# Bài 2: Triệu chứng học hô hấp:

- Nguyên tắc, kỹ thuật khám về cơ bản giống người lớn. Ngoại trừ: Thứ tự: Nhìn => nghe thở => nghe ống nghe => sờ => ngõ.

- Các triệu chứng cơ năng gợi ý bệnh lý hô hấp ở trẻ: Đau ngực, khó thở, khò khè và ho.

## I. Khó thở:

- Khó thở biểu hiện ở 4 nhóm triệu chứng: Nhịp thở nhanh; sử dụng các cơ hô hấp phụ: (đầu gật gù theo nhịp thở, phập phồng cánh mũi, co kéo hõm ức, co kéo cơ liên sườn, rút lõm lồng ngực, di động nghịch thường ngực - bụng); các kiểu thở bất thường (Ngưng thở, Cheney stoke, Biot…); các âm thở bất thường.

- Tiếp cận trẻ khó thở: Đầu tiên đảm bảo ổn định theo thứ tự ABC sau đó mới tiến hành hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng để chẩn đoán.

\* Phân biệt khó thở do hô hấp và khó thở do tim mạch (thông thường rất là khó; một số yếu tố gợi ý)≫>

### 1.1. Hỏi bệnh:

- Vì người mẹ rất hay nói quá triệu chứng => chu ý cần kiểm tra lại thông tin khi một người mẹ nói trẻ bị khó thở:

**+ Hoàn cảnh khởi phát khó thở? Tự** nhiên trẻ khó thở, hay chỉ khó thở khi gắng sức (Lưu ý: Với trẻ nhỏ các hoạt động gắng sức bao gồm: Khóc, bú, đi vệ sinh…) Hay sau khi trẻ ăn uống, đang chơi đồ chơi…

**+ Dấu hiệu nào biết trẻ đang bị khó thở?** Cần mô tả trong phần bệnh sử mang tính chất gợi ý. Không nên nói chung là “Trẻ khó thở” mà nên mô tả cụ thể ra. Ví dụ: “Mẹ nói trẻ thở nhanh hơn bình thường, mẹ thấy trẻ có cánh mũi phập phồng; hoặc mẹ thấy trẻ phải dùng sức để thở”,…

**+ Các dấu hiệu khác gián tiếp khách quan hơn để chỉ trẻ bị khó thở mà mẹ dễ dàng đánh giá hơn?** Ví dụ: Trẻ khi bú có cần ngừng lại để thở không? Trẻ bú có lâu hơn không? Trẻ có bỏ bú không (có thể do khi bú trẻ khó thở nên không bú)? Trẻ có dùng miệng để thở không?

**+ Có triệu chứng nào kèm theo không?** (đặc biệt là tím, nổi vân da… - nếu có thì tím ở đâu) (thông tin chỉ mang tính chất tham khảo, chú ý hơn trong đánh giá suy hô hấp).

- Khai thác triệu chứng khò khè: Đây là một triệu chứng rất có giá trị trong chẩn đoán các bệnh hô hấp ở trẻ, đặc biệt là hen. Tuy nhiên, khái niệm khò khè của bà mẹ và của bác sỹ có thể không giống nhau (có thể chỉ là khụt khịt ở mũi) => cần check.

+ Nghe khò khè ở đâu? Bà mẹ rất khó trả lời.

+ Nếu trẻ còn triệu chứng hãy hỏi xem giờ trẻ còn khò khè nữa không?

+ Đặt tay lên lưng hoặc ôm trẻ vào người có thấy lồng ngực trẻ rung không? (nếu trẻ khò khè => phải rung)

+ Trẻ có bị tịt mũi không, chảy mũi không? Khi rửa xong mũi trẻ có đỡ khò khè không (câu hỏi lừa, nếu trả lời có thì khả năng cao là khụt khịt). (Sau đó khai thác bình thường như: Hoàn cảnh khởi phát, thời gian kéo dài; yếu tố tăng, giảm)

### 1.2. Thăm khám:

#### 2.1.1. Nhịp thở

- Đếm nhịp thở: Trẻ < 2 tuổi chủ yếu thở bụng => nhìn bụng. Sau 2 tuổi trẻ thở ngực bụng. Đến 10 tuổi, con trai thở bụng, con gái thở ngực.

