

Ths. NGUYỄN XUÂN QUÝ
Ths Bs. LAM GIANG

BỆNH ĐƯỜNG RUỘT Ở **TRẺ EM**



PHÒNG NGỪA - CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ



NHÀ XUẤT BẢN PHỤ NỮ

BỆNH ĐƯỜNG RUỘT Ở
TRẺ EM

Ths. NGUYỄN XUÂN QUÝ
Ths Bs. LAM GIANG

BỆNH ĐƯỜNG RUỘT Ở **TRẺ EM**



PHÒNG NGỪA - CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ

NHÀ XUẤT BẢN PHỤ NỮ

Lời nói đầu

Đặc điểm nổi bật nhất của cơ thể trẻ em là chưa phát triển hoàn thiện, đang trong quá trình không ngừng lớn lên, nên nếu không được chăm sóc đầy đủ, khoa học, hoặc gặp môi trường bất lợi rất dễ bị bệnh.

Bệnh đường ruột là bệnh thường gặp ở trẻ, chiếm tỉ lệ cao trong bệnh nhi, chỉ đứng thứ hai sau bệnh đường hô hấp. Nguyên nhân gây ra bệnh đường ruột ở trẻ em rất phức tạp, việc phân biệt và chẩn đoán khác hẳn với người lớn. Hơn nữa, trẻ chưa có khả năng hoặc còn hạn chế về diễn đạt và miêu tả triệu chứng bệnh của mình. Nhiều khi triệu chứng đường ruột mà trẻ mắc phải là sự thể hiện không đặc thù một loại nhiễm trùng nghiêm trọng như viêm màng

não, viêm phổi, chứng bại huyết v.v..., càng làm cho việc chẩn đoán thêm khó khăn. Một sự thay đổi nhỏ về chức năng đường ruột có thể ảnh hưởng lớn đến sự phát triển của trẻ. Do đó đòi hỏi các bậc cha mẹ phải nắm được cơ chế gây bệnh, triệu chứng bệnh để phát hiện kịp thời, nhằm phối hợp chặt chẽ với thầy thuốc trong việc chẩn đoán và điều trị.

Với tiêu chí đó, chúng tôi biên soạn cuốn Bệnh đường ruột ở trẻ em phòng ngừa, chẩn đoán, điều trị nhằm cung cấp một số kiến thức cơ bản nhất về lĩnh vực này. Trong quá trình biên soạn khó tránh khỏi sai sót, rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý độc giả.

Nhóm biên soạn

Phần 1

KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ HỆ TIÊU HÓA

1. Cấu tạo của hệ tiêu hóa

Chất dinh dưỡng cung cấp cho cơ thể con người để bảo đảm năng lượng cần thiết cho hoạt động sinh lý bình thường đều được chất lọc từ thực phẩm mà chúng ta ăn vào. Quá trình biến thực phẩm từ các phân tử lớn thành các phân tử nhỏ đơn giản dễ tiêu hóa gọi là quá trình hấp thu. Quá trình này được thực hiện và hoàn thành nhờ tổ chức gọi là hệ tiêu hóa.

Hệ tiêu hoá là hệ thống các cơ quan của cơ thể có nhiệm vụ ăn, tiêu hoá thức ăn để tách lấy năng lượng và chất dinh dưỡng, đồng thời đẩy chất thải ra ngoài.

Cấu tạo của hệ tiêu hóa gồm ống tiêu hóa và tuyến tiêu hóa. Ống tiêu hóa là đường ống để thức ăn đi qua gồm khoang miệng, cổ họng, thực quản, dạ dày, ruột non, đại tràng và hậu môn. Tuyến tiêu hóa gồm hai loại lớn và nhỏ. Tuyến tiêu hóa lớn gồm tuyến nước bọt, gan và tụy; tuyến tiêu hóa nhỏ nằm bên trong thành ống tiêu hóa lớn như tuyến dạ dày, tuyến ruột và tuyến ruột non.

Tác dụng tiêu hóa của hệ tiêu hóa gồm hai dạng: tiêu hóa mang tính cơ năng và tiêu hóa mang tính hóa học. Thức ăn đưa vào miệng, qua nhai cắn của răng và trộn của lưỡi, cùng với nước miếng nhào đều, nuốt đưa thức ăn qua họng và thực quản xuống dạ dày. Sự nhu động của thành dạ dày khiến thức ăn được tiêu hóa bước đầu thành dạng cháo. Cháo này sau khi vào ruột non, nhờ các men tiêu hóa và sự nhu động ruột, hoàn thành công đoạn cuối cùng là tiêu hóa. Bã còn lại đưa xuống đại tràng, phần nước được hấp thu, phần bã còn lại sẽ từ từ thối rữa thành phân, bài xuất ra ngoài qua hậu môn. Có thể thấy việc tiêu hóa ở phần trên của ống tiêu hóa mang tính cơ năng là chính, còn tiêu hóa ở phần dưới của đường tiêu hóa thì bằng hóa học là chính. Quá trình tiêu hóa là một hoạt động sinh lý phức tạp được hoàn thành bởi tác dụng liên hoàn cơ năng và hóa học, dưới sự điều tiết của thần kinh.

2. Hệ tiêu hóa của trẻ em có đặc điểm gì?

Trẻ đang trong quá trình không ngừng phát triển nên sự tiêu hóa thức ăn và hấp thu chất dinh dưỡng nhiều hơn người lớn, đòi hỏi hệ tiêu hóa làm việc với hiệu suất cao. Nhưng cơ quan tiêu hóa của trẻ lại chưa phát triển hoàn thiện. Điều này gây ra mâu thuẫn giữa chức năng sinh lý với nhu cầu của cơ thể. Người làm cha làm mẹ nắm vững đặc điểm sinh lý hệ tiêu hóa của trẻ có ý nghĩa quan trọng đối với phòng ngừa và xử lý bệnh tật của con mình. Hệ tiêu hóa của trẻ em có các đặc điểm sau:

1. Khoang miệng: Niêm mạc khoang miệng của trẻ rất mềm, mạch máu nhiều, tế bào tuyến nước bọt chưa phát triển, nước bọt tiết ra rất ít khiến niêm mạc tương đối khô, dễ tổn thương và nhiễm trùng, dẫn đến viêm. Vì thế cần đặc biệt chú ý vệ sinh khoang miệng cho trẻ.
2. Thực quản: So với chiều dài của cơ thể, thì thực quản của trẻ em dài hơn người lớn, nhưng lớp cơ trơn thành ống lại mỏng.
3. Dạ dày: Cơ thắt van thực quản của trẻ chưa phát triển, còn ở trạng thái nhão. Cơ thắt môn vị phát triển tương đối tốt, phần lớn dạ dày ở vị trí bằng, vì thế trẻ dễ bị nôn hoặc trớ sữa. Thành phần dịch vị của trẻ cơ bản giống như người lớn, nhưng niêm

mạc dạ dày tiết axit chlohydrit và enzym ít hơn, sẽ tăng dần theo tuổi; sức sống và lượng tiết dịch vị tăng dần. Dung lượng dạ dày trẻ sơ sinh vào khoảng 30-60 ml, trẻ 3 tháng tuổi là 100 ml. Thời gian xả hết phụ thuộc vào loại thức ăn, thường cần 3-4 giờ. Cho nên các bậc cha mẹ cần chú ý khoảng cách thời gian cho ăn, không nên quá gần nhau. Sau khi cho trẻ bú, nên bồng đứng, nhẹ nhàng vỗ phía dưới lưng trẻ để xả hết không khí trong dạ dày, tránh bị trớ sữa.

4. Ruột: Ruột của trẻ em dài hơn người lớn. Độ dài ruột của trẻ sơ sinh gấp 7-8 lần chiều dài cơ thể, người trưởng thành là 4-5 lần. Diện tích ống tiêu hóa của trẻ tương đối lớn, thành ruột rất mỏng, mạch máu nhỏ dưới niêm mạc nhiều, thẩm thấu cao, nên tỉ lệ hấp thu cao. Nhưng do thành ruột mỏng, hệ đường tiêu hóa nhiễm trùng thì chất độc trong ruột dễ thông qua thành ruột xâm nhập vào máu, gây hiện tượng ngộ độc. Thành đại tràng của trẻ mỏng, sự cố định giữa đại tràng lên và đại tràng xuống với thành sau bụng yếu cho nên dễ gây lồng ruột. Hệ thần kinh của trẻ chưa hoàn thiện do vậy đường ruột rất dễ bị ảnh hưởng từ bên ngoài, dẫn đến tiêu hóa không tốt hoặc tiêu chảy.

3. Dạ dày ở vị trí nào trong cơ thể?

Dạ dày là bộ phận lớn nhất của ống tiêu hóa. Dung lượng dạ dày người trưởng thành khoảng 1500 ml, ở trẻ em nhỏ hơn. Đầu trên của dạ dày nối với thực quản, đầu dưới thông với tá tràng. Hình dáng, vị trí, kích thước dạ dày có thể thay đổi theo thức ăn đưa vào, cũng có thể có sự khác nhau tùy tuổi tác, giới tính, vóc dáng mỗi người.

Hình dáng dạ dày giống như chiếc lưỡi câu.

Sau khi ăn, phần lớn (3/4) dạ dày nằm bên sườn trái, phần nhỏ (1/4) ở bụng trên. Khi đầy thức ăn, dạ dày có thể sa xuống dưới rốn, khi đói, sẽ co lại thành hình ống. Thành trước dạ dày tiếp xúc với thành trước bụng và thành trái gan. Bộ phận tiếp xúc với thành trước bụng ở giữa thành trái gan với vòng cung sườn trái. Mặt sau dạ dày tiếp xúc với lách, thận trái, tuyến thượng thận trái và đại tràng ngang.

Khi người đứng, vị trí bờ dưới dạ dày thay đổi lớn, có khi ở gần rốn, có khi ở bụng dưới.

4. Kết cấu của dạ dày ra sao?

Dạ dày giống như chiếc túi đàn hồi, hình chữ J, là nơi phình to nhất của hệ tiêu hoá, có hai lỗ, lỗ vào là tâm môn, lỗ ra là môn vị. Chỗ nối nhau giữa thành trước và thành sau có dạng uốn cong, bờ trên tương đối ngắn,

gọi là bờ cong nhỏ, chỗ lõm ở phía trên bên phải. Điểm thấp nhất của chỗ lõm gọi là vết cắt góc. Bờ dưới dài, gọi là bờ cong lớn, chỗ lõm ở phía dưới trái. Lâm sàng chia dạ dày thành 4 phần:

1. Phần cuống: chỉ đoạn ngắn sát tâm môn.
2. Đáy dạ dày: nằm phía trái tâm môn, là phần lồi lên trên mặt phẳng tâm môn, khi người đứng, một ít chất khí trong dạ dày sẽ tập trung ở chỗ này.
3. Thân dạ dày: là phần lớn nhất, nằm giữa dạ dày, lấy đường thẳng bằng giữa tâm môn dạ dày với đáy dạ dày làm giới hạn.
4. Phần môn vị: là phần từ phía dưới mặt phẳng kể từ vết cắt góc đến môn vị.

Dạ dày có 4 lớp: màng bao bọc bên ngoài, lớp cơ, lớp dưới niêm mạc và màng nhầy (niêm mạc).

Khi dạ dày rỗng thì bề mặt khoang dạ dày màu đỏ, có nhiều đường gấp không đều nhau. Đường gấp do niêm mạc và lớp cơ trơn dưới niêm mạc tạo thành. Ở bờ cong nhỏ có 4-5 đường gấp chạy theo chiều dọc, tương đối cố định, thức ăn di chuyển đến tá tràng theo các rãnh dọc giữa các đường gấp này. Khi dạ dày chứa đầy thức ăn thì các đường gấp biến mất. Lớp cơ dày do nhiều lớp cơ dọc và cơ vòng chéo trong, vòng giữa và dọc ngoài tạo thành. Cơ dày ba lớp có lợi cho việc

tăng cường tiêu hóa cơ năng đối với thức ăn, còn có tác dụng duy trì độ căng của dạ dày. Màng nhầy nằm ngoài cùng, bề mặt trơn bóng, giúp giảm ma sát của dạ dày khi co bóp.

5. Dạ dày có chức năng sinh lý nào?

Dạ dày là chiếc túi lớn trong hệ tiêu hóa. Nó có thể co bóp linh hoạt. Ăn vào, dạ dày nở to. Dung lượng bình quân của dạ dày người trưởng thành khoảng 1,5 lít. Thành dạ dày do nhiều lớp cơ lớp, cơ vòng tạo thành. Bên trong có tế bào tuyến thể đặc biệt, có thể tiết dịch vị, có mạch máu, thần kinh. Đầu dưới dạ dày có cơ thắt môn vị, có thể thông với hành tá tràng.

Dạ dày là cơ quan dung nạp và chứa thức ăn, chức năng chủ yếu là tiêu hóa sơ bộ thức ăn, tác dụng tiêu hóa này khởi nguồn từ miệng, cuối cùng hoàn thành trong ruột non.

Màu sắc, mùi vị và thức ăn ăn vào có thể kích thích dạ dày tiết dịch vị. Niêm mạc dạ dày tiết dịch vị chứa enzym và axit chlohydric (có thể diệt vi khuẩn và tạo môi trường thích hợp nhất để enzym dạ dày phát huy tác dụng) và factor (là chất cần thiết giúp ruột non hấp thu vitamin B₁₂). Ngoài ra, dạ dày còn tiết niêm dịch và hydrocarbonate, hình thành màn che phòng ngừa chính dạ dày bị dịch vị tiêu hóa.

5. Cơ thành dạ dày cứ khoảng 20 giây co bóp (nhu động) đều đặn một lần, trộn đều thức ăn với dịch vị. Vận động cơ năng của dạ dày phối hợp với tác dụng tiêu hóa, chuyển hóa thức ăn dạng rắn thành hồ nhão. Thời gian cho quá trình này lâu hay mau là do tính chất của thức ăn quyết định. Nói chung, thức ăn dạng thịt càng nhiều thì thời gian thải hết của dạ dày càng lâu. Sự co bóp của dạ dày và giãn nở của cơ thắt môn vị đưa thức ăn đã tiêu hóa sơ bộ xuống hành tá tràng theo thời gian nhất định.

6. Quá trình tiêu hóa thức ăn diễn ra như thế nào?

Quá trình tiêu hóa bắt đầu từ khoang miệng. Răng nhai nhỏ thức ăn, tuyến nước bọt tiết nước bọt làm mềm thức ăn. Men bọt lọc trong nước bọt có thể phân giải hydratcarbon. Đầu lưỡi nhiều dây thần kinh vị giác có nhiệm vụ khống chế thức ăn trong miệng, biến nó thành khối nhỏ để nuốt.

Từ miệng, thức ăn đi qua họng để xuống thực quản. Thực quản không có tác dụng phân giải và hấp thu, tác dụng duy nhất của nó là nhờ làn sóng nhu động chuyển thức ăn xuống dạ dày. Thức ăn được nhào đều với axit chlohydrit và enzym do niêm mạc dạ dày tiết ra, giúp phân giải protein. Dạ dày đóng vai trò tiêu hóa cơ năng thông qua nhu động nhào trộn thức ăn. Khi thức ăn chuyển hóa thành dạng hồ nhão trong dạ dày, sẽ được đưa xuống tá tràng qua môn vị.

Dịch tiêu hóa do tuyến tụy tiết ra chảy vào ruột non, dịch tiêu hóa này chứa nhiều enzym tiêu hóa, tiếp tục thúc đẩy phân giải hydracarbon, mỡ và protein.

Trong ruột non, thức ăn từ chất phân tử lớn phức tạp được phân giải, tiêu hóa thành chất phân tử nhỏ dễ hấp thu. Niêm mạc ruột non hút chất dinh dưỡng đưa vào máu và hệ bạch huyết.

Bã thức ăn cuối cùng được đưa xuống đại tràng, niêm mạc đại tràng hút phần lớn thành phần nước trong bã, biến bã chưa tiêu hóa và thượng bì niêm mạc ống tiêu hóa bong tróc thành phân được bài tiết ra ngoài qua trực tràng và hậu môn.

7. Tại sao nói dạ dày là “cối xay” mềm?

Trẻ chưa thể có thói quen ăn chậm nhai kỹ mà thường nuốt vội nuốt vàng, có lúc không kịp nhai. Ăn như thế sẽ làm tăng gánh nặng cho dạ dày. Nhưng dù thế nào thì khi thức ăn đưa vào khoảng 5 phút, dạ dày bắt đầu công việc “xay”, thường phải mất 2-4 giờ mới hoàn thành việc tiêu hóa thức ăn trong dạ dày.

Thức ăn tuy đã được răng nhai cắt, nhưng xuống đến dạ dày vẫn là thức ăn dạng cục rắn. Các thức ăn dạng cục này qua tiêu hóa của dạ dày biến thành dạng bột cháo lỏng. Dạ dày đã xay thức ăn bằng nhu động. Sau khi thức ăn đưa vào, cơ trơn dày của dạ dày bắt đầu co bóp đều đặn. Sóng nhu động từ giữa dạ dày đánh về

phía môn vị, sóng đợt này nối tiếp đợt khác. Khi gần đến môn vị, nhu động tăng rõ rệt, cơ dạ dày co bóp mạnh, khoang dạ dày nhỏ, hẹp, áp lực càng mạnh. Vì thế người ta nói dạ dày là cái “cối xay mềm” quả không sai.

8. Ba nhóm dinh dưỡng chính thay đổi thế nào trước khi được ruột non hấp thu?

Ba nhóm dinh dưỡng là đường, protein và chất béo. Quá trình phân giải, tiêu hóa của chúng trước khi được ruột non hấp thu có thể diễn đạt đơn giản như sau:

1. Tiêu hóa đường: một phần chất bột chịu tác dụng của nước bọt trong khoang miệng và dạ dày phân giải thành đường mạch nha. Đường mạch nha này cùng với đường kép khác trong thức ăn dưới tác dụng của men đường kép tương ứng, phân giải thành đường đơn dễ hấp thu.
2. Tiêu hóa protein: dưới tác dụng của enzym dạ dày, một bộ phận protein được phân giải tiếp thành peptone và đapepit, protein còn lại cùng với peptone đã phân giải được enzym tụy và enzym ruột phân giải thành đapepit. Sau cùng dưới tác dụng của men pepit tụy và men pepit ruột, phân giải đapepit thành axit amin dễ hấp thu.
3. Tiêu hóa chất béo: trong dịch vị chỉ chứa lượng nhỏ lipase hoạt tính thấp, cho nên tác dụng tiêu hóa chất béo không lớn. Phân giải mỡ chủ yếu ở

ruột non, trước tiên muối mật nhũ hóa chất béo thành hạt li ti, dưới tác dụng của men chất béo tụy và men chất béo ruột, phân giải thành axit béo và glyxerin có thể hấp thu.

9. Kết cấu của ruột non như thế nào?

Ruột non bắt đầu từ môn vị dạ dày, đầu cuối nối với hồi tràng, dài khoảng 5-7 mét, gấp 3 lần chiều dài cơ thể, là cơ quan dài nhất của cơ thể người. Ruột non gồm 3 phần: tá tràng (đoạn cong, ngắn, cố định thành sau bụng), hồi tràng và hồi tràng (hai đoạn cuộn vòng tương đối lớn và có thể di động), chúng đều là bộ phận tiêu hóa, hấp thu thức ăn, ống mật và ống tụy đều thông ở tá tràng.

Tá tràng bắt đầu ở môn vị, là đoạn đầu to nhất, ngắn nhất của ruột non, dài khoảng 25cm, chia ra phần hình cầu, phần xuống, phần bằng và phần lên. Tá tràng có hình chữ C ôm lấy phần đầu tuyến tụy, cố định thành sau bụng. Phía trước tá tràng là đại tràng ngang, phía trên bên phải là gan và túi mật.

Hồi tràng và hồi tràng chiếm phần lớn chiều dài của ruột non, khoảng 5-7 m, bắt đầu từ chỗ cong tá tràng hồi tràng, kết thúc ở chỗ giáp với hồi tràng manh tràng. Hồi tràng và hồi tràng có thể tự do hoạt động trong khoang bụng, 2/5 trước trên là hồi tràng, chủ yếu phân bố trên, giữa trái và ở bụng giữa, 3/5 sau là hồi tràng, chủ yếu phân bố ở bụng dưới, bụng dưới phải và khung chậu. Đầu cuối hồi tràng nối với đại tràng.

Thành ruột được cấu tạo bởi cơ vòng và cơ dọc, trong được bao bọc bởi niêm mạc, ngoài có màng nhầy. Niêm mạc ruột non do nhiều lông nhung tạo thành, tăng đáng kể diện tích bề mặt ruột, giúp hấp thu chất dinh dưỡng đưa vào máu.

10. Chất dinh dưỡng trong thức ăn được ruột non hấp thu như thế nào?

Chất dinh dưỡng trong thức ăn chủ yếu do ruột non hấp thu.

Mặt trong ruột non là lớp niêm mạc gồm hàng vạn lông nhung dày đặc dạng ngón tay, làm tăng diện tích niêm mạc ruột non lên 15 lần, khiến ruột non có diện tích hấp thu cực lớn, cũng có nghĩa ruột non được tiếp xúc đầy đủ với chất dinh dưỡng, kịp thời hấp thu những chất hữu ích như đường gluco, axit amin, axit béo, nước, muối vô cơ và nhiều loại vi tamin.

Ở ruột non, trypsin trong dịch tụy có thể phân giải protein của thịt, cá, trứng, v.v... thành axit amin sau đó được mạch máu nhỏ thành ruột hấp thu đưa vào tuần hoàn máu.

Trong ruột non, nước mật có thể tổng hợp chất béo và nước trong thức ăn thành dung dịch dạng sữa, dưới tác dụng tiêu hóa của men chất béo tụy, biến thành axit béo được cơ thể hấp thu.

Trong ruột non, nước, muối vô cơ và vitamin hòa tan được trực tiếp hấp thu đưa vào máu mà không qua tiêu hóa.

11. Nhiều loại vi khuẩn tồn tại trong đại tràng có tác dụng gì?

Do dịch ruột trong đại tràng ở dạng trung tính hoặc kiềm yếu, nhiệt độ thích hợp, lại có nhiều chất (bã thức ăn) có thể lợi dụng, cho nên các loại vi khuẩn từ miệng đưa vào (từ thức ăn và không khí) rất dễ sinh sôi phát triển trong đại tràng. Vi khuẩn sống và chết có trong phân người lên đến trên 50 loại, chiếm 20%-30% trọng lượng phân, trong đó nhiều nhất là trực khuẩn đại tràng. Người ta thường nhầm tưởng mọi vi khuẩn đều gây bệnh. Nhưng vi khuẩn trong đại tràng cũng có tác dụng nhất định, ví dụ, men trong vi khuẩn có thể phân giải xơ thực vật, đường và chất béo của thức ăn trong đại tràng thành axit lactic, axit axêtic, mêtan, khí cacbonic, axit béo, gluxerin, v.v... Thông thường, các chất này đều có tác dụng nhuận tràng thông qua kích thích đại tràng. Ngoài ra trực khuẩn đại tràng còn có thể tổng hợp một số chất đơn giản trong đại tràng thành chất tổng hợp vitamin B và vitamin K yếu, cần phải bổ sung kịp thời.

12. Đại tràng có chức năng chủ yếu gì?

Đại tràng là đoạn cuối của ống tiêu hóa, bắt đầu từ cuối hồi tràng và kết thúc ở trên hậu môn. Đại tràng có thể chia thành 6 phần: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng chữ S và trực tràng. Niêm mạc đại tràng không có lông nhung. Chiều dài đại tràng của người trưởng thành thành khoảng 1,5 mét.

Việc tiêu hóa thức ăn và hấp thu chất dinh dưỡng hầu như đã hoàn thành cơ bản trong ruột non, bã còn lại qua nhánh hồi – manh tràng đưa vào đại tràng. Chức năng chủ yếu của đại tràng là tiết dịch đại tràng, tổng hợp vitamin, hấp thu nước và muối, tạm thời chứa bã thức ăn, hình thành phân để bài tiết ra ngoài.

1. Tiết dịch đại tràng: niêm dịch đại tràng tiết lượng nhỏ chất dịch kiềm tính, dùng để bảo vệ niêm mạc ruột và làm mềm phân.
2. Tổng hợp protein: trực khuẩn đại tràng có thể lợi dụng một số chất đơn giản trong ruột để tổng hợp vitamin B và vitamin K cần thiết cho cơ thể.
3. Chức năng hấp thu và chức năng tạo ra phân: phần trên đại tràng có tác dụng hấp thu nước, muối và lượng nhỏ chất dinh dưỡng. Bã thức ăn, vi khuẩn, chất bài tiết của ruột và tế bào thượng bì bong tróc của ruột hình thành phân trong đại tràng. Nếu sự vận động của đại tràng giảm, phân tích lại trong ruột lâu, hấp thu nước tương đối nhiều thì phân sẽ khô, cứng, dẫn đến táo bón. Nếu nhu động của ruột non, đại tràng tăng lên, hấp thu nước ít, phân chứa nhiều nước sẽ dẫn đến tiêu chảy.
4. Chức năng bài tiết: đường tiêu hóa cũng là một nơi bài tiết chất thải của cơ thể và các loại thuốc. Như thông qua nước mật, gan bài tiết sắc tố gan,

máu qua thành ruột thải vào khoang ruột các kim loại nặng như canxi, magie, thủy ngân v.v... sau đó thải theo phân ra ngoài.

13. Nuôi con bằng sữa mẹ có ưu điểm gì?

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất của trẻ.

1. Sữa mẹ có giá trị dinh dưỡng và tỉ lệ tiêu hóa hấp thu cao. Sữa mẹ là thức ăn thiên nhiên lý tưởng nhất của trẻ. Vì rằng:

- Casein trong sữa mẹ thấp, ít vón cục, dễ tiêu.
- Axit béo không bão hòa nhiều, ít axit béo cứng, giá trị dinh dưỡng tương đối cao.
- Trong sữa mẹ có men phân giải mỡ, bổ sung sự thiếu hụt men chất béo tụy ở trẻ, giúp ích cho việc tiêu hóa hấp thu chất béo.
- Lượng đường lacto cao, có lợi cho vi khuẩn trong axit lactic phát triển, hạn chế được sự sinh sôi trực khuẩn đại tràng, giảm tỉ lệ mắc bệnh viêm ruột.

2. Sữa mẹ có tác dụng tăng cường sức miễn dịch của trẻ sơ sinh. Sữa mẹ chứa nhiều globulin (IgA, TgG, IgM), là thành phần miễn dịch quan trọng của cơ thể, tăng cường khả năng chống lại bệnh truyền nhiễm đường ruột và đường hô hấp của trẻ, khiến tỉ lệ mắc bệnh giảm rõ rệt.

3. Tỷ lệ canxi, photpho trong sữa mẹ thích hợp (2:1) nên bệnh còi xương ở trẻ được nuôi bằng sữa mẹ giảm rõ rệt. Tỷ lệ hấp thu sắt trong sữa mẹ cao nên trẻ được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ ít bị thiếu máu.
4. Nuôi con bằng sữa mẹ vừa đơn giản vừa kinh tế. Đường lacto trong sữa mẹ giúp tổng hợp glycoside và glycosidoprotein, thúc đẩy não trẻ phát triển.
5. Nuôi con bằng sữa mẹ tránh được dị ứng ở trẻ. Protein trong sữa bò, sữa dê đối với trẻ là protein lạ, dễ gây dị ứng, nên thường thấy trẻ nuôi dưỡng bằng sữa bò nổi “mụn sữa”, chính là do dị ứng sữa.
6. Sữa mẹ vô trùng, không gây nhiễm trùng nếu như người mẹ biết giữ gìn vệ sinh núm vú, nhiệt độ sữa lại phù hợp nên rất ít gây ra bệnh đường ruột.

Chính do sữa mẹ có nhiều ưu điểm kể trên mà các chuyên gia dinh dưỡng đều khuyến cáo các bà mẹ nên nuôi con bằng sữa mẹ.

Phần 2

TÌM HIỂU VỀ BỆNH ĐƯỜNG RUỘT

14. Tại sao bụng kêu?

Khi đói, bụng sẽ phát ra tiếng kêu “bùng bục”. Khi vừa uống nước xong mà chạy bộ thì bụng sẽ phát ra tiếng kêu “óc ách”. Cha mẹ thường lo lắng khi nghe bụng của con có tiếng kêu. Rốt cuộc, tiếng kêu ở bụng là do đâu? Chính là do nhu động đường ruột phát ra. Tiếng kêu này có thể bình thường, cũng có thể là tín hiệu bệnh, cần căn cứ vào tình hình cụ thể để phân tích, phán đoán.

Khi dạ dày nhu động, bề ngoài giống như làn sóng cuộn lên phía trước. Thức ăn vào dạ dày chưa bao lâu thì dạ dày bắt đầu nhu động, mỗi phút khoảng 3 lần. Bình thường, sẽ không nhìn thấy sóng nhu động cũng

không nghe tiếng nhu động của dạ dày, nhưng nếu trẻ gầy gò, thành bụng mỏng thì có thể thấy. Khi thức ăn chứa trong dạ dày được đẩy hết xuống ruột, cơ trơn dạ dày bắt đầu co bóp sẽ phát ra tiếng bùm bụp, ra hiệu bụng đói rồi, cần phải ăn. Khi uống nước hoặc ăn thức ăn lỏng hơi nhiều, dạ dày đầy nước, nếu đi lại nhanh thì sẽ nghe tiếng “óc ách” trong bụng.

Khi nhu động ruột, nước và khí cùng dao động sẽ phát ra tiếng không khí trào qua nước gián đoạn, gọi là bụng réo, người bình thường thì khoảng 15 giây xuất hiện một lần, ghé sát tai vào thành bụng hoặc dùng ống nghe để ngoài bụng có thể nghe được. Đây là hiện tượng bình thường.

Một số trường hợp, bụng “kêu” là tín hiệu bệnh tật. Tiếng óc ách trong dạ dày chứng tỏ việc bài xuất của dạ dày gặp trở ngại, thức ăn ứ trệ, thường gặp ở các trẻ phình dạ dày cấp tính, hẹp môn vị, hoặc chức năng vận động của dạ dày yếu. Khi nhu động ruột tăng, bụng réo mỗi phút trên 10 lần, gọi là cường ruột, thường gặp ở các trường hợp viêm ruột cấp tính, bệnh lý, tiêu hóa kém, tắc ruột do giun hoặc dính ruột do phẫu thuật.

15. Tại sao trẻ bị bệnh béo phì?

Nếu trọng lượng của trẻ vượt quá 20% trọng lượng bình quân của các trẻ cùng giới, cùng tuổi thì là bị béo

phì, vượt 20-30% là béo phì độ nhẹ, vượt 30-50% là béo phì độ vừa, vượt trên 50% là béo phì nặng. Ví dụ, trọng lượng cơ thể bình quân của bé trai mỗi tuổi là 10 kg, nếu là 12,1 kg đã là béo phì. Nguyên nhân dẫn đến chứng béo phì ở trẻ em có liên quan các nhân tố sau:

1. Dinh dưỡng quá dư thừa: hiện nay hầu hết các gia đình đều ít con, điều kiện kinh tế lại tốt hơn trước nhiều, đa số các bậc cha mẹ sợ con thiếu dinh dưỡng nên ra sức cho con ăn hết thứ này, thứ nọ, đắt mấy cũng mua bằng được, khiến năng lượng trong cơ thể trẻ quá dư thừa, chuyển hóa thành mỡ gây béo phì. Hoặc cách thức cho trẻ ăn uống không phù hợp, để trẻ quấy khóc liền cho bú, lâu dần thành quen, ăn quá nhiều dẫn đến béo phì; hoặc cho trẻ ăn thức ăn rắn, nhiệt lượng cao quá sớm, khiến trọng lượng cơ thể tăng quá nhanh dẫn đến béo phì.
2. Hoạt động quá ít: trẻ không thích hoạt động sẽ dẫn đến béo phì. Khi đã quá mập, đi lại khó khăn càng không muốn hoạt động, khiến trọng lượng cơ thể càng tăng mạnh, tạo ra tuần hoàn xấu: không thích hoạt động --> dẫn đến béo phì --> càng không thích hoạt động.
3. Yếu tố di truyền: bệnh béo phì có khuynh hướng di truyền gia tộc nhất định. Bố mẹ béo phì thì

70% con cái có khả năng béo phì, bố hoặc mẹ béo phì thì 40% con cái có khả năng mắc chứng béo phì. Trẻ sinh đôi một trứng thì tỉ lệ mắc bệnh này càng cao.

16. Cảm giác đói là do đâu?

Thùy não dưới của con người có đầu mỗi thần kinh liên quan tới cảm giác đói, no, tức đầu mỗi thần kinh ăn và đầu mỗi thần kinh no. Hoạt động của các đầu mỗi thần kinh này chịu ảnh hưởng bởi hiệu số nồng độ đường huyết với nồng độ đường gluco máu động mạch, tĩnh mạch. Trong tình hình bình thường, sau khi ăn 3-4 giờ, thức ăn trong dạ dày cơ bản tiêu hóa hết, nếu ăn thức ăn lỏng thì chỉ sau 2 giờ, trong dạ dày đã không còn gì. Qua tiêu hóa hấp thu, thức ăn tạo nhiệt năng cho cơ thể. Lúc này đường huyết giảm, tăng tiết tuyến thể dạ dày và tá tràng, nhu động dạ dày cũng tăng, qua phản xạ thần kinh, truyền đến thùy não dưới, kích thích đến mỗi thần kinh ăn, sinh ra cảm giác thèm ăn và đói.

Khi thùy não dưới có bệnh hoặc chấn thương, đầu mỗi thần kinh ăn hưng phấn dị thường, người bệnh luôn cảm thấy đói, thèm ăn, và liên tục ăn, dẫn đến chứng béo phì.

17) Tiêu chảy đơn thuần là gì?

Khi tiêu hóa kém sẽ bị tiêu chảy đơn thuần. Nguyên nhân do nhiễm trùng đường ruột, yếu tố dị ứng (như dị ứng với sữa bò hoặc món thức ăn nào đó), cơ địa đặc biệt (như bệnh còi xương, suy dinh dưỡng, phát ban) hoặc ảnh hưởng khí hậu (nóng, lạnh). Suy dinh dưỡng là một trong các nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tiêu hóa kém, thường gặp ở trẻ không được bú sữa mẹ. Ăn không có giờ giấc, lúc ăn quá nhiều, lúc quá ít, cho ăn nhiều tinh bột quá sớm hoặc thức ăn nhiều mỡ, hoặc thay đổi món ăn đột ngột, v.v... đều có thể dẫn đến tiêu chảy. Nhiễm trùng đường ruột như nhiễm bệnh đường hô hấp, viêm phổi, viêm tai giữa và các bệnh truyền nhiễm cấp tính khác đều gây rối loạn chức năng tiêu hóa, dẫn đến tiêu chảy. Do thức ăn không được tiêu hóa và hấp thu hết, tích trệ trong đường ruột, hơn nữa, độ axit giảm, có lợi cho vi khuẩn ở phía dưới đường tiêu hóa di chuyển lên trên và sinh sôi, phân giải thức ăn, sinh ra quá trình lên men và thối rữa, các chất chua như axit lactic, axit etylenic sinh ra khiến áp lực thẩm thấu trong khoang ruột tăng lên, cộng với các độc tố thối rữa sau khi phân giải thức ăn kích thích thành ruột, khiến nhu động ruột tăng, dẫn đến tiêu chảy; nếu nặng có thể làm mất nước, rối loạn điện giải, ngộ độc axit với triệu chứng mức độ khác nhau.

18) Tại sao trẻ dễ bị suy dinh dưỡng?

Suy dinh dưỡng còn gọi dinh dưỡng protein - năng lượng kém, là bệnh trực trặc dinh dưỡng mạn tính, cơ thể gầy gò, trọng lượng giảm, hoặc phù nề, chậm lớn, sức đề kháng toàn thân giảm do thiếu protein, nhiệt lượng gây nên, thường gặp nhiều ở trẻ dưới 3 tuổi. Do trẻ nhỏ phát triển nhanh, nhu cầu chất dinh dưỡng tương đối nhiều, nhưng chức năng tiêu hóa hấp thu lại chưa thật hoàn thiện, nên dễ bị suy dinh dưỡng. Nguyên nhân là do:

1. Khiếm khuyết bẩm sinh: trẻ đẻ non, sinh đôi, sinh ba đòi hỏi nhiều chất dinh dưỡng, dẫn đến thiếu hụt dinh dưỡng và năng lượng.
2. Ảnh hưởng bệnh tật: là nguyên nhân quan trọng, thường thấy nhiều ở trẻ bị bệnh đường tiêu hóa mạn tính như tiêu chảy mạn tính, nhiễm trùng đường hô hấp nhiều lần, bệnh giun sán, v.v... đều gây rối loạn chức năng tiêu hoá hấp thu hoặc tiêu hao năng lượng quá nhiều. Dị tật bẩm sinh như hở môi, hở hàm ếch, hẹp phì đại môn vị đều khiến hấp thu dinh dưỡng không đủ.
3. Nuôi dưỡng không đúng: trẻ nuôi bằng sữa mẹ có thể do sữa mẹ không đủ, nhưng lại chưa cho ăn dặm đúng lúc, đúng mức, hoặc đột ngột cai sữa, cho ăn thức ăn ngoài không phù hợp, như chỉ cho ăn bột hoặc cháo gạo, hay sữa bò pha quá nhiều

nước, số lần cho ăn quá ít, khiến trẻ luôn ở trạng thái đói. Trẻ lớn hơn thì do thói quen ăn uống không tốt hoặc do ăn kiêng, ăn khảm nên bị suy dinh dưỡng.

19) Khi nào thì gọi là trẻ biếng ăn?

Trẻ biếng ăn là trẻ không thèm ăn, ăn không ngon, ăn ít. Biếng ăn chỉ là triệu chứng, cũng là lời phàn nàn đầu tiên của bố mẹ khi đưa trẻ đi khám bệnh. Hệ thần kinh trung ương của con người chịu ảnh hưởng các loại kích thích từ môi trường trong và ngoài cơ thể, gây mất thăng bằng chức năng tiêu hóa, sinh ra biếng ăn. Biếng ăn đột ngột thường là một triệu chứng của bệnh trẻ em; biếng ăn lâu dài chủ yếu liên quan tới bệnh mạn tính và thói quen vệ sinh ăn uống không tốt. Bệnh mạn tính ảnh hưởng tới chức năng đường tiêu hóa, làm giảm lực căng cơ trơn ruột và dạ dày, làm giảm tiết dịch tiêu hóa, giảm sức sống của men, dẫn đến biếng ăn. Biếng ăn lâu dài có thể dẫn đến suy dinh dưỡng, ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ, nên cần được sự coi trọng của các bậc cha mẹ.

20) Hội chứng kém hấp thu của ruột là gì?

Hội chứng kém hấp thu của ruột là một số triệu chứng lâm sàng trực tiếp tiêu hóa, hấp thu của ruột non đối với chất dinh dưỡng do nhiều nguyên nhân gây ra.

Bệnh có thể xuất hiện bất kỳ thời điểm nào hoặc xảy ra ngay sau khi sinh do thiếu men tiêu hóa hoặc dị tật đường ruột. Bản chất là do ruột non không thể hấp thu chất dinh dưỡng do bất kỳ lý do gì.

Biểu hiện của hội chứng kém hấp thu là:

- Trong phân còn nhiều thức ăn chưa tiêu hóa hay còn gọi là phân sống.
- Sốt nhẹ, đau bụng nhẹ, có thể nổi hạch dễ nhầm với các bệnh nhiễm trùng.
- Khó đại tiện, ợ hơi, sinh bụng.
- Có hiện tượng biếng ăn, mệt mỏi, sụt cân nhanh.
- Có biểu hiện thiếu máu, rối loạn nước và điện giải như đánh trống ngực, hồi hộp, xanh xao, suy nhược.
- Lâu ngày có thể dẫn đến suy dinh dưỡng, biểu hiện co giật do thiếu canxi, giảm thị lực do thiếu vitamin A, chảy máu răng do thiếu vitamin K, có thể có các biểu hiện thần kinh như yếu hoặc liệt chân tay.

Nguyên nhân gây ra hội chứng kém hấp thu của ruột có thể là:

- Thiếu men tiêu hóa do tổn thương các tạng tiết men tiêu hóa như gan, tụy, mật.
- Viêm nhiễm do vi trùng, ký sinh trùng đường ruột.

- Lao đường ruột.
- Dị tật ruột non.
- Tác dụng phụ của thuốc nhất là thuốc kháng sinh.
- Các bệnh tật khác như cường giáp làm tăng nhu động ruột, nên không đủ thời gian tiêu hóa thức ăn.

Nguyên tắc điều trị hội chứng kém hấp thu của ruột là phải cung cấp cho trẻ đầy đủ vitamin, bổ sung đủ nước, điều trị dứt điểm các bệnh đường ruột, ít ăn các thực phẩm nhiều mỡ và hydratcarbon, nên ăn thức ăn dễ tiêu hóa.

21) Tại sao có hiện tượng ợ chua?

Ợ chua là hiện tượng các chất mang tính axit chứa trong dạ dày trào ngược lên khoang miệng. Bình thường, áp lực đoạn dưới thực quản và cơ thắt dạ dày cao hơn dạ dày. Khi ăn, tâm môn mở ra cho thức ăn xuống rồi đóng lại ngay. Nhu động dạ dày bắt đầu từ đáy dạ dày theo hướng môn vị, nhằm phòng các thức ăn có trong dạ dày trào ngược thực quản.

Khi dạ dày hoặc thực quản có bệnh như viêm, loét, niêm mạc dạ dày thiếu máu hoặc thiếu ôxy, trục trặc chức năng môn vị, v.v... đều phá hoại hoạt động bình thường của dạ dày, thực quản, khiến việc tiết axit dạ dày tăng lên, tâm môn lỏng lẻo, dạ dày nhu động ngược

nhiều hơn, khiến các chất chua trong dạ dày trào lên khoang miệng. Người bệnh loét hành tá tràng thì vị toan tiết ra nhiều càng dễ có hiện tượng ợ chua. Cũng cần chỉ ra rằng, khi căng thẳng tinh thần, lo lắng hoặc mệt mỏi quá mức dẫn đến rối loạn chức năng vỏ đại não, không thể khống chế và điều tiết tốt hệ thần kinh thực vật, cũng làm cho vị toan tăng cao.

Thường xuyên ợ chua, dịch tiết axit kích thích niêm mạc thực quản dẫn đến viêm thực quản, tạo ra cảm giác nóng rát sau xương ngực.

22) Vì sao trẻ lại buồn nôn và nôn?

Nôn (ói, mửa) là phản xạ của các chất chứa trong dạ dày và một phần chất chứa trong ruột non trào ngược qua thực quản lên miệng, do một loạt động tác phản xạ phức tạp và nhịp nhàng hình thành.

Thông qua truyền dẫn thần kinh, kích hoạt nhiều cơ quan hữu quan, trước tiên là nhu động ngược của ruột non, khiến một phần chất chứa trong ruột non trào lên dạ dày. Lúc này, việc tiết nước bọt tăng, lấy sức hít hơi, nắp thanh quản đóng. Tiếp đó, môn vị dạ dày co bóp và đóng lại, đáy dạ dày, tâm môn và thực quản mở ra, dạ dày nhu động ngược, tiếp đến tâm môn mở ra, cùng lúc đó, cơ hoành và cơ bụng co bóp mạnh, cơ hoành sẽ xuống, áp lực bụng tăng, ép các chất chứa trong dạ dày

và ruột non trào qua thực quản và cuống họng ra ngoài, hoàn thành động tác nôn. Khi bắt đầu nôn thường nôn ra thức ăn và niêm dịch, khi nôn nghiêm trọng có thể nôn ra nước mật và dịch ruột. Nếu tắc ruột thấp, có thể nôn ra chất chứa trong ruột có mùi thối, gọi là nôn ra phân.

Buồn nôn thường là biểu hiện đầu tiên của nôn ói, cũng có thể buồn nôn mà không nôn. Nếu nhu động ngược của dạ dày yếu, hoặc tâm môn không mở thì chất chứa trong dạ dày không thể bài xuất ra, người bệnh sẽ cảm thấy căng tức bụng trên, khó chịu, hoặc cuộn cuộn từng cơn. Đây có thể là cảm giác muốn nôn do xung động nôn kích thích truyền đến vỏ đại não gây ra.

23) Hẹp môn vị phì đại bẩm sinh là gì?

Hẹp môn vị bẩm sinh còn gọi là hẹp môn vị phì đại bẩm sinh vì các lớp cơ vòng của môn vị to, dày, tạo ra khối u cơ môn vị làm tắc một phần hoặc toàn bộ cơ môn vị. Hẹp môn vị phì đại bẩm sinh là một loại bệnh thường gặp ở trẻ sơ sinh, chủ yếu là bé trai. Bệnh có khuynh hướng di truyền, có tài liệu cho biết cứ khoảng 3000 trẻ sinh ra thì có một trẻ mắc bệnh này.

Đến nay vẫn chưa biết chắc nguyên nhân chính gây bệnh. Có chuyên gia cho rằng, trong thời gian còn là bào thai, chức năng của cơ môn vị thai nhi đã mất thăng bằng dẫn đến phì đại cơ sau khi sinh. Có người

cho rằng, số lượng tế bào đốt thần kinh và xơ thần kinh giữa cơ môn vị ít hơn người bình thường làm rối loạn chức năng môn vị, dẫn đến co thắt, phì đại hoặc tắc môn vị. Lại có ý kiến là yếu tố di truyền và môi trường đóng vai trò quan trọng về nguyên nhân bệnh học. Có tài liệu đưa ra dẫn chứng, trong một gia đình mà có đến 7 người con, cháu mắc bệnh này. Bệnh phát nhiều vào mùa đông, thường gặp nhiều ở bé trai cân nặng. Do hẹp môn vị, sữa khó đi qua, dẫn đến hàng loạt biến chứng lâm sàng.

Cơ vòng môn vị của trẻ em mắc bệnh này dày lên rõ rệt, môn vị biến thành hình bầu dục, cứng, đàn hồi, khi cơ co bóp càng cứng, đường kính 0,5 – 1cm, dài 2 – 2,5cm, độ dày cơ 0,4 – 0,6cm. Lớp cơ phì đại khiến khoang ống môn vị thu hẹp, cộng thêm phù nề niêm mạc, khiến lòng ống môn vị càng hẹp hơn, trường hợp nặng chỉ có thể hút lọt đầu dò. Do tắc môn vị nên dạ dày phình to, thành dạ dày dày lên, nếp gấp niêm mạc nhiều và phù nề làm ứ trệ chất chứa bên trong dẫn đến viêm loét niêm mạc.

24) Phình đại tràng bẩm sinh là gì?

Phình đại tràng chia ra ba loại: phình đại tràng mắc phải, phình đại tràng bẩm sinh giả và phình đại tràng bẩm sinh, trong đó phình đại tràng bẩm sinh là nhiều nhất, đứng hàng thứ hai sau dị tật đường ruột ở trẻ sơ

sinh, cứ khoảng 2000 đến 5000 trẻ sơ sinh ra đời thì có một ca mắc bệnh này, bệnh xảy ra ở bé trai nhiều hơn. Chứng phình đại tràng mà bệnh viện nói đến chính là phình đại tràng bẩm sinh, hay còn gọi bệnh Hirschsprung.

Phình đại tràng bẩm sinh là do trong quá trình phát triển của bào thai, tế bào thần kinh một đoạn ruột nào đó gặp trở ngại, làm giảm hoặc hoàn toàn thiếu vắng tế bào thần kinh ở thành đoạn ruột đó, 90% biến chứng bệnh phát sinh ở trực tràng và đầu xa đại tràng chữ S. Đoạn ruột vô hạch thần kinh luôn ở trạng thái co gập, lòng ruột hẹp, gây tắc ruột cơ năng, phân không đi qua được, ảnh hưởng nghiêm trọng đến nhu động ruột, khiến phân tích lại trong đại tràng bên trên. Cùng với thời gian, do phân tích lại trong đoạn ruột trên chỗ ruột bị tắc, nên phình to, gây ra phình đại tràng bẩm sinh. Nếu không phát hiện sớm sẽ dẫn đến viêm ruột, thủng ruột, nặng hơn có thể tử vong.

