

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



GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CHĂM SÓC TRẺ EM NÂNG CAO

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 TRẺ EM NÂNG CAO

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 trẻ em nâng cao 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 trẻ em nâng cao 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 trẻ em nói riêng.

Giáo trình Chăm sóc trẻ em nâng cao 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 em, 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 Nhung
3. Ngô Kiều Lól

MỤC LỤC

Bài 1. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP	1
Bài 2. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ TIÊU CHẢY.....	12
Bài 3. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ SỐT.....	28
Bài 4. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ CÒI XƯƠNG, SUY DINH DƯỠNG.....	34
Bài 5. KỸ NĂNG TƯ VẤN CHO BÀ MẸ VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ.....	55
<i>TÀI LIỆU THAM KHẢO</i>	73

Tên môn học : CHĂM SÓC TRẺ EM NÂNG CAO

Mã môn học : HS.LT.16

Thời gian thực hiện môn học: 105 giờ (Lý thuyết: 14 giờ, TTBV: 78, Trục gác: 10 giờ, Kiểm tra: 3 giờ).

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** Môn học Chăm sóc trẻ em nâng cao được bố trí sau khi học xong các môn học chăm sóc sơ sinh.

- **Tính chất:** Môn học này trang bị cho sinh viên những kiến thức cơ bản về nguyên nhân, đường lây truyền, biểu hiện, biến chứng và cách xử trí, biện pháp dự phòng của một số bệnh thường gặp ở trẻ em trong từng thời kỳ phát triển của trẻ. Trên cơ sở đó sinh viên thực hiện tư vấn nâng cao kiến thức, kỹ năng cho các bà mẹ và người trong gia đình về cách phát hiện sớm, chăm sóc tại nhà và dự phòng một số bệnh thường gặp ở trẻ em trong từng thời kỳ phát triển.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức:

1.1. Trình bày được nguyên nhân, đường lây truyền, biểu hiện, biến chứng của một số bệnh thường gặp ở trẻ em.

1.2. Trình bày được cách xử trí, biện pháp dự phòng của một số bệnh thường gặp ở trẻ em trong từng thời kỳ phát triển của trẻ.

2. Kỹ năng:

2.1. Thực hiện được tư vấn nâng cao kiến thức, kỹ năng cho các bà mẹ và người trong gia đình về cách phát hiện sớm các bệnh thường gặp ở trẻ em trong từng thời kỳ phát triển.

2.2. Thực hiện được tư vấn nâng cao kiến thức, kỹ năng cho các bà mẹ và người trong gia đình về cách chăm sóc tại nhà các bệnh thường gặp ở trẻ em trong từng thời kỳ phát triển.

2.3. Thực hiện được tư vấn nâng cao kiến thức, kỹ năng cho các bà mẹ và người trong gia đình về cách dự phòng một số bệnh thường gặp ở trẻ em trong từng thời kỳ phát triển.

3. Thái độ:

Rèn luyện tính cẩn thận, thông cảm và tôn trọng người bệnh.

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	Tư vấn chăm sóc trẻ nhiễm khuẩn hô hấp cấp	2	2		
2	Tư vấn chăm sóc trẻ tiêu chảy	2	2		

3	Tư vấn chăm sóc trẻ sốt	3	3		
4	Tư vấn chăm sóc trẻ còi xương, suy dinh dưỡng	4	4		
5	Kỹ năng tư vấn cho bà mẹ và người chăm sóc trẻ	4	3		1
6	Thực tập bệnh viện	90	0	88	2
Cộng		105	14	88	3

Bài 1. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP

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

Kiến thức:

- Trình bày được nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ của Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em.
- Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng của Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em.

Kỹ năng:

- Vận dụng kiến thức đã học để nhận biết được trẻ Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.
- Thực hiện được kế hoạch tư vấn chăm sóc trẻ Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.

Thái độ: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.

NỘI DUNG:

1. TẦM QUAN TRỌNG CỦA NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH VÀ MỤC TIÊU CỦA CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG CHỐNG

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là một nhóm bệnh do vi khuẩn hoặc virus gây nên những tổn thương viêm cấp tính ở một phần hay toàn bộ hệ thống đường hô hấp kể từ tai, mũi, họng cho đến phổi, màng phổi.

- NKHHCT có tỷ lệ mắc bệnh cao, chiếm 30 - 35% tổng số các bệnh. Theo số liệu của Wajula (1991) tỷ lệ đến khám vì NKHHCT ở Ethiopia là 25,5%, ở Bagdad - Iraq là 39,3%, ở Sao Paulo - Brazil là 41,8%, ở London - Anh là 30,5%, ở Herston - Australia là 34%.

- NKHHCT có tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là viêm phổi. Theo số liệu của TCYTTG, trên toàn thế giới, hàng năm có khoảng 14 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết (95% ở các nước đang phát triển), trong đó có 4 triệu trẻ chết vì NKHHCT. Đây là 1 trong 3 nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi.

Ở Việt Nam NKHHCT ở trẻ em là bệnh đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong. Tại bệnh viện Nhi Đồng I Thành phố Hồ Chí Minh, số trẻ vào điều trị NKHHCT chiếm 23,3%, số tử vong là 15,9% (so với tử vong chung). Một điều tra tiến hành ở 5

tính phía Nam cho biết số trẻ mắc NKHHCT là 46%, tỷ lệ tử vong do NKHHCT chiếm 40,8% so với tử vong chung.

- NKHHCT không những có tỷ lệ mắc bệnh cao mà còn bị mắc nhiều lần trong năm, trung bình 1 trẻ trong 1 năm có thể bị NKHHCT từ 4 -6 lần, làm ảnh hưởng đến sức khoẻ và tính mạng của trẻ, đồng thời làm giảm ngày công lao động của người mẹ.

Vì những lý do trên, năm 1983 Tổ chức Y tế thế giới đã có chương trình phòng chống NKHHCT (chương trình ARI) ở trẻ em trên phạm vi toàn cầu và năm 1984 Việt Nam đã có chương trình quốc gia phòng chống NKHHCT. Chương trình nhằm 3 mục tiêu:

+ Mục tiêu trước mắt là giảm tỷ lệ tử vong do NKHHCT ở trẻ dưới 5 tuổi, trong đó chủ yếu là viêm phổi.

+ Mục tiêu lâu dài là giảm tỷ lệ mắc bệnh NKHHCT ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi.

+ Mục tiêu thứ ba là giảm tỷ lệ lạm dụng kháng sinh trong điều trị NKHHCT.

Ngày nay, chương trình Xử trí lồng ghép trẻ bệnh (IMCI) tiếp tục kế thừa các mục tiêu và thành quả của chương trình ARI nhằm mục tiêu chăm sóc sức khỏe trẻ em.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp gây NKHHCT ở trẻ em là virus và vi khuẩn.

- Virus là nguyên nhân chủ yếu gây NKHHCT ở trẻ em vì:

+ Virus có ái lực với đường hô hấp.

+ Khả năng lây lan của virus dễ dàng.

+ Tỷ lệ người lành mang virus cao.

+ Khả năng miễn dịch đối với virus ngắn và yếu.

Những virus thường gặp gây bệnh NKHHCT ở trẻ em là:

+ Virus hợp bào đường hô hấp (*Respiratory Syncytial virus*).

+ Virus cúm (*Influenzae virus*).

+ Virus á cúm (*Parainfluenzae virus*).

+ Virus sởi.

+ Virus hạch (Adenovirus).

+ Rhinovirus.

+ Enterovirus.

+ Coronavirus và các loại virus khác.

- Vi khuẩn:

Ở các nước đang phát triển vi khuẩn vẫn chiếm vị trí quan trọng trong NKHHCT. Những vi khuẩn thường gặp gây NKHHCT ở trẻ em là:

+ *Haemophilus influenzae*.

+ Phế cầu (*Streptococcus pneumoniae*).

+ Tụ cầu (*Staphylococcus aureus*)

+ *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

+ *Chlamydia trachomatis* và các vi khuẩn khác.

3. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Nhiều công trình nghiên cứu ở các nước đang phát triển và ở nước ta đều có nhận xét chung về các yếu tố dễ gây NKHHCT ở trẻ em (yếu tố nguy cơ)

- Trẻ sinh ra có cân nặng thấp (dưới 2500 g): Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chết do viêm phổi ở trẻ dưới 1 tuổi có cân nặng lúc sinh dưới 2500g là 2,64% trẻ sống, trong khi tỷ lệ này đối với trẻ có cân nặng lúc sinh trên 2500g là 0,68%.

- Suy dinh dưỡng cũng là yếu tố dễ mắc NKHHCT hơn ở trẻ bình thường và khi bị NKHHCT thì thời gian điều trị kéo dài hơn, tiên lượng xấu hơn.

- Không được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ: nguy cơ tử vong do viêm phổi ở trẻ không được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ cao hơn so với trẻ được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ. Một nghiên cứu ở Brazil cho thấy: nếu nguy cơ tương đối (RR) của tử vong do viêm phổi ở trẻ được nuôi bằng sữa mẹ là 1, thì ở trẻ được nuôi bằng sữa mẹ + sữa bò là 1,2 và trẻ chỉ được nuôi bằng sữa bò là 3,3.

- Ô nhiễm nội thất, khói bụi trong nhà sẽ làm ảnh hưởng đến hoạt động bảo vệ niêm mạc hô hấp, các lông rung, quá trình tiết chất nhầy cũng như hoạt động của các đại thực bào, sự sản sinh các globulin miễn dịch, do đó trẻ dễ bị NKHHCT.

- Khói thuốc lá cũng là một yếu tố gây ô nhiễm không khí rất nguy hiểm cho trẻ nhỏ.

- Thời tiết lạnh, thay đổi là điều kiện thuận lợi gây NKHHCT ở trẻ em. Ở Việt Nam, qua nghiên cứu của Viện Lao và Bệnh phổi cho thấy trẻ thường dễ mắc bệnh không phải vào những lúc trời lạnh nhất (tháng 12, 1, 2) mà vào 2 thời điểm chuyển mùa thời tiết là tháng 4 tháng 5 và tháng 9, tháng 10.

- Ngoài các yếu tố trên, nhà ở chật chội, thiếu vệ sinh, đời sống kinh tế thấp, thiếu vitamin A cũng là những điều kiện làm trẻ dễ mắc NKHHCT. Thiếu vitamin A làm

giảm đáp ứng miễn dịch của cơ thể và giảm khả năng biệt hoá của các tổ chức biểu mô dễ gây sừng hoá niêm mạc, đặc biệt là niêm mạc đường hô hấp và đường tiêu hoá, do đó trẻ dễ bị NKHHCT.

4. PHÂN LOẠI NKHHCT

4.1. Phân loại theo vị trí giải phẫu (vị trí tổn thương)

Lấy nắp thanh quản làm ranh giới để phân ra nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới: Nếu tổn thương phía trên nắp thanh quản là nhiễm khuẩn hô hấp trên; tổn thương dưới nắp thanh quản là nhiễm khuẩn hô hấp dưới.

Nhiễm khuẩn hô hấp trên là bệnh lý hay gặp và thường nhẹ, bao gồm các trường hợp viêm mũi - họng, VA, viêm amygdales, viêm tai giữa, ho, cảm lạnh. Nhiễm khuẩn hô hấp dưới ít gặp hơn nhưng thường nặng, bao gồm các trường hợp viêm thanh quản, viêm khí quản, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản và viêm phổi.

4.2. Phân loại theo mức độ nặng nhẹ

Phân loại theo mức độ nặng nhẹ hay được sử dụng nhằm xử trí kịp thời các trường hợp NKHHCT.

NKHHCT ở trẻ em có thể có nhiều dấu hiệu lâm sàng, nhưng theo Tổ chức Y tế thế giới có thể dựa vào các dấu hiệu cơ bản như ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và một số dấu hiệu khác để phân loại xử trí theo mức độ nặng nhẹ của bệnh.

- Bệnh rất nặng: Trẻ có một trong các dấu hiệu nguy kịch.
- Viêm phổi nặng: Trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực.
- Viêm phổi: Trẻ có dấu hiệu thở nhanh, không rút lõm lồng ngực.
- Không viêm phổi (ho và cảm lạnh): Trẻ chỉ có dấu hiệu ho, chảy nước mũi, không thở nhanh, không rút lõm lồng ngực.

5. CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG

5.1. Dấu hiệu thường gặp

- Ho
 - Sốt
 - Chảy nước mũi
 - Nhịp thở nhanh
- + Trẻ < 2 tháng tuổi: nhịp thở ≥ 60 lần/phút là thở nhanh.
- + Trẻ 2 < 12 tháng tuổi: nhịp thở ≥ 50 lần/phút là thở nhanh.

- + Trẻ 12 tháng - 5 tuổi: nhịp thở ≥ 40 lần/phút là thở nhanh.
- Rút lõm lồng ngực (RLLN)
- + Rút lõm lồng ngực là phần ranh giới ngực – bụng rút lõm xuống trong thì hít vào.
- + Ở trẻ dưới 2 tháng tuổi nếu chỉ có RLLN nhẹ thì chưa có giá trị chẩn đoán vì lồng ngực của trẻ còn mềm. RLLN phải mạnh, sâu và thường xuyên mới có giá trị chẩn đoán.
- Thở khò khè
- + Tiếng khò khè nghe ở thì thở ra.
- + Tiếng khò khè xuất hiện khi lưu lượng không khí bị tắc lại ở trong phổi vì thiết diện các phế quản nhỏ bị hẹp lại (do co thắt cơ trơn phế quản, phù nề niêm mạc phế quản, tăng tiết dịch phế quản, ứ đọng đờm dãi).
- + Khò khè hay gặp trong hen phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi.
- Thở rít (Stridor)
- + Tiếng thở rít nghe ở thì hít vào.
- + Tiếng thở rít xuất hiện khi luồng khí đi qua chỗ hẹp ở thanh - khí quản.
- + Hay gặp trong mềm sụn thanh quản bẩm sinh, viêm thanh quản, dị vật đường thở.
- Tím tái

5.2. Dấu hiệu nguy kịch

5.2.1. Dấu hiệu nguy kịch ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi

- Trẻ không uống được hoặc bỏ bú.
 - Co giật.
 - Ngủ li bì hoặc khó đánh thức
- Là khi gọi hoặc gây tiếng động mạnh trẻ vẫn ngủ li bì hoặc mở mắt rồi lại ngủ ngay (khó đánh thức).
- Thở rít khi nằm yên
 - Suy dinh dưỡng nặng.

5.2.2. Dấu hiệu nguy kịch ở trẻ dưới 2 tháng tuổi

- Bú kém hoặc bỏ bú.
- Co giật.
- Ngủ li bì khó đánh thức.
- Thở rít khi nằm yên.

- Thở khò khè.
- Sốt hoặc hạ thân nhiệt .

6. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ NKHHCT Ở TRẺ EM (THEO TCYTTG)

6.1. Xử trí một trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi bị ho hoặc khó thở

6.1.1. Bệnh rất nặng

- Dấu hiệu:

Trẻ được xếp vào loại này nếu có 1 đến 5 dấu hiệu nguy kịch

- Xử trí:

- + Gửi cấp cứu đi bệnh viện.
- + Cho liều kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện.
- + Điều trị sốt (nếu có).
- + Điều trị khò khè (nếu có).
- + Nếu nghi ngờ là bệnh sốt rét, cho dùng thuốc chống sốt rét.

6.1.2. Viêm phổi nặng

- Dấu hiệu:

+ Có rút lõm lồng ngực

- + Không có 1 trong 5 dấu hiệu nguy kịch

- Xử trí:

- + Gửi cấp cứu đi bệnh viện.
- + Cho liều kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện.
- + Điều trị sốt (nếu có).
- + Điều trị khò khè (nếu có).

6.1.3. Viêm phổi

- Dấu hiệu:

+ Có thở nhanh: 2 tháng - < 12 tháng: nhịp thở ≥ 50 lần/phút

12 tháng - 5 tuổi: nhịp thở ≥ 40 lần/phút

+ Không có dấu hiệu rút lõm lồng ngực và dấu hiệu nguy kịch.

- Xử trí:

+ Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà.

+ Cho kháng sinh tuyến 1.

- + Điều trị sốt hoặc khò khè (nếu có)

+ Dẫn bà mẹ cần đưa trẻ đến cơ sở y tế khám ngay nếu trẻ có bất kỳ dấu hiệu nào sau đây: không uống được, rút lõm lồng ngực hoặc 1 trong các dấu hiệu nguy kịch.

+ Hẹn khám lại sau 2 ngày. Khi khám lại, nếu:

* Trẻ nặng hơn: biểu hiện là có rút lõm lồng ngực hoặc thở rít khi nằm yên hoặc một trong các dấu hiệu nguy kịch. Xử trí là chuyển đi bệnh viện điều trị.

* Trẻ không giảm: trẻ vẫn sốt hoặc vẫn thở nhanh. Xử trí là đổi kháng sinh hoặc chuyển đi bệnh viện.