- Đếm khi trẻ chơi yên, tốt nhất là ngủ. Không đếm khi trẻ khóc, khi trẻ vừa bú xong hay đang quậy nhiều. (Do tăng nhịp thở lên; khi ngủ trẻ có thể giảm nhưng không đáng kể)

- Bộc lộ kéo cao áo lên; đặt đồng hồ sát bụng trẻ để đếm (tránh thời gian lãng phí liếc đồng hồ). Cần đếm trong 1 phút. Nếu nhịp thở nhanh so với tiêu chuẩn => đếm lại 2 lần. Đặc biệt với trẻ nhi cần đếm 2 lần (kể cả nhanh 2 không), lấy kết quả thở nhanh hơn.

- Cần cẩn thận khi nhận định kết quả thở nhanh khi trẻ đang sốt: 1 độ C làm tăng 5 - 7 nhịp thở. Tốt nhất nên cho trẻ ổn định nhiệt độ => đếm lại.

(Theo bài giảng PGS Bàng: Nhịp thở thường không là một con số, đặc biệt với trẻ nhi => nên kiểm tra 2 - 3 lần khác nhau để đưa ra một khoảng nhịp thở cho trẻ).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tuổi** | **Tần số (lần/phút)** | **Lượng khí thở (ml/lần)** | **Nhận định nhanh** | **Nhận định chậm** |
| **Sơ sinh** | **40 - 60** | **25** | Sơ sinh - 2 tháng: ≥ 60 lần/phút | Chủ yếu dựa vào khoảng ngừng thở của trẻ. (xem phần dưới) |
| 3 tháng | 40 - 45 |  |
| 6 tháng | 35 - 40 |  | ≥ 2 tháng - 12 tháng ≥ 50 lần/phút |
| **1 tuổi** | **30 - 35** | 70 |
| 3 tuổi | 25 - 30 |  | ≥ 12 tháng ≥ 40 lần /phút |
| 4 tuổi |  | 120 |
| **6 tuổi** | **20 - 25** |  |
| 8 tuổi |  | 170 |
| 12 tuổi | 20 - 22 |  |
| **15 tuổi** | **18 - 22** |  |  |  |
| Người lớn | 15 - 16 | 500 ml | ≥ 30 lần/phút |  |

#### 2.1.2. Các dấu hiệu sử dụng cơ hô hấp phụ:

- Đầu gật gù theo nhịp thở: Cho mẹ bế ngửa bé trên đùi; khi hít vào đầu bé cúi về phía trước; khi thở ra đầu bé gục về phía sau. Cơ chế: Khi khó thở trẻ phải dùng nhóm cơ ức đòn chũm kéo mở rộng lồng ngực để hỗ trợ hô hấp. Trong khi đó các cơ giữ cổ khác của trẻ chưa phát triển => Đầu di động theo nhóm cơ

- Rút lõm hõm trên ức: Quan sát hõm ức ở trẻ, trong thì hít vào thấy hõm ức rút sâu vào. Cơ chế tương tự đầu gật gù. (cần lưu ý: nếu đầu gật gù + rút lõm hõm trên ức không có dấu hiệu nguy kịch hô hấp khác kèm theo => cần nghĩ đến thần kinh trung ương: nang não thất ba)

- Phập phồng cánh mũi: Quan sát cánh mũi di chuyển theo các nhịp thở. Xuất hiện khi thì hít vào ngắn bất thường. Khi phập phồng cánh mũi làm nở rộng mũi trước và giảm sức cản đường thở trên, giúp ổn định đường thở trên bằng cách ngăn cản áp lực cực âm trong vùng hầu khi hít vào.

- Hô hấp ngược chiều: Bình thường khi hít vào, lồng ngực và bụng di dộng ra ngoài. Nếu khi hít vào, thành ngực đi vào trong => lồng ngực mất tính ổn định, bị móp do hoạt động của cơ hoành hoặc trong trường hợp trẻ sinh non.

# - Co kéo cơ liên sườn: Nhìn rõ ở 2 bên mạn sườn; ở thì thở ra giữa các khoang liên sườn, các cơ sẽ kéo lại. Cơ chế: Khi thở ra bình thường trẻ

- Rút lõm lồng ngực: Nhìn ở 1/3 dưới lồng ngực, ở thì hít vào, lồng ngực lõm vào (nhìn rõ ở ranh giới của xương sườn cuối - số 9 - và các cơ ở bụng)

# ? Thế nào là 1/3 dưới lồng ngực

Bình thường Ở trẻ sơ sinh hoặc trẻ đẻ non, có dấu hiệu này có thể là bình thường. Bất thường khi: RLLN nặng ở trẻ ≤ 2 tháng (thế nào là nặng thì đi lâm sàng?); hoặc có RLLN khi trẻ > 2 tháng.