25) Dị tật trực tràng, hậu môn bẩm sinh biểu hiện như thế nào?

Dị tật trực tràng, hậu môn là bệnh bẩm sinh thường gặp, có nhiều dạng dị tật, chia ra nhiều dạng tắc hậu môn hoặc hẹp hậu môn, có thể cùng lúc có các lỗ rò. Tỷ lệ phát bệnh cao, cứ khoảng 1500 – 5000 trẻ sơ sinh

chào đời thì có một ca mắc bệnh này, đứng đầu về dị tật đường tiêu hoá. Dị tật trực tràng – hậu môn là do sự phát triển bình thường của bào thai gặp trục trặc. Ở bé trai đó là rò đường tiết niệu, tuyến tiền liệt, rò bầu đường tiết niệu trực tràng; trực tràng, hậu môn không rò nhưng phát triển không đầy đủ, rò da hậu môn, hẹp hậu môn. Ở bé gái là dị tật đường tiết niệu – sinh dục, rò trực tràng âm đạo, rò tiền đình trực tràng, rò tiền đình hậu môn, rò da hậu môn, hẹp hậu môn hoặc trực tràng – hậu môn không phát triển.

Đa số trẻ dị tật trực tràng, hậu môn là không có lỗ hậu môn. Trẻ sơ sinh sau 24 giờ ra đời mà không đi tiêu, chứng tỏ trực tràng, hậu môn có vấn đề. Nếu không phát hiện sớm thì lâm sàng có thể xuất hiện triệu chứng tắc ruột thấp mức độ khác nhau, ở những ca bệnh không có lỗ hậu môn hoặc có lỗ rò nhỏ thì sau khi sinh sẽ có triệu chứng tắc ruột thấp hoàn toàn, cấp tính. Ở những ca bệnh hẹp trực tràng, môn vị kèm có lỗ rò lớn thì vài tuần, vài tháng thậm chí vài năm sau mới xuất hiện đại tiện khó, táo bón, phân kết thành cục cứng, xuất hiện triệu chứng tắc mạn tính.

Việc điều trị dị tật trực tràng, hậu môn bẩm sinh cần chọn phương pháp điều trị thích hợp theo loại dị tật. Nếu chức năng bài tiết không bị trở ngại thì không cần điều trị. Nếu do dị tật trực tràng, hậu môn mà không thể đại tiện bình thường hoặc kèm theo có lỗ rò thì phải

phẫu thuật tùy theo loại dị tật. Tắc hậu môn thấp thì phẫu thuật tạo hình hậu môn ở hội âm, tắc cao thì phẫu thuật mở rộng hậu môn qua bụng- hội âm, hẹp hậu môn thì phẫu thuật mở rộng hậu môn, rò trực tràng tiền đình, nếu lỗ rò lớn thì trước tiên phẫu thuật làm giãn, sau đó mới mổ thực sự, rò da hậu môn thì chỉ cần phẫu thuật đơn giản cắt phía sau là được.

26) Tại sao lại mất cân bằng vi khuẩn đường ruột?

Trong môi trường tự nhiên mà chúng ta sinh sống chỗ nào cũng đều có vi sinh vật. Đường ruột của con người thông với bên ngoài, vì thế trong ruột cũng có nhiều vi sinh vật sống bám. Vi sinh vật (hoặc gọi nhóm vi khuẩn) tồn tại bình thường trong đường ruột chủ yếu có trực khuẩn đại tràng, trực khuẩn sinh khí, trực khuẩn biến dạng, trực khuẩn mũ xanh, tụ cầu khuẩn, trực khuẩn uốn ván, trong đó, vi khuẩn có ích lên tới trên 95%, chúng hỗ trợ sự sống của con người bằng nhiều hình thức và con đường khác nhau, vi khuẩn độc hại chỉ chiếm số ít.

Trong tình hình bình thường, cơ thể con người có sức đề kháng nhất định, thích ứng với nhóm vi khuẩn trong ruột, duy trì trạng thái cân bằng. Các vi sinh vật của nhóm vi khuẩn trong ruột cũng dựa vào nhau, kìm chế nhau, giữ cân bằng động. Cho nên, mặc dù tồn tại nhiều

vi sinh vật đường ruột nhưng không gây bệnh. Chỉ trong các trường hợp sau, sự cân bằng trạng thái động của nhóm vi khuẩn bình thường bị phá hoại mới gây bệnh.

* Sự cân bằng giữa nhóm vi khuẩn bình thường đường ruột với cơ thể bị phá hoại: khi cơ thể quá mệt mỏi, suy nhược, hoặc mắc bệnh mạn tính, sức đề kháng giảm, không khống chế được nhóm vi khuẩn đường ruột, vị trí ký sinh của vi khuẩn chuyển dịch, gây ra bệnh, như trực khuẩn đại tràng di chuyển đến đường hô hấp gây viêm phổi do trực khuẩn đại tràng, vi khuẩn đường ruột di chuyển lên tá tràng hoặc đầu trên hồng tràng gây viêm. Có khi vi khuẩn đường ruột xâm nhập mô dưới da hoặc vào tuần hoàn máu của cơ thể gây nhiễm trùng, nghiêm trọng có thể bại huyết.

* Do sử dụng lượng lớn thuốc kháng sinh Broad-spectrum antibiotics trong thời gian dài khiến các loại vi khuẩn nhạy cảm với loại kháng sinh này trong nhóm vi khuẩn bình thường bị ức chế, nhóm vi khuẩn không nhạy cảm sẽ phát triển mạnh, dẫn đến mất cân bằng vi khuẩn đường ruột. Nếu trực khuẩn đại tràng chiếm đa số trong đường ruột biến thành thiểu số, còn cầu khuẩn thiểu số thành đa số sẽ dẫn đến trẻ mắc bệnh tiêu chảy mạn tính. Nếu vi khuẩn nhạy cảm với thuốc kháng sinh bị ức chế, còn cầu khuẩn tràng hạt không nhạy cảm sinh sôi nhiều sẽ gây viêm ruột.

27 Viêm dạ dày là gì?

Viêm cấp tính và mạn tính niêm mạc dạ dày do các nguyên nhân khác nhau gây ra đều gọi chung là viêm dạ dày.

Viêm dạ dày cấp tính chia ra 5 dạng: viêm đơn thuần, loét, viêm ruồng nát, viêm nhiễm trùng, viêm mưng mủ. Viêm dạ dày ở trẻ em chủ yếu là viêm đơn thuần. Viêm dạ dày đơn thuần ở trẻ em thường do độc tố trong thức ăn nhiễm khuẩn gây ra, cũng có thể do ăn thức ăn quá nóng, quá lạnh, thô hoặc thực phẩm có tính kích thích, hoặc do dùng quá mức loại thuốc nào đó làm tổn thương niêm mạc dạ dày. Viêm dạ dày dạng loét cấp tính ngoài các nhân tố kích thích có thể gây nên viêm dạ dày đơn thuần ra, các chứng bại huyết, choáng, chấn thương, bỏng lớn, biến chứng hẹp sọ và u ác tính đều có thể gây ra trạng thái kích thích ứng phó của cơ thể, trở thành nhân tố bên trong của bệnh này. Viêm dạng cấp tính phần nhiều là do uống nhầm axit mạnh, chất kiềm mạnh hoặc các chất ăn mòn khác gây ra. Viêm dạ dày dạng nhiễm trùng cấp tính do khi bị nhiễm trùng toàn thân, vi rút, vi khuẩn bệnh và chất độc của nó qua tuần hoàn máu xâm nhập dạ dày gây ra. Viêm dạ dày dạng mưng mủ cấp tính là do vi khuẩn gây mủ xâm nhập thành dạ dày gây viêm dạ dày nghiêm trọng.

Viêm dạ dày mạn tính chia ra: viêm dạ dày nông bề mặt mạn tính và viêm dạ dày dạng teo mạn tính. Đây là

hai dạng viêm dạ dày khác nhau. Hai dạng có thể tồn tại cùng lúc và chuyển hoá lẫn nhau. Tỷ lệ mắc bệnh viêm dạ dày mạn tính ở trẻ em thấp hơn người lớn, mà chủ yếu là viêm dạ dày nông, ít thấy viêm dạ dày dạng teo.

28) Tại sao không được xem thường viêm dạ dày ở trẻ em?

Viêm dạ dày ở trẻ em có xu hướng tăng hàng năm.

Nhiều trẻ đau bụng tái phát nhiều lần và kéo dài (bệnh trên hai tháng) mới đi khám. Trẻ thường khó chịu hoặc đau ở bụng trên, quanh rốn, lúc đau mạnh, lúc đau âm ỉ, không ợ chua, ợ hơi, đại tiện bình thường. Những trẻ đau bụng dạng này thường ăn uống không tốt, bất kể trời nóng lạnh đều thích ăn lạnh, uống lạnh, ăn khảnh, ăn nhiều những thứ khó tiêu hoá, ít ăn hoặc không ăn rau xanh, trái cây. Thường xuyên ăn uống không hợp lý kích thích tiết nhiều dịch vị. Ăn lạnh, uống lạnh kích thích mạch máu dưới niêm mạc dạ dày teo lại, lớp niêm mạc trở nên mỏng, làm giảm khả năng phòng vệ của niêm mạc dạ dày, tá tràng, dẫn đến phù, lầy niêm mạc, gây viêm, tiến đến loét dạ dày, tá tràng.

Trẻ viêm dạ dày mạn tính thường kèm theo nhiễm khuẩn xoắn môn vị. Vì trẻ ăn uống không điều độ, ăn nhiều thực phẩm sống, lạnh làm giảm sức đề kháng của niêm mạc dạ dày, khiến khuẩn xoắn môn vị xâm nhập

niêm mạc dạ dày gây viêm dạ dày, tiếp đến tá tràng, gây loét tá tràng.

Ngày nay, các gia đình đều sinh ít con, nên rất chiều con, kể cả việc ăn uống, con đòi gì có nấy, thích ăn gì thì ăn, trẻ lại thiếu ý thức vệ sinh, thói quen ăn uống không khoa học đã làm tăng nguy cơ trẻ mắc bệnh viêm dạ dày. Vì thế, phòng ngừa trẻ viêm dạ dày là rất quan trọng. Biện pháp chủ yếu là luyện cho trẻ có thói quen ăn uống đúng, ăn đúng giờ đúng bữa, ăn thức ăn sạch, dễ tiêu hoá.

29) Khi viêm dạ dày mạn tính thì vị toan tăng phải không?

Viêm dạ dày mạn tính do nhiều nguyên nhân gây ra. Căn cứ vào biến chứng bệnh và đặc điểm hình thành mô, có thể chia ra viêm dạ dày nông, viêm dạ dày dạng teo và viêm dạ dày phì đại.

Lượng tiết vị toan ở người bệnh viêm dạ dày mạn tính nhiều hay ít là do loại bệnh quyết định.

Viêm dạ dày dạng bề mặt nông: biến chứng bệnh chủ yếu là niêm mạc dạ dày xung huyết, phù hoặc kèm theo chất thẩm thấu, lầy, còn tuyến thể nói chung bình thường, có thể thấy trong gián chất, tế bào nhờn là chủ yếu, việc tiết vị toan không theo quy luật nhất định, có thể hơi thấp hoặc hơi cao, cũng có thể bình thường.

Viêm dạ dày dạng teo: thành dạ dày trở nên mỏng, nếp gấp niêm mạc trơn, do cơ tuyến thể, nên vị toan giảm.

Viêm dạ dày dạng phì đại: thành dạ dày dày lên, nếp gấp niêm mạc to, tuyến thể tăng sinh, cho nên vị toan nhiều.

Trẻ viêm dạ dày mạn tính phần lớn là viêm dạ dày bề mặt nông, bệnh tương đối nhẹ, vị toan nằm trong phạm vi bình thường.

30) Trẻ em có bị loét đường tiêu hoá và viêm hang vị không?

Loét đường tiêu hoá là do vị toan và enzyme dạ dày tự tiêu hoá niêm mạc dạ dày và tá tràng gây ra. Viêm hang vị là viêm nông mạn tính hoặc viêm teo hang vị. Trước đây, người ta cho rằng loét đường tiêu hoá và viêm hang vị là bệnh của người lớn. Nhưng ngày nay, do số con trong các gia đình ít, kinh tế phát triển, bố mẹ nuông chiều con nhưng lại thiếu kiến thức vệ sinh ăn uống, cộng với bài vở nặng nề, áp lực lớn, nên tỉ lệ trẻ em mắc bệnh loét đường tiêu hoá và viêm hang vị dạ dày ngày càng nhiều.

Triệu chứng chủ yếu của chứng loét đường tiêu hoá và viêm hang vị dạ dày là đau bụng tái phát liên tục, ợ hơi, buồn nôn, lười ăn, có khi xuất huyết, cơ thể gầy gò. Đau bụng là triệu chứng đặc thù của bệnh này. Vị trí

đau thường ở bụng trên, số ít đau quanh rốn, ít khi đau liên tục mà đau thành cơn, ít khi đau mạnh mà chỉ đau âm ỉ, ấn bụng trên cảm thấy đau. Nhưng cũng có trẻ không đau bụng mà đột nhiên nôn ra máu, đại tiện ra máu. Trẻ bệnh thường kèm theo trướng bụng, nấc, nôn ói, chán ăn, lâu dần cơ thể trở nên gầy gò.

Đối với trẻ đau bụng mạn tính, ngoài khả năng mắc bệnh giun sán ra, cần nghĩ đến có phải bị bệnh loét đường tiêu hoá và viêm hang vị hay không, cần kiểm tra đường tiêu hoá, cần thiết còn phải soi dạ dày. Phụ huynh cũng không nên quá lo lắng, vì bệnh này có thể chữa khỏi.

31) Tại sao cơ thể lại mất nước?

Cơ thể mất nước khi lượng nước tổng hợp giảm, nhất là lượng nước ngoài tế bào. Trẻ mất nước là do tiêu chảy, nôn ói hoặc lượng nước bổ sung quá ít gây ra, thường kèm theo mất kali, natri và các chất điện giải khác.

Căn cứ vào tỉ lệ mất nước và chất điện giải khác nhau xuất hiện tình hình thay đổi khác nhau của áp lực thẩm thấu nước trong cơ thể, có thể chia ra mất nước thẩm thấu bằng nhau, thẩm thấu thấp và mất nước thẩm thấu cao.

Mất nước thẩm thấu bằng nhau: nước và chất điện giải (chủ yếu là natri) mất theo tỉ lệ, chủ yếu mất nước ngoài tế bào, nước trong tế bào không tăng, lúc này natri trong huyết thanh khoảng 130 – 150 phân tử gam/

lit, nên áp lực thẩm thấu của huyết tương ở trong phạm vi bình thường.

Mất nước thẩm thấu thấp: mất natri nhiều hơn nước, chủ yếu mất nước ngoài tế bào, một bộ phận mất ra ngoài, một phần chảy vào trong tế bào. Lúc này natri trong huyết thanh dưới 130 phân tử gam/lit, nên máu ở trạng thái thẩm thấu thấp, triệu chứng mất nước rõ hơn là mất nước thẩm thấu bằng nhau. Do lượng máu tuần hoàn giảm nên dễ bị choáng.

Mất nước thẩm thấu cao: mất nước nhiều hơn natri. Natri trong huyết thanh lên trên 150 phân tử gam/lit, chủ yếu là do áp lực thẩm thấu của nước ngoài tế bào cao, nước trong tế bào di chuyển ra ngoài tế bào, dẫn đến mất nước trong tế bào, còn nước ngoài tế bào giảm không lớn, cho nên triệu chứng mất nước không rõ rệt như mất nước thẩm thấu bằng nhau và mất nước thẩm thấu thấp, người bệnh có thể xuất hiện triệu chứng sốt cao, khát, căng cơ, ngủ li bì, co giật, hôn mê.

32) Ngộ độc axit là gì?

Nhờ sự điều tiết của các hệ thống điều tiết mà độ kiềm, axit trong nước của người bình thường luôn giữ cân bằng. Khi trẻ tiêu chảy, nhất là tiêu chảy nặng, bài tiết lượng lớn chất kiềm qua phân, kết hợp ăn ít, nên việc trao đổi chất trong cơ thể không thể tiến hành bình thường, làm mất cân bằng axit – kiềm, gây ngộ độc axit.

Ngộ độc axit thường xảy ra trên cơ sở mất nước. Trẻ mất nước độ vừa trở lên đều kèm theo ngộ độc axit mức độ khác nhau. Ngộ độc axit độ vừa sẽ xuất hiện các triệu chứng thở sâu, nhanh, tinh thần uể oải, bồn chồn, buồn ngủ, buồn nôn, ói mửa, môi miệng đỏ, có khi hơi thở rất hôi. Ngộ độc axit nặng xuất hiện tình trạng sốt cao, co giật, mất thần chí, hôn mê. Cần nhấn mạnh rằng, chức năng hô hấp của trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ còn kém, khi bị ngộ độc axit, sự thay đổi hô hấp không rõ rệt, thường chỉ có biểu hiện uể oải, sắc mặt xanh xao, không bú, cho nên trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị ngộ độc axit và trẻ lớn ngộ độc axit độ vừa và nặng đều phải đưa ngay đến bệnh viện để cứu chữa kịp thời, tránh nguy hiểm tính mạng.

33) Tiêu chảy là gì?

Tiêu chảy là chỉ số lần đại tiện tăng, thường mỗi ngày trên ba lần, phân loãng hoặc như nước, có khi còn lẫn những chất không bình thường như thức ăn chưa tiêu hoá, niêm dịch, máu mủ. Trẻ em tiêu chảy thường do nhiều nguyên nhân gây ra, là bệnh rất thường gặp. Do sự phân bố nước trong cơ thể trẻ em khác với người lớn, nên khi bị tiêu chảy dễ làm rối loạn nước và chất điện giải, dẫn đến mất nước, kali thấp, natri thấp và canxi thấp. Khi tiêu chảy nặng, nếu không kịp thời bổ sung

nước, khiến dung lượng máu trong cơ thể giảm thấp dẫn đến choáng, thậm chí nguy hiểm tính mạng.

Tiêu chảy kéo dài ngoài ảnh hưởng tới sự hấp thu của trẻ đối với chất dinh dưỡng trong thức ăn còn tiêu hao chất dinh dưỡng và các mô nào đó trong cơ thể, khiến trẻ gầy gò, da nhão, không còn độ nảy, sức đề kháng giảm, dễ bị nhiễm trùng, ảnh hưởng không tốt đến sự phát triển bình thường của trẻ. Nếu thiếu vitamin A còn gây đục, khô, mềm giác mạc, nghiêm trọng sẽ thủng, mù. Vì thế cần tích cực điều trị tiêu chảy cấp, mạn tính ở trẻ.

34) Tiêu chảy chia ra mấy loại?

Căn cứ vào nguyên nhân gây bệnh, tiêu chảy có thể chia ra hai loại: nhiễm trùng và không nhiễm trùng. Tiêu chảy nhiễm trùng còn gọi là viêm ruột trẻ em. Viêm trong ruột thường thấy viêm ruột do trực khuẩn đại tràng, ly trực trùng, viêm ruột do virút, viêm ruột dạng nấm. Nhiễm trùng ngoài ruột như nhiễm trùng đường hô hấp, viêm phổi, nhiễm trùng da và các loại bệnh truyền nhiễm khác đều có thể kèm theo tiêu chảy. Tiêu chảy không nhiễm trùng còn gọi là tiêu hoá kém hoặc tiêu chảy đơn thuần, thường gặp ở các trường hợp nuôi dưỡng không đúng, dị ứng sữa bò, không hợp với đường sữa, thời tiết thay đổi đột ngột và bụng bị lạnh.

Căn cứ vào tình hình bệnh có thể chia tiêu chảy dạng nhẹ, dạng vừa và dạng nặng. Tiêu chảy nhẹ thì mỗi ngày đại tiện dưới 10 lần, số lượng phân đi mỗi lần dưới 10ml/kg trọng lượng cơ thể, không có tình trạng mất nước, ngộ độc. Tiêu chảy mức độ vừa mỗi ngày 10 – 20 lần, lượng phân đi mỗi lần từ 10 – 20 ml/kg trọng lượng cơ thể kèm theo mất nước nhẹ hoặc vừa, hoặc ngộ độc nhẹ. Tiêu chảy nặng mỗi ngày đại tiện trên 20 lần, số phân đi mỗi lần trên 20 ml/kg trọng lượng cơ thể, kèm theo mất nước nặng hoặc có triệu chứng ngộ độc rõ.

35) Tiêu chảy xảy ra như thế nào?

Tiêu chảy là bệnh thường gặp ở trẻ em, muốn phòng ngừa và điều trị tốt cần tìm hiểu nguyên nhân và cơ chế phát bệnh.

Sự hấp thu và vận chuyển nước cùng chất điện giải gặp trở ngại hoặc tiết ra khác thường. Tổn thương tế bào niêm mạc ruột do các nguyên nhân gây ra khiến sự hấp thu và vận chuyển nước cùng chất điện giải gặp trục trặc, hoặc tiết dịch ruột quá nhiều, dẫn đến tiêu chảy.

Hấp thu gặp trở ngại: diện tích hấp thu trở nên hẹp, như niêm mạc ruột bị hoại tử, hoặc ruột bị cắt, nhu động ruột quá nhanh, nước trong ruột không được hấp thu đầy đủ, thiếu men tiêu hóa gây ra hấp thu kém.

Áp lực trong khoang ruột tăng: cản trở tuần hoàn máu thành ruột, thẩm thấu tăng dẫn đến tiêu chảy.

Áp lực thẩm thấu các chất chứa trong ruột như đường, chất trao đổi protein, chất điện giải... tăng lên, lúc đó, nước thẩm thấu vào khoang ruột, làm tăng lượng nước ở phân, gây tiêu chảy thẩm thấu. Khi rối loạn chức năng tiêu hóa, thức ăn không được tiêu hóa hấp thu tốt, sinh ra axit lactic làm tăng áp lực thẩm thấu trong khoang ruột, dẫn đến tiêu chảy.

Yếu tố dị ứng: ăn phải thức ăn dị ứng như sữa bò, hải sản có thể làm tổn thương thành ruột, khiến ruột nhu động tăng, gây tiêu chảy.

36) Thế nào gọi là viêm ruột kéo dài ở trẻ em?

Viêm ruột kéo dài ở trẻ em là chỉ trẻ tiêu chảy kéo dài trên 2 tuần không khỏi, bệnh tình lặp đi lặp lại, phân xấu, thường kèm theo nôn ói, có thể dẫn đến mất nước, rối loạn chất điện giải. Trẻ bệnh lâu, tiêu hao dinh dưỡng, chức năng tiêu hoá càng trở nên kém, sức hấp thu thức ăn yếu, tinh thần mệt mỏi, ăn uống uể oải, người gầy gò, thiếu máu và thiếu nhiều loại vitamin, sức miễn dịch giảm, dễ bị nhiễm trùng thứ phát đường hô hấp, tai giữa, đường tiết niệu và da.

Cũng có một số trẻ sau khi bị tiêu chảy cấp bị giảm hoạt tính men đường kép tạm thời, sự phân giải và hấp thu đường kép kém cũng làm trẻ tiêu chảy kéo dài.

37) Viêm ruột hoại tử xuất huyết cấp tính ở trẻ biểu hiện ra sao?

Viêm ruột hoại tử xuất huyết cấp tính ở trẻ em thường kèm chảy máu, chủ yếu bị ở ruột non. Trẻ bị nặng có thể xuất hiện choáng dạng ngộ độc, nguy hiểm đến tính mạng, cho nên sớm chẩn đoán và điều trị kịp thời là cực kỳ quan trọng. Bệnh này có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng thiếu nhi 6 -12 tuổi hay gặp nhất. Tỷ lệ phát bệnh ở nông thôn cao hơn thành thị, mùa nào cũng có nhưng mùa hè nhiều hơn.

Bệnh phát ra ở hồi tràng và hồi tràng, liên lụy đến toàn bộ ruột non, thậm chí cả đại tràng, dạ dày và thực quản. Biến chứng tại chỗ hoặc từng đoạn, có thể xảy ra một đoạn hoặc hai đoạn ruột với độ dài từ vài cm đến toàn bộ ruột non. Ruột bị liên lụy sẽ nở ra có màu đỏ sẫm hoặc đỏ tím phân biệt rõ với ruột bình thường, không khí tích lại trong ruột cùng với các chất dạng máu, thành ruột trở nên dày, cứng, niêm mạc nhẵn, sưng tấy, bề mặt có các ổ hoại tử rải rác, sau khi bong tróc sẽ trở thành vết loét nông, trong ruột có thể có chất nước dạng máu hoặc mủ ứa ra. Người bị nhẹ thì chỉ bị liên lụy niêm mạc và lớp dưới niêm mạc, chỉ có xung huyết, phù nề và chảy máu dạng hoại tử nhỏ. Người bị nặng có thể dẫn đến hoại tử các lớp thành ruột, thậm chí xảy ra thủng ruột và viêm phúc mạc. Sau khi hồi phục không để lại biến chứng mạn tính, nhưng chất xơ trong ổ bụng thấm ra có thể dẫn đến dính ruột.

38) Viêm đại tràng dạng loét mạn tính là gì?

Viêm đại tràng dạng loét là chứng viêm đại tràng không đặc thù chưa rõ nguyên nhân. Bệnh chủ yếu xảy ra ở trực tràng, đại tràng chữ S, cũng có thể liên lụy toàn thân, một số người còn kèm theo viêm đa khớp, viêm xương sống dạng dính khớp, viêm gan không đặc thù và các loại biến chứng da.

Biểu hiện chủ yếu của bệnh là tiêu chảy tái phát, đau bụng, đại tiện phân nhầy có máu, bệnh có thể kéo dài vài ngày đến vài tháng, sau đó triệu chứng dần biến mất, cách vài tháng đến vài năm lại tái phát. Đây là loại bệnh không do nguyên nhân đặc biệt nào gây ra. Y học gọi bệnh do một nguyên nhân rõ ràng gây ra là bệnh đặc thù, gọi bệnh không rõ nguyên nhân và không phải do một yếu tố gây ra là bệnh không đặc thù. Viêm đại tràng dạng loét mạn tính là bệnh không rõ nguyên nhân nên thuộc chứng viêm đại tràng không đặc thù.

39) Bệnh ly trực khuẩn là gì?

Ly là bệnh tiêu chảy đặc biệt nằm trong phạm vi tiêu chảy do nhiễm trùng, là bệnh truyền nhiễm loại II, gây tổn thương ruột già và đoạn cuối ruột non.

Trực khuẩn ly có thể sống ở đất vài tháng, ở giường chiếu, đồ chơi, vật dụng khoảng 2-3 ngày. Trực khuẩn

ly có thể phát triển mạnh ở sữa và sản phẩm chế biến từ sữa.

Bệnh ly có hai đường lây truyền: thứ nhất là lây trực tiếp từ người bệnh đến người lành do tay nhiễm khuẩn, thứ hai là lây gián tiếp qua phân- thức ăn, thức uống nhiễm trực khuẩn ly qua miệng đưa vào dạ dày, qua ruột non, xuống ruột già, xâm nhập niêm mạc, gây bệnh.

Thời gian ủ bệnh từ 12 giờ đến 96 giờ, sau đó phát đột ngột với triệu chứng đau quặn, mót rặn, phân có nhầy trắng và máu. Bị bệnh này, trẻ nhỏ hay khóc từng chập khi đi ngoài. Người bị ly thường đi ngoài nhiều lần, số lượng ít, phân lỏng, có khi chỉ ra toàn chất nhầy, hoặc toàn máu như nước rửa thịt, có khi nhầy như mủ, rất tanh.

Người bị nặng có thể kèm theo sốt cao, đau khớp, mất nước, nôn, co giật, hôn mê.

40) Ly trực khuẩn nhiễm độc là gì?

Ly trực khuẩn nhiễm độc là loại đặc thù của bệnh ly trực khuẩn cấp tính thường gặp ở trẻ nhỏ 2-7 tuổi vốn khỏe mạnh, tình trạng dinh dưỡng tốt, khởi bệnh gấp, tình trạng bệnh nặng, lâm sàng chia ra ba dạng:

- ◆ **Dạng choáng:** chiếm tỉ lệ cao, lên đến 30 – 50%.
Biểu hiện ban đầu: tinh thần uể oải, sắc mặt xám xịt, môi miệng tím tái, chân tay lạnh, huyết áp hạ, tiểu tiện ít. Theo sự tiến triển nặng thêm của bệnh, sắc mặt trở tái méc, toàn thân tím tái, chân tay ứ đọng, lạnh, da nổi ban, huyết áp tiếp tục hạ, tiểu tiện ít hoặc không tiểu tiện, thậm chí mơ màng, thở gấp, số ít bệnh nhân bị đông máu rải rác trong mạch và choáng.
- ◆ **Dạng não:** ban đầu, tinh thần người bệnh uể oải, bồn chồn không yên, thân nhiệt lên đến trên 40°C, tiếp đó li bì, co giật, hôn mê. Người bệnh nặng có thể có triệu chứng não úng thủy, thở không còn theo nhịp, lúc nhanh, lúc chậm, có thể hít vào hai lần liên tiếp, thậm chí ngừng thở, có khả năng chết đột ngột.
- ◆ **Dạng hỗn hợp:** biểu hiện lâm sàng cả dạng choáng và dạng não.

Cần nhấn mạnh là khi mới phát bệnh, tiêu chảy dạng này không rõ rệt, sau mới xuất hiện phân lẫn máu hoặc lẫn mủ, thường phải lấy phân qua hậu môn, hoặc qua thụt ruột để xét nghiệm, phát hiện phân lẫn máu hoặc lẫn mủ mới chẩn đoán chắc chắn. Qua đó có thể thấy, việc chẩn đoán sớm bệnh lỵ trực khuẩn ngộ độc là tương đối khó khăn, rất dễ chẩn đoán sai. Vì thế, mùa hè nóng nực mà phát hiện trẻ bỗng sốt cao, co giật, hôn mê hoặc choáng, hoặc suy hô hấp thì cần nghĩ đến nguy cơ mắc bệnh này, cần sớm tiến hành điều trị cấp cứu.

41) Lỵ amíp là gì?

Lỵ amíp còn gọi bệnh lỵ amíp đường ruột – là bệnh truyền nhiễm đường ruột do ký sinh trùng *Entamoeba histolytica* gây ra.

Kén ký sinh trùng amíp thông qua thực phẩm vào đường ruột con người, qua thời gian ủ bệnh, nở thành ấu trùng khu trú ở đại tràng, khi sức đề kháng của cơ thể giảm sẽ gây bệnh. Ký sinh trùng amíp chủ yếu xâm nhập manh tràng, đại tràng lên, đại tràng hình chữ S và trực tràng, sinh sôi cực mạnh cục bộ, phá hoại, làm mưng mủ, hoại tử mô niêm mạc ruột, gây ra đau bụng, mót rặn, tiêu chảy như bệnh lỵ thông thường, phân nhầy, lẫn máu mủ, nhưng phân đặc trưng của lỵ amíp màu đỏ sẫm.

Ký sinh trùng amíp lây nhiễm sang người có thời gian ủ bệnh nhất định, thường vài ngày, có khi vài tháng. Triệu chứng lâm sàng sau khi phát bệnh cũng mỗi người một khác, có người tiêu chảy hoặc khó chịu ở bụng mức độ nhẹ, có người không có triệu chứng rõ ràng, có người bệnh bùng phát điển hình.

Lỵ amíp là bệnh lý nguy hiểm, nếu không điều trị dứt điểm có thể tái phát, gây sốc do mất nước bởi tiêu chảy quá nhiều. Biến chứng của lỵ amíp có thể gây thủng ruột, xuất huyết đường tiêu hoá, lồng ruột, áp xe và tạo ổ mủ các cơ quan khác.

42) Táo bón là gì?

Người khỏe mạnh thì hầu hết mỗi ngày đi đại tiện một lần, phân mềm, có khuôn, không có cảm giác khó chịu. Trong tình hình bình thường, thức ăn đi qua dạ dày, ruột, được tiêu hoá hấp thu, bã còn lại thành phân, từ lúc ăn thức ăn đến lúc thải ra cần khoảng 24 – 48 giờ. Nếu gián cách giữa hai lần đại tiện vượt quá 48 giờ là bị táo bón. Thời gian đại tiện khác nhau tùy theo từng người, có người hai – ba ngày, thậm chí lâu hơn mới đi đại tiện một lần, có người mỗi ngày đại tiện 2 – 3 lần, nhưng tình trạng phân bình thường, không bị đau bụng thì đều thuộc bình thường.

Nếu vì nguyên nhân nào đó mà phân tích lại trong ruột lâu, nước trong phân bị hút kiệt, khiến phân trở nên khô, cứng, bài tiết khó khăn, đến 2- 3 ngày, thậm chí lâu hơn mới thải ra được một lần, người bị nặng thì phân có dạng hình tròn như phân dê, gọi là táo bón.

43) U đại tràng là gì?

Nói theo nghĩa rộng, bất cứ biến chứng u thịt thừa nhìn bề ngoài lùm lên trên mặt niêm mạc đại tràng đều gọi là u đại tràng. Lâm sàng thường xuyên gặp u đại tràng ở trẻ em, tuổi dễ bị là từ 3 đến 7 tuổi, khoảng 90% phát ở trực tràng và đại tràng chữ S, khoảng 85% là u

non, số ít là u hạch bạch huyết, hầu như không có biến chứng ung thư.

U đại tràng ở trẻ em chủ yếu biểu hiện đại tiện ra máu, hầu như mỗi lần đại tiện đều có lẫn ít máu đỏ tươi bám ngoài phân, chứ không lẫn bên trong, có khi nhỏ vài giọt máu sau khi đại tiện, rất ít thấy chảy nhiều máu. U niêm mạc thì đại tiện phân nhầy dính, khi u bong tróc có thể chảy tương đối nhiều máu. Số ít có cảm giác đau khi đi ngoài. Có trẻ khi đi ngoài, u lòi ra ngoài hậu môn, đại tiện xong lại co vào. Do chảy máu hết lần này đến lần khác nên trẻ bị thiếu máu, dinh dưỡng kém, ảnh hưởng đến độ lớn.

U đại tràng ở trẻ em thường có thể tự bong tróc. Trẻ trên 12 tuổi thường rất ít gặp bị u đại tràng. Nói chung, đến trước tuổi dậy thì, u đại tràng đều tự bong hết. Những trường hợp không tự bong thì có thể điều trị bằng phương pháp thắt bỏ.

44) Viêm ruột thừa là gì?

Ruột thừa là một ống tròn nằm cuối manh tràng, đường kính chừng 0,5cm, dài khoảng 5 – 7cm, lòng trong ruột thừa rất nhỏ, chỉ 0,2 – 0,3cm, nhiều người gọi nhầm viêm ruột thừa là “viêm manh tràng”, thực tế thì khi viêm ruột thừa thì manh tràng không bị viêm.

Viêm ruột thừa có hai dạng: cấp tính và mạn tính, trẻ em thì phần lớn là viêm ruột thừa cấp.

Viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em là bệnh đau bụng cấp hay gặp nhất, có thể xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào, tỉ lệ phát bệnh tăng theo tuổi. Tỉ lệ mắc bệnh của trẻ tuổi học trò tương đối cao, còn trẻ nhỏ dưới ba tuổi chỉ chiếm 5 – 9,6% số ca bệnh. Bệnh không có tính mùa vụ rõ rệt. Do bệnh tiến triển nhanh, việc chẩn đoán sớm gặp khó khăn, tuổi càng nhỏ thì triệu chứng càng không rõ ràng, cho nên ruột thừa bị thủng chiếm tỉ lệ tương đối cao, lên tới 15%, ở trẻ dưới 5 tuổi có tỉ lệ chừng 4%, biến chứng sau khi mổ cũng tương đối nhiều.

Tỉ lệ viêm ruột thừa mạn tính ở trẻ em thấp, đa số là do điều trị viêm ruột thừa cấp tuy lâm sàng đã hết triệu chứng, nhưng sự thay đổi bệnh lý làm tăng sinh mô, lòng ruột thừa trở nên hẹp, hoặc do sau khi viêm ruột thừa khiến mô chung quanh bị dính, hoặc bị kích thích dị vật như sạn, vôi trong lòng ruột thừa dẫn đến viêm ruột thừa mạn tính.

45) Tại sao lại bị tắc ruột?

Các chất chứa trong ruột khi đi qua đường ruột bị trở ngại gọi là tắc ruột, là chứng đau bụng cấp tính hay gặp ở trẻ em.

Căn cứ vào nguyên nhân gây ra, tắc ruột chia ra ba loại:

- ◆ Tắc ruột cơ năng: hay gặp nhất, do lòng ruột hẹp, cũng có thể do ruột bị xoắn, bị u ở trong hoặc ngoài ruột chèn ép gây ra, hoặc do dị tật đường ruột bẩm sinh.
- ◆ Tắc ruột dạng động lực: do phản xạ thần kinh hoặc bị kích thích bởi chất độc làm mất nhu động ruột hoặc co ruột khiến chất chứa trong ruột bị ngưng trệ nhưng ruột không tổn thương mà chỉ bị hẹp.
- ◆ Tắc ruột dạng lưu thông máu: là do tắc nghẽn mạch máu ruột, cản trở lưu thông máu, làm tê ruột, dẫn đến chất chứa trong ruột không thể lưu thông. Dạng này rất ít gặp.

Căn cứ vào trở ngại lưu thông máu thành ruột, có thể chia ra hai dạng:

Tắc ruột đơn thuần, không trở ngại lưu thông máu.

Tắc ruột dạng xoắn hẹp: vừa tắc ruột vừa trở ngại lưu thông máu thành ruột.

Ngoài ra, tùy vị trí tắc, còn chia ra tắc ruột cao và tắc ruột thấp; theo mức độ tắc lại chia ra tắc hoàn toàn và tắc không hoàn toàn.

46) Xoắn ruột biểu hiện ra sao?

Xoắn ruột là dạng tắc ruột do một đoạn ruột xoay theo hạch mạc treo ruột gây ra, cùng lúc bị xoắn, mạch máu mạc treo bị chèn ép, nên thuộc dạng tắc ruột xoắn. Nguyên nhân là do mạc treo ruột quá dài, gốc mạc treo quá mảnh hoặc bị co dính. Lâm sàng thấy nhiều xoắn theo chiều kim đồng hồ. Người xoắn nhẹ dưới 360° , người xoắn nặng $720 - 1080^{\circ}$. Vị trí xoắn có thể một phần ruột non, xoắn toàn bộ ruột non, và xoắn đại tràng chữ S.

Xoắn ruột phần lớn xảy ra ở nhi đồng, thiếu niên, ít gặp ở hài nhi, đa phần là xoắn ruột non do vận động mạnh sau khi ăn no. Biểu hiện chủ yếu là quặn đau liên tục quanh rốn, đau từng cơn mạnh, đau lan toả ra eo, trẻ nằm nghiêng co quắp, kèm nôn ọe, quanh rốn ấn đau rõ rệt, kiểm tra bằng chụp X quang thấy thay đổi vị trí hồng tràng, hồi tràng.

Điều trị xoắn ruột cần xử lý tắc ruột, có thể điều trị bằng phẫu thuật hoặc không phẫu thuật.

47) Lồng ruột là gì?

Lồng ruột là hiện tượng một phần ruột và mạc treo của nó lồng vào trong lòng ruột lân cận. Đây là loại bệnh đặc biệt của hài nhi, cũng là một trong các chứng đau bụng cấp thường gặp nhất ở trẻ nhỏ. Tuổi

bị bệnh nhiều nhất là hài nhi 4 – 10 tháng tuổi, cùng với tháng tuổi tăng lên, tỉ lệ phát bệnh sẽ giảm dần. Tỉ lệ mắc bệnh ở trẻ nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ 2:1. Nguy cơ mắc bệnh có liên quan đến khí hậu thời tiết, nhất là mùa xuân, có khả năng liên quan đến dịch nhiễm khuẩn đường hô hấp và bệnh tiêu chảy trẻ em về mùa này.

Lồng ruột có thể xảy ra bất cứ chỗ nào của đại tràng hoặc ruột non. Tùy chỗ lồng ruột mà chia ra: dạng hồi – kết tràng, hồi – manh tràng, hồi – hồi kết tràng, ruột non và kết tràng, trong đó dạng hồi- kết tràng là nhiều nhất, chiếm 40 – 50%, thứ đến là dạng hồi manh tràng, chiếm 20 – 30%.

Lồng ruột còn chia ra lồng ruột nguyên phát và lồng ruột thứ phát. Đa số là lồng ruột nguyên phát. Tại đoạn ruột bị lồng và lân cận không tìm thấy biến chứng cơ năng. Số ít lồng ruột thứ phát là do biến chứng cơ năng ở thành ruột như u thịt thừa, túi thừa, u ruột gây ra.

48) Ký sinh trùng đường ruột lớn nhất là loại nào?

Ruột con người có cả một “vườn động vật”, chủ của nó là ký sinh trùng như giun kim, giun đũa, giun móc, sán lá ruột, sán dây, sán lá gan, sán lá phổi, sán xơ mít. Kích thước các loại giun sán khác nhau, nhỏ như

giun kim chỉ vài milimet, lớn như sán dài đến hai mươi mét. Hình dáng của chúng cũng khác nhau, sán lá giống như chiếc lá, giun kim mảnh như sợi chỉ, sán dây có gần ngàn đốt nối với nhau. Tuổi thọ của chúng cũng khác nhau rất lớn, như sán có thể sống đến vài chục năm, còn giun kim chỉ sống khoảng một tháng. Chúng ký sinh trong ruột con người, hút thành phần dinh dưỡng khiến con người gầy gò, mệt mỏi, vô lực, thiếu máu, đau bụng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe.

Sán dây có khi dài tới 25 mét, gấp khoảng 3 lần toàn bộ chiều dài đường ruột con người. Nó là ký sinh trùng lớn nhất trong “vườn động vật” ở ruột người. Sán dây ký sinh trong đường ruột phần lớn chỉ có một con, nhưng người có thói quen ăn thịt trâu bò sống thì có khi có tới ba, năm con cũng không phải là hiếm gặp. Có thông tin cho biết, sán dây ký sinh trong ruột một người nhiều nhất cho đến nay lên đến 31 con. Khi người ăn thịt trâu bò, dê có ấu trùng sán, ấu trùng sẽ bám vào thành ruột, sau ba tháng nở thành sán, ký sinh ở đoạn trên ruột non. Sán trưởng thành sống trong ruột con người lên đến 20 năm, thậm chí lên đến 60 năm.

Sán ký sinh trong ruột, hút phần lớn chất dinh dưỡng mà con người ăn vào, đồng thời tiết độc tố, gây ra hàng loạt triệu chứng như đau bụng, dinh dưỡng kém, thiếu máu, sán chui vào ruột thừa còn gây ra viêm ruột thừa cấp.

49 Bệnh giun kim là gì?

Bệnh giun kim là bệnh ký sinh trùng đường ruột hay gặp ở trẻ em, với đặc điểm lâm sàng là ngứa quanh hậu môn và hội âm, khiến trẻ ngủ không yên, tỉ lệ mắc bệnh ở trẻ từ 2-9 tuổi là cao nhất.

Giun kim có màu trắng sữa, hình dáng mảnh như sợi chỉ, giun đực dài chừng 2-5mm, giun cái 8-13mm, ký sinh ở manh tràng, đại tràng, trực tràng. Giun đực, giun cái khác nhau, sau khi giao phối, giun đực nhanh chóng chết, theo phân ra ngoài, giun cái có chứa liên di chuyển xuống dưới, đến đến khi con người ngủ thì chui ra ngoài hậu môn, đẻ hàng loạt trứng ở chỗ da nhăn quanh hậu môn và hội âm, sau đó chết hàng loạt. Trong vòng sáu giờ, trứng giun phát triển thành trứng lây nhiễm, qua miệng hoặc mũi con người, xâm nhập vào đường ruột, nở ra trong dạ dày và ruột non. Ấu trùng nở ra di chuyển đến ruột non rồi xuống đại tràng phát triển thành giun trưởng thành. Từ trứng giun xâm nhập cơ thể con người mà phát triển thành giun trưởng thành khoảng 2 – 4 tuần. Tuổi thọ của giun cái chừng 4 – 8 tuần.

Giun kim không cần vật mang ký sinh trùng trung gian. Người bệnh chính là nguồn lây nhiễm duy nhất, chủ yếu là thông qua ăn uống các thực phẩm nhiễm trứng giun hoặc qua tay dính trứng giun hoặc hít phải

bụi bặm chứa trứng giun hoặc ấu trùng nở ra quanh hậu môn lại chui lại vào hậu môn gây nhiễm giun ngược. Cứ tuần hoàn liên tục như vậy mà hình thành bệnh giun kim.

50) Bệnh giun đũa biểu hiện như thế nào?

Bệnh giun đũa là bệnh ký sinh trùng đường ruột thường gặp ở trẻ em do giun đũa ký sinh trong cơ thể trẻ gây ra, tỉ lệ mắc bệnh ở hài nhi, trẻ trước tuổi đi học tại nông thôn rất cao. Giun đũa trưởng thành ký sinh ở ruột non người mang bệnh. Người bị nhẹ thì trong ruột chỉ có một vài con, chỉ khi cảm nhiễm nặng mới phát ra triệu chứng.

Giun đũa là một trong những loại ký sinh trùng lớn nhất ký sinh trong cơ thể con người, hình dáng giống con giun đất, màu sữa, có khi phớt hồng. Giun cái mỗi ngày đẻ hai trăm ngàn trứng, trứng thụ tinh được thải ra ngoài theo phân, khoảng 25 ngày sau phát triển thành trứng lây nhiễm. Con người nhiễm phải do tiếp xúc với đất hoặc thực phẩm bị nhiễm. Trứng giun qua miệng đưa vào đường ruột, phần lớn bị axit dạ dày giết chết, số ít thoát xuống ruột non nở ra ấu trùng. Ấu trùng giun đũa chui vào thành ruột non, vào tĩnh mạch hoặc bạch huyết, sau đó theo máu đến phổi, tại phổi, ấu trùng phát triển thành giun, đi theo khí quản ngược lên họng, lại

bị nuốt xuống ruột non, phát triển thành giun trưởng thành, giun trưởng thành dài khoảng 20 – 30cm. Toàn bộ quá trình trên đây là lịch sử sống của giun đũa. Quá trình này có thể lặp lại.

Người bị nhiễm giun nhẹ thì thường không có triệu chứng, hoặc thỉnh thoảng buồn nôn, đau bụng, hoặc nhu động ruột không theo quy luật.

Người nhiễm nặng thì thường xuyên đau bụng, buồn nôn, có khi sờ bụng thấy cả cục cứng, có khi nôn hoặc đại tiện ra cả giun. Giun tranh giành chất dinh dưỡng với người mang bệnh, dẫn đến trẻ suy dinh dưỡng, thiếu máu hoặc chậm lớn. Triệu chứng ở phổi có liên quan đến số lượng ấu trùng giun đi qua phổi, có thể gây ra ho, ho đờm, máu, tế bào bạch cầu toan tính tăng, phổi phù nề do viêm.

51. Giun đũa “du lịch” trong cơ thể người như thế nào? Tính nguy hại ra sao?

Trứng giun đũa sau khi xâm nhập cơ thể người, từ trứng phát triển thành giun trưởng thành phải mất hơn hai tháng. Trong thời gian này, nó chu du một vòng trong cơ thể con người.

Bắt đầu, trứng giun qua miệng vào dạ dày, rồi xuống ruột non. Vài giờ sau, giun con trong trứng đục vỏ chui ra, thành ấu trùng. Ấu trùng giun có “răng khoan” đặc

biệt, có thể khoét thành ruột và thành mạch máu và thành ống bạch huyết để vào máu, qua tuần hoàn máu đến tim, sau đó từ tim đến phổi. Từ trong phổi, ấu trùng giun đũa chui qua mạch máu nhỏ đến phế nang, tại đây ấu trùng lột xác hai lần và lớn lên gấp 5 – 10 lần, khu trú tại đây hai, ba tuần rồi theo nhánh phế quản và khí quản bò ngược lên họng, lại bị nuốt xuống dạ dày, sau đó đến khu trú ở ruột non. Tại đây, ấu trùng lột xác lần nữa và sau khoảng bốn tuần phát triển thành giun trưởng thành.

