với môi trường ngoài tử cung rất kém và có tỷ lệ tử vong rất cao chiếm gần 80% số trẻ sinh non (tỷ lệ này càng cao ở những trẻ sinh quá non). Việc nuôi dưỡng và chăm sóc cho trẻ sinh non cần phải rất tỉ mỉ, chu đáo, tốn kém nhiều và cần phải có kinh nghiệm chuyên môn. Do vậy, nên chuẩn bị cho người mẹ có đủ sức lực để đón lấy đứa con khoẻ mạnh và tốt nhất là đề phòng cho trẻ khỏi bị sinh ra trước thời hạn. Đó là nhiệm vụ của các nhà sản khoa và chu sinh, cũng như của toàn xã hội.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

- 6) Trạng thái thần kinh của trẻ sơ sinh non tháng?
- B. Trẻ ngủ li bì B. Trẻ khóc yếu C. Trẻ ít phản ứng
- D. Trẻ có phản xạ cầm nắm (Robinson) yếu
- E. Tất cả các đặc điểm trên
- 7) Nhu cầu năng lượng của trẻ sinh non là:
- A. 110 - 120 kcal/kg/ngày B. 120 - 130 kcal/kg/ngày
- C. 130 - 140 kcal/kg/ngày D. 140 - 160 kcal/kg/ngày
- E. 160 - 170 kcal/kg/ngày
- 8) Tắm cho trẻ sơ sinh non tháng, cần chú ý điều gì?
- A. Tắm bằng nước ấm B. Có thể tắm bằng bất kỳ loại xà phòng nào
- C. Không tắm trẻ khi mùa Đông
- D. Tránh sử dụng dầu parafin để giữ độ ẩm cho da trẻ
- E. Tất cả các yếu tố trên
- 9) Phương pháp Kangaroo trong chăm sóc sơ sinh non tháng:
- A. Trẻ mặc áo mỏng, quần tã nylon, đầu đội mũ
- B. Ngực trẻ áp sát vào ngực mẹ, một bên má tựa vào ngực giữa hai bầu vú mẹ
- C. Mẹ có thể dùng áo thường ngày của mình khoác bên ngoài che đắp cho trẻ
- D. Thời gian áp dụng có thể cả ngày lẫn đêm
- E. Tất cả các yếu tố trên
- 10) Trẻ sơ sinh có cân nặng <1800g, ngày đầu có thể cho bú bao nhiêu cữ?
- A. 8 B. 10 C. 12 D. 15 E. 17

Bài 3. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH CÓ DỊ TẬT BẨM SINH

MỤC TIÊU BÀI HỌC:

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được đặc điểm của các dị tật bẩm sinh thường gặp.

- Trình bày được các triệu chứng giúp chẩn đoán các dị tật bẩm sinh thường gặp..

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để chẩn đoán các dị tật bẩm sinh thường gặp.

- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh có dị tật bẩm sinh.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh có dị tật bẩm sinh.

NỘI DUNG:

Dị tật bẩm sinh ở trẻ sơ sinh thường gặp là các dị tật bẩm sinh ở đường tiêu hoá, ngoài ra còn các dị tật ở tim, thận, ... Đa số những dị tật này cần phải được can thiệp ngay, nếu không trẻ sẽ tử vong do suy hô hấp như trong trường hợp thoát vị cơ hoành, teo thực quản. Một số trường hợp khác, tuy không cần can thiệp cấp cứu ngay nhưng cần phải phẫu thuật như tắc ruột, phình đại tràng bẩm sinh, hẹp phì đại môn vị hay tắc hoặc teo tá tràng. Vì thế, chẩn đoán sớm những dị tật này quan trọng để có thái độ xử trí và chăm sóc kịp thời.

1. TEO THỰC QUẢN

1.1. Dịch tễ học

- Teo thực quản là một bất thường bẩm sinh thực quản, thường gặp ở trẻ nhẹ cân.

- Tần suất gặp khoảng 1/4000 – 5000 trẻ sơ sinh.

- Phân loại thể lâm sàng theo LADD - GROSS:

+ Type 1: thực quản mất hẳn một đoạn, với 2 túi cùng ở đầu trên và dưới không kèm đường dò, chiếm khoảng 8 – 9%.

+ Type 2: teo thực quản với đầu trên thông với khí quản

+ Type 3: teo thực quản với đầu dưới thông với khí quản, thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 80 – 90% trường hợp.

+ Type 4: teo thực quản với 2 đầu thông với khí quản, nhưng chúng không thông thương với nhau.

1.2. Chẩn đoán

1.2.1 Trước sinh

- Đa ối.
- Không thấy bong hơi dạ dày.

1.2.2 Sau sinh

1.2.2.1. Lâm sàng

- Bú bị sặc, tím.
- Tăng tiết nước bọt, sùi bọt cưa.
- Dấu hiệu suy hô hấp: tím tái, thở nhanh, co lõm ngực, phổi ran ẩm, nỗ khi có biến chứng viêm phổi hít.
- Đặt sonde dạ dày bị vướng lại (8 – 10 cm), không vào được dạ dày
- Tìm các dị tật phối hợp: tim bẩm sinh, hội chứng VACTERL (dị tật cột sống, hậu môn, tim mạch, dò khí thực quản, thận niệu, tứ chi).

1.2.2.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang phổi giúp:
 - + Khảo sát hình ảnh gián tiếp của teo thực quản: sonde dạ dày dừng lại hoặc cuộn lại trong lồng ngực.
 - + Đánh giá hơi trong ruột non khi có dò khí – thực quản để phân loại teo thực quản.
 - + Khảo sát tổn thương nhu mô phổi: hình ảnh viêm phổi hít.
- Siêu âm bụng, tim: giúp phát hiện các dị tật phối hợp.

1.3. Điều trị và chăm sóc

1.3.1. Hồi sức trước mổ

- Giữ ấm.
 - Tư thế tránh trào ngược: nằm sấp, đầu cao 45°
 - Nhịn ăn.
 - Hút nước bọt liên tục qua sonde dạ dày đặt ở túi cùng trên thực quản với áp lực -10 đến - 20 cm H₂O.
 - Hỗ trợ hô hấp: thở oxy qua canulla mũi. Nếu không có hiệu quả, đặt nội khí quản thở máy.
 - Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ 3.
 - Nuôi ăn tĩnh mạch, điều chỉnh rối loạn nước điện giải.
 - Vitamin K1
- * Lưu ý: cần tiến hành hồi sức ngay khi được chẩn đoán và liên tục trên đường chuyển bệnh từ tuyến cơ sở lên tuyến trên. Chuyển ngay đến bệnh viện có chuyên khoa phẫu thuật sơ sinh không cần theo tuyến vì tiên lượng tốt nếu được phẫu thuật sớm vài giờ sau sinh khi chưa có biến chứng viêm phổi hít.
- Phẫu thuật: cột cắt đường dò khí – thực quản (nếu có). Nối thực quản 1 thì hoặc mở dạ dày ra da – nối thực quản thì 2.

2. THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH

- Thoát vị hoành bẩm sinh là tình trạng một hay nhiều cơ quan trong ổ bụng thoát vị lên lồng ngực qua các lỗ khiếm khuyết của cơ hoành, có thể kèm theo giảm sản phổi, tăng áp động mạch phổi.
- Giải phẫu sinh lý: Cơ hoành là một cấu trúc cân - cơ có hình vòm tạo thành vách ngăn ngăn cách khoang ngực với khoang bụng. Cơ hoành cấu tạo gồm hai phần: phần cân ở trung tâm và phần cơ ở ngoại vi. Phần cơ của cơ hoành có ba nguyên uỷ: phần ức, phần sườn và phần lưng. Về mặt phôi thai học, sự hoàn chỉnh vách ngăn cơ hoành xảy ra vào tuần thứ 8 của thai kỳ. Những khiếm khuyết trong quá trình hoàn chỉnh vách ngăn của cơ hoành trong thời kỳ phôi thai tạo ra các chỗ thông thương giữa khoang ngực với khoang bụng, làm cho các tạng trong khoang bụng thoát vị lên khoang ngực gọi là thoát vị hoành bẩm sinh. Hậu quả của thoát vị hoành bẩm sinh: thiếu sản phổi là hậu quả của sự chèn ép phổi trong một thời gian dài trong thời kỳ bào thai. Phổi có thể bị thiếu sản một hay hai bên. Mức độ thiếu sản và số lượng phổi bị thiếu sản quyết định đến khả năng sống còn

của trẻ sơ sinh sau khi chào đời. Ngoài ra còn các hậu quả khác: xoắn dạ dày, ruột xoay bất toàn, hoại tử, thủng dạ dày, ruột, giảm sản thất trái,...

2.1. Dịch tế học

- Có hai loại thoát vị hoành bẩm sinh chính: thoát vị Bochdalek và thoát vị Morgagni.
- Hầu hết thoát vị hoành bẩm sinh là thoát vị Bochdalek (90%), các tạng thoát vị qua lỗ khiếm khuyết ở sau bên của cơ hoành. 90% ở bên trái.
- Thoát vị Morgagni, chiếm khoảng 5-10% các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh, xảy ra qua chỗ khiếm khuyết ở phía trước của cơ hoành, 90% thoát vị Morgagni xảy ra ở bên phải.

2.2. Chẩn đoán

2.2.1 Trước sinh

- Đa ối.
- Thấy dạ dày ruột trong lồng ngực.
- Tiên lượng xấu nếu phát hiện trước 25 tuần, Karyotype bất thường, dị tật phối hợp.

2.2.2 Sau sinh

2.2.2.1. Lâm sàng

- Hội chứng suy hô hấp: tím tái, thở nhanh, co lõm ngực nặng, xảy ra sớm sau sinh.
- Lồng ngực phồng to, phế âm giảm 1 bên, tim nghe bên phải.
- Bụng lõm.

2.2.2.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang phổi thẳng: bóng hơi dạ dày, ruột nằm trong lồng ngực. Trung thất bị đẩy về bên đối diện
- Chụp dạ dày cản quang: chỉ định trong trường hợp chụp X quang phổi chưa xác định chẩn đoán. Thuốc cản quang theo dạ dày ruột nằm trong lồng ngực.

2.3. Điều trị và chăm sóc

2.3.1 Hồi sức trước mổ

- Nằm đầu cao 30⁰, nghiêng về bên thoát vị.
- Giữ ấm.
- Hỗ trợ hô hấp: không bóp bóng qua mask vì làm căng dạ dày. Thở oxy qua canulla. Nếu thất bại, đặt nội khí quản thở máy.
- Đặt sonde dạ dày dẫn lưu.

- Nuôi ăn tĩnh mạch.
- Điều chỉnh rối loạn toan kiềm, nước điện giải.
- Kháng sinh.
- Vitamin K1.

2.3.2. Phẫu thuật

- Đưa tạng thoát vị ở lồng ngực xuống bụng.
- Khâu kín khe thoát vị.
- Xử trí các dị tật phối hợp (nếu có)

3. TEO – TẮC RUỘT

3.1. Tắc tá tràng bẩm sinh

3.1.1 Dịch tế học

- Teo và hẹp tá tràng có xuất độ bằng nhau và thường gây tắc ở vùng bóng Vater.
- Nguyên nhân tắc ruột sơ sinh đứng hàng thứ 3.
- Tần suất : 1/10000-140000 trẻ sơ sinh sống.
- 50% có kèm theo dị tật bẩm sinh khác: hội chứng Down (30%), tim bẩm sinh (20%)

3.1.2. Chẩn đoán

- Mẹ đa ối.
- Nôn sớm trong ngày đầu tiên sau sinh, ra dịch mật, có thể muợn hơn khi tắc không hoàn toàn.
- Chướng vùng thượng vị.
- Tiêu phân su gặp trong 50% trường hợp.
- Chụp X quang bụng đứng: hình ảnh bóng đôi (double bubble sign). Hai bóng khí này chênh lệch bậc cầu thang, túi hơi bên phải thấp hơn và nhỏ hơn đó là của tá tràng giãn, túi hơi bên trái to hơn và cao hơn đó là của dạ dày giãn. Nếu thấy khí trong ruột non và ruột già có nghĩa là tắc không hoàn toàn.

3.2. Teo và hẹp hồng tràng, hồi tràng và đại tràng

3.2.1. Dịch tế học

Tần suất : 1/330-1/1500 trẻ sinh sống.

3.2.2. Chẩn đoán

3.2.2.1. Lâm sàng

- Mẹ đa ối.
- Ốc dịch vàng hoặc xanh (dịch mật) sau sinh.
- Không tiêu phân su.
- Dấu hiệu mất nước.
- Bụng chướng,
- Quai ruột nổi, thành bụng nề đỏ khi có biến chứng viêm phúc mạc.
- Đặt sonde hậu môn không ra phân.

3.2.2.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang bụng không cản quang: quai ruột non giãn, không có hơi trong trực tràng. Hình ảnh mức khí dịch. Hơi tự do trong ổ bụng khi có biến chứng thủng
- Siêu âm: hẹp lòng ruột, dấu tắc ruột.

3.3. Điều trị

3.3.1. Xử trí trước mổ

- Nằm đầu cao 30°.
- Thở Oxy qua canula.
- Đặt sonde dạ dày dẫn lưu giải áp.
- Nuôi ăn tĩnh mạch, điều chỉnh rối loạn nước - điện giải.
- Kháng sinh.
- Giữ ấm.

3.3.2. Phẫu thuật

Can thiệp phẫu thuật sớm ngay sau khi điều chỉnh rối loạn nước - điện giải. Phẫu thuật nối ruột tận - tận (1 thì) - mở hậu môn tạm.

4. BỆNH HIRSCHSPRUNG (PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH VÔ HẠCH)

Bệnh Hirschsprung (Harold Hirschsprung: 1830 – 1916, bác sĩ người Đan Mạch) còn gọi là bệnh phình đại tràng bẩm sinh vô hạch, là một bệnh do các tế bào thần kinh

phó giao cảm cơ ruột không di chuyển xuống tới đoạn ruột ở phía dưới (không có tế bào hạch trong các đám rối cơ ruột (đám rối Auerbach) và đám rối dưới niêm mạc (đám rối Meissner)). Bình thường sự di chuyển này sẽ hoàn thành vào tuần thứ 12 của thai kỳ, trong đó sự di chuyển từ giữa đại tràng ngang đến hậu môn phải mất 4 tuần. Do đó, hầu hết các trường hợp vô hạch đều xảy ra ở trực tràng, đại tràng sigma.

4.1. Dịch tế học

- Tỷ lệ nam/nữ: 5/1.
- Là nguyên nhân hàng đầu gây tắc ruột sơ sinh.

4.2. Chẩn đoán

4.2.1. Lâm sàng

Thay đổi tùy theo mức độ nặng nhẹ, thường triệu chứng xuất hiện ngay sau sinh:

- Đi phân rất ít hoặc không đi phân su trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.
- Táo bón từng đợt.
- Bụng chướng, ọc sữa, tiêu chảy, chậm tăng cân.
- Đặt sonde hậu môn: hiện tượng tháo cống (phân và hơi sẽ thoát ra nhiều và bụng giảm chướng)

4.2.2. Cận lâm sàng

- Chụp X quang bụng đứng: nhiều quai ruột giãn to, ở trẻ sơ sinh khó phân biệt được ruột non và ruột già.

- Chụp đại tràng có bơm thuốc cản quang: thấy đoạn ruột giãn phía trên đoạn vô hạch. Lưu ý, trong giai đoạn sơ sinh khó nhận định ranh giới giữa đoạn vô hạch và đoạn bình thường vì đại tràng phía trên đoạn vô hạch giãn chưa nhiều và bình thường trực tràng rộng hơn các đoạn đại tràng còn lại (ngoại trừ manh tràng) nên khi thấy trực tràng hẹp hơn các đoạn đại tràng.

- Chẩn đoán xác định: sinh thiết trực tràng hình ảnh đặc trưng: không có tế bào hạch thần kinh trong đám rối Meissner.

4.3. Điều trị và chăm sóc

- Tạm thời:
 - + Thụt tháo 2 lần/ngày với NaCl 0.9% ấm, huấn luyện người nhà thực hiện lâu dài tại nhà.
 - + Hậu môn tạm: khi chiều dài đoạn hẹp vượt quá đại tràng Sigma, thụt tháo không hiệu quả, biến chứng viêm ruột, thủng ruột, nhiễm trùng huyết...

Bài 4. BÚ SỚM – NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được các thành phần của sữa mẹ.

- Trình bày được tầm quan trọng của việc nuôi con bằng sữa mẹ.

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để xây dựng phương pháp nuôi con bằng sữa mẹ.

- Thực hiện được tham vấn cho người nhà về bú sớm và nuôi con bằng sữa mẹ.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong nuôi dưỡng trẻ em.

NỘI DUNG:

Bú sớm chiếm một vị trí quan trọng đối với sức khỏe của trẻ sơ sinh. Nó ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình tăng trưởng, phát triển của trẻ, ảnh hưởng đến tình hình bệnh tật làm bệnh tật dễ phát sinh, hay làm bệnh chậm lành hoặc nặng hơn ở trẻ không được bú mẹ. Vì thế, bú sớm và nuôi con bằng sữa mẹ không chỉ giới hạn về thời điểm cho trẻ sơ sinh bú mà còn phải bao gồm phương pháp cho trẻ sơ sinh bú mẹ có hiệu quả.

1. NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

1.1. Sinh lý của sự sản xuất sữa

Sữa mẹ được sản xuất từ những tế bào của nang sữa (tuyến vú). Xung quanh nang sữa là các tế bào cơ, nó co thắt và đẩy sữa ra ngoài qua ống dẫn, dẫn sữa từ nang sữa ra ngoài. Ở phần quầng vú, các ống trở nên rộng hơn và hình thành các xoang sữa. Đó là nơi sữa được gom lại để chuẩn bị cho một bữa ăn. Ống hẹp trở lại khi nó qua núm vú. Tổ chức xung quanh ống dẫn sữa và nang sữa gồm có mô mỡ, mô liên kết, mạch máu. Tổ chức mỡ và mô liên kết quyết định độ lớn của vú. Cuối thời kỳ thai nghén, vú lớn gấp 2 - 3 lần so với lúc bình thường.

Sau khi sinh, sản xuất sữa mẹ được điều chỉnh bởi hai phản xạ :

1.1.1. Phản xạ sinh sữa

Khi đưa trẻ mút vú, xung động cảm giác đi từ vú lên não tác động lên thủy trước của tuyến yên để bài tiết ra prolactin. Prolactin đi vào máu đến vú làm cho các tế bào bài tiết

sữa sản xuất ra sữa. Phần lớn prolactin ở trong máu trong khoảng 30 phút sau bữa bú. Chính vì thế, nó giúp vú tạo sữa cho bữa ăn tiếp theo. Đối với bữa ăn này, đứa trẻ bú sữa mà nó đã có sẵn trong vú. Vì thế, cần cho trẻ bú nhiều thì vú mẹ sẽ tạo nhiều sữa.

Prolactin thường được sản xuất nhiều về ban đêm, vì vậy nên cho con bú vào ban đêm để duy trì việc tạo sữa .

Prolactin làm cho bà mẹ cảm thấy thư giãn và đôi khi buồn ngủ vì thế bà mẹ có thể nghỉ ngơi tốt ngay cả khi cho con bú vào ban đêm. Ngoài ra prolactin còn ngăn cản sự phóng noãn vì thế có thể giúp mẹ không có thai trở lại.