+ Cơ chế: Áp suất trong khoang màng phổi âm hơn khi hít vào ngược với sức cản đường thở cao dẫn đến rút lõm phần mềm của lồng ngực gồm khoảng gian sường và hạn sườn, khoảng trên ức và trên đòn.

+ Lồng ngực của trẻ mềm, yếu => theo sát cơ hoành.

=> Các dấu hiệu trên đều gợi ý tình trạng khó thở của trẻ. Nếu trẻ càng nhiều dấu hiệu => trẻ càng nặng (càng khó thở). Đây là một trong những dấu hiệu nguy hiểm của trẻ.

#### 1.2.3. Kiểu thở bất thường:

- Ngừng thở: Giữa các nhịp thở có khoảng ngừng thở => hệ quả: Chậm nhịp thở, tím tái…

+ Ngừng thở sinh lý: Không ảnh hưởng đến toàn trạng của trẻ. Có thể gặp ở trẻ < 3 tháng, mỗi cơn < 6s (do trung tâm hô hấp chưa phát triển hoàn toàn)

(Hô hấp có chu kỳ: Tình trạng trẻ có những cơn ngừng thở mỗi 20s (mỗi cơn phải < 6 s). Kiểu thở này gặp ở trẻ sinh non vào ngày đầu sau sinh => tồn tại đến 44 tuần tuổi (tuổi tính theo chu kỳ kinh cuối); ở trẻ đủ tháng có thể gặp từ 1 tuần - 2 tháng tuổi (biến mất hoàn toàn lúc 6 tháng))

\* Nguyên nhân, cơ chế: Do trung tâm hô hấp dưới sự chỉ huy của vỏ não chưa hoàn toàn biệt hóa và trưởng thành.

+ Ngừng thở bệnh lý: Khi khoảng ngừng thở > 20s (hoặc > 15 s + triệu chứng). (lưu ý: Trẻ đẻ non tháng nếu ngừng sau 7s và 9s với trẻ đủ tháng sẽ gây tụt độ bão hòa oxy trong máu) => Báo hiệu một tình trạng rất nặng của trẻ (có thể toàn thân hay chỉ tại hô hấp). Cần được xử lý ngay

\* Chú ý khi đi học lâm sàng:

1. Khi đi trực sơ sinh, nếu thấy trẻ ngừng thở + xuất hiện tím tái => làm bé đau (VD: cấu, véo, đánh trẻ…) để trẻ tỉnh lại; điều này quan trọng hơn việc đi báo, vì nếu muộn có thể trẻ chết)

2. Ở các trẻ hay có cơn ngừng thở: Người ta dùng caféin: Có tác dụng kích thích trung tâm hô hấp.

- **Kiểu thở Biot:** Những chu kỳ hô hấp không đều ở thể tích khi lưu thông khác nhau xen kẽ với cơn ngưng thở, là dấu hiệu xấu ở bệnh nhi tổn thương não nặng.

- **Kiểu thở Cheney stoke:** Xen kẽ giữa chu kỳ tăng và giảm thể tích khi lưu thông là cơn ngừng thở, thường gặp ở trẻ suy tim sung huyết, tăng áp lực nội sọ.

- **kiểu thở Kussmaull:** thở sâu, chậm đều, tăng thông khí (ĐTĐ toan ceton; ngộ độc saliccilat)

#### 1.2.4. Các âm thở bất thường nghe bằng tai thường:

- Cách phát hiện các âm bất thường: Để trẻ ngủ; ghé tai người khám vào mũi rồi vào ngực của trẻ để xác định âm thanh; mắt nhìn xuống bụng trẻ để xác định thì hô hấp.

+ Thở rít: Tiếng thở nghe như tiếng gió rít - thô rít, xuất phát từ ngoài lồng ngực (đường hô hấp trên) do có tắc nghẽn đường thở ngoài lồng ngực (hay gặp ở thanh quản: do viêm; dị vật…). Nghe rõ ở thì hít vào.