Trên đường du ngoạn, một số ấu trùng giun theo tuần hoàn máu đến gan, lách, thận, não, tuỷ, tim ... Tại các cơ quan quan trọng này ấu trùng giun có thể gây ra bệnh nặng như viêm phổi, chảy máu phổi, áp xe gan, u não. Giun đũa còn thích khoan lỗ và chu du, khi trẻ lên cơn sốt, hoặc tẩy giun không đúng cách, giun sẽ làm loạn, gây bệnh nghiêm trọng như tắc ruột, thủng ruột, viêm ruột thừa... có thể nguy hiểm tính mạng.

52) Thoát vị bụng là gì?

Thoát vị bụng gồm thoát vị rốn và thoát vị bẹn. Trẻ em có tỉ lệ thoát vị bẹn cao, cho nên lâm sàng, bác sĩ thường gọi thoát vị bẹn ở trẻ em là thoát vị. Trẻ ra đời chưa bao lâu đã bị bệnh, bé trai có tỉ lệ cao hơn bé gái.

Thời gian đầu phôi thai, tinh hoàn ở dưới thật, khi thai được tám tháng, nó sẽ từ khoang bụng đi qua ống bẹn xuống đáy bìu tinh hoàn. Ống bẹn là một cái túi, trước hoặc sau khi em bé ra đời thì đóng lại, khoảng 90% khi ra đời, túi này vẫn chưa đóng, thường là sáu tháng sau khi ra đời sẽ đóng kín; cá biệt có trẻ phải một năm mới đóng hết. Ống bẹn rất ngắn, chỉ khoảng một centimet và vuông góc từ vòng trong thông với vòng dưới da, nếu không đóng kín sẽ thông với khoang bụng. Khi áp lực trong bụng tăng như bé khóc quấy, táo bón phải lấy sức rặn, tiêu chảy... ruột bị ép vào ống bẹn. Ở bé gái có thể thấy buồng trứng, ống dẫn trứng và tử cung bị chèn ép vào túi bẹn. Ruột hoặc buồng trứng, ống dẫn trứng, tử cung theo ống bẹn vào bìu tinh hoàn hoặc chỗ ngang góc đùi, gây ra thoát vị.

Phần 3

NGUYÊN NHÂN GÂY RA BỆNH ĐƯỜNG RUỘT

53) Nguyên nhân nào khiến trẻ biếng ăn?

Không ít người than phiền với bác sĩ rằng con mình rất biếng ăn, ăn không ngon, lượng ăn ít, chậm lớn, nhưng qua kiểm tra không phát hiện bệnh gì. Gặp trường hợp như vậy, bác sĩ phải kiểm tra tỉ mỉ để chẩn đoán trẻ biếng ăn thật hay giả. Biếng ăn giả có mấy khả năng sau:

Các trẻ này có thể ăn ít hơn các trẻ khác, nhưng nhìn tổng thể vẫn bình thường, chiều cao, cân nặng vẫn phù hợp tiêu chuẩn, phản xạ tinh thần tốt, sắc mặt bình thường, kiểm tra huyết sắc tố bình thường, cũng không có bệnh sử mạn tính nào.

Lượng ăn ít còn liên quan tới vấn đề chất lượng thức ăn. Thức ăn có dinh dưỡng cao thì tuy lượng ít nhưng chất đường, protein, chất béo đáp ứng đủ nhu cầu phát triển, như vậy là ít mà tinh.

Có trẻ tuy bữa chính ăn ít, nhưng ăn vặt nhiều, uống sữa, nước ngọt thay nước, luôn ăn trái cây, kẹo sôcôla, cơ bản đã đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng.

Còn trẻ biếng ăn thật thì chiều cao, cân nặng đều thấp hơn tiêu chuẩn bình thường, tinh thần uể oải, sắc mặt không tươi, chứng tỏ thức ăn không đáp ứng nhu cầu phát triển của cơ thể. Biếng ăn thật có mấy khả năng sau:

- ◆ Dinh dưỡng đưa vào không hợp lý, thiếu protein và vitamin.
- ◆ Phương pháp nuôi dưỡng có vấn đề, như cho ăn không theo giờ, theo lượng, khi ăn không chú ý, vừa ăn vừa chơi, ăn bữa ăn cả giờ chưa xong.
- ◆ Chức năng tiêu hoá của đường ruột kém, tiết dịch tiêu hoá ít, cho nên không có cảm giác đói. Dạng trẻ này ngay từ nhỏ đã ít ăn.
- ◆ Bố mẹ hút thuốc, nhất là khi trẻ đang ăn, trẻ nuốt phải khói thuốc, chất nicotin trong khói kích thích đường ruột, dẫn đến buồn nôn, gây biếng ăn.

54) Trẻ biếng ăn đều do dạ dày có vấn đề phải không?

Có nhiều nguyên nhân, kể cả yếu tố tinh thần cũng gây biếng ăn. Bản thân dạ dày không có bệnh mà do bị một kích thích nào đó gây ra. Hiện nay, các gia đình đều sinh ít con, nên chiều con hết mực, muốn gì được nấy, quen nết rồi, hễ gặp việc không vừa lòng đều giảm sự thèm ăn, thậm chí hoàn toàn không muốn ăn. Một số bé gái do trạng thái tâm lý nào đó mà không nghĩ đến ăn uống, người bị nặng sẽ gây chán ăn. Do thói quen sống, một số trẻ suốt ngày ăn vặt hoặc ăn ngọt, đến lúc ăn chính lại không muốn ăn gì cả, hoặc miễn cưỡng ăn một chút, lâu dần sinh ra biếng ăn, ảnh hưởng sức khỏe. Còn trẻ biếng ăn do bệnh ở dạ dày thì thường gặp ở trẻ viêm dạ dày cấp, viêm dạ dày dạng teo hoặc loét.

55) Từ chất nôn ra có thể biết nguyên nhân gây nôn không?

Qua quan sát kỹ màu sắc, mùi và số lượng chất nôn ra có thể sơ bộ biết được nguyên nhân gây nôn, là cơ sở cho việc chẩn đoán lâm sàng. Ví dụ nôn ra máu có màu cà phê, gợi ý dạ dày xuất huyết, thường là do trẻ bị viêm, loét dạ dày. Khi tắc môn vị thì vật nôn ra có mùi chua thối đặc biệt, lượng nôn ra nhiều lại chứa nhiều bã hoặc thức ăn cách đêm. Khi tắc ruột non thấp hoặc rò dạ dày, đại tràng thì chất nôn ra có mùi phân thối. Trẻ

bị bệnh giun chui túi mật thì có thể nôn ra chất như nước mật và có thể nôn ra cả giun.

56) Sự thay đổi tình cảm của trẻ có ảnh hưởng đến chức năng đường ruột không?

Nếu màu sắc thức ăn bắt mắt, mùi vị hấp dẫn, ngon miệng thì ai nấy đều chảy nước dãi và có cảm giác đói, sự thèm ăn tăng lên. Cơ chế của nó là khi người ta nhìn thấy, nghe thấy hoặc nếm thức ăn, thì màu sắc, hương vị, mùi vị thức ăn lập tức truyền lên não, rồi từ não phát lệnh đến các bộ phận tương ứng. Sau khi thức ăn đưa vào khoang miệng, tại đây sẽ tiết nhiều nước bọt để tiêu hoá bước đầu thức ăn. Thức ăn đã nhai nhỏ được nuốt xuống ruột non. Dịch do ruột non tiết ra tiến hành tiêu hoá cuối cùng đối với thức ăn rồi hấp thu các chất dinh dưỡng đưa vào máu. Khi tình cảm trẻ giao động như sợ sệt, cáu gắt thì đều có thể thông qua hệ thần kinh ảnh hưởng đến chức năng vận động và bài tiết của đường ruột, đình trệ tiết men tiêu hoá, đường ruột ngừng hoạt động, không còn thèm ăn, xuất hiện các chứng nôn thần kinh, nấc thần kinh, biếng ăn do thần kinh, trọc trặc mới do thần kinh, và hội chứng dễ kích thích đường tiêu hoá. Trẻ sẽ giảm ăn, đau bụng, tiêu chảy, táo bón, mệt mỏi, quấy khóc, ra nhiều mồ hôi, trẻ lớn có thể kèm theo mất ngủ, hồi hộp.

Điểm Biết được sự thay đổi tình cảm sẽ ảnh hưởng đến chức năng đường ruột của trẻ, cho nên khi cho trẻ ăn tốt nhất không nên quát mắng làm ảnh hưởng sự thèm ăn, đặc biệt là con một, bố mẹ rất nuông chiều, sợ con ăn ít, thường dọa nạt buộc trẻ ăn. Kết quả hoàn toàn ngược lại, sự thèm ăn của trẻ càng kém, thậm chí có trẻ nuốt vào lại nôn ra. Vì thế, muốn đảm bảo chức năng đường ruột bình thường, cần thực hiện cho được khi ăn yên tĩnh, bảo đảm thời gian ngủ đủ, luyện thói quen đại tiện theo giờ giấc. Như vậy đường ruột mới luôn ở trạng thái bình thường, giúp cơ thể khoẻ mạnh, trạng thái tinh thần tốt.

57) Nguyên nhân gì gây trục trặc chức năng đường ruột?

Dạ dày, ruột là cơ quan chủ yếu của cơ thể để tiêu hoá và hấp thu thức ăn, giúp việc trao đổi chất trong cơ thể, cho nên bệnh đường ruột thường dẫn đến thay đổi bệnh lý, sinh lý toàn thân. Ngược lại, bệnh toàn thân cũng thường ảnh hưởng đến chức năng dạ dày, ruột. Vì thế, nguyên nhân gây trục trặc chức năng dạ dày, ruột phải bao gồm hai mặt: yếu tố cục bộ dạ dày, ruột và yếu tố toàn thân.

1. Nguyên nhân bệnh dạ dày, ruột:

- a. Viêm, nhiễm: lâm sàng hay gặp nhất, dưới sự tác

động của yếu tố nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng đều có thể dẫn đến viêm dạ dày, ruột. Sự kích thích của chứng viêm nhiễm có thể làm tăng hưng phấn thần kinh cảm giác của dạ dày, tiết nhiều dịch vị dẫn đến ợ chua. Lúc này nhu động của thành dạ dày tăng mạnh khiến trẻ khó chịu ở bụng trên, buồn nôn và nôn. Khi viêm dạ dày mạn tính, do co niêm mạc dạ dày, tiết dịch vị giảm, nhu động của thành dạ dày yếu, trẻ bị trướng bụng. Sự kích thích do viêm khiến nhu động ruột tăng, tiết dịch vị tăng, dẫn đến bụng sôi, đau bụng, tiêu chảy.

- b. Loét: gồm loét dạ dày và hành tá tràng. Trẻ bị loét hành tá tràng rất hay gặp, quá trình bệnh thường chuyển thành mạn tính gây trực trặc tiết dịch vị và vận động của đường ruột.
- c. U: ít gặp ở trẻ em. Ngoài phá hoại mô bình thường của dạ dày, ruột, gây trực trặc chức năng đường ruột ra, khối u còn gây tắc cục bộ đường ruột, dẫn đến đau bụng, trướng bụng, buồn nôn, nôn ói và tiêu chảy. Người nặng còn kèm theo rối loạn sự cân bằng nước, điện giải và làm mất cân bằng axit – kiềm.

2. Yếu tố toàn thân.

- a. Yếu tố tinh thần, thần kinh: căng thẳng tinh thần khiến vận động của đường ruột suy giảm dẫn đến giảm sự thèm ăn, tiêu hoá kém. Hưng phấn thần

kinh cảm giác tăng cao làm giảm tiết dịch tiêu hoá, giảm vận động đường ruột, dẫn đến xuất hiện hàng loạt triệu chứng lâm sàng.

b. Yếu tố truyền nhiễm, ngộ độc, sốt: bệnh truyền nhiễm cấp và ngộ độc toàn thân đều dẫn đến trực tràng chức năng dạ dày, ruột.

c. Biến chứng bệnh ở các cơ quan khác: như suy tim dẫn đến đường ruột xung huyết, phù nề, làm giảm chức năng tiêu hoá, hấp thu của dạ dày, ruột. Khi viêm phúc mạc, viêm hố chậu đều dẫn đến trực tràng chức năng vận động của đường ruột mang tính phản xạ.

58) Tại sao khi lạnh trẻ dễ bị đau bụng?

Do sự co bóp và giãn nở của cơ trơn mà đường ruột thể hiện sự vận động dạng làn sóng đẩy các chất chứa bên trong di chuyển lên phía trước. Nhu động của dạ dày, ruột chậm, bình thường người ta không cảm nhận được. Cơ trơn của đường ruột có đặc tính nhạy cảm đối với sự thay đổi nhiệt độ, thường co lại khi bị kích thích bởi nhiệt độ lạnh so với thân nhiệt. Đang nóng trở nên lạnh hay đang lạnh trở nên nóng thì đều làm cho cơ trơn đường ruột co mạnh.

Thành ruột trẻ em mỏng, vì thế, khi bụng bị lạnh rất dễ ảnh hưởng đến dạ dày, ruột, dẫn đến co cơ trơn dạ dày, ruột, khiến nhu động tăng nhanh, trẻ cảm thấy đau

bụng, có khi đau dữ dội. Các cơ trơn này sau khi co một lúc lại giãn nở một lúc. Do đó, sau khi bị lạnh, bụng sẽ đau từng cơn khiến trẻ khóc quấy không yên.

Y học cổ truyền cho rằng, bụng trẻ bị lạnh tức là ngoại cảm hàn tà, dễ tổn thương dương khí tì vị, ảnh hưởng chức năng vận động, tiêu hoá, còn dễ tích trệ trung tiêu, cản trở vận động khí. Khí lạnh xâm nhập vào dạ dày, ruột khiến máu không lưu thông, khí không lưu thông sẽ gây đau, nên sinh ra đau khi lạnh.

59 Tại sao trẻ em dễ bị đầy bụng?

Đầy bụng khi chất khí trong dạ dày, ruột quá nhiều, khiến bụng trướng lên. Trong đường ruột của người bình thường tồn tại chất khí, nhưng do giữ được trạng thái cân bằng động giữa tạo ra và hấp thu chất khí nên không xảy ra trướng bụng. Khi chất khí trong cơ thể tăng lên hoặc chức năng hấp thu và bài trừ chất khí bị trục trặc, phá hoại sự cân bằng khí trong đường ruột, khiến khí tích tụ trong dạ dày, ruột quá nhiều gây ra đầy bụng.

Tại sao trẻ dễ bị đầy bụng? Do các nguyên nhân sau:

1. *Sản xuất chất khí tăng*: trẻ em dễ mắc bệnh đường ruột như viêm dạ dày, viêm ruột cấp, mạn tính, ảnh hưởng tiêu hoá hấp thu thức ăn, chức năng vận động của ruột giảm, bã thức ăn tích trệ trong

đường ruột, dưới tác dụng của vi khuẩn đường ruột, các chất chứa trong dạ dày, ruột sẽ lên men, thối rữa, tạo ra nhiều chất khí, gây đầy bụng. Ngoài ra, trẻ khóc quấy nhiều, nuốt lượng lớn không khí cũng sinh ra trướng bụng.

2. *Vận động của dạ dày, ruột suy giảm*: chức năng vận động của dạ dày, ruột suy giảm hoặc không có ảnh hưởng đến sự vận hành và thải ra bình thường của chất khí và các chất chứa trong đường ruột, như trẻ bị bệnh truyền nhiễm cấp tính, bệnh bại huyết, viêm phúc mạc... đều ức chế một cách phản xạ nhu động ruột dẫn đến đầy bụng. Ngoài ra do nôn, tiêu chảy dẫn đến kali máu thấp, trẻ suy dinh dưỡng hoặc uống thuốc ức chế nhu động cũng làm giảm nhu động ruột gây đầy bụng.

Đầy bụng là một triệu chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân gây ra. Khi trẻ bị đầy bụng, cần nhanh chóng tìm nguyên nhân, điều trị kịp thời giúp trẻ mau chóng hồi phục sức khỏe.

60) Ly trực khuẩn lây truyền qua đường nào?

Ly trực khuẩn là bệnh truyền nhiễm đường ruột cấp, lây truyền chủ yếu qua đường phân – miệng. Người bệnh ly hoặc trong phân nhiễm trực khuẩn ly có thể trực tiếp gây nhiễm nguồn nước, thức ăn, quần áo

hoặc đồ chơi, cũng có thể thông qua tay bẩn rồi truyền vào miệng, hoặc thông qua chân ruồi nhặng, gián, thằn lằn... gây nhiễm thức ăn, chén đĩa. Khi trẻ khoẻ mạnh uống phải nước hoặc ăn phải thức ăn nhiễm trực khuẩn lỵ, hoặc trước khi ăn không rửa tay sạch, dùng tay bẩn bốc thức ăn... đều có thể đưa trực khuẩn lỵ vào miệng.

61) Tại sao trẻ dễ mắc bệnh lỵ nhiễm độc?

Lỵ nhiễm độc là thể đặc biệt và nghiêm trọng của bệnh lỵ trực khuẩn. Khởi bệnh gấp, tình thế khẩn cấp, thường xuất hiện triệu chứng nghiêm trọng ở hệ thần kinh như sốt cao, co giật, hôn mê trước khi có triệu chứng đường tiêu hoá như đau bụng, tiêu chảy. Trẻ em, nhất là trẻ nhỏ 2 - 7 tuổi dễ mắc bệnh lỵ nhiễm độc hơn người lớn.

Việc mắc bệnh lỵ nhiễm độc không liên quan đến chủng loại, số lượng và độc tố của trực khuẩn lỵ nhiễm phải, mà phụ thuộc vào cơ địa của từng người, tức chủ yếu do cường độ phản ứng của cơ thể đối với độc tố của trực khuẩn lỵ quyết định. Người nhạy cảm cao đối với độc tố trực khuẩn lỵ thì độc tố dễ bị hấp thu, gây phản ứng mạnh, dẫn đến co mạch máu nhỏ (bao gồm mạch máu nhỏ trong não, trong phổi) toàn thân, gây trực trặc tuần hoàn mạch máu nhỏ. Dưới sự kích thích của độc tố trực khuẩn lỵ, mạch máu tăng cường phóng thích chất

hoạt tính, khiến mạch máu nhỏ toàn thân co mạnh hơn, nội tạng ứ máu, lượng máu tuần hoàn giảm. Hơn nữa, do tính thấm thấu của thành mạch máu tăng, máu thẩm ra ngoài, lượng máu tuần hoàn hữu hiệu tiếp tục giảm, gây choáng. Do trục trặc tuần hoàn khiến mô não và mô toàn thân thiếu máu, thiếu oxy dẫn đến nhiễm độc axit thứ phát, mô não úng thủy, xuất hiện triệu chứng thần kinh. Do hệ thần kinh của trẻ nhỏ chưa phát triển hoàn thiện, phản ứng với độc tố trực khuẩn ly tương đối cao cho nên dễ mắc bệnh ly nhiễm độc.

62) Tại sao trẻ bị bệnh ly amíp?

Ly amíp là bệnh truyền nhiễm đường tiêu hoá do ký sinh trùng *Entamoeba histolytica* gây ra. Bệnh thường bùng phát vào mùa hè thu, ở trẻ lớn nhiều hơn trẻ nhỏ, nông thôn cao hơn thành thị.

Ký sinh trùng ly trưởng thành sau khi bị thải ra ngoài cơ thể sẽ chết, nên không có tác dụng truyền nhiễm. Còn kén ký sinh trùng ly có sức đề kháng mạnh đối với môi trường bên ngoài, lại có sức gây nhiễm nhất định đối với cơ thể người. Sau khi con người nhiễm phải kén ký sinh trùng ly, vỏ kén bị dịch ruột non tiêu hoá, ấu trùng lột vỏ ở cuối hồi tràng hoặc manh tràng, phát triển thành ký sinh trùng trưởng thành, khu trú ở đại tràng, sinh sôi nảy nở hàng loạt gây ra bệnh. Người

bệnh ly amíp mạn tính, người bệnh ở thời kỳ phục hồi, người mang kén ký sinh trùng không có triệu chứng là nguồn lây nhiễm bệnh chính. Kén ký sinh trùng ly được thải ra ngoài theo phân, gây nhiễm nguồn nước, thức ăn, rau, quả, người khoẻ mạnh ăn vào sẽ mắc bệnh ly amíp.

63) Tại sao ta lại bị ngộ độc thức ăn nhiễm trùng?

Ngộ độc thức ăn nhiễm trùng là dạng thường gặp nhất trong ngộ độc thức ăn, là tên gọi chung của chứng ngộ độc cấp tính do ăn phải thức ăn nhiễm khuẩn hoặc độc tố của vi khuẩn. Bệnh thường bùng phát vào mùa hè, thu. Nguyên nhân gây bệnh gồm có:

Ăn thực phẩm sống: một số người có thói quen ăn sống tôm, cá, hào, trứng gà sống hoặc ăn rau sống chưa rửa sạch.

Thực phẩm biến chất: các loại thực phẩm như cá, thịt, trứng do chế biến, vận chuyển và bảo quản không đúng khiến thực phẩm biến chất, ôi thối, hoặc thực phẩm chín để quá lâu cũng dễ biến chất.

Thực phẩm chưa được nấu chín: như gà, vịt nguyên con, cả miếng thịt lớn cho vào nấu, chiên. Tuy ngoài chín nhưng trong còn sống, ăn vào dễ ngộ độc

64 Nguyên nhân nào gây bệnh tiêu chảy ở trẻ nhỏ?

Bệnh tiêu chảy ở trẻ nhỏ là bệnh rất thường gặp. Nguyên nhân gây bệnh do:

1. Yếu tố nhiễm trùng đường ruột: chủ yếu là nhiễm vi trùng, vi rút gây bệnh; cũng có thể do nấm hoặc ký sinh trùng gây ra. Ký sinh trùng phần lớn theo thức ăn vào đường tiêu hoá. Cũng có thể lây nhiễm bệnh qua đồ dùng hàng ngày, tay và đồ chơi.
2. Yếu tố lây nhiễm ngoài đường tiêu hoá: như cảm nhiễm đường hô hấp cấp, viêm phổi, viêm tai giữa, viêm da và bệnh truyền nhiễm cấp đều có thể kèm theo tiêu chảy.
3. Nuôi dưỡng không đúng: phần lớn bệnh thấy ở trẻ bú bình, cho ăn không theo giờ, không định lượng, cho ăn dặm nhiều bột quá sớm hoặc thức ăn nhiều mỡ, hoặc đột ngột thay đổi món ăn. Đang nuôi con bằng sữa mẹ mà đột ngột chuyển sang cho ăn sữa bò cũng có thể gây tiêu chảy.
4. Sự thay đổi thời tiết: do khí hậu thay đổi đột ngột, bụng bị lạnh cũng gây tiêu chảy.
5. Yếu tố dị ứng: số ít trẻ không thích hợp với sữa bò hoặc loại thức ăn nào đó, sau khi ăn có thể bị tiêu chảy kéo dài.

6. Ngộ độc: như ngộ độc thức ăn, ngộ độc chất hoá học hoặc phản ứng với chất độc của thuốc đều dẫn đến tiêu chảy.

65 Nguyên nhân nào gây tiêu chảy kéo dài ở trẻ em?

1. Do không khống chế được nhiễm trùng đường ruột, vi trùng nhờn thuốc chống khuẩn, sử dụng lâu thuốc chống khuẩn Broad Spectrum Antibiotics dẫn đến làm mất cân bằng nhóm vi khuẩn đường ruột hoặc nhiễm nấm thứ phát.
2. Sau khi nhiễm trùng đường ruột cấp, tế bào thượng bì nhung mao ruột bị tổn thương, thiếu men đường kép thứ phát, đường kép không thể phân giải thành đường đơn, dẫn đến trực tràng hấp thu đường.
3. Dinh dưỡng không hợp lý gây rối loạn chức năng dạ dày, ruột.
4. Trẻ bị suy dinh dưỡng nên sức kháng bệnh của cơ thể giảm, dễ nhiễm trùng đường ruột, dẫn đến tiêu chảy tái phát.
5. Yếu tố dị ứng: một số trẻ không hợp với sữa bò hoặc các thức ăn nào đó cũng dễ bị tiêu chảy kéo dài.
6. Khiếm khuyết miễn dịch bẩm sinh và thiếu miễn dịch liên hợp đều gây nhiễm trùng đường ruột dẫn đến tiêu chảy kéo dài.

66 Nguyên nhân gì khiến trẻ bị tiêu chảy tử vong?

Nước là thành phần quan trọng, giúp cơ thể giữ trạng thái ổn định, bảo đảm hoạt động bình thường của chức năng sinh lý. Lượng nước trong cơ thể người trưởng thành chiếm 55 – 60% trọng lượng cơ thể, còn ở trẻ sơ sinh lên đến 80%, ở trẻ một tuổi là 70%. Tóm lại, tuổi càng nhỏ thì tỉ lệ giữa lượng nước so với tổng trọng lượng cơ thể càng lớn. Một người không ăn chỉ uống nước vẫn sống được tương đối lâu, nếu không uống nước thì chỉ vài ngày là chết. Nước quan trọng đối với sự sống của con người biết nhường nào. Khi trẻ tiêu chảy, trong số nước mất đi không chỉ có chất dinh dưỡng mà quan trọng hơn là nhiều loại chất điện giải như kali, natri, clo, canxi – đóng vai trò quan trọng trong cơ thể. Y học gọi sự rối loạn cân bằng nước – chất điện giải do mất nước, mất chất điện giải là mất nước. Khi lượng nước bị mất vượt quá 5% trọng lượng cơ thể, sẽ ảnh hưởng đến chức năng sinh lý của con người, xuất hiện triệu chứng lâm sàng, khi lượng nước bị mất vượt quá 15% trọng lượng cơ thể thì con người sẽ chết. Vì vậy nguyên nhân chủ yếu khiến trẻ tiêu chảy bị chết là do mất nước. Đương nhiên, trẻ tiêu chảy mạn tính có thể suy dinh dưỡng. Trẻ suy dinh dưỡng nặng thì dễ bị đột tử. Ngoài ra, trẻ tiêu chảy mạn tính kèm theo suy dinh dưỡng, do nhiễm trùng nặng dẫn đến chứng bại huyết hoặc đường huyết thấp, cuối cùng dẫn đến tử vong.

67) Tại sao tiêu chảy dễ dẫn đến mất nước, nhiễm độc axit?

Khi tiêu chảy, niêm mạc ruột non bị tổn thương, ảnh hưởng đến việc hấp thu nước và chất điện giải. Áp lực thẩm thấu trong ruột tăng lên, khiến lượng lớn nước trong máu phải vào đây, dẫn đến tiêu chảy thể thẩm thấu. Lúc này, cơ thể mất lượng lớn nước, khi lượng nước mất vượt quá 5% trọng lượng cơ thể thì cơ thể không thể bù đắp, xuất hiện hàng loạt triệu chứng rối loạn chức năng, lâm sàng gọi là mất nước.

Nhiễm độc axit thường xảy ra trên cơ sở mất nước. Mất nước càng nặng thì nhiễm độc axit cũng càng nặng, mà đa phần là nhiễm độc axit dạng trao đổi chất. Nguyên nhân dẫn đến nhiễm độc axit khi tiêu chảy là do lượng lớn chất kiềm bị thải ra theo phân, ăn vào ít, nhiệt lượng hấp thu không đủ, oxy hoá chất béo trong cơ thể tăng, sinh ra nhiều xeton, làm mất cân bằng axit – kiềm. Khi mất nước thì lượng máu giảm, máu đặc, mô thiếu oxy dẫn đến tích trữ axit lactic. Khi bị mất nước, bệnh nhân sẽ đi tiểu ít, chất axit trong cơ thể không được thải ra, dẫn tới nhiễm độc axit.

68) Tại sao khi tiêu chảy có cảm giác sệt hậu môn?

Một số trẻ em khi bị bệnh tiêu chảy, không những số lần đại tiện tăng mà luôn cảm thấy mót, đại tiện rất

gặp, luôn cảm thấy muốn đại tiện, hoặc vừa đi xong lại muốn đi nữa.

Khi tiêu chảy, trực tràng bị viêm, nên bị kích thích, sinh ra cảm giác “sệ hậu môn”. Ngoài viêm ra, nếu có u trực tràng thì cũng dẫn đến số lần đại tiện tăng và có cảm giác “hậu môn sệ xuống”, nhưng trường hợp này ít gặp ở trẻ nhỏ.

69) Tại sao phân của trẻ sơ sinh có màu xanh?

Màu sắc của phân có liên quan mật thiết đến sự thay đổi hoá học của nước mật.

Nước mật do gan tiết ra và tập trung ở ống gan, rồi qua túi mật chuyển đến tá tràng. Màu nước mật phụ thuộc vào nồng độ sắc tố mật. Sắc tố mật gồm màu đỏ mật và màu xanh lục mật, có thể chuyển hoá lẫn nhau.

Nước mật phần trên ruột non chứa chất màu đỏ mật và chất màu xanh mật, khiến phân có màu xanh lục, khi phân chuyển xuống đại tràng, chất màu xanh lục hoàn nguyên, lại chuyển hoá thành màu đỏ, khiến phân có màu vàng. Phân của trẻ nuôi bằng sữa mẹ có tính axit, dưới tác dụng của vi khuẩn đường ruột, một phần chất màu đỏ mật chuyển hoá thành màu xanh lục, khiến phân thải ra có màu nồn chuối. Đây là hiện tượng bình thường. Còn phân của trẻ nuôi sữa ngoài có tính kiềm

khiến một phần chất màu đỏ mật tiếp tục chuyển hoá, cho nên phân có màu vàng nhạt.

70) Tại sao phân loãng như nước?

Phân loãng như nước là do đường ruột tiết ra lượng nước lớn. Các nguyên nhân khiến đường ruột tiết nhiều nước có thể là:

1. Niêm mạc ruột non bị nhiễm virus làm liên lụy đến toàn bộ ruột non, thậm chí cả đại tràng, gây biến chất hoặc bong tróc tế bào thượng bì nhung mao ruột non. Lúc đó, tế bào thượng bì vẫn duy trì chức năng bài tiết, nhưng chức năng hấp thu lại kém, dẫn đến tích tụ nhiều nước và chất điện giải trong ruột, gây tiêu chảy thể trực trực hấp thu. Hơn nữa, do thiếu men đường kép, khiến đường kép không thể phân giải thành đường đơn mà bị vi khuẩn trong ruột phân giải, sinh ra axit hữu cơ, làm tăng áp lực thẩm thấu trong ruột, khiến nước thẩm thấu vào lòng ruột, dẫn đến tiêu chảy thẩm thấu.
2. Chất độc trong ruột do vi khuẩn sinh ra làm tăng bài tiết natri, clo, nước trong dịch ruột vượt quá khả năng hấp thu của đại tràng, dẫn đến tiêu chảy như nước.
3. Nhiều axit mật hoặc axit béo đưa vào đại tràng kích thích thành ruột bài tiết dẫn đến tiêu chảy như nước.

Lâm sàng thường gặp nhất là hai nguyên nhân đầu. Phân nước chủ yếu là dịch ruột, chứa nhiều nước và chất điện giải. Cho nên trẻ bị tiêu chảy dạng nước rất dễ mất nước, cần điều trị kịp thời, nếu không sẽ nguy hiểm đến tính mạng.

71) Tại sao trẻ đại tiện ra máu mủ?

Phân lẫn máu mủ là do nhiễm trùng hoặc viêm đường ruột gây ra, cho biết vị trí của bệnh là ở đại tràng hoặc trực tràng.

Khi niêm mạc ruột bị tổn thương dẫn đến biến chứng viêm mô cục bộ như xung huyết, phù nề, loét... tế bào thượng bì, tế bào viêm và tế bào hồng cầu theo phân thải ra ngoài thành phân lẫn máu mủ. Các bệnh thường gặp nhất dẫn đến trẻ đại tiện ra máu mủ là bệnh lý trực khuẩn, viêm ruột trực khuẩn đại tràng thể xâm nhập và viêm ruột do vi trùng salmon. Ngoài ra nhiễm tụ cầu khuẩn, trực khuẩn màu xanh, trực khuẩn biến dạng, vi trùng ly amíp... cũng đều đại tiện ra máu mủ.

72) Tại sao trẻ đại tiện ra máu?

Trẻ đại tiện ra máu thường do:

1. Thực quản bị nứt, thủng hoặc có dị vật.

2. Loét dạ dày, hành tá tràng, viêm dạ dày cấp biến chứng chảy máu.
3. U thịt thừa đường ruột, lồng ruột, viêm ruột hoại tử xuất huyết cấp, viêm đại tràng thể loét, viêm túi thừa meckel, ly trực khuẩn, ly amíp, thương hàn ruột, lao ruột.
4. Rò hậu môn, nứt nẻ hậu môn, trĩ.
5. Bệnh chảy máu và đông máu như: xuất huyết dưới da do dị ứng, xuất huyết dưới da do thiếu tiểu cầu nguyên phát, bệnh thiếu máu do trở ngại tái sinh, bệnh máu trắng...
6. Bệnh tật toàn thân: như chứng bại huyết, viêm gan cấp...

73 Nguyên nhân nào khiến trẻ viêm dạ dày?

Viêm dạ dày là một trong các bệnh thường gặp của hệ tiêu hoá, viêm dạ dày gồm hai thể: thể cấp và thể mạn tính. Nguyên nhân khiến trẻ viêm dạ dày thường là:

1. Viêm dạ dày cấp:

- a. Ăn uống không điều độ, uống thức uống lạnh quá nhiều, ăn nhiều thức ăn kích thích, khi ăn không nhai kỹ đã nuốt.

- b. Phản ứng dị ứng: một số trẻ dị ứng với sữa bò, tôm cua, trứng, dẫn đến viêm dạ dày cấp.
- c. Tác dụng của vi sinh vật bệnh và độc tố của chúng như vi trùng salmon, vi trùng ưa muối làm tổn thương niêm mạc dạ dày.
- d. Tác dụng của thuốc: trẻ uống thuốc calicylate giải nhiệt, sulfa, erythrocine... hoặc uống nhầm thuốc axit mạnh, kiềm mạnh đều có thể dẫn đến viêm dạ dày cấp.

2. Viêm dạ dày mạn tính:

- a. Viêm dạ dày cấp điều trị lâu không khỏi hoặc tái đi tái lại thành viêm dạ dày mạn tính.
- b. Trẻ bị bệnh tim bẩm sinh, do dạ dày ứ máu nhiều khiến mô thành dạ dày thiếu oxy, trực tràng dinh dưỡng, giảm tiết vị toan, vi khuẩn dễ sinh sôi trong dạ dày, gây ra viêm dạ dày mạn tính.
- c. Nhiễm trực khuẩn xoắn môn vị: loại vi khuẩn này dễ nhờn với nhiều chủng thuốc kháng sinh, khó diệt hết, hơn nữa có nguy cơ tái nhiễm, sau khi lây nhiễm thì bệnh kéo dài thành viêm dạ dày mạn tính.
- d. Bình thường không chú ý vệ sinh ăn uống, thường xuyên ăn cay, hoặc uống thuốc salicylate khiến niêm mạc dạ dày bị kích thích gây viêm mạn tính.

74 Nguyên nhân nào khiến trẻ chảy máu đường tiêu hoá?

Chảy máu đường tiêu hoá có thể xảy ra với trẻ bất cứ lứa tuổi nào. Biểu hiện lâm sàng thường là: nôn ra máu, đại tiện ra máu. Chảy máu đường tiêu hoá nhiều có thể dẫn đến thiếu máu cấp tính và choáng do xuất huyết. Nguyên nhân gây chảy máu đường tiêu hoá ở trẻ các lứa tuổi có sự khác nhau. Trẻ sơ sinh chảy máu đa số là do khi sinh nuốt phải máu của mẹ, hoặc trẻ sơ sinh mắc chứng chảy máu, chứng bại huyết, viêm ruột non, viêm đại tràng hoại tử trẻ sơ sinh, chảy máu dưới da do giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh, chảy máu hoại tử dạ dày hoặc nhiễm độc axit nặng. Trẻ một tháng tuổi đến hai tuổi thì đa số là do lồng ruột, viêm túi thừa meckel, loét đường tiêu hoá, viêm thực quản, nứt hậu môn... Trẻ hai tuổi trở lên chủ yếu là do loét đường tiêu hoá, u thịt thừa trực tràng, nứt hậu môn, trĩ, xuất huyết túi mật, viêm ruột xuất huyết thể hoại tử cấp, viêm ruột non, đại tràng thể loét mạn tính. Ngoài ra, chảy máu dưới da do thiếu tiểu cầu, chảy máu dưới da do dị ứng, bệnh máu trắng, dị tật dạ dày, ruột... đều có thể xảy ra với trẻ bất cứ tuổi nào.

75 Yếu tố di truyền có liên quan đến bệnh loét đường ruột ở trẻ em không?

Loét dạ dày, hành tá tràng là bệnh thường gặp ở người lớn, có khoảng 1/10 dân số thế giới mắc bệnh này, nhưng ít ai nghĩ đến trẻ em cũng có thể bị.

Trong số người trưởng thành mắc bệnh loét dạ dày có khoảng 1,6% là khởi bệnh trước 4 tuổi, 2,1% đến 15% khởi bệnh ở tuổi nhi đồng. Hiện nay, bệnh loét ở thiếu niên nhi đồng có chiều hướng tăng, có thể xuất hiện bất cứ lứa tuổi nào của trẻ, nhưng tỉ lệ khởi bệnh ở trẻ tuổi đi học là cao nhất, tỉ lệ giữa trẻ trai và trẻ gái khoảng 2:1, nông thôn cao hơn thành thị với tỉ lệ 19:1.

Các chuyên gia đều nhận định bệnh loét có liên quan mật thiết với yếu tố di truyền. Nghiên cứu các gia phả đều thấy, mấy thế hệ trong một gia tộc mắc bệnh loét không phải ít. Khả năng mắc bệnh loét đường tiêu hoá của trẻ có người thân bị bệnh này cao gấp ba lần nhóm người bình thường khác.

76) Vi trùng nào gây viêm ruột cấp tính?

Vi trùng gây viêm dạ dày, ruột cấp tính chủ yếu thuộc nhóm salmon, trong đó thường gặp nhất là vi trùng salmon viêm ruột, vi trùng salmon thương hàn chuột, vi trùng salmon dịch tả lợn và vi trùng salmon dịch cúm gà. Các vi trùng này ký sinh trong đường ruột gia súc, gia cầm như trâu, bò, lợn, dê, chó, gà, vịt... Khi động vật mắc bệnh, vi trùng sẽ xâm nhập máu, cơ và nội tạng của chúng, sau đó thải ra ngoài. Vi trùng này nhiễm vào thức ăn sẽ sinh sôi mạnh tạo ra hàng loạt độc tố. Người ăn phải thức ăn nhiễm trùng, thì vi trùng và độc tố của

nó kích thích niêm mạc, tăng tiết dịch dạ dày, dịch ruột, xuất hiện các triệu chứng đường ruột như buồn nôn, nôn, đầy bụng, đau bụng, tiêu chảy, nặng hơn có thể dẫn đến mất nước, ngộ độc axit. Vi trùng xâm nhập vào máu sẽ sinh ra độc tố gây nhiễm trùng máu.

Trực khuẩn ưa muối cũng là vi trùng thường gặp gây bệnh viêm ruột cấp tính. Vi trùng này có nhiều trong hải thủy sản như tôm, cua, cá, sữa biển, thịt muối, trứng muối, dưa muối. Thường sau khi ăn 8 giờ là phát bệnh, có khi sau khi ăn 1 -2 giờ đã xuất hiện triệu chứng, chủ yếu biểu hiện buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy.

Ngoài ra, tụ cầu khuẩn màu vàng, trực khuẩn đại tràng gây bệnh, trực khuẩn biến dạng và nấm tuy lâm sàng ít gặp nhưng cũng có thể gây viêm đường ruột cấp.

77 Nguyên nhân gì gây viêm ruột thừa cấp?

Nguyên nhân gây viêm ruột thừa cấp tính thường do:

1. Tắc lòng ruột thừa: thông thường, lòng ống ruột thừa nhỏ, hẹp, miệng rất nhỏ, nhu động lại chậm, dẫn đến dễ tắc lòng ruột thừa gây viêm. Đồng thời, các thứ có trong phân: như sạn, mảnh cứng thức ăn như vỏ lúa, giun kim, giun đũa và các dị vật đều có thể gây viêm.
2. Nhiễm khuẩn: vi khuẩn có trong lòng ruột thừa qua

niêm mạc bị tổn thương xâm nhập vào lớp thành ruột thừa gây viêm cấp tính. Vi khuẩn có thể qua tuần hoàn máu và bạch huyết vào mô bạch huyết thành ruột thừa gây viêm.

3. Dính, chèn ép của khối u ngoài ruột thừa cũng có thể gây tắc ruột thừa dẫn đến viêm.
4. Ruột thừa bị xoắn: khi rối loạn chức năng dạ dày, ruột, nhu động của ruột thừa bị giảm theo phản xạ, gây tắc ruột thừa, khiến vi khuẩn xâm nhập thành ruột gây viêm.
5. Phản xạ thần kinh: do thay đổi môi trường sống, chức năng dạ dày, ruột bị trục trặc khiến cơ và mạch máu ruột thừa được chi phối bởi thần kinh sẽ co theo phản xạ, làm trầm trọng tình trạng tắc ruột và trục trặc lưu thông máu gây viêm.

78) Bệnh thương hàn lây nhiễm thế nào?

Thương hàn là bệnh truyền nhiễm đường ruột do vi khuẩn salmonella thương hàn gây ra. Bệnh thường phát sinh ở trẻ cơ địa kém, chức năng miễn dịch thấp. Tỷ lệ mắc bệnh của trẻ dưới ba tuổi tương đối cao, trong đó, trẻ dưới một tuổi là cao nhất.

Người bệnh, người mang vi khuẩn thương hàn và động vật như gia súc, gia cầm, chuột là nguồn lây bệnh.

Chất thải của nguồn lây bệnh này làm ô nhiễm thức ăn và nguồn nước. Người khỏe ăn phải thức ăn và uống phải nước nhiễm vi khuẩn salmonella sẽ bị mắc bệnh.

79) Bệnh tả lây nhiễm ra sao?

Bệnh tả là bệnh lây nhiễm đường ruột nguy hiểm do vi trùng tả vibrio cholerae gây ra. Bệnh thường bùng phát vào mùa hè thu. Bất cứ lứa tuổi nào cũng đều có thể mắc bệnh. Sau khi khỏi bệnh chỉ được miễn dịch tạm thời, vì thế có thể mắc lại.

Người bệnh và người mang vi trùng tả là nguồn lây lan bệnh. Trong phân và chất nôn ra của họ chứa nhiều phẩy tả. Vi trùng tả vibrio cholerae có hình dấu phẩy. Chúng có thể tồn tại trong nước và thức ăn khoảng một tuần và tồn tại nhiều năm trong các động vật thân mềm vùng ven biển. Chúng gây ô nhiễm nguồn nước, thức ăn, dụng cụ ăn và tay, trở thành vật truyền bệnh. Ngoài ra, ruồi nhặng, gián cũng là vật lây bệnh. Trong tình hình bình thường, vi trùng qua miệng vào dạ dày người khỏe mạnh, sẽ bị tiêu diệt bởi axit dạ dày. Nhưng khi con người mệt mỏi quá mức hoặc bệnh tật khiến axit dạ dày giảm, hoặc uống nước quá nhiều làm loãng axit dạ dày, vi trùng tả có cơ hội đi qua dạ dày trực tiếp xuống ruột non. Phẩy tả có thể sinh sôi mạnh trong môi trường kiềm của ruột non, gây ra bệnh tả.

80) Tại sao trẻ bị táo bón?

Nguyên nhân gây táo bón ở trẻ em thường do:

1. Bỏ qua nhu cầu đi ngoài: một số trẻ ham chơi, không kịp thời đại tiện, lâu dần ý muốn đi ngoài bị ức chế, phân tích lại trong đại tràng lâu, nước bị hấp thu mất nhiều, phân trở nên khô, kết quả khó thải ra ngoài.
2. Trẻ nuôi bằng sữa bò thường táo bón, vì casein trong sữa bò nhiều hơn sữa mẹ, gặp axit trong dạ dày đông lại thành cục cứng, khó tiêu hoá, khiến phân khô.
3. Thay đổi thói quen sống, tư thế đại tiện hoặc thường xuyên thắt ruột đều có thể làm giảm sự nhạy cảm phản xạ của trực tràng, tuy trong ruột có phân, nhưng không gây phản ứng hữu hiệu của ruột, không tạo ra phản xạ thải phân, gây táo bón.
4. Thói quen ăn uống kém, như ăn quá ít, ăn thức ăn tinh chế, ít có bã, làm giảm kích thích đường ruột, giảm nhu động mang tính phản xạ gây táo bón.
5. Tinh thần trẻ quá xúc động hoặc quá bị ức chế, cản trở phản xạ đại tiện, gây táo bón.
6. Trạng thái tinh thần căng thẳng liên tục, ngủ không đủ... đều làm nhu động ruột thất thường gây táo bón.

81) Tại sao ăn thực phẩm tinh chế dễ bị táo bón?

Thực phẩm tinh chế là thực phẩm thiếu chất xơ như gạo chà xát kỹ, bột mì chế biến kỹ, rau xanh xay quá nhỏ, thịt, sữa và sản phẩm chế biến từ sữa. Thức ăn của con người cần phải có nhiều chất xơ, vì nó đóng vai trò quan trọng đối với việc tiêu hoá, hấp thu cũng như bài tiết chất thải của cơ thể.

Chất xơ trong thức ăn có nhiệm vụ kích thích tế bào niêm dịch đại tràng tiết niêm dịch, có tác dụng làm nhuận tràng, khiến phân dễ đi qua. Nếu chất xơ quá ít, không thể kích thích ruột tiết niêm dịch, phân di chuyển trong ruột chậm thì dễ trở nên khô cứng.

Chỉ có ăn thức ăn chứa lượng xơ nhất định mới có thể kích thích nhu động ruột, rút ngắn thời gian phân lưu lại trong ruột, tăng khối lượng phân để kích thích thải ra. Nếu thường xuyên ăn thức ăn tinh, thì lượng phân quá ít, không thể kích thích ruột vận động theo thời gian, phân di chuyển trong ruột quá chậm, thời gian lưu lại trong đại tràng quá lâu, nước bị hút hết, dẫn đến táo bón.

82) Nguyên nhân gì khiến trẻ tắc ruột?

1. Tắc ruột cơ học: do dị vật bầm sinh đường ruột, viêm ruột, lao ruột, lồng ruột..., do khối u, khối

búi giun, khối thức ăn cứng, dị vật bên trong ruột. Nguyên nhân bên ngoài ruột như dính ruột, u ngoài ruột chèn ép, xoắn ruột.

2. Tắc ruột chức năng: do ruột bị liệt, như sau phẫu thuật lớn ở bụng, bị viêm phúc mạc, chấn thương ngoài bụng, nhiễm trùng toàn thân hoặc rối loạn trao đổi chất toàn thân, ruột co thắt quá mạnh, viêm đường ruột, hoặc rối loạn chức năng hệ thần kinh đều dẫn đến co thắt tạm thời đường ruột.

83) Tại sao trẻ bị lồng ruột?

Lồng ruột là một trong các chứng đau bụng cấp thường gặp ở trẻ nhỏ, nhiều nhất là ở trẻ từ 4 - 10 tháng tuổi. Theo thời gian, tỉ lệ mắc bệnh giảm dần. Đa số trẻ bị lồng ruột đều là nguyên phát, chỉ có chừng 2 – 8% số ca bệnh là thứ phát. Do nhu động ruột co bóp không bình thường, cơ vòng ruột xảy ra co thắt cục bộ liên tục, đoạn gần ruột nhu động mạnh, dần dần đẩy đoạn ruột co thắt vào trong lòng ruột xa hơn. Nguyên nhân dẫn đến lồng ruột thường do:

1. Đặc điểm giải phẫu: hồi tràng, manh tràng của hài nhi chưa cố định hoàn chỉnh, khiến độ dao động lớn, dễ xảy ra lồng ruột.

