

Những yếu tố tăng cường chăm sóc sức khỏe người mẹ và trẻ em tại NB 1

Điều kiện cơ bản:

Nâng cao chất lượng giáo dục/chất lượng sống/
chất lượng y tế

Chế độ bảo hiểm y tế toàn dân



Những yếu tố tăng cường chăm sóc sức khỏe người mẹ và trẻ em tại NB 2

Những yếu tố thúc đẩy mang tính chuyên môn :

Thực hiện các chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe người mẹ và trẻ em

Xây dựng thêm các cơ sở hộ sinh

Tiến bộ y học trong thời kỳ mang thai và sinh nở



Những yếu tố tăng cường chăm sóc sức khỏe người mẹ và trẻ em tại NB 3

Những yếu tố đặc thù của Nhật Bản:

- Hoạt động vệ sinh công cộng cấp thôn xóm
- Sự tham gia của người dân
- Sử dụng sổ tay chăm sóc
- Sức khỏe người mẹ và trẻ em
- Luật bảo vệ người mẹ



Hiệu quả của sổ tay chăm sóc sức khỏe người mẹ và trẻ em

Nâng cao ý thức nuôi dạy trẻ của cha mẹ

Công cụ giao tiếp giữa nhân viên y tế và người mẹ

Cung cấp thông tin sức khỏe người mẹ và

Lưu lại thông tin quá trình mang thai, sinh

trẻ



của

Bài 5

CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

- 1. Viêm ruột hoại tử**
- 2. Tiêu chảy cấp nhiễm trùng**
- 3. Trào ngược dạ dày thực quản**
- 4. Hẹp môn vị**
- 5. Tắc tá tràng**
- 6. Sặc ở trẻ nhẹ cân**
- 7. Nôn ở trẻ sơ sinh**
- 8. Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính**

Viêm ruột hoại tử

- Hay gặp trẻ ĐN, nhẹ cân
- Do nuôi dưỡng đường ruột, SHH kéo dài, giảm lưu lượng máu đến các tạng như dạ, đa hồng cầu
- Nhiễm trùng sơ sinh

Viêm ruột hoại tử

Giai đoạn sớm

- Trẻ li bì, ngủ nhiều
- **Bỏ bú - nôn**
- Nhiệt độ không ổn định
- Nhịp tim chậm
- Khó thở
- Hạ đường máu

Viêm ruột hoại tử

Giai đoạn sau

Nôn dịch vàng – Vết mặt tái

Ỉa chảy, ỉa ra máu toàn phần/ vi thể.

Bụng chướng, thăm trực tràng có máu.

Giai đoạn muộn

Dịch dạ dày nâu đen - Dấu hiệu sốc.

Bụng chướng, nề, thành bụng có ban đỏ

Có cảm ứng phúc mạc, viêm phúc mạc

Viêm ruột hoại tử

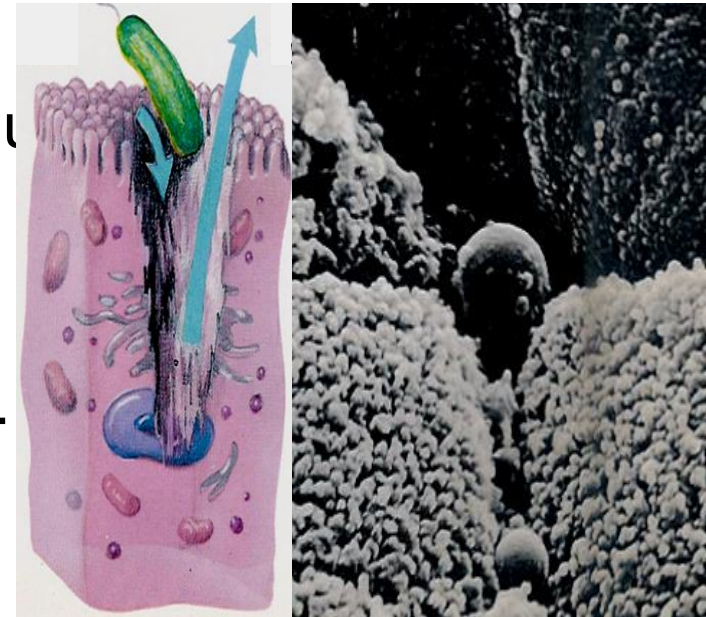
Cận lâm sàng

- Máu ngoại biên: BC tăng, TC giảm
Khí máu: Toan chuyển hóa.
Điện giải đồ: Na giảm, K tăng
Có thể có rối loạn đông máu.
Cấy phân, tìm máu trong phân.
- Chọc dịch màng bụng: máu/mủ.
- Soi cấy dịch tìm VK Gram (-)

Viêm ruột hoại tử

Cận lâm sàng

X- quang sớm: liệt ruột nhẹ
Có bong hơi trong thành ruột,
TD và khí (viêm phúc mạc hoặc
thủng ruột)
XQ bụng 6-8giờ/ lần trong 48 giờ đầu
Sau đó chụp 8-12 giờ/ lần
Vi khuẩn: Nuôi cấy máu, phân và
dịch màng bụng (do E.coli,
Klebsiella, Protetus, Staphylococcus.