+ Khò khè (wheezing): Tiếng thở xuất phát từ lồng ngực. Tiếng thở có thể nghe được cả 2 thì nhưng nghe rõ ở thì thở ra. Tiếng nghe như:

+ Thở rên: Chỉ gặp ở trẻ < 2 tháng tuổi. Bình thường, thì thở ra, 2 dây thanh quản mở ra để khí đi được. Tuy nhiên, trong những trường hợp trẻ nhỏ viêm nhiễm nặng, hoặc phế nang chưa có sulfactant thì ở thì thở ra, 2 dây thanh quản đóng lại nhằm tạo áp lực dương cuối kỳ thở ra => tránh xẹp phổi. Thông thường những trẻ nghe được tiếng thở rên là những trẻ rất nặng

- Khụt khịt: Tiếng do dòng khí đi qua lỗ mũi bị tắc nghẽn đờm dịch. Tiếng sẽ giảm đi khi rửa, tránh mũi. Tiếng sẽ giảm xuống nếu mình nghe ở ngực.

\* Phân biệt thở khò khè và tiếng khụt khịt: Khò khè nghe rõ ở ngực (khụt khịt thì ở mũi); khò khè nếu nghe bằng ống nghe có ran rít và ran ngáy (khụt khịt có thể nghe một số tiếng như tiếng của đường hô hấp trên); rửa mũi thì trẻ không đỡkhò khè (khụt khịt thì rửa mũi sẽ đỡ khò khè)

\* Đứng trước khó thở ta cần:

+ Đánh giá mức độ hô hấp - xử trí ngay:

+ Phân biệt trẻ khó thở do tuần hoàn hay hô hấp

1.3. Cơ chế bệnh sinh của khó thở:

### 1.4. Tiếp cận trẻ khó thở:

Bước 1: Ổn định toàn trạng cho trẻ: Hỗ trợ oxy (xem bài liệu pháp oxy); theo dõi spO2

Bước 2: Nhanh chóng xác định nguyên nhân gây khó thở và giải quyết nếu có thể:

- Khó thở rất cấp (vài phút) và ngay lập tức đe dọa tính mạng: Thông thường là do chít hẹp và dị vật đường thở

Nhanh chóng xác định nguyên nhân để giải quyết: Một số dấu hiệu gợi ý nguyên nhân

+ Nếu nghe tiếng thở rít => Nguyên nhân đường hô hấp trên (đặc biệt là vùng thanh khí phế quản) hay gặp: Viêm thanh quản cấp (sau đặt ống NKQ) hay di vật đường thở.

+ Nghe phổi: Phổi câm≔> tắc nghẽn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Triệu chứng gợi ý** | **Xử trí** |
| Dị vật đường thở | - có tiền sử tiếp xúc  - | - Cho trẻ nằm ở tư thế an toàn.  Nghiệm pháp Hemlichs |
| Sặc sữa, sặc thức ăn |
| Tràn khí màng phổi dưới áp lực | - Tiền sử chấn thương; Marfan..  - Tràn khí dưới da  - Khó thở vật vã, suy hô hấp rất nhanh mặc dù có hỗ trợ hô hấp  - Nghe phổi; RRPN giảm rõ: | - Dẫn lưu khí màng phổi  - Chọc dịch cấp cứu |
| Cơn hen cấp | - Tiền sử dị ứng  - Phổi: Nghe câm; hoặc nghe ran rít. |  |
| Sốc phản vệ, chèn ép tim sau chấn thương | (thường dễ chẩn đoán) |  |
|  |  |  |

+ Khó thở cấp tính: (trong vài giờ) nặng nhưng không chết ngay được. Tìm nguyên nhân sớm nhất có thể, Hay gặp: Hô hấp (viêm phổi); tim mạch (phù phổi cấp; suy tim cấp (suy tim sung huyết) bệnh màng ngoài tim); rối loạn điện giải, chuyển hóa.

+ Nguyên nhân bán cấp (vài ngày/vài tuần); Nguyên nhân mạn tính (gần đây/vài tháng): Cứ từ từ, không chết ai, căn cứ vào các triệu chứng khác nữa.

=> Nếu khó thở cấp: Chủ yếu là do hô hấp, tim mạch hoặc bệnh chuyển hóa toàn thân=> cần tìm nhanh nguyên nhân (xem thêm bài suy hô hấp)

+ Nếu khó thở mạn: Cứ từ từ rồi tính.