2. Rối loạn nhu động ruột: khi trẻ bị sốt, tiêu chảy hoặc thay đổi ăn uống đều có thể dẫn tới làm mất điều hoà nhu động ruột.
3. Nhiễm giun đũa: giun đũa có thể kích thích làm rối nhu động ruột, gây lồng ruột.
4. Nhiễm virus bệnh: Khi nhiễm virus bệnh, mô bạch huyết thành ruột hồi tràng, manh tràng tăng sinh dạng viêm, hạch bạch huyết ruột lân cận cũng sưng to, ép vào ruột, hơn nữa khi nhiễm virus, chức năng vận động của ruột bị rối loạn, dễ dẫn đến lồng ruột.

84) Tắc ruột bẩm sinh là gì?

Tắc ruột bẩm sinh là một trong các chứng đau bụng cấp chủ yếu của trẻ sơ sinh, là dị tật đường tiêu hoá bẩm sinh thường gặp ở trẻ em. Có hai nguyên nhân gây bệnh: một là vào giai đoạn phát triển của phôi thai, lòng ruột không được hình thành đầy đủ, hai là tuần hoàn máu đường ruột thời kỳ thai nhi gặp trục trặc cản trở sự phát triển bình thường của ruột non.

Tắc ruột do bất cứ nguyên nhân gì gây ra đều thể hiện đặc trưng là nôn ói. Sau khi chào đời vài giờ cho đến một hay hai ngày thì trẻ nôn liên hồi, lượng nôn ra nhiều, phần lớn là nước mật, không có phân thải bình

thường, hoặc chỉ đi ra niêm dịch màu trắng hoặc phân dính màu xanh lục. Tắc ruột ở cao thì bụng không trướng hoặc chỉ có trướng nhẹ bụng trên. Tắc ruột thấp thì toàn bộ bụng trướng. Do nôn liên tục, trẻ nhanh chóng xuất hiện triệu chứng mất nước, nhiễm độc axit, rối loạn điện giải và ngộ độc.

Tắc ruột bẩm sinh có thể điều trị bằng phẫu thuật, nhưng phải làm tốt việc chuẩn bị trước phẫu thuật, xử lý việc mất nước, nhiễm độc axit và rối loạn điện giải, cần thiết thì phải điều trị hỗ trợ bằng truyền máu tươi, huyết tương.

85) Tại sao trẻ bị bệnh giun kim?

Hình thức lây nhiễm rất đơn giản. Khi con người ăn thức ăn, uống nước nhiễm trứng giun kim, trứng sẽ nhanh chóng nở thành giun trong ruột. Giun chui ra để trứng quanh hậu môn gây ngứa, trẻ dùng tay gãi, trứng giun dính vào ngón tay. Nếu dùng tay chưa rửa sạch cầm thức ăn, vô hình chung đưa trứng giun vào bụng, gây nhiễm. Giun truyền lan từ hậu môn – đến tay – đến miệng là con đường chủ yếu mà trẻ tự lây nhiễm bệnh liên tục cho mình. Trong trường học của trẻ, trứng giun kim trong phân trẻ bệnh có thể gây nhiễm chăn màn, quần áo, đồ chơi và bụi bặm trong phòng, khiến các trẻ khác bị nhiễm.

86) Tại sao trẻ dễ mắc bệnh giun đũa?

Khi điều tra đại trà về ký sinh trùng đường ruột, người ta phát hiện thiếu niên, nhi đồng, nhất là những em sống ở nông thôn có tỉ lệ nhiễm giun đũa rất cao, có nơi lên đến 80 -90%. Tại sao trẻ mắc bệnh giun đũa cao như vậy? Vì bệnh giun đũa lây nhiễm qua đường miệng. Tỉ lệ mắc bệnh cao có liên quan đến thói quen sống không tốt. Ví dụ, trước khi ăn và sau khi đại tiện, phải rửa sạch tay, không ăn, rau sống, phải ăn chín uống sôi. Nhưng trẻ em thường không làm được như vậy. Trẻ thường tùy tiện dùng tay bẩn bốc thức ăn để ăn. Nông thôn trồng mía, dưa chuột..., trẻ thường chưa rửa sạch đã ăn. Các loại cây, quả này thường nhiễm trứng giun trong đất, cho nên vào mùa thu hoạch hoa màu, tỉ lệ nhiễm giun đũa ở trẻ em nông thôn tăng rất cao. Bệnh giun đũa còn liên quan đến nguồn nước. Nông thôn thường xuyên sử dụng nước sông, suối nhiễm trứng giun. Ngoài ra, lây bệnh cũng liên quan đến khí hậu. Mùa khô hạn nhiều gió, gió thổi lùa trứng giun dưới đất bay lên, cũng dễ gây nhiễm. Trẻ em thích nghịch đất, không có thói quen cắt ngắn móng tay, bạ đâu là cầm các thứ ăn đấy. Cho nên việc giáo dục trẻ luyện thói quen giữ vệ sinh ngay từ nhỏ là vô cùng cần thiết.

Phần 4

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA BỆNH ĐƯỜNG RUỘT

87) Trẻ nuốt phải dị vật có biểu hiện lâm sàng nào?

Dị vật trẻ nuốt thường gặp như: xương động vật, cá, hạt trái cây, đồng tiền xu, khuy cúc áo, kim, viên bi thuỷ tinh, kẹp tóc, đồ chơi nhỏ... Dị vật đi qua thực quản xuống đến dạ dày, 90% dị vật nhỏ có thể thông qua toàn bộ đường tiêu hoá rồi theo phân ra ngoài, 10% dị vật mắc lại ở các vị trí khác nhau gây tắc, sinh ra các triệu chứng. Căn cứ vào vị trí mắc dị vật khác nhau, có thể chia ra dị vật ở họng, dị vật thực quản và dị vật dạ dày, ruột.

1. Dị vật ở họng: trẻ có cảm giác tắc khi nuốt, khó nuốt và đau, chảy nước dãi.
2. Dị vật thực quản: dị vật thường mắc lại ở đoạn

thực quản cổ. Ngoài khó nuốt và đau ra, trẻ thường không dám hoạt động, nước miếng nhiều. Khi nhiễm trùng thứ phát có thể gây sốt, khó chịu toàn thân, trẻ thường khóc quấy.

3. Dị vật dạ dày, ruột: đa số dị vật có thể đi qua dạ dày, đường ruột và thải ra qua hậu môn, không gây bất cứ triệu chứng nào. Khi dị vật có góc hoặc nhọn sẽ mắc vào môn vị, tá tràng và hồi tràng, manh tràng, gây đau bụng co thắt. Thời gian dị vật mắc lại lâu sẽ gây sưng, viêm, loét cục bộ, chảy máu hoặc thủng ruột.

88. Trẻ tiêu hoá kém có biểu hiện lâm sàng nào?

Tiêu hoá kém rất thường gặp trong các bệnh hệ tiêu hoá của trẻ, thường có các biểu hiện lâm sàng:

1. Tiêu chảy là biểu hiện chủ yếu: phân chứa sữa vón cục và thức ăn sống, có khi có bọt, mùi chua thối.
2. Khi đau bụng, ói mửa thường kèm theo đau bụng, trẻ nhỏ khóc quấy, trẻ lớn cho biết bị đau bụng. Đau không nhiều, có thể tự giảm.
3. Trẻ nhỏ biểu hiện trớ sữa, trẻ lớn hơn thì nôn mửa, chất nôn có mùi chua, nói chung không nặng lắm.
4. Kiểm tra phân thường thấy nhiều viên mỡ hoặc ít niêm dịch. Cây phân không thấy có vi trùng.

5. Trẻ giảm ăn, trướng bụng, bụng kêu, không cần ống nghe cũng có thể nghe tiếng “lục đục”.
6. Tiêu hoá kém thường không mất nước và nhiễm độc axit, bệnh nhẹ hơn nhiễm trùng đường ruột, tương đối dễ điều trị.

89) Suy dinh dưỡng có biểu hiện gì?

Suy dinh dưỡng đồng thời thiếu nhiệt lượng và protein, nhưng mức độ thiếu không đều, cho nên biểu hiện lâm sàng cũng khác. Suy dinh dưỡng có hai dạng: gầy gò và phù nề. Dạng gầy gò biểu hiện thiếu nhiệt lượng là chủ yếu. Dạng phù nề biểu hiện thiếu trầm trọng protein, còn tổng nhiệt lượng gần bằng lượng cần thiết.

Giai đoạn đầu, suy dinh dưỡng biểu hiện: không tăng cân hoặc giảm cân, mỡ dưới da giảm, cơ thể gầy gò, chậm lớn hoặc ngừng lớn, da khô, nhão, dần dần mất tính đàn hồi, tóc khô, không trơn mượt, dễ gãy, dễ rụng; cơ nhão hoặc teo, lực căng cơ giảm, bụng trướng. Mỡ dưới da giảm trước tiên ở bụng, sau đó đến thân, chân tay, móng, sau cùng là mặt. Nếu thấy mặt trẻ gầy gò, chứng tỏ đã suy dinh dưỡng nặng. Đặc điểm lâm sàng của dinh dưỡng protein kém là phù nề, thường bắt đầu từ chân, biểu hiện lõm xuống, dần dần lan đến cơ quan sinh dục ngoài, thành bụng, tay và mặt. Người bị nặng thì phù toàn thân, có thể xuất hiện tích nước ở tim, lồng ngực và ổ bụng.

Suy dinh dưỡng ở trẻ dưới ba tuổi có thể chia ra ba mức độ theo tình hình bệnh. Suy dinh dưỡng độ I và độ II chủ yếu biểu hiện cơ thể gầy gò và sụt cân. Suy dinh dưỡng độ I thì trọng lượng cơ thể thấp hơn trị số bình quân 15 – 25%, độ II là 25 – 40%, độ III là trên 40%, kèm theo rối loạn chức năng các tạng quan trọng. Suy dinh dưỡng của trẻ trên ba tuổi chia ra hai loại: độ nhẹ và độ nặng. Độ nhẹ: trọng lượng cơ thể của trẻ 3 – 7 tuổi thấp hơn trị số bình quân bình thường là 15 – 30%, trẻ 7 – 14 tuổi là 20 – 30%. Độ nặng: trọng lượng cơ thể thấp hơn trị số bình quân trên 30%. Da trẻ bệnh xanh xao, mỡ dưới da giảm rõ rệt hoặc mất hẳn, da đàn hồi kém, cơ nhão, tinh thần uể oải, chậm chạp hoặc bồn chồn không yên.

90) Trẻ biếng ăn gầy gò có biểu hiện gì?

Do trẻ không thèm ăn, ăn ít, dẫn đến gầy gò, sụt cân, chậm lớn, sắc mặt xanh xao, tóc khô vàng, đêm ngủ không yên, không đạt được tiêu chuẩn phát triển của trẻ bình thường. Một số trẻ biếng ăn có sở thích khác lạ như thích ăn đất, dầu que diêm, giấy, lá cây... Trẻ nhỏ thì luôn khóc quấy, trẻ lớn hơn thì thường xuyên cáu gắt với người chung quanh, không hoà đồng, mất tính ngây thơ vốn có của trẻ em. Nếu biếng ăn lâu ngày sẽ bị suy dinh dưỡng thứ phát, thiếu máu. Sức kháng bệnh của trẻ giảm, có thể mắc bệnh nhiễm trùng tái phát,

trẻ bệnh đặc biệt dễ bị cảm cúm, viêm nhánh khí quản, viêm phổi, tiêu chảy tái đi tái lại, điều trị mãi không khỏi, thường kèm theo còi xương, chân tay khẳng khiu. Nói chung, biếng ăn không nguy hiểm, chỉ cần điều trị bệnh thứ phát, tăng cường nuôi dưỡng thì trẻ sẽ khoẻ mạnh lại.

91. Trẻ béo phì có biểu hiện gì?

Chứng béo phì có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nhưng trẻ trong vòng một tuổi, năm hay sáu tuổi và thanh thiếu niên là chiếm tỉ lệ cao. Trẻ béo phì rất thích ăn, có khi suốt ngày ăn không no, thích ăn thịt mỡ và đồ ngọt, lười hoạt động, mỡ dưới da nhiều, phân bố đều ở mặt, vai, vú, hông. Dương vật bé trai bị mỡ che lấp, thường bị nhầm với cơ quan sinh dục phát triển kém. Do béo, mô mỡ quá nhiều nên nếp nhăn da càng sâu, nếu chăm sóc không tốt, dễ bị hăm cục bộ, dẫn đến viêm, loét, nổi mụn. Trẻ cân nặng hơn hẳn trẻ cùng tuổi. Trí lực trẻ béo phì thường bị trục trặc do tâm lý hoặc có cảm giác tự ti.

Insulin trong máu của trẻ béo phì cao hơn bình thường, tổng lượng mỡ máu và axit béo tự do đều tăng. Siêu âm thấy gan nhiễm mỡ mức độ khác nhau. Trẻ béo phì nặng có thể xuất hiện hụt hơi, tím tái, tế bào hồng cầu thứ phát tăng, tim to, thậm chí xuất hiện suy tim do xung huyết, còn gọi là hội chứng tim phổi do béo phì.

92) Biểu hiện đau bụng như thế nào thì nguy hiểm đến tính mạng?

Khi mô hoặc cơ quan nào đó trong bụng có bệnh sẽ gây đau bụng, nhất là “chứng đau bụng cấp”, cần xử lý bằng phẫu thuật gấp, nếu không sẽ nguy hiểm đến tính mạng như: thủng dạ dày cấp, viêm phúc mạc cấp, tắc ruột cấp, viêm ruột thừa cấp. Gặp các tình hình sau, cần khám ngay:

1. Đau bụng dữ dội và đột ngột, thời gian kéo dài, căng cơ bụng, thậm chí căng cứng, sờ bụng đau rõ rệt, trẻ không cho sờ bụng hoặc đau hơn khi đổi tư thế.
2. Đau bụng kèm nôn hoặc tiêu chảy nhiều lần.
3. Đau bụng kèm nôn ra máu, đại tiện ra máu.
4. Đau bụng nhiều và liên tục, mặt xanh xao, đổ mồ hôi lạnh, váng đầu, tim đập nhanh.
5. Đau bụng kèm táo bón, không đi ngoài, không trung tiện, bụng nổi cục, trướng bụng nặng.
6. Đau chuyển dịch xuống phía dưới phải, xuất hiện căng cơ bụng dưới phải, ấn đau rõ.

93) Chức năng thần kinh ruột trực trặc thì biểu hiện như thế nào?

Chứng chức năng thần kinh ruột là một số triệu chứng lâm sàng do trực trặc hoạt động thần kinh cao

cấp của cơ thể dẫn đến rối loạn chức năng thần kinh thực vật, làm mất điều hoà chức năng vận động và bài tiết của dạ dày, ruột, thường xảy ra ở trẻ lớn, ảnh hưởng đến học tập và sinh hoạt. Nhưng thực tế, giải phẫu bệnh lý không có biến chứng bệnh ở các cơ quan, người nhà đưa trẻ đi hết bệnh viện này đến bệnh viện khác nhưng hiệu quả điều trị không khả quan. Vì thế, cần có nhận thức đúng đối với chứng chức năng thần kinh dạ dày – ruột. Bệnh này thường có các biểu hiện:

1. Nấc do thần kinh: trẻ thường nấc liên tục, nhiều lần, tưởng tượng như có hơi trong dạ dày gây khó chịu, cho nên muốn nấc để xả hết hơi ra. Lúc này, nếu bố mẹ tìm cách chuyển sức chú ý của trẻ thì nấc sẽ giảm hoặc biến mất.
2. Nôn do thần kinh: thường đột nhiên ho sau khi ăn. Trước khi nôn không có cảm giác buồn nôn, chất nôn ra ít, sau khi nôn vẫn ăn bình thường, không ảnh hưởng sự thèm ăn cũng như lượng ăn. Trẻ tuy nôn nhiều lần, nhưng ít bị suy dinh dưỡng, không ảnh hưởng đến sự phát triển.
3. Trẻ khó chịu, đau bụng trên, kèm theo ợ chua, ăn uống kém. Đau bụng liên quan mật thiết với sự thay đổi của tinh thần và tình cảm.
4. Biếng ăn do thần kinh: thường xảy ra ở trẻ lớn, nhất là bé gái sợ béo phì, biểu hiện là ăn rất ít, sụt cân,

giai đoạn cuối có thể xuất hiện bệnh xấu, thậm chí tử vong.

5. Chứng dị ứng đại tràng: trẻ bệnh thường đau bụng co thắt từng cơn, đau nhiều ở bụng dưới trái, kèm tiêu chảy. Tình cảm dao động, mệt mỏi có thể gây đau bụng. Sau khi trung tiện, đại tiện thì triệu chứng giảm hoặc mất, thường không đau đêm, xét nghiệm phân bình thường.

Ngoài triệu chứng đường ruột nói trên ra, trẻ mắc bệnh này thường kèm theo lo lắng, mất ngủ, đau đầu, vầng đầu, tư tưởng không tập trung, hay cáu gắt.

Điều trị chứng chức năng thần kinh dạ dày, ruột chủ yếu là điều trị tâm lý, điều trị bằng thuốc, kết hợp mát xa. Luyện cho trẻ có niềm tin điều trị, loại bỏ tâm lý lo âu, căng thẳng, sắp xếp nghỉ ngơi với hoạt động cho hợp lý, ăn đúng giờ, phối hợp tốt giữa thầy thuốc và người bệnh.

94) Trẻ viêm dạ dày có biểu hiện gì?

Trẻ viêm dạ dày không có biểu hiện đặc trưng. Triệu chứng thường thấy là: khó chịu ở dạ dày, đau bụng, giảm thèm ăn, buồn nôn và nôn. Đau bụng tái đi tái lại, thường đau bụng trên, quanh rốn hoặc không cố định. Khi đau quanh rốn hoặc ở vị trí không cố định thường bị nhầm là bệnh giun đũa, đau bất kỳ lúc nào,

sau khi ăn thì đau nặng hơn. Mức đau rất khác nhau, có khi chỉ đau âm ỉ, lúc đau dữ dội. Một số ít người viêm dạ dày nhưng không đau bụng, chỉ có biểu hiện khó chịu ở bụng sau khi ăn, hoặc không muốn ăn.

Buồn nôn, nôn là triệu chứng hay gặp. Chất nôn ra là chất lỏng, chua, kèm với xác thức ăn, có khi lẫn máu. Nếu lượng máu ra nhiều thì còn đại tiện ra phân đen. Xét nghiệm phân có máu chứng tỏ vỡ mạch máu niêm mạc dạ dày, cần đưa ngay vào bệnh viện cấp cứu.

Trẻ bị viêm dạ dày do ăn ít, hơn nữa tái đi tái lại, hoặc nôn nhiều, có thể xuất hiện mất thăng bằng nước, điện giải và axit – kiềm, thậm chí bị choáng do dung lượng máu thấp, khám có thể thấy ấn đau ở bụng trên, bụng réo, huyết áp hạ, mạch đập nhanh, mặt xanh xao, chân tay lạnh, cần đưa ngay đi cấp cứu.

Một số trẻ bị bệnh kéo dài, ngoài các triệu chứng trên, còn biểu hiện suy dinh dưỡng, mệt mỏi, yếu đuối, không tập trung, có khi còn kèm theo tiêu chảy, có cảm giác đau bụng, thường xuyên trung tiện. Một số trẻ bệnh lại không có triệu chứng lâm sàng nào, chỉ biểu hiện gầy gò và thiếu máu. Đối với các trẻ này cần xét nghiệm phân nhiều lần và quan sát sự thay đổi huyết sắc tố ở trạng thái động nhằm xác định có phải mất máu mạn tính hay không, cố gắng chẩn đoán sớm, áp dụng biện pháp điều trị thích hợp để trẻ chóng hồi phục.

95) Mất cân bằng vi khuẩn đường ruột có biểu hiện gì?

Khi mất cân bằng vi khuẩn đường ruột thì vi khuẩn sinh lý bình thường giảm, còn vi khuẩn độc hại lại phát triển mạnh, như tụ cầu khuẩn màu vàng, trực khuẩn lỵ và vi khuẩn tràng hạt màu trắng, lâm sàng thường xuất hiện tiêu chảy, hoặc tiêu chảy có sẵn sẽ nặng thêm. Ở trẻ thường thấy khuẩn tràng hạt phát triển mạnh, khoang miệng xuất hiện mảng màu trắng gọi là tưa miệng, quanh hậu môn cũng xuất hiện mảng trắng, phân nhầy, dính hoặc nhão như bã đậu phụ.

Khi mất cân bằng vi khuẩn đường ruột, cần ngừng sử dụng thuốc chống khuẩn vốn có để chống nhiễm trùng đối với bệnh có sẵn. Ví dụ, tụ cầu khuẩn màu vàng phát triển mạnh thì cần điều trị bằng thuốc chống khuẩn nhạy cảm với chúng. Trẻ thường nhiễm vi khuẩn tràng hạt thì cần ngừng sử dụng tất cả thuốc chống khuẩn, mà cần cho uống Mycostatin mỗi ngày 3 lần; cũng có thể dùng Daktarin mỗi ngày 20 – 60mg/một kg trọng lượng cơ thể, chia ba lần uống; đồng thời cho uống Cerebiogen, để cân bằng sinh thái vi khuẩn bình thường của đường ruột, uống Smecta bảo vệ niêm mạc dạ dày, cung cấp nhiều loại vitamin; chú ý hỗ trợ điều trị đối với trẻ suy dinh dưỡng, thiếu máu, nếu cần phải truyền dịch hoặc truyền máu.

96 Hội chứng ruột dễ kích thích có biểu hiện gì?

Bản chất của hội chứng ruột dễ kích thích là phản ứng khác thường của đại tràng tăng cao, tức hiện tượng kích thích đại tràng. Biểu hiện của nó là:

1. Đau bụng: đau bụng tái phát mạn tính, chủ yếu là quanh rốn hoặc bụng dưới trái. Đau mạnh trước khi đại tiện, sau đó giảm nhẹ.
2. Tiêu chảy và táo bón: cùng với đau bụng tái phát dạng mạn tính, thường kèm theo tiêu chảy, phân dính, chứa niêm dịch, hoặc táo bón, cũng có thể vừa táo bón vừa tiêu chảy xen kẽ nhau. Xét nghiệm phân thường chỉ thấy ít tế bào bạch cầu, cấy phân không có vi khuẩn phát triển.
3. Trẻ bệnh rất nhạy cảm với các loại kích thích, thường kèm yếu tố tinh thần, hoặc ăn uống không thích hợp hoặc không thích ứng với môi trường bên ngoài như nóng, lạnh, mệt mỏi, thay đổi môi trường sống đều có thể phát bệnh.

97 Trẻ nhỏ bị tiêu chảy có biểu hiện gì?

Bệnh tiêu chảy ở trẻ nhỏ chia ra hai thể: thể nhẹ và thể nặng, biểu hiện lâm sàng khác nhau.

Tiêu chảy nhẹ do yếu tố ăn uống và nhiễm trùng ngoài đường ruột gây ra. Biểu hiện chủ yếu là triệu chứng dạ

dày – ruột, như: lười ăn, trớ sữa hoặc nôn ói, mỗi ngày tiêu chảy 5 – 10 lần, lượng nước trong phân không quá nhiều, phân có dạng nước loãng hoặc dạng dung dịch trứng gà, màu vàng hoặc nâu chuối, vị chua, chứa ít niêm dịch và sữa, số lượng không cố định. Trẻ thường đau bụng, khóc quấy trước đại tiện, sau đại tiện thì triệu chứng giảm. Xét nghiệm phân có thể thấy nhiều viên mỡ.

Tiêu chảy nặng phần lớn là do nhiễm trùng đường ruột gây ra, cũng có thể do tiêu chảy nhẹ diễn tiến thành. Biểu hiện chủ yếu là triệu chứng dạ dày, ruột rất rõ: như giảm thèm ăn, nôn ói liên tục, khi nặng có thể nôn ra chất như cà phê, mỗi ngày có thể tiêu chảy 10 lần trở lên, có khi vài chục lần, đại tiện ra phân dạng nước, số lượng nhiều, màu xanh lục, chứa niêm dịch hoặc máu mủ, mùi tanh, thối. Do số lần đại tiện quá nhiều, khiến da quanh hậu môn, mông tấy đỏ hoặc lầy ra. Do nôn nhiều, nên ngoài triệu chứng đường ruột ra còn có thể mất nước, rối loạn chất điện giải và nhiễm độc axit, cũng có thể xuất hiện triệu chứng ngộ độc toàn thân như sốt cao liên tục, li bì, bồn chồn hoặc co giật, hôn mê.

98) Tiêu chảy nguy hại thế nào đối với sức khỏe trẻ nhỏ?

Mức độ nguy hiểm của tiêu chảy đối với sức khỏe trẻ nhỏ phụ thuộc vào tình hình bệnh. Tiêu chảy cấp tính

nhẹ không nguy hiểm, nhưng tiêu chảy nặng kéo dài thì rất nguy hại đối với sức khỏe, thể hiện trên các mặt.

1. Tiêu chảy nặng có thể dẫn đến rối loạn sự cân bằng nước, chất điện giải và nhiễm độc axit, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng.
2. Thiếu máu: phần lớn xuất hiện ở trẻ tiêu chảy mạn tính. Khi tiêu chảy, do trực tràng về tiêu hoá hấp thu, khiến việc hấp thu protein, chất sắt, axit folacin, vitamin B₁₂ giảm dần đến thiếu máu do thiếu sắt.
3. Suy dinh dưỡng: tiêu chảy, nhất là tiêu chảy kéo dài khiến việc hấp thu chất dinh dưỡng của cơ thể bị trở ngại, dẫn đến trẻ suy dinh dưỡng, có thể xuất hiện triệu chứng phù do suy dinh dưỡng.
4. Sức đề kháng của cơ thể giảm: tiêu chảy lâu dẫn đến suy dinh dưỡng, lượng globulin miễn dịch trong cơ thể giảm, làm giảm sức đề kháng đối với các loại nhiễm trùng, dễ xảy ra nhiễm trùng đường hô hấp, đường tiết niệu và da.
5. Thiếu vitamin: tiêu chảy lâu có thể ảnh hưởng việc hấp thu vitamin, gây ra chứng thiếu vitamin. Như thiếu vitamin B có thể gây ra viêm miệng, viêm khoé miệng, viêm thần kinh và ảnh hưởng chức năng tim. Thiếu vitamin A có thể gây đục giác mạc, thậm chí thủng, mù loà.

99) Làm sao phán đoán mức độ mất nước của trẻ tiêu chảy?

Do mất chất lỏng quá nhiều khi tiêu chảy nên cơ thể sẽ bị mất nước. Căn cứ vào biểu hiện lâm sàng, chia ra ba mức độ mất nước: độ nhẹ, độ vừa, độ nặng.

1. Mất nước độ vừa: nước bị mất khoảng 5% trọng lượng cơ thể (50ml/kg trọng lượng cơ thể), tinh thần trẻ bệnh sút giảm hoặc khóc quấy, có khi sắc mặt xanh xao, da hơi khô, đàn hồi giảm, quầng mắt và thóp lõm xuống, niêm mạc khoang miệng hơi khô, lượng nước tiểu hơi giảm.
2. Mất nước độ vừa: nước bị mất khoảng 5 – 10% trọng lượng cơ thể (50 – 100ml/kg trọng lượng cơ thể), tinh thần ủ rũ, trẻ quấy khóc, da toàn thân xanh xao, khô, không đàn hồi, quầng mắt và thóp lõm rõ, niêm mạc miệng khô, lượng nước tiểu ít.
3. Mất nước nặng: nước bị mất trên 10% trọng lượng cơ thể (100 – 120ml/kg trọng lượng cơ thể), trẻ ủ rũ, lơ đãng, ngủ li bì, thậm chí co giật, hôn mê, da xám xịt, khô, đàn hồi kém, quầng mắt và thóp lõm sâu, niêm mạc miệng rất khô, môi miệng nứt nẻ, huyết áp giảm, chân tay lạnh, nhịp tim nhanh, tiếng tim thấp, nước tiểu quá ít hoặc không có.

Khi đánh giá mức độ mất nước còn phải chú ý mối quan hệ giữa triệu chứng lâm sàng với nồng độ natri

trong máu. Khi mất nước thẩm thấu thấp, thì chủ yếu mất nước ngoài tế bào, cho nên triệu chứng mất nước tương đối nặng, nhưng miệng không khát lắm. Khi mất nước thẩm thấu cao, thì chủ yếu mất nước trong tế bào, cho nên trẻ khát, sốt cao, bồn chồn, thậm chí có thể co giật, nhưng triệu chứng mất nước nhẹ hơn.

Ngoài ra, nước ngoài tế bào trong cơ thể trẻ suy dinh dưỡng tương đối nhiều, cho nên khi bị tiêu chảy sẽ mất nhiều nước. Còn nước ngoài tế bào trong cơ thể trẻ bệnh béo phì ít hơn, nên nước bị mất lúc tiêu chảy cũng ít hơn.

Trẻ bị bệnh tả có biểu hiện gì?

Sau khi nhiễm vi trùng tả, trong một đến ba ngày sẽ khởi bệnh, thường đột ngột tiêu chảy nặng, cùng lúc hoặc tiếp theo là nôn, số lần tiêu chảy dày, số lượng nhiều, bắt đầu phân màu vàng rồi nhanh chóng chuyển sang dạng nước gạo, không thối, không đau bụng, nôn thốc nôn tháo. Do nôn nhiều, trẻ nhanh có biểu hiện mất nước, nước tiểu ít hoặc không tiểu, khóc không có nước mắt, da khô hoặc co, không đàn hồi, hố mắt trũng sâu. Người bị nặng thì mạch đập yếu, biểu lộ tình cảm mơ hồ, hoặc bồn chồn không yên, choáng.

Bệnh khởi phát dữ dội, phát triển nhanh, nếu không điều trị kịp thời, trẻ sẽ nhanh chóng bị choáng, suy chức năng thận cấp dẫn đến tử vong.

101 Viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh có biểu hiện gì?

Viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh khởi phát gấp. Phần lớn sau khi trẻ ra đời 24 giờ đến 10 ngày là phát bệnh. Biểu hiện chủ yếu là đau bụng, trướng bụng, tiêu chảy, nôn, đại tiện ra máu, sốt cao hoặc không sốt, trong thời gian ngắn có thể xuất hiện triệu chứng ngộ độc nặng toàn thân.

1. Đau bụng: biểu hiện khóc quấy từng cơn, sắc mặt trắng bệch, co chân co tay.
2. Trướng bụng: bụng căng, trướng, tấy đỏ thành ruột hoặc phù nề, cho thấy có thể thủng ruột hoặc viêm phúc mạc mạn tính.
3. Nôn: nôn ra chất chứa trong dạ dày hoặc như cà phê hoặc có khi nôn ra dung dịch như nước mật.
4. Tiêu chảy: lúc đầu tiêu chảy ngày vài lần đến chục lần, phân như nước nhầy, về sau đại tiện ra máu, như nước rửa thịt, có mùi tanh, thối.
5. Bụng nổi cục: như xảy ra dính ruột, có thể sờ thấy cục ở bụng.

Ngoài ra, có thể còn xuất hiện triệu chứng choáng, như trẻ bồn chồn, ủ rũ, ngủ li bì, phản ứng đối với chung quanh chậm chạp, sốt cao hoặc không, khó thở, chân tay lạnh, huyết áp giảm, hoặc biểu hiện mất nước, nhiễm độc axit.

Chụp ảnh phần bụng là phương pháp quan trọng để chẩn đoán bệnh này. Ruột non xung huyết rộng, thành ruột phù nề là biểu hiện X quang điển hình của bệnh, khi thủng ruột, bụng đầy hơi.

102 Bệnh crohn có biểu hiện gì?

Bệnh crohn là bệnh viêm ruột đặc thù mạn tính ở trẻ em. Bệnh khởi phát chậm, có khi kéo dài vài tháng, thậm chí vài năm, cũng có số ít khởi bệnh nhanh. Biểu hiện chính là đau bụng. Do biến chứng bệnh thường là đoạn cuối hồi tràng và hồi manh tràng nên thường đau quanh rốn hoặc bụng, kèm theo ấn đau dưới phải. Bụng đau từng cơn, bệnh nặng thì đau liên tục. Tiêu chảy gián đoạn hoặc liên tục, phân dạng hồ hoặc loãng, thường không có máu mủ và chất nhầy. Một số trẻ bị sốt vừa hoặc nhẹ gián đoạn. Trẻ bị nặng kèm nhiễm độc máu thì sốt cao. Có trẻ sốt lâu dài không rõ nguyên nhân rồi mới xuất hiện triệu chứng đường ruột. Cá biệt có trẻ khởi bệnh gấp, đột ngột đau bụng dưới phải nên thường nhầm với viêm ruột thừa cấp tính, tiến hành mổ thì phát hiện lỗ rò ruột. Ngoài ra, tiêu chảy và táo bón thường xen kẽ nhau, thỉnh thoảng có nôn mửa. Cùng với sự phát triển của bệnh, có thể xuất hiện tắc ruột. Bụng vừa đau, vừa trướng, có khi sờ thấy cục. Các biến chứng khác còn có đại tiện ra nhiều máu, có lỗ rò ruột,

thủng ruột, sưng khoang bụng, rò quanh hậu môn và sung tấy trực tràng. Ngoài ra, còn buồn nôn, nôn ói, giảm ăn, thiếu sức, gầy gò, thiếu máu, chứng protein trong máu thấp và suy dinh dưỡng.

Trẻ bị bệnh crohn cần được nằm nghỉ, có tiêu chuẩn ăn riêng, cố gắng cho trẻ ăn uống nhiều dinh dưỡng, giàu vitamin, dễ tiêu hoá. Trẻ bị nặng thì có thể ngừng cho ăn, mà điều trị bằng dinh dưỡng cao bên ngoài, chú ý bù nước và chất điện giải, khi cần thì phải truyền huyết tương, máu, bổ sung anbumin, axit amin tổng hợp, vitamin và nguyên tố vi lượng cần thiết. Ngoài ra, giảm đau, cầm tiêu chảy, giảm co giật và khống chế nhiễm trùng cũng là biện pháp cần thiết để làm giảm bệnh. Nếu có biến chứng đau bụng cấp tính ngoại khoa như tắc ruột, thủng ruột và chảy máu ruột nặng thì phải đưa đến viện để mổ cấp cứu.

103 Viêm túi thừa meckel có biểu hiện gì?

Viêm túi thừa meckel đơn thuần không gây khó chịu toàn thân, nên không có triệu chứng lâm sàng đặc trưng. Trường hợp biến chứng lại rất khó phân biệt với viêm hoặc thủng ruột thừa cấp, xuất huyết đường tiêu hoá dưới và tắc ruột do nguyên nhân khác gây ra. Triệu chứng thường gặp của bệnh này là:

1. Viêm túi thừa: khi túi thừa không thông hoặc có dị vật sẽ gây viêm với các triệu chứng: đau quanh rốn hoặc bụng dưới, kèm theo sốt, buồn nôn và nôn. Khám bụng có thể thấy cơ bụng căng, đau quanh rốn hoặc dưới phải. Tổng số tế bào bạch cầu và tế bào hạt trung tính tăng cao.
2. Ruột chảy máu: thường xảy ra ở trẻ dưới 1 tuổi. Vì túi thừa thường chứa mô niêm mạc dạ dày thoát vị, cho nên dễ chảy máu dạng loét giống như loét đường tiêu hoá trên, phần lớn ca bệnh đều đại tiện ra nhiều máu nhưng không đau, phân hơi đen, về sau có màu đỏ, tự hết máu hoặc tái phát nhiều lần, thậm chí bị choáng do chảy máu.
3. Thủng ruột: viêm hoặc loét túi thừa đều có thể dẫn đến thủng đột ngột, với biểu hiện đau mạnh đột ngột, nôn mửa và sốt. Khám bụng, có thể thấy cơ bụng căng cứng, bụng sôi giảm hoặc mất hẳn, số ít bệnh nhân bị đầy hơi, kiểm tra bằng X quang có thể phát hiện chất khí tự do ở dưới cơ hoành.
4. Tắc ruột: tắc ruột với biểu hiện lồng ruột do túi thừa lộn vào trong gây ra là thường gặp nhất, ngoài ra còn có tắc ruột do xoắn ruột, xoắn túi thừa hoặc dính do viêm gây ra, biểu hiện giống như tắc ruột, xoắn ruột hoặc dính nói chung.

104 Viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em có biểu hiện gì?

Viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em thường có các triệu chứng lâm sàng.

1. Đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất. Đặc điểm của đau bụng viêm ruột thừa là thường bắt đầu quanh rốn hoặc ở bụng trên. Vài giờ sau di chuyển đến bụng dưới phải, chuyên môn gọi là “đau bụng di chuyển”. Nhưng có trẻ vừa khởi bệnh đã đau bụng dưới phải. Phần lớn đau không dữ dội, trẻ thường co chân phải để nằm, không dám đi thẳng. Bụng dưới phải ấn đau, có trẻ cùng lúc bị căng cơ.
2. Buồn nôn, nôn mửa cũng thường xảy ra. Số lần nôn không nhiều, chất nôn ra là thức ăn chưa tiêu hoá.
3. Đa số trẻ sau khi đau bụng thì bắt đầu sốt, thân nhiệt lên đến trên 39°C .
4. Kiểm tra thấy tế bào bạch cầu và tế bào hạt trung tính trong máu tăng cao, có khả năng xuất hiện hạt nhiễm độc.

Trên đây là triệu chứng điển hình của chứng viêm ruột thừa cấp ở trẻ em. Một số trẻ vừa phát bệnh đã tiêu chảy, biểu hiện lâm sàng tựa như viêm ruột cấp. Vì thế phải kiểm tra cẩn thận phần bụng, tránh nhầm lẫn, để nhờ mất cơ hội điều trị.

105 Triệu chứng gì dự báo trẻ mắc chứng loét đường tiêu hoá?

Trẻ mắc chứng loét đường tiêu hoá thường không có bệnh sử, dù có bệnh sử cũng không điển hình. Tuổi càng nhỏ thì biểu hiện lâm sàng càng không điển hình, vì thế dễ chẩn đoán nhầm. Khi lâm sàng có mấy biểu hiện sau, là dự báo có nguy cơ mắc bệnh loét.

1. Nôn liên tục, thường xảy ra sau khi ăn.
2. Đau bụng trên khi đói, khi ăn hoặc tái phát ban đêm.
3. Nôn ra máu, đại tiện ra máu không rõ nguyên nhân, choáng do xuất huyết hoặc thủng ruột, hoặc dương tính với xét nghiệm đại tiện chảy máu ngầm.
4. Trong gia tộc có người bị loét, kèm các triệu chứng đường tiêu hoá như đau bụng, nôn mửa.

106 Bệnh loét đường tiêu hoá ở trẻ em có gì khác với người lớn?

Triệu chứng lâm sàng bệnh loét đường tiêu hoá ở trẻ em khác với người lớn. Người lớn mắc bệnh loét thường có ợ hơi, ợ chua, đau bụng có tính quy luật, như đau khi đói, sau khi ăn thì giảm, mùa đông trời lạnh thì đau tái phát mạnh hơn, còn trẻ em bị bệnh loét thường thiếu triệu chứng điển hình, tuổi càng nhỏ thì triệu chứng lâm sàng càng không điển hình.

1. Thời kỳ trẻ sơ sinh: sau khi sinh 24 – 28 giờ, tiết nhiều axit dạ dày gây loét cấp tính, khởi bệnh gấp, khó chẩn đoán. Trẻ khóc quấy, sắc mặt trắng bệch, nôn ói nhiều, đại tiện ra máu, trướng bụng. Người bị nhẹ thì có thể điều trị khỏi, nếu kèm theo triệu chứng đau bụng cấp như xuất huyết đường tiêu hoá và thủng ruột rất dễ tử vong.
2. Thời kỳ trẻ từ 3 tháng tuổi đến 1 tuổi: đa phần là khởi bệnh gấp, loét hành tá tràng nhiều hơn dạ dày. Biểu hiện chủ yếu là nôn liên tục, chán ăn, đại tiện ra máu, quấy khóc. Trẻ đau bụng rõ nhưng không dữ dội, đau nhiều về đêm, không liên quan đến ăn uống, sau khi nôn thì giảm. Bệnh loét ở hai nhi không có triệu chứng đặc biệt, khó chẩn đoán và điều trị kịp thời nên dễ xảy ra thủng ruột và viêm phúc mạc.
3. Trẻ trước tuổi đi học: khởi bệnh chậm, đa số là loét hành tá tràng. Trẻ có thể nói rõ là đau bụng nhưng không chỉ ra được vị trí đau, thường đau gián đoạn quanh rốn, dễ co thắt môn vị, sau khi ăn thì đau tăng và giảm nhẹ sau khi nôn. Một số trẻ bị biến chứng chảy máu đường tiêu hoá.
4. Tuổi học sinh: cùng với tuổi tăng lên, biểu hiện lâm sàng của bệnh dần tương tự như người lớn. Đa phần là loét hành tá tràng. Tuổi càng lớn thì đau

bụng càng dày hơn, đau âm ỉ, đau từng cơn, đau như kim châm hoặc nóng rát ở bụng trên. Có khi đau lan tỏa ra lưng và bả vai. Loét dạ dày thường đau sau khi ăn nửa giờ đến hai giờ. Loét hành tá tràng thường đau khi đói và đau về đêm, dịu bớt sau khi ăn. Trẻ thường có các triệu chứng ợ hơi, ợ chua, nóng ruột, nôn và táo bón. Nếu biến chứng chảy máu tiêu hoá có thể xuất hiện đại tiện ra máu, nôn ra máu. Do bệnh kéo dài, dễ dẫn đến thiếu máu, cơ thể gầy gò, suy dinh dưỡng.

107 Bệnh loét đường ruột ở trẻ thường gây biến chứng gì?

Biến chứng lâm sàng là chỉ bệnh thứ phát khác do bệnh nguyên phát gây ra, hoặc cả hai cùng tồn tại. Bệnh loét đường ruột ở trẻ em dễ dẫn đến ba biến chứng:

1. Chảy máu: khi loét phá hoại thành dạ dày hoặc tá tràng làm vỡ mạch máu thì dễ dẫn đến chảy máu. Khi lượng máu chảy ra ít thì chỉ biểu hiện dương tính với đại tiện chảy máu ngầm. Khi loét phá hoại mạch máu lớn sẽ chảy máu ồ ạt, biểu hiện nôn ra máu hoặc đại tiện phân đen. Do tác dụng của axit dạ dày, nên máu nôn ra có màu cà phê. Nếu chảy máu ồ ạt thì lập tức nôn ra máu tươi, đại tiện ra nước như nước rửa thịt, nghiêm trọng có thể choáng do mất máu.

2. Thủng ruột: người bị loét nặng do bị xuyên thủng thành dạ dày hoặc tá tràng dẫn đến thủng ruột. Các chất chứa trong dạ dày tá tràng như axit, thức ăn, vi khuẩn, chất khí trào vào ổ bụng gây viêm phúc mạc mạn tính, trẻ sẽ rất bất cứ khó chịu, sắc mặt xanh xao, đau bụng dữ dội, dẫn đến sốc.
3. Tắc môn vị: khi vị trí loét ở gần môn vị, do phản ứng viêm và kích thích bởi xung huyết và phù nề, co thắt cơ, hoặc sưng quanh vết loét cản trở thức ăn thông qua môn vị gây tắc môn vị tạm thời. Nếu vết loét tái phát nhiều lần rồi lại lành, hình thành sẹo, dính với mô chung quanh, dẫn tới tắc môn vị liên tục.

108 Bệnh lao ruột ở trẻ em có triệu chứng gì?

Bệnh lao ruột khởi phát chậm, triệu chứng ban đầu không rõ rệt, do đó, người bệnh nhẹ dễ bỏ qua. Triệu chứng lao ruột có thể chia ra hai phần: triệu chứng ở bụng và triệu chứng toàn thân.

1. Triệu chứng ở bụng:

- ◆ Đau bụng: thường đau bụng dưới phải, kể đến là quanh rốn, cũng có khi lan cả bụng. Thường là đau âm ỉ sau khi ăn. Biến chứng bệnh gây hẹp lòng ruột dẫn đến tắc ruột với mức độ khác nhau, có thể gây quặn đau hoặc đau dữ dội từng cơn. Trẻ nhỏ thường biểu hiện khóc quấy, sắc mặt trắng bệch.

♦ Tiêu chảy: mỗi ngày tiêu chảy 3 – 5 lần, bệnh nhẹ thì phân không thành khuôn hoặc phân nước, bệnh nặng thì lẫn mủ hoặc máu, mùi thối. Có khi tiêu chảy và táo bón xen nhau, số ít bệnh nhân chỉ có hiện tượng táo bón.

2. Triệu chứng toàn thân:

- ♦ Sốt: sốt không cao, khoảng $37,5^{\circ}\text{C}$ đến 38°C , thường buổi sáng thấp, buổi chiều cao, khi sốt, mặt trẻ đỏ bừng, lòng bàn chân, bàn tay nóng.
- ♦ Đổ mồ hôi trộm: trẻ ngủ thì đổ mồ hôi lạnh, trẻ thức thì hết mồ hôi.
- ♦ Ăn uống không ngon: ăn cảm thấy nhạt nhẽo hoặc không muốn ăn, trẻ sụt cân, tinh thần uể oải, vô lực.
- ♦ Suy dinh dưỡng và thiếu máu: do tiêu chảy, sốt lâu, tiêu hao sức lực, trực tràng hấp thu đường ruột, dẫn tới suy dinh dưỡng và thiếu máu, biểu hiện: sắc mặt xanh xao, đầu vàng, mắt hoa, sức đề kháng giảm, dễ cảm cúm, nặng hơn sẽ chậm lớn.

109 Bệnh thương hàn ở trẻ em có triệu chứng gì?

Bệnh thương hàn ở trẻ em không điển hình như người lớn, thường là thể nhẹ, biểu hiện lâm sàng là:

1. Nhiệt độ cơ thể đột ngột tăng cao, thường từ một đến hai ngày là lên đến đỉnh điểm, còn người lớn

phải một tuần mới lên đến đỉnh điểm. Thân nhiệt dao động và không theo quy luật, kéo dài khoảng 7 – 10 ngày. Có trẻ sốt cao, co giật.

2. Triệu chứng đường hô hấp nổi bật: sưng đau họng, gần nửa số trẻ bệnh kèm ho kéo dài, phổi có tiếng rít khô.
3. Triệu chứng nhiễm độc nặng, trẻ ủ rũ, biểu lộ tình cảm mơ hồ, toàn thân mệt mỏi, ngủ li bì, trẻ càng lớn thì triệu chứng nhiễm độc càng rõ. Cùng với sự phát triển của bệnh, sắc mặt trẻ dần dần xanh xao, gầy gò.
4. Thường xuất hiện triệu chứng đường tiêu hoá, nhất là hải nhi, như trướng bụng, nôn, tiêu chảy, phân lẫn máu, chất nhầy, dễ nhầm với lỵ.
5. Triệu chứng thần kinh như mê sảng, co giật, nhất là trẻ nhỏ dưới ba tuổi.
6. Tế bào bạch cầu bình thường, có lúc giảm, lúc tăng cao tới 20×10^9 /lit, huyết sắc tố giảm, nhất là trẻ nhỏ.