* Trẻ giảm bệnh: trẻ thở chậm hơn, giảm sốt hoặc hết sốt, ăn uống tốt hơn.

Cho tiếp kháng sinh đủ 5 - 7 ngày.

6.1.4. Không viêm phổi (ho, cảm lạnh)

- Dấu hiệu:

+ Không thở nhanh.

+ Không rút lõm lồng ngực và không có dấu hiệu nguy kịch.

- Xử trí:

+ Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà.

+ Không dùng kháng sinh.

+ Đánh giá và xử trí những vấn đề tai mũi họng (nếu có).

+ Điều trị sốt hoặc khô khè (nếu có).

+ Nếu ho trên 30 ngày cần gửi đi bệnh viện khám để tìm nguyên nhân để xử trí.

6.2. Xử trí một trẻ dưới 2 tháng tuổi bị ho hoặc khó thở

6.2.1. Bệnh rất nặng

- Dấu hiệu:

Trẻ được xếp vào loại này nếu có 1 trong 6 dấu hiệu nguy kịch.

- Xử trí:

+ Gửi cấp cứu đi bệnh viện.

+ Cho liều kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện.

+ Giữ ấm cho trẻ.

6.2.2 Viêm phổi nặng

- Dấu hiệu:

+ Có thở nhanh: nhịp thở ≥ 60 lần/phút hoặc

+ Có rút lõm lồng ngực nặng.

- Xử trí:

- + Gửi cấp cứu đi bệnh viện.
- + Cho liều kháng sinh đầu trước khi gửi đi bệnh viện.
- + Giữ ấm cho trẻ.

6.2.3. Không viêm phổi (ho, cảm lạnh)

- Dấu hiệu:

- + Không thở nhanh.
- + Không rút lõm lồng ngực mạnh .

- Xử trí:

- + Hướng dẫn chăm sóc tại nhà.
- + Giữ ấm cho trẻ.
- + Cho trẻ bú mẹ nhiều lần.
- + Làm sạch mũi.
- + Không dùng kháng sinh.
- + Đưa trẻ đến khám lại nếu thấy 1 trong 4 dấu hiệu sau:
 - * Trẻ khó thở hơn.
 - * Thở nhanh hơn.
 - * Bú kém hơn.
 - * Trẻ mệt hơn.

7. XỬ TRÍ CỤ THỂ

7.1. Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà

7.1.1. Chăm sóc trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi

- Nuôi dưỡng:

Cho trẻ ăn tốt hơn khi ốm, bồi dưỡng thêm khi trẻ khỏi bệnh để phòng suy dinh dưỡng.

Cho trẻ uống nhiều nước để bù lại lượng nước mất do sốt, thở nhanh, nôn trớ, tiêu chảy.

- Giảm ho, làm dịu đau họng bằng các loại thuốc đông y không gây độc hại như quất hấp đường, hoa hồng hấp đường phèn, mật ong,...

- Lau sạch làm thông mũi.

- Vấn đề quan trọng nhất là theo dõi và đưa trẻ đến ngay cơ sở y tế nếu thấy 1 trong các dấu hiệu sau:

- + Thở nhanh hơn.

- + Khó thở hơn.
- + Không uống được nước.
- + Trẻ mệt hơn.

7.1.2. Chăm sóc trẻ dưới 2 tháng

- Cho trẻ bú mẹ nhiều hơn bình thường.
- Lau sạch làm thông mũi.
- Giữ ấm cho trẻ nhất là về mùa lạnh.
- Quan trọng nhất là theo dõi và đưa trẻ đến ngay cơ sở y tế nếu thấy 1 trong các dấu hiệu sau:

- + Thở nhanh hơn.
- + Khó thở hơn.
- + Bú kém hơn.
- + Trẻ mệt hơn.

7.2. Cách sử dụng kháng sinh

7.2.1. Kháng sinh tuyến 1: dùng tại tuyến cơ sở để điều trị viêm phổi.

Dùng một trong 3 loại kháng sinh sau:

- Co-trimoxazole (Biseptol, Bactrim, Trimazon) gồm Trimethoprim (TMP) và Sulfamethoxazole (SMX) với tỷ lệ 1:5.

Là loại kháng sinh ức chế vi khuẩn, có hiệu lực với hầu hết các loại vi khuẩn gây bệnh NKHHCT như phế cầu, *Haemophilus influenzae*, tụ cầu và các loại vi khuẩn Gram (-).

Không dùng cho trẻ sơ sinh non tháng hoặc có vàng da.

Liều lượng: 4mg (TMP) hoặc 20 mg (SMX)/kg/lần × 2 lần/ngày, dùng trong 5-7 ngày.

- Ampicillin

Là một loại Penicillin bán tổng hợp, có tác dụng diệt nhiều loại vi khuẩn Gram (+) và một vài vi khuẩn Gram (-). Nhưng hiện nay, do hiện tượng kháng thuốc, chỉ định dùng Ampicillin là rất hạn chế.

Liều lượng: 50 mg/kg/lần × 2 lần/ngày, dùng trong 5-7 ngày.

- Amoxicillin

Là một dẫn chất của Ampicillin nhưng hấp thu tốt hơn qua đường tiêu hoá và xâm nhập được nhiều hơn vào các dịch tiết đường hô hấp vì vậy sử dụng để điều trị các trường hợp NKHHCT tại cơ sở rất tốt.

Liều lượng: 15 mg/kg/lần × 2 lần/ngày, dùng trong 5-7 ngày.

7.2.2. Liều kháng sinh đầu

- Dùng cho trẻ bị viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng phải chuyển đi bệnh viện mà khoảng cách từ nhà đến bệnh viện trên 5 km hoặc thời gian đi bộ trên 1 giờ.

- Cách dùng:

Benzyl Penicillin 100.000 đv/kg tiêm bắp.

7.2.3. Kháng sinh tuyến 2:

Điều trị viêm phổi nặng tại bệnh viện, dùng 1 trong các công thức sau:

- Benzyl Penicillin
- Benzyl Penicillin + Gentamycin
- Chloramphenicol
- Oxacillin (Cloxacillin hoặc methicillin) + Gentamycin nếu nghi ngờ do tụ cầu.
- Các Cephalosporin.

7.3. Xử trí sốt

- Đặt trẻ nằm phòng thoáng mát.
- Nới rộng quần áo, tã lót.
- Cho trẻ uống nhiều nước.
- Chườm mát.
- Khi trẻ sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ dùng thuốc hạ sốt Paracetamol 10 - 15 mg/kg/lần.

7.4. Xử trí khò khè

- Nếu có khó thở: dùng thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh: khí dung Salbutamol.
- Nếu không khó thở: Uống Salbutamol. Uống Salbutamol có tác dụng sau 30 phút, tác dụng tối đa vào khoảng 2 – 3 giờ và kéo dài tới 4 - 6 giờ.

+ Trẻ 2 tháng - 12 tháng: 1mg/lần × 3 lần/ngày

+ Trẻ 1-5 tuổi: 2 mg/lần × 3 lần/ngày

8. PHÒNG BỆNH

Để giảm tỷ lệ tử vong và mắc bệnh NKHHCT ở trẻ em, cần tiến hành các biện pháp phòng bệnh sau:

- Làm tốt công tác quản lý thai nghén để đảm bảo trẻ không bị sinh non, sinh nhẹ cân. Tổ chức cuộc sinh an toàn không để trẻ hít phải nước ối, không bị ngạt.

- Đảm bảo nuôi trẻ bằng sữa mẹ, cho trẻ bú mẹ sau sinh càng sớm càng tốt, ăn dặm một cách khoa học đảm bảo chế độ dinh dưỡng, đủ vitamin đặc biệt là vitamin A.
- Tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch.
- Vệ sinh cá nhân và môi trường sạch sẽ. Nhà ở và lớp học của trẻ cần thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông, không đun bếp trong nhà, không hút thuốc trong phòng của trẻ.
- Giữ ấm cho trẻ về mùa đông và khi thay đổi thời tiết.
- Phát hiện sớm và xử lý đúng các trường hợp mắc bệnh NKHHCT theo phác đồ.
- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho bà mẹ về cách phát hiện, chăm sóc nuôi dưỡng trẻ khi bị NKHHCT.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

- 1) Trẻ < 2 tháng tuổi viêm phổi có nhịp thở trên ngưỡng nào?
 - A. 30 lần/phút B. 40 lần/phút C. 50 lần/phút D. 60 lần/phút
- 2) Nguyên nhân của Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em?
 - A. Virus B. Vi khuẩn C. Thay đổi thời tiết đột ngột D. Câu A, B đúng
- 3) Tiếng thở khò khè nghe được ở thì nào?
 - A. Hít vào B. Thở ra C. Cả hai thì D. Câu A, B, C sai
- 4) Tiếng thở rít nghe được ở thì nào?
 - A. Hít vào B. Thở ra C. Cả hai thì D. Câu A, B, C sai
- 5) Khi trẻ viêm phổi có khò khè, cần sử dụng thuốc gì điều trị triệu chứng?
 - A. Kháng sinh B. Giảm ho, long đàm C. Salbutamol D. Câu A, B, C đúng

Bài 2. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ 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 em.
- Trình bày được vai trò của việc tư vấn và chăm sóc đối với tiêu chảy ở trẻ em.

Kỹ năng:

- Vận dụng kiến thức đã học để đánh giá được mức độ mất nước ở trẻ tiêu chảy.
- Thực hiện được kế hoạch tư vấn chăm sóc trẻ tiêu chảy.

Thái độ: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ 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 trẻ 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.

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 nhiễm HIV/AIDS thường tăng tính cảm thụ đối với bệnh tiêu chảy.
- 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 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 Cl_o.
- + 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 bồi 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
- NaHCO₃: 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 nhò 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 “khỏi 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 bồi 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 tiêu lỏng và nôn.

6.1.3. Biếng ăn

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

6.2. Triệu chứng mất nước

Khi trẻ 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 đãng, 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 sinh 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 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 nhày 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:

- Thân 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: <ul style="list-style-type: none"> - Li bì hoặc khó đánh thức - Mắt trũng - Không uống được hoặc uống kém 	Mất nước nặng	Chăm sóc theo phác đồ C

- Nếp véo da mắt rất chậm		
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 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 lờ đờ 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; 100 - 200 ml đối với trẻ 2 - 10 tuổi; uống theo nhu cầu đối với trẻ > 10 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:
 - + Nới 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 nhi để biết được kết quả điều trị, chăm sóc, đồng thời để đánh giá kịp thời tình trạng mất nước của trẻ.

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 (nếu cần).

- Tập để tạo thành thói quen: rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh, lau sạch đầu vú, vệ sinh tốt bình sữa, đầu vú cao su trước khi cho trẻ bú.

- Sữa cho trẻ bú, thức ăn của trẻ không được để qua đêm.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

6) Tiêu chảy kéo dài là khi trẻ tiêu phân lỏng trên bao nhiêu ngày?

- A. 7 B. 10 C. 14 D. 30

7) Nguyên nhân tiêu chảy thường gặp nhất ở trẻ em vào mùa hè?

- A. Vi khuẩn B. Virus C. Dị ứng thức ăn
D. Khả năng dung nạp kém E. Câu A, B, C, D đúng

8) Để đánh giá mức độ mất nước trong tiêu chảy ở trẻ em, cần có ít nhất mấy dấu hiệu?

- A. 1 B. 2 C. 3 D. 4

9) Khi tiêu chảy mất nước nặng, trẻ 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

10) Khi nào tiêu chảy ở trẻ em 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

Bài 3. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ SỐT

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

Kiến thức:

- Trình bày được định nghĩa sốt.
- Trình bày được tác dụng, tính chất của sốt ở trẻ em.

Kỹ năng:

- Vận dụng kiến thức đã học để đo thân nhiệt và phát hiện sốt ở trẻ em.
- Thực hiện được việc tư vấn chăm sóc trẻ sốt.

Thái độ: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong chăm sóc trẻ sốt.

NỘI DUNG:

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

Sốt là sự tăng thân nhiệt quá giới hạn bình thường của mỗi cá thể. Một bệnh nhi bị sốt khi có thân nhiệt:

- Đo ở trực tràng $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Đo ở miệng $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$
- Đo ở nách $\geq 37,3^{\circ}\text{C}$
- Đo ở tai $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$

Thay đổi thân nhiệt ở người bình thường:

- Thấp nhất : lúc 4h
- Cao nhất : lúc 18h
- Tăng khi ăn, hoạt động thể lực, lo lắng.

Mức độ sốt: lý tưởng nhất là dựa vào thân nhiệt đo tại hậu môn. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng thường đo nhiệt độ ở nách. Dựa vào thân nhiệt đo ở nách, chia làm các mức độ sau:

- Sốt nhẹ: $37,5 - 38^{\circ}\text{C}$
- Sốt vừa: $38 - 39^{\circ}\text{C}$
- Sốt cao: $39 - 40^{\circ}\text{C}$

- Sốt rất cao: $\geq 40^{\circ}\text{C}$

1.2. Cơ chế gây sốt

Cần phân biệt 3 trạng thái:

- Tăng thân nhiệt: ngưỡng thân nhiệt bình thường, thân nhiệt đo được cao trên ngưỡng này (xảy ra khi nhiệt độ môi trường rất nóng).

- Hạ thân nhiệt: ngưỡng thân nhiệt bình thường, thân nhiệt đo được thấp dưới ngưỡng này.

- Sốt: ngưỡng thân nhiệt ở mức cao (ngưỡng mới), thân nhiệt bình thường trở thành thấp.

Cơ chế gây sốt:

Yếu tố gây sốt (nhiễm trùng, độc tố, viêm, đáp ứng miễn dịch)

↓

Macrophages, TB biểu mô, lymphocytes

↓

Prostaglandin E2 (PGE2)

↓

Vùng dưới đồi (Hypothalamus)

↓

Các bộ phận cơ thể

↓

Tăng cường tạo nhiệt → Ngưỡng T^0 mới

↓

- Phản ứng của cơ thể: tăng tạo nhiệt và giữ nhiệt

- Các mao mạch ngoại vi co lại để giữ nhiệt làm cho trẻ thấy

rét, muốn mặc ấm.

- Gan tăng tạo thêm nhiệt.

- Cơ cũng tăng tạo nhiệt làm cho trẻ run rẩy.

Khi hết sốt: ngưỡng thân nhiệt hạ xuống, quá trình ngược lại xảy ra (giãn mạch, hết run rẩy, vã mồ hôi và thân nhiệt trở về bình thường).

1.3. Tác dụng của sốt

1.3.1. Tác dụng có lợi

- Sốt là một phản ứng chống đỡ làm tăng khả năng đáp ứng miễn dịch, tăng phản ứng miễn dịch (hoạt hoá các tế bào miễn dịch và các phản ứng miễn dịch, xơ hoá, tạo keo, tăng huy động tế bào tuỷ xương,...)

- Tiêu diệt mầm bệnh.

1.3.2. Tác dụng có hại

- Thường xảy ra khi trẻ sốt cao.

- Tăng phản ứng quá mức, shock.

- Tăng quá trình thoái biến, tiêu hủy, giảm kẽm và sắt huyết thanh,...

- Mất nước, rối loạn điện giải.

- Có thể gây co giật do sốt.

- Các rối loạn thần kinh khác: tổn thương tổ chức não, mê sảng, kích thích, ảo giác... có thể dẫn đến tổn thương thực thể.

- Chán ăn, suy kiệt

- Suy tim, suy hô hấp,...

2. Các nguyên nhân gây sốt

Sốt là triệu chứng thường gặp của nhiều bệnh :

- Bệnh nhiễm trùng.

- Bệnh miễn dịch.

- Phá hủy mô tế bào: bỏng, huyết tán, xuất huyết,...

- Ung thư.

- Bệnh chuyển hóa.

- Sốt do thuốc.

- Huyết khối, tắc mạch sâu,...

3. Các biểu hiện lâm sàng khi sốt

- Thân nhiệt cao ở các mức độ.

- Biểu hiện toàn thân: mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ.

- Dấu hiệu mất nước: môi khô, tiểu ít hơn bình thường.

- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, buồn nôn,...

- Các biến chứng do sốt cao:

+ Co giật: thường xảy ra khi $> 39^{\circ}\text{C}$. Nếu trên 41°C : có nguy cơ tổn thương não.

+ Rối loạn vận mạch, shock: nổi vân tím, lạnh tay chân,...

Tính chất sốt:

- Sốt cao liên tục.
- Sốt hình cao nguyên.
- Sốt chu kỳ (sốt rét).
- Sốt cao dao động.
- Sốt cơn.
- Sốt ngắt ngày, do các virus lành tính (thường tự khỏi sau 2- 3 ngày không cần điều trị đặc hiệu).
- Sốt kéo dài: sốt liên tục hằng ngày từ 2 tuần trở lên.
- Sốt dai dẳng (Concurrent fever): sốt nhiều ngày nhưng không liên tục, có những ngày không sốt.