1.1.2. Phản xạ xuống sữa (hay tiết sữa)

Khi trẻ bú, xung động từ vú tác động lên thùy sau tuyến yên để bài tiết ra oxytocin. Oxytocin đi vào máu đến vú và làm cho các tế bào cơ chung quanh nang sữa co lại, làm cho sữa đã được tập trung vào nang sữa chảy theo ống dẫn sữa đến xoang sữa và chảy ra ngoài. Đây là phản xạ xuống sữa (hay tiết sữa hoặc phun sữa).

Oxytocin được sản xuất nhanh hơn prolactin. Nó làm sữa trong vú chảy ra cho bữa bú này. Oxytocin có thể hoạt động trước khi trẻ bú, khi bà mẹ chờ đợi một bữa bú. Nếu phản xạ oxytocin không làm việc tốt thì trẻ có thể có khó khăn trong việc nhận sữa.

Ngoài ra, oxytocin làm cho tử cung mẹ gò tốt sau sinh. Phản xạ oxytocin có thể được hỗ trợ bởi sự cảm thấy hài lòng với con mình, hoặc yêu thương con và cảm thấy tin tưởng rằng sữa của mình tốt nhất đối với trẻ. Nhưng nó có thể bị cản trở bởi đau ốm, lo lắng hoặc nghi ngờ về sữa của mình. Do đó, để tăng hoặc hỗ trợ cho phản xạ này cần để mẹ luôn luôn ở cạnh con mình, và xây dựng niềm tin cho mẹ về sữa của mình.

Sự sản xuất của sữa mẹ cũng được điều chỉnh ngay trong vú của chính nó. Người ta đã tìm thấy trong sữa mẹ có một chất có thể làm giảm hoặc ức chế sự tạo sữa.

1.2. Lượng sữa mẹ

Trong vài tháng cuối của thai kỳ, thường có một lượng nhỏ sữa tiết ra. Sau khi sinh, khi trẻ bú mẹ, lượng sữa được tiết ra tăng lên nhanh chóng. Từ vài muỗng trong ngày đầu, lượng này tăng lên vào khoảng 100 ml vào ngày thứ hai, và 500 ml vào tuần lễ thứ hai. Lượng sữa sẽ được tiết ra một cách đều đặn và đầy đủ vào ngày thứ 10 - 14 sau khi sinh. Trung bình mỗi ngày trẻ khoẻ mạnh tiêu thụ khoảng 700 - 800 ml trong 24 giờ.

Độ lớn của vú dường như không ảnh hưởng đến số lượng sữa, tuy nhiên vú quá nhỏ, hay không tăng kích thước trong thời gian mang thai có thể sản xuất ít sữa

Ở những bà mẹ nuôi dưỡng kém, lượng sữa vào khoảng 500 - 700 ml/ngày trong 6 tháng đầu, 400 - 600 ml/ngày trong 6 tháng sau đó, và 300 - 500 ml trong năm thứ hai. Tình trạng này có thể do nguồn dự trữ của bà mẹ bị kém (thiếu dự trữ mỡ) trong thời gian mang thai.

1.3. Các loại sữa mẹ

Thành phần của sữa mẹ thường không giống nhau, nó thay đổi theo tuổi của trẻ và từ đầu cho tới cuối một bữa bú. Nó cũng khác nhau giữa các bữa bú và cũng thay đổi vào những thời gian khác nhau trong ngày.

Sữa non có từ tháng thứ tư của bào thai, sản xuất ra trong vài giờ đầu sau sinh. Có màu vàng nhạt hoặc sáng màu, đặc quánh.

Sữa chuyển tiếp được sản xuất từ ngày thứ 7 đến thứ 14. Số lượng nhiều hơn, vú có cảm giác đầy, cứng và nặng. Một số người gọi hiện tượng này là sữa về.

Sữa thường (sữa vĩnh viễn) được tiết ra sau tuần lễ thứ hai sau sinh, có màu trắng lỏng.

Sữa đầu là sữa được sản xuất vào đầu một bữa bú, có màu trong xanh. Nó được sản xuất với một khối lượng lớn. Cung cấp nhiều protein, lactose và các chất dinh dưỡng khác. Trẻ không cần nước hoặc thêm bất cứ loại dịch nào khác trước khi trẻ được 4 - 6 tháng tuổi vì trẻ đã nhận được toàn bộ lượng nước cần thiết từ sữa này.

Sữa cuối là sữa được sản xuất vào cuối một bữa bú, đặc hơn vì nó chứa nhiều chất béo. Chất béo này cung cấp nhiều năng lượng cho bữa bú.

1.4. Thành phần sữa mẹ

1.4.1. Chất dinh dưỡng

- Protein sữa mẹ dễ tiêu, dễ hấp thu; một phần có thể hấp thu ngay ở dạ dày; Protein sữa mẹ chứa α lactalbumin, casein (35%) hình thành những cục mềm lỏng dễ tiêu hoá. Trong sữa non, protein chiếm 10%; trong sữa vĩnh viễn là 1%. Ngoài ra acid amine của sữa mẹ có cystein và taurine cần thiết cho sự phát triển của não bộ trẻ sơ sinh. Ngoài ra sữa mẹ còn có protein kháng khuẩn. Protein sữa bò là lactalbumin, casein chiếm 80%, không chứa các loại protein kháng khuẩn để bảo vệ cơ thể trẻ.

- Lipid: Sữa mẹ chứa acid béo không no, đây là loại acid béo dễ tiêu, cần thiết cho sự phát triển của não, mắt và sự vững bền của mạch máu trẻ. Sữa mẹ còn chứa lipase, gọi là lipase kích thích muối mật vì nó khởi động các hoạt động trong ruột non với sự có mặt

của muối mật. Lipase không hoạt động trong bầu vú hoặc trong dạ dày trước khi sữa trộn với mật.

- Glucid : Đường của sữa mẹ là β lactose rất dễ hấp thu, thích hợp cho sự phát triển của vi khuẩn *Lactobacillus bifidus*. Vi khuẩn này biến β lactose thành thành acid lactic, là loại acit ngăn cản sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh đồng thời giúp hấp thu dễ dàng calcium và các muối khoáng khác. Trái lại, đường của sữa bò là α lactose, thích hợp cho sự phát triển của vi khuẩn *E. coli*.

- Muối khoáng: calcium trong sữa mẹ ít hơn trong sữa bò nhưng dễ hấp thu hơn và đủ cho trẻ phát triển. Sắt ở trong sữa mẹ hay sữa bò đều ít (50 - 70 g/100 ml), nhưng vào khoảng 70% sắt trong sữa mẹ được hấp thu, trong khi so với sữa bò là 4 - 10%. Natri, kali, phosphor, clor tuy ít hơn sữa bò nhưng cũng đủ cho nhu cầu sinh lý của trẻ. Natri trong sữa mẹ phù hợp với chức năng của thận, trái lại, natri trong sữa bò cao nên có thể gây phù cho trẻ.

- Vitamin : Nếu mẹ ăn uống đầy đủ, trẻ bú mẹ được cung cấp đầy đủ vitamin trong 4 - 6 tháng đầu. Lượng vitamin D ít trong sữa mẹ nhưng trẻ bú mẹ ít bị còi xương. Lượng Vitamin C, B1, A thay đổi phụ thuộc vào chế độ ăn của mẹ.

1.4.2. Yếu tố chống nhiễm khuẩn :

Đã từ lâu, việc bú mẹ đã được thừa nhận là có khả năng bảo vệ trẻ chống lại các bệnh nhiễm trùng, đặc biệt là bệnh tiêu chảy (bệnh tiêu chảy 1/17,3 và hô hấp 1/3,9 ở trẻ nuôi bằng sữa mẹ so với ăn nhân tạo).

- Sữa mẹ sạch: sữa mẹ vô trùng.

- IgA có rất nhiều trong sữa non, ít hơn trong sữa thường. Nó không hấp thu nhưng có tác dụng chống lại một số vi khuẩn và virus tại ruột.

- Lactoferin : Đây là một loại protein có ái lực với sắt. Sự liên kết này làm cho vi khuẩn không có sắt để phát triển và đây là yếu tố bảo vệ trẻ chống lại nhiễm trùng ruột. Nếu cho trẻ nhiều sắt, lactoferin sẽ bị bão hòa và lượng sắt thừa sẽ giúp vi khuẩn phát triển và gây bệnh.

- Lysozyme : Có nhiều trong sữa mẹ gấp 1000 lần so với sữa bò. Nó có khả năng diệt một số vi khuẩn và bảo vệ trẻ đối với một số virus .

- Interferon là chất có khả năng ngăn cản sự hoạt động của một vài virus.

- Bạch cầu : Trong hai tuần đầu, trong sữa mẹ có chứa 4000 bạch cầu/ml. Bạch cầu này tiết ra IgA, lactoferin, lysozyme, interferon.

- Yếu tố bifidus: là một carbohydrate chứa nitơ, cần thiết cho sự phát triển một *Lactobacillus bifidus*, ngăn cản vi khuẩn gây bệnh phát triển

1.4.3. Yếu tố phát triển và chất ức chế bài tiết sữa

- Yếu tố phát triển biểu bì: Có nhiều ở sữa non, kích thích sự phát triển của nhung mao ruột, giúp cho cơ thể trẻ tránh được tình trạng dị ứng và bất dung nạp protein sữa bò và giúp trẻ phát triển trí thông minh.

- Trong sữa mẹ người ta còn tìm thấy một chất có tác dụng ức chế việc bài tiết sữa. Nếu sữa được sản xuất nhiều thì chất ức chế sẽ ngăn cản sự sinh sữa của các tế bào tiết sữa . Nếu sữa mẹ chảy ra hoặc vắt bỏ sữa thì chất ức chế cũng được lấy ra khỏi vú, sau đó vú sẽ tạo ra sữa nhiều hơn. Vì thế, khi ngừng bú một bên, thì vú bên đó cũng ngừng tạo sữa .

1.4.4. Những vấn đề khác của nuôi con bằng sữa mẹ

- Bú mẹ và bệnh dị ứng: Bú mẹ có khả năng giúp trẻ tránh khỏi một số bệnh dị ứng như chàm, hen. IgA trong sữa mẹ có thể xem như một chất chống dị ứng.

- Bú mẹ và thai nghén: Bà mẹ cho con bú, kinh nguyệt trở lại chậm hơn so với bà mẹ không cho con bú. Khoảng 1/3 bà mẹ cho con bú không có kinh trong 9 tháng đầu sau sinh. Tuy vậy, vẫn có trường hợp rụng trứng trước khi có kinh.

- Bú mẹ và ung thư vú: Tỷ lệ ung thư vú thấp ở bà mẹ cho con bú so với bà mẹ không cho con bú.

- Bú mẹ và tâm lý xã hội: Bú mẹ tạo ra một tình cảm sâu sắc giữa mẹ và con.

1.4.5. Tầm quan trọng của sữa mẹ

Sữa mẹ là thức ăn toàn diện nhất cho trẻ, đặc biệt là trong 6 tháng đầu của cuộc sống. Việc nuôi con bằng sữa mẹ có những lợi ích sau :

- Sữa mẹ chứa đựng nhiều chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể trẻ.
- Cơ thể trẻ dễ hấp thu và sử dụng sữa mẹ một cách có hiệu quả.
- Bảo vệ trẻ chống lại các bệnh nhiễm khuẩn, tránh một số bệnh dị ứng.
- Giúp cho trẻ phát triển tốt về tinh thần, tâm lý và thể chất.
- Chi phí ít hơn là nuôi trẻ bằng thức ăn nhân tạo.

- Giúp cho sự gắn bó mẹ con và làm phát triển mối quan hệ gần gũi, yêu thương.
- Giúp cho mẹ chậm có thai.
- Bảo vệ sức khoẻ cho bà mẹ (cầm máu hậu sản tốt, giảm tỷ lệ ung thư vú)

1.5. Phương pháp nuôi trẻ bằng sữa mẹ

1.5.1. Những thuật ngữ về bú mẹ

- Bú mẹ hoàn toàn (tuyệt đối): nghĩa là không cho trẻ bất cứ một đồ ăn hoặc thức uống nào ngay cả nước (trừ thuốc và vitamin - muối khoáng hoặc sữa mẹ đã được vắt ra).
- Bú mẹ chủ yếu: nghĩa là nuôi trẻ bằng sữa mẹ nhưng cũng cho thêm một ít nước hoặc đồ uống pha bằng nước .
- Bú mẹ đầy đủ nghĩa là nuôi con bằng sữa mẹ kể cả bú mẹ hoàn toàn hoặc bú mẹ là chủ yếu
- Bú mẹ một phần nghĩa là cho trẻ bú một vài bữa sữa mẹ, một vài bữa ăn nhân tạo.
- Ăn nhân tạo nghĩa là nuôi trẻ bằng các thức ăn mà không cho bú mẹ tí nào.

1.5.2. Phương pháp bú mẹ

Nuôi trẻ bằng sữa mẹ chỉ đạt được kết quả tốt khi mẹ muốn cho con bú và đặt tin tưởng vào việc nuôi trẻ bằng sữa mẹ để hỗ trợ cho phản xạ oxytocin. Trẻ được bú đúng phương pháp:

- Cho trẻ bú ngay sau sinh, khoảng 1/2 giờ sau sinh và để mẹ nằm gần con.
- Sữa non phải là thức ăn đầu tiên của trẻ để giúp ruột phát triển hoàn chỉnh và giảm tình trạng nhiễm khuẩn do nguồn thức ăn khác đưa vào.
- Bú mẹ tuyệt đối tối thiểu trong 4 tháng đầu.
- Cho trẻ bú theo nhu cầu của trẻ, tránh bú theo giờ, điều này phù hợp với lượng sữa mẹ và sự phát triển của từng trẻ.
- Đưa trẻ phải ngậm bắt vú tốt để mút có hiệu quả.
- Đưa trẻ nên mút thường xuyên và càng lâu càng tốt.
- Không nên cho trẻ bú thêm sữa bò hoặc các loại nước khác.
- Vệ sinh vú và thân thể.
- Cai sữa: chỉ nên cai sữa lúc trẻ được 18 - 24 tháng, sớm nhất là 12 tháng. Khi cai sữa trẻ phải bỏ từ từ các bữa bú. Không nên cai sữa lúc trẻ bị bệnh hay vào lúc bị bệnh

niễm trùng phổ biến. Mẹ có thai vẫn cho con bú nhưng cần thêm dinh dưỡng cho trẻ và cho mẹ.

- Chăm sóc vú và đầu vú: đầu vú nhô ra rõ vào cuối thai kỳ vì thế nếu đầu vú phẳng hoặc tụt vào trong cần phải hướng dẫn và làm cho đầu vú nhô ra bằng cách xoa và kéo đầu vú ra vài lần mỗi ngày. Nếu làm không có kết quả thì sẽ cho bú qua một đầu vú phụ hoặc nặn sữa ra và cho trẻ ăn bằng thìa và cốc

1.6. Những yếu tố làm giảm lượng sữa trong ngày

- Cho con chặm bú sau sinh 2-3 ngày, sẽ hạn chế sự hoạt động của tuyến vú bởi vì không có chất prolactine.

- Mẹ có bệnh: suy tim, lao, thiếu máu, suy dinh dưỡng.
- Mẹ quá trẻ, dưới 18 tuổi, tuyến vú chưa trưởng thành, kém tiết sữa.
- Mẹ dùng các loại thuốc ức chế sự tiết sữa: Aspirine, kháng sinh, thuốc chống dị ứng...
- Mẹ lao động nặng.
- Mẹ buồn phiền, lo âu sẽ hạn chế tiết prolactine.
- Khoảng cách cho bú dài, trên 3 giờ.
- Con trên 12 tháng. Trong năm đầu lượng sữa là 1200ml/ngày; qua năm thứ hai là 500ml; năm thứ ba là 200ml/ngày.

1.7. Cách bảo vệ nguồn sữa mẹ

Đó là tái lập lại sự tạo sữa hay duy trì sữa mẹ. Được áp dụng cho trẻ còn bú mẹ mà bà mẹ vì lý do nào đó tạm thời ít sữa.

- Để cho trẻ bú thường xuyên: Cho trẻ bú 5 phút ở mỗi vú, 2 - 3 giờ một lần mặc dù mẹ chỉ còn ít sữa .

- Cho trẻ ăn thêm cho đến khi mẹ đủ sữa. Trường hợp cho ăn thêm bằng sữa bò thì pha loãng 1/2 đậm độ sữa để trẻ luôn luôn bị đói và bú mạnh thêm. Điều này không nên kéo dài một tuần lễ. Cho trẻ ăn thêm sau khi bú mẹ và cho trẻ ăn bằng thìa và cốc.

- Mẹ phải được nghỉ ngơi thoải mái và phải tin tưởng rằng sẽ có sữa trở lại.
- Để tăng cường biện pháp trên đây cần phải :
- Giải thích cho bà mẹ để bà mẹ tin tưởng rằng sẽ có sữa trở lại.
- Tìm hiểu và giải quyết nguyên nhân gây ít sữa. Nguyên nhân gây ít sữa phổ biến là:

- + Bà mẹ cho trẻ ăn thêm sớm không cần thiết.
- + Bà mẹ lo lắng, mệt mỏi, thiếu giải thích.
- + Bà mẹ uống thuốc ngừa thai có độ estrogen cao
- Cần giải thích cho bà mẹ lợi ích của việc bú mẹ so với các phương pháp nuôi dưỡng khác.

- Có thể dùng thuốc gây xuống sữa :

- + Dùng oxytocin dưới dạng phun (Syntonon) bơm vào mũi, 4 đơn vị/lần vào một hoặc hai mũi, 2 - 3 phút trước khi cho bú.

- + Dùng Chlorpromazine gây kích thích sản xuất sữa đồng thời làm giảm lo lắng. Liều dùng là 10 - 25 mg, 2 - 3 lần/ngày, trong 3 - 10 ngày. Nếu cần tăng liều 50 mg (không quá 200 mg/ngày) trong 1 - 2 ngày. Sau đó giảm liều.

- Khuyến khích mẹ ăn thêm thức ăn giàu dinh dưỡng mà gia đình có thể có. Ăn thêm khoảng 1/2 hoặc 1/4 khẩu phần ăn hằng ngày.

- Nếu mẹ bị nhiễm trùng thì điều trị nhiễm trùng nhanh và cho bú mẹ lại sớm.

Nếu làm các biện pháp trên đây không có hiệu quả và không nhờ bà mẹ thứ hai nuôi trẻ, khi đó mới cho trẻ ăn nhân tạo. Tuy vậy mẹ còn một ít sữa thì cần cho trẻ bú vài phút trước khi ăn. Làm như vậy có lợi vì:

- Gia tăng giá trị dinh dưỡng cho trẻ bằng một ít sữa mẹ.
- Trẻ được bảo vệ chống nhiễm trùng, tuy ít hơn không có.
- Có được mối tình cảm giữa mẹ và con.
- Sữa có thể có trở lại khi mẹ được an tâm.

1.8. Dấu hiệu của ngậm bắt vú tốt

- Cằm của trẻ chạm vào vú
- Miệng trẻ mở rộng
- Môi dưới của trẻ đưa ra ngoài
- Má của trẻ chụm tròn, hoặc lõm áp vào bầu vú mẹ
- Quảng vú ở phía trên miệng trẻ nhiều hơn ở phía dưới
- Vú nhìn tròn trịa

1.9. Dấu hiệu của ngậm bắt vú không tốt

- Cằm trẻ không chạm vào bầu vú
- Miệng của trẻ không mở rộng
- Môi trẻ không đưa ra ngoài hoặc môi dưới mím vào
- Má trẻ căng hoặc lõm khi trẻ bú
- Có nhiều quần vú mẹ ở phía dưới miệng của trẻ hơn là ở phía trên hoặc như nhau.
- Trong thời gian trẻ bú, vú bệt hoặc bị kéo dài ra.