Salmonella, Shigella, Campylobacter, EI Escherichia coli

Viêm ruột hoại tử

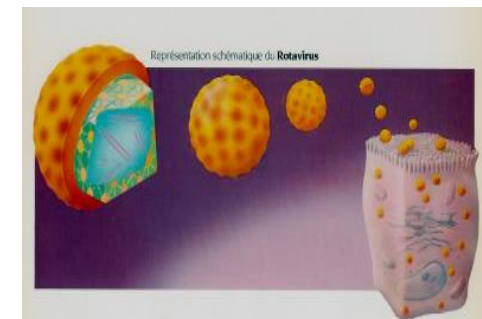
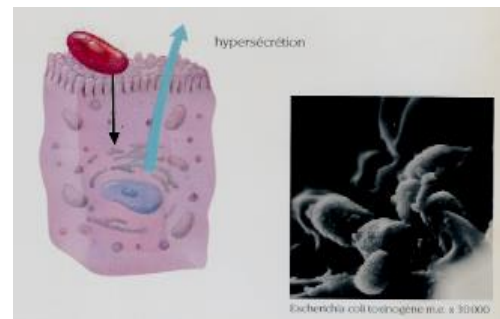
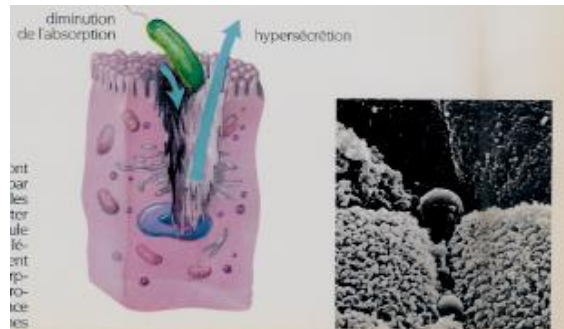
ĐIỀU TRỊ

- Kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 với nhóm aminosid+ metronidazol.
Nuôi dưỡng tĩnh mạch 7-10 ngày
- Can thiệp ngoại khoa:
Mời ngoại hội chẩn: Viêm phúc mạc hoặc tràn khí trong khoang màng bụng, thủng ruột.

Tiêu chảy nhiễm trùng

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu

<i>Dạng ỉa chảy</i>	<i>Xâm nhập</i>	<i>sinh độc tố ruột</i>	<i>Virus</i>
Phân	Máu/Nhày	có nước +++	có nước ++
Sốt	+++	+	+
Mất nước	+	+++	++
Nôn	+	+	+++



Tiêu chảy nhiễm trùng

Phân độ mất nước. IMCI

Mất nước nặng Có 02 trong các dấu hiệu sau:	Có mất nước Có 02 trong các dấu hiệu sau:	Không mất nước
1. Li bì hoặc hôn mê	1. Kích thích, vật vã.	Không có đủ các dấu hiệu đã được phân loại mất nước, mất nước nặng
2. Mắt trũng	2. Mắt trũng	
3. Không uống được hoặc uống rất kém	3. Uống háo hức, khát	
4. Nếp véo da mắt rất chậm	4. Dấu véo da mắt chậm	

Tiêu chảy nhiễm trùng

Tiêu chảy là biểu hiện lâm sàng quan trọng nhất và phản ánh độ nặng của viêm và phản ánh độ nặng của viêm dạ dày ruột cấp ở trẻ em

Biện pháp tốt nhất để bù nước là theo phần trăm trọng lượng cơ thể bị mất

Gorelik et al. Pediatrics 1997

Các dấu hiệu mất nước khác

Thời gian trở lại màu sắc da kéo dài (>2 giây)

Nếp véo da mất chậm

Bất thường thông khí (nhiễm toan)

Steiner MJ et al. JAMA 2004

Tiêu chảy nhiễm trùng

Chỉ định nhập viện

- ✓ Sốc giảm thể tích
- ✓ Mất nước nặng ($>9\%$ trọng lượng cơ thể)
- ✓ Rối loạn thần kinh (Mệt, co giật...)
- ✓ Nôn dịch mật và/hoặc nôn liên tục
- ✓ Thất bại bù nước bằng đường uống
- ✓ Nghi ngờ vấn đề ngoại khoa
- ✓ Chăm sóc khó hoặc không thể chăm sóc tại nhà

Tiêu chảy nhiễm trùng

Dịch bù nước bằng đường uống

Định nghĩa

Dịch chứa glucose, muối, điện giải và kiềm

Đích của bù nước bằng đường tiêu hoá trong trường hợp mất nước điện giải nhiều liên quan đến mất cân bằng của luồng dịch tiêu hoá tiết và tái hấp thu