4. Các phương pháp đo thân nhiệt ở trẻ em

Dụng cụ đo thân nhiệt: chú ý cách sử dụng:

- Nhiệt kế thủy ngân.
- Nhiệt kế điện tử.

Các vị trí đo thân nhiệt:

- Hậu môn.
- Miệng (dưới lưỡi).
- Nách.
- Tai.

Đo nhiệt độ ở nách:

- Lau khô vùng nách.
- Lấy nhiệt kế ra khỏi lọ đựng dung dịch sát khuẩn, dùng bông khô lau sạch từ bầu đến thân.
- Vẩy mực thủy ngân xuống dưới 35°C, kiểm tra lại nhiệt kế.
- Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách chéch theo đường vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng. Đọc kết quả sau 10 phút (nhiệt kế thủy ngân).
- Nhiệt độ bằng hoặc trên 37,3°C được coi là sốt.

Đo nhiệt độ ở miệng:

- Không ăn uống ít nhất 10 phút trước khi cặp nhiệt độ.

- Đặt nhiệt kế ở mức chuẩn
- Đặt đầu nhiệt kế ở dưới lưỡi, với trẻ nhỏ ở góc má, ngậm miệng lại nhẹ nhàng (tránh không cắn phải nhiệt kế). Đọc kết quả sau 5 phút.
- Nhiệt độ bằng hoặc trên 37,5⁰C được coi là sốt.

Đo nhiệt độ đường hậu môn (nhiệt độ trực tràng):

- Cặp nhiệt độ được đặt vào ống trực tràng, cẩn thận vì có thể làm tổn thương hậu môn hoặc ống trực tràng ở trẻ nhỏ.
- Bệnh nhi nằm nghiêng (hoặc ngửa, sấp), bộc lộ hậu môn.
- Bôi dầu nhờn vào đầu nhiệt kế.
- Một tay nhẹ nhàng vạch mông bệnh nhi ra để nhìn rõ lỗ hậu môn, tay kia cầm nhiệt kế đưa vào hậu môn sâu 2- 2,5cm.
- Đọc kết quả sau 5 phút (nhiệt kế thủy ngân). Nhiệt độ đo được bằng hoặc trên 38⁰C được xem là sốt.

5. Chăm sóc trẻ sốt

- Cởi bớt quần áo, phòng thoáng mát. Tránh ủ kín trẻ.
- Cho trẻ uống đủ nước. Truyền dịch theo y lệnh nếu trẻ không uống được, bệnh nặng
- Lau mát cho trẻ: dùng khăn nhúng nước ấm đắp vào các vị trí trán, nách, bẹn. Không lau bằng cồn và chấm dứt lau mát khi thân nhiệt dưới 38,5⁰C. Chỉ định lau mát hạ sốt khi:
 - + Sốt cao kèm đang co giật.
 - + Sau sử dụng thuốc hạ sốt 30 phút mà trẻ còn sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ kèm kích thích, dọa co giật.
- Chế độ dinh dưỡng, chăm sóc:
 - + Cho trẻ ăn lỏng, dễ tiêu, chia nhỏ bữa.
 - + Tiếp tục bú mẹ nếu trẻ còn bú.
- Thuốc hạ sốt: dùng khi trẻ sốt cao từ 39⁰C trở lên: Paracetamol:
 - + Đường dùng: uống, đặt hậu môn
 - + Liều lượng trung bình: 10-15mg/kg/lần. Có thể dùng lại cách mỗi 4-6 giờ, tối đa 60mg/kg/24 giờ

Cần đề phòng ngộ độc Paracetamol: có thể gây ngộ độc cho trẻ, làm huỷ hoại tế bào gan, gây tăng men gan, hôn mê gan. Trẻ có nguy cơ ngộ độc Paracetamol khi dùng Paracetamol 30 mg/kg/lần hoặc 60 mg/kg/24giờ hoặc dùng liều cao kéo dài

- Các thuốc hạ sốt khác: Ibuprofen, Aspirin ít sử dụng

- Sốt cao có biến chứng:

+ Co giật: ngoài các biện pháp hạ sốt, phải phối hợp với chống co giật

+ Tím tái: thở oxy, chống shock theo y lệnh

+ Rối loạn nước điện giải.

6.Theo dõi

- Theo dõi thân nhiệt: lấy thân nhiệt mỗi 1-2 giờ khi trẻ còn sốt cao. Lập kế hoạch đo thân nhiệt trẻ trong ngày tùy theo từng trẻ

- Giáo dục sức khoẻ:

+ Hướng dẫn cho người chăm sóc trẻ các biện pháp phòng và chăm sóc trẻ sốt.

+ Giáo dục về các nguy hiểm có thể xảy ra khi trẻ bị sốt.

+ Chỉ định nhập viện khi sốt > 40,5⁰C, hoặc sốt kèm vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc, hoặc sốt kèm rối loạn tri giác, co giật, hoặc sốt kèm ban máu, hoặc sốt kèm bạch cầu tăng trên 20000/mm³.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

11) Trẻ sốt khi nhiệt độ đo ở hậu môn bao nhiêu?

B. $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ B. $\geq 38^{\circ}\text{C}$ C. $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ D. $\geq 38,7^{\circ}\text{C}$

12) Thân nhiệt bình thường của trẻ em thấp nhất vào lúc nào trong ngày?

A. 4h B. 6h C. 16h D. 18h

13) Liều lượng Paracetamol dùng hạ sốt ở trẻ em?

A. 10 – 15 mg/kg/lần B. 15 – 20 mg/kg/lần

C. 10 – 15 mg/kg/ngày D. 15 – 20 mg/kg/ngày

14) Nguy cơ tổn thương não xảy ra khi thân nhiệt của trẻ trên ngưỡng nào?

A. 39⁰C B. 39,5⁰C C. 41⁰C D. 41,5⁰C

Bài 4. TƯ VẤN CHĂM SÓC TRẺ CÒI XƯƠNG, SUY DINH DƯỠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được vai trò của vitamin D đối với cơ thể trẻ em
- 1.2. Nêu được yếu tố nguy cơ đối với bệnh còi xương do thiếu vitamin D
- 1.3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và điều trị bệnh còi xương do thiếu vitamin D
- 1.4. Lập kế hoạch chăm sóc và phòng bệnh thiếu vitamin D
- 1.5. Trình bày được nguyên nhân gây suy dinh dưỡng
- 1.6. Nêu được cách phân loại suy dinh dưỡng
- 1.7. Kể được các triệu chứng lâm sàng của suy dinh dưỡng

2. Kỹ năng

- 2.1. Lập được kế hoạch chăm sóc trẻ còi xương
- 2.2. Lập được kế hoạch chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

CÒI XƯƠNG

1. Khái niệm

Còi xương là bệnh lý chậm phát triển xương, hay gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, liên quan đến rối loạn chuyển hóa calci và phosphor do thiếu vitamin D làm cho xương bị dị dạng như cong vênh và dễ gãy xương, nứt xương. Là bệnh gây ra do cơ thể bị thiếu vitamin D, dẫn đến thiếu canxi làm ảnh hưởng phát triển hệ xương.

Bệnh xảy ra nhiều ở trẻ dưới 3 tuổi, cao nhất ở lứa tuổi 3-18 tháng.



Xương bình thường

Còi xương



2. Vai trò của vitamin D

- Tham gia vào quá trình hấp thu calci và phosphor từ ruột vào máu.
- Đưa calci, phosphor từ máu vào lắng đọng ở xương
- Dưới tác dụng của hormon cận giáp, vitamin D làm tăng khả năng hấp thu calci và phosphor ở ống lượn xa của thận

Vì vậy, hàm lượng calci và phosphor trong cơ thể đủ hay thiếu đều phụ thuộc vào vitamin D. Do đó, thiếu vitamin D sẽ dẫn đến bệnh lý loãng xương, hay còn gọi là còi xương

3. Nguồn cung cấp vitamin D

Nguồn ánh nắng mặt trời: Ánh sáng mặt trời: tắm nắng giúp thúc đẩy cơ thể tạo vitamin D. Nhưng khuyến cáo là tắm nắng nhiều và không đúng cách có thể gây ra ung thư da do ảnh hưởng của tia UV.

Ánh nắng mặt trời

7-Dehydrocholesteron ----- > Vitamin D
 (Tiền vitamin D) (Tia tử ngoại)
 Từ nguồn ăn uống



Mỡ cá: mỡ cá có thể là một nguồn tốt vitamin D, tùy chọn phổ biến bao gồm: cá hồi, cá thu, cá ngừ, cá chình... Omega – 3 trong cá rất tốt cho sức khỏe tim mạch.



Hầu hết lượng vitamin D trong cơ thể hình thành do tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

Nguồn Thực Phẩm Cung Cấp

Tên thực phẩm	Lượng	Vitamin D
Cá hồi đóng hộp	85g	530IU
Cá hồi hấp	100g	240 – 360IU
Cá ngừ đóng hộp	85g	200IU
Sữa đậu nành	230g	100IU
Nước cam vắt	230g	100IU
Sữa ít chất béo	230g	98IU
Các loại ngũ cốc	1 chén	40 - 50IU
Trứng	1 quả lớn	20 - 26IU
Phô mai Thụy Sĩ	30g	12IU



3. Nguyên nhân thiếu vitamin D

3.1 thiếu ánh nắng mặt trời

- Nhà ở chật hẹp, tối tăm
- Không cho trẻ tiếp xúc với ánh nắng mặt trời
- Mặc quá nhiều quần áo
- Thời tiết sương mù

3.2 Ăn uống

- Trẻ em thiếu sữa mẹ: sữa mẹ có tỷ lệ calci/phosphor hợp lý, dễ hấp thu và tỷ lệ vitamin D cao hơn sữa bò.
- Ăn nhiều bột cũng cản trở quá trình hấp thu calci, phosphor

3.3 Yếu tố nguy cơ

- Tuổi: bệnh còi xương hay xảy ra ở trẻ dưới 2 tuổi, là tuổi mà hệ xương phát triển mạnh nhất.
- Trẻ đẻ non: Có nhu cầu phát triển cao hơn, trong khi đó sự tích lũy muối khoáng và vitamin D lại kém hơn
- Trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn nhất là ở hệ tiêu hóa và hô hấp.
- Màu da: trẻ da màu hay bị còi xương hơn vì có sự cản trở quá trình tổng hợp vitamin D tại da.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1 Dấu hiệu thần kinh

- Các dấu hiệu xuất hiện sớm:
 - + Trẻ hay quấy khóc, ngủ không yên giấc, hay giật mình.
 - + Ra mồ hôi trộm cả khi trời lạnh.
 - + Rụng tóc ở gáy – gọi là dấu hiệu “chiếu liềm” thường xảy ra muộn hơn do trẻ ngứa ngứa, kích thích, nằm hay lắc đầu.



4.2 Dấu hiệu ở xương

4.2.1. Mềm xương là những dấu hiệu sớm:

- Xương sọ: mềm, ấn vào có thể gầy lõm như ấn vào quả bóng nhựa; thóp rộng, bờ thóp mềm, chậm liền thóp.

- Răng: thường mọc chậm và mọc lộn xộn.

Mềm xương là biểu hiện của tình trạng bệnh đang tiến triển mạnh, cấp tính. Điều trị đúng trong giai đoạn này sẽ cho kết quả tốt và không để lại những di chứng nặng nề cho trẻ.

4.2.2. Tăng sinh và biến dạng xương

- Xương sọ: Bướu trán, bướu đỉnh tạo cho đầu có hình dạng ‘lập phương’.

- Xương hàm: Xương hàm dưới thường phát triển chậm, hàm trên chìa ra.

- Xương lồng ngực:

+ Khớp sườn sườn phía trước ngực tăng sinh phì đại tạo nên ‘chuối hạt sườn’.

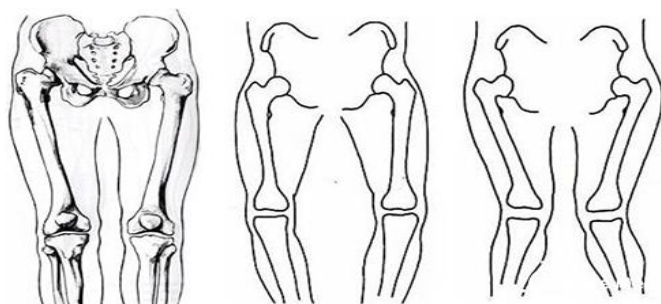
+ Lồng ngực có thể bị biến dạng nhô lên ở phía trước như ‘ngực gà’ hoặc bị lõm vào ở vùng ngang vú tạo nên ngực ‘hình chuông’.

- Xương sống: cong, gù vẹo cũng do cơ chế trên.

Tăng sinh và biến dạng xương là hậu quả của sự mềm xương và là những biểu hiện của bệnh còi xương. Những biến dạng trên đây thường để lại những di chứng vĩnh viễn, không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ, mà đối với trẻ gái còn gây nên những khó khăn đáng kể trong sinh đẻ do sự biến dạng của khung chậu.

4.3. Hệ cơ

Trương lực cơ giảm, gây nên hiện tượng bụng ỏng, trẻ chậm biết ngồi, đứng, đi. Do vậy dễ bị gù vẹo cột sống, chân hình chữ “X”.



Trẻ còi xương giai đoạn 3 khung xương bị biến dạng

Dáng đi chữ “X” và “O”

5 Hệ tạo máu

Trẻ còi xương thường có thiếu máu nhược sắc, da xanh, niêm mạc nhợt, hồng cầu to, gan lách to .

6. Kế hoạch chăm sóc và phòng bệnh còi xương

6.1 Nhận định

Thăm khám toàn diện để xác định các dấu hiệu còi xương: các dấu hiệu thần kinh, thóp có rộng không? Có dấu hiệu hạ calci huyết không? (có co giật không) các xương có biến dạng không? Sự biến dạng của xương và giảm trương lực cơ đã ảnh hưởng như thế nào đến các chức năng khác như hô hấp, vận động? Khám xem trẻ có thiếu máu không? Trẻ bụ bẫm hay gầy còm? Khai thác nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ....

6.2 Chẩn đoán và chăm sóc

Các chẩn đoán chăm sóc có thể gặp :

- Ra mồ hôi trộm nhiều, ngủ hay giật mình do rối loạn thần kinh thực vật liên quan đến thiếu vitamin D
- Thóp chậm liền do rối loạn quá trình tạo xương vì thiếu vitamin D.
 - Đầu to, đầu có nhiều bướu do rối loạn quá trình tạo xương vì thiếu vitamin D.
 - Da xanh, niêm mạc nhợt do thiếu máu.
 - Biến dạng xương do loãng xương.
 - Co giật, co cứng do hạ calci máu.

6.3 Can thiệp điều dưỡng

Dựa vào các chẩn đoán điều dưỡng để đưa ra những can thiệp phù hợp:

- Với chẩn đoán “co giật, co cứng do hạ calci máu”:

+ Can thiệp điều dưỡng trước tiên là thực hiện y lệnh tiêm tĩnh mạch muối calci như gluconat hoặc calci clorid 0,5g . Chú ý : tiêm chậm, không để chệch mạch

+ Các ngày sau: cho bệnh nhi uống muối calci 1-2g/ngày, đồng thời động viên bệnh nhi “tắm nắng” mỗi ngày 15-30 phút vào lúc 7-8 giờ sáng hoặc cho bệnh nhi uống vitamin D2 mỗi ngày 10000-20000đv trong thời gian 30-60 ngày .

- Với chẩn đoán “Ra mồ hôi trộm nhiều, ngủ hay giật mình do rối loạn thần kinh thực vật liên quan đến thiếu vitamin D”.

+ Dùng Vitamin D2 600000-800000đv/đợt điều trị. Chia đều cho bệnh nhân uống trong vòng 30-60 ngày.

Cách dùng vitamin D 600000đv/liều duy nhất, hiện nay ít được áp dụng, vì dễ gây ngộ độc.

Nếu không có vitamin D2 để uống hoặc D3 để tiêm và tạo ra chúng từ tiền vitamin D bằng cách đưa trẻ đi chiếu đèn cực tím trong vòng 15 ngày: ngày đầu 2 phút, sau đó tăng dần mỗi ngày tăng 1 phút để đến ngày cuối (ngày thứ 15) có thời gian chiếu là 20 phút.

+ Cho bệnh nhân uống muối calci 1-2g/ngày

+ Giải thích cho người nhà biết nguyên nhân gây nên các dấu hiệu lâm sàng để họ yên tâm;

+ Nhắc nhở để người nhà thường xuyên lau mồ hôi nhằm đề phòng nhiễm lạnh cho trẻ.