110 Bệnh thương hàn ở trẻ em có biến chứng gì?

Ngày nay do kinh tế phát triển, đời sống được nâng cao, điều kiện vệ sinh, y tế được cải thiện nên biến chứng bệnh thương hàn ở trẻ em giảm rõ rệt. Biến chứng

hay gặp nhất là viêm nhánh khí quản và viêm phổi, kể đến là viêm cơ tim và viêm gan do nhiễm độc. Biến chứng chảy máu ruột, thủng ruột ít hơn người lớn, ít thấy biến chứng viêm. Sau đây là các biến chứng nặng nhưng hiếm khi gặp:

1. Chảy máu ruột: thường xảy ra vào tuần thứ hai, thứ ba quá trình bệnh, chủ yếu là ở trẻ trên 5 tuổi. Trước khi chảy máu thường xuất hiện tiêu chảy, mạch đập nhanh. Tiêu chảy xuất hiện trước khi chảy máu 2 – 3 ngày, mạch tăng nhanh trước một ngày hoặc cùng lúc, khi ruột chảy máu sẽ đau bụng. Lượng chảy máu lúc nhiều, lúc ít. Trẻ chảy máu ít thì xét nghiệm phân dương tính với chảy máu ngầm. Chảy máu nhiều thì đại tiện ra máu, kèm theo triệu chứng sốc như mặt xanh xao, thở gấp, mạch đập nhanh, huyết áp hạ. Số ít trẻ bệnh đột ngột giảm thân nhiệt, kèm theo đổ mồ hôi lạnh. Thời gian chảy máu có thể vài ngày, cũng có thể kéo dài vài tháng, sẽ chuyển biến tốt khi bệnh tình giảm.
2. Thủng ruột: thường xảy ra vào tuần thứ ba của quá trình bệnh, chủ yếu ở trẻ trên 5 tuổi, trẻ càng nhỏ tuổi thì nguy cơ thủng ruột càng ít. Trước khi thủng ruột thường bị nôn, tiêu chảy hoặc trướng bụng. Khi thủng ruột sẽ đau dữ dội bụng dưới phải, thân

nhiệt giảm, mạch đập nhanh, bứt rứt không yên, đổ mồ hôi lạnh, có triệu chứng viêm phúc mạc như căng cơ bụng dưới phải, động vào đau.

3. Viêm cơ tim dạng nhiễm độc: phần nhiều xuất hiện vào thời điểm bệnh nặng, trẻ ủ rũ, sắc mặt xanh xao, thở gấp, tim đập nhanh, huyết áp tụt, tiếng tim yếu, điện tâm đồ thấy biểu hiện tổn thương cơ tim.
4. Viêm gan dạng nhiễm độc: thường xảy ra vào tuần thứ nhất, thứ hai của quá trình bệnh, biểu hiện gan sưng to, chạm vào đau. Số ít trẻ bệnh xuất hiện vàng da. Cùng với tình hình bệnh, chức năng gan có thể dần dần khôi phục bình thường.

111) Bệnh ly trực khuẩn cấp có triệu chứng gì?

Bệnh ly trực khuẩn có thể chia ra ba thể: ly cấp tính, ly nhiễm độc và bệnh ly mạn tính, biểu hiện lâm sàng khác nhau. Trẻ em đa phần mắc bệnh ly cấp, thứ đến là bệnh ly nhiễm trùng, còn bệnh ly mạn tính tương đối ít.

Trẻ bị bệnh ly cấp thì sau khi khởi bệnh sẽ bắt đầu tiêu chảy, phân lẫn máu mủ hoặc phân mủ điển hình, số lần đi mỗi ngày ít là vài lần, nhiều lên đến 20 – 30 lần, số lượng ít, mỗi lần đi đều kèm đau bụng, sau khi đại tiện, đau giảm, mót rặn mà không đi ngoài được,

rất khổ sở. Trẻ thường sốt cao đột ngột, đau đầu, không thèm ăn, buồn nôn, nôn ói, cấy phân có vi khuẩn lỵ phát triển. Bệnh lỵ cấp tính điển hình thường kéo dài một đến hai tuần.

Một số trẻ mắc bệnh cấp tính có biểu hiện nhẹ, không điển hình. Triệu chứng toàn thân như tiêu chảy, đau bụng đều nhẹ, phân nhầy nhưng không có máu mủ, không mót rặn, cấy phân có trực khuẩn lỵ. Bệnh diễn biến 3 – 7 ngày, một số trẻ bệnh có thể tự khỏi. Do bệnh nhẹ, khiến người nhà không chú ý, không được điều trị kịp thời nên diễn biến thành bệnh lỵ mạn tính.

112 Tại sao thời kỳ đầu của bệnh lỵ chỉ tiêu chảy, sau mới đại tiện ra máu, mủ?

Trẻ bị bệnh lỵ trực khuẩn, khi mới khởi bệnh xuất hiện tiêu chảy, rất dễ nhầm với viêm ruột cấp. Đến khi trẻ đại tiện ra phân lẫn máu, mủ, cấy phân phát hiện trực khuẩn lỵ mới chẩn đoán chính xác. Tại sao có hiện tượng này?

Trực khuẩn lỵ sau khi qua miệng vào đường tiêu hoá của cơ thể người, ở trong dạ dày sẽ bị axit dạ dày tiêu diệt. Nhưng nếu sức đề kháng của cơ thể giảm hoặc rối loạn chức năng đường ruột, trực khuẩn lỵ có thể đi qua dạ dày, xuống sinh sôi nảy nở ở ruột non và phóng thích ra chất độc trong, kích thích thành ruột khiến tính

thấm thấu của ruột tăng gây tiêu chảy. Chất độc bị hấp thu vào máu sẽ bài xuất qua niêm mạc đại tràng, khiến đại tràng bị kích thích và gây tổn thương niêm mạc, dẫn đến viêm, xung huyết, phù nề, loét mưng mủ, và liên tục bong tróc, tế bào bạch cầu và dịch niêm mạc ruột thấm thấu ra hình thành phân lẫn máu mủ xả ra ngoài.

113 Bệnh lý amíp chia ra mấy thể?

Bệnh lý amíp có thể chia ra bốn thể:

1. Thể thải kén, không triệu chứng: đây là thể hay gặp nhất. Trẻ nhiễm ký sinh trùng lý amíp song không xuất hiện triệu chứng lý, chủ yếu biểu hiện trướng bụng và đau bụng không cố định. Phân có khuôn, nhưng xét nghiệm phân phát hiện có kén ký sinh trùng lý.
2. Thể phổ thông: khởi bệnh chậm chạp, biểu hiện đau bụng dưới phải, tiêu chảy, số lần tăng dần, ngày khoảng 10 lần, số lượng trung bình, lúc đầu phân loãng, vàng, sau chuyển dần sang có chất nhầy, máu mủ, mùi tanh thối. Bệnh có thể kéo dài vài ngày hoặc vài tuần, có khi tự giảm, song nếu điều trị không triệt để dễ tái phát hoặc chuyển sang mạn tính.
3. Thể phát bệnh đột ngột: lâm sàng ít gặp, khởi bệnh gấp, trạng thái bệnh nặng, sốt cao, run rẩy,

đau bụng rõ rệt, nôn, tiêu chảy nhiều lần, ngày có thể vài chục lần, kèm theo mót rặn, phân dạng chất nhầy máu hoặc như nước rửa thịt, mủ thối, xét nghiệm phân thấy nhiều ký sinh trùng lỵ sống. Miệng nôn trôn tháo có thể dẫn đến mất nước, giảm tuần hoàn. Trẻ sẽ chết sau vài ngày do nhiễm độc máu và suy tim.

4. Thể mạn tính: thường là tiếp sau thể phổ thông, triệu chứng lúc nhẹ, lúc nặng, nhưng tình hình chung tương đối tốt. Khi bệnh phát, mỗi ngày đại tiện 3 – 5 lần, chứa ít chất nhầy, xét nghiệm phân phát hiện ký sinh trùng lỵ, cách một thời gian trẻ hết triệu chứng, kiểm tra phân âm tính, cứ thế phát đi phát lại, mãi không khỏi.

114 Bệnh lỵ amíp gây biến chứng gì?

Lỵ amíp có thể gây biến chứng nặng trong và ngoài ruột.

1. Ruột xuất huyết: biến chứng đường ruột của bệnh lỵ amíp rộng, hình thành vết loét đáy to, miệng nhỏ. Khi bệnh xâm nhập ruột, mạch máu sẽ dẫn đến đại tiện ra máu, nếu ăn lan vào mạch máu lớn sẽ gây chảy máu ồ ạt, thậm chí xảy ra sốc, nguy hiểm đến tính mạng trẻ.

2. Thủng ruột: thường xảy ra ở trẻ bệnh có vết loét sâu nghiêm trọng. Vị trí thủng đa số ở manh tràng, ruột thừa và đại tràng lên và thủng nhiều lỗ. Sau khi thủng ruột, chất chứa trong ruột trào vào khoang bụng, gây viêm phúc mạc, tiên lượng rất kém.
3. Sưng mề đay đại tràng: sưng mề đay trên cơ sở loét thành ruột mạn tính, khi biến chứng ở manh tràng dễ dẫn đến ruột xuất huyết và **thủng**.
4. Viêm ruột thừa: viêm ruột thừa amíp **giống** như triệu chứng viêm ruột thừa nói chung, **nhưng** dễ dẫn đến thủng.
5. Áp xe gan amíp: biến chứng ngoài ruột của bệnh lý amíp thường gặp nhất là áp xe gan. Ký sinh trùng amíp có thể qua tĩnh mạch nhỏ của thành ruột, sau đó chu du theo máu tĩnh mạch đến gan, trước tiên gây tắc mạch máu gan, làm trục trặc tuần hoàn, khiến cục bộ mô gan bị hoại tử do thiếu oxy, sau đó ly amíp từ trong mạch máu phóng thích ra, gây ổ hoại tử, hình thành áp xe nhỏ, từ áp xe nhỏ nối thông nhau thành áp xe lớn. Áp xe gan thường xảy ra ở phía trên lá gan phải.
6. Áp xe não: lâm sàng ít gặp. Ký sinh trùng ly amíp theo tuần hoàn máu đến não hình thành áp xe, triệu chứng giống như áp xe não hoá mủ.

115 **Ngộ độc thức ăn có triệu chứng gì?**

Vi khuẩn gây bệnh thường gặp trong ngộ độc thức ăn là vi khuẩn chủng salmonella, vi khuẩn ưa mặn, tụ cầu khuẩn và trực khuẩn độc tố thịt. Ngộ độc thức ăn do các vi khuẩn này gây ra các triệu chứng:

1. Phát bệnh liên quan đến một loại thực phẩm nào đó. Người bị ngộ độc do ăn thức ăn bị ô nhiễm và sẽ khởi bệnh trong thời gian ngắn, do đó, đa phần những người cùng ăn đều phát bệnh. Sau khi ngừng ăn loại thực phẩm nhiễm bệnh ấy hoặc loại trừ được nguồn ô nhiễm thì số người mắc bệnh sẽ nhanh chóng giảm.
2. Phát bệnh nhanh: đa số phát bệnh sau khi ăn 30 phút đến 24 giờ. Phần lớn là những người cùng ăn lần lượt phát bệnh. Bệnh nặng hay nhẹ phụ thuộc vào lượng ăn. Người ăn nhiều, vi khuẩn nhiều thì bệnh sẽ nặng.
3. Người bị ngộ độc thường có triệu chứng giống nhau, đa số xuất hiện triệu chứng chính là viêm dạ dày, ruột cấp như buồn nôn, mửa, đau bụng, tiêu chảy. Do nhiễm phải vi khuẩn khác nhau nên triệu chứng ngộ độc không hẳn giống nhau.
4. Phát bệnh không liên quan đến giới tính, tuổi tác. Ngoài ngộ độc thực phẩm do vi khuẩn gây ra, giữa người và người không trực tiếp lây bệnh.

5. Có tính mùa vụ rõ rệt: mùa hè thu thì tỉ lệ phát bệnh cao.

116 Trẻ bị tắc ruột có triệu chứng gì?

1. Đau bụng: đau thắt từng cơn khi tắc ruột cơ năng, trẻ quấy khóc, đau thường xảy ra đột ngột rồi nặng dần, một lúc sau giảm nhẹ rồi lại tái phát. Vị trí đau thường quanh rốn. Khi đau có thể bụng rẻo, có khi thấy hình ruột hoặc làn sóng nhu động ruột. Đặt ống nghe ở bụng có thể nghe “tiếng kim loại” hoặc “tiếng không khí đi qua nước”. Khi tắc ruột dạng liệt thì bị trướng bụng, đau tức liên tục, căng cơ và ấn đau.
2. Nôn: lúc đầu nôn ra chất chứa trong dạ dày theo dạng phản xạ, về sau, do tắc khiến ruột nhu động ngược. Sau đó nôn ra chất chứa trong ruột, thậm chí nôn ra cả phân thối. Vị trí tắc càng cao thì nôn càng xảy ra sớm, nôn càng nhiều, bụng không trướng. Vị trí tắc càng thấp thì nôn càng xuất hiện chậm.
3. Trướng bụng: tắc ruột cao có thể không trướng bụng, hoặc chỉ có cảm giác no, tắc ruột thấp thì trướng bụng rõ, có thể lan toả toàn bụng.
4. Ngừng đại tiện và trung tiện là biểu hiện tắc ruột hoàn toàn, nhưng vào giai đoạn đầu tắc ruột và tắc

ruột cao, có thể thải ra phân và khí tồn tại trong đường ruột.

5. Tình hình toàn thân: bệnh nhân có thể xuất hiện mất nước, lượng máu giảm, rối loạn chất điện giải và mất cân bằng axit – kiềm, có thể biến chứng nhiễm độc máu. Bệnh nặng có thể xuất hiện sốt. Khi biến chứng hoại tử, thủng ruột thì triệu chứng nhiễm độc toàn thân rất nặng, dẫn đến tử vong do suy chức năng thận và chức năng hô hấp cấp.

117 Trẻ lồng ruột có triệu chứng gì?

Biểu hiện lâm sàng của trẻ lồng ruột có sự khác nhau tùy theo tuổi, có thể phân ra: lồng ruột ở hài nhi (dưới 2 tuổi) và lồng ruột ở nhi đồng.

1. Lồng ruột ở trẻ sơ sinh: đa số xuất hiện ở trẻ khỏe mạnh, mập mạp. Do khởi bệnh gấp, các bậc cha mẹ có thể nói đúng thời gian phát bệnh, và miêu tả chính xác quá trình bệnh, có các biểu hiện sau:

- a. Đau bụng: trẻ đột nhiên quấy khóc, mặt xám xịt, chân tay quờ lung tung, thể hiện đau đớn khác thường. Đây là biểu hiện đau bụng ở hài nhi. Không lâu sau, cơn đau ngừng, trẻ yên lặng như không có gì xảy ra, nhưng yên được vài phút lại

đột nhiên quấy khóc, cứ thế tái diễn khiến trẻ mệt lử. Về sau, không còn quấy khóc dữ dội như lúc đầu, thời gian gián đoạn bệnh kéo dài, chỉ còn tiếng rên rĩ hoặc trẻ lâm vào trạng thái ngủ li bì. Số ít trẻ bệnh không khóc quấy, chỉ thể hiện sắc mặt trắng bạch, rên rĩ, bồn chồn hoặc buồn ngủ.

- b. Nôn mửa: là một trong các triệu chứng đầu tiên của lồng ruột, thường xảy ra ngay sau khi trẻ bắt đầu quấy khóc từng cơn, lúc đầu nôn ra sữa kết tủa hoặc các thức ăn khác, về sau nôn ra nước mật, thậm chí cả nước phân thối.
- c. Đại tiện ra máu: từ 4 đến 12 giờ sau khi khởi bệnh có thể đại tiện ra máu, phân nhầy màu sẫm, số ít trẻ bệnh chỉ tiêu ra ít sợi máu.
- d. Báng bụng: khoảng 75% - 90% số ca bệnh có thể sẽ thấy báng to như lap xưởng hoặc quả chuối tiêu ở gần sườn phải hoặc giữa bụng trên, bề mặt cục báng trơn nhẵn, hơi di động. Đây là căn cứ có giá trị nhất đối với việc chẩn đoán.

2. Lồng ruột ở nhi đồng: triệu chứng tương tự như lồng ruột ở trẻ sơ sinh, nhưng thường phát triển chậm, thể hiện tắc ruột bán cấp tính. Đau bụng, nôn mửa, đại tiện ra máu không điển hình như ở trẻ sơ sinh, nhưng báng bụng thì sờ thấy rõ.

118 Hẹp môn vị phì đại bẩm sinh có đặc trưng gì?

Hẹp môn vị phì đại bẩm sinh là do phì đại cơ vòng môn vị, dẫn đến thu hẹp lòng ruột, khiến thực phẩm ăn vào thông qua khó khăn, gây tắc. Triệu chứng chủ yếu nhất ở trẻ bệnh là nôn mửa, có thể thấy sóng nhu động ruột, sờ thấy khối u ở môn vị, tình trạng dinh dưỡng thay đổi. Bệnh phát sinh sau khi sinh chừng 2-4 tuần, số ít có thể xuất hiện triệu chứng sau sinh một tuần. Số rất ít xảy ra sau bốn tháng.

1. Nôn mửa: nôn là triệu chứng chủ yếu, lúc đầu nôn ra sữa, về sau nôn ra như phun. Ban đầu nôn ra ít chất chứa trong dạ dày, theo quá trình tắc ruột nặng lên, hầu như mỗi lần cho bú đều nôn ra như phun. Trước khi nôn, trẻ không buồn nôn, chất nôn ra là niêm dịch hoặc sữa, có khi là sữa vón cục, không có nước mật. Số ít trẻ bệnh do viêm dạ dày kích thích nên chất nôn ra có cả máu tươi hoặc máu biến chất dạng sợi màu nâu. Số rất ít trẻ sơ sinh đang trong thời kỳ axit dạ dày cao, bị loét dạ dày nên nôn ra nhiều máu. Sau mỗi lần nôn, trẻ vẫn thèm ăn, cho bú vẫn ra sức bú.
2. Sóng nhu động dạ dày: sau khi cho bú có thể thấy sóng nhu động của dạ dày căng, xuất phát từ dưới mép sườn trái di chuyển chậm sang phải với một, hai làn sóng, đến phía trên phải (chỗ môn vị) của rốn thì biến mất, lúc này trẻ thường khóc quấy.

3. U môn vị: khi dạ dày trống rỗng hoặc cơ bụng lỏng sau khi nôn có thể sờ thấy khối u cứng, tròn hình quả trám ở giữa mép dưới gan với mép ngoài cơ thẳng bụng phía phải bụng trên, đường kính khối u khoảng 1 – 2cm, tức là môn vị phì đại. Khoảng trên 80% số ca bệnh có thể sờ thấy khối u này.
4. Tình trạng dinh dưỡng: do nôn liên tục, sữa và nước không kịp bù đắp, trọng lượng cơ thể lúc đầu không tăng, tiếp theo là giảm, ngày càng gầy gò; xuất hiện suy dinh dưỡng và mất nước. Da trẻ bệnh nhão, nhăn nheo, mỡ dưới da giảm, tinh thần ủ rũ. Nôn lâu dài, mất lượng lớn axit dạ dày, dẫn đến nhiễm độc kiềm clo thấp. Nhiễm độc kiềm có thể làm giảm canxi tự do trong máu, trẻ xuất hiện triệu chứng co hống và co rút chân tay. Cũng do nôn lâu, thức ăn vào ruột rất ít, vì thế phân ít, vón cục, lượng nước tiểu ít, đặc. Trẻ suy dinh dưỡng, sức đề kháng và các chức năng khác đều giảm, dễ nhiễm trùng nặng, nguy hiểm tính mạng.

Trước khi chưa chẩn đoán chính xác, có thể thử dùng thuốc giảm co giật. Trước khi cho bú 15 phút có thể nhỏ một giọt Atropine 1/1000 để giảm nôn. Do trẻ nôn liên tục, nên trong quá trình chăm sóc trẻ đặc biệt cần cho trẻ nằm nghiêng, đầu kê cao, nhằm tránh chất nôn trào vào khí quản. Sau khi chẩn đoán chính xác, cần làm

tốt công việc chuẩn bị trước khi phẫu thuật, để sớm cắt cơ môn vị, là phương pháp đơn giản nhưng hiệu quả.

119 Phình đại tràng bẩm sinh có triệu chứng gì?

Trẻ sơ sinh bình thường ngay ngày đầu sau khi sinh có thể đi tiêu ra nhiều phân xu. Thường sau 2 – 3 ngày là bắt đầu tiêu ra phân màu vàng. Còn trẻ sơ sinh phình đại tràng bẩm sinh thì trong vòng 72 giờ sau khi sinh vẫn chưa tiêu ra phân xu, hoặc chỉ tiêu ra ít phân xu đặc dính, hai, ba ngày mà vẫn chưa đi tiêu hết phân xu, đồng thời xuất hiện bụng trương và nôn ói, thể hiện trạng thái tắc ruột thấp cấp tính. Có trẻ biểu hiện triệu chứng tắc ruột không rõ ràng, mà táo bón nặng là triệu chứng chính, vài ngày hoặc một tuần mới đi tiêu một lần. Cùng với táo bón nặng dần, trương bụng ngày càng trầm trọng, bụng trẻ phình lên như trống, quấy khóc, bỏ ăn, nôn ói. Lúc này, thụt ruột hoặc uống thuốc xổ có thể thải ra nhiều phân. Số ít trẻ sơ sinh khi mới ra đời thì sau đi tiêu bình thường, vài tuần hoặc vài tháng sau bỗng chuyển sang tiêu chảy, phân toàn nước rất thối. Sau khi đi tiêu, tình trạng bụng trương không giảm, còn sốt cao, mất nước nặng và rối loạn điện giải, triệu chứng nhiễm độc nặng, trạng thái toàn thân xấu đi nhanh chóng, cần đưa ngay đến bệnh viện cấp cứu, nếu không sẽ nguy hiểm tính mạng.

120 Xoắn ruột bẩm sinh có triệu chứng lâm sàng gì?

Triệu chứng chủ yếu của xoắn ruột bẩm sinh là nôn và tắc ruột cao. Bệnh phần lớn xảy ra ở trẻ sơ sinh, chiếm tới 80%. Sau khi sinh, trẻ đi tiêu bình thường, 3 – 5 ngày sau khi xuất hiện triệu chứng, trẻ nôn gián đoạn, chất nôn ra chứa nước mật, bụng không trương, không có đặc trưng dương tính. Khi tắc hoàn toàn, trẻ nôn liên tục, kèm theo mất nước, gầy gò, táo bón, nếu biến chứng xoắn ruột thì nôn càng mạnh, chất nôn ra là dung dịch màu cà phê, đại tiện ra máu, sốt; đồng thời xuất hiện trướng bụng, sốc và trạng thái kích thích phúc mạc. Trẻ thường biểu hiện trạng thái tắc ruột không hoàn toàn, mạn tính ở tá tràng. Triệu chứng xuất hiện gián đoạn, nôn ra nước mật thường tự giảm. Cơ thể gầy gò, thiếu máu, chậm lớn. Một số trẻ hoàn toàn không có triệu chứng, mà chỉ phát hiện ra khi kiểm tra dạ dày, ruột hoặc mổ bệnh khác.

Xoắn ruột bẩm sinh không triệu chứng thì không nên phẫu thuật, chỉ chú ý quan sát, cũng không cần điều trị gì. Trẻ có triệu chứng tắc ruột thì phải điều trị bằng phẫu thuật sớm. Trẻ có triệu chứng chảy máu đường ruột hoặc viêm phúc mạc cho biết biến chứng xoắn ruột cần mổ khẩn cấp.

121 Tắc ruột và hẹp ruột bẩm sinh có đặc trưng gì?

Tắc ruột và hẹp ruột là bệnh bẩm sinh, là dị tật đường tiêu hoá thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh, cũng là một trong các chứng đau bụng cấp chủ yếu của trẻ lứa tuổi này. Dị tật có thể xảy ra ở bất cứ vị trí nào của đường ruột, nhưng nhiều nhất là hồi tràng, hồi tràng, thứ đến là tá tràng, ít gặp ở đại tràng. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ đẻ non tương đối cao. Tắc ruột và hẹp ruột bẩm sinh là do ống ruột chuyển hoá thành lòng ruột giai đoạn bào thai gặp trục trặc, cản trở sự phát triển bình thường của ruột non.

Biểu hiện nổi bật của tắc ruột và hẹp ruột bẩm sinh là nôn mửa. Trẻ sinh ra vài giờ cho đến một, hai ngày liền nôn liên tục, chất nôn ra nhiều, không đi tiêu phân xu bình thường hoặc chỉ tiêu ra ít phân xu đông dính màu xanh xám. Tắc hoặc hẹp ruột cao thường không trướng bụng. Tắc hoặc hẹp ruột thấp thì trướng bụng rõ, có thể thấy được hình ruột, nôn dữ dội, dẫn đến mất nước, rối loạn điện giải và mất cân bằng axit – kiềm. Khi tắc cao hoặc hẹp ruột nặng, chụp phim bụng có thể thấy 2 – 3 mặt phẳng chất lỏng trong dạ dày và tá tràng, còn hồi tràng không có hơi. Tắc ruột thấp hoặc hẹp ruột nặng thì có thể thấy ruột gấp khúc phình to và nhiều mặt phẳng nước.

Bệnh này thường điều trị bằng phẫu thuật, cần chuẩn bị trước khi mổ như chú ý bổ sung đủ máu, xử lý

mất nước cân bằng nước, điện giải, giảm áp lực đối với dạ dày, ruột, bổ sung vitamin K và kháng sinh nhằm hỗ trợ điều trị.

122 Trẻ táo bón có triệu chứng gì?

Táo bón là triệu chứng lâm sàng thường gặp. Nhiều trẻ do đại tiện khô, khó đại tiện hoặc đi tiêu không ra mà phải đi bệnh viện khám. Táo bón có thể chia ra mấy loại: táo bón tạm thời, táo bón tâm lý và táo bón quán tính.

1. Táo bón tạm thời: khi trẻ bị bệnh, nhất là bị sốt có thể xảy ra táo bón tạm thời, vì trẻ ăn ít, uống nước ít. Nếu trẻ ba ngày chưa đại tiện, thường xuyên đau bụng thì có thể sờ thấy phân dạng sợi ở bụng dưới trái.
2. Táo bón tâm lý: khi trẻ đại tiện khó khăn, sợ đau nên nín nhịn, phân tích lại trong ruột lâu, trở nên cứng, càng khó ra, tạo nên tuần hoàn xấu. Trường hợp này hay gặp ở trẻ từ một đến ba tuổi. Một số bậc cha mẹ khi luyện đi tiêu cho trẻ thường quá gò ép, còn ý thức độc lập của trẻ lại rất cao, khó tiếp thu, nên nhịn đi tiêu dẫn đến táo bón. Trường hợp này hay xảy ra ở trẻ khoảng hai tuổi. Vì thế, luyện đi tiêu cho trẻ nên tiến hành ở trẻ một tuổi

đến tuổi rười, phải làm sao cho trẻ biết đi tiêu là việc bản năng của mình, chứ không phải do bố mẹ ép buộc.

3. Táo bón quán tính: thường xảy ra đối với thiếu nhi ăn khảm. Cần cố gắng khuyến khích trẻ tự đi tiêu, tránh thụt ruột hình thành tính ỷ lại.

Bất kể dạng táo bón nào, thời gian kéo dài đều dẫn đến hàng loạt phản ứng xấu, sinh ra các triệu chứng như đau đầu, văng đầu, ăn uống kém, mệt mỏi, trướng bụng, đau bụng, ảnh hưởng sức khỏe.

123 Trẻ bị thoát vị có triệu chứng gì?

Thoát vị là bệnh ngoại khoa thường gặp ở trẻ nhỏ. Biểu hiện chủ yếu là sau khi trẻ chào đời chưa bao lâu thì xuất hiện cục u ở bẹn.

Khi trẻ quấy khóc hoặc nín thở, gắng sức khiến áp lực trong bụng tăng, ở bẹn hoặc ở bìu có cục u nổi lên. Thời gian đầu, trẻ nằm ngửa sẽ không thấy u, cùng với áp lực tiếp tục tăng, khối u có thể sa xuống vào trong bìu tinh hoàn. Lúc này, nếu có thể loại bỏ yếu tố tạo áp lực trong bụng và đặt trẻ nằm ngửa, nhẹ nhàng đẩy khối u theo đường cũ trở lại ổ bụng, thì khối u sẽ hết, gọi là thoát vị cơ thể phục hồi. Nếu khối u không thể đẩy trở lại khoang bụng, trẻ sẽ đau bụng nhiều hơn,

khóc quấy liên tục và xuất hiện triệu chứng tắc ruột như nôn mửa, bụng trướng, ngừng đại tiện, lúc này có thể sờ thấy khối u hình bầu dục, cứng ở bên hoặc trong bìu tinh hoàn, thời gian mắc lại lâu thì da sưng tấy, thậm chí ruột hoại tử do thiếu máu, chụp X quang sẽ thấy ruột phình to và có nước. Ở một số trẻ bệnh có thể thấy bóng đường cong của ruột.

124 Bệnh giun kim có triệu chứng lâm sàng gì?

Đường lây nhiễm giun kim rất đặc biệt, vì giun kim không đẻ trứng trong ruột mà ở quanh hậu môn người bệnh. Ban đêm, khi trẻ ngủ say, giun từ trong hậu môn bò ra ngoài, đẻ trứng quanh hậu môn. Vỏ trứng giun có chất dính, bám lại nhiều nhất ở chỗ da nhẵn ngoài hậu môn, có khi còn bám ở hội âm, dính vào cả quần, chiếu, mền, nệm.

Trẻ mắc bệnh giun kim rất có hại đối với sức khỏe. Do đêm đêm đều ngứa hậu môn, hội âm, khiến trẻ không thể ngủ được, trẻ nhỏ thì quấy khóc, trẻ tuổi đi học thì ban ngày ủ rũ, tình cảm thất thường, ảnh hưởng sinh hoạt và học tập, lâu dần ăn uống sút giảm, mặt vàng vọt, gầy gò, thỉnh thoảng còn buồn nôn, nôn ói, đau bụng, tiêu chảy, đau đầu, chỗ gãi bị thương sẽ viêm tấy, lây ra, nhiễm trùng tái phát. Giun kim chui vào cơ quan lân cận còn gây ra các biến chứng và triệu chứng

liên quan, như chui vào ruột thừa sẽ gây viêm ruột thừa, chui vào âm đạo bé gái sẽ gây viêm âm đạo, trẻ bị ngứa ngáy khó chịu, rất khổ sở. Giun kim còn có thể từ âm đạo chui vào tử cung, ống dẫn trứng, dẫn đến viêm các bộ phận này, chúng còn có thể chui vào đường tiểu gây viêm niệu đạo.

125 Bệnh giun đũa có biểu hiện lâm sàng gì?

1. Triệu chứng giai đoạn ấu trùng gây ra: ấu trùng giun đũa có quá trình chu du lý kỳ phức tạp trong cơ thể con người, chất độc do ấu trùng giun sinh ra và chính xác chết của ấu trùng đều có thể gây ra dị ứng, lâm sàng thường xuất hiện triệu chứng nổi mề đay, ho, suyễn do kích thích, sốt, người dị ứng nặng khó thở, ho có đờm lẫn máu, nhưng triệu chứng phổi không rõ rệt. Một số ca bệnh, ấu trùng giun đũa còn chu du đến não, gan, thận, mắt, gây phản ứng viêm cục bộ các cơ quan này, lâm sàng xuất hiện: đái ra máu, viêm võng mạc, gan to, động kinh.
2. Triệu chứng do giun đũa trưởng thành gây ra: triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng đột ngột nhưng không dữ dội, thời gian ngắn, không có vị trí cố định, nhưng chủ yếu là quanh rốn hoặc bụng trên, thường tự giảm, không có triệu chứng ở bụng rõ, có

khi sờ thấy cục dạng sợi. Nếu trong đường ruột có quá nhiều giun dễ khiến trẻ suy dinh dưỡng, thiếu máu, chậm lớn, cũng có thể xuất hiện triệu chứng thần kinh như: tính tình cáu gắt, dễ tức bực, nguyền rủa, ban đêm hay kinh sợ, tỉnh giấc, khóc quấy.

126 Bệnh giun đũa có nguy hiểm tính mạng không?

Giun đũa có thói quen đục lỗ, quần với nhau thành cục, và thích kiềm sở axit. Khi trẻ bị sốt cao, môi trường đường ruột thay đổi hoặc xổ giun không đúng cách, không đúng liều lượng đều có thể gây ra các biến chứng, nếu không được xử lý kịp thời sẽ nguy hiểm tính mạng.

1. Bệnh giun chui ống mật: là triệu chứng lâm sàng thường gặp. Giun đũa di chuyển lên, chui vào ống mật, khiến cơ thắt ống mật co mạnh, gây đau nhiều từng cơn ở dưới mỏ ác hoặc bụng trên phải. Khi bệnh bùng phát, trẻ khóc thét, quằn quại, mồ hôi đầm đìa, mặt trắng bạch, thậm chí sốc. Giun mang cả vi khuẩn trong ruột vào ống mật hoặc gan gây viêm mật, ống mật, áp xe gan, trẻ xuất hiện triệu chứng nhiễm độc toàn thân.
2. Tắc ruột do giun đũa: là biến chứng thường gặp nhất của bệnh giun đũa. Khi bình thường, giun trong đường ruột ở trạng thái yên tĩnh, song dễ bị kích thích như sốt cao, tiêu chảy, xổ giun không

đúng đều khiến giun náo động, quăn với nhau thành búi chèn kín đường ruột, có khi lên đến hàng trăm con, hoặc do kích thích cơ học của giun và chất độc do chúng tiết ra kích thích thành ruột gây co thắt, dẫn tới hẹp lòng ruột. Lâm sàng xuất hiện triệu chứng tắc ruột không hoàn toàn như đau bụng dữ dội từng cơn, kèm theo nôn (có thể nôn ra giun), trướng bụng, táo bón, có thể sờ thấy búi sợi kích cỡ khác nhau, ấn không đau, xoa bóp nhẹ, búi giun có thể tan. Nếu tắc lâu, ruột co thắt cục bộ, phù nề, có thể diễn tiến thành tắc hoàn toàn. Lúc này trệ nôn nhiều, bụng trướng, nặng, cục ở bụng cố định, ấn đau, kèm theo sốt cao, rối loạn nước, điện giải, sốc.

Nếu tắc không hoàn toàn thì có thể điều trị nội khoa, nhưng phải giám sát chặt chẽ. Nếu tắc hoàn toàn thì phải phẫu thuật cấp cứu ngay.

Phần 5

CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐƯỜNG RUỘT

127 Dựa vào đâu để chẩn đoán trẻ bị lồng ruột?

Nếu như bốn triệu chứng chủ yếu của bệnh lồng ruột là đau từng cơn, nôn mửa, đại tiện ra máu và nổi u ổ bụng đều xuất hiện thì dễ chẩn đoán. Khi thiếu một hoặc hai trong các triệu chứng chủ yếu như thời kỳ đầu, chưa xảy ra đại tiện ra máu, hoặc do bụng trương không sờ thấy khối u, nghi ngờ lồng ruột thì cần kiểm tra trực tràng, nếu bao tay dính máu hoặc tiêu ra máu, hoặc đụng phải khối u là có thể chẩn đoán chính xác. Nếu lâm sàng không thể hiện rõ thì cần kiểm tra bằng X quang. Kiểm tra lồng ruột bằng X quang có biểu hiện rất đặc trưng. Thụt ruột bằng bơm hơi hoặc bari có giá trị quyết định đối với việc chẩn đoán lồng ruột. Kiểm tra bằng X quang thấy mấy loại bóng đặc trưng sau: hình cái kìm, hình vòng hoặc

hình trụ; dạng tiền xếp lên nhau. Nếu có tình hình trên thì xác định chắc chắn là lồng ruột.

128 Lồng ruột ở trẻ em cần phân biệt với bệnh gì?

Bệnh lồng ruột ở trẻ em cần phân biệt với mấy bệnh thường gặp sau:

1. Viêm ruột hoại tử cấp tính: hầu hết các trẻ bệnh đều kèm theo tiêu chảy, lúc đầu phân như nước, về sau phân lẫn máu, giống như nước rửa thịt: nôn liên tục, khi bị nặng thì nôn ra chất như cà phê, trạng thái toàn thân xấu đi nhanh hơn lồng ruột, triệu chứng nhiễm độc nghiêm trọng.
2. Bệnh lý trực khuẩn cấp: do khởi bệnh gấp, kèm theo nôn mửa và đau bụng, đồng thời tiêu ra máu, dễ nhầm lẫn với lồng ruột. Nhưng trẻ bệnh lý thì số lần tiêu chảy nhiều hơn, phân chứa nhiều chất nhầy và máu mủ, thời gian đầu có sốt cao, đau bụng không dữ dội như lồng ruột, không sờ thấy khối u ổ bụng, xét nghiệm phân thấy nhiều tế bào bạch cầu và tế bào bảo vệ, còn xét nghiệm phân lồng ruột chỉ thấy tế bào hồng cầu là chính.
3. Tắc ruột với giun đũa: đau bụng từng cơn, nôn mửa, nổi u ổ bụng, rất giống với triệu chứng lồng ruột, nhưng không đại tiện ra máu, hơn nữa khối u phần lớn có dạng sợi ở dưới rốn, khác với hình

dáng u lổng ruột. Tắc ruột do giun thường xảy ra ở trẻ 3 tuổi trở lên, còn lổng ruột ở nhóm tuổi này rất ít gặp. Nếu thường ngày, thỉnh thoảng trẻ nôn ra giun hoặc tiêu ra giun thì càng có cơ sở chẩn đoán là bệnh tắc ruột do giun.

4. Biến chứng viêm túi thừa meckel: khi viêm túi thừa cấp tính hoặc loét có thể xuất huyết đường tiêu hoá, đa số xảy ra ở trẻ dưới 2 tuổi, thường không có triệu chứng trước, có thể đột ngột đi tiêu nhiều máu, không niêm dịch, lúc đầu là phân đen, sau đó là máu tươi, bụng không có u, hơn nữa có tiền sử chảy máu nhiều lần, nên dễ phân biệt với lổng ruột.

Ngoài cần phân biệt với mấy loại bệnh trên, còn phải phân biệt với tiêu chảy trẻ em, xuất huyết dưới da, u thịt thừa đại tràng chảy máu. Nếu lâm sàng không thể loại trừ lổng ruột, có thể thực ruột bằng không khí hoặc bằng bari để chẩn đoán chính xác.

129 Thành ruột thay đổi thế nào khi viêm dạ dày cấp tính?

Viêm dạ dày cấp chủ yếu là biến chứng ở niêm mạc dạ dày, số ít có thể liên luy đến lớp cơ dưới niêm mạc.

Người viêm dạ dày cấp tính nhẹ thì niêm mạc dạ dày xung huyết, phù nề, tăng tiết niêm dịch, bề mặt niêm mạc phủ lớp niêm dịch dày, đặc dính. Người viêm

nặng hơn thì tế bào thượng bì niêm mạc hoại tử thành mảng, bong tróc, hình thành ổ loét chảy máu nhỏ rải rác, soi kính hiển vi thấy niêm mạc xung huyết, phù nề, thâm thấu tế bào bạch cầu trung tính, tế bào bạch cầu xâm nhập thượng bì tuyến, tạo thành ổ chảy máu. Người bệnh nặng nghiêm trọng thì lớp hoại tử niêm mạc sâu xuống dưới niêm mạc hoặc lớp cơ, hình thành vết loét nông, tức là loét dạ dày cấp. Lúc này chảy máu dạ dày nhiều, dương tính với xét nghiệm, xuất huyết ngầm. Nếu lại nhiễm trùng thứ phát trên cơ sở viêm sẵn, thì sẽ hình thành viêm mô tổ ong hoặc mưng mủ cục bộ thành dạ dày. Nếu biến chứng nhẹ thì sau khi hết viêm, niêm mạc dạ dày sẽ khôi phục bình thường, nhưng thường có xơ hoá lớp dưới niêm mạc với mức độ khác nhau.

130 Làm sao chẩn đoán sớm viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em?

Chẩn đoán sớm viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em rất khó khăn, nhất là trẻ sơ sinh. Vì thế, lâm sàng rất cảnh giác đối với trẻ quấy khóc hoặc đau bụng trên ba giờ. Cần chú ý mấy điểm sau:

1. Trẻ quấy khóc: trẻ lớn có thể nói bị đau bụng, còn hài nhi thể hiện qua quấy khóc. Nếu trẻ quấy khóc dữ dội và lâu, sắc mặt trắng bạch, đổ mồ hôi, cuộn người lại, tay ôm bụng, kèm theo buồn nôn, nôn

mửa. Một số trẻ còn tiêu chảy, tiêu ra máu đều là những biểu hiện viêm ruột thừa cấp.

2. Đau bụng: thấy trẻ đau bụng, bố mẹ có thể dùng lòng bàn tay và bụng ngón tay sờ bụng con, từ từ ấn từ nông đến sâu, từ bụng trên đến bụng dưới, trước tiên tiến hành bên trái, sau bên phải. Khi sờ, chú ý quan sát sự phản ứng của trẻ, như sờ ấn bụng dưới phải mà trẻ khóc hoặc nhăn mặt, cho thấy đau bụng dưới phải, là căn cứ để chẩn đoán viêm ruột thừa.
3. Bảng phân tích máu: hầu hết là số tế bào bạch cầu của các ca bệnh đều tăng lên trên $10 \times 10^9/L$; tế bào hạt trung tính lên trên 80%. Nhưng số tế bào bạch cầu tăng không rõ rệt cũng không thể loại trừ viêm ruột thừa cấp mà cần kiểm tra, quan sát trạng thái động để chẩn đoán sớm.

131) Làm sao chẩn đoán bệnh loét ở trẻ em?

Bệnh loét ở trẻ em không có triệu chứng lâm sàng điển hình, tuổi càng nhỏ thì triệu chứng lâm sàng càng không điển hình, dễ bỏ sót, hoặc chẩn đoán sai. Vì thế, nếu phát hiện trẻ đau bụng, phát đi phát lại, hoặc đau khi đói, đau ban đêm, ăn vào thì đỡ, hoặc kèm theo nôn, chán ăn, thì cần nghĩ đến khả năng loét. Nếu nôn ra máu, đi tiêu ra máu không rõ nguyên nhân cũng cần nghĩ đến bị loét.

Đối với trẻ nghi bị loét, cần cho uống bari tạo hình để chụp X quang, có thể phát hiện biến dạng chỗ hình cầu tá tràng, thậm chí chất bari bám lại ở vết loét thành “khu tích trữ bari”. Loét trong dạ dày cũng có thể hình thành “khu tích trữ bari” nổi bật trong dạ dày. Nhưng vết loét có thể nhìn thấy ở bệnh loét trẻ em thường rất nhỏ hoặc nông, cho nên ít thấy hình chiếu vết loét điển hình. Tốt nhất nên tiến hành nội soi dạ dày thì mới có thể trực tiếp nhìn thấy hình dáng vết loét.

132) Các kiểm tra nào giúp phân biệt viêm đại tràng thể loét với bệnh lý?

Triệu chứng viêm đại tràng thể loét giống với triệu chứng bệnh lý trực khuẩn và lý amíp: như đau bụng, tiêu chảy, phân chứa chất nhầy lẫn máu mủ. Vì thế, chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng rất khó phân biệt, cần thực hiện các kiểm tra sau:

1. Xét nghiệm phân: gồm xét nghiệm thường quy và cấy vi khuẩn, cần kiểm tra nhiều lần, không tìm thấy ký sinh trùng amíp và vi trùng lý, trong phân chỉ có cầu khuẩn, tế bào bạch cầu và tế bào hồng cầu, xác định chắc chắn tiêu chảy không rõ nguyên nhân mới có thể nghĩ đến viêm đại tràng thể loét.
2. Kiểm tra bằng nội soi: thực hiện nội soi đại tràng có thể thấy vết loét niêm mạc.

3. Kiểm tra bằng bơm bari vào ruột: có thể giúp chẩn đoán viêm đại tràng thể loét.
4. Kiểm tra mô học: lấy bệnh phẩm quan sát dưới kính hiển vi, nếu là biến chứng viêm không đặc hiệu hoặc có vết xơ thì có thể chẩn đoán là viêm đại tràng thể loét.

133 Quan sát tình trạng phân giúp gì cho chẩn đoán bệnh tiêu chảy?

Tiêu chảy do nhiều nguyên nhân gây ra nên tình trạng phân sẽ không giống nhau. Các bác sĩ khoa nhi cần tự mình quan sát phân của trẻ bệnh, dựa vào tình trạng phân, kết hợp với triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm để chẩn đoán chính xác bệnh tiêu chảy. Khi bị tả và tiêu chảy do trực khuẩn đại tràng thì tình trạng phân giống như nước vo gạo. Khi nhiễm vi khuẩn ưa mặn hoặc viêm ruột hoại tử cấp thì phân giống như nước rửa thịt hoặc máu. Viêm ruột do tụ cầu khuẩn thì phân giống như nước biển, có thể thấy màng giả màu xám. Bị bệnh lỵ trực khuẩn thì phân dính niêm dịch và máu hoặc máu mủ, lỵ amíp thì phân đỏ sẫm hoặc giống như nước quả. Viêm ruột do nấm có phân như lòng trắng trứng hoặc bã đậu phụ nhiều bọt, hội chứng đại tràng kích thích, chứa nhiều niêm dịch, số lượng nhiều, hội chứng tiêu hoá kém thì phân bóng loáng như bọt dầu, rất thối.

134 Nghi ngờ trẻ bị bệnh ly amíp cần phải làm gì?

Bệnh ly amíp có nhiều triệu chứng lâm sàng, bệnh tình nặng, nhẹ khác nhau, người nhẹ thì giống như viêm ruột thông thường, người nặng bệnh tình nguy kịch, nếu không điều trị kịp thời thì tỉ lệ tử vong rất cao. Vì thế, khi nghi ly amíp thì cần tiến hành các kiểm tra sau:

1. Xét nghiệm phân: khi bị ly amíp thì trong phân thải ra có rất nhiều ký sinh trùng amíp, chứ không phải kén, cho nên kiểm tra phân bằng kính hiển vi sẽ dễ dàng tìm thấy ký sinh trùng amíp. Nhưng để nâng cao tỉ lệ kiểm tra, mẫu phân phải mới. Tốt nhất là kiểm tra xong sau nửa giờ kể từ lúc đi tiêu.
2. Cấy phân: tỉ lệ dương tính đối với cấy phân không cao hơn tỉ lệ dương tính xét nghiệm. Khi soi phân dưới kính không tìm thấy kén và ký sinh trùng ly, thì cần cấy phân để nâng cao tỉ lệ dương tính.
3. Kiểm tra bằng kính đại tràng chữ S. Khi kiểm tra bằng kính đại tràng chữ S, có thể phát hiện loét amíp điển hình. Cạo lấy mẫu ở chỗ loét để kiểm tra dưới kính, có thể tìm thấy ký sinh trùng amíp.

Tuy có nhiều phương pháp kiểm tra bệnh ly amíp, nhưng phương pháp đơn giản, phù hợp thực tế nhất hiện nay vẫn là kiểm tra phân tươi để tìm ký sinh trùng amíp. Cần kiểm tra nhiều lần, 1 – 2 lần âm tính thường chưa thể loại trừ bệnh này.

135 Thực hiện thụt ruột bằng bari như thế nào?

Thụt bari là bơm bari vào đại tràng. Vị trí kiểm tra là trực tràng, đại tràng, hồi – manh tràng và đoạn cuối hồi tràng.

Trẻ bệnh cần kiểm tra bằng bơm bari vào ruột thì hai ngày trước khi kiểm tra phải cho ăn uống chất lỏng. Không ăn thức ăn có xác. Trẻ lớn thì một ngày trước kiểm tra cho uống thuốc xổ nhẹ để làm sạch ruột. Một ngày trước khi kiểm tra, tất cả các ca bệnh đều phải cấm ăn 8 giờ. Khi kiểm tra, để trẻ nằm nghiêng, đầu thấp, từ từ đút ống vào trực tràng, trước tiên bơm bari vào, sau đó bơm chất khí, dặn trẻ cố gắng nín chặt không để bari chảy ra, như vậy thì bề mặt lòng ruột được phủ một lớp bari mỏng cùng với chất khí hình thành hai lớp đối trọng rõ ràng, càng hiển thị rõ biến chứng bệnh ở các đoạn ruột. Song cần chú ý thụt ruột không được thực hiện ở các trẻ bệnh đang có nguy cơ thủng ruột, tắc ruột và xuất huyết thể hoạt động.

