

KHOA DINH DƯỠNG

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY DINH DƯỠNG (NHI KHOA)

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

2.1 SAI LẦM TRONG NUÔI DƯỠNG

Không cho bú mẹ đầy đủ, cai sữa mẹ sớm, nuôi dưỡng trẻ không đúng phương pháp khi thiếu/không có sữa mẹ, cho ăn dặm quá sớm (trước 4 tháng tuổi) kiêng ăn khi trẻ bệnh.

2.2 BỆNH LÝ

- Bệnh nhiễm trùng: nhiễm khuẩn đường hô hấp, tiêu hóa tái phát, biến chứng hậu sỏi, ly, tiêu chảy kéo dài...

- Bệnh không nhiễm trùng:

+ Bệnh làm tăng nhu cầu chuyển hóa:

+ Cường giáp, phỏng, phẫu thuật, chấn thương, bệnh lý có dùng Corticoid.

+ Bệnh làm mất chất dinh dưỡng: Qua đường ruột (bệnh ruột mất đạm, hội chứng ruột ngắn, cắt dạ dày hay ruột non, cắt nối ruột, dò đường tiêu hóa, bệnh lý kém hấp thu, tiêu chảy nặng, suy tụy); Qua thận (hội chứng thận hư, lọc thận mạn tính); bệnh lý khác (vết thương hở, dẫn lưu áp - xe, tràn dịch màng phổi dịch tiết).

+ Các bệnh mạn tính: Tháo đường, suy thận mạn, suy tim, bệnh gan mạn, viêm loét dạ dày, viêm khớp mạn, chậm phát triển tâm thần vận động, động kinh, hôn mê kéo dài.

2.3 YẾU TỐ THUẬN LỢI

Sanh non, suy dinh dưỡng bào thai, dị tật bẩm sinh (hệ tiêu hóa, hệ tim mạch, hệ thần kinh, bệnh lý nhiễm sắc thể), nuôi dưỡng kém vệ sinh, không được chủng ngừa theo lịch.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1 SUY DINH DƯỠNG THỂ NHẸ: Chậm phát triển thể chất, tâm thần, vận động, nhiễm trùng, thiếu máu, thay đổi hệ lông tóc.

3.2 SUY DINH DƯỠNG THỂ VỪA – NẶNG: 3 thể lâm sàng

- Suy dinh dưỡng thể phù (kwashiorkor): phù, teo cơ, rối loạn sắc tố da, tổn thương niêm mạc, thay đổi tính chất răng, khô mắt, nhuyễn giác mạc do thiếu Vitamin A, tâm thần kinh: Run cơ, biến đổi trạng thái tâm thần (kém linh hoạt, mệt mỏi, quấy khóc, kích thích), rối loạn giấc ngủ (ngủ ít, khó ngủ, khóc đêm...), ảnh hưởng sự trưởng thành của não và trí thông minh, khoét đầu xương dài, biến dạng xương, hệ tim mạch (giảm cung lượng tim, suy tim mạn, rối loạn điện giải trên ECG do hạ kali), hệ tiêu hóa (biếng ăn, chướng bụng, tiêu chảy, có thể kém hấp thu Nitrogen, mỡ, carbohydrate, chất khoáng, gan to và chắc, nếu nặng có thể suy gan), chức năng thận bị ảnh hưởng, thiếu máu (thường Hb ở mức 8-10g/ dl).

- Thể teo đét (Marasmus): Thường ở tuổi nhũ nhi do không được bú mẹ, chậm phát triển: Da nhăn nheo, thường không phù, chức năng gan ít bị ảnh hưởng, ít đe dọa suy tim, niêm mạc ruột ít tổn thương nặng nên ít tiêu chảy và rối loạn tiêu hóa.

- Thể Marasmic Kwashokor: Đây là thể phù đã được điều trị, trẻ trở thành teo đét nhưng gan vẫn còn to do thoái hóa mỡ, tổn thương da vẫn còn.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. HUYẾT ĐỎ: Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, có thể kèm giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu do tủy giảm sản xuất do thiếu nguyên liệu.

4.2. SINH HÓA: Ion đồ (thường giảm Natri, Kali, Magne, Calci), Urê máu (thường thấp, ngoại trừ trường hợp bệnh nhân có mất nước), chức năng gan (suy giảm trong trường hợp phù), sắt huyết thanh, FERRITIN thấp.

4.3. ĐIỆN DI ĐẠM MÁU

- Đạm máu: Giảm rất nặng ở thể phù (thường < 4g%), nhẹ hơn ở thể teo (4g%)

- Albumine máu: Thường < 30g/l, A/G: Bình thường ở thể teo (do giảm đều nhau), đảo ngược trong thể phù (do giảm ALBUMINE là chủ yếu).