+ Nhắc nhở người nhà đảm bảo chế độ ăn đầy đủ , giàu vitamin D cho cả mẹ và con. Cho trẻ tắm nắng thường xuyên khi có điều kiện tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

7. Phòng bệnh

7.1. Đối với mẹ

Phòng bệnh còi xương cần phải bắt đầu từ khi trẻ còn nằm trong bụng mẹ , vào 3 tháng cuối thời kỳ phát triển trong bào thai

7. 2. Đối với con

- Ăn uống : Tốt nhất cho trẻ bú mẹ . Khi ăn sam cần đầy đủ cá chất đạm, mỡ, đường, vitamin và muối khoáng.

- - Tận dụng các yếu tố thiên nhiên: Cần cho trẻ chơi ở ngoài trời với thời gian thích hợp để tiếp xúc với ánh mặt trời, nhất là vào buổi sáng.

Phòng bệnh đặt hiệu bằng vitamin D:

Dùng vitamin D mỗi ngày 1000 – 2000đv liên tục từ 3 -6 tháng. Có thể dùng một liều duy nhất 200 000 đv vào mùa đông.

Dùng vitamin D là biện pháp chắc chắn nhưng phải thận trọng. Đối với trẻ có nguy cơ còi xương, những trẻ đẻ ra có thóp trước nhỏ hoặc liền trước 8 tháng tuổi thì không được dùng vitamin D.

Tóm lại: Phòng bệnh còi xương đòi hỏi kết hợp giáo dục với chăm sóc xã hội.

SUY DINH DƯỠNG

1. Định nghĩa

Suy dinh dưỡng là tình trạng bệnh lý thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi (nhất là trẻ dưới 3 tuổi) do thiếu các chất dinh dưỡng đặc biệt là chất đạm và chất béo, làm ảnh hưởng đến sự phát triển về thể chất, vận động, tâm thần và trí thông minh của trẻ.

Trẻ suy dinh dưỡng, sức đề kháng của cơ thể rất yếu, rất dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, diễn biến thường nặng và dễ dẫn đến tử vong.

Suy dinh dưỡng (SDD) là bệnh khá phổ biến ở các nước đang phát triển. Theo WHO, hiện nay ở các nước đang phát triển có khoảng 500 triệu trẻ em bị suy dinh dưỡng và hàng năm có 12,9 triệu trẻ em chết vì bệnh tật như viêm phổi, tiêu chảy, ho gà..., trong đó 50% số trẻ tử vong có liên quan đến suy dinh dưỡng.

Tại Việt Nam, theo điều tra của Viện dinh dưỡng quốc gia, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi: năm 1985 là 51,5%; năm 1995 giảm xuống còn 45% và năm 1998 tỷ lệ này giảm xuống còn 41,8%. Nhiều địa phương đã giảm được tỷ lệ suy dinh dưỡng xuống còn 30% vào năm 2002 và 25% vào năm 2005. Như vậy, hiện nay ở nước ta còn gần 1 triệu trẻ em bị suy dinh dưỡng.

2. Nguyên nhân

2.1. Thiếu kiến thức nuôi con theo khoa học (>60%)

- Mẹ không có sữa hoặc thiếu sữa, phải cho trẻ ăn sữa bò pha loãng hoặc chỉ cho ăn nước cơm, nước cháo có đường.

- Cho trẻ ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn.
- Khi trẻ bị bệnh không biết ép cho trẻ ăn mà ngược lại bắt trẻ kiêng ăn, chỉ ăn cháo muối, cháo đường kéo dài nhiều ngày
- Cai sữa sớm.

Như vậy, nguyên nhân chủ yếu ở đây là do người mẹ thiếu kiến thức về nuôi con:

- + Nuôi con bằng sữa bò pha không đúng tỷ lệ theo tuổi.
- + Chỉ cho trẻ ăn nước cơm, nước cháo pha đường.
- + Ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn.
- + Không biết tô màu bát bột.
- + Cai sữa sớm, cai sữa đột ngột, cai sữa vào mùa nóng.

2.2. Nhiễm trùng và ký sinh trùng

Trẻ được nuôi dưỡng trong môi trường sống kém vệ sinh.

Trẻ không được tiêm chủng theo lịch nhất la đối với những bệnh bắt buộc.

- Suy dinh dưỡng xảy ra sau khi trẻ bị tiêu chảy, viêm phổi, sởi, lao, nhiễm giun sán.

- Có mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và nhiễm khuẩn:

Suy dinh dưỡng làm tăng tính cảm thụ đối với nhiễm khuẩn, ngược lại, nhiễm khuẩn có thể làm cho suy dinh dưỡng nặng lên.

2.3. Các dị tật bẩm sinh

- Hệ tiêu hóa: sút môi, hở hàm ếch, hẹp phì đại môn vị, phình đại tràng bẩm sinh...

- Hệ tim mạch: Tim bẩm sinh...

- Hệ thần kinh: Tật đầu nhỏ (Microcéphalie) hay não úng thủy (Hydrocéphalie), bại não...

- Bệnh nhiễm sắc thể: Hội chứng Down.

3. Phân loại

Để phân loại suy dinh dưỡng, người ta thường dựa vào các chỉ số nhân trắc. Đó là cân nặng theo tuổi (CN/T), chiều cao theo tuổi (CC/T), cân nặng theo chiều cao (CN/CC). Các chỉ số này được hình thành từ các số đo cân nặng, chiều cao và tuổi cụ thể của một trẻ đem so sánh với quần thể tham khảo NCHS (National Center Health Stastistic) của Hoa Kỳ, là quần thể hiện đang được áp dụng nhiều nơi trên Thế giới. Sự suy giảm một

hay nhiều chỉ số nhân trắc trên được xem là có suy dinh dưỡng. Tuy nhiên mỗi chỉ số có ý nghĩa khác nhau về tình trạng thiếu dinh dưỡng của trẻ.

3.1. Cân nặng theo tuổi (CN/T):

Cân nặng theo tuổi (CN/T) phản ánh khối lượng cơ thể so với tuổi của trẻ. CN/T thấp hay CN/CC thấp hay cả hai. Trẻ có CN/T thấp là trẻ bị suy dinh dưỡng chung, không phân biệt được suy dinh dưỡng năm hay cấp tính, hay được gọi là trẻ nhẹ cân (Underweight).

Theo tác giả GOMEZ:

- *CN/T: > 80% chuẩn*: trẻ bình thường.
- *CN/T: 71 - 80% chuẩn*: Suy dinh dưỡng nhẹ (nằm trong khoảng -2SD đến -3SD độ lệch chuẩn).
- *CN/T: 61 - 70% chuẩn*: Suy dinh dưỡng vừa (nằm trong khoảng -3SD đến -4SD độ lệch chuẩn).
- *CN/T: ≤ 60% chuẩn*: Suy dinh dưỡng nặng (trên -4SD độ lệch chuẩn)

3.2. Chiều cao theo tuổi (CC/T):

Chiều cao theo tuổi phản ánh sự tăng trưởng chiều cao và chiều cao theo tuổi thấp chỉ ra sự thiếu sức khỏe hay dinh dưỡng kéo dài và tích lũy. Trẻ có CC/T thấp gọi là suy dinh dưỡng cũ hay mạn tính hoặc trẻ bị còi cọc (Stungting).

- *CC/T: ≥ 90% chuẩn*: trẻ bình thường.
- *CN/T: 86 - 90% chuẩn*: Suy dinh dưỡng nhẹ
- *CN/T: 81 - 85% chuẩn*: Suy dinh dưỡng vừa
- *CN/T: ≤ 80% chuẩn*: Suy dinh dưỡng nặng

3.3. Cân nặng theo Chiều cao (CN/CC)

CN/CC phản ánh thể trọng so với chiều cao. CN/CC thấp là hậu quả của một quá trình cấp tính và nặng dẫn đến mất cân đáng kể, thường là đói cấp tính và hoặc bệnh nặng. Trẻ có CN/CC thấp gọi là trẻ suy dinh dưỡng cấp hay gầy mòn.

Dựa vào tỷ lệ này có thể đánh giá trẻ đang được nuôi dưỡng bằng chế độ ăn phù hợp với nhu cầu hay thiếu hoặc dư thừa.

- *CN/CC: ≥ 80% chuẩn*: chế độ ăn phù hợp với nhu cầu.
- *CN/CC: ≥ 90% chuẩn*: chế độ ăn dư thừa gây béo phì.
- *CN/T: < 80% chuẩn*: chế độ ăn thiếu gây suy dinh dưỡng.

Để phân loại suy dinh dưỡng dựa vào tỷ lệ CN/CC ta có:

- CN/CC: 71 - 80% chuẩn: Suy dinh dưỡng nhẹ

Suy dinh dưỡng nhẹ (nằm trong khoảng -2SD đến -3SD độ lệch chuẩn).

- CN/CC: 61 - 70% chuẩn: Suy dinh dưỡng vừa.

- CN/CC: $\leq 60\%$ chuẩn: Suy dinh dưỡng nặng.

3.4 Phân loại theo WATERLOW

Để có thể sắp xếp ưu tiên trước sau trong điều trị, WATERLOW đã phối hợp hai chỉ số nhân trắc CN/CC và CC/T để chia suy dinh dưỡng thành 3 nhóm như sau:

Cân nặng so với chiều cao		$\geq 80\%$	$< 80\%$
Chiều cao so với tuổi	$\geq 90\%$	Bình thường	SDD cấp (Gầy mòn)
	$< 90\%$	SDD mạn, di chứng (Còi cọc)	SDD mạn tiến triển (Gầy mòn, Còi cọc)

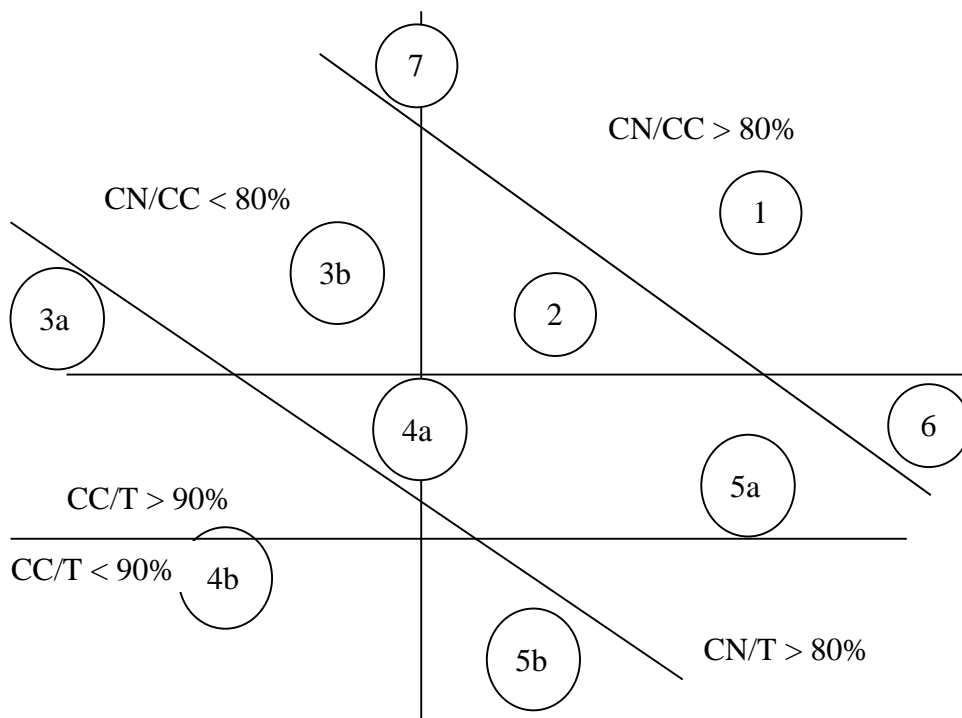
- Gầy mòn (Wasting): Biểu hiện tình trạng SDD cấp tính, mới xảy ra. Trẻ được nuôi bằng chế độ ăn không đáp ứng với nhu cầu do đó CN/CC $< 80\%$ gây suy dinh dưỡng, nhưng chưa ảnh hưởng tới chiều cao, CC/T đạt $\geq 90\%$ của chuẩn - Vì vậy nếu được điều chỉnh chế độ ăn kịp thời trẻ sẽ phục hồi. ở đây chỉ cần giáo dục dinh dưỡng cho bà mẹ.

- Còi cọc (Stunting): Biểu hiện tình trạng SDD trong quá khứ. Trẻ đã điều chỉnh chế độ ăn do đó cân nặng đã được phục hồi: CN/CC $\geq 80\%$, nhưng chiều cao thì không phục hồi, đây là đứa trẻ có di chứng lùn: CC/T $< 90\%$. Những trẻ suy dinh dưỡng mạn di chứng là những trẻ thiếu ăn triền miên. Trẻ này có tỷ lệ cao ở những nước đang phát triển, nhất là các khu lao động nghèo, trại mồ côi.

- Gầy mòn + còi cọc: Biểu hiện tình trạng SDD mạn tính (đã bị SDD từ lâu và hiện đang còn SDD). Trẻ được nuôi bằng chế độ ăn không đầy đủ, kéo dài nhiều ngày, gây sụt cân và giảm chiều cao: CN/CC $< 80\%$ và CC/T $< 90\%$. Đây là đứa trẻ bị đói thật sự, cần giúp đỡ bà mẹ cả kiến thức dinh dưỡng và kinh tế gia đình.

3.5. Phân loại suy dinh dưỡng theo WIJNAND KLAVER

WIJNAND KLAVER đã phối hợp 3 chỉ số nhân trắc CN/CC, CN/T và CC/T chúng ta có 10 vùng dinh dưỡng như sau:



- | | | |
|----------|---|-------------------------------------|
| | $CN/T < 60\%$ | |
| Vùng 1: | $CN/CC \geq 80\%$
$CN/T \geq 80\%$
$CC/T \geq 90\%$ | } Trẻ bình thường |
| Vùng 2: | $CN/CC \geq 80\%$
$CN/T < 80\%$
$CC/T \geq 90\%$ | } Trẻ bắt đầu sụt cân |
| Vùng 3a: | $CN/CC < 80\%$
$CN/T < 80\%$
$CC/T \geq 90\%$ | } SDD cấp thể nhẹ - vừa |
| Vùng 3b: | $CN/CC < 80\%$
$CN/T < 60\%$
$CC/T \geq 90\%$ | } SDD cấp thể nặng |
| Vùng 4a: | $CN/CC < 80\%$
$CN/T < 80\%$
$CC/T < 90\%$ | } SDD mạn, tiến triển thể nhẹ - vừa |

Vùng 4b:	$CN/CC < 80\%$ $CN/T < 60\%$ $CC/T < 90\%$	} SDD mạn, tiến triển thể nặng
Vùng 5a:	$CN/CC \geq 80\%$ $CN/T < 80\%$ $CC/T < 90\%$	} SDD mạn, tiến triển thể nhẹ - vừa đã được điều chỉnh chế độ ăn
Vùng 5b:	$CN/CC \geq 80\%$ $CN/T < 60\%$ $CC/T < 90\%$	} SDD mạn, tiến triển thể nặng đã được điều chỉnh chế độ ăn
Vùng 6:	$CN/CC \geq 80\%$ $CN/T \geq 80\%$ $CC/T < 90\%$	} SDD mạn đã được điều trị đã phục hồi cân nặng nhưng vẫn còn di chứng lùn
Vùng 7:	$CN/CC < 80\%$ $CN/T \geq 80\%$ $CC/T \geq 90\%$	} Trẻ bị đe dọa SDD, chế độ ăn thiếu so với nhu cầu chưa ảnh hưởng đến cân nặng và chiều cao

Theo cách phân loại suy dinh dưỡng của WIJNAND KLAVER chúng ta dễ dàng theo dõi diễn biến của bệnh: từ vùng 1 trẻ bình thường và sẽ đe dọa suy dinh dưỡng nếu ở vùng 7, và nếu các bà mẹ không được giáo dục dinh dưỡng để điều chỉnh chế độ ăn trẻ sẽ bị sụt cân: vùng 2 và sẽ đưa đến suy dinh dưỡng cấp thể nhẹ - vừa: vùng 3a hoặc nặng: vùng 3b và dần dần sẽ chuyển sang suy dinh dưỡng mạn, tiến triển, thể nhẹ, vừa: vùng 4a hoặc nặng: vùng 4b hoặc đã bắt đầu được điều chỉnh chế độ ăn: 5a và 5b.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Suy dinh dưỡng bào thai

4.1.1. Định nghĩa

Tất cả các trẻ sinh đủ tháng mà cân nặng dưới 2500g gọi là suy dinh dưỡng bào thai. Đây là thể sớm nhất của bệnh suy dinh dưỡng.

4.1.2. Nguyên nhân

Mẹ tăng cân ít trong thời gian mang thai.

Mẹ mắc bệnh mạn tính trong thời gian mang thai: Bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh phổi và đặc biệt là các bà mẹ thiếu máu, bị suy dinh dưỡng.