136 Chảy máu đường tiêu hoá trên cấp tính ở trẻ nhỏ có thể kiểm tra bằng nội soi dạ dày không?

Chảy máu dạ dày, ruột là bệnh thường gặp có khả năng nguy hiểm đến tính mạng trẻ nhỏ. Chảy máu đường tiêu hoá trên là chảy máu thực quản, dạ dày, tá tràng. Thông qua hỏi tỉ mỉ bệnh sử và khám thực thể

kết hợp với lứa tuổi của trẻ, phần lớn đều tìm ra nguyên nhân. Song do đường tiêu hoá của trẻ xuất huyết phải để cho trạng thái (như mạch đập, huyết áp) của mạch máu tim ổn định mới có thể tiến hành kiểm tra bằng kỹ thuật nội soi.

Trên 90% số trường hợp chảy máu đường tiêu hoá trên qua nội soi dạ dày đều có thể tìm ra vị trí chảy máu. Căn cứ vào sự thay đổi niêm mạc qua nội soi, có thể phán đoán được là chảy máu do loét hay do u thịt thừa, để áp dụng biện pháp cầm máu hoặc cắt bỏ u thịt. Ngoài ra, còn có thể thực hiện kiểm tra sống niêm mạc dạ dày, cung cấp bệnh lý cho việc chẩn đoán.

Khả năng tái sinh của niêm mạc dạ dày mạnh, tổn thương nhẹ thì chỉ một giờ sau có thể hình thành lớp mặt mới, thượng bì niêm mạc bong tróc cục bộ cũng có thể lành trong hai ngày.

137 Nội soi ống mềm là gì?

Kính nội soi dạ dày ống mềm thuộc kính soi dạ dày thế hệ thứ ba, có đặc điểm mềm dễ thao tác, ít nguy hiểm, ít gây đau đớn, tính thích ứng rộng, không có vùng nào không quan sát được, tạo điều kiện hết sức thuận lợi đối với việc chẩn đoán, điều trị bệnh dạ dày, thực quản. Hiện nay lâm sàng đa số sử dụng ống nội soi mềm, số ít dùng ống nội soi điện tử. Ống nội soi mềm được ứng dụng trong các tình hình sau:

1. Nuốt khó khăn, đau thượng vị, đầy bụng, nôn, gợi ý bị bệnh ở dạ dày nhưng kiểm tra bằng uống bari không có kết quả chắc chắn.
2. Kiểm tra bằng uống bari nghi có bệnh dạ dày nhưng lại không thể khẳng định.
3. Xuất huyết đường tiêu hoá trên cấp hoặc mạn tính không rõ nguyên nhân.
4. Kiểm tra bằng chụp X quang phát hiện loét, khối u và các biến chứng khác nhưng không thể xác định được tính chất.
5. Các bệnh dạ dày như viêm, loét, sau phẫu thuật cần quan sát thường xuyên.
6. Lấy dị vật trong thực quản, dạ dày, cắt bỏ khối polyp và cầm máu dạ dày thuộc phạm vi điều trị nội soi.
7. Kiểm tra bằng ống nội soi mềm nhanh chóng, đơn giản, có thể trực tiếp quan sát biến chứng bệnh ở dạ dày, đồng thời lấy mô sống để chẩn đoán mô học, là biện pháp chẩn đoán bệnh dạ dày không thể thiếu.

138 Nội soi ống mềm đối với dạ dày có chống chỉ định nào?

Do thân ống nhỏ, mềm, dễ thao tác, nên tính an toàn cao hơn hẳn ống soi thẳng bằng kim loại và ống soi có thể uốn cong, nhưng nếu không nắm vững chống chỉ định, thao tác không cẩn thận hoặc dùng sức quá mạnh,

vẫn có nguy cơ xảy ra biến chứng, tỉ lệ biến chứng vào khoảng 0,03 – 0,2%, gây tử vong khoảng 0,08 – 1/vạn số ca tiến hành nội soi. Song cùng với việc không ngừng cải tiến tính năng ống nội soi mềm, kỹ thuật thao tác ngày càng thuần thục, tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong do nội soi ống mềm gây ra ngày càng giảm. Các chống chỉ định gồm có:

1. Trẻ bệnh nguy kịch, đang ở trạng thái sốc.
2. Trẻ bị bệnh tim, phổi nặng hoặc cơ thể suy kiệt không thể chịu đựng được nội soi.
3. Lâm sàng nghi thủng dạ dày, tá tràng.
4. Bỏ hoá học thực quản.
5. Viêm họng cấp tính.
6. Trẻ bị bệnh thần kinh hoặc không phối hợp kiểm tra.

Bác sĩ lâm sàng phải nắm vững các chống chỉ định kiểm tra bằng nội soi ống mềm, nhằm tránh xảy ra sự cố bất ngờ.

139 Nội soi đại tràng bằng ống mềm là gì?

Việc ứng dụng nội soi đại tràng bằng ống mềm muộn mấy năm so với nội soi dạ dày bằng ống mềm. Ống soi toàn bộ đại tràng cũng có thể kiểm tra một phần hồi tràng.

Chỉ định kiểm tra đại tràng bằng ống mềm gồm:

- U ở bụng, cần chẩn đoán chính xác.
- Đại tiện ra máu không rõ nguyên nhân.
- Tiêu chảy mạn tính hoặc táo bón thể tiến triển lâu.
- Gầy gò, thiếu máu, nghi có biến chứng bệnh đại tràng.
- Kiểm tra bằng thụt bari, nghi có bệnh đại tràng.
- Cần phẫu thuật, đòi hỏi đại tràng phải rộng, điều trị bằng laser.

** Chống chỉ định kiểm tra bằng ống soi ruột mềm*

- Người bị thủng ruột, viêm phúc mạc mạn tính hoặc dính ruột rộng.
- Bệnh lý trực khuẩn đang thời kỳ bùng phát.
- Người viêm cấp tính trực tràng, ống hậu môn và quanh hậu môn.
- Người bị bệnh tim, phổi, não nặng hoặc cơ thể quá suy nhược.

** Biến chứng do kiểm tra bằng nội soi ruột ống mềm*

- Thủng ruột.
- Chảy máu ruột.
- Trướng bụng.
- Rách ruột.
- Biến chứng bất ngờ về tim mạch.

140 Kiểm tra bằng ngón tay ở hậu môn có ý nghĩa gì?

Ngày nay, nhiều loại máy móc hiện đại, tiên tiến được ứng dụng vào khám lâm sàng, như siêu âm B, chụp X quang, chụp CT, cộng hưởng từ MRI, chụp đồng vị ECT và các loại ống nội soi. Nhưng các thiết bị tiên tiến này không thể hoàn toàn thay thế kiểm tra bằng ngón tay ở hậu môn. Kiểm tra bằng ngón tay ở hậu môn là phương pháp khám lâm sàng đơn giản, dễ thực hiện nhưng vô cùng quan trọng. Phương pháp cụ thể là: bác sĩ đeo găng tay hay ngón trở đeo găng, bôi chất làm trơn lên ngoài ngón tay, sau đó từ từ đẩy ngón tay vào hậu môn trẻ bệnh để kiểm tra bệnh. Kiểm tra bằng ngón tay sẽ phát hiện được bệnh gì?

1. Trước khi kiểm tra, cần quan sát hậu môn có bị nhiễm trùng, nứt hoặc rò hậu môn không?
2. Khi bị lồng ruột có thể sờ thấy khối u, găng tay dính máu hoặc dẫn đến đi tiêu ra máu.
3. Khi có khối polyp trực tràng có thể sờ thấy khối u.
4. Ung thư di căn có thể sờ thấy khối u, nhưng ít gặp ở trẻ em.
5. Kiểm tra bằng ngón tay qua hậu môn có thể phát hiện một số bệnh cấp tính như vị trí ruột thừa thay đổi lớn, có khi chạm đau ở phía trước phải trực tràng.
6. Trẻ tiêu chảy thì kiểm tra bằng ngón tay ở hậu môn có thể giúp tìm hiểu tình trạng phân, và có thể lấy phân dích ngoài găng tay để xét nghiệm.

7. Trẻ táo bón thì kiểm tra bằng gắng tay có thể sờ thấy phân đóng cục cứng.

141 Tại sao khi nghi bị lồng ruột cần phải kiểm tra thường xuyên trực tràng bằng ngón tay?

Khi bốn triệu chứng chủ yếu của lồng ruột là: đau bụng từng cơn, nôn, đại tiện ra máu và áp xe bụng đều đầy đủ thì dễ dàng chẩn đoán. Nhưng khi thiếu triệu chứng điển hình, lâm sàng nghi lồng ruột thì cần tiến hành kiểm tra trực tràng bằng ngón tay để chẩn đoán chính xác.

1. Khi bị lồng ruột, tỉ lệ đại tiện ra máu từ 20% đến 40%, nếu ở ruột non thì đại tiện ra muợn. Có khi máu tích tụ trong ruột nhưng không thải ra. Lúc này nếu kiểm tra trực tràng bằng ngón tay có thể thấy gắng tay dính máu.
2. Khi bị lồng ruột, kiểm tra trực tràng bằng ngón tay có thể sờ thấy khối u giống như cổ tử cung, rất có giá trị đối với việc chẩn đoán. Nhưng khi lồng ruột giai đoạn cuối, khối u có thể di chuyển theo kết tràng đến sau cơ thẳng bụng trái, cạnh trái xương sống, thậm chí đến trực tràng. Lúc này khó sờ thấy u.
3. Khoảng 74% đến 89% số ca bệnh lồng ruột có thể sờ thấy khối u ở bụng. Khi bệnh kéo dài trên hai ngày, do phần ruột non trên chỗ lồng ruột đầy khí, bụng trương to, thường không sờ được khối u. Lúc này kiểm tra trực tràng bằng ngón tay sẽ hỗ trợ chẩn đoán.

Phần 6

ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐƯỜNG RUỘT

142 Trẻ biếng ăn phải giải quyết như thế nào?

Trẻ biếng ăn là việc khiến các bậc cha mẹ lo lắng nhất. Biếng ăn lâu dài ắt ảnh hưởng đến sức khoẻ của trẻ, gây ra nhiều biến chứng liên quan. Vì thế, tập cho trẻ có thói quen ăn uống tốt là vô cùng quan trọng, cần thực hiện cho được mấy điểm sau:

1. Tập cho trẻ có thói quen ăn uống tốt: phải chú ý cho trẻ ăn đúng giờ, đúng lượng. Trẻ nhỏ ăn ngày 4 bữa, bữa cách bữa 3 – 4 giờ, nhi đồng ăn ngày 3 bữa, mỗi bữa cách nhau 4 – 5 giờ. Như vậy, dạ dày mới bài tiết hết, giúp dịch vị tiết bình thường.
2. Không ăn nhanh: ăn nhanh, chưa nhai đã nuốt làm hại dạ dày, không có lợi cho tiêu hoá, hấp thu. Vì thế, cần dạy trẻ ăn chậm, nhai kỹ.

3. Không ăn quá mức: gặp thức ăn ngon thì ăn quá nhiều, làm tăng gánh nặng cho dạ dày, ruột, ảnh hưởng đến nhu động và tiêu hoá. Thức ăn lưu lại trong dạ dày lâu, lên men, thối rữa, gây ợ, nôn, không lợi cho việc hấp thu chất dinh dưỡng.
4. Không nên cho trẻ ăn, uống vật quá nhiều, nhất là trước bữa ăn vì trẻ sẽ chán ăn vì no, ảnh hưởng đến bữa chính.
5. Không quỳ hoặc ngồi ép bụng khi ăn, **vì như** vậy, nhu động của dạ dày, ruột không bình thường, ảnh hưởng tiêu hoá, hấp thu.
6. Trước bữa ăn có thể cho trẻ ăn chút ít quả chua như cam, bưởi, kích thích tiết dịch vị. Cũng có thể kết hợp cho uống thuốc hỗ trợ tiêu hoá nhằm giúp tiêu hoá.

Ngoài ra, một số bệnh như viêm gan, lao, viêm loét dạ dày, ruột, bệnh giun sán, còi xương, thiếu máu do thiếu sắt cũng đều dẫn đến biếng ăn, cần điều trị sớm.

143 **Làm sao cải thiện được chứng ăn khảng ở trẻ em?**

Ăn khảng là chỉ trẻ chỉ thích ăn một vài loại thức ăn nào đó và không thích ăn hoặc từ chối ăn các loại thực phẩm khác. Món thích ăn thì ăn nhiều, còn món không thích thì không ăn tí nào. Ví dụ có trẻ chỉ thích ăn rau xanh, trái cây mà không thích ăn thịt, cá. Có trẻ chỉ thích

ăn ngọt, có trẻ chỉ thích ăn mặn. Thức ăn của trẻ ăn khản quá đơn điệu, chất dinh dưỡng không đủ, không toàn diện để cung cấp cho nhu cầu cơ thể. Một khi trẻ đã quen ăn khản sẽ rất khó sửa. Các bậc cha mẹ phải bền chí, quyết tâm, kiên trì. Gọi bền chí tức là không cần áp dụng biện pháp cứng rắn, đánh mắng, mà phải khuyến khích trẻ ăn. Nhiều người thấy con không chịu ăn các thứ khác, sợ con đói, cuối cùng đành cho con ăn thứ chúng thích. Lúc đầu có thể trẻ quấy, khóc, không mở miệng, ngậm thức ăn không chịu nuốt, thậm chí nhổ ra. Cần bắt đầu bằng lượng nhỏ, dần dần tăng lên, cũng không nên bữa nào cũng bắt trẻ ăn thứ trẻ không thích. Không nên chuyển quá sang cực khác. Cần chú trọng cách chế biến và nấu nướng. Món ăn chính, món ăn phụ hàng ngày đều phải thay đổi, không trùng lặp để hấp dẫn trẻ. Người lớn cần dùng hành động và lời nói thực tế để làm gương cho trẻ. Nên để trẻ cùng ăn với người lớn để trẻ thấy trên bàn có nhiều loại thức ăn sẽ chủ động đòi ăn. Người trong nhà phải đồng tâm hiệp lực, tuyệt đối không cãi nhau, nhất là trước mặt trẻ. Nếu có mâu thuẫn, cần giải quyết bằng biện pháp bàn bạc khi không có mặt trẻ. Cho trẻ ăn uống trong môi trường yên tĩnh, thoải mái. Nếu mở ti vi, radio thì trẻ khó yên tĩnh. Người lớn vừa cho trẻ ăn vừa kể chuyện khiến trẻ có thói quen xấu mỗi lần ăn cơm phải kể chuyện. Tóm lại phải sửa thói quen xấu ăn khản của trẻ thì mới giúp trẻ lớn, khỏe được.

144) Làm sao điều trị trẻ tiêu hoá kém?

Đối với chứng tiêu hoá kém ở trẻ cần áp dụng phương pháp điều trị tổng hợp. Cụ thể là:

1. Liệu pháp ăn uống: trẻ tiêu hoá kém do ăn uống không đúng gây ra thì cần điều chỉnh ăn uống. Trẻ bị nặng thì ngừng cho ăn tám giờ, sau đó cho ăn sữa bò pha loãng, sau 3 – 5 ngày, từng bước khôi phục ăn uống bình thường.
2. Thuốc hỗ trợ tiêu hoá: hợp chất axit chlohydric 1% và enzyme dạ dày, ngày 3 lần, mỗi lần 2,5 – 5ml.
3. Thuốc cầm tiêu chảy: dùng cho trẻ tiêu chảy phát đi phát lại hoặc tiêu chảy nhiều ngày không bớt. Thời gian sử dụng thuốc không quá ba ngày.
4. Điều trị duy trì: truyền huyết tương, axit amino, trẻ thiếu máu nặng thì truyền máu nhiều lần, mỗi lần một ít.
5. Điều trị bệnh nguyên phát: nếu dị ứng sữa hoặc dị ứng thức ăn nào đó thì phải ngừng sử dụng. Nếu bị cảm, viêm phổi, sỏi, thủy đậu thì cần tích cực điều trị.

Liệu pháp châm cứu: châm cứu huyết hợp cốc, túc tam lý, đại trường du, mỗi ngày một lần, có hiệu quả nhất định.

145) Axit chlohydric kết hợp với enzyme dạ dày có tác dụng gì?

Axit dạ dày là axit chlohydric trong dịch vị. Khi axit dạ dày được tiết ra từ tế bào thành dạ dày thì nồng độ của nó cao gấp ba triệu bảy trăm năm mươi ngàn lần trong máu. Cho nên vị toan là chất lỏng chua nhất trong cơ thể. Axit dạ dày đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình tiêu hoá hấp thu thức ăn. Tác dụng của nó là:

- Axit chlohydric sau khi tiếp xúc với protein trong thức ăn, có thể làm thay đổi tính chất protein trở nên dễ phân giải, tiêu hoá.
- Axit chlohydric có thể làm cho enzyme dạ dày không hoạt tính do tế bào chính của dạ dày tiết ra chuyển hoá thành enzyme dạ dày, phát huy tác dụng phân giải protein.
- Axit chlohydric có thể cung cấp môi trường axit thích hợp với sự hoạt động của enzyme dạ dày, giúp nó giữ được hoạt tính lớn nhất, phát huy tác dụng tiêu hoá tốt nhất.
- Sau khi vào đầu trên của ruột non, axit chlohydric có thể kích thích tiết dịch tụy, dịch ruột non, thúc đẩy tiêu hoá thức ăn.

Tóm lại, axit chlohydric có tác dụng rất quan trọng, nó phối hợp với enzyme dạ dày, cùng nhau hoàn thành

tiêu hoá sơ bộ protein, cả hai không thể thiếu. Vì thế, về điều trị lâm sàng đối với chứng tiêu hoá kém do trục trặc tiết dịch vị gây ra, vừa uống enzyme dạ dày đồng thời sử dụng một lượng axit chlohydric loãng, hoặc uống hợp chất enzyme dạ dày với axit chlohydric loãng sẽ đạt được hiệu quả điều trị tốt.

146) Trẻ tiêu hoá kém có cần dùng kháng sinh không?

Không dùng kháng sinh để điều trị chứng tiêu hoá kém ở trẻ em. Vì trẻ em tiêu hoá kém thường do nuôi dưỡng không đúng, nhiễm trùng đường ruột, dị ứng, cơ địa đặc biệt hoặc do khí hậu, thời tiết gây ra, chứ không phải do nhiễm vi khuẩn, cho nên, lâm sàng không điều trị bằng kháng sinh. Nếu sử dụng kháng sinh, nhất là broad – spectrum antibiotics khi không nhiễm khuẩn sẽ làm mất cân bằng vi khuẩn đường ruột, gây nhiễm trùng thứ phát hoặc nhiễm khuẩn nhờn thuốc. Ngoài ra, sử dụng kháng sinh làm trẻ mệt mỏi, chậm lớn. Vì thế, cần căn cứ vào tình hình cụ thể để quyết định có dùng kháng sinh hay không.

147) Trẻ suy dinh dưỡng cần điều trị ra sao?

Nguyên tắc điều trị trẻ suy dinh dưỡng là: triệt để loại bỏ nguyên nhân gây bệnh, điều chỉnh ăn uống, cải tiến phương pháp nuôi dưỡng, tăng cường chăm sóc.

1. Loại bỏ nguyên nhân gây bệnh: cần tích cực điều trị bệnh nguyên phát, khống chế nhiễm trùng cấp, mạn tính, nhất là nhiễm trùng đường ruột như viêm dạ dày, viêm ruột, bệnh lỵ.

Tăng cường chăm sóc: chăm sóc tốt có thể giảm nguy cơ nhiễm bệnh, nhất là việc chăm sóc da, miệng, bảo đảm ngủ đủ, bố trí hoạt động ngoài trời thích hợp, mỗi tuần cân sức khoẻ một lần, mỗi tháng đo chiều cao một lần để nắm vững tình hình phát triển của trẻ.

2. Cải tiến phương pháp nuôi dưỡng: tùy tình hình thực tế của trẻ để có cách cho trẻ ăn phù hợp.

3. Điều chỉnh ăn uống: cần nắm vững nguyên tắc từng bước bổ sung dinh dưỡng và điều chỉnh ăn uống, đừng đặt hy vọng một lúc biến thành trẻ béo khoẻ. Khi sữa mẹ không đủ thì có thể cho ăn phối hợp với sữa bò, sữa đậu. Cần chọn thực phẩm giàu protein, giàu vitamin, nhiệt lượng cao, dễ tiêu hoá. Trẻ lớn hơn có thể cho ăn cháo, bột thịt, cá, trứng, rau xanh băm. Chúng loại thực phẩm tăng thêm không nên quá nhiều và quá nhanh, cần để trẻ thích nghi dần từng loại. Điều chỉnh lượng và thức ăn cần căn cứ vào tình hình đại tiện để quyết định. Kalo nhiệt lượng và protein cần thiết của trẻ bệnh nói chung cần nhiều hơn trẻ bình thường cùng tuổi hoặc có cùng chiều cao.

4. Liệu pháp điều trị duy trì: trẻ kém ăn có thể nuôi qua mũi bằng thức ăn chứa glucoza, axit amino, vitamin và chất khoáng, hoặc tiêm chất dinh dưỡng cao qua tĩnh mạch, như axit amino, sữa béo và protein hoà tan, cần thiết có thể truyền máu hoặc huyết tương.

148 Điều trị và chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng nặng như thế nào?

Điều trị trẻ suy dinh dưỡng nặng tương đối khó khăn, tỉ lệ tử vong cao, thường tử vong bởi nhiễm trùng nặng, đường huyết thấp hoặc suy giảm chức năng tim, vì thế, cần đặc biệt tăng cường chăm sóc kết hợp với điều trị.

Chăm sóc chu đáo: do mỡ dưới da mỏng, dễ thương tổn cần lót đệm mềm ở các đầu mấu xương. Chức năng miễn dịch giảm, dễ nhiễm trùng miệng, tưa miệng, cần tích cực vệ sinh chăm sóc khoang miệng. Thấy trẻ khóc không có nước mắt, sợ ánh sáng, nháy mắt nhiều, cần kiểm tra có phải đục giác mạc, có thể là do thiếu vitamin A gây ra, cần hỏi bác sĩ cách bổ sung.

- Điều chỉnh ăn uống: cùng lúc với điều chỉnh ăn uống có thể uống ít thuốc hỗ trợ tiêu hoá như hợp chất enzyme dạ dày.

- Nuôi dưỡng: đối với trẻ không nói được thì có thể cho sữa mẹ vắt ra hoặc sữa bò vào ống nhỏ hoặc bình bóp

cho bé ăn, khi bệnh đỡ thì trực tiếp cho bú sữa mẹ. khi cần có thể truyền dung dịch dinh dưỡng cao qua tĩnh mạch.

Xử lý đường huyết thấp: trẻ suy dinh dưỡng nặng thường xảy ra sụt đường huyết đột ngột vào sáng sớm, cho nên cuối nửa đêm cần cho uống nước đường phòng ngừa hạ đường huyết. Nếu đã xảy ra tụt đường huyết cần truyền glucosa qua tĩnh mạch. Trẻ suy dinh dưỡng thì cơ tim cũng suy, cho nên khi truyền dịch, cần chú ý bảo vệ chức năng tim, như có thể tiêm vitamin B₁ qua cơ bắp, chú ý kiểm soát lượng và tốc độ truyền dịch, nhằm phòng ngừa suy tim hoặc tim ngừng đập, cần tăng cường điều trị duy trì đối với trẻ suy dinh dưỡng.

Sử dụng kháng sinh: trẻ suy dinh dưỡng nặng thường kèm theo nhiễm trùng, thường gặp nhất là viêm phổi, tiêu chảy, viêm nhiễm đường tiết niệu, cần sử dụng kháng sinh hữu hiệu để khống chế viêm nhiễm.

149 Làm sao phòng ngừa, điều trị chứng trào ngược dạ dày thực quản ở trẻ?

Chức năng cơ thắt đoạn dưới thực quản của trẻ nhỏ dần dần hoàn thiện cùng với thời gian, cơ chế chống trào ngược của các cơ quan khác trong cơ thể cũng lần lượt được xây dựng. Khoảng 60 – 80% số trẻ mắc chứng trào ngược dạ dày thực quản sẽ khỏi sau 18 tháng kể từ lúc sinh ra, chỉ có khoảng 5 – 10% số trẻ bệnh phải

điều trị bằng phẫu thuật. Vì thế, nguyên tắc điều trị trào ngược dạ dày thực quản ở trẻ nhỏ là: tránh để các chất chứa trong dạ dày trào ngược và các tổn thương khác do trào ngược gây ra, cho cơ thắt đoạn dưới thực quản phát triển hoàn thiện, sẽ tự khỏi. Có thể áp dụng các biện pháp sau:

1. Liệu pháp tư thế cơ thể: tư thế tốt nhất là nằm sấp, tức mặt, bụng, ngực thấp, đầu ngẩng cao, để chỗ giáp giới giữa thực quản và dạ dày ở vị thế thấp nhất, giảm khả năng tiếp xúc với chất axit. Cũng có thể áp dụng tư thế nằm ngửa 60° , trẻ lớn có thể nằm nghiêng phải, nửa thân trên cao.
2. Nuôi dưỡng hợp lý: nên cho ăn thành nhiều bữa, mỗi bữa cho ăn ít, thực phẩm dạng hồ đặc, protein cao, ít mỡ, ít uống thức uống; không dùng gia vị kích thích, tránh ăn uống thức ăn và thuốc ảnh hưởng chức năng co thắt đoạn dưới thực quản như sôcôla, cà phê, morphine, dopamine, phylline.
3. Điều trị bằng thuốc: đối với trẻ điều trị bằng tư thế và nuôi dưỡng hợp lý không hiệu quả thì phải điều trị bằng thuốc. Chú ý dùng thuốc cơ năng dạ dày, ruột và thuốc chống axit như maxolon mỗi lần 0,1mg/kg thể trọng, ngày 3 lần, sáu tuần là một đợt điều trị. Motilium, mỗi lần 0,1mg/kg thể trọng, ngày 3 lần.

4. Liệu pháp ngoại khoa: điều trị như trên không có hiệu quả, hoặc đã biết chắc trào ngược là do yếu tố bệnh lý thì cần sớm điều trị bằng phẫu thuật. Hiệu quả điều trị phẫu thuật có thể đạt 95%, tỉ lệ tử vong dưới 0,6%.

150 Làm sao phòng ngừa, điều trị chứng béo phì ở trẻ em?

Phải bắt đầu phòng ngừa chứng béo phì ở trẻ em ngay khi còn là thai nhi, cần dạy về kiến thức dinh dưỡng cho thai phụ, coi trọng nuôi dưỡng khoa học, luyện thói quen ăn uống tốt cho trẻ, tránh dinh dưỡng quá mức, tăng cường luyện tập thể chất, định kỳ kiểm tra tình hình phát triển.

Đối với chứng béo phì ở trẻ em, cần áp dụng phương pháp điều trị tổng hợp, gồm:

1. Hạn chế ăn uống: hạn chế ăn uống phải đạt mục đích giảm béo, vừa phải bảo đảm sự phát triển bình thường của trẻ. Vì thế, lúc đầu chỉ cần kiểm soát được mức độ tăng cân, làm sao để cân nặng của trẻ hạ xuống mức cao hơn 10% trọng lượng cơ thể tiêu chuẩn của trẻ có cùng độ cao, tức không thể hạn chế quá mức. Nhiệt lượng của trẻ béo phì nặng có thể giảm 30% hoặc nhiều hơn. Nên ăn uống thực phẩm protein cao, hydratcarbon thấp,

chất béo thấp, mỡ động vật không vượt quá 1/3 tổng lượng chất béo; đồng thời cung cấp vitamin và chất khoáng cần thiết. Để khắc phục cảm giác đói, có thể cho ăn nhiều rau xanh, củ quả. Hạn chế ăn vặt, ăn ngọt và thực phẩm nhiệt lượng cao.

2. Tăng cường hoạt động: trẻ béo phì cần duy trì hoạt động hàng ngày, bắt đầu hoạt động với lượng vận động nhẹ nhàng rồi tăng dần cả lượng và thời gian vận động, song tránh vận động mạnh quá mức.
3. Điều trị hành vi: bố mẹ cần coi trọng phương pháp quản lý hành vi của trẻ. Trẻ lớn thì giáo dục, hướng dẫn tự kiểm tra, ghi chép trọng lượng cơ thể, các hoạt động và lượng ăn hàng ngày, đồng thời quy định thời gian tổng kết. Bố mẹ cần giúp con đánh giá tình hình thực hiện điều trị; luyện thói quen ăn uống và hành vi tốt; đồng thời khen thưởng, để khuyến khích hành vi tiến bộ đã đạt được. Cổ vũ trẻ bệnh giảm tốc độ ăn, học đánh giá mùi vị thức ăn, nhằm đạt mục đích giảm ăn, kiểm soát tăng cân.

151 Khi trẻ nôn ta phải làm sao?

Nôn là một triệu chứng của nhiều bệnh ở dạ dày, ruột, có tác dụng bảo vệ nhất định đối với cơ thể, nhờ nôn mà thải các chất độc hại trong dạ dày ra ngoài. Nhưng nôn nhiều có thể khiến trẻ mất nước, rối loạn

cân bằng điện giải và nhiễm độc kiềm. Cho nên, lâm sàng gặp trẻ bị nôn, điều quan trọng là phải chẩn đoán chính xác bệnh, loại bỏ nguyên nhân như viêm dạ dày, viêm ruột, tắc môn vị, thoát vị. Đối với trẻ nôn chưa rõ nguyên nhân hoặc tạm thời chưa loại trừ được nguyên nhân, có thể cho trẻ uống thuốc cầm nôn nhằm giảm nôn, phòng ngừa mất nước, rối loạn điện giải và ngộ độc kiềm.

Chú ý khi trẻ nhỏ bị nôn cần nghiêng đầu trẻ sang một bên, dùng quả bóng hút bằng cao su hút chất nôn còn lại trong miệng, mũi, nếu không có bình hút, thì người lớn dùng miệng của mình để hút chất nôn ở miệng mũi của trẻ, phòng ngừa chất nôn trào vào khí quản gây ngạt, nguy hiểm tính mạng.

152 Khi trẻ nôn ra máu phải làm sao?

Nôn ra máu, nhất là nôn ra máu ồ ạt, cấp tính, thường dẫn đến nguy hiểm tính mạng. Cho nên, khi phát hiện trẻ nôn ra máu, trước tiên cần làm tốt việc cấp cứu tại gia đình, sau đó đưa ngay đến bệnh viện.

Trẻ nôn ra máu thường là do bệnh ở dạ dày gây ra, như viêm, loét dạ dày, có ít trường hợp là do u, nhất là u ác tính, cũng có thể là mũi, họng chảy máu, nuốt xuống dạ dày rồi nôn ra. Cho nên, cần chú ý phán đoán vị trí chảy máu, để áp dụng biện pháp phù hợp.

Điều quan trọng nhất khi thấy trẻ nôn ra máu là phải bình tĩnh, cho bé nằm ngửa, tuyệt đối không hoảng hốt. Đối với trẻ còn nhỏ thì phải phòng ngừa máu nôn trào vào khí quản gây ngạt. Nếu trẻ nôn ra nhiều máu tươi, thì cần đưa ngay trẻ đi cấp cứu ở cơ sở y tế. Nếu máu nôn ra có dạng như nước cà phê, số lượng không nhiều thì không nguy hiểm lắm. Nhưng về lâm sàng, bất kể nôn ra máu nhiều hay ít đều phải chú ý quan sát mọi tình hình của trẻ bệnh, như trạng thái tinh thần, sắc mặt, mạch đập, nhiệt độ, chân tay ra sao, có đổ mồ hôi lạnh không, sự thay đổi huyết áp như thế nào.

Trẻ lớn nôn ra máu có thể cho uống thức uống lạnh để cầm máu, ví dụ trong tủ lạnh có nước uống lạnh thì cho trẻ uống từ từ, ngắt quãng mỗi lần 50 – 100ml.

Khi nôn ra máu cần kiêng ăn, cầm được máu mới cho ăn, uống thức ăn lỏng, không được cầm ăn hoàn toàn, vì không ăn, không uống sẽ tăng tiết axit dạ dày, trực tiếp ảnh hưởng tới đông máu. Nếu nôn ra máu do loét thì có thể cho ăn ít bích quy hoặc uống sữa bò kết hợp với uống thuốc cầm máu.

Trẻ nôn ra máu nặng đi cấp cứu cần chú ý đi đường không để xóc mạnh, tốt nhất có xe cấp cứu đưa đi, nhớ mang theo bệnh án trước đây (nếu có) và toàn bộ các xét nghiệm liên quan để bác sĩ tham khảo, nhanh chóng chẩn đoán đúng bệnh, cấp cứu kịp thời.

153 Tại sao trẻ còi xương phải cùng lúc bổ sung canxi và vitamin D?

Do thiếu vitamin D nên việc trao đổi canxi, photpho trong cơ thể trẻ em bị thất thường, gây cản trở xương phát triển. Vitamin D có thể thúc đẩy ruột non hấp thu canxi và photpho, kích thích ống nhỏ thận tái hấp thu photpho, phát huy tác dụng tạo xương.

Nếu đơn thuần bổ sung chất canxi cho trẻ còi xương, thì canxi không được hấp thu hết, cho dù được hấp thu phần nào, cũng không thể lắng đọng bình thường ở nơi phát triển xương, chỉ có cùng lúc bổ sung vitamin D thì hoạt động tạo xương mới hoạt động bình thường. Ngược lại, nếu chỉ bổ sung vitamin D mà không bổ sung canxi thì canxi trong huyết thanh sẽ lắng đọng trong xương, làm giảm ion canxi huyết thanh, hưng phấn cơ thần kinh tăng cao, xảy ra kinh giật, cơ chân tay co rút, hõm teo, lâm sàng gọi là chứng co giật chân tay, thường xảy ra ở trẻ dưới hai tuổi. Vì thế, điều trị chứng còi xương nên cùng lúc bổ sung chất canxi và vitamin D. Vậy bổ sung như thế nào?

1. Điều trị vitamin D: gồm liệu pháp bình thường và liệu pháp đặc hiệu, liệu pháp bình thường tức là thời kỳ đầu của hoạt động cho uống mỗi ngày 0,5 – 1 vạn đơn vị, liên tục một tháng sau đó chuyển sang liều dự phòng. Thời kỳ kích thích hoạt động thì cho uống thuốc ngày 1 – 2 vạn đơn vị, liên tục

một tháng sau đó chuyển sang liều dự phòng. Thời kỳ khôi phục thì thường duy trì vitamin D với liều lượng dự phòng. Liều pháp đặc hiệu tức vào thời kỳ đầu hoạt động, tiêm bắp vitamin D 30 vạn đơn vị, thường chỉ tiêm một lần, thời kỳ kích thích hoạt động tiêm bắp 30 vạn đơn vị vitamin D, cách 2 – 4 tuần tiêm lại một lần. Trẻ còi xương nặng thì tiêm 3 lần, cách nhau 2 – 4 tuần. Hai, ba tháng sau khi thực hiện liệu pháp đặc hiệu thì cho uống liều dự phòng đến khi hai tuổi.

2. Bổ sung canxi: bổ sung chất canxi song song với điều trị vitamin D, thường dùng calcium gluconate, ngày 2 – 3 gam, hoặc canxi hoạt tính, liều lượng tính theo nguyên tố canxi, mỗi ngày 200 – 300mg.

Ngoài điều trị bằng thuốc ra, cần cho trẻ hoạt động ngoài trời nhiều, tiếp xúc với ánh nắng, không nên phơi nắng trong cửa kính, vì kính chắn mất tia tử ngoại của ánh nắng, làm mất tác dụng. Đồng thời nên ăn thực phẩm giàu vitamin D như gan cá biển, lòng đỏ trứng, sữa và rau xanh.

154) Liệu pháp mát xa điều trị những rắc rối của chức năng thần kinh dạ dày ruột thực hiện ra sao?

Liệu pháp mát xa có thể điều trị chứng chức năng thần kinh đường ruột, cải thiện chức năng tiêu hóa, thao tác cụ thể do bố mẹ thực hiện.

1. Phương pháp mát xa trán: đặt trẻ nằm ngửa, người thao tác dùng bụng hai ngón tay cái đặt giữa trán, mát xa từ trong ra ngoài chừng hai phút, động tác nhẹ nhàng. Sau đó hợp lực hai gốc bàn tay lần lượt mát xa huyết thái dương (chỗ lõm giữa lông mày với khoe mắt lồi ra sau chút một) và trán chừng hai phút.
2. Mát xa bụng: đặt trẻ nằm ngửa, hai đầu gối co, hai bàn tay người thao tác chồng lên nhau, đặt vào bụng trẻ, lấy rốn làm tâm mát xa bụng giữa, bụng dưới theo chiều kim đồng hồ, lúc đầu dùng lực nhẹ, sau nặng hơn chút ít, phạm vi mát xa mở rộng dần ra toàn bụng, chừng hai phút, khi có cảm giác bụng ấm là được.
3. Phương pháp véo lưng: đặt trẻ nằm sấp, để trần lưng, thả lỏng cơ, mùa đông chú ý giữ ấm. Hai bàn tay người thao tác để cong tự nhiên thành hình nắm tay hờ, ngón cái cho vào giữa nắm tay, ngón trỏ và ngón giữa đặt ngang ở xương cùng của trẻ, tiếp đó, hai tay thay nhau đẩy theo đường dọc mạch lên cổ của trẻ, vừa đẩy vừa kéo, đẩy đến đốt cổ thứ bảy thì dừng lại, cứ đẩy véo ba cái thì kéo lên một lần, nếu nghe tiếng “cục, cục”, chứng tỏ phương pháp véo, bắt làm tốt. Cứ thế thực hiện ba lượt, có thể điều chỉnh chức năng tạng phủ của trẻ.

Phương pháp mát xa, véo lưng trên đây thực hiện ngày một lần, liên tục làm 2 – 3 tuần. Sau đó, tùy theo tình hình được cải thiện, có thể thực hiện cách ngày, cho đến khi khỏi bệnh. Trong quá trình thao tác cần nhẹ nhàng, tránh tổn thương da, gây nhiễm trùng không đáng có.

155) Làm sao điều trị chứng thoát vị ở trẻ em?

Trẻ mắc chứng thoát vị, ngoài sưng bìu tinh hoàn ra còn không gây đau đớn gì, cũng không ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ. Chứng thoát vị ở trẻ sơ sinh có khả năng tự khỏi. Nếu không tái phát nhiều và không bị mắc lại, có thể quan sát sáu tháng rồi mới mổ, vì khả năng tự khỏi sau sáu tháng đã giảm nhiều.

Tuổi phẫu thuật của trẻ thoát vị thường từ sáu tháng đến sáu tuổi. Sau sáu tuổi, trẻ hoạt động nhiều, ngoài ra còn phải đi học, gây bất tiện cho học tập và sinh hoạt. Cho nên, tốt nhất phẫu thuật trước tuổi đi học. Đối với thoát vị đã mắc lại, nguyên tắc là mổ khẩn cấp nhưng thoát vị ở trẻ dễ phục hồi vị trí, không hay hoại tử ruột như người lớn, cho nên nếu thời gian mắc lại trong 12 giờ thì hãy điều trị bảo lưu, tiến hành điều trị phục hồi bằng tay, nhưng phải quan sát chặt chẽ diễn biến bệnh, tránh để xảy ra hoại tử ruột.

156 Điều trị tắc ruột như thế nào?

Trẻ bị tắc ruột, bất kể là áp dụng liệu pháp phẫu thuật hay không phẫu thuật, điều đầu tiên là phải tìm cách xử lý rối loạn nước và chất điện giải, mất cân bằng axit – kiềm. Đây là bước điều trị cực kỳ quan trọng.

Điều trị không phẫu thuật thích hợp với giai đoạn đầu tắc ruột đơn thuần, nhất là tắc ruột không hoàn toàn, tắc ruột dạng liệt hoặc co thắt, hoặc tắc ruột do giun đũa hoặc phân cục gây nên. Trong thời gian điều trị cần quan sát chặt chẽ tình hình thay đổi của bệnh, nếu trong vòng 12 – 24 giờ không thấy chuyển biến tốt hoặc tiếp tục nặng thêm, hay chuyển thành tắc ruột hoàn toàn thì phải chuyển sang điều trị bằng phẫu thuật. Cụ thể, cần áp dụng biện pháp sau:

1. Cấm ăn: duy trì giảm áp lực đối với đường ruột, truyền dịch để cải thiện rối loạn nước, điện giải, tránh nhiễm độc axit.
2. Sử dụng kháng sinh, nhất là các loại kháng sinh hiệu quả đối với nhóm vi khuẩn âm tính Gram (gồm ký sinh trùng lỵ, vi khuẩn đại tràng, trực khuẩn thương hàn; song cầu khuẩn viêm màng não, do bác sĩ người Đan Mạch Hanschistian Joachim Gram ứng dụng lần đầu tiên) để phòng ngừa và khống chế nhiễm trùng.

3. Trẻ đau nhiều thì có thể sử dụng thuốc giảm đau chống co thắt, khi cần, có thể dùng thuốc an thần.
4. Có thể uống thuốc y học cổ truyền lý khí giải uất, hoạt huyết hóa ứ, còn có thể phối hợp điều trị bằng châm cứu.
5. Chú ý liệu pháp duy trì, khi cần, có thể truyền máu và huyết tương.

Điều trị bằng phẫu thuật thích hợp với trẻ tắc ruột dạng thắt, tắc do dị tật đường ruột bẩm sinh hoặc điều trị phi phẫu thuật không có hiệu quả, nhưng phải làm tốt mọi chuẩn bị trước khi phẫu thuật nhằm đạt hiệu quả tốt nhất.

157 Điều trị lồng ruột bằng cách nào?

Có hai phương pháp điều trị chứng lồng ruột ở trẻ em: bơm khí (bơm bari) vào đại tràng để phục hồi và phương pháp phẫu thuật phục hồi. Cần căn cứ vào tình hình cụ thể của trẻ bệnh để lựa chọn, thường điều trị theo nguyên tắc sau:

1. Phương pháp bơm khí vào đại tràng để phục hồi, trong 48 giờ sau khi khởi bệnh. Tình trạng toàn thân tốt, không có triệu chứng mất nước, sốc và kích thích phúc mạc thì đều tiến hành bơm khí (hoặc bơm bari) vào đại tràng để phục hồi, tỉ lệ thành công có thể đạt 75 – 90%. Trước khi bơm

cần chụp X quang ngực, bụng ở tư thế đứng, tìm hiểu tình trạng phình đại ruột và vị trí phân bố khí, sau đó bơm khí vào đại tràng với áp lực nhất định, để đẩy ruột bị lồng ra.

2. Phẫu thuật phục hồi: khởi bệnh đã quá 48 giờ, tình trạng toàn thân xấu đi, trong 48 giờ sau khi khởi bệnh đã có hiện tượng hoại tử ruột, bụng trương rõ, có hiện tượng tắc rõ hoặc kích thích phúc mạc, bơm khí vào đại tràng để phục hồi bị thất bại. Trẻ lồng ruột non, lồng ruột mạn tính thì đều phải phẫu thuật phục hồi.

158 Căn cứ để biết phục hồi lồng ruột thành công là gì?

Có mấy căn cứ để biết việc chỉnh sửa, phục hồi lồng ruột thành công là:

1. Khối u ở bụng đã biến mất.
2. Trẻ lặng yên hoặc ngủ ngon, không còn khóc quấy từng cơn hoặc nôn ói.
3. Chụp X quang có thể thấy toàn bộ manh tràng, đoạn cuối hồi tràng lấp đầy khí hoặc bari.
4. Uống 1 gam than hoạt tính, 6 – 8 giờ sau thấy phân thải ra có chất than màu đen, chứng tỏ ruột đã thông suốt hoàn toàn. Nếu không chủ động đại tiện được thì có thể kiểm tra trực tràng bằng ngón tay hoặc thụt ruột để quan sát tình trạng đại tiện.

159 Tây y điều trị chứng viêm dạ dày ở trẻ em như thế nào?

Các bậc cha mẹ không nên quá lo lắng, căng thẳng khi con nhỏ bị viêm dạ dày. Vì trẻ đang giai đoạn phát triển, trao đổi chất nhanh, khả năng phục hồi mô mạnh hơn người lớn. Nói chung, thông qua kiểm soát ăn uống và điều trị bằng thuốc sau 3 – 5 ngày có thể khỏi viêm dạ dày cấp, ít khi vượt quá hai tuần, điều trị xong, ít khi tái phát. Viêm dạ dày dạng teo mạn tính tương đối dài, có thể lên tới 3 – 6 tháng, thậm chí lâu hơn, trong thời gian điều trị, nếu không có triệu chứng có thể tạm ngừng thuốc. Tây y điều trị bệnh viêm dạ dày ở trẻ bằng các biện pháp sau:

1. Kiểm soát ăn uống: cho trẻ ăn ngày 3 bữa, ăn đúng giờ, đúng lượng. Khi viêm dạ dày cấp cần cho ăn món ăn lỏng hoặc sền sệt, không ăn quá no, không ăn thức ăn sống, lạnh, tránh ăn thực phẩm kích thích.
2. Điều trị bằng thuốc tây: dùng thuốc tây theo bệnh.

Hiện nay, thuốc điều trị viêm dạ dày trên thị trường có nhiều loại, các bậc bố mẹ không được tùy tiện mua cho con uống, mà phải dùng thuốc theo phác đồ điều trị của bác sĩ căn cứ vào bệnh tình cụ thể của trẻ, đồng thời phải tái khám theo đúng hẹn để điều chỉnh thuốc.

160 Trẻ viêm dạ dày đều phải uống thuốc kháng sinh phải không?

Trẻ viêm dạ dày có cần uống thuốc kháng sinh hay không phải căn cứ vào nguyên nhân gây bệnh để quyết định. Nếu viêm dạ dày do uống nhiều thức uống lạnh, ăn nhiều món ăn kích thích hoặc ăn chưa nhai kỹ đã nuốt gây ra thì chỉ cần kiểm soát ăn uống, và điều trị bằng thuốc trợ tiêu hoá là khỏi. Nếu là viêm dạ dày do dị ứng sữa bò, tôm cua, trứng... sinh ra phản ứng thì chỉ cần ngừng ăn các thứ này sẽ khỏi, không cần dùng kháng sinh. Nếu do uống thuốc nào đó tổn hại niêm mạc dạ dày gây viêm thì cũng không dùng kháng sinh, mà dùng thuốc bảo vệ niêm mạc. Nhưng những năm gần đây giới y khoa phát hiện nhiễm vi khuẩn xoắn môn vị có liên quan mật thiết với viêm dạ dày mạn tính, nên nếu phát hiện vi khuẩn này trong niêm mạc dạ dày trẻ và có biểu hiện lâm sàng viêm dạ dày thì cần chọn loại kháng sinh hữu hiệu để điều trị.

161 Y học cổ truyền điều trị viêm dạ dày như thế nào?

Y học cổ truyền điều trị bệnh viêm dạ dày chủ yếu là căn cứ vào biểu hiện lâm sàng, kết hợp với bệnh lý, nguyên nhân bệnh.

Y học cổ truyền chia viêm dạ dày mạn tính thành 5 dạng, tức: gan vị khí ứ trệ, tì vị hư hàn, vị nhiệt âm hư,

nhiệt thương vị lạc và vị lạc ứ huyết. Lâm sàng có thể căn cứ vào các dạng khác nhau để biện chứng thì trị, thường dùng các loại thuốc y học cổ truyền sau:

- a. Bảo hoà hoàn: thành phần chủ yếu: sơn tra, thần khúc, pháp bán hạ, phục linh, vỏ quýt, liên kiều, có tác dụng tiêu thực, dẫn trệ, hoà vị, kiện tì. Thích hợp với trẻ ăn uống kém, bụng trướng, đau dạ dày, ợ chua, nấc. Ngày uống 2 – 3 lần, mỗi lần 6 – 9 gam.
- b. Vị khí chỉ thống hoàn: thành phần chủ yếu gồm hương phụ, cao lương khương, có tác dụng ôn trung tả hàn, hành khí, giảm đau. Thích hợp với trẻ đau bụng, thích xoa bóp, nôn ra nước trong, chân tay lạnh. Mỗi ngày 2 lần, mỗi lần ba gam, uống với nước sôi ấm.
- c. Hương sa dưỡng vị hoàn: thành phần chủ yếu: mộc hương, sa nhân, chỉ thực, đậu khấu nhân, phục linh, hậu phác, hương phụ, có tác dụng kiện tì, hoà vị, lý khí, tiêu thực. Thích hợp với trẻ viêm dạ dày ăn uống kém, trướng bụng, đau bụng trên, ợ chua, nấc. Ngày 2 lần, mỗi lần 6 gam, uống với nước sôi ấm.