Tiêu chảy nhiễm trùng

Bù nước bằng đường uống



Trẻ bù nước khát và có thể
uống
Đưa vào ít một

Bằng thìa tốt hơn là bú bình



Tiêu chảy nhiễm trùng

Bù nước bằng đường uống



1 thìa cà phê = 5 ml
1 thìa trong 1 phút = 300 ml trong giờ

Tiêu chảy nhiễm trùng

Dịch bù bằng đường uống

- Điều trị đơn giản, hiệu quả và rẻ tiền
- « Thực tế nhiều cuộc sống của trẻ em và người lớn được cứu sống chỉ nhờ nó mà không cần một phương pháp điều trị nào khác» Lancet
- Thành phần muối và kiềm thích nghi
- Điều chỉnh mất nước trong 6-8 giờ

(Guandalini 1993, Goulet 1994, Powell 1995, Mahalanabis 1996)

Tiêu chảy nhiễm trùng

Phòng viêm dạ dày ruột cấp ở trẻ em

- Cơ hội của sữa mẹ
- Bểng sữa có các chủng
(Sữa lên men *Bifidobacterium. breve* , *Streptococcus thermophilus*)
- Vaccin chống rotavirus

Tiêu chảy nhiễm trùng

Đặc điểm sữa non

- Sữa non được tiết ra từ những giờ đầu cho đến hết tuần đầu sau sinh
- Đặc sánh, màu vàng nhạt , giàu chất đạm, kháng thể, bạch cầu và vitamin A
- Bú sớm: tránh bệnh ho gà, sởi, ít bị đường hô hấp và tiêu chảy

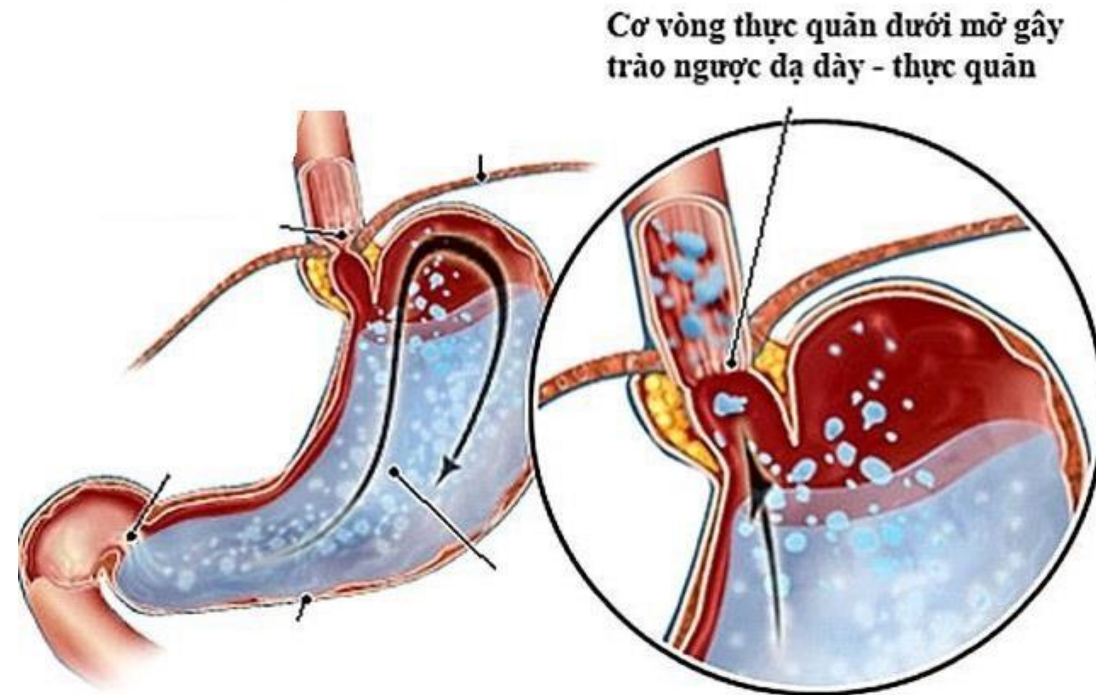
Trào ngược dạ dày thực quản

- ✓ Ở trẻ em, đặc biệt trẻ nhũ nhi, nôn phải phân biệt với trớ là hiện tượng trào thức ăn ra ngoài không cần sự gắng sức.
- ✓ Luồng trào ngược dạ dày thực quản là sự trào một phần của dạ dày lên thực quản qua tâm vị không kiểm chế
- ✓ Ở trẻ sơ sinh, không kiểm chế của tâm vị là sinh lý và trớ thức ăn là bình thường tới 9-12 tháng

Trào ngược dạ dày thực quản

Luồng trào ngược dạ dày – thực quản

- ✓ Lỗ thực quản ở cơ hoành
- ✓ Vận động thân TQ
- ✓ Cơ thắt dưới của TQ



Trào ngược dạ dày thực quản

CẦN KHÁM KHI:

- Không tăng cân
- Thường xuyên nôn
- Thứ nôn ra chứa chất lỏng màu xanh lá cây hoặc màu vàng, hoặc máu.
- Không chịu ăn thức ăn nhiều lần liền.
- Có máu trong phân.
- Ho
- Khó thở

Trào ngược dạ dày thực quản

Bệnh lý kèm theo

- Hẹp môn vị: 1 van giữa DD và ruột non bị thu hẹp. Ngăn TA từ dạ dày vào ruột non
- Dị ứng sữa: không dung nạp Protein trong sữa
- Viêm niêm mạc thực quản Eosinophilic: ít gặp

Trào ngược dạ dày thực quản

Điều trị

- Chia nhỏ bữa ăn
- Ợ hơi, sau mỗi lần bú sữa
- Bế bé thẳng đứng 20-30 phút sau mỗi bữa bú
- Tăng cường bú mẹ, tránh bú bình
- Thuốc điều trị: không sử dụng



Hẹp môn vị

Nôn không bao giờ dịch mật

Trẻ nữ nhi < 8 tuần ; ¾ trẻ trai

Trẻ nữ nhi bị đói, không sốt

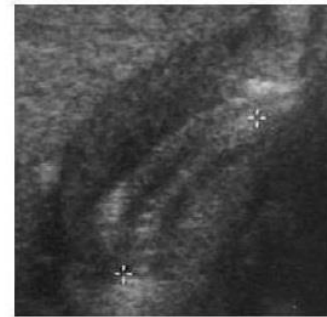
Nôn thức ăn, sau ăn

Chẩn đoán siêu âm

Dày > 4 mm

Dài > 20 mm

Đường kính > 14 mm



Tắc tá tràng

!! Chú ý nôn dịch mật ở sơ sinh:

- Xoắn ruột
- Phình đại tràng bẩm sinh
- Tắc tá tràng với biểu hiện hai mức nước-mức hơi



Sặc ở trẻ nhẹ cân

Dấu hiệu trẻ sơ sinh bị sặc sữa :

- Sữa trào qua mũi trẻ, bé hốt hoảng, da xanh tái.
- Bé đột ngột ho mạnh, tím tái, sặc sụa hoặc khóc thét.
- Cơ thể co giật, khó thở, nôn ra sữa hoặc nước bọt, máu...

Sặc ở trẻ nhẹ cân

Nguyên nhân

- Núm vú bình quá to,
- Vừa ngủ vừa bú sữa:
- Bé cười, khóc, ho trong lúc đang bú sữa,
- Mẹ cho bé bú không đúng tư thế,

Sặc ở trẻ nhẹ cân

Xử trí

- TH1: Nếu bé vẫn hồng hào, thở bình thường thì bạn chỉ cần lau sạch sữa, chờ một lúc nữa mới cho bú tiếp. Nếu bé không muốn bú nữa thì cũng không ép.
- TH2: Nếu bé khó thở, da tím tái. Bạn cần sơ cứu ngay lập tức, vì sữa sẽ làm tắc đường thở, chỉ vài chục giây cũng có thể rất nguy hiểm.

Sặc ở trẻ nhẹ cân

Phòng bệnh

- Không ***vừa bú vừa ngủ***.
- Bạn ***không nên chơi đùa với bé khi đang bú***.
- Khi cho bú mẹ nên ***bế bé cao đầu***,
- Cho ***bé bú từ từ***, đặc biệt là với trẻ mới sinh hoặc sinh non.
- Khi bé đang bú mà bị ***ho hoặc khóc***

Sặc ở trẻ nhẹ cân

Phòng bệnh

- Khi bầu sữa đang căng đầy mà bé lại mút quá nhanh, bạn nên dùng đầu ngón tay bấm nhẹ vào núm vú để ***hãm tốc độ chảy của sữa***.
- ***Lựa chọn bình sữa*** phù hợp,
- Khi cho bé bú bình, bạn nên ***ngiêng bình sữa*** khoảng 45 độ là chuẩn.

Sặc ở trẻ nhẹ cân

Khuyến cáo của ESPGHAN 2000

- ✓ Sử dụng rộng rãi dung dịch bù nước bằng đường uống(ORS)
- ✓ Dịch bù nước nhược trương Na 60 mmol/L
- ✓ Dịch bù nước chỉ dùng một mình trong 3-4 giờ
- ✓ Nhanh chóng ăn uống bình thường
- ✓ Luôn dùng sữa mẹ
- ✓ Sử dụng không chứng minh một công thức đặc biệt
- ✓ Sử dụng không chứng minh một công thức lactée hoà loãng
- ✓ Dùng ORS được khuyến cáo
- ✓ Tránh dùng các thuốc không có ích hoặc chưa được chứng minh