4.1.3. Lâm sàng: Suy dinh dưỡng bào thai được phân loại theo 3 mức độ: nhẹ, vừa và nặng dựa vào các chỉ số sau:

Nhẹ: Cân nặng giảm dưới 2500g

Chiều cao và vòng đầu bình thường (CC: 48 - 52cm; VĐ: 34 - 35cm).

Vừa: Cân nặng giảm.

Chiều cao giảm.

Vòng đầu bình thường.

Nặng: Giảm cả 3 chỉ số: Cân nặng, chiều cao, vòng đầu.

Cuống rốn teo nhỏ, vàng.

Khi bị suy dinh dưỡng bào thai, trẻ sơ sinh dễ bị đe dọa:

- Hạ đường huyết gây co giật, rối loạn nhịp thở.
- Hạ thân nhiệt dễ gây tử vong.
- Hạ Calci gây co giật và cơn ngưng thở.

Vì vậy, ngay sau khi sinh cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời các rối loạn chuyển hóa trên và phải cho trẻ bú mẹ sớm để chống đói và để trẻ có thể phát triển thể chất tốt sau 1 - 2 tháng. Tuy vậy các di chứng thần kinh và tâm thần vẫn đe dọa tương lai của trẻ.

4.1.4. Phòng bệnh suy dinh dưỡng bào thai.

Tăng cường chăm sóc và bồi dưỡng phụ nữ có thai, nhất là trong 3 tháng cuối.

- Tất cả các bà mẹ mang thai phải được khám thai định kỳ để theo dõi cân nặng.
- Tăng khẩu phần ăn nhất là trong 3 tháng cuối.
- Điều trị các bệnh mạn tính cho mẹ.

4.2. Suy dinh dưỡng sau sinh. Được chia làm 2 giai đoạn:

Giai đoạn khởi phát:

Các triệu chứng lâm sàng rất nghèo nàn, dễ bị bỏ sót.

Trẻ vẫn chơi, vẫn ăn. Nhưng đã bắt đầu đứng cân hoặc sụt cân. Nếu không được phát hiện kịp thời, trẻ sẽ hết hồng hào, mất vẻ bụ bẫm, lớp mỡ dưới da giảm, bắp thịt nhão, teo dần làm cho trẻ chậm phát triển về vận động và nhanh chóng chuyển sang giai đoạn toàn phát.

Triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn này, tương ứng với phân loại mức độ suy dinh dưỡng thể nhẹ và vừa.

Giai đoạn toàn phát:

Trẻ có biểu hiện đầy đủ triệu chứng lâm sàng của suy dinh dưỡng mức độ nặng: trẻ li bì, thờ ơ với ngoại cảnh, chán ăn, quấy khóc, ít ngủ. Tùy theo nguyên nhân suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng mức độ nặng được biểu hiện dưới 3 thể lâm sàng.

4.2.1. Thể phù (Kwashiorkor)

Trẻ bị suy dinh dưỡng do ăn quá nhiều bột: "no giả tạo". Trẻ được nuôi dưỡng với chế độ ăn mà khối lượng thức ăn tuy nhiều nhưng mất cân bằng giữa các chất: thừa chất đường (glucid) nhưng lại thiếu chất béo (lipid) và đặc biệt là thiếu chất đạm (protid) nghiêm trọng.

Nguyên nhân:

Trẻ không được nuôi bằng sữa mẹ.

Sau khi cai sữa mẹ, thức ăn nuôi trẻ chỉ toàn là chất bột.

Lâm sàng:

- *Phù*: khởi đầu trẻ phù ở mi mắt, mặt và 2 chi dưới.

Sau đó nếu nặng trẻ sẽ phù toàn thân kèm theo tràn dịch các màng: màng bụng, màng tinh hoàn...

Đặc điểm của phù SDD là: phù trắng, phù mềm ấn lõm.

- *Rối loạn sắc tố da*: Thường gặp ở nếp gấp cổ, nách, háng, khuỷu tay, khuỷu chân, mông... với đặc điểm:

+ Có thể là chấm hoặc nốt hoặc tập trung thành mảng to, nhỏ không đều.

+ Thay đổi màu: đỏ → nâu → đen.

+ Đây là những vùng da có nhiều sắc tố melanin, do da thiếu dinh dưỡng bị khô, bong vảy dễ bị hăm đỏ, lở loét.

- *Tình trạng thiếu dinh dưỡng còn biểu hiện ở các cơ quan khác:*

+ Tóc: Thưa, bạc màu, dễ rụng dễ gãy.

+ Răng: Sậm màu, dễ bị sâu răng, dễ rụng hoặc mọc chậm so với tuổi.

+ Biểu hiện thiếu vitamin A ở mắt gây mù lòa.

+ Xương: Bị loãng do thiếu vitamin D và Calci làm cho diêm cốt hóa chậm, đầu xương dài bị khoét và xương dễ bị biến dạng.

+ Gan: To và chắc do thoái hóa mỡ, nếu nặng có thể tử vong do suy gan.



+ Tim: Trẻ dễ bị suy tim gây tử vong đột ngột do thiếu đạm, thiếu máu, thiếu vitamin B₁.

+ Ruột: Niêm mạc ruột teo dần, mất các nếp nhăn làm giảm chức năng hấp thu gây rối loạn tiêu hóa. Ngoài ra nhu động ruột giảm gây chướng bụng.

Tụy: Tuyến tụy teo dần, giảm tiết các men tiêu hóa.

+ Não: Nếu trẻ bị suy dinh dưỡng sớm, lúc tế bào não chưa hình thành đầy đủ (quý III của thai kỳ và 6 tháng đầu sau sinh) hoặc lúc tổ chức não chưa hình thành và các dây thần kinh chưa Myelin hóa (trước 3 tuổi) sẽ tác hại đến sự trưởng thành của não và giảm trí thông minh.

4.2.2. *Thể teo đét (Marasmus)*

Trẻ bị suy dinh dưỡng do "đói thực sự", trẻ thiếu tất cả các chất: đạm đường, béo... ở mức độ trầm trọng. Năng lượng hầu như không còn, vì vậy, để sống trẻ phải huy động tất cả các chất dự trữ: glucid, chất béo và sau cùng là chất đạm. Biểu hiện lâm sàng chính của thể này là trẻ mất hết lớp mỡ dưới da ở toàn thân.

Ở Việt Nam, thường gọi thể teo đét này là ban khi vì trẻ có vẻ mặt gầy, mắt trũng hốc hác, người teo nhỏ như con khỉ. Các bắp thịt cũng teo nhỏ, nhão và mất hẳn, bụng chướng, mông teo và tứ chi khẳng khiu, toàn thân chỉ còn da bọc xương.

Nguyên nhân:

- Trẻ không được nuôi bằng sữa mẹ, phải uống cháo loãng hoặc bột loãng thay sữa, loãng tới mức chỉ còn nước và có rất ít glucid.

- Trẻ được bú sữa mẹ nhưng từ tháng thứ tư trở đi, mẹ không cho ăn thêm: bột, rau xanh, trái cây, chất béo và chất đạm. Hoặc có trường hợp trẻ được bú sữa mẹ, được ăn dặm thêm các chất khác nhưng thiếu chất béo là nguồn cung cấp năng lượng quan trọng.

- Trẻ mắc các bệnh như sởi, tiêu chảy... mà mẹ bắt trẻ kiêng ăn.

- Trẻ bị sốt kéo dài, tiêu hao nhiều năng lượng.



Lâm sàng:

- Các triệu chứng thiếu vitamin A, B₁, B₁₂, D, K, ... ở mức độ nhẹ hơn thể phù.

- Thể teo đét không có triệu chứng gan to do thoái hóa mỡ, do đó chức năng gan ít bị ảnh hưởng.

- Tim: Trẻ ít bị đe dọa suy tim do mức độ thiếu đạm, thiếu máu, thiếu K và thiếu vitamin B₁ nhẹ hơn thể phù.

- Niêm mạc ruột ít bị tổn thương nặng nên trẻ ít bị tiêu chảy và rối loạn tiêu hóa. Thể teo đét nếu điều chỉnh chế độ ăn kịp thời, giải quyết được nguyên nhân trẻ sẽ nhanh chóng phục hồi. Tiên lượng trước mắt của thể này tốt hơn thể phù.

4.2.3. *Thể hỗn hợp (Marasmus - Kwashiorkor)*

Đây là thể phù đã được điều trị, khi trẻ hết phù trở thành teo đét nhưng gan vẫn còn to do thoái hóa mỡ chưa phục hồi hoàn toàn hoặc trẻ teo đét, da bọc xương nhưng lại kèm rối loạn sắc tố da.



5. Xét nghiệm

5.1. Thiếu máu nhược sắc

Hồng cầu giảm về số lượng và chất lượng.

Huyết cầu tố giảm.

Do thiếu đạm, thiếu sắt, thiếu vitamin B₁₂ và acid folic... những chất cần thiết để tạo hồng cầu.

5.2. Thiếu đạm

Đạm toàn phần trong máu giảm rất nặng ở thể phù: <4g% và giảm ít hơn ở thể teo: 4 - 5g%.

Tỷ lệ A/G bình thường ở thể teo đét do thành phần Albumin và Globulin giảm đều nhau.

Ngược lại tỷ lệ A/G bị đảo ngược trong thể phù do thành phần Albumin giảm là chủ yếu.

Ngoài ra do áp lực keo trong huyết tương giảm gây thoát dịch và phù gian bào, ứ dịch ở màng bụng, màng tinh hoàn... áp lực máu vào thận cũng bị giảm gây thiếu niệu hoặc vô niệu ở giai đoạn nặng của bệnh.

Thay đổi các thành phần của acid amin: Tăng loại không cần thiết (Glycin, alanin, serin...), giảm các loại cần thiết (Tyrosin, lysin, tryptophan, methionin...)

5.3. Thiếu men chuyển hóa: Như các men: Phosphatase, esterase, cholinesterase, amylase, lipase...

5.4. Rối loạn nước và điện giải

Rối loạn phân phối nước: Giữ nước ở gian bào trong thể phù và thiếu nước mạn trong thể teo đét.

Các chất điện giải trong máu bị giảm, nhất là trong thể phù: Na^+ , Cl^- , Ca^{++} và HCO_3^- .

5.5. Thiếu chất béo: Các thành phần chất béo trong máu đều bị giảm: lipid, cholesterol, triglycerid.

5.6. Giảm khả năng bảo vệ cơ thể: Do các chức năng bảo vệ cơ thể đều giảm nên trẻ rất dễ mắc các bệnh nhiễm trùng nhất là ở thể phù.

5.7. Suy chức năng gan: Nhất là trong thể phù khi gan đã to, chắc do thoái hóa mỡ. Do thiếu men chuyển hóa nên chất lipid hình thành từ glucid thừa không được sử dụng, lắng đọng lại trong tế bào gan và phá hủy mọi hoạt động của gan:

- Hạn chế gan tổng hợp các globulin miễn dịch, các yếu tố đông máu.
- Hạn chế điều hòa đường huyết và thân nhiệt.

6. Chăm sóc

6.1. Đối với trẻ bị suy dinh dưỡng nhẹ và trung bình:

- Hướng dẫn điều trị tại nhà:
- Điều chỉnh chế độ ăn cho hợp lý
- Kiểm tra các bệnh nhiễm khuẩn, biết cách chăm sóc theo dõi và đề phòng các bệnh nhiễm khuẩn

6.2. Đối với trẻ bị suy dinh dưỡng nặng:

- Phải coi đây là bệnh cấp cứu và điều trị tại bệnh viện
- Trong quá trình chăm sóc cần chú ý một số vấn đề sau:
- Trẻ suy dinh dưỡng nặng thường tiêu chảy và tiêu chảy kéo dài, nôn trớ nhiều, dễ rối loạn nước và điện giải, cho nên cần được bù nước và điện giải
 - + Nếu mất nước vừa và nhẹ có thể uống ORS hoặc nhỏ giọt dạ dày dung dịch ORS
 - + Nếu mất nước nặng, cần truyền Lactat Ringer với khối lượng 70 ml/kg/3 giờ đầu, 30ml/kg truyền trong giờ đầu, phần còn lại truyền trong 2 giờ tiếp theo. Sau khi

truyền hết lượng dịch đã cho, phải đánh giá lại tình trạng mất nước. chỉ tiếp tục truyền dịch nếu bệnh nhân còn mất nước nặng hoặc không uống được ORS

- Nuôi dưỡng: nguyên tắc cho ăn là:

+ Ăn nhiều bữa trong ngày

+ Tăng dần calor lên theo ngày điều trị

+ Dùng sữa bò pha loãng có cho thêm đường để cung cấp thêm năng lượng

+ Nếu trẻ không tự ăn được bằng thìa phải cho ăn bằng ống thông hoặc nhỏ giọt dạ dày

+ Từ tuần thứ 3 có thể cho ăn thêm bột, cháo để thay thế dần các bữa sữa, rồi chuyển sang chế độ ăn bình thường

- Đề phòng hạ đường huyết:

+ Nếu hạ đường huyết nhẹ thì có thể cho trẻ uống nước đường hay sữa

+ Nếu nặng có thể truyền dung dịch Glucose ưu trương 20 – 30%

+ Cách đề phòng hạ đường huyết tốt nhất là cho trẻ ăn thường xuyên, ăn nhiều bữa trong ngày và ăn đúng, ăn đủ về khối lượng và thành phần dinh dưỡng

- Đề phòng hạ thân nhiệt:

+ Hạ thân nhiệt thường đi kèm với hạ đường huyết và hay xảy ra vào ban đêm khi trẻ ngủ. Nên cho trẻ ngủ gần mẹ và thường xuyên chuẩn bị các phương tiện phù hợp để tránh hạ thân nhiệt cho trẻ. Tốt nhất là phải cho trẻ ăn thường xuyên, không để trẻ bỏ bữa và phải luôn giữ ấm cho trẻ

+ Đề phòng thiếu vitamin A bằng cách cho trẻ uống vitamin A với liều lượng sau:

Trẻ lớn hơn 1 tuổi:

Ngày 1: uống 200.000 đv

Ngày 2: uống 200.000 đv

Sau 2 tuần liều vitamin A bằng nửa liều trên

Nếu bệnh nhi bị tiêu chảy hay nôn có thể tiêm vitamin A, liều tiêm bằng nửa liều uống

- Chống thiếu máu:

+ Viên sắt 0,05g x 1 – 2 viên/ ngày x 3 tháng

+ Acid folic 5mg/ngày x 2 tháng

+ Truyền máu hoặc truyền khối hồng cầu 10 – 15 ml/kg khi có thiếu máu nặng

- Đề phòng nhiễm trùng:
 - + Đảm bảo vệ sinh cá nhân, ăn uống, môi trường
 - + Cho trẻ ăn đầy đủ các chất, nhất là chất đạm
 - + Giữ ấm, không để trẻ nhiễm lạnh
 - + Không tiêm chủng cho trẻ SDD nặng và vừa
 - + Cách ly đối với nguồn truyền nhiễm

7. Phòng bệnh

- Chăm sóc trẻ từ khi còn nằm trong bụng mẹ bằng cách hướng dẫn để các bà mẹ có thai ăn uống đầy đủ, lao động nhẹ nhàng hợp lý, vệ sinh, giữ ấm, phòng tránh các bệnh nhiễm khuẩn. Cần theo dõi sự tăng cân của mẹ trong thời kỳ mang thai.

- Giáo dục tuyên truyền phương pháp nuôi con khoa học: Bú mẹ, ăn bổ sung đúng lúc, đúng cách, đảm bảo chất lượng, cai sữa đúng thời điểm.

- Giám sát cân nặng trẻ thường xuyên bằng biểu đồ tăng trưởng.

- Hướng dẫn những bà mẹ thiếu sữa nuôi con theo đúng chế độ ăn nhân tạo/ăn hỗn hợp/ăn sam.

- Thực hiện tiêm chủng đúng lịch.

- Phát hiện và điều trị triệt để các bệnh nhiễm khuẩn.

- Động viên giáo dục các bậc cha mẹ thực hiện sinh đẻ có kế hoạch để có đủ điều kiện “nuôi con khoẻ, dạy con ngoan”.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

16) Yếu tố thuận lợi gây thiếu vitamin D là:

- A. Trẻ < 1 tuổi B. Màu da trắng C. Trẻ suy dinh dưỡng D. Trẻ bú mẹ

17) Yếu tố thuận lợi gây thiếu vitamin D là:

- A. Suy dinh dưỡng B. Bụ bẫm C. Da trắng D. Da vàng

18) Biểu hiện sớm nhất trong bệnh thiếu vitamin D:

- A. Trẻ chậm phát triển vận động B. Cơ và dây chằng nhão C. Thiếu máu
D. Ngủ không yên giấc, đổ mồ hôi trộm

19) Bệnh còi xương có thể gây hậu quả gì?