4.4. LIPID MÁU: Giảm toàn bộ các thành phần Lipid, Cholesterol, Triglycerid.

4.5. BILAN NHIỄM TRÙNG: Trong trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng.

4.6. KÝ SINH TRÙNG TRONG PHÂN.

4.7. IDR: Nên thường làm thường quy (do thường kèm với tình trạng lao), Nếu kết quả âm tính khi nhập viện, nên lặp lại một lần nữa trước khi xuất viện, (IDR có thể âm tính giả khi suy dinh dưỡng nặng, IDR trở nên dương tính sau khi dinh dưỡng được phục hồi)

4.8. HÌNH ẢNH HỌC: Siêu âm bụng (tìm gan nhiễm mỡ trong trường hợp phù),
XQ tim phổi tìm tổn thương phổi đi kèm nếu có triệu chứng gợi ý.

5. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng
- Vòng cánh tay < 13cm ở trẻ 1-5 tuổi.
- Chậm tăng trưởng: Thường dùng các chỉ số cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao.

6. ĐIỀU TRỊ

- Trường hợp nhẹ và vừa không có biến chứng: Điều trị ngoại trú, chủ yếu điều chỉnh chế độ dinh dưỡng theo nguyên tắc:

- + Tăng dần đậm độ năng lượng để đạt từ 100 – 150 kcal/kg/ ngày.
 - + Tăng dần lượng protein cung cấp lên 2-3g/kg/ ngày
 - + Sử dụng loại đạm có giá trị sinh học cao (thịt, cá, trứng, sữa...)
 - + Chia thành nhiều bữa ăn nhỏ.
 - + Cung cấp thêm vitamin E cần thiết: Vit A: 150 UI/ngày, Vit D: 400UI/ngày.
- Trường hợp thể vừa, có biến chứng hoặc thể nặng: nhập viện

6.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Nhanh chóng ổn định dấu hiệu sinh tồn, điều chỉnh các rối loạn nội môi.
- Cung cấp năng lượng và chất dinh dưỡng dưới dạng thức ăn ngay khi sinh hiệu ổn định theo nguyên tắc:
 - + Đạm độ E và P lúc khởi đầu vừa đủ để không làm nặng thêm tình trạng rối loạn

chuyển hóa, sau đó tăng dần để giúp trẻ bắt kịp tốc độ tăng trưởng bình thường.
+ Chia nhỏ bữa ăn 8 – 12 lần / ngày.

6.2. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH TRẺ (TUẦN 1)		GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI TRẺ (TUẦN 2-6)
N1 – N2	N3-N7	
Điều chỉnh hạ đường huyết , Điều chỉnh hạ thân nhiệt bù nước		
Điều chỉnh rối loạn điện giải		Điều chỉnh rối loạn điện giải
Chống nhiễm trùng		
Bổ sung vi chất (<u>chưa</u> cung cấp sắt)		Bổ sung vi chất (<u>cung</u> cấp sắt)
Bắt đầu cho ăn		Tiếp tục cho ăn
		Phục hồi tăng trưởng
Kích thích cảm giác và hỗ trợ xúc giác		Kích thích cảm giác và hỗ trợ xúc giác
		Theo dõi – xuất viện

6.3. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

6.3.1. GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH TRẺ: Thường trong vòng 1 tuần

- Điều trị hạ đường huyết:
- Hạ thân nhiệt: Ủ ấm bằng phương pháp Kangaroo, chiếu đèn, tắm soát nhiễm trùng. Theo dõi tránh tăng thân nhiệt.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải:
- Điều chỉnh rối loạn thăng bằng toan kiềm:
- Chống nhiễm trùng, sốt rét, ký sinh nếu có.
- Bổ sung vi chất: Hàng ngày, trong ít nhất 2 tuần (đa sinh tố; Acid Folic 5mg/ngày đầu, sau đó 1mg/ngày; kẽm 2mg/kg/ngày, đồng 0,3mg/kg/ngày, sau khi tăng cân cho sắt nguyên tố 3mg/kg/ ngày; Vitamin A nếu có dấu hiệu tổn thương mắt: <6 tháng tuổi 50.000 UI/N1- N2- N14, 6-12 tháng 100.000 UI/N1-N2- N14,> 12 tháng 200.000 UI/N1-N2-N14).
- Bắt đầu cho ăn: Nguyên tắc: Ăn ít, thường xuyên (6-12 bữa/ngày) sữa có độ thẩm thấu thấp (pha loãng), ít lactose. Tận dụng sữa mẹ tối đa, nếu có, với trẻ <12 tháng. thường dùng sữa F75 (75kcal/100ml)