Thanh quản: thở chậm - hít vào?. Khó thở thanh quản: Rút lõm hõm trên ức. Giọng nói; ho ông ổng như chó sủa. ( 3 dấu hiệu)

\* Khó thở thanh quản: 3 triệu chứng chính, 4 triệu chứng phụ. Là một cấp cuuws. Rất cấp khi có dị vật đường thở. Nếu có triệu chứng trước: Viêm. Bạch hầu: Khó thở thường dữ dội => mở khí quản.

(Khó thở: 2 thì: Viêm phổi hoặc viêm tiểu phế quản muộn; còn khó thở một thì thở ra: Thông thường do viêm itemef phế quản.

1.5. Tiếp cận một số trường hợp triệu chứng đặc biệt:

### II. Ho:

- Ho là một phản xạ của cơ thể đáp ứng khi có kích thích. Cơ chế: Đóng nắp thanh môn????

- Nguyên nhân:

- Khai thác bệnh nhân ho:

1. Thời gian xuất hiện + hoàn cảnh khởi phát:

- Xuất hiện nhiều đêm về sáng: Ho do nhạy cảm kích thích => Hen phế quản. (cần lưu ý với trường hợp trẻ viêm phổi, viêm tiểu phế quản khi sáng ngủ dậy ho khạc đờm nhiều. Nguyên nhân là do ứ đọng đờm dãi).

2. Hoàn cảnh khởi phát:

3. Tính chất của ho:

- Ho húng hắng: Là ho từng tiếng một. Hay ho thành từng cơn

- Ho khan: Ho không khạc đờm

- HO có đờm: Ho có khạc đờm (đờm là các chất tiết từ khí phế quản, phế nang, trên thanh môn từ các hốc mũi, các xoang trán, hàm??). Tuy nhiên cần xác định: Chú ý: Muốn có thể ho có đờm thì cần phải có một thời gian cho quá trình viêm (xem thêm ho).

- HO khan: 7 ngày - 20 ngày => ho kích thích? Khong phải ho của nhiễm trùng. => không ảnh huuwongr đến đợt bệnh. (cần phải phân biệt ho khan do kích thích với ho nằm trong nhóm bệnh lý)

- Diễn biến của một đợt viêm∷ Ho khan => ho có đơm tầm 3 ngày

Ho húng hắng:

Ho khan???

- Cấp: Viêm phế quản cấp, viêm tiểu phế quản

- mạn: Hen phế quản; loạn sản phổi (trẻ đẻ non) - khò khè

Ho: Ho khan, ho nhiều về đêm.

Kiểu ho trong viêm: Những ngày đầu ho khan sau đó sẽ ho có đờm. Sáng dậy thì ho nhiều hơn, do khạc đờm….(ứ đọng đờm giãi)

Bộ mặt V.A mũi xanh mũi đỏ;

Dịch xanh chủ yếu là do cahats tiết dịch từ V>d

Ho nửa đêm về sáng; hen phế quản, dị ứng.

+ Trường hợp trẻ nuốt đơm, không khạc được đờm

+ Đờm này từ đường hô hấp trên hay hô hấp dưới?????

- Âm sắc của ho: HO ổng ổng, khàn giọng => viêm thanh quản; giộng đôi: Liệt thành quản

- Nếu trẻ có đờm cần xác định: Đờm màu gì, nhiều hay ít:

+ Đờm thanh dịch: Trong, loãng, có bọt hoặc có bọt hồng (phù phổi cấp)

+ Đờm nhầy: Trong, nhầy, quánh dịch (viêm phế quản phổi, hen phế quản)

+ Đờm mủ: Do nhiễm khuẩn

+ Đờm mủ nhầy: Giãn phế quản

+ Đờm bã đậu: Lao phổi

- Gây phản xạ ho: Gây ho nhẹ: Đặt ngón tay trỏ, cái lên cổ.

\* Một số cơn ho điển hình:

- Ho gà: Gặp ở trẻ nhỏ chưa tiêm phòng, ho từng cơn dài 10 -15 phút, trẻ ho rũ rượi. Trong cơn ho trẻ không thay đổi sắc mặt, sau khi ho xong trẻ tím tái 1 -2 phút sau đó lại trở lại bình thường. Trẻ ho ban ngày là chính, khi trẻ ngủ trẻ không ho.

- Ho do viêm thanh quản: Đặc trưng: Thở chậm, khó thở hít vào + có rút lõm trên ức và ho ông ổng như chó sủa.