2. ĂN NHÂN TẠO

Bú mẹ là điều kiện lý tưởng để nuôi trẻ và bảo vệ trẻ. Tuy vậy, trong một vài điều kiện sữa mẹ không có (mẹ mất, mẹ không có sữa), hoặc sữa mẹ ít, lúc đó phải cho trẻ ăn một thức ăn khác gần giống sữa mẹ, đó là ăn nhân tạo hoặc cho trẻ ăn vừa sữa mẹ vừa thức ăn khác, đây là ăn hỗn hợp. Những trường hợp trên đây thường được áp dụng cho trẻ còn nhỏ. Ăn nhân tạo và ăn hỗn hợp cần phải được giáo dục cho bà mẹ và hướng dẫn kỹ, cũng cần phải theo dõi chặt chẽ vì trẻ rất dễ bị nhiễm trùng và suy dinh dưỡng.

Sau đây là một số biện pháp giải quyết trong trường hợp mẹ không có hoặc có ít sữa theo thứ tự ưu tiên :

- Tái lập lại sự tạo sữa hay duy trì sữa mẹ
- Nuôi trẻ bằng sữa của bà mẹ khác .
- Nuôi trẻ bằng sữa khác sữa mẹ .
- Nuôi trẻ bằng hồ được thêm đạm từ sữa hoặc đạm ở các nguồn gốc khác.

2.1. Nuôi trẻ bằng sữa khác sữa mẹ

Chỉ áp dụng khi hai biện pháp trên không thực hiện được. Nuôi trẻ bằng sữa khác sữa mẹ thường là sữa bò là cách nuôi có nhiều nguy hiểm, đặc biệt đối với gia đình neo đơn và văn hoá thấp, vì sữa rất dễ bị nhiễm khuẩn gây tiêu chảy và pha loãng gây suy dinh dưỡng. Cần phải chọn lựa loại sữa thích hợp với kinh tế gia đình.

Bà mẹ cần phải được hướng dẫn tỉ mỉ cách sử dụng sữa bò và trẻ phải được theo dõi luôn. Mẹ phải trực tiếp cho trẻ ăn để tạo mối tình cảm. Khi trẻ hết ba tháng thì bắt đầu cho trẻ ăn dặm thêm.

2.1.1. Những nguy hiểm của việc nuôi con bằng sữa nhân tạo

- Nuôi nhân tạo có thể cản trở sự gắn bó mẹ con.

- Dễ mắc các bệnh như tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp và các bệnh nhiễm khuẩn khác. Tiêu chảy có thể trở thành tiêu chảy kéo dài. vì thế các vật dụng để sử dụng phải được rửa sạch và nên cho ăn bằng thìa bát hơn là bình bú.

- Dễ bị suy dinh dưỡng (vì ăn ít bữa hoặc sữa quá loãng). Dễ bị thiếu vitamin A.
- Tử vong cao nếu bị nhiễm khuẩn hay suy dinh dưỡng (so với trẻ bú sữa mẹ).
- Trẻ dễ bị chàm, hen và các bệnh dị ứng khác. Dễ có tình trạng bất dung nạp protein sữa động vật.
- Nguy cơ mắc một số bệnh mạn tính, chẳng hạn bệnh đái tháo đường.
- Nếu được ăn quá nhiều sữa nhân tạo, trẻ dễ bị bệnh béo phì.
- Trí tuệ của trẻ có thể không phát triển tốt, do đó điểm trắc nghiệm thông minh (IQ) thấp hơn.
- Bà mẹ dễ có thai trở lại, dễ bị ung thư vú và buồng trứng

2.1.2. Phương pháp cho ăn

- Mẹ hoặc người vú cho trẻ ăn để tạo mối tình cảm.
- Nên cho trẻ ăn bằng thìa và cốc mặc dù lúc đầu có nhiều khó khăn.
- Nếu cho trẻ ăn bằng bình bú, cần đảm bảo mẹ biết cách cho ăn, cách tiệt trùng và cách pha sữa .
- Không nên để trẻ một mình với bình bú vì trẻ dễ bị sặc sữa. Trẻ bú bình bú thường nuốt hơi khi bình bú nằm nghiêng. Vì thế, sau mỗi lần bú nên bế trẻ lên, vỗ lưng trẻ vài cái để đuổi hơi ra.
- Độ nóng của sữa bằng nhiệt độ trong phòng.
- Cho trẻ ăn theo yêu cầu: trong tháng đầu cho ăn 2 - 3 giờ 1 lần, sau đó cho ăn 4 giờ 1 lần .
- Sau khi cho ăn sữa, cho trẻ uống thêm vài thìa nước sôi để nguội vì sữa bò thường chứa nhiều muối trong khi thận trẻ chưa làm việc hoàn chỉnh. Khi trời nóng cho trẻ uống thêm nước .
- Sau khi pha sữa xong thì cho trẻ ăn ngay. Không nên để quá 1 - 2 giờ sau khi sữa soạn thức ăn.

2.1.3. Các loại sữa thường dùng

Khi nuôi trẻ bằng bình sữa, nên chọn loại sữa dễ kiểm, kinh tế, dễ bảo quản.

- Sữa bò, sữa dê: loại sữa này cần phải đun sôi, khi đun phải khuấy liên tục để tiệt trùng và cho sữa dễ tiêu. Cần pha loãng trước khi dùng đối với trẻ 2 - 3 tháng tuổi vì thận trẻ chưa hoàn chỉnh.

- Sữa trâu: cần đun sôi như sữa bò. Để loại trừ lượng mỡ chứa nhiều trong sữa cần đun sôi, để nguội và tách váng mỡ ở trên mặt. Sữa tươi lạt nên cần cho thêm đường.

- Sữa bột toàn phần: sữa này có đặc điểm có thể bảo quản được lâu, nhưng dễ bị nhiễm trùng nếu để hở. Sữa được pha với nước sôi, vì sữa lạt nên phải cho thêm đường.

- Sữa bột tách bơ: có đặc điểm: chứa năng lượng thấp vì đã bị lấy mỡ để làm bơ, có ít vitamin A và vitamin D (ngoại trừ có pha thêm theo chỉ dẫn của nhà sản xuất). Chỉ dùng loại sữa này khi không có các loại sữa khác. Cần cho thêm dầu và vitamin A. Cần giải thích cho bà mẹ rằng việc cho thêm dầu không gây ỉa chảy cho trẻ.

- Sữa đặc có đường: đây là loại sữa được sử dụng rộng rãi vì rẻ tiền và bảo quản được vài ngày nếu để hở. Lượng đường sucrose chiếm đến 40%. Tuy vậy, loại sữa này chỉ nên dùng sau các loại sữa khác vì :

+ Sữa quá ngọt nên bà mẹ có khuynh hướng pha loãng (có nguy cơ dẫn đến suy dinh dưỡng).

+ Tỷ lệ protein /năng lượng rất thấp.

+ Dễ gây sâu răng.

+ Tỷ lệ vitamin A và mỡ thấp, vì vậy cần phải cho thêm.

- Yoghurt (sữa chua): sữa này có ít đường lactose so với sữa tươi. Sữa dễ tiêu và dễ hấp thu, có thể giữ được lâu, ít bị nhiễm khuẩn gây bệnh .

- K-mix 2: đây là loại sữa của UNICEF dùng để điều trị trẻ suy dinh dưỡng nặng. Đây không phải là thức ăn hoàn toàn, chỉ được dùng trong trường hợp cấp cứu. Sữa chứa 17% calcium caseinate, 28% sữa tách bơ, 55% đường, có gia thêm vitamin A. Cần phải cho thêm dầu để tăng thêm năng lượng.

- Sữa không có lactose như Isomil, Olax dùng trong trường hợp trẻ bất dung nạp lactose do thiếu lactase.

2.2. Nuôi trẻ bằng hồ được gia thêm đạm từ sữa hoặc từ các nguồn đạm khác

Trường hợp này được áp dụng cho trẻ 3 tháng tuổi khi không có hoặc ít sữa mẹ. Cần phải chọn lọc thức ăn có giá trị dinh dưỡng cao, bảo đảm sạch sẽ tránh bị nhiễm khuẩn.

Khi nuôi trẻ cần phải có 4 thành phần chủ yếu :

- Bột nấu thành hồ: bột gạo, bột mì.
- Thức ăn giàu protein: sữa, đạm động vật hoặc hỗn hợp đạm động vật và thực vật.
- Thức ăn giàu năng lượng: dầu, bơ, đường .
- Thức ăn có vitamin và muối khoáng: trái cây, lá rau xanh ít chất xơ, có thể có thêm vitamin .

TỰ LƯỢNG GIÁ:

16) Dấu hiệu của ngậm bắt vú không tốt là:

- D. Cằm của trẻ chạm vào vú mẹ
- B. Miệng trẻ mở rộng
- C. Môi dưới của trẻ đưa ra ngoài
- D. Má của trẻ chụm tròn, hoặc lõm áp vào bầu vú mẹ
- E. Vú bẹt hoặc bị kéo dài ra khi trẻ bú

17) Lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ là:

- A. Gắn kết tình cảm mẹ - con
- B. Giúp mẹ chậm có thai
- C. Tiết kiệm chi phí
- D. Giúp mẹ giảm nguy cơ mắc một số bệnh ung thư
- E. Tất cả các lý do trên

18) Bữa bú đầu tiên của trẻ sau sinh nên được thực hiện khi nào?

- A. 12 giờ sau sinh
- B. Sau khi mẹ sỏ nhau
- C. 30 phút sau sinh
- D. Khi mẹ đã khỏe
- E. Khi mẹ thấy cương sữa

19) Glucid trong sữa mẹ có đặc điểm gì?

- A. lactose rất thích hợp cho sự phát triển của *E. coli*
- B. lactose thích hợp cho sự phát triển của vi khuẩn *Lactobacillus bifidus*.
- C. lactose thích hợp cho sự phát triển của vi khuẩn *Lactobacillus bifidus*.
- D. lactose thích hợp cho sự phát triển của vi khuẩn *E. coli*.
- E. lactose thích hợp cho sự phát triển của não bộ

20) Phản xạ sinh sữa do tác dụng của hormon nào?

A. Prolactine

B. Oxytocin

C. Prostaglandin

D. Thyroxin

E. Tất cả đều đúng

Bài 5. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NHIỄM KHUẨN DA, RÓN

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được triệu chứng của nhiễm khuẩn da ở trẻ sơ sinh.

- Trình bày được triệu chứng của nhiễm khuẩn rốn ở trẻ sơ sinh.

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn da, nhiễm khuẩn rốn.

- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ nhiễm khuẩn da, rốn.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn da, nhiễm khuẩn rốn.

NỘI DUNG:

1. NHIỄM KHUẨN DA

1.1. Viêm da mụn phỏng

- Nguyên nhân: liên cầu, tụ cầu.

- Triệu chứng: trên da xuất hiện các mụn phỏng to bằng hạt đỗ, hạt ngô, lúc đầu nước trong, sau hơi đục; tổn thương khu trú ở phần thượng bì của da, xuất hiện bất kỳ ở vùng nào trong cơ thể. Khi mụn phỏng vỡ, để lại vết trợt đỏ, nước trong mụn phỏng có thể gây lây lan ra các vùng da lành và có thể lây sang trẻ khác.

- Chăm sóc:

+ Rửa tay sạch.

+ Nhẹ nhàng rửa sạch mũ và vẩy bằng nước muối loãng.

+ Thấm khô bằng gạc sạch.

+ Bôi thuốc tím gentian 0,5% hoặc xanh methylen 2% vào các mụn mũ.

+ Rửa sạch tay.

+ Trường hợp nặng, thực hiện y lệnh dùng kháng sinh toàn thân.

1.2. Viêm da bong

- Nguyên nhân: tụ cầu.

- Triệu chứng: thường xuất hiện vào ngày thứ 5 đến ngày thứ 7 sau sinh:

+ Sốt.

+ Lốp thượng bì quanh miệng nứt kẽ, tiết dịch trong, sau đó bong ra từng mảng, lan nhanh ra toàn thân. Chỗ bong da trợt đỏ và ướt dễ bị nhiễm trùng bội nhiễm.

- Chăm sóc:
 - + Đặt trẻ nằm trên giường ấm, cởi bỏ quần áo, tã lót, đắp chăn vô khuẩn.
 - + Bôi oxy kẽm.
 - + Dùng kháng sinh toàn thân.

2. NHIỄM KHUẨN RỒN

2.1. Viêm rốn

- Nguyên nhân: tạp khuẩn.
- Triệu chứng: rốn rụng muộn, rốn ướt và tiết nhầy trắng, phần da xung quanh rốn nề đỏ. Trường hợp nặng rốn chảy mủ, trẻ sốt hoặc không sốt, bú kém.
- Chăm sóc:
 - + Rửa sạch tay.
 - + Rửa nhẹ rốn bằng nước muối sinh lý, hoặc thuốc tím pha loãng, hoặc oxy già hoặc cồn iod loãng.
 - + Thấm khô.
 - + Chấm cồn iod đặc vào chân rốn.
 - + Băng thoáng vô khuẩn.
 - + Rửa sạch tay.
 - + Trường hợp nặng: thực hiện y lệnh cho kháng sinh.

2.2. Hoại thư rốn

- Nguyên nhân: vi khuẩn yếm khí.
- Triệu chứng:
 - + Rốn rụng muộn, ướt, có màu đỏ nhạt hoặc tím đen, loét nhanh, chảy mủ thối khắm.
 - + Trẻ sốt hoặc không sốt, bú kém hoặc bỏ bú, vẻ mặt xanh tái, nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Chăm sóc: thực hiện y lệnh: cắt bỏ phần rốn bị hoại thư, rạch rộng các góc ngách. Rửa rốn hàng ngày bằng oxy già, bôi nitrat bạc và cho kháng sinh toàn thân.

2.3. Viêm mạch máu rốn

- Nguyên nhân: tạp khuẩn.
- Triệu chứng:
 - + Rốn rụng muộn, có mủ.
 - + Trẻ bỏ bú hoặc bú kém.

- + Không tăng cân hoặc sụt cân.
- + Vết mặt xanh tái, nhiễm trùng, nhiễm độc.

2. 4. Viêm động mạch rốn (tổn thương thường ở dưới rốn)

- Thành bụng bên động mạch bị viêm sưng tấy đỏ, tạo thành vết đỏ dài lan xuống xương mu và bẹn.

- Vuốt ngược từ xương mu lên rốn có thể thấy mũ trào ra ở rốn.

2.5. Viêm tĩnh mạch rốn (tổn thương thường ở trên rốn)

- Biểu hiện: bụng chướng, gan to, có tuần hoàn bàng hệ.

- Chăm sóc:

- + Rửa và thay băng rốn hàng ngày.
- + Thực hiện y lệnh: cho kháng sinh liều cao đường tĩnh mạch.

2.6. Uốn ván rốn

- Nguyên nhân: trực khuẩn *Clostridium tetani*, bình thường trực khuẩn tồn tại dưới dạng nha bào. Các nha bào có khả năng chịu nóng rất cao:

- + Ở 90°C, nha bào chịu được 2 giờ.
- + Ở 115°C, nha bào chịu được 20 phút.
- + Trong đất ẩm, nha bào có thể tồn tại được 6 tháng.

Trực khuẩn xâm nhập vào rốn qua việc cắt, buộc và băng rốn không vô khuẩn để gây bệnh.

- Triệu chứng:

- + Rốn rụng sớm..
- + Rốn ướt, có mủ.
- + Cứng hàm: là triệu chứng sớm nhất của bệnh, trẻ bỏ bú, miệng ngậm chặt, không khóc được thành tiếng.

- + Cơ co giật thường xảy ra khi kích thích.
- + Cơ ngừng thở thường xảy ra trong và sau cơn giật.
- + Tình trạng co cứng làm cho trẻ ở tư thế uốn cong người.
- + Bệnh thường rất nặng, tử vong cao vì ngừng thở và nhiễm khuẩn.

- Chăm sóc:

+ Nhận định:

- . Tiền sử cắt rốn, băng rốn.
- . Các triệu chứng lâm sàng.

+ Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc:

. Chống nhiễm khuẩn: chăm sóc vô khuẩn, chăm sóc rốn.

. Tránh kích thích: nằm phòng thoáng, yên tĩnh.

. Chống loét: thay đổi tư thế.

. Sữa mẹ qua sonde: 30-40 ml/cữ × 10 cữ và lưu sonde 12 giờ.

. Thực hiện y lệnh thuốc: chống co giật: Diazepam, Phenobarbital; SAT, kháng sinh.

. Cấp cứu cơn ngừng thở: cho bệnh nhân nằm, đầu ngửa tối đa, kê gối dưới vai, hút đàm dãi hoặc đặt nội khí quản, bóp bóng, thở máy. Khi trẻ tự thở được thì cho thở oxy.

- Phòng bệnh:

+ Tiêm vaccin phòng uốn ván qua sản phụ.

+ Thực hành sinh sạch: sản phụ sạch, người đỡ sinh rửa tay sạch trước khi đỡ, nơi sinh sạch,

3. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG BỆNH

- Đảm bảo cuộc sinh vô khuẩn (sản phụ sạch, tay người đỡ sinh sạch, dụng cụ đỡ sinh vô khuẩn, phòng sinh sạch).

- Chăm sóc trẻ sạch (tay người chăm sóc, dụng cụ để chăm sóc trẻ sạch, dụng cụ cắt, buộc và băng rốn vô khuẩn, chăm sóc rốn sạch, chăm sóc da, rốn, cơ thể trẻ sạch,...)

- Dinh dưỡng: cho trẻ bú mẹ sớm sau đẻ để tận dụng sữa non, đảm bảo đủ sữa mẹ.

- Tiêm phòng uốn ván sơ sinh qua sản phụ lúc mang thai.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

21) Nguyên nhân của viêm da mụn phỏng ở trẻ sơ sinh?

E. Liên cầu

B. Tụ cầu

C. *E. coli*

D. Câu A, B đúng

E. Câu A, B, C đúng

22) Nguyên nhân của viêm da bong ở trẻ sơ sinh?

F. Liên cầu

B. Tụ cầu

C. *E. coli*

D. Câu A, B đúng

E. Câu A, B, C đúng

23) Triệu chứng quan trọng nhất của hoại thư rốn ở trẻ sơ sinh?

- A. Rốn rụng muộn
- B. Rốn chảy mủ thối khắm
- C. Trẻ sốt hoặc không sốt
- D. Trẻ bú kém hoặc bỏ bú
- E. Vết mặt xanh tái,

24) Thuốc được chọn đầu tiên để cắt co giật trong uôn ván rốn:

- A. Diazepam
- B. Phenobarbital
- C. SAT
- D. Penicillin G
- E. Erythromycin

25) Nguyên nhân của uôn ván rốn sơ sinh?

- A. Vi khuẩn kỵ khí
- B. *E. coli*
- C. Tụ cầu
- D. Liên cầu
- E. *Clostridium tetani*

Bài 6. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH VÀNG DA

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được nguyên nhân của vàng da ở trẻ sơ sinh.

- Trình bày được triệu chứng của vàng da ở trẻ sơ sinh.

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ sơ sinh vàng da.

- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh vàng da.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh vàng da.

NỘI DUNG:

1. ĐỊNH NGHĨA

Vàng da là do sự gia tăng Bilirubin trong máu. Ở trẻ sơ sinh, đó là khi Bilirubin máu tăng > 7mg%.