162 Làm sao điều trị viêm đại tràng thể loét mạn tính?

Hiện nay chưa có thuốc đặc hiệu trị bệnh này, cho nên khó khỏi hết được, thường tái phát, bệnh tình lúc

nhẹ, lúc nặng, nhưng qua điều trị tích cực, phần lớn đều có thể không chế bệnh.

1. Biện pháp điều trị tinh thần cực kỳ quan trọng, luôn giữ trạng thái tình cảm vui vẻ, tránh căng thẳng, lo lắng. Cần chú ý kết hợp giữa lao động với nghỉ ngơi, học tập đừng quá căng thẳng, tham gia hoạt động thể thao thích hợp, để củng cố hiệu quả điều trị, tránh tái phát.
2. Chú ý ăn uống: tránh ăn các thức ăn gây dị ứng. Thường ngày ta cho trẻ ăn thực phẩm gì khiến trẻ đau bụng, nôn hoặc tiêu chảy thì về sau đừng cho ăn các thứ đó nữa. Cần cho ăn thực phẩm giàu dinh dưỡng, dễ tiêu hoá, ăn nhiều bữa, mỗi bữa ít một. Tránh uống thức uống lạnh, ít ăn hoặc không ăn rau xanh có quá nhiều chất xơ hoặc các thứ kích thích như tiêu, ớt.
3. Điều trị bằng thuốc: khi trẻ bị dị ứng thần kinh và đau bụng dạng co thắt thì có thể uống librium, luminal. Nếu bị mất nước thì cho truyền dịch để tránh mất nước, người thiếu máu thì truyền máu nhiều lần, mỗi lần một ít. Suy dinh dưỡng thì truyền huyết tương, axit amino.
4. Điều trị bằng phẫu thuật: nếu biến chứng chảy máu nhiều, tắc ruột, viêm phúc mạc, thủng ruột, thì phải phẫu thuật.

163 Nguyên tắc điều trị viêm túi thừa meckel là gì?

Nguyên tắc điều trị viêm túi thừa meckel là: túi thừa không có triệu chứng thì không cần điều trị. Đối với túi thừa đã biến chứng và xuất hiện triệu chứng lâm sàng thì cần điều trị bằng phẫu thuật, để trị tận gốc. Khi trẻ ở vào tình trạng sau thì cần xét đến điều trị bằng phẫu thuật.

1. Viêm túi thừa meckel đã có triệu chứng, qua khám, chẩn đoán chính xác cần phẫu thuật cắt bỏ.
2. Đối với trẻ biến chứng chảy máu đường ruột, thủng ruột, tắc ruột cần mổ bụng khẩn cấp để kiểm tra, cắt bỏ túi thừa bệnh.
3. Đối với trẻ có biểu hiện tắc ruột hoặc viêm phúc mạc, cần điều trị tắc ruột hoặc viêm phúc mạc, trong khi phẫu thuật phát hiện túi thừa biến chứng bệnh phải cắt bỏ.
4. Đối với trẻ dưới 3 tuổi, chảy máu đường ruột nhiều lần, không đau, sau khi loại trừ các nguyên nhân gây chảy máu khác ra, cần nghĩ đến khả năng biến chứng bệnh ở túi thừa gây chảy máu, phải mổ kiểm tra.

164 Nguyên tắc điều trị viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em là gì?

Căn cứ tình hình bệnh, nguyên tắc điều trị viêm ruột thừa cấp ở trẻ em chia ra hai dạng: điều trị truyền thống và điều trị phẫu thuật. Cụ thể là:

1. Điều trị truyền thống: giai đoạn đầu viêm ruột thừa cấp chủ yếu lấy tiêu viêm làm chính, kháng sinh lựa chọn phải có tác dụng đối với cả vi khuẩn yếm khí và vi khuẩn cần khí. Tùy tình hình thực tế mà kiêng ăn hoặc ăn uống thanh đạm, thời gian điều trị truyền thống là 12 – 24 giờ, nếu bệnh tình không chuyển hoặc nặng thêm thì phải phẫu thuật ngay.

2. Điều trị phẫu thuật: trẻ bị bệnh lâu, bệnh nặng hoặc đã xuất hiện thủng ruột thừa thì phải mổ ngay. Áp xe quanh ruột thừa, bệnh đã trên ba ngày, khối u nhỏ... thì nên áp dụng điều trị truyền thống để triệu chứng giảm sau 6 – 8 tuần hãy mổ cắt ruột thừa.

165 Điều trị hội chứng kích thích ruột bằng cách nào?

Điều trị hội chứng kích thích ruột ở trẻ em dễ hơn ở người lớn, sau khi lành ít tái phát. Nguyên tắc điều trị là:

1. Sắp xếp tốt cuộc sống, chú ý hoạt động với nghỉ ngơi, tránh căng thẳng quá mức, chú ý điều tiết ăn uống, không ăn thực phẩm có tính kích thích.
2. Uống thuốc điều chỉnh nhu động dạ dày, ruột.
3. Khi hội chứng kích thích ruột có biến chứng nhiễm trùng, có thể kết hợp điều trị kháng sinh, nếu cấy phân có vi trùng thì dùng kháng sinh nhạy cảm,

nhưng chú ý dùng kháng sinh không quá liều, không quá lâu, nhằm tránh mất điều hoà vi khuẩn đường ruột, gây phiền phức cho điều trị, ảnh hưởng phục hồi sức khỏe.

4. Liệu pháp tinh thần cực kỳ quan trọng, thông qua tư vấn tâm lý hoặc tự điều tiết, khắc phục gánh nặng tư tưởng không cần thiết, giữ trạng thái tình cảm thoải mái, giáo dục trẻ tự nắm vững, phòng bệnh tái phát.

166 Những thực phẩm nào có tác dụng phòng ngừa bệnh đường ruột ở trẻ em?

Từ xa xưa, tổ tiên ta đã dùng thức ăn từ động vật, thực vật để điều trị bệnh tật. Nguồn thực phẩm này có thể khai thác tại chỗ, vị không đắng, thích hợp với trẻ em. Áp dụng liệu pháp ăn uống để điều dưỡng thì vị trẻ là biện pháp điều trị kinh tế, hiệu quả nhất. Sau đây là một số thực phẩm phòng ngừa bệnh đường ruột thường có trong bữa ăn hàng ngày.

1. Thực phẩm nhuận tràng: mật ong, vừng đen, chuối tiêu.
2. Thực phẩm bồi bổ vá tốt cho dạ dày: đậu nành, khoai tây, gạo nếp, ý dĩ, lạc, nho khô, hạt sen, táo đỏ, hoài sơn, bách hợp, các sản phẩm từ đậu.

3. Thực phẩm làm dễ tiêu hóa: mầm thóc, mạch nha, sơn tra, kê nội kim, củ cải.

4. Thực phẩm cầm tiêu chảy: ô mai, lá trà, rau sam, táo tây, đậu ván, hạt cải, vỏ quả lựu.

167 Điều trị bệnh loét ở trẻ em như thế nào?

Điều trị bệnh loét ở trẻ em gồm hai cách: điều trị bằng ăn uống và điều trị bằng thuốc.

1. Điều trị bằng ăn uống: ăn phải đúng giờ, không ăn quá nhanh, tránh lúc đói lúc no. Nói chung, không nên khống chế nghiêm ngặt thực đơn, nhưng nên tránh ăn thực phẩm chua, cay, kích thích mạnh, không uống hoặc ít uống thức uống lạnh. Khi triệu chứng rõ ràng hoặc nặng hơn, có thể tạm thời cho ăn thức ăn lỏng, ăn ít một, chia làm nhiều bữa, bệnh chuyển biến tốt thì cho ăn thức ăn nhão hoặc mềm.

2. Điều trị bằng thuốc:

a. Thuốc an thần: khi tinh thần trẻ căng thẳng thì cho uống thuốc an thần, uống trước khi đi ngủ.

b. Thuốc chống axit: trẻ loét do axit dạ dày nhiều, có thể uống thuốc chống axit.

c. Thuốc giảm đau, giảm co thắt: nếu đau do co thắt môn vị dạ dày có thể uống thuốc giảm đau, giảm co thắt.

- d. Thuốc nhu động dạ dày: khi dạ dày bài tiết gặp trở ngại, dẫn đến căng dạ dày, nôn nước chua thì có thể uống thuốc tăng nhu động dạ dày.

Ngoài ra, bệnh loét ở trẻ em còn có thể kết hợp điều trị bằng thuốc y học cổ truyền. Thể tì vị hư hàn thì điều trị ôn dương ích khí kiện trung, bài thuốc dùng: hoàng kỳ, bạch thược, quế chi, cam thảo nướng, sinh khương, đại táo mỗi vị 9 gam, pha với 1 thìa đường phèn để uống. Nếu gan vị bất hoà thì điều trị can sơ gan lý khí, hoà vị giảm đau. Bài thuốc dùng: sài hồ, bạch thược, chỉ xác, hương phụ, xuyên khung, cam thảo, mỗi vị 9 gam, sắc uống.

168 Nguyên tắc điều trị bệnh tả là gì? Làm sao cách ly, tiêu độc?

Nguyên tắc điều trị bệnh tả là:

1. Bổ sung nước: đây là biện pháp quan trọng cấp cứu trẻ bị mất nước, kịp thời truyền tĩnh mạch nước muối gluco để giảm đáng kể tỉ lệ tử vong. Trước khi đưa bệnh nhân đi bệnh viện, hoặc ở vùng sâu vùng xa thiếu thiết bị truyền dịch có thể uống bù nước nhằm giảm tử vong.
2. Điều trị bằng thuốc kháng sinh: tetracycline, chloramphenicol, doxycycline... đều có thể ức chế sự sinh trưởng của phẩy khuẩn tả.

3. Điều trị cấp cứu: trọng điểm cấp cứu là khắc phục mất nước, nhiễm độc axit, chống sốc, trợ tim và chú ý phòng ngừa suy chức năng thận cấp.

4. Ăn uống: trẻ nôn mạnh và tiêu chảy cần kiêng ăn, trẻ có thể ăn được thì cho ăn thức ăn lỏng.

Cách ly tiêu độc: bệnh tả cực kỳ dễ lây, hay gây thành dịch. Một khi đã phát hiện có người mắc bệnh hoặc nghi mắc bệnh này thì phải cách ly ngay, và đưa ngay đến khoa lây bệnh viện điều trị. Đối với người bệnh nguy kịch thì phải sơ cứu tại chỗ rồi mới chuyển viện. Trên đường đưa bệnh nhân đi viện cần đem theo xô nhỏ hoặc xô đựng phân. Đối với các thứ dụng cụ vận chuyển, đồ dùng và rác bị nhiễm trên đường vận chuyển phải lập tức xử lý tiêu độc bằng bột tẩy hoặc axit cacbonic. Qua điều trị, triệu chứng lâm sàng của trẻ đã hết, ngày hôm sau cấy phân, ba lần âm tính thì thôi cách ly. Người tiếp xúc với trẻ bệnh có thể uống tetracycline dự phòng, và cách ly 5 ngày để theo dõi, 3 lần cấy phân âm tính thì thôi cách ly.

169 Trẻ tiêu chảy cần kiêng ăn không?

Trước đây, giới y học cho rằng trẻ bị tiêu chảy cần kiêng ăn hoàn toàn, để đường ruột nghỉ ngơi, nhờ thế rút ngắn thời gian bệnh. Ngày nay, Tổ chức Y tế thế

giới (WHO) cho rằng trẻ mắc bệnh tiêu chảy không cần kiêng ăn, nếu không sẽ ảnh hưởng đến dinh dưỡng. Qua theo dõi lâm sàng thấy rằng đối với trẻ mắc bệnh tiêu chảy thì kiêng ăn hay không kiêng ăn không khác nhau rõ rệt về quá trình khôi phục bệnh, nhưng khác nhau rõ về khôi phục thể lực. Trẻ bệnh không kiêng ăn thì khôi phục thể lực nhanh, còn kiêng ăn thì khôi phục thể lực chậm. Nói chung, trẻ tiêu chảy thì đa phần gặp trục trặc về dinh dưỡng, đặc biệt là tiêu chảy mạn tính kéo dài thì kiêng ăn càng có hại. Cần tiếp tục cho ăn, ngoài cho trẻ uống dung dịch bổ sung nước ra, trẻ đang bú phải tiếp tục cho bú, nếu trẻ muốn ăn nhiều hãy tăng số lần cho bú. Trẻ bú sữa ngoài dưới 6 tháng tuổi cần pha sữa bò với nước cháo, trẻ trên sáu tháng thì tiếp tục cho ăn thức ăn tươi, mềm, dễ tiêu hoá như cháo, canh rau, nước trái cây tươi, thịt băm, cá băm. Trong tình hình đặc biệt thì cần kiêng ăn trong thời gian ngắn: như trẻ tiêu chảy kèm theo nôn nhiều, mất nước nghiêm trọng dẫn đến suy tuần hoàn ngoại vi, trẻ tiêu chảy nặng kèm theo thần trí lú lẫn, không ăn được, hoặc trạng thái dinh dưỡng toàn thân của trẻ trở nên kém để trào ngược lên dạ dày, thực quản gây ngạt... Trong thời gian ngắn tạm thời kiêng ăn cần truyền dịch tĩnh mạch, để bệnh tình chuyển biến mới cho ăn.

Phương pháp điều trị bằng ăn uống đối với bệnh tiêu chảy ở trẻ như thế nào?

Nguyên tắc điều trị bệnh tiêu chảy ở trẻ của y học cổ truyền là:

- Khống chế ăn uống, cố gắng giảm gánh nặng cho dạ dày, ruột.
- Loại bỏ nguyên nhân gây bệnh.
- Điều chỉnh trạng thái chức năng cơ thể.

Đối với trẻ tiêu chảy kéo dài không khỏi, hoặc tiêu chảy cấp, tiêu chảy nặng, qua điều trị tây y, bệnh đã chuyển biến tốt hoặc ổn định thì có thể điều trị bằng phương pháp ăn uống của y học cổ truyền. Như vậy không những khỏi bệnh mà còn bổ sung dinh dưỡng cho trẻ. Sau đây là mấy món ăn chức năng kết hợp điều trị bệnh tiêu chảy.

1. Cháo lòng đỏ trứng: lòng đỏ trứng gà 1 quả (khoảng 15gam), cháo gạo 250 ml, đường gluco 8 gam, muối ăn 1 gam, nước sôi 50ml. Đánh tan lòng đỏ trứng, cho vào trong cháo đang sôi, rồi cho tiếp đường gluco, muối, nước sôi vào đánh đều là ăn được. Món này có thể bảo đảm chức năng sinh lý bình thường của tế bào thần kinh, đồng thời có tác dụng thúc đẩy đường ruột hấp thu chất dinh dưỡng.

2. Sữa khử mỡ: lấy 250ml sữa bò tươi đun sôi, để nguội, vớt bỏ lớp váng mỡ trên mặt, cứ thế nấu sôi lại, với bỏ ba lần là được. Nguyên lý của nó là: bỏ mỡ trong sữa sẽ có lợi cho tiêu hoá hấp thu.
3. Sữa hấp cao áp: sữa tươi, nước sôi mỗi loại 250ml, đường trắng 2 – 3 gam, cho vào nồi áp suất hấp 10 phút là lấy ra uống. Nguyên lý: hấp cao áp diệt khuẩn, thúc đẩy phân giải chất béo, protein, có lợi cho đường ruột của trẻ.
4. Sữa trà: sữa tươi 250ml, trà 10 gam. Cho trà vào túi vải màn, cho vào cùng với sữa đun sôi, 30 phút sau lấy ra uống. Nguyên lý: trà có tác dụng cầm tiêu chảy, sữa cung cấp dinh dưỡng.
5. Nước trà, gừng: trà xanh, gừng khô thái lát mỗi loại 3 gam, cho 2 thứ vào ly, đổ 150 ml nước sôi và hãm đầy kín nắp để 10 phút lấy ra uống, uống xong lần một, hãm lại uống tiếp lần nữa, có tác dụng ôn trung, khử hàn, tiêu thực, cầm tiêu chảy.

171 Điều trị tiêu chảy kéo dài như thế nào?

Tiêu chảy kéo dài thường kèm theo suy dinh dưỡng, bệnh tình tương đối phức tạp. Vì thế, cần chú ý tìm nguyên nhân điều trị đúng bệnh mới mong thu được hiệu quả tốt. Nguyên tắc điều trị là: điều chỉnh ăn uống, chú ý dinh dưỡng, kiểm soát nhiễm trùng, tăng cường chăm sóc.

1. Điều chỉnh ăn uống: không cần kiêng ăn, ngoài tiêu chảy kèm theo nôn nghiêm trọng mới kiêng ăn và thời gian cũng không được kéo dài, nhằm tránh gây ra suy dinh dưỡng. Trẻ đang bú cứ cho bú bình thường, sau khi bệnh đỡ thì tăng dần ăn dặm. Trẻ nuôi sữa ngoài thì có thể cho ăn sữa chua hoặc cho ăn sữa giảm béo trong thời gian ngắn.
2. Chú ý dinh dưỡng: nếu trẻ bệnh còn kèm theo suy dinh dưỡng thì phải đặc biệt chú ý dinh dưỡng, nhưng không được nóng vội, lượng ăn uống phải tăng từ từ; cần thiết phải truyền tĩnh mạch chế phẩm axit amino, huyết tương, máu hoặc dung dịch dinh dưỡng ngoài đường ruột.
3. Kiểm soát nhiễm trùng: đối với tiêu chảy kéo dài do nhiễm trùng gây ra, có thể dùng kháng sinh thích hợp, nhưng không được lạm dụng nhằm tránh làm mất cân bằng vi khuẩn đường ruột.
4. Tăng cường chăm sóc: dù trẻ nằm viện hay ở nhà, thì gia đình cần phối hợp với thầy thuốc, tăng cường săn sóc trẻ để đạt hiệu quả điều trị tốt.

Ngoài ra, nếu tiêu chảy kéo dài do thiếu men đường kép gây ra, thì cần tránh ăn đường lactô, đường mía hoặc đường mạch nha mà nên dùng sản phẩm chế biến từ đậu và cho thêm đường gluco vừa phải, tích cực điều trị các biến chứng do tiêu chảy gây ra, bổ sung các loại

vitamin, trẻ thiếu máu thì cho uống viên sắt, vitamin B₁₂, hoặc axit polacin; trẻ thiếu máu nặng thì cần truyền máu nhiều lần, mỗi lần một ít.

172 Cần chú ý gì khi bổ sung dinh dưỡng cho trẻ tiêu chảy mạn tính?

Do bệnh kéo dài nên trẻ tiêu chảy mạn tính dễ bị suy dinh dưỡng. Khi bổ sung chất dinh dưỡng, một mặt phải nghĩ đến thành phần dinh dưỡng, mặt khác phải xét đến khả năng tiêu hoá, hấp thu của đường ruột trẻ. Vì thế, không nên nóng vội, mà phải từng bước tăng lượng ăn, cung cấp món ăn có đủ nhiệt lượng, protein chất béo thấp, ít bã, đồng thời cho uống thuốc trợ tiêu hoá. Cụ thể, liệu pháp ăn uống đối với tiêu chảy mạn tính là:

1. Sữa bò pha loãng: cho thêm nước cháo gạo vào sữa bò với tỉ lệ giữa sữa bò với nước cháo là 1:1, 2:1 hoặc 3:1 để món ăn có đủ các loại đường, nhằm giảm khả năng lên men của mỗi loại đường.
2. Sữa chua: hạt đông kết casein trong sữa chua nhỏ, dễ tiêu hoá hấp thu, làm tăng độ axit của chất chứa trong dạ dày, có tác dụng ức chế vi khuẩn, còn có thể thúc đẩy hấp thu canxi.
3. Bột protein cá: chứa protein chất lượng cao, hàm lượng chất béo dưới 0,05%, không có đường lactic,

cho nên có thể bổ sung suy dinh dưỡng do thiếu protein gây ra, nhất là thích hợp với trẻ tiêu chảy do ăn uống không đúng.

4. Bột gạo rang: bột gạo rang rất tốt. Lấy gạo ngon mới rang vàng nấu thành cháo cho trẻ ăn. Trẻ nhỏ hơn thì gạo rang vàng, xay bột, nấu thành hồ bột cho ăn, hoặc nấu lấy nước cho uống.

173 Điều trị hăm da do tiêu chảy lâu gây ra bằng cách nào?

Trẻ tiêu chảy thường dẫn đến hăm da bẹn, nhất là tiêu chảy kéo dài. Da quanh hậu môn tấy đỏ, đóng vảy hoặc lầy ra, niêm mạc miệng đỏ, có khi còn tưa miệng, trẻ thường quấy khóc, có khi sốt. Việc chăm sóc đối với trẻ viêm da do tiêu chảy rất quan trọng, đồng thời phải kết hợp với thuốc bôi ngoài mới chóng khỏi.

Mỗi lần trẻ đại tiện xong, cần dùng nước ấm rửa hậu môn rồi lau khô bằng giấy mềm, động tác phải nhẹ nhàng, không dùng vải dày làm tã lót, không dùng màng hoá học bọc mông trẻ, không được bọc kín, vì như vậy sẽ làm bệnh nặng hơn.

Thuốc dùng bôi thì dùng nước oxy kẽm 30ml, nystalin một triệu đơn vị, oxytetracycline 1,5gam, thuốc viên nghiền bột, hoà đều với nước oxy kẽm. Lấy nước sạch rửa hậu môn, lau khô rồi bôi thuốc. Mùa đông

có thể chiếu tia hồng ngoại hoặc sưởi bóng đèn 60w khoảng 30 phút, đèn để cách mông chừng 30cm, trước tiên đặt tay vào thử nhiệt độ, chỉ cần có cảm giác ấm là được, không được để nóng gây bỏng. Mùa hè để mông trần cho khô tự nhiên, sau đó bôi chế phẩm oxy kẽm, ngày 2 – 3 lần. Trẻ bị nhẹ thì 2 – 3 ngày là khỏi, trẻ nặng 5 – 7 ngày là khỏi.

174) Tại sao phải uống bù nước?

Dung dịch uống bù nước ORS dùng để bù mất nước cho người tiêu chảy, đối tượng điều trị là trẻ mất nước nhẹ hoặc vừa, và chỉ dùng để bù nước và chất điện giải do tổn thất tích lũy và tổn thất tái phát, không dùng cho trẻ bệnh mất nước nặng, trẻ sơ sinh hoặc trẻ trực trực chức năng gan, tim, thận. Đối với trẻ lượng tiêu chảy nhiều, nôn nhiều, lại chưa ăn được, ORS không thể bù mất nước được thì phải truyền dịch tĩnh mạch kịp thời.

Cách pha chế ORS là: sodium clorua 3,5 gam, sodium bicarbonate 2,5 gam, potash clorua 1,5gam, đường gluco 20 gam, trước lúc uống hoà thêm 1000 ml nước sôi nguội. Người mất nước nhẹ uống 50 – 60 ml/kg thể trọng, người mất nước vừa uống 80 – 100ml/kg thể trọng cách 2 – 3 phút uống một lần, mỗi lần 10 – 20 ml, trong 4 – 6 giờ uống hết toàn bộ, đa phần đều khắc phục được tình trạng mất nước. Nếu sau khi uống bù

nước vẫn tiếp tục tiêu chảy thì có thể bù dung dịch muối ORS theo nguyên tắc mất bao nhiêu nước qua phân thì bù bấy nhiêu.

ORS chứa potash clorua bằng lượng thông thường của tiêu chảy, nếu có trạng thái clo thấp thì cần bổ sung thích hợp lượng clo, lượng sodium bicarbonate thấp. Nếu có triệu chứng nhiễm độc axit rõ rệt thì cần bổ sung ngoài một lượng sodium bicarbonate thích hợp để khắc phục nhiễm độc axit.

Khi uống dung dịch muối ORS thì không kiêng ăn. Trẻ đang bú cứ cho bú bình thường, tức cho trẻ bú tự do, nhưng người mẹ kiêng ăn thực phẩm dầu mỡ. Trẻ nuôi bằng sữa ngoài thì cần pha loãng sữa và phải cho ăn thêm thức ăn dễ tiêu hoá.

175 Phương pháp nào điều trị mất nước do tiêu chảy?

Có hai phương pháp điều trị mất nước do tiêu chảy gây ra là uống bù nước và truyền tĩnh mạch.

1. Uống bù nước: dung dịch nước muối (ORS) uống bù là phương pháp điều trị hữu hiệu, an toàn, đơn giản, kinh tế ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa, giao thông không tiện lợi, điều kiện y tế kém thì phương pháp này đã cứu được rất nhiều sinh mạng trẻ tiêu chảy.

2. Truyền tĩnh mạch: thích hợp với trẻ mất nước vừa hoặc nặng. Truyền dịch phải làm cho được: định lượng truyền dịch, định chủng loại truyền dịch và định tốc độ truyền dịch. Lượng truyền dịch bao gồm lượng mất tích lũy, mất tái phát và lượng nhu cầu sinh lý. Ngày đầu tiên truyền lượng mất tích lũy, trẻ mất nước độ nhẹ truyền 50ml/kg thể trọng, độ vừa 50 – 100ml/kg thể trọng, độ nặng 100 – 120 ml/kg thể trọng. Mất nước thứ phát cần căn cứ vào tình hình nôn và tiêu chảy của trẻ để ước lượng; lượng nhu cầu sinh lý mỗi ngày 60 – 80ml/kg thể trọng.

Trong quá trình truyền dịch, cần chú ý khắc phục nhiễm độc axit, bù kali, cần thiết thì bổ sung canxi, magiê. Khi hết tiêu chảy, trẻ uống được thì nên chuyển sang uống nước.

176 Tại sao cần bổ sung kali sau khi tiêu chảy?

Trẻ mắc bệnh tiêu chảy dễ dẫn đến kali trong máu thấp. Nguyên nhân là do:

1. Lượng kali trong dịch tiết đường trong phân mất nhiều.
2. Do ăn ít, lượng kali hấp thu không đủ, chức năng giữ kali của thận kém hơn giữ natri. Khi trong cơ thể thiếu kali thì đi tiêu vẫn bài tiết kali.

3. Khi nhiễm độc axit, kali từ trong tế bào di chuyển ra ngoài tế bào, nên tuy cơ thể thiếu kali nhưng kali trong huyết thanh không giảm. Khi khắc phục được nhiễm độc axit, kali lại từ ngoài tế bào di chuyển vào trong tế bào khiến kali trong huyết thanh giảm, dẫn đến triệu chứng kali thấp.
4. Khi bù mất nước do tiêu chảy, dung dịch truyền vào làm loãng kali trong máu, nồng độ kali trong máu hạ thấp.
5. Khi truyền đường tổng hợp gluco vào, kali từ ngoài tế bào chuyển dịch vào trong tế bào, khiến kali trong máu thấp.

Do các nguyên nhân trên, khi kali trong máu xuống dưới 3,5 phân tử gam/lit (sẽ xuất hiện hàng loạt triệu chứng thiếu kali lâm sàng như: tinh thần uể oải, bụng trướng, tiếng tim yếu, toàn thân mệt mỏi.

177 Tại sao trẻ nhỏ dễ thiếu máu do thiếu sắt? Làm sao bổ sung chất sắt?

Thiếu máu do thiếu sắt là bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, nhất là trẻ độ tuổi từ 6 tháng đến 3 năm. Tại sao trẻ lại bị thiếu máu do thiếu sắt?

1. Nhu cầu sắt tăng lên: trẻ đang độ lớn nhanh, khi đầy một tuổi thì trọng lượng cơ thể của trẻ tăng

gấp 3 lần lúc sinh, hồng huyết cầu tăng hai lần, nếu trẻ đẻ non, trọng lượng cơ thể khi đủ một tuổi tương đương với trẻ cùng tuổi đủ tháng, cho nên nhu cầu chất sắt của trẻ đẻ non phải tăng, nếu không kịp thời bổ sung chất sắt, dễ xảy ra thiếu máu do thiếu sắt.

2. Không bổ sung đầy đủ chất sắt: chất sắt mà thai nhi lấy từ cơ thể thai phụ chỉ đủ cung cấp 4 tháng sau khi sinh. Trẻ nhỏ thường chỉ bú sữa là chính, lượng chất sắt trong sữa rất thấp, khoảng 0,5 – 1,5 mg/lit, tỉ lệ hấp thu sắt trong sữa bò khoảng 10%, trong sữa mẹ khoảng 50%. Vì thế, trẻ nuôi bằng sữa bò nếu sau 4 tháng không bổ sung chất sắt dễ xảy ra thiếu máu do thiếu sắt.
3. Chất sắt bị mất quá nhiều: cơ thể trẻ được nuôi dưỡng bằng sữa bò có thể tạo ra kháng thể không chịu protein nhiệt chống lại sữa bò, gây xuất huyết đường ruột mạn tính, lượng mất máu hàng ngày khoảng 0,7ml, ngày ngày mất máu, tích lại sẽ không nhỏ. Nếu trẻ còn kèm theo các bệnh như u thịt thừa đường ruột, viêm túi thừa meckel loét, nứt nẻ hậu môn... thì lượng mất máu càng nhiều. Mất máu lâu dài dẫn đến thiếu máu do thiếu sắt.
4. Trục trặc chức năng hấp thu sắt: trẻ nhiễm trùng đường ruột, rối loạn chức năng ruột dẫn đến tiêu

chảy, làm trực trặc chức năng hấp thu sắt, gây thiếu máu do thiếu sắt.

5. Các nguyên nhân khác: thai phụ truyền máu cho thai nhi qua nhau thai, thai nhi này truyền máu cho thai nhi khác trong thai đôi, nứt vỡ mạch máu nhau thai trong khi sinh hoặc thắt rốn quá sớm, đều làm giảm lượng sắt trong cơ thể trẻ sơ sinh, khiến trẻ nhỏ dễ thiếu máu do thiếu sắt.

178 Tại sao vitamin C có thể nâng cao hiệu quả điều trị thiếu máu do thiếu sắt?

Viên sắt là thuốc đặc hiệu điều trị thiếu máu do thiếu sắt. Nhưng sự hấp thu chất sắt chịu nhiều ảnh hưởng, có một số nhân tố làm giảm hấp thu sắt, như sử dụng cùng lúc với lượng lớn sữa bò, do photpho trong sữa bò cao ảnh hưởng hấp thu sắt. Uống trà, cà phê cùng lúc với viên sắt cũng ảnh hưởng hấp thu sắt. Nhưng cũng có các chất thúc đẩy hấp thu sắt, như vitamin C khi tham gia quá trình hoàn nguyên oxy hoá sinh vật trong cơ thể làm cho sắt hoá trị ba hoàn nguyên thành sắt hoá trị hai, khiến sắt ở vào trạng thái hoà tan, có lợi cho hấp thu, cung cấp nguyên liệu tạo tế bào hồng cầu. Vì thế, điều trị thiếu máu do thiếu sắt nên uống cùng lúc viên sắt với vitamin C, hoặc ăn thực phẩm giàu vitamin C như trái cây, rau xanh. Hơn nữa, sự tiêu hoá, hấp thu các thực

phẩm này đòi hỏi chức năng dạ dày, ruột bình thường. Nếu trẻ mắc bệnh đường ruột thì chức năng tiêu hoá giảm, khó khắc phục thiếu máu. Vì thế, các bậc bố mẹ cần cùng lúc tích cực điều trị bệnh đường ruột cho trẻ, có như vậy mới sớm khắc phục thiếu máu.

179 Có món ăn chức năng nào điều trị thiếu máu do dinh dưỡng ở trẻ em?

Thiếu máu do dinh dưỡng ở trẻ em liên quan tới ăn uống không đủ, hấp thu kém và nhu cầu chất tạo máu tăng lên. Như trẻ bú sữa mẹ nhưng lại chưa cho ăn dặm kịp thời; trẻ nuôi sữa bò nhưng biếng ăn đều dẫn đến lượng hấp thu protein, vitamin B₁₂, axit folacin không đủ; trẻ tiêu chảy mạn tính, hoặc nhiễm trùng đường ruột đều khiến hấp thu sắt, axit folacin, vitamin B₁₂ của đường ruột sút giảm, dẫn đến thiếu máu.

Để điều trị thiếu máu do dinh dưỡng, thực phẩm chức năng phải giàu chất sắt, vitamin B₁₂ và axit folacin.

1. Thịt heo nạc: lấy 100 gam thịt nạc xay nhỏ nhuyễn, cho thêm tí xíu muối và đường, nấu chín cho trẻ ăn.
2. Hồ gan heo: lấy 100 gam gan heo tươi xay nhuyễn, nấu chín, cho tí xíu muối, bón cho trẻ ăn. Trẻ lớn hơn thì thái gan thành miếng nhỏ, nấu chín cho muối vào ăn.

3. Canh tim heo: lấy một quả tim heo tươi, rửa sạch, thái nhỏ, cho tí muối, rượu gạo, hầm lửa nhỏ 1 giờ cho trẻ ăn.
4. Cá om hành, gừng: 1 con cá tươi, ngon mỡ bụng, cạo vảy, rửa sạch cho vào nồi đất, sau đó cho thân hành, gừng tươi, rượu trắng, muối ăn, mỗi loại một ít vào, om lửa nhỏ cho chín mềm, bón cho trẻ lớn ăn.
5. Cua đồng hấp: một con cua đồng to, tươi, rửa sạch, hấp chín gỡ lấy thịt cua cho trẻ ăn.
6. Trứng xào sò biển: 100 gam thịt sò biển trộn với lòng một quả trứng, cho ít muối, xào chín cho trẻ ăn.
7. Canh cải bó xôi trứng: cải bó xôi tươi 50 gam, rửa sạch, băm nhỏ, nấu chín, trứng gà chiên vừa chín, thái miếng nhỏ, cùng cho vào canh cải, nêm muối, dầu mè.
8. Cháo nhãn: cơm quả nhãn 25 gam, đậu đen 25 gam, gạo mới 25 gam, cho vào nồi, đun lửa nhỏ hầm chín, cho ít đường vào vừa ăn.

180 Tại sao trẻ dễ mắc bệnh thiếu kẽm? Làm sao phòng ngừa điều trị?

Lượng kẽm trong cơ thể con người chưa tới một phần vạn thể trọng, người ta gọi là nguyên tố vi lượng. Tuy hàm lượng rất nhỏ, nhưng kẽm là nguyên tố không

thể thiếu trong việc tham gia tổng hợp các loại men và hormone, điều tiết các chức năng sinh lý của cơ thể. Thiếu kẽm sẽ sinh ra bệnh.

Nhiều trẻ ăn ít, cơ thể gầy gò, bình thường rất dễ cảm cúm, tiêu chảy, bố mẹ đưa đi hết bệnh viện này đến bệnh viện khác, uống hết thuốc tây y, đông y đều không có hiệu quả. Gặp tình hình như vậy cần nghĩ đến có phải cơ thể trẻ thiếu kẽm không. Tại sao trẻ dễ thiếu kẽm? Vì trẻ đang trong quá trình phát triển mạnh, nhu cầu về kẽm tương đối lớn, nhưng thực đơn của trẻ lại hạn hẹp, có trẻ khản ăn, hoặc hay ăn vặt, lượng hấp thu kẽm không đủ. Hơn nữa, trẻ hay mắc bệnh đường ruột, việc hấp thu kẽm gặp trở ngại.

Muốn phòng ngừa trẻ thiếu kẽm, trước tiên cần phòng ngừa bệnh đường ruột, nếu đã mắc bệnh đường ruột thì cần tích cực điều trị, đồng thời kết hợp điều chỉnh ăn uống. lượng kẽm trong thực phẩm động vật vừa cao (3 – 5mg/100gam) tỉ lệ hấp thu cũng cao (50%), còn lượng kẽm trong thực phẩm thực vật thấp (1mg/100gam) tỉ lệ hấp thu chỉ 10% - 20%, cho nên, để phòng ngừa thiếu kẽm cần khuyến khích trẻ ăn thịt nạc, gan heo, lòng đỏ trứng, đồng thời luyện thói quen tốt không ăn vặt, không ăn khản.

Một khi đã bị thiếu kẽm, các bậc cha mẹ không nên quá lo lắng, chỉ cần uống chất kẽm dưới sự chỉ dẫn của bác sĩ là được.

181 Điều trị táo bón ở trẻ em như thế nào?

Điều trị táo bón ở trẻ em cần sự phối hợp chặt chẽ giữa người nhà với bác sĩ, kiên trì giải thích cho trẻ biết đại tiện là hiện tượng sinh lý bình thường, cần tập cho trẻ có thói quen đại tiện đúng giờ hàng ngày. Khi trẻ đi đại tiện, cố gắng tránh ảnh hưởng bởi thế giới bên ngoài, không nên trêu chọc trẻ khóc hoặc kể chuyện cho trẻ nghe, vì như vậy phân tán sức chú ý đại tiện của trẻ. Nếu nhiều ngày không đi đại tiện hoặc bụng đau quặn do táo bón thì biện pháp tốt nhất là lấy cục xà phòng gọt nhỏ còn bằng đầu ngón tay, dài 3 – 4 cm, thấm nước rồi đút vào hậu môn để kích thích đại tiện, cũng có thể dùng Glyceric aldehyde với lượng nước bằng nhau để thụt ruột, lượng Glyceric aldehyde mỗi lần là 5 – 20ml. Cũng có thể dùng nước xà phòng 1% hoặc dùng muối sinh lý để thụt ruột, nhưng trẻ dưới 3 tuổi nên dùng nước muối, lượng sử dụng đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi là 50ml, trẻ 6 tháng đến 3 tuổi là 100 – 200ml, trẻ 3 – 7 tuổi là 200 – 300ml, trẻ trên 7 tuổi là 300 – 500ml. Trẻ lớn hơn trước khi ngủ có thể uống frapin lỏng, mỗi lần 0,5ml/kg thể trọng. Một số trẻ do phân đóng cứng, bám chặt ở hậu môn, người lớn có thể dùng ngón tay móc phân ra mới giảm đau đớn cho trẻ.

182 Y học cổ truyền điều trị táo bón ở trẻ em như thế nào?

Do nuôi dưỡng không đúng hoặc ăn uống không điều độ khiến trẻ thương tổn tì vị, hoặc tâm lý trẻ không thoải mái, dẫn tới thức ăn tích trệ gây táo bón. Điều trị có thể dùng các bài thuốc y học cổ truyền sau đây:

1. Chỉ xác dẫn trệ thang gia giảm: chỉ thực, sơn tra, thần khúc, phục linh, trần bì, hoàng linh, đại hoàng (cho vào sau), lượng sử dụng cần căn cứ vào tình hình bệnh và tuổi của trẻ để quyết định, mỗi ngày một thang, sắc lấy nước chia ra 2 – 3 lần uống hết, đại tiện được thì ngừng thuốc ngay.
2. Thuốc tán hoặc mật hoàn: thành phần chủ yếu: đại hoàng, khiên ngư tử (sao) hạt cau, nhân sâm, chu sa. Thuốc tán mỗi bao là 0,4; 0,6; 1,2; 1,5 gam. Mật hoàn mỗi viên 0,6 gam. Liều lượng sử dụng: trẻ dưới 1 tuổi uống mỗi lần 0,3 gam, trẻ 1 – 3 tuổi mỗi lần 0,6 gam, trẻ 4 – 6 tuổi mỗi lần 1,2g, ngày 1 – 2 lần, đại tiện được thì ngừng thuốc.

183 Y học cổ truyền điều trị bệnh giun kim như thế nào?

Bệnh giun kim là bệnh ký sinh trùng thường gặp ở trẻ nhỏ, có khi gây thành dịch đặc biệt đối với trẻ mẫu giáo, nhà trẻ và tiểu học, tỉ lệ mắc bệnh có thể lên

tới 30 – 40%, trẻ trên 14 tuổi thì tỉ lệ mắc bệnh giảm. Phương pháp tốt nhất để điều trị bệnh giun kim là kết hợp giữa phòng ngừa và điều trị.

Một số bài thuốc y học cổ truyền điều trị giun kim:

- Rau sam tươi 50gam, rửa sạch, cho vào tí muối, giã nát, vắt lấy nước, thêm ít đường cho trẻ uống, liên tục 5 – 7 ngày vào sáng sớm khi chưa ăn (Những cây thuốc, vị thuốc Việt Nam).
- Tỏi giã nát 50g, rượu ½ lít, ngâm một tháng, uống ngày 2 lần sáng vừa thức dậy và tối trước khi đi ngủ, mỗi lần 10 giọt (trẻ nhỏ giảm ½) 10 ngày liền (những cây thuốc, vị thuốc Việt Nam).
- Tỏi 3 -4 tép, giã nát, ngâm với nước sôi nguội 24 giờ, lọc lấy nước, mỗi tối trước khi đi ngủ lấy 20 – 30 ml thụt ruột, liên tục một tuần.
- Thuốc rửa: lấy 2 – 3 lá trâm tươi và ít phèn chua, pha ít nước sôi vừa thấm thuốc, dùng bôi hậu môn để rửa sạch trứng và ấu trùng, tránh tái phát (Những cây thuốc, vị thuốc Việt Nam).

Phần 7

PHÒNG NGỪA BỆNH ĐƯỜNG RUỘT

184 Chăm sóc hậu môn của trẻ sau phẫu thuật như thế nào?

Sau phẫu thuật trẻ mắc bệnh ruột, hậu môn (như bẩm sinh không có hậu môn, hẹp hậu môn hoặc phình đại tràng bẩm sinh), để phòng ngừa vết mổ hình thành sẹo gây hẹp, cần làm tốt việc chăm sóc mở rộng hậu môn. Sau khi đưa trẻ về nhà, bố mẹ cần tiến hành mở rộng hậu môn hàng ngày với kích thước và độ sâu mà bác sĩ đã hướng dẫn bằng dụng cụ mở hậu môn. Cần bôi dầu làm trơn, tốt nhất là kem bôi trơn hoặc xà bông vào dụng cụ mở hậu môn. Khi mở hậu môn cần bắt đầu từ số nhỏ nhất, từng bước tăng số, không được cách quãng, tăng số cho đến khi cảm thấy có lực cản hoặc thấy chảy ít máu. Ngày thứ hai mở hậu môn vẫn phải bắt đầu từ số nhỏ nhất, cho đến khi đạt kích cỡ yêu cầu

mà không chảy máu, không có lực cản là được. Khi mở rộng hậu môn cần chú ý động tác nhẹ nhàng, dụng cụ mở không được đưa đẩy phòng ngừa làm rách vết mổ vừa lành hoặc rách ruột. Khi mở hậu môn cần cảm giác dụng cụ mở thông suốt với vết mổ mới đạt hiệu quả mở hậu môn.

Phải kiên trì mở hậu môn mỗi ngày, tối thiểu nửa năm cho đến một năm, đến khi sẹo vết mổ đã mềm, không còn hẹp trở lại được nữa mới thôi.

185 Chăm sóc trẻ sau phẫu thuật thoát vị như thế nào?

Sau khi phẫu thuật thoát vị, trẻ lưu lại ở bệnh viện khoảng 2 – 3 giờ là có thể đưa về nhà. Việc săn sóc tại nhà được thực hiện như sau:

1. Chú ý bảo vệ tốt vết mổ, nhất là trẻ sơ sinh và hài nhi, không để trẻ kéo miếng băng trên vết mổ đi nơi khác, càng không được để nước tiểu, phân làm bẩn băng gạc gây nhiễm vết thương, dẫn đến nhiễm trùng mưng mủ.
2. Cho trẻ nằm nghiêng, dùng 1 miếng vải bông mềm gấp hình tam giác kẹp vào hội âm, nếu mổ bên phải thì để trẻ nằm nghiêng bên trái, trẻ tiểu tiện sẽ không tiểu lên băng gạc gây nhiễm vết thương. Nếu không thể để tã lót thì cần để chỗ băng gạc vết thương lòi ra ngoài tã lót.

3. Sau khi phẫu thuật, bìu tinh hoàn có thể sưng với mức độ khác nhau, thường 2 – 3 ngày sau sẽ tiêu dần. Nếu không hết sưng hoặc trở nên cứng có thể do ứ máu, cần mời bác sĩ kiểm tra. Nếu sưng và cứng không tiến triển thì ứ máu cũng dần hết.
4. Tác dụng của thuốc tê sau khi phẫu thuật sẽ mất dần, vết thương sẽ đau với mức độ khác nhau, cần chú ý ru hoặc đánh lạc sức chú ý của trẻ, tránh khóc quấy quá mức. Nếu khóc quấy nhiều thì có thể tiêm hoặc uống thuốc an thần để trẻ ngủ ngon.

186 Làm sao tập đại tiện cho trẻ phải phẫu thuật hậu môn đường ruột?

Trẻ dị tật hậu môn, trực tràng bẩm sinh sau khi phẫu thuật do chưa hình thành phản xạ đại tiện, thường xuất hiện vấn đề đại tiện lỏng, số lần tăng, luôn cảm thấy đại tiện không hết. Gặp trường hợp này cần tiến hành tập đại tiện gọi là “phương pháp đại tiện 3 giai đoạn”, cụ thể là:

1. Tự đại tiện: mỗi buổi tối cho trẻ ngồi bô 10 phút, bất kể có đại tiện hay không. Đi hết hay không hết đều ngồi đúng giờ và kết thúc đúng giờ.
2. Dụ đại tiện: nhét glyceric aldehyde hoặc thổi xà bông vào hậu môn để dụ đại tiện.

3. Kiểm tra đại tiện đã bài tiết hết chưa: lại đút thửi xà bông vào và ngồi 5 phút, nếu không có phân thải ra mà chỉ có thửi xà bông chứng tỏ phân đã ra hết. Nếu có phân thải ra, chứng tỏ đại tiện chưa hết, nhưng không dụ đại tiện nữa.

Hàng ngày tiến hành huấn luyện theo “phương pháp đại tiện 3 giai đoạn” nói trên, các bậc cha mẹ phải có sự bền bỉ, có nghị lực, tối thiểu kiên trì huấn luyện nửa năm mới có kết quả.

187 Phòng ngừa bệnh thương hàn như thế nào?

Thương hàn là bệnh truyền nhiễm đường ruột cấp tính do trực khuẩn thương hàn gây ra, cũng gọi là thương hàn ruột, chủ yếu bùng phát thành dịch vào mùa hè thu. Người bệnh và người mang mầm bệnh thương hàn thì trong phân của họ đều có trực khuẩn thương hàn, là nguồn truyền bệnh thông qua nguồn nước, thức ăn, tay ô nhiễm rồi qua đường tiêu hoá gây thành bệnh. Cho nên, phòng ngừa thương hàn cần bắt đầu từ những việc sau:

1. Phát hiện trẻ bị bệnh thương hàn thì cần phải: sớm điều trị, sớm cách ly, sớm áp dụng biện pháp phòng ngừa, phòng lây truyền gây thành dịch.
2. Tăng cường quản lý thực phẩm, cần giáo dục trẻ luyện thói quen ăn uống tốt, không ăn thực phẩm mất vệ sinh, khi ăn rau sống quả tươi nhất thiết

phải rửa sạch, khử trùng, không dùng tay bẩn bốc thức ăn.

3. Quản lý chặt chẽ việc xả phân, bảo vệ nguồn nước không bị ô nhiễm, không uống nước chưa đun sôi. Kịp thời phát hiện và quản lý người mang mầm bệnh, cần định kỳ kiểm tra sức khỏe các nhân viên ngành hàng dịch vụ ăn uống như đầu bếp, người nấu ăn.
4. Phân của bệnh nhân phải cho vào dung dịch bột tẩy 10% với dung lượng gấp hai lần để trộn đều, để bốn giờ sau mới cho xuống hố phân. Dụng cụ ăn, đồ chơi, quần áo của người bệnh cũng phải giặt, rửa bằng dung dịch bột tẩy 10% hoặc đun sôi tiệt trùng. Người chăm sóc bệnh nhân phải thường xuyên giặt, rửa sạch tay hoặc ngâm rửa bằng dung dịch thuốc tẩy 10%, phải mặc áo quần cách ly.
5. Cần tiêm vắc xin phòng bệnh thương hàn.