Nôn ở trẻ sơ sinh

- ✓ Nhiễm trùng (VMN, nhiễm trùng đường tiểu...)
- ✓ Thần kinh (tụ máu dưới màng cứng, chảy máu màng não)
- ✓ Nội tiết: (SW –CAH)
- ✓ Thận : bệnh ống thận, suy thận
- ✓ Chuyển hoá
 - Tăng amoniac máu (Bệnh acid amin)
 - Tăng canxi máu (ngộ độc Vit D, tăng PTH)
- ✓ Luồng trào ngược dạ dày thực quản
- ✓ Sai sót chế độ ăn: ăn nhiều, Dị ứng sữa

Nôn ở trẻ sơ sinh

PHÒNG BỆNH

- Cần thận trọng khi nuôi dưỡng trẻ đẻ non, nguy cơ gây viêm ruột hoại tử.
- Ăn từ từ có thể phòng được bệnh.
- Tăng dần không quá 20ml/kg/ngày. Theo dõi và đánh giá tình trạng dung nạp sữa. Sữa mẹ có nhiều yếu tố bảo vệ (IgA, IgG, IgM...) là sữa duy nhất giảm viêm ruột hoại tử ở trẻ đẻ non.
Giảm nguy cơ do sản khoa: ĐN, đẻ ngạt, SHH kéo dài, đa hồng cầu ở ĐN.

NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH Ở TRẺ EM

DỊCH TỄ HỌC

NKHHCT là bệnh thường gặp ở trẻ em, đặc biệt trẻ dưới 5 tuổi.

-Tỷ lệ: 1- 35%. 1% với SS đủ tháng, 10% non tháng

-BV Nhi trung ương: 17,2% VPSS, (TV: 29,5 – 9,7%)

-Nước đang phát triển: 750.000 – 1.200.000 ca tử vong.

50% tỷ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ em

-Xảy ra rải rác quanh năm

NGUYÊN NHÂN

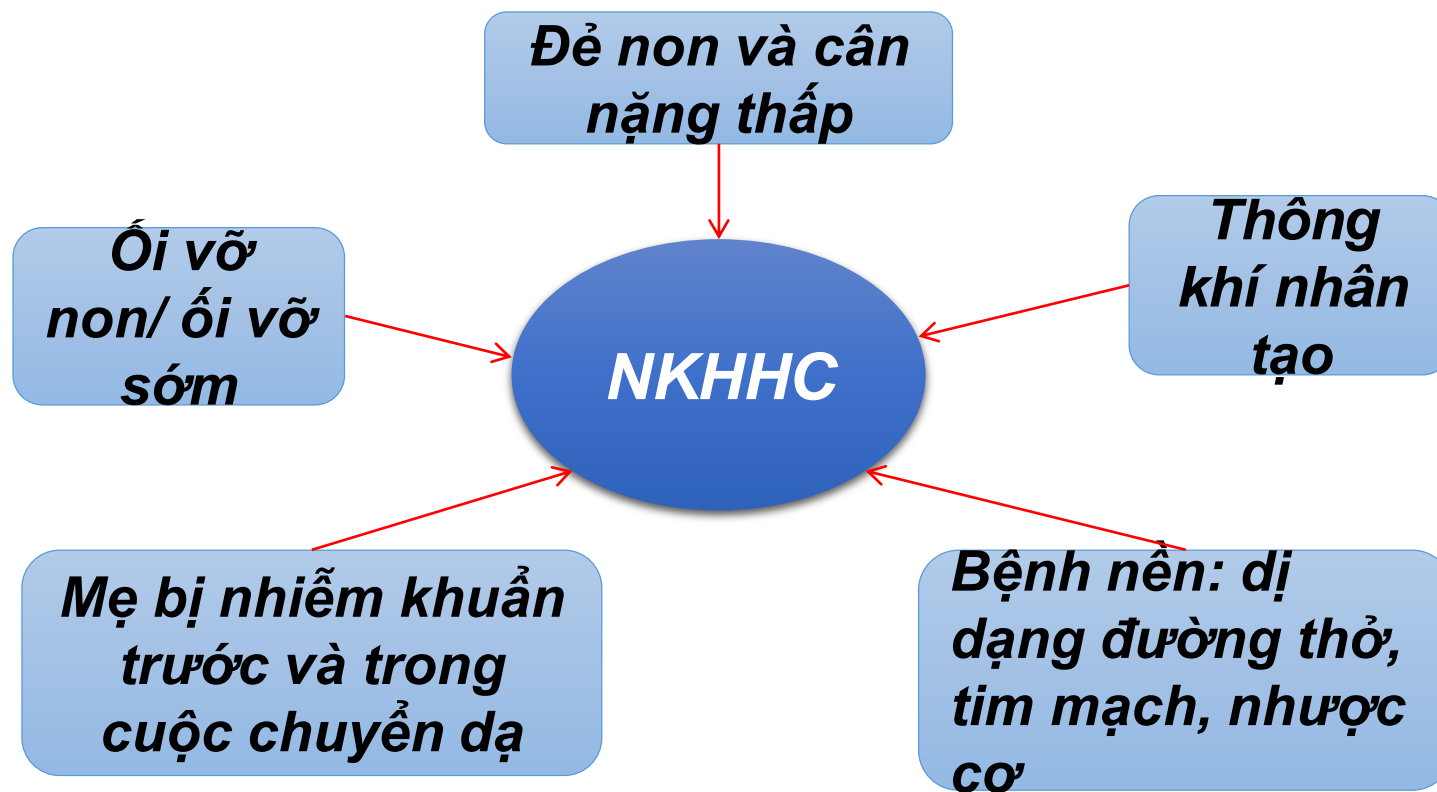
- Virus: 60-70%
 - Phần lớn virus có ái lực với đường hô hấp.
 - Khả năng lây lan của virus dễ dàng.
 - Tỷ lệ người lành mang virus cao.
 - Khả năng miễn dịch với virus yếu và ngắn.

NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: là nguyên nhân quan trọng gây NKHHCT ở trẻ em các nước đang phát triển
 - Haemophilus influenzae
 - Streptococcus Pneumoniae
 - Moracella Catarhalis
 - Bordetella
 - Klebsiella pneumoniae
 - Chlamydia trachomatis
 - Các vi khuẩn khác



Các yếu tố nguy cơ



PHÂN LOẠI

Phân loại theo giải phẫu

- NKHH trên: ho, cảm lạnh, viêm tai giữa, viêm mũi họng. Chiếm 70-80%, thường nhẹ.
- NKHH dưới: viêm thanh quản, khí quản, phế quản, tiểu phế quản, phổi và màng phổi. Bệnh ít gặp hơn, thường nặng.

PHÂN LOẠI

-

Phân loại theo mức độ

- NKHHCT thể nhẹ (không viêm phổi): không cần dùng kháng sinh, chăm sóc tại nhà.
- NKHHCT thể vừa (viêm phổi): dùng kháng sinh tại nhà, trạm xá.
- NKHHCT thể nặng (viêm phổi nặng): điều trị tại bệnh viện.
- NKHHCT rất nặng (bệnh rất nặng): điều trị cấp cứu tại bệnh viện.

Xử trí ban đầu

Mũi: chảy mũi, ngạt mũi, hắt hơi,
Nước mũi trong/ đục
Niêm mạc mũi xung huyết

- Điều trị triệu chứng
 - Giảm đau họng và hạ sốt bằng Acetaminophen 10-15 mg/kg/ lần
 - Giảm ho bằng nước muối ấm, siro ho
 - Vệ sinh mũi
 - Không dùng các thuốc chứa Atropin, codein, thận trọng khi sử dụng các thuốc nhỏ mũi

Phân loại và xử trí NKHHCT(<2th)

Dấu hiệu	<ul style="list-style-type: none">* Bú kém hoặc bỏ bú* Co giật* Ngủ li bì khó đánh thức* Thở rít khi nằm yên* Khò khè* Sốt hoặc hạ nhiệt độ
Xếp loại	Bệnh rất nặng
Xử trí	<ul style="list-style-type: none">* Gửi cấp cứu đi bệnh viện.* Giữ ấm cho trẻ.* Cho liều kháng sinh đầu.

Phân loại và xử trí NKHHCT(<2th)

Dấu hiệu	<ul style="list-style-type: none">* Rút lõm lồng ngực mạnh* Hoặc thở nhanh (>60lần/phút)	<ul style="list-style-type: none">* Không rút lõm lồng ngực mạnh* Không thở nhanh (≤ 60 lần/phút)
Xếp loại	VIÊM PHỔI NẶNG	KHÔNG VIÊM PHỔI (Ho, cảm lạnh)
Xử trí	<ul style="list-style-type: none">* Gửi cấp cứu đi bệnh viện* Giữ ấm cho trẻ* Cho kháng sinh liều đầu (Nếu không có điều kiện gửi đi bệnh viện phải điều trị với một kháng sinh và theo dõi sát).	<ul style="list-style-type: none">* Hướng dẫn bà mẹ theo dõi* Chăm sóc tại nhà* Tăng cường bú mẹ* Làm sạch mũi nếu gây cản trở bú mẹ* Đưa trẻ đến bệnh viện nếu:<ul style="list-style-type: none">+ Thở trở nên khó khăn+ Nhịp thở nhanh+ Ăn kém, cho ăn khó khăn+ Trẻ ốm hơn, mệt hơn