NGÀY	ĐỘ PHA LOÃNG THỨC ĂN	SỐ LƯỢNG/ NGÀY (ml/kg)	SỐ LẦN ĂN TRONG NGÀY
1	50	100	12
2	75	100	12
3	75	120	12
4	100	120	10
5	100	150	10
6	100	180	8
7	100	200	8

+ Qua miệng hoặc sonde chảy chậm tránh chướng bụng và tiêu chảy không hấp thu kịp (rút ống nếu trẻ ăn được 3/4 nhu cầu hoặc hết suất 2 lần liên tiếp) nếu tiêu chảy kéo dài, bất dung nạp thức ăn, phải nuôi tĩnh mạch.

Năng lượng: 80 – 100 kcal/ngày.

Dịch : 120-130ml/kg/ngày (100ml/kg/ngày nếu có phù) Protein : 1-1.5g/kg/ngày

- Theo dõi cân nặng mỗi ngày trước khi ăn sáng, tổng kết mỗi 3 ngày, ghi nhận số cân tăng/g/kg/ngày.

- Đánh giá hiệu quả điều trị: Phù thường bắt đầu giảm vào N4 của điều trị, bắt đầu có cảm giác thèm ăn sau tuần đầu. Tăng cân tốt : >10g/kg/ngày, trung bình 5 – 10g/kg/ngày, tăng < 5g/kg/ngày: Đánh giá lại chất lượng thức ăn, số lượng thức ăn, ổ nhiễm trùng sâu, bất dung nạp thức ăn.

6.3.2. GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI DINH DƯỠNG: Thường tuần thứ 2

- Tiêu chuẩn: Ăn ngon trở lại, chơi giỏi, không sốt, không ói, không tiêu chảy, không phù, tăng cân <5g/kg/ngày.

- Trẻ <24 tháng: Dùng sữa F100 (100 Kcal/100ml), trẻ < 24 tháng: Dùng F100 xen kẽ với thức ăn thông thường (đậm độ thức ăn cao ≥ 1 Kcal/l) 2 ngày đầu: Số lượng mỗi lần ăn và số lần ăn trong ngày tương tự như giai đoạn đầu N3 trở đi: Tăng dần 10ml cho mỗi bữa cho đến khi trẻ không thể ăn hết suất, thông thường khẩu phần gồm: 150 – 220 kcal/ kg/ ngày, 4 – 6g Protein/kg/ngày. Nếu trẻ không thể ăn hết phần: cho lại số lượng bằng lần ngay trước đó, khi trẻ ăn hết, bắt đầu tăng dần trở lại. Nếu trẻ chỉ có khả năng ăn < 130 Kcal/kg/ngày: Nguy cơ thất bại điều trị.

- Điều trị các rối loạn đi kèm:

+ Tồn thương mắt: Vit A, nếu có viêm/loét giác mạc: Nhỏ mắt với cloramphenicol mỗi 2-3 giờ trong 7- 10 ngày, nhỏ mắt với Atropine 1 giọt x 3/ngày trong 3-5 ngày, đặt mắt bằng gạc có tẩm nước muối sinh lý

+ Thiếu máu nặng

+ Tiêu chảy: Do nhiễm trùng/ký sinh trùng: Dùng thêm kháng sinh, kháng ký sinh trùng; Tiêu chảy phân toàn nước, xét nghiệm phân HP<6, Clinitest (+) nên dùng sữa F75 có nồng độ Lactose thấp hoặc sữa không Lactose, chuyển dần sang sữa F100 trong giai đoạn hồi phục. nghi ngờ tiêu chảy thẩm thấu: Tiêu chảy tăng lên với F75, ngưng khi giảm đường và độ thẩm thấu trong sữa, nên chuyển qua dùng sữa F75 có ngũ cốc.