2. DỊCH TỄ HỌC

- Gặp khoảng 60% ở trẻ đủ tháng và 80% ở thiếu tháng

- Trẻ có cân nặng > 2.500g, Bilirubin > 12,5mg% ở tuần lễ đầu tiên, và 10-12% trẻ có cân nặng lúc sinh < 2.500g có bilirubin >15mg%.

3. CHUYỂN HOÁ BILIRUBIN

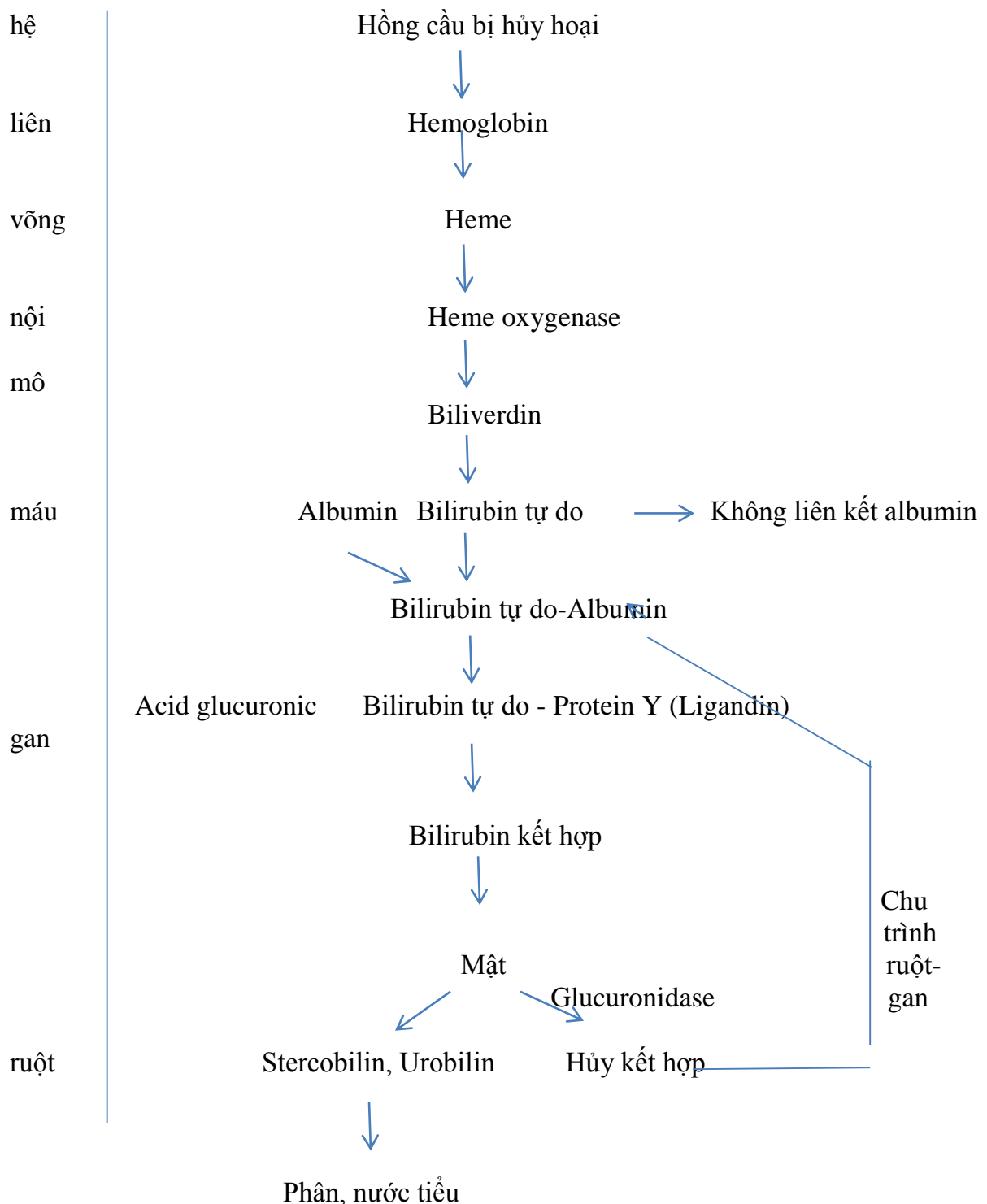
3.1. Trong bào thai

Sản xuất Bilirubin xảy ra vào tuần thứ 12 của thai kỳ. Bilirubin kết hợp với Albumin của thai nhi đến nhau thai, Bilirubin sẽ qua nhau thai và kết hợp với Albumin của mẹ. Một lượng nhỏ Bilirubin sẽ được biến dưỡng ở gan thai nhi và được đưa xuống ruột thải ra theo phân su. Nước ối cũng chứa Bilirubin với lượng ít từ tuần thứ 12, cao nhất ở tuần 13 (5mg/l), biến mất vào tuần thứ 36. Giả thiết cho rằng Bilirubin đã qua rốn và da thai nhi.

3.2. Trẻ sơ sinh

Bilirubin được sản xuất tỉ lệ thuận với sự tán huyết. Gan hoạt động kém do 3 cơ chế: xáo trộn huyết động học do còn ống tĩnh mạch, Protein máu thấp, men Glucuronyl transferase hoạt động chưa hữu hiệu. Ngoài ra do sự vắng mặt của vi khuẩn chí đường ruột, pH kiềm và sự hiện diện của Glucuronidase tạo điều kiện cho sự tái hấp thu của ruột

duy trì chu trình ruột gan. Vàng da xuất hiện trên lâm sàng khi Bilirubin gián tiếp > 7mg% (119 μ mol/l), da màu vàng cam tươi như nghệ khi >12mg% (204 μ mol /l).



Sơ đồ chuyển hóa bilirubin

4. NGUYÊN NHÂN GÂY VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH

4.1. Vàng da không huyết tán

Vàng da sinh lý, vàng da ở trẻ sinh non, vàng da do sữa mẹ, vàng da do tiêu các ổ xuất huyết, thiếu năng tuyến giáp, bệnh galactosemia bẩm sinh, bệnh Mucoviscidose, vàng da ở trẻ có mẹ tiểu đường, teo ống tiêu hóa, bệnh Crigler Najjar.

4.2. Vàng da do huyết tán

Do bệnh lý màng hồng cầu, do Hemoglobin bất thường, bất đồng nhóm máu hệ Rhesus, hệ ABO, do bệnh lý nhiễm khuẩn.

4.3. Vàng da do ứ mật

- Viêm gan: do vi khuẩn, siêu vi: Rubella, Cytomegalovirus, Coxsackie virus, Herpes, nhất là viêm gan do siêu vi B

- Bệnh chuyển hóa: Galactosemia, không dung nạp Fructose, Tyrosinose, bệnh Mucoviscidose, bệnh thiếu alpha1 Antitrypsine, bệnh Niemann Pick.

- Nghẽn đường dẫn mật: trong gan và ngoài gan.

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA VÀNG DA SƠ SINH

- Vàng da do tăng bilirubin gián tiếp: da màu vàng nghệ, nước tiểu không vàng hoặc màu vàng nhạt, phân màu vàng.

- Vàng da do tăng bilirubin trực tiếp: da màu vàng chanh, nước tiểu sậm màu, phân nhạt màu hoặc bạc màu.

- Tùy nguyên nhân có thể thiếu máu, gan lách to .

6. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu, phết máu ngoại biên.

- Định lượng bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp.

- Protein máu toàn phần, Albumin máu

- Định nhóm máu mẹ và con (ABO, Rh).

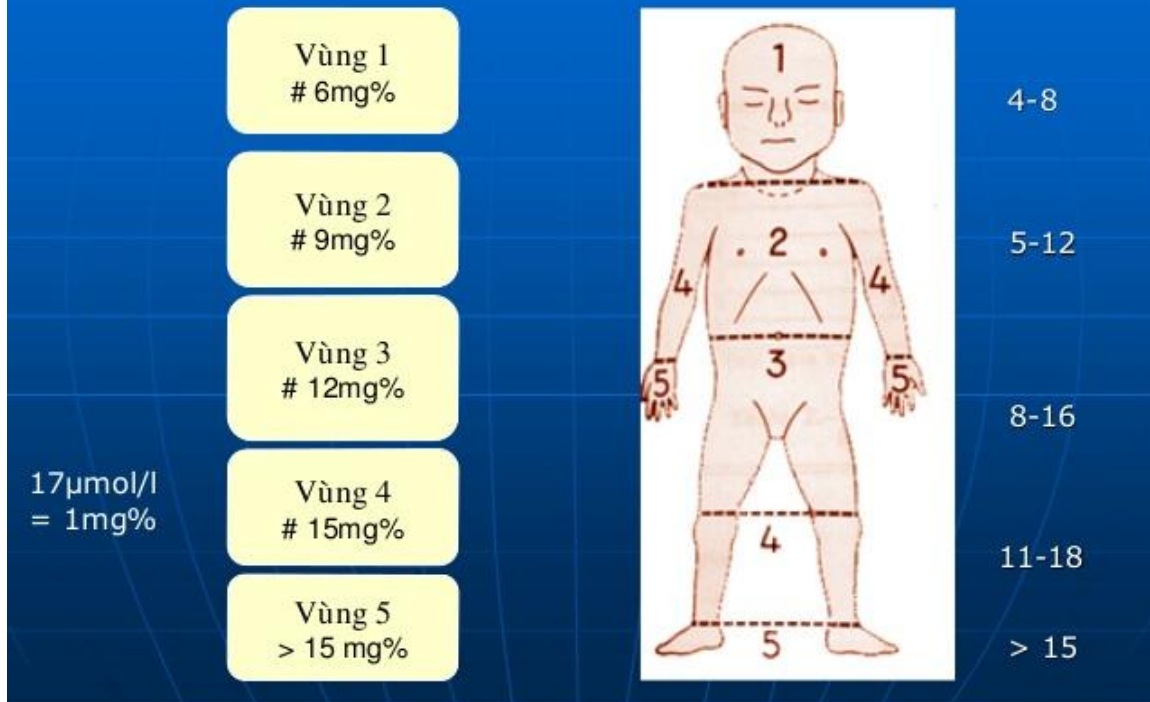
- Coomb's test.

- Hiệu giá kháng thể máu mẹ.

- HbsAg.

- Các xét nghiệm trong bệnh gan mật như siêu âm hay sinh thiết gan; xét nghiệm trong nhiễm trùng, chuyển hóa hay nội tiết, định lượng các men,...

Qui luật Kramer's



7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Vàng da không huyết tán-sinh lý

7.1.1. Vàng da sinh lý

Xảy ra ở 30%-50% trẻ sơ sinh đủ tháng, xuất hiện sau 24 giờ, không kèm gan lách to, nước tiểu trắng trong, phân vàng. Hết vàng da vào ngày thứ 5-6, trước đó nước tiểu màu vàng sậm. Bilirubin trong máu có thể 11,7-14,7mg% (200-250 $\mu\text{mol/l}$) do không đủ men Glucuronyl transferase để biến đổi Bilirubin gián tiếp sau sinh.

- Những yếu tố nguy cơ:

+ Trẻ có trọng lượng lúc sinh thấp, người Châu Á, nam, thiếu năng lượng, hạ đường huyết, ăn xa cữ, ăn trễ, nhiễm khuẩn.

+ Mẹ dùng thuốc ngừa thai, thuốc điều trị ký sinh trùng.

7.1.2. Vàng da ở trẻ sinh non

- Trẻ sinh có cân nặng dưới 2000g, xuất hiện sau 24 giờ, có thể kéo dài đến 15-20 ngày do gan chưa trưởng thành. Vàng da nhân có thể xảy ra với Bilirubin $< 10\text{mg}\%$ (170 $\mu\text{mol/l}$).

- Các yếu tố thuận lợi: giảm Albumin/máu, hạ thân nhiệt, toan máu, tăng CO_2 máu, hạ đường huyết, xáo trộn huyết động học.

7.1.3. Sữa mẹ

- Vàng da trẻ khoảng ngày thứ năm.
- Bilirubin gián tiếp hiếm khi vượt quá 20mg% (340 μ mol/l), diễn tiến lành tính có khi kéo dài đến 4-5 tuần.
- Vì trong sữa mẹ có sự gia tăng hoạt động của men Lipoprotein lipase gây tăng acid béo tự do, ức chế sự thành lập protein Z của men Glucuronyl transferase, cạnh tranh trực tiếp với Bilirubin bám vào Albumin. Ngoài ra trong sữa non còn chứa men beta Glucuronidase biến Bilirubin trực tiếp thành gián tiếp ở ruột.

7.2. Vàng da không huyết tán-bệnh lý

7.2.1. Do tiêu ỏ xuất huyết

- Từ ỏ xuất huyết dưới da niêm mạc, màng não như: sinh khó, sang chấn sản khoa gây chấn thương sọ não, bứu máu dưới màng xương sọ.
- Trẻ thường vàng da sậm và kéo dài sanh tuần thứ ba, bilirubin gián tiếp giảm rất nhanh khi điều trị dự phòng.

7.2.2. Thiếu năng tuyến giáp

Vàng da kéo dài nhiều tháng do men Glucuronyl transferase hoạt động kém.

7.2.3. Bệnh Galactosemia bẩm sinh

Vàng da sơ sinh ,tăng 2 thành phần trực tiếp và gián tiếp kèm gan to đơn thuần, điều trị bằng ngưng ăn các chất có Galactose và Lactose.

7.2.4. Vàng da ở trẻ có mẹ bị tiểu đường

Do hiện tượng huỷ đa hồng cầu kèm hạ đường huyết làm giảm khả năng tổng hợp acid glucuronic.

7.2.5. Teo ống tiêu hoá (môn vị, tá tràng)

Do vi khuẩn chí đường ruột tăng trưởng sẽ kích thích sự hoạt động của men Glucuronidase làm biến dưỡng Bilirubin trực tiếp thành trực tiếp.

7.2.6. Bệnh Crigler Najjar

Do thiếu men Glucuroyl transferase loại I thiếu hoàn toàn di truyền tính lặn, test Phenobarbital (-), loại II thiếu một phần, test Phenobarbital (+) di truyền theo kiểu trội .

7.3. Vàng da tán huyết

7.3.1. Vàng da tán huyết bẩm sinh

7.3.1.1. Bệnh hồng cầu hình cầu

Di truyền kiểu trội, trẻ bị vàng da kèm gan lách to do tán huyết từ trong bào thai, lượng Bilirubin tăng nhanh trên 20mg% (>340 mol/l) và cần thay máu. Chẩn đoán dựa vào hình dạng hồng cầu: nhỏ đường kính < 6 µm, tròn, sức bền giảm (vỡ ở nồng độ NaCl 0,8% và vỡ hết ở 0,6%).

7.3.1.2. Do thiếu men *Glucose – 6 – phosphat – Dehydrogenase*

Trẻ thường bị huyết tán khi nhiễm trùng, do dùng thuốc oxy hoá ở mẹ hoặc con như: Aspirin, Sulfamid, Naphtalen, Vitamin K, mức tán huyết tùy thuộc vào loại thuốc và thuốc dùng. Thiếu men G6PD type B dễ bị vàng da hơn type A.

7.3.1.3. Bất thường về haemoglobin

Bệnh Thalassemia, đồng hợp tử: vàng da gan lách to phù nhau thai chết trong vài giờ. Thể dị hợp tử gây huyết tán muộn sau 1 tuổi.

7.3.2. Bất đồng nhóm máu

7.3.2.1. Bất đồng hệ Rhesus

- Mẹ hồng cầu Rh (-), con Rh (+) vào tháng cuối thai kỳ, nhau thai bị tổn thương nên hồng cầu nhau thai vào máu mẹ gây kháng thể kháng hồng cầu con.

- Nếu lượng kháng thể tăng cao và xuyên qua nhau thai vào máu con sẽ gây tán huyết. Trẻ sinh ra thiếu máu vàng da, gan lách to. Bilirubin gián tiếp tăng nhanh chóng trong 24 giờ đầu gây vàng nếu không được thay máu kịp thời. Thường xảy ra ở con thứ hai, ba trở đi. Nếu mẹ được truyền máu Rh(+), tiêm phòng vaccin từ máu Rh(+) hoặc sảy thai trước đó, nồng độ kháng thể chống D có thể tăng cao ở đứa con đầu tiên và gây tán huyết. Ở Việt Nam rất ít phụ nữ trong khi đó ở Châu Âu, tỷ lệ phụ nữ Rh (-) là 15%.

- Biểu hiện lâm sàng: phù nhau thai: vàng da thiếu máu nặng, gan lách to, phù toàn thân và suy tim, ít gập và thường chết ngay sau sanh.

- Thể vàng da sớm: trong 24 giờ đầu sau sanh, rất hay gập, trẻ bị thiếu máu, vàng da có hoặc không theo gan lách to.

- Xét nghiệm máu: Hồng cầu giảm nặng về số lượng, to nhỏ không đều, đa sắc, hồng cầu non ra máu ngoại biên với tỷ lệ 10-20%. Test de Coombs trực tiếp (+), bilirubin gián tiếp tăng nhanh từ 5mg% ở máu rốn và 20mg% trong 24 giờ đầu tiên. Cần thay máu ngay sau sinh để tránh vàng da nhân.

7.3.2.2. Bất đồng nhóm máu hệ ABO

- Mẹ có hồng cầu nhóm O con hồng cầu nhóm A hoặc B. Nếu hồng cầu sang máu mẹ, trong máu mẹ sẽ tạo kháng thể miễn dịch chống A hoặc B khác với kháng thể tự nhiên có sẵn trong huyết tương của những người nhóm máu O.

- Tán huyết xảy ra ngay đưa con đầu tiên và từ từ sau khi sinh. Thường triệu chứng rõ nhất vào ngày thứ 2-3 dễ lầm với vàng da sinh lý, thường tự khỏi, 4% có biến chứng vàng da nhân cần thay máu đúng lúc để tránh biến chứng này. Bất đồng nhóm máu hệ ABO chỉ xảy ra trong 10% các trường hợp khi có tổn thương nhau thai thực sự.

- Xét nghiệm: test de coombs gián tiếp (+), hiện diện kháng thể miễn dịch chống A hoặc B với nồng độ cao trong huyết tương của mẹ.

7.3.3. Tán huyết do nhiễm khuẩn

Trẻ sinh ra đã bị vàng da, gan lách to đôi khi kèm theo viêm phúc mạc hoặc viêm màng não mủ. Tiên lượng xấu, chủ yếu là điều trị nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết. Triệu chứng vàng da thường nhẹ, ít khi phải thay máu.

7.4. Vàng da do viêm gan

- Do vi khuẩn: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiểu hoặc tất cả các dạng nhiễm trùng ở trẻ sơ sinh đều gây có thể gây tổn thương tế bào gan. Với bệnh cảnh nhiễm trùng huyết bào thai thường tiên lượng xấu.

- Do siêu vi: Rubella, Cytomegalo virus, Coxsackie, Herpes và nhất là viêm gan do siêu vi B. Nếu mẹ bị viêm gan siêu vi B với HBsAg (+) khả năng trẻ bị viêm gan do siêu vi này lên đến 90%. Nếu mẹ có cả hai kháng nguyên HBs và HBe đều (+) thì trẻ có thể mắc bệnh đến 100%.

7.5. Vàng da do tắc mật

7.5.1. Hội chứng mật đặc

Do tán huyết cấp, lượng Bilirubin gián tiếp quá nhiều sẽ ứ đọng ở gan hình thành sỏi mật nhỏ trong các vi quản mật và gây tắc mật trong gan. Thường thấy ở giai đoạn cuối của đợt tán huyết cấp kéo dài. Bilirubin trong máu tăng cả 2 thành phần, hiện tượng này sẽ giảm và mất hẳn sau khi huyết tán kết thúc.