- Ho do hen: Ho thường về đêm và sáng, ho khi thay đổi thời tiết, gặp dị vật….Ho gặp

- Ho do viêm nhiễm đường hô hấp: Thông thường sẽ ho khan từ 2 - 3 ngày đầu => sau đó mới có ho có đờm (do cần thời gian viêm); ho không liên quan đến thời gian

(bộ mặt V.A)

2.3. Các triệu chứng khác:

## III. Sốt (xem thêm trong bài đại cương sốt):

-

-

## IV. Hội chứng viêm long đường hô hấp trên:

- Là hội chứng xuất hiện khi đường hô hấp trên có tình trạng viêm nhiễm, xuất tiết. Nguyên nhân chủ yếu là do virus.

- Nó bao gồm các triệu chứng:

+ Viêm: Sốt. Thông thường sốt nhẹ 38 độ.

+ Long: Tình trạng tăng xuất tiết: Dịch đờm rãi (xem trên), hoặc dịch nước mũi. Dịch nước mũi trong viêm long đường hô hấp trên thường là dịch trắng trong.

+ Đường hô hấp trên: Ho - đặc biệt là sau xuất tiết (do kích thích)

\* Cần phân biệt với viêm mũi dị ứng, với kích thích:

+ Không sốt;

+ Có dị nguyên

+ Nổi bật lên là tình trạng ngứa mũi, hoặc sưng tấy mũi.

## V. TÍM:

- Tím khi gắng sức của trẻ: Khi khám nên bảo mẹ cho trẻ bú; hoặc quan sát trong lúc trẻ khóc, ho. Nếu trong lúc bú trẻ có dấu hiệu của tím thì có thể bình thường. Nhưng nếu sau đó trẻ không hồi phục nhanh, vẫn tím => dấu hiệu dương tính.

- Phân biệt tím trung ương và tím ngoại biên

- Phân biệt tím do bệnh lý phổi và tím trong bệnh lý hô hấp?

## VI. Các triệu chứng tại phổi

- Ở trẻ rất khó để khám rung thanh và gõ như người lớn. Chủ yếu là dùng nghe. Các âm nghe ở phổi Cũng nhiều trường phái khác nhau. Nhưng về cơ bản sẽ chia ra 2 loại nhóm ran lớn: Ran liên tục và ran không liên tục

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Phế quản | Phế nang |
| Ran liên tục | Ran rít, ran ngáy |  |
| Ran không liên tục | Ran nổ mịn (fine crackles)  Ran nổ thô (Coarse crackles) |  |

- Ran phế quản:

+ Ran ngáy: Nguồn gốc từ phế quản như ran rít. Âm độ trầm, nghe rõ cả 2 thì. Tiếng giống như tiếng người ngủ ngáy. Thay đổi khi ho.

(Ran ẩm nhỏ hạt: Là tiếng ran ẩm rất nhỏ, nghe được cả hai thì hô hấp, do có dịch lỏng trong phế nang

- Ran nổ: Là tiếng ran rất nhỏ, chỉ nghe thấy trong thì hít vào, do có ít dịch đặc trong phế nang.

(Ran ẩm to hạt: (ran bóng):

Ran nổ mịn: âm sắc cao, biên độ thấp và ngắn. Được tạo ra do mở lại các phê nang đã đóng trong thì thở ra trước đó, chỉ nghe được trong thì hít vào, thường đi kèm với viêm phổi, nhồi máu hoặc xẹp phổi. Bình thường ran này có thể nghe ở mặt sau đáy phổi trong vài nhịp thở đầu tiên sau thwucs dậy, nghe giống tiếng se nhiều sợi tóc giữa cón cái và ngọn trỏ ở phía trước tai.

- Ran nổ thô: Âm sắc trầm, biên độ cao và kéo dài. Được tạo ra do chuyển động của lớp dịch mỏng trong phế quản hoặc tiểu phế quản. Nghe được ở đầu thì hít vào và đôi khi ở thì thở ra????

V. Sốt

VI. Tiếng thở bất thường

VII. Tím

SHH + Tím: SpO2: ??? bao nhiêu là chẩn đoán suy hô hấp:

Suy hô hấp

(3 độ SHH: Độ 1: tím khi gắng sức, độ 2: Tím khi nghỉ ngơi; độ 3: Tím khi nghỉ + Các triệu chứng ….???)

Ngừng thở ở trẻ sơ sinh??? Tiêu chuẩn. => Chậm nhịp thở.

- SpO2.