- A. Chân vòng kiềng B. Suy dinh dưỡng C. Suy giảm miễn dịch D. Khò khè kéo dài

- 20) Cận lâm sàng nào giúp ích cho quá trình điều trị, theo dõi bệnh còi xương cổ điển?
- A. Công thức máu
B. Ion đồ
C. Siêu âm phần mềm cổ tay
D. X quang xương cổ tay
- 21) Suy dinh dưỡng thể teo đét có tên khoa học là:
- A. Jack-Hayem-Luzet
B. Marasmus
C. Kwashiorkor
D. Ducket Jonnes
- 22) Suy dinh dưỡng thể phù có tên khoa học là:
- A. Jack-Hayem-Luzet
B. Marasmus
C. Kwashiorkor
D. Ducket Jonnes
- 23) Yếu tố dẫn tới suy dinh dưỡng, ngoại trừ:
- A. Sinh non
B. Sinh yếu
C. Trẻ mắc dị tật bẩm sinh
D. Nuôi bằng sữa mẹ
- 24) Dấu hiệu không giúp phát hiện tình trạng suy dinh dưỡng là:
- A. Trẻ không lên cân hoặc sụt cân
B. Lớp mỡ dưới da mỏng, cơ thể gầy yếu
C. Đỏ mề hôi trộm, hay giật mình
D. Tóc thưa, dễ rụng, mắt khô
- 25) Sai lầm bà mẹ dễ mắc khi nuôi con làm cho trẻ đứng cân hoặc sụt cân là:
- A. Thay sữa mẹ bằng nước cháo
B. Bỏ sung chất béo từ tháng thứ sáu
C. Ép trẻ ăn khi trẻ mắc bệnh
D. Thực hiện "tô màu chén bột, chén cháo, chén cơm"

Bài 5. KỸ NĂNG TƯ VẤN CHO BÀ MẸ VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ

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

Kiến thức: Trình bày được cách sử dụng kỹ năng giao tiếp tốt.

Kỹ năng: - Hướng dẫn được cho bà mẹ, người chăm sóc trẻ cho trẻ uống thuốc khi bị bệnh.

- Hướng dẫn được cho bà mẹ, người chăm sóc trẻ về thức ăn và nước uống khi trẻ bị bệnh.

Thái độ: Rèn luyện tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác, đảm bảo an toàn trong tư vấn cho bà mẹ và người chăm sóc trẻ.

NỘI DUNG

1. Kỹ năng giao tiếp tốt

Khi tham vấn cho các bà mẹ, điều quan trọng là cần phải sử dụng các kỹ năng sau đây: **hỏi và lắng nghe, khen ngợi, khuyến bảo, kiểm tra sự hiểu biết.**

1.1. Hỏi và lắng nghe :

Khi hỏi bà mẹ về bất cứ vấn đề gì, về mặt kỹ năng cần phải lưu ý:

- Dùng từ đơn giản, thích hợp với ngôn ngữ địa phương của bà mẹ; tránh dùng những thuật ngữ y khoa.

- Câu hỏi nên ngắn gọn, dễ hiểu. Hỏi từng câu một, dành thì giờ cho bà mẹ suy nghĩ và trả lời. Không nên hỏi nhiều câu cùng một lúc.

- Tránh sử dụng câu hỏi “đóng”, khiến bệnh nhân chỉ trả lời “có” hoặc “không”, “biết” hoặc “không biết”, “hiểu” hoặc “không hiểu”, “rồi” hoặc “chưa”...

- Nên dùng câu hỏi “mở”, để bà mẹ có thể trình bày được toàn bộ sự hiểu biết của mình, ví dụ như các câu hỏi có những từ sau: ***cái gì, ai, khi nào, ở đâu, như thế nào, tại sao, bao nhiêu...***

- Luôn tôn trọng và chú ý lắng nghe, không ngắt lời bà mẹ khi đang nói. Ghi nhận những điều đúng, tốt và những gì cần phải bổ sung hoặc thay đổi.

1.2. Khen ngợi

- Nếu đặt được nhiều câu hỏi và chú ý lắng nghe. Bạn sẽ ghi nhận được những gì bà mẹ hiểu và làm đúng. Khen ngợi bà mẹ về những điều này. Lời khen phải chân thật, và chỉ khen khi thật sự đúng.

- Khen ngợi bà mẹ là việc làm không khó, điều quan trọng nhất là cán bộ y tế phải tập để có được thói quen khen ngợi bà mẹ.

1.3. Khuyên bảo

Gồm 3 bước:

- Cung cấp thông tin

- Làm mẫu nếu là những vấn đề thực hành

- Để bà mẹ thực hành, cán bộ y tế quan sát và bổ sung ý kiến.

+ Dùng từ đơn giản, thích hợp với ngôn ngữ địa phương của bà mẹ, tránh dùng những thuật ngữ y khoa. Lời khuyên ngắn gọn, dễ hiểu. Nếu có thể, hãy sử dụng tranh ảnh hoặc những vật dụng thực tế để minh họa cho những hướng dẫn của bạn. Đối với những vấn đề cần thực hành, bạn nên làm mẫu cho bà mẹ xem nếu có thể.

+ Nhắc nhở bà mẹ về những hiểu biết hoặc những việc làm không đúng, có hại cho trẻ. Cần phải hết sức thận trọng để bà mẹ không cảm thấy mình có lỗi và vụng về.

+ Để bà mẹ thực hành nếu có thể. Cán bộ y tế sẽ quan sát, nếu bà mẹ làm đúng phải khen ngợi kịp thời, nếu làm chưa đúng phải nhắc nhở khéo léo để bà mẹ làm lại cho đúng.

+ Hỏi xem bà mẹ có thắc mắc hoặc khó khăn gì khi thực hiện những gì được tham vấn. Nếu có, cán bộ y tế phải giải thích cặn kẽ và tìm cách giúp bà mẹ khắc phục những khó khăn đó.

Thực hiện đủ 3 bước trên vẫn chưa đủ. Để việc khuyên bảo mang tính chất **1.4. Thuyết phục** (có nghĩa là không áp đặt, bắt buộc mà bà mẹ sẽ tự giác thay đổi về kiến thức, hành vi và thái độ sau khi được tham vấn), cán bộ y tế nên chú ý:

- Khi đưa ra lời khuyên, phải nói rõ những ưu điểm, những ích lợi khi thực hiện theo lời khuyên; đồng thời giải thích rõ những tác hại, những hậu quả khi bà mẹ làm sai. Từ đó bà mẹ sẽ tự suy nghĩ, cân nhắc và tự giác thay đổi.

- Tìm hiểu xem bà mẹ gặp khó khăn gì khi thực hiện lời khuyên của cán bộ y tế. Tìm cách giúp bà mẹ giải quyết những khó khăn đó, nếu có thể được.

1.5. Kiểm tra sự hiểu biết

Vào cuối buổi tham vấn, cán bộ y tế khéo léo đặt những câu hỏi kiểm tra sự hiểu biết của bà mẹ về những gì vừa được tham vấn.

- Khi hỏi nên chú ý các kỹ năng của phần **hỏi** và **lắng nghe**.
- Nếu bà mẹ trả lời đúng, hãy khen ngợi kịp thời.
- Nếu trả lời chưa đúng, nên đặt lại câu hỏi khác, và nhắc lại nếu bà vẫn chưa nhớ rõ.

1.6. Sắp xếp tham vấn hợp lý

- Thông thường bà mẹ mang trẻ đến khám vì có một vấn đề sức khỏe nào đó. Sau khi hỏi và quan sát, cán bộ y tế phát hiện được trẻ đang có vấn đề gì. Như vậy một trẻ có thể sẽ có rất nhiều vấn đề, và cán bộ y tế sẽ phải tham vấn cho bà mẹ nhiều lĩnh vực như: giải thích bệnh, tiên lượng bệnh, hướng dẫn chăm sóc và điều trị tại nhà, dặn dò khám lại, khám lại ngay, hướng dẫn phòng bệnh, hướng dẫn về nuôi dưỡng, tham vấn về tiêm chủng...

- Nếu tham vấn cùng một lúc quá nhiều vấn đề, bà mẹ sẽ không nhớ hoặc không chú ý do đang quá lo lắng về bệnh trạng của trẻ. Mặt khác, cán bộ y tế cũng không có đủ thời gian để tham vấn tất cả các vấn đề cần thiết trong một khoảng thời gian ngắn. Do đó, nên sắp xếp tham vấn sao cho hợp lý, nghĩa là:

+ Phải chọn ưu tiên. Một số vấn đề nào cần thiết cho trẻ trong hoàn cảnh hiện tại sẽ được tham vấn trước. Những vấn đề còn lại sẽ được tham vấn sau, trong những lần khám lại.

+ Nội dung tham vấn phù hợp với khoảng thời gian cho phép, khoảng thời gian này phụ thuộc vào bà mẹ và đôi khi phụ thuộc vào cả hoàn cảnh làm việc của cán bộ y tế (chẳng hạn như cán bộ y tế phải giải quyết rất nhiều bệnh nhân trong một khoảng thời gian hạn chế).

2. Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ uống thuốc tại nhà

Phần này trình bày các bước cơ bản về cách hướng dẫn bà mẹ cho con uống thuốc. Bạn cần theo các chỉ dẫn dưới đây, áp dụng cho mọi loại thuốc uống.

Hướng dẫn những nội dung sau:

2.1. Xác định loại thuốc và liều dùng thích hợp theo cân nặng hoặc tuổi của trẻ

Để thực hiện, hãy sử dụng phác đồ **Điều trị trẻ bệnh**.

2.2. Giải thích cho bà mẹ lý do trẻ cần uống thuốc

- Tại sao bà mẹ cần cho trẻ uống thuốc.
- Thuốc dùng để điều trị vấn đề gì?

2.3. Hướng dẫn và làm mẫu cách lường một liều thuốc

Vừa nói, vừa chỉ cho bà mẹ thấy, vừa làm mẫu về cách:

- **Kiểm tra nhãn** hộp thuốc, **tên** thuốc đúng.
- **Kiểm tra hạn sử dụng** ghi trên vỏ hộp, bao thuốc hoặc vỉ thuốc.
- **Lường một liều thuốc**

Chỉ cho bà mẹ biết lượng dùng cho mỗi liều

+ *Nếu là thuốc dạng viên, dạng gói bột*: chỉ và chia viên hoặc gói thuốc cho bà mẹ thấy; thêm một ít nước, chờ vài phút, thuốc bở hoặc tan ra, nghiền thuốc cho tan trước khi cho trẻ uống.

+ *Nếu là thuốc viên nang*: Chỉ cho bà mẹ biết cách mở viên nang và bóp một phần nước của viên nang vào miệng trẻ.

2.4. Quan sát bà mẹ thực hành tự lường một liều thuốc và quan sát

- Nói cho bà biết những gì bà đã làm đúng. Khen ngợi bà mẹ.
- Hướng dẫn lại những gì bà làm chưa đúng.

2.5. Yêu cầu cho bà mẹ cho trẻ uống liều thuốc đầu tiên

Giải thích cho bà biết nếu trẻ bị nôn, vẫn tiếp tục cho trẻ uống. Nói với bà hãy theo dõi trẻ trong vòng 30 phút. Nếu trẻ nôn trong khoảng thời gian này, hãy cho trẻ uống lại một liều khác. Nếu trẻ có mất nước và nôn, hãy chờ đến khi trẻ được bù nước, rồi mới uống lại.

2.6. Giải thích rõ cho bà mẹ cách cho trẻ uống thuốc, ghi nhãn lên túi thuốc và cho thuốc vào túi

- **Nói cho bà mẹ biết:**

+ Mỗi ngày trẻ cần uống mấy lần? (sáng, trưa, chiều, tối)

+ Mỗi lần uống bao nhiêu?

+ Uống trong thời gian mấy ngày? Giải thích cho bà biết rằng khi trẻ khá lên, vẫn phải tiếp tục cho trẻ uống đủ thời gian đã dặn. Nếu không uống đủ thời gian, bệnh sẽ không khỏi hẳn và có thể tái phát.

- **Ghi thông tin lên nhãn thuốc:**

+ Viết đầy đủ tên thuốc, lượng thuốc của mỗi viên thuốc – tổng số lượng thuốc để hoàn tất quá trình điều trị.

+ Viết đúng số lần uống mỗi ngày (sáng, trưa, chiều, tối); liều lượng cho mỗi lần (1/4, 1/2, 1...viên). Nếu bà mẹ không biết chữa có thể vẽ hình lên nhãn thuốc cho bà mẹ nhận biết).

+ Ghi tổng thời gian uống (5, 7... ngày).

Ví dụ: Dưới đây là mẫu một nhãn thuốc

Họ tên: Nguyễn Văn A..... Ngày: 19-08-2017.....			
Tên thuốc: Cotrimoxazole 480mg..... Số lượng: 05 viên.....			
Sáng	Trưa	Chiều	Tối
½ viên		½ viên	
Cách dùng: Mỗi ngày uống 2 lần Sáng uống ½ viên – Chiều uống ½ viên Uống trong 5 ngày			

- Nếu trẻ cần phải uống nhiều loại thuốc, đếm và đóng gói riêng từng loại thuốc vào túi, bao, hoặc lọ sạch. *Mỗi loại thuốc có một nhãn riêng. Nhãn sẽ được cho vào trong túi thuốc, hoặc dán bên ngoài bao hay lọ thuốc.*

2.7. Phát thuốc cho bà mẹ

Khuyến bà mẹ để thuốc ở nơi khô ráo, không có chuột và côn trùng và đặc biệt là ngoài tầm tay của trẻ.

2.8. Kiểm tra sự hiểu biết của bà mẹ trước khi ra về

Đặt những câu hỏi “mở” để kiểm tra xem bà mẹ có thực sự biết cách cho trẻ uống thuốc tại nhà chưa. Ví dụ như:

“Chị sẽ cho cháu uống thuốc này mỗi ngày mấy lần?”

“Mỗi lần bao nhiêu?”

“Uống trong bao nhiêu ngày?”

“Chị pha thuốc như thế nào?”

“Thuốc nào uống 2 lần mỗi ngày?”

“Thuốc nào uống 3 lần mỗi ngày?”

Nếu bạn nhận thấy bà mẹ có điểm nào chưa hiểu rõ, nên hướng dẫn lại cẩn thận, đảm bảo bà mẹ hiểu và làm đúng trước khi ra về.

3. Tham vấn cho bà mẹ về thức ăn và nước uống

Đối với nhiều trẻ bệnh, bạn cần đánh giá về nuôi dưỡng và tham vấn cho bà mẹ về thức ăn và nước uống. Hướng dẫn về **thức ăn, nước uống** và **khi nào đưa trẻ đến khám ngay** đã được nêu trong phác đồ **Tham vấn cho bà mẹ**.

3.1. Các hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ

Các hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ khi bệnh và lúc khoẻ mạnh đã được nêu trong phác đồ **Tham vấn**. Các hướng dẫn được chia thành các cột cho các nhóm tuổi khác nhau. Bạn cần phải hiểu được tất cả các hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ, nhưng không nhất thiết phải giải thích tất cả cho bà mẹ. Trước hết bạn nên hỏi để tìm xem bà mẹ đã nuôi dưỡng trẻ như thế nào, sau đó bạn **chỉ cần đưa ra lời khuyên cần thiết phù hợp** đối với lứa tuổi và tình trạng trẻ.

Những hướng dẫn nuôi dưỡng này đều thích hợp cho trẻ khi bị bệnh cũng như khi khoẻ mạnh. Trong khi bị bệnh, trẻ thường không muốn ăn nhiều. Tuy nhiên, vẫn nên cho trẻ ăn những loại thức ăn đã được hướng dẫn theo từng nhóm tuổi, ngay cả khi trẻ không muốn ăn nhiều. Sau khi bệnh, chế độ nuôi dưỡng tốt sẽ giúp trẻ phục hồi cân nặng đã bị giảm sút và tránh suy dinh dưỡng. Khi trẻ đã khoẻ, nuôi dưỡng tốt sẽ giúp trẻ tránh được bệnh tật trong tương lai.

Những lần thăm khám trẻ bệnh là cơ hội tốt để bạn tham vấn cho các bà mẹ về cách nuôi dưỡng trẻ trong khi mắc bệnh cũng như khi khoẻ mạnh.

3.1.1. Các hướng dẫn cho trẻ dưới 6 tháng

Cách tốt nhất để nuôi dưỡng trẻ dưới 6 tháng là bú mẹ hoàn toàn. Bú mẹ hoàn toàn có nghĩa là trẻ chỉ bú mẹ và không cho trẻ ăn thêm thức ăn, nước uống nào khác (trừ trường hợp cho trẻ uống thuốc và vitamin khi cần thiết). Trong độ tuổi này cần cho trẻ bú mẹ thường xuyên khi trẻ muốn, cả ngày lẫn đêm, ít nhất 8 lần trong 24 giờ.

Nếu người mẹ đã cho trẻ ăn thêm các loại thức ăn hay nước uống khác thì phải đưa ra lời khuyên.