7. XUẤT VIỆN

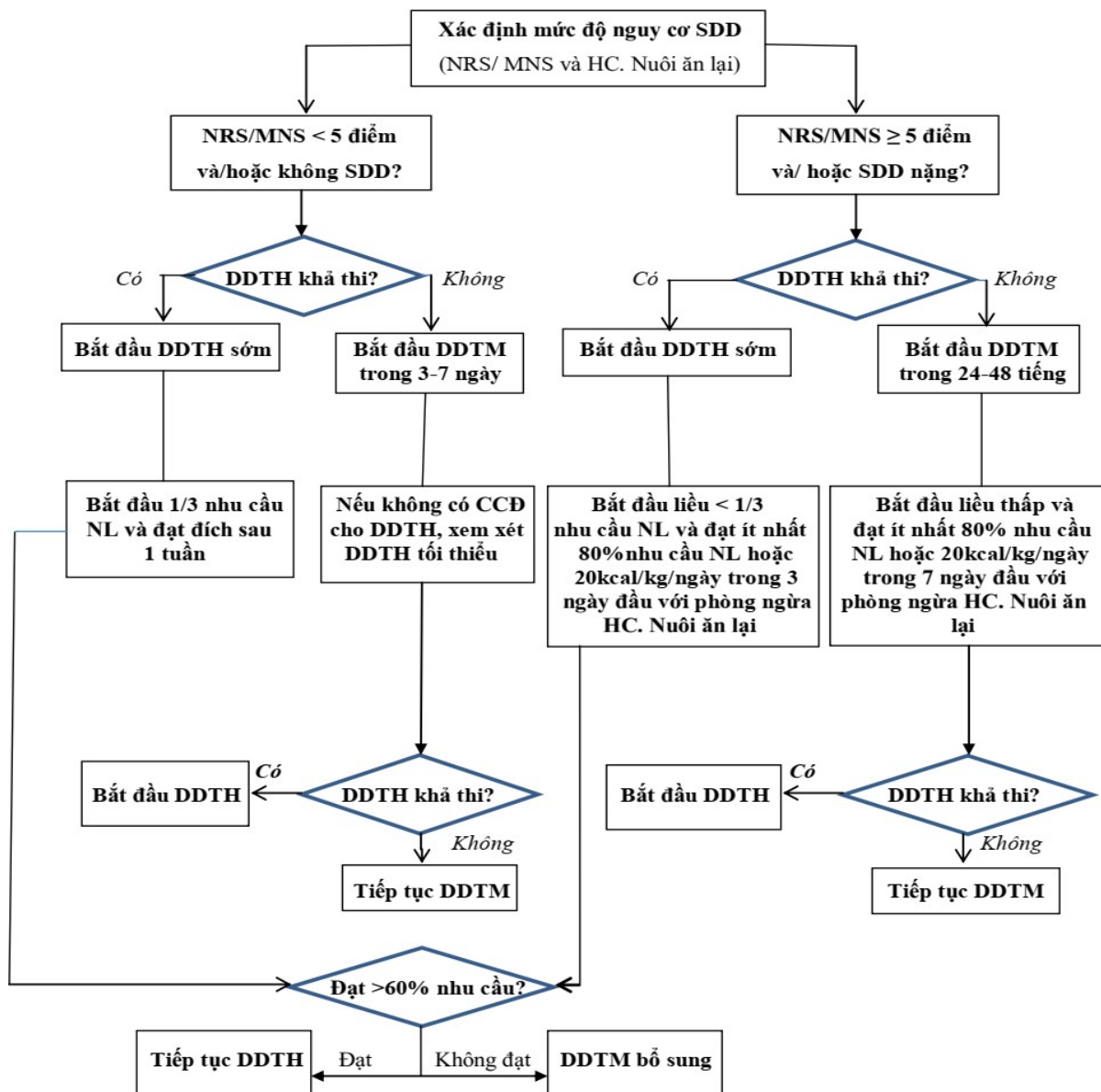
- Tiêu chuẩn xuất viện: Lý tưởng: CN/CC đạt >90%

- Cần nhắc: Có thể xuất viện sớm khi:

TRẺ	MẸ/NGƯỜI CHĂM SÓC
> 12 Tháng	Không đi làm xa nhà
Dùng đủ liều kháng sinh	Được huấn luyện kỹ càng cách chăm sóc tại nhà
Ăn ngon miệng	Có đủ điều kiện để nuôi trẻ
Tăng cân tốt >10g/kg/ngày	Có khả năng thực hiện theo hướng dẫn của nhân viên y tế
Hết phù (nếu có phù lúc nhập viện)	Có khả năng mang trẻ đến tái khám đều đặn
Đã uống đủ 2 tuần Vitamin và vi lượng H (hoặc khi chắc chắn sẽ được tiếp tục uống tại nhà)	

8. TÁI KHÁM: Mỗi tuần trong 1 tháng, sau đó mỗi tháng, cho đến khi cân nặng /chiều cao > 8.

2. PHÁC ĐỒ CHỌN ĐƯỜNG NUÔI DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH COVID – 19 THỞ MÁY



Nguồn: Bộ Y Tế (2021). Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng trong điều trị người bệnh Covid-19