188 Trẻ bị bệnh thương hàn cần chú ý gì về ăn uống?

Khi trẻ mắc bệnh thương hàn cần luôn luôn điều chỉnh chất lượng ăn uống tùy theo tuổi, khả năng tiêu hoá, sự hứng thú ăn và tình hình đại tiện.

Thời gian đầu khởi bệnh, trẻ sốt cao, không muốn ăn, lượng ăn ít, lúc này cần ăn thức ăn nhiệt lượng cao,

ăn làm nhiều bữa, mỗi bữa ăn ít một, tốt nhất là thức ăn lỏng, ít bã như sữa bò, sữa đậu nành, canh thịt, bột sen, cháo gạo. Trẻ nhỏ đại tiện nhiều lần, không thể tùy tiện cho ăn, có thể cho uống sữa bò khử béo, chú ý bổ sung nước và muối, nếu trẻ trưởng bụng thì cần giảm lượng sữa và đường.

Tuần thứ hai và ba của quá trình bệnh, đường ruột có thể loét. Cần đặc biệt chú ý chất lượng ăn uống, phải ăn thực phẩm không có bã, nhằm phòng ngừa chảy máu và thủng ruột, kiêng ăn rau xanh, thịt, trái cây chứa nhiều chất xơ. Nếu chảy máu đường ruột phải kiêng ăn, phải bổ sung dinh dưỡng, nước, chất điện giải qua đường tĩnh mạch, khi tình hình chảy máu đã chuyển biến tốt thì từng bước thử cho uống nước, nước đường hoặc thức ăn lỏng ấm như sữa bò, sữa đậu. Nếu nghi thủng ruột phải kiêng ăn.

Lượng ăn uống của trẻ giai đoạn phục hồi cần tăng dần. Với thức ăn mềm, nhiệt lượng cao, dễ tiêu hoá là chính.

189 Phòng ngừa trẻ bị tiêu chảy bằng cách nào?

Muốn phòng ngừa trẻ mắc bệnh tiêu chảy cần làm được các việc sau:

1. Luyện thói quen vệ sinh tốt, phải rửa tay trước bữa ăn và sau khi đại tiện, không để trẻ mút tay, không ăn thức ăn ô nhiễm, phòng ngừa đưa bệnh qua miệng.

2. Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ, tốt nhất nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ cho trẻ đến 6 tháng tuổi, sau đó mới cho ăn dặm, khi trẻ bệnh và sau khi hết bệnh đều kiên trì cho bú sữa mẹ.
3. Sữa bò và các sản phẩm thay thế sữa khác đều phải đun sôi tiệt trùng mới cho trẻ ăn. Đường trắng khi dùng pha sữa phải nấu sôi mới được. Dụng cụ pha sữa, núm vú đều phải rửa sạch, đun sôi, tiệt trùng sau mỗi lần sử dụng.
4. Cần nắm vững phương pháp cho ăn. Cho trẻ ăn sữa hoặc ăn dặm đều phải tăng từ từ, không nên tăng một lần quá nhiều để dẫn đến phản ứng, gây tiêu chảy.
5. Trẻ mắc bệnh tiêu chảy, bệnh lý, thương hàn đều phải cách ly. Dụng cụ đồ ăn, đồ chơi của trẻ bệnh phải đun sôi, tiệt trùng trên 15 phút. Sau đại tiện phải rửa sạch hậu môn, năng thay tả lót, giặt sạch và ủi nóng khử trùng. Quần áo, mùng mền cần thường xuyên phơi nắng khử trùng.

190 Bệnh tiêu chảy ở trẻ em có truyền nhiễm không?

Bệnh tiêu chảy ở trẻ em có truyền nhiễm không còn tùy thuộc nguyên nhân gây bệnh. Nếu tiêu chảy do ăn uống không điều độ, khí hậu thay đổi, hoặc yếu tố dị ứng gây ra thì không lây. Nếu là tiêu chảy do vi trùng hoặc vi rút gây ra sẽ có tính lây truyền, nhưng yếu hơn lý, thương hàn, viêm gan.

Trong phân của trẻ mắc bệnh tiêu chảy mùa hè thu chứa nhiều rotavirus. Nếu động vật ăn phải phân chứa nhiều rotavirus này thì trong thời gian ngắn sẽ gây ra tiêu chảy. Khi con người ăn phải thực phẩm nhiễm rotavirus thì trong thời gian ngắn sau sẽ bị tiêu chảy. Vì thế, mọi người sẽ dễ dàng hiểu được vào mùa hè thu hàng năm thường xảy ra dịch tiêu chảy.

Bệnh tiêu chảy ở trẻ em chủ yếu lây truyền qua đường tiêu hoá. Thông qua tiếp xúc với người bệnh hoặc do phân người bệnh làm ô nhiễm môi trường chung quanh truyền bệnh cho người khác. Trẻ nhỏ, đặc biệt là hài nhi dưới một tuổi chưa có đủ khả năng miễn dịch hoặc miễn dịch yếu với vi trùng hoặc virút gây bệnh tiêu chảy, cho nên dễ lây bệnh lẫn nhau giữa các trẻ.

191 Trẻ tiêu chảy mà điều trị, chăm sóc ở nhà phải tiến hành như thế nào?

Trẻ bị tiêu chảy dễ mất nước và nhiều loại chất điện giải như kali, natri, canxi... Các chất điện giải này không thể thiếu trong chức năng sinh lý của cơ thể. Vì thế, vấn đề quan trọng nhất sau khi trẻ mắc bệnh tiêu chảy là phải bù đủ nước và chất điện giải bị mất. Trẻ tiêu chảy nhẹ, không nôn mửa, hoặc thỉnh thoảng bị nôn nhưng vẫn ăn được, tinh thần tốt, không mất nước hoặc mất nước nhẹ, không nhiễm độc axit, không sốt

cao thì có thể điều trị bù nước ở nhà. Cách thực hiện cụ thể là:

1. Uống dung dịch muối ORS.
2. Nước cháo muối: khi trẻ tiêu chảy cấp, có thể dùng 500ml nước cháo gạo cho thêm 2 gam muối, uống thay nước. Trẻ tiêu chảy kéo dài thì dùng 25gam bột gạo rang, 2 gam muối và 500 ml nước đun sôi hòa chung, cho trẻ uống. Các loại nước trên đều cho trẻ uống với liều lượng 20 – 40ml/kg thể trọng, uống trong 4 giờ, sau đó, tùy nhu cầu, có thể uống được bao nhiêu cho uống bấy nhiêu.
3. Nước muối, đường: pha theo công thức 500ml nước sôi, 10 gam đường trắng, 2 gam muối ăn, cho uống theo liều lượng 20 – 40 ml/kg thể trọng, uống trong 4 giờ, sau đó uống bất cứ lúc nào.
4. Cháo loãng: nếu chức năng tiêu hoá của trẻ bệnh còn tốt, bụng không trướng thì có thể cho ăn cháo gạo loãng.

Trẻ tiêu chảy không cần kiêng ăn, phải cung cấp thức ăn đầy đủ, phòng suy dinh dưỡng. Trẻ nuôi bằng sữa mẹ cứ tiếp tục cho bú, trẻ nuôi bằng sữa bò có thể cho ăn món ăn đã ăn quen như cháo, cá, thịt, trứng, rau xanh, trái cây, hoặc nước quả. Trong thời gian chăm sóc điều trị tại nhà, cần thường xuyên theo dõi sự thay đổi của bệnh, nếu bệnh xấu đi, cần đưa trẻ đến bệnh viện ngay.

192 Làm sao bảo vệ dạ dày của trẻ?

Để thức ăn do trẻ ăn vào được tiêu hoá, hấp thu đầy đủ, cơ thể phát triển khoẻ mạnh, thì bằng mọi cách dạ dày phải khoẻ mạnh, nếu không sẽ không nói gì đến dinh dưỡng nữa. Muốn bảo vệ dạ dày của trẻ, cần làm các việc sau:

1. Việc ăn uống của trẻ phải dựa chủ yếu vào ba bữa chính, cần cho ăn theo giờ, theo lượng, không ăn tùy tiện, ăn có nề nếp, không ăn khảm, hạn chế ăn vặt để dạ dày được nghỉ ngơi.
2. Không nên cho ăn toàn thực phẩm tinh chế. Từ khi trẻ bắt đầu ăn độc lập cần cho trẻ ăn cả lương thực và hoa màu sơ chế như các loại đậu, lạc, kê, ngô, giúp dạ dày nhanh chóng thích nghi tiêu hoá các loại thức ăn khác nhau.
3. Phải nhai kỹ, ăn chậm, nếu nuốt vội nuốt vàng sẽ làm tăng gánh nặng dạ dày, dẫn đến tiêu hoá kém.
4. Không ăn những thứ ô nhiễm vì chúng chứa nhiều vi khuẩn gây bệnh như vi trùng salmon, trực khuẩn đại tràng, tụ cầu khuẩn... gây viêm dạ dày cấp tính.
5. Nên ít uống thức uống lạnh vì sẽ làm nhiệt độ trong dạ dày hạ đột ngột, giảm tuần hoàn máu cục bộ, làm giảm tiết dịch vị. Hơn nữa, uống nhiều thức uống lạnh sẽ làm nhạt dịch vị, ảnh hưởng tiêu hoá. Nếu uống thức uống lạnh nhiều sẽ làm rối loạn chức năng tiêu hoá, dẫn đến suy dinh dưỡng.

6. Cố gắng không dùng hoặc ít dùng thuốc kích thích dạ dày như chế phẩm axit salicylic, erythromycin, ammenium clorua. Nếu buộc phải dùng thì phải uống sau ăn, và cố gắng sử dụng liều thấp.
7. Coi trọng không khí bữa ăn: bố mẹ cần tránh mắng mỏ trẻ trước và trong bữa ăn, để trẻ ăn uống với tinh thần vui vẻ, như vậy mới bảo đảm tiết dịch vị bình thường, ăn mới ngon.

193 Phòng ngừa bệnh lỵ vi khuẩn như thế nào?

Bệnh lỵ vi khuẩn gọi tắt là bệnh lỵ, có thể lan thành dịch trên toàn thế giới, gây hại nghiêm trọng cho nhân loại, cho nên cần có biện pháp phòng ngừa hiệu quả.

1. Luyện thói quen vệ sinh tốt, chú ý vệ sinh cá nhân, tập thói quen rửa tay trước khi ăn và sau đại tiện, cắt ngắn móng tay, không cho trẻ nhỏ mút tay và cắn móng tay, không dùng tay bốc thức ăn.
2. Cách ly bệnh nhân: đối với người đã xác định bệnh lỵ thì cần cách ly điều trị, người mang mầm bệnh cũng cần điều trị kịp thời.
3. Chú ý vệ sinh ăn uống: không ăn sống, không uống nước chưa đun sôi, ăn trái cây phải rửa tay, rửa trái, gọt sạch, tốt nhất dội qua nước sôi mới ăn. Thức ăn phải tươi. Đồ dùng phải tách riêng,

đồ dùng thức ăn chín để riêng, đồ đựng thức ăn sống riêng.

4. Giáo dục trẻ không phóng uế tùy tiện ra đất, không chơi đất.
5. Chú ý tiêu diệt ruồi nhặng.

194 Làm sao phòng ngừa ngộ độc thực phẩm nhiễm khuẩn?

Mấu chốt của việc phòng ngừa ngộ độc thực phẩm nhiễm khuẩn là phải tăng cường quản lý vệ sinh ăn uống, cụ thể phải làm cho được các việc sau đây:

1. Không ăn thực phẩm ôi, thối, biến chất, không ăn thịt gia cầm gia súc chết hoặc thịt bò, thịt dê, thịt lợn chưa qua kiểm dịch.
2. Thức ăn còn lại phải đun sôi rồi mới bảo quản, tốt nhất cho vào tủ lạnh, trước khi ăn phải đun sôi lại.
3. Thực phẩm phải nấu chín: thực phẩm đóng hộp đã mất mùi không được ăn.
4. Thực phẩm chế biến cần để riêng biệt loại sống, loại chín. Đồ đựng đã đựng thịt sống, cá sống thì phải rửa sạch, tiệt trùng rồi mới để thức ăn chín.
5. Rau nộm phải rửa sạch, cần cho giấm, tỏi để sát khuẩn. Trái cây phải rửa sạch, gọt vỏ.

195) Làm sao phòng ngừa ly amíp?

Muốn phòng ngừa bệnh ly amíp trước tiên phải kiểm soát nguồn truyền nhiễm, cắt đứt con đường lây truyền, cần áp dụng các biện pháp sau:

1. Tích cực điều trị người bệnh, kịp thời phát hiện và điều trị người mang mầm bệnh amíp. Thực hiện sớm, phát hiện sớm, cách ly, điều trị sớm sẽ giảm và khống chế nguồn lây bệnh.
2. Làm tốt vệ sinh môi trường, tăng cường quản lý phân, rác, tiêu diệt ruồi nhặng, không vứt rác, súc vật chết bừa bãi, bảo vệ nguồn nước, chống ô nhiễm.
3. Chú ý vệ sinh ăn uống cá nhân, đặc biệt cần nắm vững “bệnh từ miệng đưa vào”, thực hiện cho được ăn chín, uống sôi, không ăn thực phẩm ôi, thiu, biến chất, chưa nấu chín. Giáo dục trẻ rửa tay trước khi ăn và sau khi đại tiện, không nghịch đất, không dùng tay bẩn bốc thức ăn...

196) Làm sao phòng ngừa điều trị bệnh sán dây?

Muốn phòng ngừa, điều trị bệnh sán dây cần làm các việc sau:

1. Tăng cường kiểm tra công tác giết mổ, nghiêm cấm bán thịt trâu bò nhiễm ấu trùng sán, coi trọng việc kiểm nghiệm và chế biến thịt.

2. Tăng cường quản lý chăn nuôi trâu bò, chuồng trâu bò phải cách xa khu dân cư.
3. Chú ý vệ sinh cá nhân, thay đổi thói quen ăn uống và vệ sinh. Thịt phải nấu chín. Dao thớt thái thịt sống, thịt chín phải dùng riêng, dùng xong phải rửa sạch.
4. Kịp thời điều trị người bệnh.

197 Làm sao phòng ngừa bệnh giun kim?

Chủ yếu tìm mọi cách để trẻ không ăn phải trứng giun là được. Bệnh pháp cụ thể là:

1. Trẻ đi ngủ buổi tối cần mặc quần kín mông, phòng ngừa đêm giun chui ra hậu môn để trứng, trẻ lấy tay gãi, nhiễm phải trứng giun.
2. Mỗi buổi sáng cần dùng nước ấm và xà phòng rửa hậu môn, nhất là nếp nhăn hậu môn, sau đó cho cả tả lót, quần và khăn vừa rửa vào xô, đổ nước sôi vào ngâm để diệt hết trứng giun.
3. Tập cho trẻ có thói quen vệ sinh tốt, rửa tay trước khi ăn và sau đại tiện, cắt ngắn móng tay, không cho trẻ mút tay, không dùng tay bẩn bốc thức ăn, không chơi dưới đất. Quần áo, tả lót, mền chiếu nắng giặt, phơi nắng.

Mỗi tối trước khi đi ngủ, sau khi rửa hậu môn cho trẻ, cần bôi kem chống giun kim quanh hậu môn để diệt giun cái và trứng giun, phòng ngừa tự nhiễm ngược do ấu trùng giun chui ngược trở lại hậu môn.

198 Làm sao phòng ngừa bệnh giun đũa?

Tuổi thọ của giun đũa là một đến hai năm, nếu đã nhiễm giun, không điều trị gì, nhưng chỉ cần thực hiện cho được việc phòng ngừa không tái nhiễm lại thì một hai năm sau bệnh tự khỏi. Nhưng nếu đã xổ giun hết, song không giữ vệ sinh thì một hai tháng sau lại có nguy cơ tái nhiễm. Cho nên, mấu chốt của việc phòng ngừa bệnh giun sán là nắm vững cơ chế “bệnh từ miệng vào”, cụ thể phải thực hiện cho được:

1. Rửa tay trước khi ăn và sau khi đại tiện, tốt nhất rửa dưới nước chảy, nước sôi.
2. Ăn chín, uống sôi, không ăn thức ăn sống, trái cây phải rửa sạch, gọt vỏ.
3. Không cho trẻ mút tay, không dùng tay bẩn bốc thức ăn, cố gắng không chơi đất.
4. Năng cắt móng tay. Khăn phải giặt hàng ngày, tốt nhất nên dùng khăn một lần.
5. Chú ý giữ vệ sinh cá nhân, không tùy tiện đại tiện, tích cực diệt ruồi nhặng, giữ vệ sinh môi trường.

Kể từ khi chào đời, trẻ không ngừng phải hấp thu các chất cần thiết cho cơ thể từ bên ngoài, nhằm bổ sung mô cũ, tạo mô mới, sinh ra năng lượng và duy trì hoạt động sinh lý, duy trì sự hoạt động và phát triển. Các chất cần thiết này gọi chung là chất dinh dưỡng.

Chất dinh dưỡng chia ra sáu loại lớn: protein, chất béo, hydrat carbon, muối vô cơ, vitamin và nước. Ba loại trước là chất dinh dưỡng tạo năng lượng, ba loại sau là chất dinh dưỡng không tạo ra năng lượng. Lượng nhu cầu của trẻ đối với chất dinh dưỡng có sự khác nhau tùy độ tuổi. Tuổi càng nhỏ, sự phát triển càng nhanh, lượng nhu cầu cũng càng lớn. Tỷ lệ cung cấp các chất dinh dưỡng phải cân bằng với nhu cầu sinh lý của cơ thể, nếu không sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển đáng vốc và trí năng của trẻ, thậm chí gây bệnh.

Phương pháp cung cấp các chất dinh dưỡng này ra sao, đó chính là nuôi dưỡng khoa học. Do con ăn hơi khó, nên một số bậc bố mẹ sợ dinh dưỡng của con không đủ, đã tùy theo ý thích của con, muốn ăn gì được nấy. Trẻ ăn vặt nhiều khiến sự thèm ăn giảm, dẫn đến tiêu hoá kém. Muốn thực hiện cho được vừa cung cấp cho trẻ dinh dưỡng đầy đủ, toàn diện, lại phù hợp đặc điểm lứa tuổi, không làm tăng gánh nặng cho dạ dày, ruột thì phải có phương pháp nuôi dưỡng hợp lý, cần lưu ý thành phần dinh dưỡng, chất lượng, cách chế biến

món ăn, nắm vững thời gian cho ăn, vệ sinh thực phẩm... như vậy mới bảo đảm trẻ khỏe mạnh, phát triển tốt.

200 Trẻ nuôi bằng sữa mẹ có cần cho ăn dặm không?

Do trẻ nhỏ phát triển nhanh, lượng nhu cầu chất dinh dưỡng lớn, nếu chỉ bú sữa mẹ đơn thuần thì không thể đáp ứng đủ cả lượng lẫn chất. Cùng với sự phát triển của trẻ, sự chín muồi của cơ quan tiêu hóa và nhu cầu dinh dưỡng, cần từng bước cho ăn dặm, nếu không sẽ phát sinh các bệnh tật do thiếu dinh dưỡng như: suy dinh dưỡng, thiếu máu do thiếu sắt, và bệnh còi xương. Cho ăn dặm còn rèn luyện khả năng nhai của trẻ, làm cho đường ruột từng bước thích ứng với các loại thức ăn, tạo điều kiện để cai sữa.

Trẻ ra đời đủ một tháng có thể cho uống dầu gan cá cô đặc và bột canxi (không phải thực phẩm ăn dặm, nhưng cần bổ sung thêm). Dầu gan cá cô đặc mỗi ngày 5 – 6 giọt, bột canxi mỗi ngày 6 gam đều có thể phòng ngừa bệnh còi xương. Trẻ 1 – 2 tháng tuổi có thể cho uống nước trái cây tươi như nước cam, nước cà chua, nước dưa hấu, mỗi lần 1 – 2 thìa nhỏ, ngày 1 – 2 lần, về sau tăng dần. Trẻ 4 tháng tuổi có thể cho ăn bánh bông lan, bột, cháo nấu nhừ, mỗi ngày cho ăn 2 – 3 lần, mỗi lần 1 – 2 thìa nhỏ, một tuần sau, tiêu hóa tốt có thể thêm tí lòng đỏ trứng gà luộc chín, cà nhụy, lúc đầu

mỗi ngày cho ăn 1/4, ngày một lần, về sau tăng dần lên cả lòng đỏ. Trẻ 5 – 6 tháng tuổi có thể ăn cả cái trứng gà đồng thời thêm rau xanh băm, thịt xay, cá xay, gan heo xay. Trẻ 7 – 8 tháng tuổi có thể cho ăn cháo nhừ, mì nát, ruốc cá, còn có thể cho trẻ ăn một ít thức ăn cứng hơn như bánh bích quy, bánh mì, giúp trẻ luyện khả năng nhai để răng phát triển. Trẻ đủ tuổi thì có thể ăn thức ăn mềm, dễ tiêu hóa.

Nguyên tắc cho trẻ ăn dặm là: bắt đầu ít, dần dần nhiều lên, từ loãng đến đặc, từ tinh đến thô, từ một loại dần dần đến nhiều loại, đồng thời cho ăn khi chức năng tiêu hóa của trẻ khỏe mạnh. Mỗi lần thêm loại món ăn mới phải để bé thích ứng rồi mới tăng món thứ hai, thứ ba. Khi tăng món ăn mới, nếu trẻ không thích ăn thì đừng ép, vài ngày sau thử lại, cần cho trẻ nếm món ăn mới ngay trước bữa ăn thường ngày để trẻ dễ tiếp nhận.

201 Nuôi con bằng sữa mẹ có thể giảm bệnh tiêu chảy ở trẻ em phải không?

Trẻ nuôi bằng sữa mẹ thì tỉ lệ mắc bệnh tiêu chảy giảm rõ rệt, lý do là:

1. Thành phần dinh dưỡng của sữa mẹ phù hợp với chức năng sinh lý tiêu hoá của trẻ, còn sữa bò và sữa động vật khác khó tiêu hoá. Lượng đường trong sữa mẹ nhiều, dễ chuyển hoá thành đường sữa, giúp vi

khuẩn axit lactic phát triển, ức chế sự sinh sôi trực khuẩn đại tràng, giảm tỉ lệ mắc tiêu chảy.

2. Lượng amilaza trong sữa mẹ tương đối nhiều, có lợi cho tiêu hoá.
3. Sữa mẹ có nhiều loại gen chống bệnh, có thể chống lại virus hoặc vi khuẩn gây tiêu chảy.
4. Sữa mẹ nguyên chất, không vi khuẩn, ít ô nhiễm, nhiệt độ vừa phải, không cần đun sôi, nên men, kháng thể không thể bị phá hoại, rất ít gây tiêu chảy.

Vì thế, ăn sữa mẹ rất ít xảy ra tiêu chảy so với sữa bò và các loại sữa khác. Cả thế giới đều khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ. Hễ có điều kiện thì hãy nuôi con bằng chính dòng sữa của mình. Đây là món ăn tốt nhất của trẻ.

202 Trẻ nuôi bằng sữa bò, cần chú ý vấn đề gì?

1. Chú ý vệ sinh: dụng cụ dùng để pha sữa: như bình sữa sau mỗi lần sử dụng đều phải rửa sạch, đun sôi, khử trùng (cần đun sôi 5 phút). Núm cao su sau khi dùng phải tháo ra rửa sạch, cho vào trong bình khô, trước khi dùng lại phải đun sôi 3 phút.
2. Coi trọng chất lượng sữa: sữa phải mới, bảo đảm không biến chất. Sữa bột pha đến đâu phải cho uống hết đến đó. Không để lại cho lần khác.

3. Nhiệt độ sữa: nhỏ vài giọt sữa vừa pha vào lòng bàn tay, vừa ấm tay là được, tuyệt đối không dùng miệng để thổi, hoặc trực tiếp dùng miệng thử, nhằm tránh đưa vi khuẩn vào miệng trẻ, gây nhiễm trùng.
4. Lỗ núm vú phải vừa vặn: lỗ to quá, sữa chảy quá nhiều dễ gây sặc. Lỗ quá nhỏ, sữa không lưu thông, trẻ nút vừa mất sức vừa bú không đủ sữa, dẫn đến khóc quấy.
5. Chú ý tư thế cho bú: tốt nhất cho trẻ bú ở tư thế nằm nghiêng trong lòng mẹ, bình sữa nghiêng, sao cho nước sữa đầy núm vú nhằm tránh trẻ nuốt phải nhiều không khí gây trướng bụng, đau bụng và nôn. Sau khi cho ăn nên bông trẻ dạ, vỗ nhẹ sau lưng, thải không khí nuốt phải ra ngoài, tránh trớ sữa. Cần sớm luyện cho trẻ tự nâng bình sữa bằng hai tay, thường trẻ 4 – 5 tháng tuổi là bắt đầu luyện được rồi, đến 8 – 9 tháng tuổi là trẻ sẽ tự cầm bình sữa mút.

Khi chọn sữa cho trẻ, trước tiên cần xét đến tình hình cung cấp sữa, xem có thể cung cấp loại sữa ấy lâu dài không, vì sau khi trẻ quen một loại sữa, nếu thay loại khác có thể trẻ khó tiếp nhận, gây phiền phức cho việc ăn uống của trẻ. Tiếp đến là phải chú ý thành phần dinh dưỡng của sữa. Không nên ăn lâu loại sữa nhiệt

lượng cao mà thành phần dinh dưỡng không cân đối như sữa luyện ngọt, tinh lúa mạch. Giá cả cũng là vấn đề cần xem xét có phù hợp điều kiện kinh tế không.

203 Trẻ em có nên ăn vặt không?

Rốt cuộc, trẻ có được ăn vặt không? Điều này không thể có câu trả lời tuyệt đối. Vì còn phải xem ăn vặt gì, thời gian và phương pháp ăn. Ví dụ, sắp ăn cơm chính rồi, còn cho trẻ ăn vặt, kết quả trẻ ăn không được cơm hoặc ăn rất ít. Có trẻ vừa ăn no cơm, liền ăn vặt như socola, sữa, kẹo. Có trẻ ba bữa cố tình ăn ít hoặc không ăn, chờ ăn vặt. Thậm chí có trẻ suốt ngày ăn vặt. Nhiều trẻ con một được bố mẹ nuông chiều, thịt, cá, trái cây gì ngon đều ép con ăn thật nhiều, kết quả đảo lộn qui luật tiêu hoá bình thường của dạ dày, ruột, khiến đường ruột làm việc liên tục, lâu dần, ảnh hưởng đến chức năng tiêu hoá, gây hàng loạt bệnh đường ruột. Cho nên, ăn vặt nhiều hoàn toàn có hại.

1. Ăn ít không được ảnh hưởng đến bữa chính, món ăn vặt không nên chứa nhiệt lượng cao, đường nhiều như socola, bánh ngọt, mà nên ăn trái cây, thức uống hỗ trợ tiêu hoá.
2. Trước bữa ăn không nên cho ăn vặt kể cả thức uống. Trẻ khát thì cho uống nước, đói thì cho ăn cơm.

3. Sau khi ngủ trưa hoặc sau bữa cơm tối có thể cho ăn món ăn trợ tiêu hoá như trái cây, sữa chua, thức uống chua, nước trái cây. Mùa hè cho trẻ ăn dưa hấu, uống nước đậu xanh, nước mơ.
4. Các loại thực phẩm thịt cá không được làm món ăn vặt. Do nguyên nhân nào đó, mà bữa ăn này trẻ chưa ăn no, lại đã quá thời gian ăn cơm thì cho trẻ ăn bánh quy, bánh bông lan, nhưng không cho ăn quá nhiều, càng không được thành thói quen.

204 Ăn thế nào là đúng?

Ngày ba bữa ăn, nhưng “ăn gì?” “ăn như thế nào?” đã trở thành vấn đề mọi người quan tâm. Cần ăn đúng mới cải thiện được dinh dưỡng, phòng chống bệnh tật.

1. Lượng ăn vừa phải: béo phì và gầy gò đều ảnh hưởng đến sức khoẻ. Vì thế, bình thường yêu cầu ăn đủ, ăn không quá no, không thừa, không thiếu dinh dưỡng, như vậy mới duy trì trọng lượng cơ thể lý tưởng.
2. Thực đơn cần đa dạng. Bất cứ món ăn đơn điệu nào đều không thể cung cấp đầy đủ, toàn diện chất dinh dưỡng cần thiết của cơ thể, phải có nhiều loại thực phẩm hợp thành thứ này bù thứ khác mới đạt được cân bằng ăn uống.

3. Cần ăn lương thực phối hợp thô và tinh. Chất xơ có tác dụng phòng chống nhiều bệnh tật.
4. Chất béo cần vừa phải: tránh ăn thực phẩm quá nhiều dầu mỡ, nhất là mỡ động vật. Nhiệt lượng do chất béo cung cấp trong một ngày chiếm 20% tổng nhiệt lượng là vừa.
5. Lượng muối thích hợp: muối ăn chứa natri và clo. Bệnh huyết áp cao của người trưởng thành liên quan mật thiết đến lượng natri hấp thu quá nhiều. Vì thế, thức ăn không nên quá mặn. Lượng muối mỗi ngày của trẻ nên hạn chế ở mức dưới 10 gam.

Nên ít ăn ngọt: đường là món ăn thuần nhiệt lượng, ăn nhiều dễ dẫn đến béo phì và sâu răng.

Ngày ba bữa ăn cần bố trí hợp lý. Bữa sáng ăn ngon, bữa trưa ăn no, bữa tối ăn ít. Trẻ nhỏ cho ăn điểm tâm thêm sáng, chiều, bình thường cố gắng ít ăn vặt.

MỤC LỤC

Lời nói đầu	5
Phần 1: KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ HỆ TIÊU HÓA	7
1. Cấu tạo hệ tiêu hóa	7
2. Hệ tiêu hóa của trẻ em có đặc điểm gì?	9
3. Dạ dày ở vị trí nào trong cơ thể?	11
4. Kết cấu của dạ dày ra sao?	11
5. Dạ dày có chức năng sinh lý nào?	13
6. Quá trình tiêu hóa thức ăn diễn ra như thế nào?	14
7. Tại sao nói dạ dày là "cối xay" mềm?	15
8. Ba nhóm dinh dưỡng chính thay đổi thế nào trước khi được ruột non hấp thu?	16
9. Kết cấu của ruột non như thế nào?	17
10. Chất dinh dưỡng trong thức ăn được ruột non hấp thu như thế nào?	18
11. Nhiều loại vi khuẩn tồn tại trong đại tràng có tác dụng gì?	19
12. Đại tràng có chức năng chủ yếu gì?	19
13. Nuôi con bằng sữa mẹ có ưu điểm gì?	21
 Phần 2: TÌM HIỂU VỀ BỆNH ĐƯỜNG RUỘT	 23
14. Tại sao bụng kêu?	23
15. Tại sao trẻ bị bệnh béo phì?	24
16. Cảm giác đói là do đâu?	26
17. Tiêu chảy đơn thuần là gì?	27
18. Tại sao trẻ dễ bị suy dinh dưỡng?	28
19. Khi nào thì gọi là trẻ biếng ăn?	29

20. Hội chứng kém hấp thu của ruột là gì?	29
21. Tại sao có hiện tượng ợ chua?	31
22. Vì sao trẻ lại buồn nôn và nôn?	32
23. Hẹp môn vị phì đại bẩm sinh là gì?	33
24. Phình đại tràng bẩm sinh là gì?	34
25. Dị tật trực tràng, hậu môn bẩm sinh biểu hiện như thế nào?	35
26. Tại sao lại mất cân bằng vi khuẩn đường ruột?	37
27. Viêm dạ dày là gì?	39
28. Tại sao không được xem thường viêm dạ dày ở trẻ em?	40
29. Khi viêm dạ dày mạn tính thì vị toan tăng phải không?	41
30. Trẻ em có bị loét đường tiêu hóa và viêm hang vị không?	42
31. Tại sao cơ thể lại mất nước?	43
32. Ngộ độc axit là gì?	44
33. Tiêu chảy là gì?	45
34. Tiêu chảy chia ra mấy loại?	46
35. Tiêu chảy xảy ra như thế nào?	47
36. Thế nào gọi là viêm ruột kéo dài ở trẻ em?	48
37. Viêm ruột hoại tử xuất huyết cấp tính ở trẻ biểu hiện ra sao?	49
38. Viêm đại tràng loét mạn tính là gì?	50
39. Bệnh lý trực khuẩn là gì?	50
40. Lý trực khuẩn nhiễm độc là gì?	51
41. Lý amíp là gì?	53
42. Táo bón là gì?	54
43. U đại tràng là gì?	54
44. Viêm ruột thừa là gì?	55
45. Tại sao lại bị tắc ruột?	56
46. Xoắn ruột biểu hiện ra sao?	58
47. Lồng ruột là thế nào?	58
48. Ký sinh trùng đường ruột lớn nhất là loại nào?	59
49. Bệnh giun kim là gì?	61
50. Bệnh giun đũa biểu hiện như thế nào?	62

51.	Giun đũa "du lịch" trong cơ thể người như thế nào? Tính nguy hại ra sao?	63
52.	Thoát vị bụng là gì?	64
	Phần 3: NGUYÊN NHÂN GÂY RA BỆNH ĐƯỜNG RUỘT	66
53.	Nguyên nhân nào khiến trẻ biếng ăn?	66
54.	Trẻ biếng ăn là do dạ dày có bệnh phải không?	68
55.	Từ chất nôn ra có thể biết nguyên nhân gây nôn không?	68
56.	Sự thay đổi tình cảm của trẻ có ảnh hưởng chức năng đường ruột không?	69
57.	Nguyên nhân gì gây trục trặc chức năng đường ruột?	70
58.	Tại sao khi lạnh trẻ dễ bị đau bụng?	72
59.	Tại sao trẻ em dễ bị đầy bụng?	73
60.	Lý trực khuẩn lây truyền qua đường nào?	74
61.	Tại sao trẻ dễ bị mắc bệnh lý nhiễm độc?	75
62.	Tại sao trẻ bị bệnh lý amíp?	76
63.	Tại sao ta lại bị ngộ độc thức ăn nhiễm trùng?	77
64.	Nguyên nhân nào gây bệnh tiêu chảy ở trẻ nhỏ?	78
65.	Nguyên nhân nào gây tiêu chảy kéo dài ở trẻ em?	79
66.	Nguyên nhân gì khiến trẻ bị tiêu chảy tử vong?	80
67.	Tại sao tiêu chảy dễ dẫn đến mất nước, nhiễm độc axit?	81
68.	Tại sao khi tiêu chảy có cảm giác sệ hậu môn?	81
69.	Tại sao phân của trẻ sơ sinh có màu xanh?	82
70.	Tại sao phân loãng nước?	83
71.	Tại sao trẻ đại tiện ra máu mủ?	84
72.	Tại sao trẻ đại tiện ra máu?	84
73.	Nguyên nhân nào khiến trẻ viêm dạ dày?	85
74.	Nguyên nhân nào khiến trẻ chảy máu đường tiêu hóa?	87
75.	Yếu tố di truyền có liên quan đến bệnh loét đường ruột ở trẻ em không?	87
76.	Vi trùng nào gây viêm ruột cấp tính?	88
77.	Nguyên nhân gì gây viêm ruột thừa cấp?	89

78. Bệnh thương hàn chuột lây nhiễm thế nào?	90
79. Bệnh tả lây nhiễm ra sao?	91
80. Tại sao trẻ bị táo bón?	92
81. Tại sao ăn thực phẩm tinh chế dễ bị táo bón?	93
82. Nguyên nhân gì khiến trẻ tắc ruột?	93
83. Nguyên nhân trẻ bị lồng ruột?	94
84. Tắc ruột bẩm sinh là gì?	95
85. Tại sao trẻ bị bệnh giun kim?	96
86. Tại sao trẻ dễ mắc bệnh giun đũa?	97

Phần 4: BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA BỆNH ĐƯỜNG RUỘT 98

87. Trẻ nuốt phải dị vật, có biểu hiện lâm sàng nào?	98
88. Trẻ tiêu hóa kém có biểu hiện lâm sàng nào?	99
89. Suy dinh dưỡng có biểu hiện gì?	100
90. Trẻ biếng ăn gầy gò có biểu hiện gì?	101
91. Trẻ béo phì có biểu hiện gì?	102
92. Biểu hiện đau bụng như thế nào thì nguy hiểm đến tính mạng?	103
93. Chức năng thần kinh ruột có vấn đề biểu hiện như thế nào?	103
94. Trẻ viêm dạ dày có biểu hiện gì?	105
95. Mất cân bằng vi khuẩn đường ruột có biểu hiện gì?	107
96. Hội chứng ruột dễ kích thích có biểu hiện gì?	108
97. Trẻ nhỏ bị tiêu chảy có biểu hiện gì?	108
98. Tiêu chảy nguy hại thế nào đối với sức khỏe trẻ nhỏ?	109
99. Làm sao phán đoán mức độ mất nước của trẻ tiêu chảy?	111
100. Trẻ bị bệnh tả có biểu hiện gì?	112
101. Viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh có biểu hiện gì?	113
102. Bệnh crohn có biểu hiện gì?	114
103. Viêm túi thừa meckel có biểu hiện gì?	115
104. Viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em có biểu hiện gì?	117
105. Triệu chứng gì dự báo trẻ mắc chứng loét đường tiêu hóa?	118
106. Bệnh loét đường tiêu hóa ở trẻ em có gì khác với người lớn?	118

107.	Bệnh loét đường ruột ở trẻ thường gây biến chứng gì?	120
108.	Bệnh lao ruột ở trẻ em có triệu chứng gì?	121
109.	Bệnh thương hàn ở trẻ em có triệu chứng gì?	122
110.	Bệnh thương hàn ở trẻ em có biến chứng gì?	123
111.	Bệnh ly trực khuẩn cấp có triệu chứng gì?	125
112.	Tại sao thời kỳ đầu của bệnh ly tiêu chảy, sau mới đại tiện ra máu, mủ?	126
113.	Bệnh ly amíp chia ra mấy thể?	127
114.	Bệnh ly amíp gây biến chứng gì?	128
115.	Ngộ độc thức ăn có triệu chứng gì?	130
116.	Trẻ bị tắc ruột có triệu chứng gì?	131
117.	Trẻ lồng ruột có triệu chứng gì?	132
118.	Hẹp môn vị bẩm sinh có đặc trưng gì?	134
119.	Phình đại tràng bẩm sinh có triệu chứng gì?	136
120.	Xoắn ruột bẩm sinh có triệu chứng lâm sàng gì?	137
121.	Tắc ruột và hẹp ruột bẩm sinh có đặc trưng gì?	138
122.	Trẻ táo bón có triệu chứng gì?	139
123.	Trẻ bị thoát vị có triệu chứng gì?	140
124.	Bệnh giun kim có triệu chứng lâm sàng gì?	141
125.	Bệnh giun đũa có biểu hiện lâm sàng gì?	142
126.	Bệnh giun đũa có nguy hiểm tính mạng không?	143

Phần 5: CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐƯỜNG RUỘT 145

127.	Dựa vào đâu để chẩn đoán trẻ bị lồng ruột?	145
128.	Lồng ruột ở trẻ em cần phân biệt với bệnh gì?	146
129.	Thành ruột thay đổi thể nào khi viêm dạ dày cấp tính?	147
130.	Làm sao chẩn đoán sớm viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em?	148
131.	Làm sao chẩn đoán bệnh loét ở trẻ em?	149
132.	Các kiểm tra nào giúp phân biệt viêm đại tràng thể loét với bệnh ly?	150
133.	Quan sát tình trạng phân giúp gì cho chẩn đoán bệnh tiêu chảy?	151

134.	Nghi ngờ trẻ bị bệnh lý amíp cần phải làm gì?	151
135.	Thực hiện thụt ruột bằng bari như thế nào?	153
136.	Chảy máu đường tiêu hóa trên cấp tính ở trẻ nhỏ có thể kiểm tra bằng nội soi dạ dày không?	153
137.	Nội soi ống mềm là gì?	154
138.	Nội soi ống mềm đối với dạ dày có chống chỉ định nào?	155
139.	Nội soi đại tràng bằng ống mềm là gì?	156
140.	Kiểm tra bằng ngón tay ở hậu môn có nghĩa gì?	158
141.	Tại sao khi nghi lồng ruột cần phải kiểm tra thường xuyên trực tràng bằng ngón tay?	159

Phần 6: ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐƯỜNG RUỘT

		160
142.	Trẻ biếng ăn phải giải quyết như thế nào?	160
143.	Làm sao cải thiện được chứng ăn khảng ở trẻ em?	161
144.	Làm sao điều trị trẻ tiêu hóa kém?	163
145.	Axit chlohydric kết hợp với enzyme dạ dày có tác dụng gì?	164
146.	Trẻ tiêu hóa kém có cần dùng kháng sinh không?	165
147.	Trẻ suy dinh dưỡng cần điều trị ra sao?	165
148.	Điều trị và chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng nặng như thế nào?	167
149.	Làm sao phòng ngừa, điều trị chứng trào ngược dạ dày thực quản ở trẻ?	168
150.	Làm sao phòng ngừa, điều trị chứng béo phì ở trẻ em?	170
151.	Khi trẻ nôn ta phải làm sao?	171
152.	Khi trẻ nôn ra máu phải làm sao?	172
153.	Tại sao đối với trẻ còi xương phải cùng lúc bổ sung canxi và vitamin D?	174
154.	Liệu pháp matxa điều trị những rắc rối của chức năng thần kinh dạ dày ruột thực hiện ra sao?	175
155.	Làm sao điều trị chứng thoát vị ở trẻ em?	177
156.	Điều trị tắc ruột như thế nào?	178
157.	Điều trị lồng ruột bằng cách nào?	179
158.	Căn cứ để biết phục hồi lồng ruột thành công là gì?	180

159.	Tây y điều trị chứng viêm dạ dày ở trẻ em như thế nào?	181
160.	Trẻ viêm dạ dày đều phải uống thuốc kháng sinh phải không?	182
161.	Y học cổ truyền điều trị viêm dạ dày như thế nào?	182
162.	Làm sao điều trị viêm đại tràng thể loét mạn tính?	183
163.	Nguyên tắc điều trị viêm túi thừa meckel là gì?	185
164.	Nguyên tắc điều trị viêm ruột thừa cấp tính ở trẻ em là gì?	185
165.	Điều trị hội chứng kích thích ruột bằng cách nào?	186
166.	Những thực phẩm nào có tác dụng phòng ngừa bệnh đường ruột ở trẻ em?	187
167.	Điều trị bệnh loét ở trẻ em như thế nào?	188
168.	Nguyên tắc điều trị bệnh tả là gì? Làm sao cách ly, tiêu độc?	189
169.	Trẻ tiêu chảy cần kiêng ăn không?	190
170.	Phương pháp điều trị bằng ăn uống đối với bệnh tiêu chảy ở trẻ như thế nào?	192
171.	Điều trị tiêu chảy kéo dài như thế nào?	193
172.	Cần chú ý gì khi bổ sung dinh dưỡng cho trẻ tiêu chảy mạn tính?	195
173.	Điều trị hăm da do tiêu chảy lâu gây ra bằng cách nào?	196
174.	Tại sao phải uống bù nước?	197
175.	Phương pháp nào điều trị mất nước do tiêu chảy?	198
176.	Tại sao cần bổ sung kali sau khi tiêu chảy?	199
177.	Tại sao trẻ nhỏ dễ thiếu máu do thiếu sắt? Làm sao bổ sung chất sắt?	200
178.	Tại sao vitamin C có thể nâng cao hiệu quả điều trị thiếu máu do thiếu sắt?	202
179.	Có món ăn chức năng nào điều trị thiếu máu do dinh dưỡng ở trẻ em?	203
180.	Tại sao trẻ dễ mắc bệnh thiếu kẽm? Làm sao phòng ngừa điều trị?	204
181.	Điều trị táo bón ở trẻ em như thế nào?	206
182.	Y học cổ truyền điều trị táo bón ở trẻ em như thế nào?	207
183.	Y học cổ truyền điều trị bệnh giun kim như thế nào?	207

PHẦN 7: PHÒNG NGỪA BỆNH ĐƯỜNG RUỘT	209
184. Chăm sóc hậu môn của trẻ sau phẫu thuật như thế nào?	209
185. Chăm sóc trẻ sau phẫu thuật thoát vị như thế nào?	210
186. Làm sao luyện đại tiện cho trẻ mắc bệnh hậu môn đường ruột	211
187. Phòng ngừa bệnh thương hàn như thế nào?	212
188. Trẻ bị bệnh thương hàn cần chú ý gì về ăn uống?	213
189. Phòng ngừa trẻ bị tiêu chảy bằng cách nào?	214
190. Bệnh tiêu chảy ở trẻ em có truyền nhiễm không?	215
191. Trẻ tiêu chảy mà điều trị, chăm sóc ở nhà phải tiến hành như thế nào?	216
192. Làm sao bảo vệ dạ dày của trẻ?	218
193. Phòng ngừa bệnh lỵ vi khuẩn như thế nào?	219
194. Làm sao phòng ngừa ngộ độc thực phẩm nhiễm khuẩn?	220
195. Làm sao phòng ngừa lỵ amíp?	221
196. Làm sao phòng ngừa điều trị bệnh sán dây?	221
197. Làm sao phòng ngừa bệnh giun kim?	222
198. Làm sao phòng ngừa bệnh giun đũa?	223
199. Nuôi dưỡng khoa học là gì?	224
200. Trẻ nuôi bằng sữa mẹ có cần cho ăn dặm không?	225
201. Nuôi con bằng sữa mẹ có thể giảm bệnh tiêu chảy ở trẻ em phải không?	226
202. Trẻ nuôi bằng sữa bò, cần chú ý vấn đề gì?	227
203. Trẻ em có nên ăn vặt không?	229
204. Ăn thế nào là đúng?	230

BỆNH ĐƯỜNG RUỘT Ở TRẺ EM

PHÒNG NGỪA - CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ

Chịu trách nhiệm xuất bản

MAI QUỲNH GIAO

Chịu trách nhiệm nội dung

NGUYỄN THU HÀ

Biên tập : Hà Thu

Bìa : Bùi Nghĩa

Trình bày : Kim Nguyệt

Sửa bản in : Lan Vy

NHÀ XUẤT BẢN PHỤ NỮ

39 Hàng Chuối - Hà Nội

ĐT: (04) 39.717979 - 39.710717 - 39.717980 - 39.716727 - 39.712832

Fax: (04) 9.712830

Email: nxbphunu@vnn.vn

CHI NHÁNH

16 Alexandre de Rhodes - Q1 - TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (08) 38.294459 - 38.228467 - 38.233802

Fax: (08) 38.234806

In 1.500 cuốn, khổ 14,5 x 20,5cm. Tại Công ty Cổ phần In Gia Định, số 9D
Nơ Trang Long, Quận BT, TP. HCM - ĐT: 38.412.644. Số đăng ký KHXB:
308-2009/CXB/8-17/PN. Quyết định xuất bản số: 142/QĐ-PN, cấp ngày
01.06.2009. In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2009.



BỆNH ĐƯỜNG RUỘT ở TRẺ EM

Bệnh đường ruột là bệnh thường gặp ở trẻ, chiếm tỷ lệ cao trong bệnh nhi, chỉ đứng thứ hai sau bệnh đường hô hấp. Nguyên nhân gây ra những bệnh này rất phức tạp, việc phân biệt và chẩn đoán khác hẳn người lớn. Do đó đòi hỏi các bậc cha mẹ phải nắm được cơ chế gây bệnh, triệu chứng bệnh để phát hiện kịp thời, nhằm phối hợp chặt chẽ với thầy thuốc trong việc chẩn đoán và điều trị

Phát hành tại:
NHÀ XUẤT BẢN PHỤ NỮ
39 Hàng Chuối - Hà Nội
ĐT: 9.717980 - 9.710717
Chi nhánh:
16 Alexandre De Rhodes - Q.1 - Tp. Hồ Chí Minh
ĐT: 3 8.294459 - Email: nxbphunu@vnn.vn



CN. Bệnh đường ruột ở T.E



Giá: 36.000đ