CHĂM SÓC TẠI NHÀ

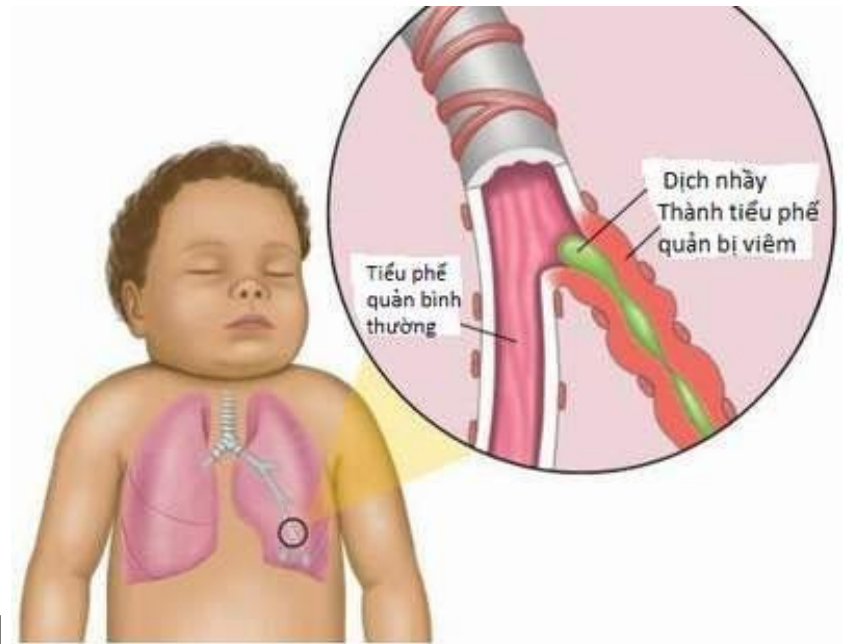
-

Xử trí NKHHCT(<2th)

<p>Giữ ấm cho trẻ Cho bú thường xuyên Làm thông thoáng mũi</p>	<p>Đưa trẻ đến y tế khám lại khi :</p> <ul style="list-style-type: none">+ Khó thở hơn+ Thở nhanh hơn+ Bú kém+ Mệt nặng hơn
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Triệu chứng lâm sàng

- Viêm phổi khởi phát sớm hoặc khởi phát muộn.
- Triệu chứng :
 - Bỏ bú/bú kém, li bì, co giật, tím tái
 - Thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, thở rên, thở chậm. RLLN
 - Phổi ran ẩm 2 bên hoặc giảm thông



ME Speer. (2017)

Booth G.R và cs. (2009)

SUY HÔ HẤP CẤP TRỄ SƠ SINH

- Nhịp thở:
- Thở nhanh >60l/ph
- Thở chậm <30l/ph
- Cơ ngừng thở ngắn sinh lý < 3 giây
- Kiểu thở: thở rên

Triệu chứng	0	1	2
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược chiều
Co kéo liên sườn	-	+	++
Lõm hõm ức	-	+	++
Cánh mũi phập phồng	-	+	++
Thở rên	-	Nghe qua ống nghe	Nghe được bằng tai

Tổng số:

<= 3đ: Không suy hô hấp

4 – 6đ: Suy hô hấp vừa

>=7- 10đ: Suy hô hấp nặng

❖ CẬN LÂM SÀNG

- CTM: thường không biến đổi đặc hiệu
 - BC <5G/l hoặc > 20G/l
 - BCĐNTT <2G/l hoặc > 6G/l
- CRP >10mg/l
- Xquang: nốt mờ cạnh tim, biến chứng
- Dịch tỵ hầu: căn nguyên gây bệnh

*Melvan J.N và cs. (2010), Neshing S.M. và cs (2019)
Manson D. (2008), Mathew J.L. và cs (2015)*

Virus 60-70%

RSV:

- Trẻ SS: 19,6%
- Tắc nghẽn, khò khè, SHH
- Khò khè kéo dài

Cúm A/B:

- Vụ dịch lớn
- Sốt cao, khó thở, SHH cấp tính tiến triển nhanh

Bệnh học

Phần lớn 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 với viruts yếu và ngắn

Nguyên nhân

Virus hợp bào hô hấp

Virus cúm

Virus á cúm

Rhinovirus

Adenovirus

Enterovirut



Vi khuẩn

E.Coli

- Gây NTSS
- LS: không đặc hiệu
- Xquang: tổn thương viêm

K.pneumoniae

- Thường gặp. Tử vong cao
- LS: nhanh, nặng, xuất tiết dịch đặc.
- Xquang: thâm nhiễm nhu mô và áp xe

Nguyên nhân

S.aureus

- VK gram dương hay gặp
- Xquang: ổ áp xe, TKMP, TDMP

Haemophilus influenza – HI

Streptococcus Pneumoniae

Liên cầu

Listeria



Chẩn đoán

- Δ xác định: Ho

Nhịp thở nhanh

Rút lõm lồng ngực

Nặng: biểu hiện suy hô hấp

Phổi rales ẩm nhỏ hạt, có thể kèm rales rít, rales ngáy

X quang: nốt mờ rải rác

ĐIỀU TRỊ

- Chống nhiễm khuẩn

Điều trị theo nguyên nhân nếu xác định được nguyên nhân

Nếu không xác định được nguyên nhân, điều trị theo khuyến cáo của WHO

ĐIỀU TRỊ

- *Trường hợp nhẹ: Kháng sinh uống hoặc tiêm*
- Amoxicillin uống 50-100mg/kg/ngày, tiêm 100-150 mg/kg/ngày, chia 2-3 lần
- Cotrimoxazol: uống 12mg/kg/ngày Trimethoprim và 30-45mg/kg/ngày Sulfamethoxazol, chia 2 lần
- Benzyl Penicillin: 100000 đv/kg/ngày tiêm

ĐIỀU TRỊ

- *Trường hợp nặng: trẻ cần phải được nhập bệnh viện để điều trị.*
- Benzyl Penicillin + Gentamicin
(3-5mg/kg/ngày TB)
- Chloramphenicol.: 50-100mg/kg/ngày tiêm
- Cephalosporin.: tiêm 80-150mg/kg/ngày
- Nếu do tụ cầu: Oxacillin hoặc Cloxacillin hoặc Methicillin, kết hợp Gentamicin.