Những ưu điểm của việc nuôi con bằng sữa mẹ:

- **Sữa mẹ chứa đầy đủ các chất dinh dưỡng cần thiết cho trẻ** gồm có: đạm, béo, lactose (một loại đường đặc biệt), vitamin A, C, sắt.

- **Các chất dinh dưỡng từ sữa mẹ dễ dàng hấp thu hơn** so với các loại sữa khác. Sữa mẹ còn có các loại acid béo chủ yếu cần thiết cho sự phát triển của não, mắt và mạch máu của trẻ. Các loại sữa khác không có các acid béo này.

- **Sữa mẹ cung cấp toàn bộ lượng nước cần thiết cho trẻ ngay khi thời tiết nóng và khô ráo.**

- **Sữa mẹ bảo vệ trẻ chống lại nhiễm khuẩn.** Trẻ nhỏ chưa có khả năng chống được nhiễm khuẩn như trẻ lớn hơn hoặc người lớn. Bú sữa mẹ, trẻ sẽ nhận được các kháng thể có khả năng chống lại nhiễm khuẩn. Những trẻ được bú mẹ hoàn toàn thường ít bị tiêu chảy và ít bị tử vong do tiêu chảy và các bệnh nhiễm khuẩn khác. Trẻ được nuôi bằng sữa mẹ ít bị viêm phổi, viêm màng não và viêm tai hơn những trẻ không được nuôi bằng sữa mẹ.

- **Nuôi con bằng sữa mẹ giúp cho sự phát triển tình cảm gắn bó giữa mẹ và con.**

- **Nuôi con bằng sữa mẹ bảo vệ được sức khoẻ người mẹ.** Sau khi sinh con cho bú mẹ sẽ giúp dạ con của người mẹ co trở lại như lúc ban đầu. Như vậy sẽ giúp làm giảm chảy máu và tránh được thiếu máu. Nuôn con bằng sữa mẹ còn làm giảm nguy cơ mắc bệnh ung thư buồng trứng và ung thư vú cho bà mẹ.

→ **Tốt nhất là không cho trẻ dưới 6 tháng ăn thêm bất cứ loại sữa hay thức ăn nào khác ngoài sữa mẹ.** Ví dụ, không cho trẻ ăn thêm sữa bò, sữa dê, sữa bột, ngũ cốc hay các loại nước uống khác như trà, nước hoa quả hoặc nước đun sôi.

Nguyên do vì:

- **Cho trẻ ăn thêm thức ăn** hay nước uống khác sẽ làm cho trẻ bú mẹ ít đi.

- **Các loại thức ăn hay nước uống** này có thể chứa các mầm bệnh do nước, chai dùng cho trẻ ăn hoặc các loại đồ dùng khác. Các mầm bệnh này có thể gây ra nhiễm khuẩn.

- **Những loại thức ăn** hay nước uống này có thể được pha quá loãng, vì vậy trẻ dễ bị suy dinh dưỡng.

- **Các loại thức ăn** hay nước uống này có thể không có đủ lượng vitamin A.

- **Chất sắt trong các loại sữa** bị rất khó hấp thu.

- **Trẻ có thể bị dị ứng.**

- **Trẻ có thể khó tiêu hoá** được các loại sữa động vật, vì vậy dễ bị tiêu chảy, phát ban, hay những triệu chứng khác. Bệnh tiêu chảy có thể kéo dài.

→ *Bú mẹ hoàn toàn là cơ hội tốt nhất giúp trẻ phát triển và khoẻ mạnh.*

Hầu hết trẻ nhỏ đều không cần phải cho ăn thêm thức ăn bổ sung trước 6 tháng tuổi. Sữa mẹ vẫn là thức ăn quan trọng đối với trẻ nhưng đôi khi lứa tuổi 4 đến 6 tháng này, một số trẻ bắt đầu cần thêm các loại thức ăn khác ngoài sữa mẹ. Những loại thức ăn này thường được gọi là thức ăn thêm hoặc thức ăn bổ sung vì chúng chỉ có vai trò phụ sau sữa mẹ.

Bà mẹ chỉ nên bắt đầu cho trẻ ăn những thức ăn bổ sung khi trẻ vẫn còn đói sau khi bú, hoặc không tăng cân bình thường.

Khi được 6 tháng tuổi, trẻ cần được cho ăn đặc hơn với những loại thức ăn bổ sung giàu dinh dưỡng. Điều quan trọng là cần tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ thường xuyên theo nhu cầu, cả ngày lẫn đêm. Bà mẹ nên cho trẻ ăn thức ăn bổ sung hàng ngày từ 1 đến 2 bữa, **sau khi** cho trẻ bú để tránh làm giảm lượng sữa mẹ.

3.1.2. Các hướng dẫn cho trẻ từ 6 – 12 tháng

Người mẹ nên tiếp tục cho trẻ bú bất cứ lúc nào trẻ muốn. Tuy nhiên, sau 6 tháng tuổi, sữa mẹ không thể đáp ứng được đầy đủ tất cả những nhu cầu về năng lượng cho trẻ. ở độ tuổi từ 6 đến 12 tháng tuổi, cần tăng dần lượng thức ăn bổ sung cho trẻ. Những loại thức ăn thích hợp ở nước bạn đã được liệt kê trong phác đồ tham vấn. Đối với trẻ 12 tháng, những loại thức ăn bổ sung là nguồn thức ăn chính cung cấp năng lượng cho trẻ.

Nếu trẻ còn bú mẹ, cho trẻ ăn thêm 3 bữa thức ăn bổ sung mỗi ngày. Nếu trẻ không còn bú mẹ, cho trẻ ăn 5 bữa mỗi ngày. (Nếu có thể, cho trẻ ăn thêm sữa ngoài bằng cốc (ly). Tuy nhiên, sữa bò cũng như các loại sữa khác thay thế sữa mẹ đều không tốt đối với trẻ bằng sữa mẹ).

Điều quan trọng là phải tích cực cho trẻ ăn. Tích cực cho trẻ ăn có nghĩa là khuyến khích động viên sao cho trẻ ăn nhiều. Không nên cho trẻ ăn chung thức ăn cùng với các anh chị của trẻ mà nên cho trẻ ăn khẩu phần riêng. Người mẹ hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ (anh, chị, bố hoặc bà) cũng nên ngồi cùng với trẻ trong suốt bữa ăn và giúp cho trẻ xúc được từng thìa (muỗng) thức ăn đưa lên miệng.

Một “bữa ăn đầy đủ” nghĩa là trẻ không muốn ăn bất cứ thức ăn nào khác nữa sau khi tích cực cho trẻ ăn.

Những loại thức ăn bổ sung tốt

Những loại thức ăn bổ sung tốt là những loại thức ăn giàu năng lượng, giàu chất dinh dưỡng và dễ kiếm tại địa phương. Ví dụ, ở một số địa phương có bột đặc thêm dầu thực vật hoặc sữa, trái cây, rau cải, các loại đậu, thịt, trứng, cá và các sản phẩm từ sữa. Nếu muốn cho trẻ ăn sữa bò hay bất cứ loại sữa nào khác thì nên cho trẻ ăn hay uống bằng cốc 9 ly), không cho trẻ bú bình. Các loại thức ăn thích hợp tại địa phương bạn đã được liệt kê trong khung *Hướng dẫn dinh dưỡng* trong phác đồ **Tham vấn**.

Bột gạo là loại thức ăn tốt và phổ biến nhất được sử dụng làm thức ăn đầu tiên bổ sung cho sữa mẹ. Nên nấu bột đặc và thêm các thực phẩm khác để tăng nguồn dinh dưỡng và năng lượng cho trẻ. Ví dụ: bột đặc với:

- Thịt (gà, heo, bò), cá, cua, tôm, đậu băm nhỏ hoặc trứng và
- Rau xanh nghiền hoặc băm nhỏ như rau ngót, bí ngô, cà rốt, rau cải, rau muống, bắp cải, su hào... và
- Một thìa mỡ hoặc dầu

Các bà mẹ cần cho trẻ ăn nhiều loại thức ăn để đảm bảo trẻ nhận được tất cả các chất dinh dưỡng cần thiết. Hỏi bà mẹ xem loại thức ăn nào có sẵn ở địa phương để đưa ra những lời khuyên thích hợp.

Xen giữa các bữa ăn nên cho trẻ ăn các loại quả giàu vitamin. Cho ăn các loại quả theo mùa, rẻ, sẵn có ở địa phương như chuối, đu đủ, xoài, hồng xiêm, na, cam... nghiền hoặc cắt thành từng miếng nhỏ.

3.1.3. Các hướng dẫn cho trẻ từ 12 tháng đến 2 tuổi

Trong giai đoạn này người mẹ vẫn nên tiếp tục cho trẻ bú sữa bất cứ khi nào trẻ muốn và cho thêm những loại thức ăn bổ sung giàu các chất dinh dưỡng. Thức ăn bổ sung cần phải phong phú và được tăng dần về khối lượng. Những loại thức ăn trong gia

đình chiếm một phần quan trọng trong chế độ ăn của trẻ. Những loại thức ăn này cũng nên được nghiền nhỏ để trẻ ăn được dễ dàng.

Nên cho trẻ ăn thức ăn bổ sung giàu dinh dưỡng và thức ăn gia đình 5 lần một ngày. Nên cho trẻ ăn khẩu phần riêng, đầy đủ và tích cực cho trẻ ăn (khuyến khích cho trẻ ăn). Bà mẹ nên cho trẻ ăn ít nhất 1 đến 1,5 bát mỗi bữa. Chú ý cho trẻ ăn hết khẩu phần vì một số trẻ không muốn ăn hết mặc dù vẫn chưa no.

Xen giữa các bữa ăn chính, bà mẹ nên cho trẻ ăn thêm các bữa phụ với các thức ăn giàu dinh dưỡng như quả, bánh...

3.1.4. Các hướng dẫn cho trẻ 2 tuổi và lớn hơn

Trẻ ở lứa tuổi này cần được cho ăn nhiều loại thức ăn có trong gia đình, 3 bữa chính và thêm 2 bữa phụ một ngày. Những bữa phụ này là những loại thức ăn gia đình hoặc các loại thức ăn giàu dinh dưỡng khác, sẵn có và cho trẻ ăn giữa các bữa ăn chính. Các ví dụ đã được liệt kê trong phác đồ.

Những loại thức ăn cho trẻ không cần phải chế biến chế độ đặc biệt là nát và dễ tiêu nữa. Các bữa ăn cần phong phú, đa dạng với các món cơm, cá, thịt, trứng, các loại rau đậu và mỡ hoặc dầu ăn.

Các bữa phụ có thể là:

- Các loại bánh sữa...
- Khoai lang, ngô
- Các loại hoa quả như chuối, hồng xiêm, cam, mít, xoài, đu đủ, na...

3.2. Những hướng dẫn đặc biệt cho trẻ tiêu chảy kéo dài

Phác đồ **Tham vấn** liệt kê những hướng dẫn nuôi dưỡng đặc biệt cho trẻ bị tiêu chảy kéo dài. Những trẻ mắc tiêu chảy kéo dài thường rất khó tiêu hoá các loại sữa khác ngoài sữa mẹ. Cho nên cần phải tạm thời giảm bớt lượng sữa khác trong chế độ ăn của trẻ. Bên cạnh đó cần phải tăng cường cho trẻ bú sữa mẹ hoặc những loại thức ăn khác để bù cho lượng sữa khác bị giảm đi trong chế độ ăn của trẻ.

Dặn bà mẹ:

- Nếu trẻ còn bú mẹ, hãy cho bú nhiều và lâu hơn bình thường, cả ngày lẫn đêm.
- Nếu trẻ đang được cho ăn bằng sữa khác:
 - + Thay thế bằng sữa mẹ với lượng nhiều hơn hoặc
 - + Thay thế bằng sữa đậu nành hoặc sữa chua hoặc

- + Thay thế một nửa lượng sữa này bằng thức ăn mềm dễ tiêu giàu dinh dưỡng.
 - Nếu trẻ được ăn thức ăn khác, hãy hướng dẫn cho trẻ ăn theo từng lứa tuổi.
- Trẻ bị tiêu chảy kéo dài nên được khám lại sau 5 ngày để theo dõi.

3.3. Đánh giá việc nuôi dưỡng trẻ

Bạn nên đánh giá việc nuôi dưỡng cho những trẻ:

- Được phân loại **thiếu máu và/hoặc nhẹ cân**; hoặc
- Dưới 2 tuổi.

Tuy nhiên, nếu người mẹ đã nhận được quá nhiều chỉ dẫn cách điều trị cho trẻ và đã cảm thấy lúng túng thì bạn nên đánh giá cũng như khuyên bà mẹ về vấn đề nuôi dưỡng trẻ mà có thể đề đến lần sau.

Điều quan trọng là cần có thêm thời gian để tham vấn cho bà mẹ cẩn thận và đầy đủ ngay cả khi bạn cảm thấy vội vàng. Khi tham vấn cho bà mẹ về dinh dưỡng, bạn cũng dùng một số kỹ năng giao tiếp khác.

Ví dụ, bạn sẽ hỏi bà mẹ các câu hỏi để xác định bà đã nuôi trẻ như thế nào. Bạn hãy lắng nghe cẩn thận câu trả lời của bà mẹ để có những lời khuyên thích hợp cho bà. Bạn hãy khen ngợi và mẹ về các việc làm đúng của bà và khuyên bà về tất cả những gì cần thay đổi. Bạn hãy dùng từ ngữ đơn giản để bà mẹ có thể hiểu được. Cuối cùng, bạn hãy đặt những câu hỏi kiểm tra để chắc chắn rằng bà mẹ biết cách chăm sóc trẻ tại nhà.

Để đánh giá nuôi dưỡng, hãy hỏi bà mẹ những câu hỏi dưới đây. Những câu hỏi này ở phần đầu của phác đồ **Tham vấn** và ở phần cuối của phiếu ghi trẻ bệnh. Những câu hỏi này sẽ giúp bạn tìm ra chế độ dinh dưỡng bình thường và khi trẻ bệnh.

** Chị có cho con bú không?*

Nếu có: Máy lần trong ngày?

Chị có cho con bú ban đêm không? Máy lần trong đêm?

** Trẻ có dùng thức ăn hay nước uống nào khác không?*

Nếu có: Thức ăn hay nước uống nào?

Máy lần một ngày?

Chị cho trẻ ăn bằng gì?

Nếu nhẹ cân theo tuổi: Lượng thức ăn mỗi bữa như thế nào?

Trẻ có xuất ăn riêng không? Ai cho trẻ ăn và ăn như thế nào?

Lưu ý: Có một số câu hỏi khi trẻ nhẹ cân so với tuổi. Đối với những trẻ này, điều quan trọng là phải dành nhiều thời gian để hỏi về lượng thức ăn trong một bữa và vấn đề nuôi dưỡng tích cực.

Bạn hãy lắng nghe những cách nuôi dưỡng đúng cũng như những việc cần thay đổi. Khi nghe bà mẹ nói bạn có thể xem phần *Hướng dẫn nuôi dưỡng cho trẻ bệnh và trẻ khoẻ* thích hợp cho từng lứa tuổi trong phác đồ **Tham vấn**. Nếu câu trả lời không rõ ràng, bạn hãy đặt câu hỏi khác. Ví dụ, nếu bà mẹ của một trẻ nhẹ cân nói rằng “lượng thức ăn rất đầy đủ” bạn có thể hỏi: “Khi ăn xong trẻ có muốn ăn nữa không?”

3.4. Xác định các vấn đề nuôi dưỡng

Đánh giá vấn đề nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ và xác định mọi vấn đề trong việc nuôi dưỡng trẻ **trước khi** đưa ra lời khuyên cho bà mẹ là hết sức quan trọng. Dựa trên những câu trả lời các câu hỏi về nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ để xác định sự khác biệt giữa cách nuôi dưỡng hiện tại với những hướng dẫn trong phác đồ **Tham vấn**. Những sự khác biệt này chính là những vấn đề trong nuôi dưỡng. Sau đây là một số ví dụ về các vấn đề nuôi dưỡng bất hợp lý.

Những ví dụ về các vấn đề nuôi dưỡng

Chế độ nuôi dưỡng trẻ hiện tại	Hướng dẫn cách nuôi dưỡng trẻ
Một trẻ 3 tháng tuổi được uống nước đường cùng với bú sữa mẹ	Trẻ 3 tháng tuổi chỉ nên cho bú sữa mẹ và không nên cho trẻ ăn bất kỳ thức ăn hay nước uống nào khác.
Trẻ 2 tuổi chỉ được ăn 3 bữa một ngày	Trẻ 2 tuổi cần cho ăn thêm 2 bữa phụ xen giữa 3 bữa chính trong mỗi ngày
Trẻ 8 tháng tuổi còn bú mẹ hoàn toàn	Trẻ 8 tháng tuổi cùng với bú sữa mẹ cần cho ăn thêm các thức ăn bổ sung giàu dinh dưỡng 3 bữa/ngày

Ngoài những sự khác biệt so với những hướng dẫn nuôi dưỡng, còn có một số vấn đề khác nữa có thể xuất hiện từ những câu trả lời của người mẹ. Những vấn đề đã được liệt kê trong phần Tham vấn cho bà mẹ về các vấn đề nuôi dưỡng của phác đồ tham vấn cho bà mẹ về các vấn đề nuôi dưỡng của phác đồ **Tham vấn**. Ví dụ các vấn đề sau:

- Khó khăn trong việc nuôi dưỡng bằng sữa mẹ.