7.5.2. Tắc mật bẩm sinh

Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào độ chít hẹp của các ống dẫn mật. Trẻ sẽ vàng da sớm và gan lách to nhanh 2 tháng đầu sau sinh khi ống dẫn mật tắc hẳn. Nếu chỉ hẹp, triệu chứng sẽ xảy ra muộn hơn vào tháng thứ 2-3. Bệnh diễn tiến qua 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: trẻ vàng da, gan to, tiêu phân bạc màu, tiêu sậm màu, nhưng không có rối loạn tiêu hoá, cân nặng vẫn lên đều đặn.

- Giai đoạn 2: tháng 2-3 sau sinh, gan to chắc, lách to, vàng da sậm, trẻ hay rối loạn tiêu hoá (ói, tiêu chảy, chướng bụng), dễ bị nhiễm trùng, dễ bị xuất huyết dưới da hoặc các phủ tạng do suy gan.

Xét nghiệm máu thấy: Bilirubin tăng cao, chủ yếu thành phần trực tiếp, phosphatase alkaline tăng, cholesterol tăng, chức năng gan giảm, transaminase tăng vừa, prothrombin máu giảm. Trong phân không có stercobilin, trong nước tiểu có nhiều muối mật và rất ít sắc tố mật (urobilinogen).

Tiên lượng của bệnh phụ thuộc vào nơi tắc:

- Tắc trong gan: thường gặp ở 70% trường hợp, phẫu thuật không có kết quả, trẻ tử vong vì suy gan hoặc bội nhiễm vào tháng thứ ba.

- Tắc ngoài gan: gặp 30% trường hợp, phẫu thuật sớm trước giai đoạn suy gan (trước 2 tháng), có thể cho kết quả tốt, phụ thuộc vào nguyên nhân gây tắc như:

+ Ống mật chủ bị hẹp hoặc teo bẩm sinh.

+ Giãn ống mật chủ thành kén.

+ Ống mật chủ bị hẹp do phì đại môn vị, do hạch to, do tụy nhũn.

Với siêu âm, phát hiện sớm và khá chính xác và đưa đến hướng xử trí thích hợp.

8. BIẾN CHỨNG VÀNG DA NHÂN

- Đây là biến chứng nguy hiểm nhất đối với sơ sinh khi lượng Bilirubin tăng hơn 20mg% (340mol/l), xảy ra trong 15 ngày đầu sau sinh khi màng ngăn giữa máu và tổ chức não màng não chưa bền vững. Ngưỡng này có thể giảm dưới 20mg% nếu kèm theo các yếu tố nguy cơ như: thiếu oxy, toan máu, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, hạ Albumin máu, sinh non. Với sơ sinh dưới 1500g, lượng Bilirubin gián tiếp 17-18mg% đe dọa vàng da nhân.

- Triệu chứng đầu tiên là trẻ bỏ bú, vật vã, quấy khóc hoặc li bì, rối loạn trương lực cơ: thường tăng ở trẻ đủ tháng, nhưng nếu trẻ sinh ra quá non sẽ giảm. Vào ngày thứ ba, đầu trẻ ưỡn cổ ra sau, co gập, cong người, khóc thét, mắt “mặt trời lặn”, dần dần dẫn đến hôn mê và tử vong trong cơn ngừng thở. Trẻ sinh non triệu chứng nghèo nàn hơn, xuất hiện trễ, khó chẩn đoán phân biệt với bệnh lý về thần kinh khác.

- Tổn thương tế bào não do 2 nguyên nhân:

+ Bilirubin gián tiếp không kết hợp với Albumin tầm nhuận vào các nhân xám vì hoà tan được trong mỡ nên bám vào Phospholipid của màng tế bào não làm tổn thương các tế bào này .

+ Khi có rối loạn huyết động học, rối loạn về biến dưỡng, tăng áp lực thẩm thấu máu, ngạt thở, hạ đường huyết, tăng CO₂ máu, toan máu, hạ thân nhiệt. Bilurubin gián tiếp kết hợp với Albumin có thể qua màng ngăn mạch máu não gây tổn thương tế bào não như trên.

+ Các tổn thương về thần kinh có thể hồi phục nếu xảy ra trong vòng 24 giờ. Sau thời gian đó có thể để lại di chứng thần kinh và tinh thần như : nói ngọng hoặc câm, lác mắt hoặc mù mắt, liệt một hoặc nhiều chi, ngớ ngẩn, kém thông minh. Do đó cần điều trị tích cực vàng da tăng Bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh nhất là 15 ngày đầu sau sinh để tránh vàng da nhân.

9. ĐIỀU TRỊ

9.1. Ánh sáng liệu pháp

- Chiếu đèn là phương pháp thông dụng nhất điều trị vàng da sơ sinh
- . - Mục đích để chuyển bilirubin tự do thành bilirubin tan trong nước và thải ra ngoài.
- Chỉ định:
 - + Trẻ đủ tháng khoẻ mạnh vàng da
 - + Vàng da không huyết tán.
- Chống chỉ định:
 - + Bilirubin trực tiếp > 20% Bilirubin toàn phần.
 - + Hội chứng mật đặc.

9.2. Truyền Albumin

Truyền tĩnh mạch trong 1 giờ, liều 1-2g/kg pha loãng còn 1/3-1/2 trong Glucose 5%, mục đích làm gia tăng tạm thời lượng Bilirubin toàn phần không gây nguy hại cho cơ thể.

9.3. Chất tải mật ở ruột

Nhằm phá huỷ chu trình gan ruột với Cholestyramin.

9.4. Những thuốc làm gia tăng sự kết hợp Glucuronyl và Bilirubin

- Phenobarbital.
- Clofibrat.

9.5. Thay máu

Chỉ định khi:

- Bilirubin gián tiếp tăng > 20mg% (340mol/l) mặc dù đã được điều trị dự phòng, nhất là những trường hợp bất đồng nhóm máu mẹ và con.

- Bilirubin tăng > 20 mg% (340 mol/l) và vẫn tiếp tục tăng cao sau 24 giờ điều trị dự phòng, nhất là ở trẻ sinh non có nguy cơ cao.

- Bilirubin máu dây rốn > 4,5mg% (75 mol/l) và Hb < 11g %.

- Bilirubin tăng > 1 mg%/giờ (17 mol/l/giờ) dù đã chiếu đèn và Hb 11 - 13g %.

9.6. Điều trị nguyên nhân

9.6.1. Viêm gan nhiễm khuẩn

Kháng sinh được sử dụng từ 7-14 ngày trong viêm gan do vi trùng. Đối với viêm gan do siêu vi, chủ yếu là điều trị triệu chứng, sữa có chất béo ở dạng glycerid không cần mật để hấp thu.

9.6.2. Nghẽn đường dẫn mật

- Ngoài gan: cần soi ổ bụng thăm dò trước tháng thứ hai, khi gan chưa suy để có chỉ định phẫu thuật kịp thời.

- Trong gan: phẫu thuật không hiệu quả, phải ghép một phần gan của mẹ cho con.

10. CHĂM SÓC

10.1. Khi trẻ được thực hiện liệu pháp ánh sáng

- Chuẩn bị phương tiện: đèn ánh sáng trắng (độ dài sóng 300 - 390 nm) hoặc ánh sáng xanh (độ dài sóng 420 - 490 nm). Năng lượng chiếu sáng tối thiểu có hiệu quả là 1,5 - 2 W/cm²/nm. Sử dụng 01 hoặc 02 giàn đèn.

- Đảm bảo khoảng cách từ nguồn sáng đến bệnh nhi tốt nhất là 40cm..

- Trẻ được cởi trần để tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng.

- Phải che mắt. Đối với trẻ trai, cần che thêm bìu.

- Thời gian chiếu đèn: chiếu liên tục trong 1-2 ngày đầu và thay đổi tư thế (mỗi 2 giờ), sau đó chiếu ngắt quãng mỗi 3 giờ kéo dài tổng cộng 3-5 ngày.

- Không ngưng chiếu đột ngột vì có nguy cơ tai biến “đội ngược“ (rebound).

- Theo dõi các tai biến và/hoặc tác dụng không mong muốn:

+ Đỏ da.

+ Tiêu chảy phân xanh.

+ Mất nước 1 - 1,5 ml/kg/giờ.

+ Tăng thân nhiệt.

+ Hội chứng “em bé da đồng“.

+ Tăng Gonadotrophin, giảm Riboflavin.

10.2. Khi trẻ có thay máu

- Chọn máu:

+ Bất đồng ABO: máu tươi toàn phần đồng nhóm với mẹ hoặc hồng cầu lắng nhóm O (cùng nhóm mẹ) và huyết tương cùng nhóm với con.

+ Bất đồng Rh: hồng cầu Rh (-) giống mẹ, nhóm máu giống con.

+ Số lượng máu: 160ml/kg

- Kỹ thuật: đặt ống thông tĩnh mạch rốn hay tĩnh mạch bẹn, lắp ống tiêm qua van chèn 4. Rút và bơm máu mỗi lần: 5ml (trẻ < 1500g), 10ml (1500 - 2500g), 15ml (2500 - 3500g), 20ml (> 3500g). Sau khi rút mỗi 100ml tiêm chậm 1ml Gluconate calci 10%. Trước khi kết thúc thì tiêm kháng sinh.

- Theo dõi các tai biến:

+ Ngưng tim do bơm nhanh.

+ Rối loạn nhịp tim.

+ Tắc mạch.

+ Shock.

+ Rối loạn điện giải.

+ Xuất huyết giảm tiểu cầu.

+ Rối loạn đông máu.

+ Nhiễm trùng huyết, viêm gan, sốt rét, nhiễm cytomegalo virus, HIV.

+ Tắc ống thông.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

26) Vàng da do bất đồng nhóm máu mẹ-con thuộc nhóm nguyên nhân nào trong vàng da sơ sinh?

G. Vàng da không huyết tán

B. Vàng da huyết tán

C. Vàng da ứ mật

D. Câu A, B, C sai

27) Vàng da do tăng bilirubin trực tiếp có những triệu chứng sau, ngoại trừ:

A. Phân bạc màu.

B. Nước tiểu sậm màu

C. Da màu vàng cam

D. Da màu vàng chanh

28) Chống chỉ định ánh sáng liệu pháp?

A. Trẻ đủ tháng khoẻ mạnh có vàng da

B. Vàng da không huyết tán.

C. Bilirubin gián tiếp > 20% Bilirubin toàn phần D. Hội chứng mật đặc

29) Chỉ định thay máu khi nào?

A. Bilirubin gián tiếp tăng > 20mg% dù đã được điều trị

B. Bilirubin tăng > 20 mg% (340 mol/l) và vẫn tiếp tục tăng cao sau 24 giờ

C. Bilirubin tăng > 1 mg%/giờ dù đã chiếu đèn và Hb 11 - 13g %

D. Câu A, B, C đúng

30) Khoảng cách từ nguồn sáng đến bệnh nhi chiếu đèn tốt nhất là bao nhiêu?

A. 20 cm

B. 30 cm

C. 40 cm

D. 50 cm

Bài 7. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH VIÊM PHỔI

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được triệu chứng viêm phổi ở trẻ sơ sinh.

- Trình bày được vai trò của chăm sóc đối với viêm phổi ở trẻ sơ sinh.

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ sơ sinh viêm phổi.

- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh viêm phổi.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh viêm phổi.

NỘI DUNG:

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ sơ sinh.

Viêm phổi thường gặp ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, theo thống kê của chương trình phòng chống viêm phổi, thì trung bình mỗi năm 1 đứa trẻ có thể mắc nhiễm khuẩn hô hấp từ 4 - 6 lần, trong đó khoảng 1 - 2 lần viêm phổi. Tỷ lệ tử vong do viêm phổi cũng rất lớn, hàng năm trên thế giới có khoảng 4 triệu trẻ em tử vong vì viêm phổi, cứ 8 - 10 giây lại có một trẻ chết vì viêm phổi. Ở Việt Nam tỷ lệ tử vong do viêm phổi đứng hàng đầu trong các bệnh hô hấp (75%) cũng như so với tử vong chung (30 - 35%).

2. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: ở các nước đang phát triển, nguyên nhân do vi khuẩn còn phổ biến. Các loại vi khuẩn thường gặp là phế cầu, *Haemophilus influenzae (type B)*, sau đó là các loại vi khuẩn khác như: tụ cầu, liên cầu, *E coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*,....

- Virus: Các virus thường gặp gây viêm phổi là virus hợp bào hô hấp, virus cúm, á cúm, Adenovirus,....

- Nấm: thường gặp nhất là nấm *Candida albicans* gây tưa miệng có thể phát triển xuống phế quản phổi gây viêm phổi do nấm.

3. CƠ CHẾ BỆNH SINH

Vi khuẩn hoặc virus xâm nhập vào phổi gây tổn thương viêm các phế quản nhỏ, phế nang và tổ chức xung quanh phế nang. Do phổi bị tổn thương gây tăng tiết đàm dãi, phù

nề niêm mạc phế quản gây bít tắc đường thở dẫn đến rối loạn thông khí và khuếch tán khí, cuối cùng là suy hô hấp. Hậu quả của suy hô hấp là thiếu O₂, tăng CO₂ trong máu và gây nên các rối loạn bệnh lý khác:

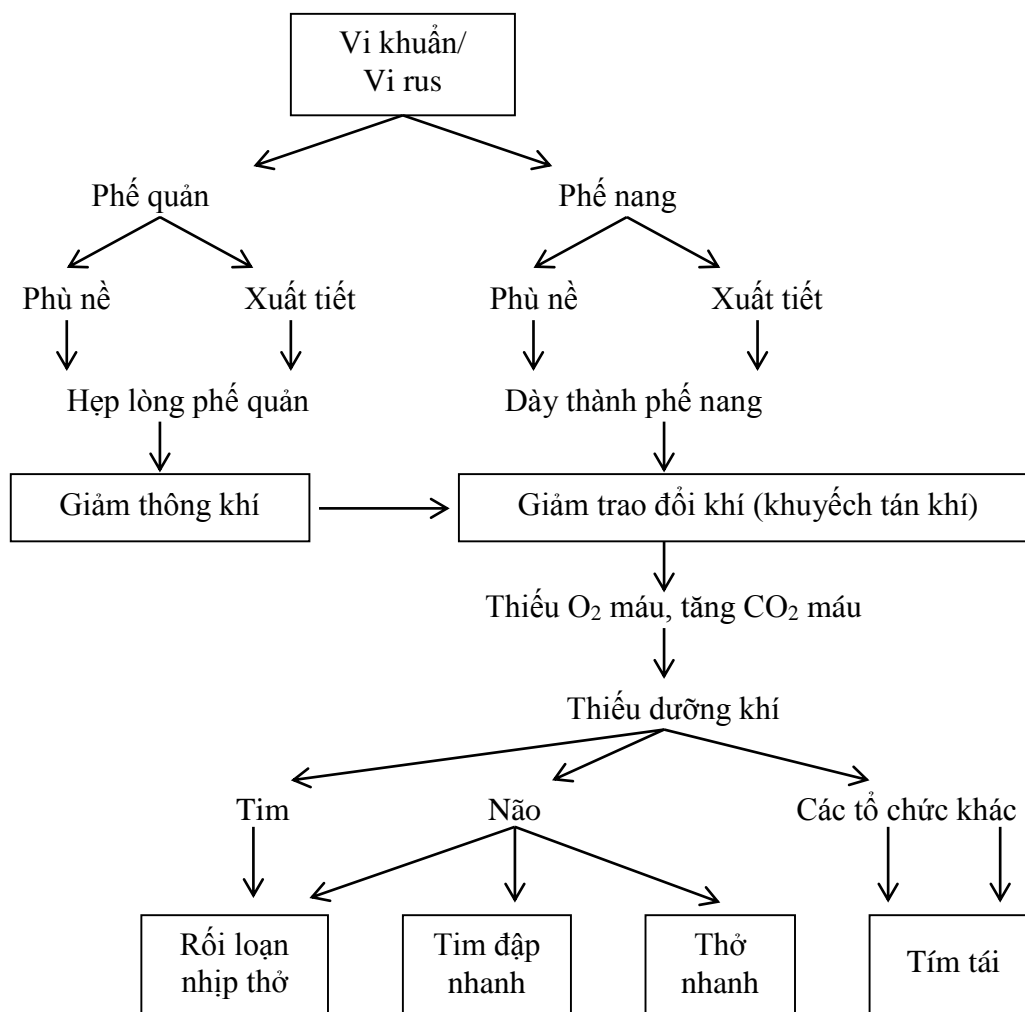
- Rối loạn thông khí: do đường thở bị bít tắc làm giảm thông khí, CO₂ không ra ngoài được gây tăng CO₂ trong máu, nó kết hợp với H₂O tạo thành H₂CO₃ gây toan hô hấp. Đường thở bị bít tắc làm cho O₂ từ phế nang vào máu ít, gây thiếu O₂ trong máu dẫn đến chuyển hoá yếm khí tạo ra nhiều sản phẩm acid lactic gây nhiễm toan chuyển hoá.

- Rối loạn tim mạch:

+ Suy hô hấp, thiếu O₂ tim phải co bóp nhiều hơn để tổng máu có O₂ dự trữ đi nuôi cơ thể, đồng thời cơ tim không được nuôi dưỡng dẫn đến suy tim.

+ Do độc tố của vi khuẩn và virus tác động đến cơ tim và trung tâm vận mạch ngoại biên gây trụy mạch.

+ Mất nước, điện giải do trẻ thở nhanh, sốt, nôn hoặc tiêu chảy kèm theo.



Cơ chế bệnh sinh viêm phổi sơ sinh

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

4.1. Giai đoạn khởi phát

- Sốt nhẹ, nhiệt độ có thể tăng lên từ từ hoặc sốt cao ngay từ đầu. Trẻ mệt mỏi, quấy khóc, khó chịu, ăn kém. Đối với trẻ sơ sinh, đôi khi gặp triệu chứng hạ thân nhiệt.

- Viêm long đường hô hấp trên như nghẹt mũi, chảy nước mũi, ho.
- Rối loạn tiêu hoá: nôn, trớ, tiêu phân lỏng.

4.2. Giai đoạn toàn phát

- Sốt cao, mệt mỏi, quấy khóc, môi khô lưỡi bẩn.
- Ho khan hoặc ho xuất tiết nhiều đàm dãi.
- Nhịp thở nhanh: ≥ 60 lần/phút.
- Khó thở, cánh mũi phập phồng, rút lõm lồng ngực nặng. Trường hợp nặng hơn có thể có dấu hiệu tím tái ở lưỡi, quanh môi, đầu chi, rối loạn nhịp thở, có cơn ngừng thở.
- Nghe phổi có rale ẩm to nhỏ hạt rải rác ở 1 hoặc cả 2 bên phổi, ngoài ra có thể có rale ngáy, rale rít.
- Có thể có rối loạn tiêu hoá: nôn trớ, tiêu lỏng, bụng chướng...
- Trường hợp suy hô hấp nặng có thể có biểu hiện suy tim, trụy mạch.

4.3. Cận lâm sàng

- X quang: Có nốt mờ rải rác, chủ yếu ở vùng rốn phổi, cạnh tim.
- Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- Khí máu động mạch: tình trạng nhiễm toan PaO_2 giảm, PaCO_2 tăng, pH máu giảm, dự trữ kiềm (BE) âm trong những trường hợp có suy hô hấp.

5. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

- Hỏi:
 - + Trẻ có ho không? Ho khan hay có xuất tiết đờm dãi. Ho là một phản xạ của đường hô hấp để tống đờm dãi ra ngoài khi cơ quan hô hấp bị viêm nhiễm. Vậy ho là triệu chứng chứng tỏ bộ phận hô hấp bị tổn thương.
 - + Trẻ có sốt không? Sốt từ bao giờ? Có hạ thân nhiệt?
 - + Có cơn ngừng thở hay tím tái không?
- Thăm khám:
 - + Đếm nhịp thở trong 1 phút để xác định trẻ có dấu hiệu thở nhanh không?

+ Quan sát, phát hiện dấu hiệu dấu rút lõm lồng ngực nặng. Khi nhận định phải đặt trẻ nằm thẳng để phát hiện dấu hiệu này. Rút lõm lồng ngực gọi là “nặng” khi: rút lõm lồng ngực thường xuyên, rút lõm sau và dễ phát hiện.

+ Phát hiện và nghe tiếng thở khò khè: phát hiện bằng cách ghé sát tai vào gần miệng trẻ nghe được tiếng thở trầm, đồng thời quan sát thấy thì thở ra kéo dài hơn bình thường.

+ Phát hiện/nghe thấy tiếng thở rít bằng cách ghé tai sát miệng trẻ, quan sát khi thấy ngực trẻ di động lên, bên tai nghe được tiếng thở thô ráp.

+ Đo nhiệt độ xác định trẻ có sốt hay hạ thân nhiệt.

+ Quan sát phát hiện dấu hiệu tím tái ở quanh môi, nếu nặng sẽ tím tái môi, lưỡi và toàn thân.

+ Phát hiện và đánh giá tình trạng mất nước.

5.2. Chẩn đoán chăm sóc

Từ những nhận định ban đầu, người điều dưỡng đưa ra chẩn đoán chăm sóc. Ở bệnh nhân viêm phổi nặng, có thể có những chẩn đoán chăm sóc sau:

- Sốt hoặc hạ thân nhiệt do nhiễm khuẩn

- Khò khè do tăng xuất tiết ở đường thở.

- Khó thở do rối loạn thông khí. Để có chẩn đoán này người điều dưỡng dựa vào một trong các dấu hiệu sau:

+ Nhịp thở nhanh.

+ Có dấu hiệu rút lõm lồng ngực nặng, ngoài ra còn có dấu hiệu cánh mũi phập phồng, co kéo cơ liên sườn, cơ ức đòn chũm.

+ Tím tái khi gắng sức như lúc trẻ bú, trẻ quấy khóc hoặc tím tái thường xuyên cả lúc trẻ nằm yên.

- Tím tái do rối loạn thông khí và khuếch tán khí.

- Tím tái nặng do suy tim liên quan đến thiếu O₂ tổ chức.

- Mất nước, điện giải do sốt, thở nhanh hoặc nôn kèm theo.

5.3. Kế hoạch chăm sóc

- Chống nhiễm khuẩn

- Làm thông đường hô hấp

- Đảm bảo đủ oxy

- Đảm bảo tuần hoàn

- Chống sốt hoặc hạ thân nhiệt
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng
- Bù nước điện giải, chống toan.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

5.4.1. Sốt do nhiễm khuẩn

- Hạ sốt:

+ Cho uống nhiều nước, đảm bảo sữa mẹ.

+ Nói rộng quần áo, tã lót.

+ Nếu trẻ sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ dùng thuốc hạ sốt theo y lệnh: paracetamol 10 - 15 mg/kg/lần sau 6 giờ có thể cho lại nếu còn sốt.

- Kháng sinh theo y lệnh:

+ Benzyl penicillin: 50.000 đv/kg/lần x 4 lần/ngày tiêm bắp hoặc tĩnh mạch (test).

+ Benzyl penicillin + Gentamicin (Gentamicin: 3,5 - 7 mg/kg/ngày (1lần duy nhất tiêm bắp)).

+ Cefotaxim 100 - 200 mg/kg/ngày chia 3-4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

+ Nếu nghi ngờ do tụ cầu, sử dụng Oxacillin kết hợp Gentamixin. Oxacillin sử dụng liều 100 - 200 mg/kg/ngày chia 3-4 lần tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

5.4.2. Khò khè do tăng xuất tiết đường thở

- Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai để đầu ngửa ra sau, cầm đưa về phía trước, hơi nghiêng sang một bên.

- Nói rộng quần áo, tã lót để bệnh nhân dễ thở.

- Hút sạch mũi họng: bằng máy hút, chú ý áp lực không quá 200 mmHg, đưa sonde nhẹ nhàng vào mũi, họng để tránh xây xát niêm mạc mũi gây chảy máu. Nếu không có máy hút có thể hút bằng bơm tiêm hoặc quả bóng cao su.

5.4.3. Tím tái do rối loạn thông khí và khuếch tán khí

Khi có biểu hiện tím tái, xét nghiệm PaO₂ (phân áp oxy trong máu động mạch) giảm dưới 60 mmHg:

- Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai để đầu ngửa ra sau, cầm đưa về phía trước, hơi nghiêng sang một bên.

- Hút đờm dãi nếu có xuất tiết.

- Thở oxy theo y lệnh.

5.4.4. Tím tái nặng do suy tim liên quan đến thiếu oxy tổ chức

- Khi mạch nhanh thực hiện thuốc trợ tim theo y lệnh Digoxin 0,02 - 0,03 mg/kg/lần/ 8 giờ sau có thể cho lại lần thứ 2 với nửa liều ban đầu.

- Khi tim đập yếu, chậm hoặc ngừng đập thì tiến hành nhân tim ngoài lồng ngực.

- Trường hợp tím tái nặng, ngừng thở đặt ống nội khí quản để dễ dàng hút thông đường thở, thở oxy, bóp bóng hô hấp hỗ trợ.

5.4.5. Mất nước, điện giải do sốt, thở nhanh hoặc nôn kèm theo

Bù nước bằng đường uống hoặc đường tĩnh mạch, tuy nhiên truyền dịch không được khuyến khích vì có thể gây ứ đọng ở phổi làm suy hô hấp nặng thêm. Do vậy chỉ truyền dịch trong những trường hợp thật cần thiết: shock, mất nước nặng, nhiễm toan, chú ý tốc độ truyền chậm.

Nếu trẻ có nhiễm toan truyền dung dịch Bicarbonate Na 1,4% hoặc 4,2% với liều lượng 2 -3 mEq/kg.

5.5. Đánh giá

Sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng cần đánh giá kết quả điều trị và chăm sóc. Những vấn đề cần đánh giá ở bệnh viêm phổi sơ sinh là:

5.5.1. Hô hấp

- Tình trạng da, niêm mạc: trẻ còn tím tái quanh môi và đầu chi không?
- Nhịp thở.
- Dấu hiệu rút lõm lồng ngực nặng.

5.5.2. Hiệu quả của kháng sinh chống nhiễm khuẩn

- Nếu bệnh nhân đáp ứng với kháng sinh thì sau 3 ngày, nhiệt độ giảm hoặc hết sốt, ăn uống tốt hơn, thở chậm hơn, các triệu chứng giảm dần.

- Nếu trẻ không giảm: vẫn sốt, thở nhanh,...hoặc trẻ nặng hơn phải đổi kháng sinh.

5.5.3. Dấu hiệu mất nước

Đánh giá xem trẻ còn dấu hiệu mất nước không dựa vào:

- Toàn trạng
- Khát nước
- Mắt
- Nước mắt
- Miệng và lưỡi
- Độ đàn hồi da (nếp véo da).

5.5.4. Tuần hoàn, tiết niệu

- Nhịp tim, mạch có trở về bình thường không?
- Lượng nước tiểu có bình thường không?

TỰ LƯỢNG GIÁ:

- 31) Sơ sinh viêm phổi có nhịp thở trên ngưỡng nào?
H. 30 lần/phút B. 40 lần/phút C. 50 lần/phút D. 60 lần/phút
- 32) Cận lâm sàng trong viêm phổi sơ sinh?
A. X quang: Có nốt mờ rải rác, chủ yếu ở vùng rốn phổi
B. Số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
C. Khí máu động mạch: tình trạng nhiễm toan PaO_2 giảm, PaCO_2 tăng
D. Câu A, B, C đúng
- 33) Để chẩn đoán khó thở do rối loạn thông khí, cần dựa vào dấu hiệu sau, ngoại trừ:
A. Nhịp thở chậm B. Rút lõm lồng ngực nặng
C. Tím tái khi gắng sức D. Tím tái khi thường xuyên cả lúc trẻ nằm yên
- 34) Khi có biểu hiện tím tái, PaO_2 ở sơ sinh viêm phổi thường giảm dưới ngưỡng nào?
A. 50 mmHg B. 60 mmHg C. 70 mmHg D. 80 mmHg
- 35) Khi sơ sinh viêm phổi có khò khè, cần chăm sóc thế nào?
A. Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai để đầu ngửa ra sau, cầm đưa về phía trước, hơi nghiêng sang một bên
B. Nói rộng quần áo, tã lót để bệnh nhân dễ thở
C. Hút sạch mũi họng D. Câu A, B, C đúng

Bài 8. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH XUẤT HUYẾT NÃO –MÀNG NÃO

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được triệu chứng xuất huyết não – màng não ở trẻ sơ sinh.
- Trình bày được vai trò của chăm sóc đối với xuất huyết não – màng não ở trẻ sơ sinh.

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ sơ sinh xuất huyết não – màng não.

- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh xuất huyết não – màng não.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh xuất huyết não – màng não.

NỘI DUNG:

1. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết não – màng não (XHNMN) là tình trạng xuất huyết xảy ra trong nhu mô não, não thất hay trong một hoặc nhiều màng bao não (dưới màng nhện, màng cứng, ngoài màng cứng) gây nên tỉ lệ tử vong và di chứng vĩnh viễn cao.

2. NGUYÊN NHÂN

Ở trẻ em, xuất huyết não – màng não có thể do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải. Các nguyên nhân bẩm sinh thường do dị dạng động mạch, tĩnh mạch. Đối với trẻ sơ sinh, thiếu Vitamin K và sang chấn sản khoa là hai nguyên nhân mắc phải thường gặp nhất.

2.1. Sang chấn sản khoa

- Thai quá to so với khung chậu người mẹ.
- Ngôi thai bất lợi.
- Rốn quấn cổ gây sinh khó.
- Thời gian chuyển dạ kéo dài.
- Sinh quá nhanh, sinh phải can thiệp bằng forcep, giác hút,...

2.2. Thiếu vitamin K

Xảy ra từ tuần 2 đến tuần 4 ở trẻ đủ tháng, khỏe mạnh, không có tiền căn bệnh về máu, không có tiền căn sang chấn sản khoa, bú mẹ hoàn toàn và không được tiêm dự

phòng vitamin K lúc sinh. Tỷ lệ prothrombin giảm ngay ngày đầu và ngày thứ ba – thứ năm sau sinh. Hoạt động cầm máu ở trẻ sơ sinh chưa hoàn chỉnh, cấu tạo thành mạch còn mỏng, đám rối quanh não thất được tăng tưới máu và là tổ chức non yếu của não nên dễ gây xuất huyết..

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bệnh thường khởi phát đột ngột, diễn tiến rất nhanh đến tình trạng suy sụp toàn thân, từ vài phút đến vài ngày tùy theo mức độ xuất huyết não - màng não.

Trước khi có đợt xuất huyết cấp, trẻ thường có những biểu hiện lâm sàng không đặc

hiệu như: ọc sữa nhiều, bú kém hoặc bỏ bú, bứt rứt, khóc thét,...

Dù xuất huyết ở đâu, trên lâm sàng luôn có hai hội chứng sau:

3.1.Hội chứng thiếu máu cấp

- Da xanh, niêm nhợt.
- Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp tụt (HA tâm thu < 70 mmHg).
- Thở nhanh, tím môi và đầu chi.
- Thiếu niệu, vô niệu:
 - + Thiếu niệu: <0,5ml/kg/giờ.
 - + Vô niệu: < 1ml/kg/ngày.

3.2.Hội chứng tăng áp lực nội sọ

3.2.1. Thần kinh

- Tri giác thay đổi: lơ đãng, ngủ li bì, lơ mơ hoặc bứt rứt, khóc thét khi bế trẻ.
- Giảm hoặc tăng trương lực cơ.
- Co giật, co gồng khu trú hoặc toàn thân.
- Sụp mí mắt, đồng tử giãn không đều 2 bên, phản xạ ánh sáng giảm.
- Thóp căng phồng.
- Rối loạn điều hòa thân nhiệt. Sốt cao có thể gặp trong trường hợp tổn thương não nặng do xuất huyết.
- Trường hợp nặng:
 - + Hôn mê
 - + Bệnh nhi có tư thế mất não: co cứng liên tục, gồng cơ, bàn tay nắm chặt xoay trong,

cẳng tay duỗi, gồng và duỗi toàn thân.

- + Đồng tử giãn, không còn phản xạ
- + Liệt mềm 4 chi.

3.2.2. Hô hấp

- Rối loạn nhịp thở, rên ri, tím tái từng cơn.
- Con ngừng thở > 15 giây (thở không đều)

3.2.3. Tim mạch

- Rối loạn nhịp tim.
- Huyết áp tụt, kẹp.

4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Huyết học

- Hct giảm, HC giảm.
- Thời gian prothrombine (TQ) kéo dài
- Test thromboplastin (TCK) kéo dài
- Tỷ lệ Prothrombin giảm.

4.2. Sinh hóa

- Khí máu động mạch: toan chuyển hóa, PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng
- Đường huyết giảm.
- Bilirubin gián tiếp/ máu tăng.

4.3. Chọc dò dịch não tủy

Trước đây chọc dò dịch não tủy là xét nghiệm thường quy để chẩn đoán xuất huyết não – màng não. Chọc dò dịch não tủy chỉ có thể phát hiện xuất huyết nhiều dưới màng nhện và loại trừ chẩn đoán viêm màng não mủ. Ngày nay, xét nghiệm này được hạn chế đến mức tối

đa và dần được thay thế bằng các xét nghiệm ít xâm lấn hơn.

4.4. Chụp não cắt lớp điện toán (CT brain scanning)

Chẩn đoán rất chính xác XHNMN. Ngay cả khi trên lâm sàng không có triệu chứng. CT có thể đánh giá lượng xuất huyết, vị trí, não thất có bị giãn hay không.

4.5. Siêu âm xuyên thóp (Transfontanel Ultrasonography - US)

Phương pháp này được xem là vô hại đối với trẻ sơ sinh, không cần dùng thuốc an thần hay gây mê, thực hiện được nhiều nơi kể cả ngay giường bệnh và cũng không tiếp xúc với tia xạ nhiều như trong CT. Trong XHNMN sơ sinh, siêu âm vừa có giá trị trong

chẩn đoán, vừa có giá trị trong tiên lượng tử vong và di chứng. Tuy nhiên siêu âm vẫn có thể không phát hiện

được vị trí XHNMN khi có xuất huyết trong nhu mô não.

Phân độ XHNMN dựa trên siêu âm:

XHNMN nhẹ:

- Độ I: Chỉ xuất huyết ở vùng mô đệm sinh sản.
- Độ II: Xuất huyết trong não thất, không giãn não thất.

XHNMN trung bình:

- Độ III: Xuất huyết trong não thất, có giãn não thất.

XHNMN nặng:

- Độ IV: Xuất huyết trong não thất và nhu mô não.

5. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

Phải thăm khám toàn diện, cẩn thận, tỉ mỉ để xác định các dấu hiệu sau:

- Toàn trạng: li bì hay hôn mê? Rối loạn nhịp thở, kiểu thở? Suy hô hấp? Mạch nhanh hay chậm, thân nhiệt giảm hay tăng?

- Tăng áp lực nội sọ: co giật, liệt khu trú, nôn, táo bón hoặc tiêu chảy, thở không đều, ngừng thở, rối loạn các phản xạ bẩm sinh như phản xạ bú.

- Thiếu máu.

- Dấu hiệu xuất huyết kèm theo: xuất huyết dưới da, chảy máu mũi, phân đen

5.2. Can thiệp điều dưỡng

5.2.1. Trẻ bỏ bú do tăng áp lực nội sọ

- Chuẩn bị dụng cụ chọc dò tuỷ sống khi có chỉ định.
- Có thể dùng lợi tiểu (ít hiệu quả)
- Cho ăn bằng thìa hoặc ăn qua sonde.

5.2.2. Trẻ co giật do tăng áp lực nội sọ

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc cắt cơn co giật.
- Bảo đảm thông thoáng đường thở.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Đề phòng các tai biến có thể xảy ra.

5.2.3. Trẻ li bì do xuất huyết não

- Đặt trẻ nằm đầu thấp.

- Thở oxy qua sonde.
- Chăm máu: Truyền máu tươi, tiêm vitamin K.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.

5.2.4. Da xanh nhợt do chảy máu não liên quan đến thiếu vitamin K

- Đặt trẻ nằm đầu thấp.
- Thở oxy qua sonde.
- Thực hiện truyền máu theo y lệnh.
- Thực hiện y lệnh tiêm vitamin K.

5.2.5. Trẻ khóc thét từng cơn do tăng áp lực nội sọ:

- Chuẩn bị dụng cụ chọc dò dịch não tủy nếu có chỉ định của thầy thuốc (qua con tăng áp).
- Thực hiện y lệnh dùng thuốc an thần.

5.3. Dinh dưỡng và vệ sinh

- Trong thời gian điều trị, vấn đề dinh dưỡng phải đảm bảo tốt: trẻ bú, không nuốt được phải cho ăn qua sonde bằng thức ăn dễ tiêu nhất theo lứa tuổi, đầy đủ về số lượng và chất lượng.
- Vệ sinh thường xuyên để tránh bội nhiễm: Vệ sinh ăn uống, vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng...

TỰ LƯỢNG GIÁ:

- 36) Nguyên nhân mắc phải thường gặp nhất gây xuất huyết não – màng não ở trẻ sơ sinh?
- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| A. Dị dạng mạch máu não | B. Đò động – tĩnh mạch não |
| C. Thiếu vitamin K | D. Thiếu vitamin E |
- 37) Sang chấn sản khoa nào có thể gây xuất huyết não – màng não ở trẻ sơ sinh?
- | | |
|--|---------------------|
| A. Thai quá to so với khung chậu người mẹ | D. Câu A, B, C đúng |
| B. Sinh phải can thiệp bằng forcep, giác hút,... | |
| C. Sinh quá nhanh | |
- 38) Tư thế phù hợp nhất cho sơ sinh có xuất huyết não – màng não?
- | | |
|-----------------|-----------------------|
| A. Nằm đầu thấp | B. Nằm đầu bằng |
| C. Nằm đầu cao | D. Mẹ bế thường xuyên |

39) Phân độ XHNMN dựa trên siêu âm, chỉ xuất huyết ở vùng mô đệm sinh sản được phân độ mấy?

- A. I B. II C. III D. IV

40) Phân độ XHNMN dựa trên siêu âm, khi xuất huyết trong não thất và nhu mô não được phân độ mấy?

- A. I B. II C. III D. IV

Bài 9. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH TIÊU CHẢY

MỤC TIÊU BÀI HỌC: Sau khi học xong, sinh viên có khả năng

Kiến thức: - Trình bày được triệu chứng tiêu chảy ở trẻ sơ sinh.

- Trình bày được vai trò của chăm sóc đối với tiêu chảy ở trẻ sơ sinh.

Kỹ năng: - Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ sơ sinh tiêu chảy.

- Thực hiện được kế hoạch chăm sóc trẻ sơ sinh tiêu chảy.

Năng lực tự chủ và tự chịu trách nhiệm: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sơ sinh tiêu chảy.