ĐIỀU TRỊ

- Chống suy hô hấp

Đặt trẻ nằm nơi thoáng mát

Thông thoáng đường thở

Thở oxy khi khó thở, tím tái

Khi trẻ tím nặng, ngừng thở: đặt nội khí quản, bóp bóng hỗ trợ

ĐIỀU TRỊ

- Bồi phụ nước, điện giải, điều chỉnh thăng bằng toan kiềm tùy theo tình trạng bệnh nhân
- Chăm sóc

Theo dõi: nhịp thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp

Cho ăn và bú mẹ đầy đủ. Nếu trẻ không bú thì đổ thìa, cho ăn bằng sonde

Uống nước đầy đủ để bổ xung lượng nước mất

Làm dịu đau họng, ho bằng thảo dược

Xoay trẻ thường xuyên, tránh nằm lâu một tư thế

BIẾN CHỨNG

- Suy tim: thường gặp ở trẻ nhỏ, nhất là ở những trẻ có kèm bệnh tim bẩm sinh
- Shock, trụy mạch do thiếu oxy kéo dài hoặc do nhiễm trùng nặng.
- Nhiễm trùng huyết
- Xẹp phổi: đặc biệt cần chú ý ở trẻ nhỏ
- Tràn khí, tràn dịch màng phổi
- Khí phế thũng

Chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhẹ cân

Chăm sóc sau đẻ

- Đảm bảo: 36°C- 37°C: t° phòng, lồng ấp, Kangourou
- Hô hấp viện trợ: oxy liệu pháp: CPAP... SPO₂ 92-95%
- Cafein: kích thích trung tâm hô hấp
- Cân bằng nước điện giải: 60ml/kg ngày đầu
- nuôi dưỡng: nhu cầu năng lượng 130-140 Kcal/kg/Ng
- + đường miệng: 10-20ml/kg/24 giờ, chia bữa, tăng dần từ từ
- + đường tĩnh mạch

Chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhẹ cân

- Chống nhiễm khuẩn :

kháng sinh

vô trùng: rửa tay trước và sau khi chăm sóc mỗi bệnh nhân

- Theo dõi thần kinh và giác quan: siêu âm qua thóp, soi đáy mắt, thính lực

- Vitamin: K, E, A, D, B

Chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhẹ cân

Sau khi ra viện:

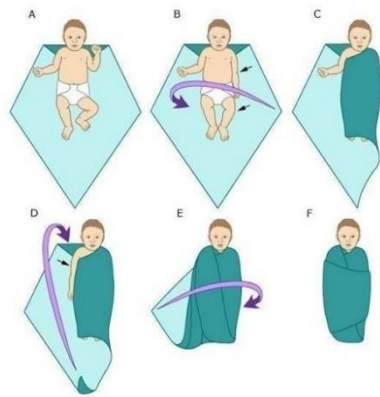
- Vaccin: tiêm khi trẻ 2 tháng tuổi.
- Chế độ dinh dưỡng
- Cho đơn vitamin D, sắt và acide folic (1 -2mg/kg/ ngày)
- Theo dõi sự phát triển thể chất.
- Vấn đề về hô hấp
- Phát triển tinh thần-vận động

PHÒNG BỆNH

- Bú mẹ sau đẻ càng sớm càng tốt, cho trẻ ăn sữa đúng, đảm bảo dinh dưỡng hàng ngày.
- Vệ sinh cá nhân và môi trường sạch sẽ, không hút thuốc, đun bếp gần nơi nuôi dưỡng trẻ.
- Giữ ấm cho trẻ, nhất là mùa lạnh và khi thay đổi thời tiết.
- Tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch.
- Phát hiện sớm và xử trí kịp thời các trường hợp NKHHCT.



Fetal Growth From 8 to 40 Weeks



LỊCH TIÊM CHỦNG
THEO CHƯƠNG TRÌNH TIÊM CHỦNG QUỐC GIA

LỨA TUỔI	LOẠI VACCIN PHÒNG BỆNH	LỊCH TIÊM
Từ sơ sinh trẻ sơ sinh càng tốt)	Lao (BCG) Viêm gan B (Hepatitis B) Bại liệt (Polio)	Mũi 1: Có thể nhắc lại sau 4 năm Mũi 1 Bại liệt sơ sinh
tháng tuổi	Viêm gan B	Mũi 2