Người mẹ có thể cho rằng việc nuôi dưỡng con bằng sữa mẹ là không dễ chịu đối với bà ta, hoặc trẻ có vẻ bú mẹ rất khó khăn. Nếu vậy, bạn cần đánh giá việc nuôi con bằng sữa mẹ như đã được mô tả trong **phác đồ trẻ nhỏ**. Có thể bạn sẽ nhận thấy rằng tư thế bế trẻ và cách ngậm bắt vú cần phải thay đổi.

- Cho bú bình

Không nên sử dụng các loại bình sữa hoặc chai sữa để trẻ bú vì thường không đảm bảo vệ sinh. Các loại vi khuẩn gây bệnh rất dễ dàng phát triển trong bình. Các loại nước uống còn lại trong bình rất nhanh chóng bị hôi thiu. Khi trẻ uống các loại nước này vào sẽ dễ dàng mắc bệnh. Bên cạnh đó, việc cho trẻ bú chai có thể làm cho trẻ không muốn bú mẹ.

- Thiếu tích cực trong nuôi dưỡng trẻ

Trẻ nhỏ thường cần được khuyến khích và giúp đỡ trong khi ăn. Nhất là khi trẻ nhẹ cân so với tuổi. Nếu trẻ nhỏ phải tự ăn một mình, hoặc tranh ăn với các anh chị lớn hơn thì sẽ không thể ăn đủ lượng thức ăn cần thiết. Bằng cách đưa ra câu hỏi: “Ai cho trẻ ăn và ăn như thế nào?” thì bạn có thể phát hiện ra trẻ có được khuyến khích ăn uống một cách tích cực hay không.

- Nuôi dưỡng trẻ không tốt trong thời kỳ mắc bệnh

Trẻ thường ăn ít hoặc được cho ăn nước loại thức ăn khác nhau trong thời gian bệnh. Khi bị bệnh trẻ thường ăn không ngon miệng vì vậy trẻ rất cần được khuyến khích ăn các loại thức ăn được hướng dẫn đối với từng lứa tuổi, thậm chí với một số lượng nhỏ. Cũng nên cho trẻ ăn những loại thức ăn giàu các chất dinh dưỡng mà trẻ thích, để khuyến khích trẻ ăn.

Khi bạn đánh giá tình trạng nuôi dưỡng trẻ, hãy ghi chú các câu trả lời của bà mẹ và ghi lại bất cứ vấn đề nào trong nuôi dưỡng trẻ mà bạn đã phát hiện trong phần **Đánh giá nuôi dưỡng trẻ** của phiếu ghi sau (xem ví dụ).

Ví dụ: Đây là một phần của phiếu ghi trẻ 4 tháng tuổi được phân loại **không thiếu máu và không nhẹ cân**.

ĐÁNH GIÁ

PHÂN LOẠI

<p>Đánh giá chế độ nuôi dưỡng trẻ: Nếu trẻ <i>thiếu máu</i> hoặc <i>nhẹ cân</i> hoặc dưới 2 tuổi và không có chỉ định chuyển gấp đi bệnh viện.</p> <p>- Bình thường trẻ có được bú mẹ không? Có <input checked="" type="checkbox"/> Không ___ Nếu có, mấy lần vào ban ngày? <u>4</u> lần. Mấy lần vào ban đêm? <u>1</u> lần</p> <p>- Bình thường trẻ có ăn thức ăn hay uống nước gì khác không? Có <input checked="" type="checkbox"/> Không _____ Nếu có, là thức ăn hoặc nước uống gì? <u>Sữa bò</u> Mấy lần một ngày? <u>3 lần</u>. Cho trẻ ăn bằng gì? <u>Bình</u></p> <p>- Nhẹ cân so với tuổi: Số lượng cho trẻ ăn là bao nhiêu? ___ Trẻ có ăn xuất ăn riêng không? _____ Ai cho trẻ ăn và cho ăn như thế nào? _____</p> <p>- Trong lần bị bệnh này, chế độ ăn của trẻ có thay đổi không? Có ___ Không <input checked="" type="checkbox"/> Nếu có thì thay đổi như thế nào? _____</p>	<p>Các vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý</p> <p>- Không bú mẹ thường xuyên.</p> <p>- Bú sữa bò</p> <p>- Bú bình</p>
--	--

3.5. Tham vấn cho bà mẹ về các vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý

Khi bạn đã xác định được các vấn đề nuôi dưỡng chưa hợp lý, bạn sẽ giới hạn được lời khuyên nào thích hợp nhất cho bà mẹ. Khi tham vấn cho bà mẹ về các vấn đề nuôi dưỡng, điều quan trọng là phải dùng kỹ năng giao tiếp. Nên nhớ:

- **Hỏi và lắng nghe** để tìm xem trẻ có các vấn đề nuôi dưỡng nào và bà mẹ đã sẵn sàng làm gì cho trẻ.
- **Khen** bà mẹ về những thực hành nuôi dưỡng tốt.
- **Khuyến khích** bà mẹ nuôi dưỡng tốt con mình. Hãy chọn lời khuyên thích hợp nhất cho bà mẹ tại thời điểm đó.
- **Kiểm tra** sự hiểu biết của bà mẹ.

Nếu những hướng dẫn về nuôi dưỡng đang được bà mẹ thực hiện và không có vấn đề gì, bạn hãy khen ngợi bà mẹ về việc thực hành nuôi dưỡng tốt. Khuyến khích bà mẹ tiếp tục nuôi dưỡng trẻ theo đúng cách bà đã làm cả khi trẻ mắc bệnh cũng như khoẻ mạnh. Nếu trẻ đang trong độ tuổi chuẩn bị bước sang một nhóm tuổi khác với những hướng dẫn nuôi dưỡng khác, hãy giải thích về những hướng dẫn mới này cho bà mẹ. Ví dụ, khi trẻ sắp được 6 tháng tuổi, cần giải thích cho bà mẹ biết về những loại thức ăn bổ sung tốt và khi nào có thể bắt đầu cho trẻ ăn.

Nếu những hướng dẫn về nuôi dưỡng trong độ tuổi của trẻ không được bà mẹ thực hiện, cần giải thích về những hướng dẫn đó. Ngoài ra, nếu bạn phát hiện thấy có bất kỳ vấn đề nào được liệt kê trong phác đồ **Tham vấn** phần *tham vấn cho bà mẹ về các vấn đề nuôi dưỡng*, thì cần cung cấp lời khuyên cho bà mẹ.

Nếu bà mẹ nói có những khó khăn khi nuôi con bằng sữa mẹ, hãy đánh giá một bữa bú. Nếu cần, chỉ cho bà mẹ bế trẻ đúng tư thế và ngậm bắt vú tốt.

Bạn đã được học cách kiểm tra, và hướng dẫn tư thế bế trẻ và cách ngậm bắt vú. Nếu bà mẹ có vấn đề về vú như đau nứt núm vú hoặc nhiễm trùng vú thì bà mẹ cần gặp một cán bộ tham vấn về nuôi dưỡng bằng sữa mẹ (ví dụ một cán bộ y tế đã tham gia khoá học tham vấn nuôi con bằng sữa mẹ. Khoá huấn luyện A) hoặc một người nào đó có kinh nghiệm xử trí các vấn đề nuôi con bằng sữa mẹ, ví dụ một nữ hộ sinh.

- Nếu trẻ dưới 6 tháng tuổi đã cho ăn những loại thức ăn khác:

Nếu trẻ dưới 6 tháng đã được cho ăn những loại thức ăn hay nước uống khác ngoài sữa mẹ, thì mục tiêu là thay đổi dần từng bước để cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trở lại hoặc bú sữa mẹ nhiều hơn. Thuyết phục bà mẹ cho trẻ bú thường xuyên hơn, lâu hơn, cả ngày lẫn đêm. Để tăng cường nuôi con bằng sữa mẹ, bà mẹ cần giảm dần lượng sữa hoặc thức ăn khác. Như vậy, đây chính là sự thay đổi quan trọng trong nuôi dưỡng trẻ, phải yêu cầu bà mẹ đưa trẻ đến khám lại sau 5 ngày.

Trong một số trường hợp, việc thay đổi để bú mẹ hoàn toàn hoặc bú nhiều hơn không thể thực hiện được. (Ví dụ, nếu người mẹ chưa bao giờ cho trẻ bú hoặc nếu người mẹ buộc phải sống cách ly với trẻ một thời gian dài hay bà mẹ không thể cho con bú vì lý do cá nhân). Trong những trường hợp này, người mẹ cần phải biết pha sữa bò hoặc các loại thay thế sữa mẹ khác đúng cách và cho trẻ ăn ngay trong vòng một số giờ để

tránh hôi thiu. Điều quan trọng là cần dùng một lượng nước sạch vừa đủ để pha sữa cho trẻ.

- Nếu bà mẹ cho trẻ bú chai:

Dùng cốc (lý) tốt hơn dùng chai. Dùng cốc dễ rửa sạch và không gây ảnh hưởng đến việc nuôi con bằng sữa. Cho trẻ ăn bằng cốc cần phải.

- Bé trẻ nằm thẳng hoặc nửa nằm nửa ngồi trong lòng bà mẹ.
- Đặt chén nhỏ lên môi trẻ. Để chén hơi nghiêng cho sữa chạm vào miệng trẻ.
- Trẻ trở nên nhanh nhẹn và sẽ há miệng để uống.
 - + Trẻ sanh thiếu cân sẽ uống sữa bằng lưỡi.
 - + Trẻ đủ tháng hoặc lớn hơn có thể mút sữa, cho uống từ ít một.
- Không đổ sữa vào miệng trẻ và chỉ giữ chén hơi nghiêng trên miệng trẻ để trẻ tự uống từng ít một.
- Khi trẻ đã uống đủ no, trẻ sẽ ngậm miệng lại và không muốn uống thêm nữa.

- Nếu trẻ không được nuôi dưỡng đầy đủ

Khuyến bà mẹ cùng ngồi với trẻ và khuyến khích trẻ ăn. Nói với bà mẹ rằng nên cho trẻ ăn đủ với xuất ăn riêng.

- Nếu trẻ được ăn ít trong thời gian bị bệnh:

Thậm chí ngay cả khi trẻ ăn không ngon miệng trong thời kỳ trẻ mắc bệnh, thì vẫn khuyến khích cho trẻ ăn đều đặn các loại thức ăn đã được hướng dẫn đối với lứa tuổi trẻ. Để khuyến khích trẻ ăn, nên cho trẻ ăn nước loại thức ăn phù hợp giàu năng lượng. Nên cho trẻ ăn thành nhiều bữa nhỏ. Sau khi hết bệnh, việc nuôi dưỡng tốt sẽ giúp trẻ mau phục hồi cân nặng và phòng chống suy dinh dưỡng.

Hãy lưu ý đến những lời khuyên về dinh dưỡng mà bạn đã viết trên phiếu ghi.

3. 6. Sử dụng phiếu bà mẹ

Phiếu bà mẹ có thể phát cho mỗi bà mẹ, nhằm giúp họ ghi nhớ được những loại thức ăn hay nước uống thích hợp cho trẻ và khi nào cần đưa trẻ đến khám ngay.

Phiếu bà mẹ rất có ích vì:

1. Giúp cho bạn nhớ được những điểm quan trọng cần thiết khi tham vấn cho bà mẹ về thức ăn, nước uống và khi nào đưa trẻ đến khám lại.
2. Giúp bà mẹ ghi nhớ những gì cần làm khi về nhà.

3. Bà mẹ có thể cho các thành viên khác trong gia đình hoặc người hàng xóm xem tấm phiếu, như vậy sẽ có thể có thêm nhiều người học được các chỉ dẫn trong phiếu.
4. Bà mẹ sẽ thu nhận được nhiều điều hay khi khám bệnh cho con.
5. Có thể dùng phiếu ghi để ghi quá trình điều trị và tiêm chủng cho trẻ.

Khi xem phiếu bà ẹm cùng với bà mẹ, bạn cần:

6. Giữ phiếu sao cho bà mẹ có thể dễ dàng xem được các bức tranh, hoặc để bà ta tự cầm phiếu.
7. Giải thích mỗi bức tranh. Chỉ những bức tranh bạn đang nói. Điều đó sẽ giúp cho bà mẹ hiểu được nội dung các bức tranh.
8. Khoanh tròn hoặc ghi lại những thông tin nào thích hợp cho bà mẹ. Ví dụ, khoanh tròn lời khuyên về nuôi dưỡng đối với lứa tuổi trẻ. Khoanh tròn những dấu hiệu cần đưa trẻ đến khám lại ngay. Nếu trẻ bị tiêu chảy, cần đánh dấu những loại dịch uống thích hợp cho trẻ. Cần ghi lại ngày tiêm chủng tiếp theo cho trẻ.
9. Quan sát xem bà mẹ có tỏ ra lo lắng hay lúng túng không. Nếu có, hãy khuyến khích bà mẹ nêu câu hỏi.
10. Đề nghị bà mẹ nói sẽ làm gì cho trẻ tại nhà với những từ ngữ riêng của bà. Khuyến khích bà mẹ sử dụng phiếu vì nó giúp bà dễ nhớ.
11. Phát cho bà mẹ phiếu để mang về nhà. Dặn bà mẹ nên cho những người khác trong gia đình cùng xem.

Nếu bạn không có đủ số lượng phiếu để cung cấp cho mỗi bà mẹ, bạn nên giữ lại phiếu để giới thiệu cho các bà mẹ khác.

3.7. Khuyến bà mẹ tăng lượng nước uống trong thời gian bị bệnh

Trong khi bị bệnh trẻ thường bị mất nước do sốt cao, thở nhanh hoặc tiêu chảy. Trẻ sẽ cảm thấy khoẻ hơn và tốt hơn nếu được uống thêm nước để phòng mất nước. Cho trẻ bú thường xuyên giúp nuôi dưỡng trẻ và đề phòng mất nước.

Uống nước nhiều đặc biệt quan trọng đối với trẻ bị tiêu chảy. Những trẻ này cần được uống các loại nước theo phác đồ A hoặc B như đã mô tả trong phác đồ **Điều trị**. Những bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ nên cho trẻ bú thường xuyên hơn.

TỰ LƯỢNG GIÁ:

Câu hỏi trắc nghiệm

26) Hướng dẫn và làm mẫu cách lường một liều thuốc cho trẻ uống thuốc tại nhà gồm các nội dung sau, ngoại trừ:

- A. Kiểm tra nhãn hộp thuốc, tên thuốc
- B. Kiểm tra hạn sử dụng ghi trên vỏ hộp, bao thuốc hoặc vỉ thuốc
- C. Lường một liều thuốc
- D. Kiểm tra số lô sản xuất của thuốc

27) Trong kỹ năng “Khuyên bảo”, không có bước nào?

- A. Cung cấp thông tin
- B. Làm mẫu nếu là những vấn đề thực hành
- C. Để bà mẹ thực hành, cán bộ y tế quan sát và bổ sung ý kiến
- D. Khen ngợi bà mẹ

28) Hướng dẫn và làm mẫu cách lường một liều thuốc, nếu là thuốc dạng viên, dạng gói bột, cần làm gì?

- A. Chỉ và chia viên hoặc gói thuốc cho bà mẹ thấy
- B. Thêm một ít nước, khuyên bà mẹ cho trẻ uống ngay
- C. Không nghiền thuốc vì giảm tác dụng
- D. Không chờ đến lúc thuốc bở ra vì giảm tác dụng của thuốc

29) Hướng dẫn và làm mẫu cách lường một liều thuốc, nếu là thuốc dạng nang, cần làm gì?

- A. Chỉ cho trẻ biết cách mở viên nang
- B. Chỉ cho trẻ bóp một phần nước của viên nang vào miệng
- C. Chỉ cho bà mẹ biết cách mở viên nang và bóp một phần nước của viên nang vào miệng trẻ
- D. Không cần hướng dẫn gì cả

30) Không cho trẻ dưới 6 tháng ăn thêm bất cứ loại sữa hay thức ăn nào khác ngoài sữa mẹ vì:

- A. Nhiều dinh dưỡng, trẻ dễ thừa cân
- B. Gây thừa vitamin A
- C. Hấp thu quá nhanh
- D. Làm cho trẻ bú mẹ ít đi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Nhi khoa , Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y Học, 2004*
- 2. Điều dưỡng Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, 2006*
- 3. Bài giảng Nhi khoa tập 1, 2, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2009*