NỘI DUNG:

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêu chảy là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong cho trẻ em các nước đang phát triển. Ước tính hàng năm có tới 1,3 tỷ lượt trẻ em dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy và 4 triệu trẻ chết vì bệnh này. Trên toàn thế giới, hàng năm mỗi trẻ mắc 3,3 lượt tiêu chảy. Có khoảng 80% trường hợp tử vong do tiêu chảy xảy ra ở nhóm trẻ sơ sinh và dưới 2 tuổi. Nguyên nhân chính gây tử vong là do mất nước và điện giải. Tiêu chảy còn là nguyên nhân chính gây suy dinh dưỡng, ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của trẻ. Bệnh tiêu chảy là một vấn đề y tế toàn cầu, là gánh nặng kinh tế đối với các nước đang phát triển.

2. ĐỊNH NGHĨA

2.1. Tiêu chảy là đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước trên 3 lần trong 24 giờ.

2.2. Tiêu chảy cấp là đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước trên 3 lần trong ngày (24 giờ) và kéo dài không quá 14 ngày.

2.3. Tiêu chảy kéo dài là đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước trên 3 lần trong ngày (24 giờ) và kéo dài trên 14 ngày.

Đợt tiêu chảy là thời gian kể từ ngày đầu tiên bị tiêu chảy tới ngày mà sau đó hai ngày liền phân của trẻ bình thường.

2.4. Tiêu chảy mạn tính là tiêu chảy mà nguyên nhân của nó là do rối loạn về cấu trúc hay hệ thống men của ống tiêu hoá và thường là các bệnh bẩm sinh hoặc di truyền.

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Virus

Virus là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây bệnh tiêu chảy cho trẻ sơ sinh. Những loại virus gây tiêu chảy là Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus, trong đó Rotavirus là tác nhân chính. Virus xâm nhập vào trong liên bào ruột non, không ngừng nhân lên, phá huỷ cấu trúc liên bào, làm cùn nhung mao ruột, gây rối loạn men tiêu hoá đường Lactose của sữa mẹ, làm tăng xuất tiết nước và điện giải vào trong lòng ruột.

3.2. Vi khuẩn

Nhiều loại vi khuẩn có thể gây bệnh tiêu chảy cho trẻ em:

- Coli đường ruột gây 25% tiêu chảy cấp. Có 5 nhóm gây bệnh là:
 - + Coli sinh độc tố ruột (Enterotoxigenic *Escherichia coli*)
 - + Coli bám dính (Enteroadherent *Escherichia coli*)
 - + Coli gây bệnh (Enteropathogenic *Escherichia coli*)
 - + Coli xâm nhập (Enteroinvasive *Escherichia coli*)
 - + Coli gây chảy máu (Enterohemorrhagic *Escherichia coli*)

Trong 5 loại trên, Coli sinh độc tố ruột (ETEC) là tác nhân quan trọng gây tiêu chảy cấp, phân toé nước ở trẻ em ở các nước đang phát triển. ETEC không xâm nhập vào niêm mạc ruột mà gây tiêu chảy bằng các độc tố không chịu nhiệt là LT (heat labile toxin) và độc tố chịu nhiệt ST (heat stable toxin) với cơ chế gần giống tả.

- Shigella:

Trực khuẩn Shigella là tác nhân trong 60% các đợt lỵ. Trong các đợt lỵ nặng có thể tiêu phân toé nước trong những ngày đầu bị bệnh. Trong 4 nhóm huyết thanh *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii* và *S. Sonnei*.

- *Campylobacter jejuni*:

C. Jejuni gây bệnh chủ yếu ở trẻ nhỏ, sơ sinh lây qua tiếp xúc với phân, uống sữa và bị nhiễm. *C. Jejuni* gây tiêu chảy toé nước ở 2/3 trường hợp và gây nên hội chứng lỵ có sốt ở 1/3 số trường hợp còn lại. Bệnh diễn biến nhẹ, thường khỏi sau 2 - 5 ngày.

3.3. Ký sinh trùng

Nấm *Candida albicans* có thể là nguyên nhân gây tiêu chảy. Bệnh thường xuất hiện ở sơ sinh sau khi dùng kháng sinh kéo dài hoặc đối với trẻ bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) trong giai đoạn cuối.

3.4. Dị ứng thực phẩm

Trẻ sơ sinh có thể bị dị ứng với protein có trong sữa công thức dẫn đến tiêu chảy.

3.5. Khả năng dung nạp thức ăn kém

Một số trẻ sơ sinh có vấn đề về đường tiêu hóa khi dung nạp một số loại sữa công thức. Dưỡng chất có trong sữa không đi được vào máu mà nằm lại trong ruột, dẫn đến tình trạng cơ thể thiếu chất, dạ dày khó tiêu hóa, gây nên tiêu chảy.

3.6. Rối loạn tiêu hóa bình thường

Tiêu chảy thường được xem như hiện tượng rối loạn tiêu hóa bất thường ở trẻ sơ sinh, nhưng thực chất, không phải lúc nào cũng như vậy. Một số trẻ có thể bị tiêu chảy do hệ thống tiêu hóa của trẻ, bao gồm cả đường ruột, lúc này vẫn còn non nớt và nhạy cảm với những thay đổi. Dù chỉ là thay đổi nhỏ từ sữa mẹ chuyển sang sữa công thức cũng có thể làm trẻ bị tiêu chảy.

4. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

4.1. Các yếu tố vật chủ làm tăng tính cảm thụ với bệnh tiêu chảy

- Tình trạng suy giảm miễn dịch: Trẻ sơ sinh nhiễm HIV/AIDS thường tăng tính cảm thụ đối với bệnh tiêu chảy.
- Cơ địa: Trẻ sinh non, yếu.
- Tập quán làm tăng nguy cơ tiêu chảy:
 - + Trẻ sơ sinh không được bú mẹ
 - + Chế độ vệ sinh cá nhân, vệ sinh tiêu chảy kém.

4.2. Tính chất mùa

- Tiêu chảy do virus thường xảy ra vào mùa đông.
- Tiêu chảy do vi khuẩn thường xảy ra vào mùa hè.

4.3. Dùng kháng sinh bừa bãi

Trẻ sơ sinh được dùng kháng sinh bừa bãi, nhất là các loại kháng sinh dùng bằng đường uống sẽ tiêu diệt hết các vi khuẩn có lợi cho cơ thể, gây nên tiêu chảy do loạn khuẩn.

5. SINH LÝ BỆNH

5.1 Sinh lý trao đổi nước bình thường ở ruột:

5.1.1. Quá trình hấp thu nước ở ruột

Bình thường, tại ruột, sự hấp thu nước được thực hiện qua 2 đường: chủ động và thụ động. Hấp thu thụ động tương đối ít về số lượng và xảy ra bởi cơ chế xuyên qua khe hở nhỏ giữa các tế bào biểu bì (liên bào ruột).

Hấp thu nước theo con đường chủ động xảy ra qua liên bào ruột, được điều hoà chủ yếu bởi sự chênh lệch áp lực thẩm thấu. Áp lực này được tạo nên do sự vận chuyển các chất hoà tan, chủ yếu là Natri từ mặt bên này (phía lòng ruột) sang mặt bên kia liên bào

ruột. Quá trình vận chuyển này cần tiêu tốn năng lượng và nguồn năng lượng này được tạo nên do ATP giải phóng ra sau khi bị phá vỡ bởi men ATPase có ở bờ ngoài tế bào ruột.

Sự vận chuyển Natri từ lòng ruột vào tế bào thông qua cơ chế:

- + Natri trao đổi với H^+ .
- + Natri gắn với Clo.
- + Natri cùng gắn với glucose hoặc peptid.

Natri và glucose được hấp thu bằng cách sử dụng một phân tử chuyên chở (carrier molecule) ở “bờ bàn chải” (brush-border) của liên bào ruột. Bờ bàn chải của liên bào ruột sử dụng glucose như một chất mang, để cho một ion Na vào cùng với một phân tử glucose. Và như vậy, khi có mặt glucose với tỷ lệ thích hợp thì sự hấp thu Natri từ ruột vào máu tăng lên gấp 3 lần. Sự hấp thu này hoàn toàn không phụ thuộc vào AMP vòng - một chất đã làm cho chiều vận chuyển nước theo cơ chế Natri gắn với Clo bị đảo ngược. Đây chính là cơ sở cho việc sử dụng dung dịch Oresol để điều trị bù phụ nước và điện giải trong tiêu chảy.

Qua nghiên cứu ở Bangladesh, các tác giả đã xây dựng được thành phần thích hợp của gói Oresol pha trong 1 lít nước chín là:

- Glucose: 20g
- NaCl: 3,5g
- $NaHCO_3$: 2,5g
- KCl: 1,5g

5.1.2. Quá trình bài tiết ở ruột

Quá trình bài tiết ở ruột non xảy ra tại các tế bào vùng hèm tuyến. Tại đây, Natri được bài tiết vào lòng ruột theo cơ chế Natri gắn với Clo (giống như cơ chế hấp thu Natri gắn với Clo, nhưng ngược chiều). Đồng thời nhiều chất nucleotide vòng trong tế bào như (AMP-c, GMP-c) có tác dụng kích thích làm tăng tính thấm của màng tế bào hèm tuyến đối với Clo, gây tăng bài tiết Clo vào lòng ruột. Sự bài tiết Clo kèm theo Natri vào lòng ruột tại vùng hèm tuyến đã kéo nước vào lòng ruột.

Bình thường, quá trình hấp thu nước tại các nhung mao liên bào ruột mạnh hơn nhiều lần so với quá trình bài tiết nước ở vùng hèm tuyến. Do vậy mà lượng nước rất nhiều (trên 10 lít/ngày) trong ruột non được hấp thu gần hết, chỉ còn khoảng 1 lít/ngày xuống đại tràng. Khả năng hấp thu nước của đại tràng là có giới hạn. Do vậy, bất kỳ một

thay đổi nào xảy ra ở hai quá trình trên: tăng bài tiết và/hoặc giảm hấp thu ở ruột non đều gây nên tình trạng quá tải nước cho đại tràng, hậu quả là đại tràng không thể hấp thu hết được nước, tạo nên tiêu chảy.

5.2. Cơ chế tiêu chảy

5.2.1. Tiêu chảy do cơ chế xuất tiết

Những tác nhân gây bệnh tiêu chảy, không xâm nhập vào liên bào ruột như phẩy khuẩn tả, Coli sinh độc tố ruột (ETEC), mà chỉ bám dính vào nhung mao liên bào ruột và sinh ra độc tố. Độc tố được gắn chặt không bị đẩy ra và cũng không bị trung hoà bởi được chất nhờ có sự liên kết thường xuyên ở “bờ bàn chải”. Sự có mặt của độc tố đã kích thích men Adenylcyclase, men này tác động lên ATP làm sản sinh ra AMP-vòng. Sự gia tăng AMP-vòng trong tế bào gây ức chế và ngăn cản sự hấp thu Natri theo cơ chế gắn với Clo, làm tăng bài tiết Clo vào lòng ruột ở các tế bào hêm tuyến. Sự gia tăng bài tiết Clo kèm theo Natri tại vùng hêm tuyến dẫn đến tình trạng tăng bài tiết nước vào lòng ruột. Hiện tượng rối loạn vận chuyển nước và điện giải này được duy trì thường xuyên ở những tế bào bị ảnh hưởng (bị độc tố gắn vào). Sự hồi phục phụ thuộc vào quá trình đổi mới tế bào, nghĩa là phụ thuộc vào quá trình bong, tróc của những tế bào trên và sự thay thế chúng bởi các tế bào bình thường được sản sinh từ vùng hêm tuyến di chuyển lên. Nếu trẻ tiêu chảy được cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng, nhất là chất đạm thì quá trình đổi mới tế bào (tái tạo tế bào) được rút ngắn lại trong thời gian 4-5 ngày.

Như vậy, tiêu phân toé nước là hậu quả của 2 quá trình xảy ra tại ruột non: giảm hấp thu nước tại các liên bào và tăng bài tiết nước tại vùng hêm tuyến do tác động của độc tố vi khuẩn. Với tiêu chảy do cơ chế xuất tiết, thì sự “cảm tiêu lỏng” hay “khởi bệnh” không thể giải quyết được bằng thuốc, mà bằng chính sự tác động lên quá trình đổi mới tế bào ruột, nghĩa là bằng dinh dưỡng. Tuy nhiên, để làm được việc này, cần phải duy trì được sự sống của trẻ, nghĩa là không để trẻ bị ảnh hưởng đến tính mạng vì mất nước (bằng cách uống oresol sớm và đủ), để có thời gian cho trẻ ăn, có thời gian cho tế bào bị tổn thương bong ra và đủ điều kiện để tái tạo tế bào mới.

Điều cần lưu ý là sự gia tăng AMP-vòng trong tế bào gây ức chế và ngăn cản sự hấp thu Natri theo cơ chế gắn với Clo, nhưng không ức chế đối với cơ chế hấp thu Natri gắn với glucose.

5.2.2. Tiêu chảy xâm nhập

Tác nhân gây bệnh xâm nhập vào trong liên bào ruột non (trong tiêu phân nước), ruột già (trong tiêu phân nhày, máu), sẽ nhân lên trong đó rồi phá huỷ tế bào, làm bong tế bào và gây nên phản ứng viêm. Những sản phẩm tạo ra do phá huỷ tế bào và do viêm được bài tiết vào trong lòng ruột, gây nên tiêu chảy.

Nhiều loại vi khuẩn gây tiêu chảy theo cơ chế xâm nhập như: trực trùng lỵ (Shigella), Coli xâm nhập (EIEC), thương hàn (Salmonella), lỵ amip (*Entamoeba histolytica*) ...

Các loại virus (Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus) cũng gây tiêu chảy theo cơ chế xâm nhập.

Một số tác nhân như *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, tuy chỉ bám dính vào nhung mao liên bào, không xâm nhập vào trong tế bào, nhưng tiêu phân nước cũng do cơ chế xâm nhập, vì chúng làm teo các nhung mao của liên bào, do đó làm giảm khả năng hấp thu nước.

5.3. Hậu quả của tiêu chảy phân nước

5.3.1. Mất nước, mất natri

Do giảm hấp thu và tăng bài tiết nước cùng với natri tại ruột, rồi tống ra ngoài trong tình trạng phân lỏng, đã dẫn đến mất nước và mất natri.

Ngay sau lần tiêu phân lỏng đầu tiên đã thực sự làm cho cơ thể mất nước (do vậy, lời khuyên đối với các bà mẹ có con bị tiêu chảy là hãy cho trẻ uống dung dịch Oresol ngay sau lần ỉa phân lỏng đầu tiên). Tuy vậy, triệu chứng mất nước trên lâm sàng chỉ bắt đầu xuất hiện khi mất đi 5% trọng lượng cơ thể. Nếu để bệnh nhi tiêu chảy mất tới 10% trọng lượng cơ thể thì sẽ xảy ra sốc do giảm khối lượng tuần hoàn, và mất trên 10% trọng lượng cơ thể thì khó có thể tránh khỏi tử vong.

5.3.2. Mất kali và bicarbonat

Mất kali và bicarbonat là do chúng bị đào thải theo phân, từ đó dẫn đến giảm kali máu và toan hoá máu. Khi kali máu giảm sẽ dẫn đến giảm trương lực cơ: nhẹ là liệt ruột cơ năng gây chướng bụng, nặng hơn sẽ gây nhược cơ toàn thân, loạn nhịp tim và có thể tử vong. Thông thường, khi mất bicarbonat, thận sẽ điều chỉnh và bù trừ được. Nhưng khi mất nước nặng, giảm khối lượng tuần hoàn thì lưu lượng máu đến thận giảm, do đó chức năng thận cũng bị suy giảm theo, không thể điều chỉnh được.

Do vậy, cách đề phòng tử vong tốt nhất đối với trẻ bị tiêu chảy là không để trẻ mất nước nặng bằng cách bù phụ nước và điện giải cho trẻ ngay từ khi bắt đầu ỉa chảy (nghĩa

là trẻ ỉa và nôn ra bao nhiêu nước thì phải bù vào bấy nhiêu), bằng cách uống dung dịch Oresol.

6. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG BỆNH TIÊU CHẢY

6.1. Triệu chứng tiêu hoá

6.1.1. Tiêu chảy

Tiêu chảy (đi ngoài phân lỏng) là triệu chứng không thể thiếu được trong bệnh tiêu chảy. Tiêu chảy thường xảy ra đột ngột bởi dấu hiệu tiêu nhiều lần phân nhiều nước, có thể có lẫn nhầy, máu và có mùi chua, tanh, nồng.

6.1.2. Nôn

Nôn thường xuất hiện sớm trước khi có triệu chứng tiêu lỏng từ vài giờ đến vài chục giờ. Nôn có thể xảy ra liên tục hoặc chỉ nôn một vài lần trong ngày làm trẻ mất nước, mất H^+ và Cl^- . Trong trường hợp này, nguyên nhân gây bệnh thường do Rotavirus hoặc tụ cầu.

Cần xác định xem trẻ nôn bao nhiêu lần, số lượng chất nôn trong mỗi lần, tính chất và thành phần chất nôn (toàn nước, thức ăn, chất khác), vì số lượng dung dịch oresol cần bồi phụ cho trẻ phụ thuộc vào số lượng dịch mất đi do ỉa và nôn.

6.1.3. Biếng ăn

Lười bú thường xuất hiện sớm ngay sau khi trẻ sơ sinh bị tiêu chảy.

6.2. Triệu chứng mất nước

Khi trẻ sơ sinh bị tiêu chảy cần phải tiến hành ngay việc đánh giá tình trạng mất nước bằng cách nhận định:

6.2.1. Quan sát toàn trạng để đánh giá mức độ mất nước

- Trẻ tỉnh táo bình thường, khi chưa có biểu hiện mất nước trên lâm sàng.
- Trẻ kích thích, vật vã, quấy khóc là có biểu hiện mất nước.
- Trẻ li bì, lơ đờ, mệt lả, hôn mê là mất nước nặng.

6.2.2. Xác định dấu hiệu khát nước để đánh giá mức độ mất nước

- Trước hết phải hỏi xem trẻ có uống nước được không?
 - Hãy cho trẻ uống nước bằng thìa và quan sát để đánh giá mức độ mất nước:
 - + Uống bình thường: Trẻ có uống nhưng không thích lắm hoặc từ chối uống, khi chưa có biểu hiện mất nước trên lâm sàng.
 - + Uống một cách háo hức: khi uống trẻ nhiều, khóc ngay khi ngừng cho uống.
- Đây là một trong các dấu hiệu quan trọng nói lên tình trạng mất nước.

+ Không uống được hoặc uống kém: khi đưa thìa nước vào miệng, trẻ không uống hoặc uống yếu ớt, hồi lâu mới uống được một ít nước. Lúc này quan sát thường thấy trẻ li bì hoặc hôn mê. Đây là một trong những biểu hiện mất nước nặng.

6.2.3. Quan sát mắt của trẻ và nhận định

Trong tiêu chảy, mắt của trẻ có thể:

- + Bình thường
- + Trũng
- + Rất trũng

Trên thực tế có những đứa trẻ để ra mắt đã sâu (trũng). Do vậy, để tránh nhầm lẫn, nên hỏi người nhà xem mắt của trẻ hiện giờ có gì khác so với lúc bình thường không? Với mục đích này, không nên đặt câu hỏi đóng: Mắt cháu có trũng không?

+ Quan sát xem mắt trẻ khô hay ướt. Khi trẻ khóc to, có thấy nước mắt chảy ra không? Nếu mắt khô, khóc không có nước mắt là trẻ có mất nước.

6.2.4. Quan sát và thăm khám môi, miệng, lưỡi

- Nhìn xem môi có khô không.
- Dùng ngón tay sạch, khô sờ vào miệng, vào lưỡi của trẻ, rồi rút ra. Nếu thấy khô, không có nước bọt là có biểu hiện mất nước.

6.2.5. Xác định độ chun giãn của da và đánh giá mức độ mất nước

Tại bụng, ta véo da thành nếp rồi bỏ ra, nếu thấy:

- Nếp da véo mất nhanh: Chưa có biểu hiện mất nước trên lâm sàng.
- Nếp da véo mất chậm: Có mất nước.
- Nếp da véo mất rất chậm (trên 2 giây): Mất nước nặng.

6.2.6. Một số dấu hiệu khác

- Mạch: Có thể rất nhanh yếu hoặc khó bắt, nếu mất nước nặng.
- Thở: Trẻ thở nhanh, khi bị mất nước nặng, toan chuyển hoá. Khi trẻ có khó thở, cần phải hỏi xem trẻ có ho không để phân biệt với viêm phổi (vì viêm phổi cũng có thể kèm theo tiêu phân lỏng).
- Tiểu ít, nước tiểu sẫm màu là mất nước. Nếu không tiểu trong 6 giờ là mất nước nặng.
- Thóp: sẽ lõm xuống (trũng), nếu trẻ có mất nước, rất trũng là mất nước nặng. Cũng nên hỏi người nhà về tình trạng thóp của trẻ lúc bình thường.
- Cân để xác định trọng lượng của trẻ:

+ Cân trước và sau khi bồi phụ nước và điện giải để đánh giá số lượng dịch đã uống hoặc đã truyền.

+ Nếu có điều kiện cân ngay trước khi trẻ tiêu chảy và lúc chúng ta thăm khám cho trẻ, thì có thể xác định được lượng nước đã mất. Song, trên thực tế thì công việc này không có tính khả thi.

7. CẬN LÂM SÀNG

- Điện giải đồ: xác định tình trạng rối loạn điện giải.
- Công thức máu: nếu có nhiễm khuẩn thì bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
- Soi phân: tìm hồng cầu, bạch cầu, ký sinh trùng.
- Cây phân: khi điều trị không kết quả cần phải cấy phân để tìm vi khuẩn gây bệnh.
- Có thể làm Hematocrit để đánh giá tình trạng cô đặc máu (mất nước).

8. CHĂM SÓC

8.1. Nhận định

Để có những chẩn đoán chăm sóc sát với bệnh nhi, người điều dưỡng cần hỏi, thăm khám kỹ và xác định tình trạng bệnh.

- Hỏi:

- + Bệnh nhi bao nhiêu ngày tuổi?
- + Cân nặng lúc sinh?
- + Dinh dưỡng: Mẹ có đủ sữa không? Trẻ có bú sữa nhân tạo?
- + Trước khi bị tiêu chảy trẻ có bú sữa để qua đêm, uống nước lã... không?
- + Trẻ tiêu chảy mấy lần/ngày? Phân lỏng hay lẫn nhầy máu?
- + Trẻ có khát nước không? Có sốt, nôn, co giật không?
- + Bệnh nhi có đi tiểu được không? Đã mấy giờ chưa đi tiểu?
- + Kinh tế gia đình thế nào?

- Quan sát và xác định:

- + Toàn trạng: tỉnh táo, kích thích hay li bì.
- + Mắt: bình thường, trũng hay rất trũng. Cần chú ý hỏi người nhà: Mắt trẻ có gì khác so với lúc bình thường không?

+ Nước mắt: quan sát khi trẻ khóc to có nước mắt không? Nếu không có nước mắt là bị mất nước.

+ Niêm mạc miệng lưỡi khô hay ướt, có hay không có nước bọt. Nếu không có nước bọt là có dấu hiệu mất nước.

- + Khát nước: không khát, khát hoặc không uống được.
- + Nếp véo da: bình thường hay mất chậm.
- + Phân, chất nôn: số lượng, tính chất?
- + Bụng có chướng không?
- + Có co giật không?
- + Đo nhiệt độ: sốt hay không sốt, hạ thân nhiệt?
- + Đếm mạch: bình thường, nhanh, nảy rõ hay yếu.
- + Đếm nhịp thở: thở nhanh? Có rối loạn nhịp thở không?
- + Đo huyết áp: bình thường hay giảm.
- + Cân bệnh nhân? Xác định trọng lượng của trẻ có bình thường không?

Nếu trước khi bị tiêu chảy, trẻ đã được cân thì cần so sánh xem hiện tại trọng lượng của trẻ có bị giảm sút không? Nếu có thì sút bao nhiêu phần trăm. Nếu sút từ 5% trở lên là trẻ bị mất nước.

8.2. Đánh giá mức độ mất nước

Để đánh giá đúng mức độ mất nước, cần xác định 4 dấu hiệu sau:

- Thần kinh:
 - + Trẻ tỉnh táo bình thường;
 - + Trẻ vật vã kích thích;
 - + Trẻ li bì khó đánh thức.
- Mắt trũng: Mắt có trũng hay không trũng?
- Uống nước:
 - + Trẻ uống bình thường;
 - + Trẻ uống háo hức;
 - + Trẻ không uống được.
- Nếp véo da: Mất nhanh, mất chậm hay mất rất chậm?

Đánh giá mức độ mất nước:

Nhận định	Đánh giá	Chăm sóc
Có hai trong các dấu hiệu sau: - Li bì hoặc khó đánh thức - Mắt trũng - Không uống được hoặc uống kém - Nếp véo da mất rất chậm	Mất nước nặng	Chăm sóc theo phác đồ C

Có hai trong các dấu hiệu sau: - Vật vã kích thích - Mắt trũng - Uống nước háo hức - Nếp véo da mắt chậm	Có mất nước	Chăm sóc theo phác đồ B
Không đủ các dấu hiệu để phân loại là có mất nước hoặc mất nước nặng	Không mất nước	Chăm sóc theo phác đồ A

8.3. Chẩn đoán chăm sóc

Đối với trẻ sơ sinh tiêu chảy, một số chẩn đoán chăm sóc thường gặp là:

- Nguy cơ mất nước do tiêu chảy.
- Trẻ tiêu phân lỏng nhiều lần do gia tăng tình trạng xuất tiết ở ruột.
- Trẻ quấy khóc, kích thích vật vã do mất nước.
- Trẻ lơ đãng do mất nước nặng
- Sốt/hạ thân nhiệt do nhiễm khuẩn.
- Chướng bụng do thiếu hụt kali
- Nôn nhiều do tăng co bóp dạ dày
- Phân có máu do tổn thương ruột.
- Tiêu chảy kéo dài do chế độ ăn thiếu chất đạm.
- Thiếu hụt dinh dưỡng do chế độ ăn kiêng khem quá mức
- Mẹ thiếu hiểu biết về cách chăm sóc trẻ tiêu chảy.
- Mẹ thiếu hiểu biết về cách đề phòng bệnh tiêu chảy.

8.4. Lập kế hoạch chăm sóc

Dựa vào các chẩn đoán chăm sóc, người điều dưỡng sẽ lập kế hoạch chăm sóc thích hợp, dựa trên nguyên tắc:

- Bù đủ nước và điện giải nhằm ngăn chặn mất nước nặng: cho uống ngay dung dịch ORS khi trẻ tiêu phân lỏng, truyền dịch khi có mất nước nặng.
- Cho trẻ ăn bình thường: bú mẹ bình thường theo lứa tuổi.
- Theo dõi thường xuyên nhằm:
 - + Đánh giá đúng tình trạng mất nước.
 - + Xử lý kịp thời, bồi phụ đủ nước, hạ sốt...
 - + Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng cho thích hợp.
 - + Nhắc nhở vệ sinh.

- + Tiến triển bệnh (thuyên giảm, không cải thiện, nặng lên, tiêu phân lẫn máu...)
- Chỉ cho kháng sinh khi tiêu phân máu, khi bị tả, thương hàn.
- Giáo dục - tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh tiêu chảy.

8.5. Can thiệp điều dưỡng

8.5.1. Nguy cơ mất nước do tiêu chảy (tiêu chảy chưa có dấu hiệu mất nước): chăm sóc theo phác đồ A.

8.5.1.1. Chăm sóc tại nhà.

8.5.1.2. Chăm sóc theo 3 nguyên tắc:

- Nguyên tắc 1: Đề phòng mất nước bằng cách:

- + Cho trẻ uống dung dịch Oresol ngay sau lần tiêu phân lỏng đầu tiên với liều lượng: 50 - 100 ml sau mỗi lần đi phân đối với trẻ dưới 2 tuổi.

- + Nếu không có Oresol thì cho uống nước cháo muối hoặc nước muối đường hay nước dừa non với liều lượng như trên. Phải hướng dẫn cho bà mẹ cách pha các loại dung dịch nêu trên. Sau khi hướng dẫn phải đảm bảo là bà mẹ đã hiểu và chắc chắn sẽ pha đúng loại dung dịch cần thiết cho trẻ uống.

- Nguyên tắc 2: Cho trẻ bú đầy đủ và phòng bệnh suy dinh dưỡng bằng cách:

- + Tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ đối với trẻ đang bú mẹ.

- + Tiếp tục cho trẻ bú sữa tổng hợp đối với trẻ đang được nuôi dưỡng bằng chế độ ăn nhân tạo.

- + Sau khi khỏi bệnh, cho trẻ bú thêm mỗi ngày 1 cữ trong thời gian 2 - 4 tuần.

- Nguyên tắc 3: Hướng dẫn bà mẹ biết khi nào phải đưa trẻ đến cơ sở y tế:

- + Phải đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay, khi thấy có một trong các dấu hiệu sau:

- * Trẻ quấy khóc, kích thích vật vã.

- * Trẻ khát nhiều.

- * Trẻ nôn nhiều.

- * Trẻ tiêu phân có nhầy máu.

- * Trẻ không tiểu được.

- + Phải đưa trẻ đến cơ sở y tế khám lại nếu sau 5 ngày điều trị tại nhà không có tiến triển tốt.

8.5.2. Trẻ kích thích quấy khóc nhiều do mất nước (tiêu chảy có dấu hiệu mất nước): phác đồ B.

8.5.2.1. Chăm sóc tại cơ sở y tế

8.5.2.2. Cần bù nước và điện giải bằng cách uống dung dịch oresol trong 4 giờ với liều lượng: 75 ml / kg

- Nếu trẻ nôn thì dừng 5 - 10 phút, sau đó lại cho uống tiếp với tốc độ chậm hơn.

- Điều dưỡng phải thường xuyên theo dõi giám sát việc bà mẹ cho trẻ uống. Phải kiểm tra, xác định và so sánh giữa lượng ORS mà trẻ thực sự uống được với việc cải thiện tình trạng mất nước.

8.5.2.3. Sau hoặc trong giai đoạn bù dịch, trẻ cần được hồi phục dinh dưỡng:

Tiếp tục cho trẻ bú mẹ, nếu trẻ đang còn bú mẹ.

8.5.2.4. Sau 4 giờ đánh giá lại mức độ mất nước để chọn phác đồ chăm sóc thích hợp:

- Nếu tình trạng mất nước không được cải thiện thì cho trẻ uống ORS với khối lượng và tốc độ như trên.

- Nếu không còn dấu hiệu mất nước thì chăm sóc như phác đồ A.

- Nếu trẻ li bì, không uống được thì chuyển sang chăm sóc theo phác đồ C: truyền dịch.

8.5.3. Trẻ li bì do mất nước nặng (tiêu chảy mất nước nặng): phác đồ C

8.5.3.1. Chăm sóc tại cơ sở y tế có khả năng truyền tĩnh mạch

8.5.3.2. Cần bù nước và điện giải bằng đường tĩnh mạch:

- Dung dịch truyền:

+ Ringer lactat: Là dung dịch thích hợp nhất.

+ Nếu không có Ringer lactat thì có thể thay thế bằng dung dịch muối sinh lý NaCl 0,9 %.

- Liều lượng và thời gian truyền dịch: 30 ml/kg/giờ đầu, 70 ml/kg/5 giờ sau.

- Nếu không truyền được tĩnh mạch thì nhỏ giọt dạ dày dung dịch ORS với liều 20 ml/ kg/giờ và chuyển đến nơi có điều kiện truyền tĩnh mạch.

8.5.3.3. Theo dõi đánh giá tình trạng bệnh nhân

- Trong giai đoạn mất nước nặng: phải đánh giá thường xuyên.

- Khi tình trạng bệnh nhân đã ổn định: ít nhất 1 giờ phải đánh giá 1 lần.

- Trong thời gian truyền dịch, nếu trẻ uống được thì cho uống ORS với tốc độ chậm (5 ml/ kg/ 1 giờ).

- Sau khi truyền đủ lượng dịch theo y lệnh, cần đánh giá lại để chọn biện pháp chăm sóc tiếp:

- + Truyền lại, nếu tình trạng bệnh nhân không được cải thiện.
- + Nếu trẻ tỉnh táo, uống nước háo hức thì chuyển sang chăm sóc theo phác đồ

B.

+ Nếu trẻ tỉnh táo bình thường, uống nước bình thường thì chuyển sang chăm sóc theo phác đồ A.

8.5.3.4. Sau giai đoạn bù dịch, cần phải nuôi dưỡng bệnh nhân tốt

Cho trẻ bú, tăng cường mỗi ngày thêm 1 - 2 cữ.

8.5.4. Dùng kháng sinh

Chỉ cho bệnh nhân dùng kháng sinh khi:

- Phân có máu.
- Bệnh tả.
- Thương hàn.

8.5.5. Bụng chướng do thiếu hụt Kali máu

Chướng bụng thường xảy ra khi bệnh nhân tiêu chảy nhiều, không được bồi phụ dung dịch oresol kịp thời, dẫn đến liệt ruột do thiếu Kali máu. Do vậy, cần phải bồi phụ ngay Kali để ngăn chặn tình trạng rối loạn nhịp tim, ngừng tim do thiếu hụt trầm trọng ion này, bằng cách:

- Cho trẻ uống Oresol theo tình trạng mất nước
- Uống Kali clorid 1 - 2g/ngày: hoà với nước để có dung dịch không quá 10%, cho uống 1g/ lần.

8.5.6. Trẻ nôn nhiều do tăng co bóp dạ dày

Nôn là dấu hiệu xảy ra sớm, do dạ dày bị kích thích bởi các quá trình bệnh lý tại ruột. Trong trường hợp này, vẫn phải cho bệnh nhân uống dung dịch Oresol để đề phòng mất nước, nhưng cứ sau mỗi lần nôn phải ngừng 10 phút để dạ dày không bị kích thích, rồi sau đó lại tiếp tục cho uống ít một, từ từ. Chỉ chuyển sang truyền tĩnh mạch, khi trẻ nôn nhiều, dù uống ít một vẫn nôn và làm cho tình trạng bệnh nhân mỗi lúc một xấu đi.

8.6. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Nhanh chóng tiến hành bù nước và điện giải cho bệnh nhân:
 - + Hướng dẫn người nhà bệnh nhân cách cho uống dung dịch Oresol: uống đúng (uống Oresol trong 4 giờ đầu hay sau mỗi lần đi ngoài), uống đủ theo tình trạng bệnh nhân.

+ Truyền dịch Ringer lactat hay Natriclorid 0,9%. Phải luôn ở bên cạnh bệnh nhân để theo dõi:

* Tốc độ truyền.

* Sự tiếp nhận dịch của bệnh nhi.

* Theo dõi những tai biến có thể xảy ra.

* Nếu bệnh nhi uống được thì cho uống thêm dung dịch Oresol với liều 5ml/kg/giờ để cung cấp thêm nước, Kali và kiềm.

* Nếu không truyền tĩnh mạch được thì nhỏ giọt dạ dày bằng dung dịch Oresol với liều 20ml/kg/giờ, đồng thời tìm phương tiện chuyển bệnh nhân đến tuyến điều trị có thể truyền tĩnh mạch được.

* Đếm mạch, nhịp thở, đo huyết áp 1 giờ x 1 lần hoặc thường xuyên hơn phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhi.

* Sau 6 giờ hoặc 3 giờ đánh giá lại tình trạng mất nước của bệnh nhi để chọn phác đồ thích hợp.

* Cần cho bệnh nhân ăn sau khi truyền dịch xong.

* Sau mỗi khi đánh giá bệnh nhân, cần thông báo với bác sĩ về tình trạng mất nước của bệnh nhân (không cải thiện, có cải thiện hay nặng thêm) để chọn phác đồ thích hợp.

- Cho bệnh nhi ăn chế độ ăn thích hợp nhằm cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng cho bệnh nhân: tiếp tục cho bú mẹ.

- Thực hiện đúng y lệnh kháng sinh (nếu có).

- Nếu bệnh nhân sốt thì hạ nhiệt bằng cách:

+ Nói rộng quần áo tã lót.

+ Nếu chân, tay lạnh thì phải mang vớ.

+ Chườm mát, không được chườm đá.

+ Thực hiện y lệnh thuốc: Paracetamol 15mg/kg/lần.

- Giáo dục sức khỏe: Hướng dẫn bà mẹ biện pháp vệ sinh phòng bệnh:

+ Tập để tạo thành thói quen: Rửa tay, lau sạch đầu vú, vệ sinh tốt bình sữa, đầu vú cao su trước khi cho trẻ bú.

+ Gia đình phải có hồ xí hợp vệ sinh và xử lý phân tốt.

+ Không sử dụng kháng sinh bừa bãi.

8.7. Đánh giá

Trong và sau khi thực hiện kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng thường xuyên theo dõi bệnh nhân để biết được kết quả điều trị, chăm sóc, đồng thời để đánh giá kịp thời tình trạng mất nước của người bệnh.

9. PHÒNG BỆNH

9.1. Nâng cao sức đề kháng cho trẻ

- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Giữ ấm cho trẻ.

9.2. Vệ sinh, an toàn thực phẩm

- Sử dụng nước đun sôi để nguội cho trẻ sơ sinh (nếu cần).
- Tập để tạo thành thói quen: Rửa tay, lau sạch đầu vú, vệ sinh tốt bình sữa, đầu vú cao su trước khi cho trẻ bú.
- Sữa cho trẻ sơ sinh bú không được để qua đêm.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

- 41) Tiêu chảy kéo dài là khi sơ sinh tiêu phân lỏng trên bao nhiêu ngày?
- I. 7 B. 10 C. 14 D. 30
- 42) Nguyên nhân tiêu chảy ở trẻ sơ sinh?
- A. Vi khuẩn B. Virus C. Dị ứng thức ăn
- D. Khả năng dung nạp kém E. Câu A, B, C, D đúng
- 43) Để đánh giá mức độ mất nước trong tiêu chảy ở trẻ sơ sinh, cần có ít nhất mấy dấu hiệu?
- A. 1 B. 2 C. 3 D. 4
- 44) Khi tiêu chảy mất nước nặng, trẻ sơ sinh cần được bù dịch theo phác đồ nào?
- A. Phác đồ A B. Phác đồ B C. Phác đồ C D. Không có phác đồ cụ thể
- 45) Khi nào sơ sinh tiêu chảy có chỉ định dùng kháng sinh?
- A. Khi phân có máu B. Khi sốt cao
- C. Khi mất nước nặng D. Câu A, B, C đúng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Nhi khoa , Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y Học, 2004*
- 2. Bài giảng Nhi khoa tập 1, 2, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2009*
- 3. Cẩm nang chăm sóc trẻ, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Nhà xuất bản Y học, 2010*