



35. Hệ Hô hấp (đau họng, khó thở cấp)_BM Nhiễm_ThS Lê Thị Thúy Hằng

⋮ Progress	
🕒 Created	@June 13, 2024 11:46 AM
⋮ Thời gian	
☑ Checkbox	✓

35_Hệ hô hấp (đau họng, khó thở cấp)-Bm Nhiễm-ThS Lê Thị Thúy Hằng.pdf

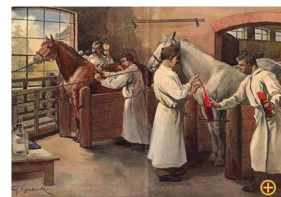
BẠCH HẦU
CÚM

BẠCH HẦU



BỆNH BẠCH HẦU

BỘ MÔN NHIỄM- ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM
ThS.BS LÊ THỊ THÚY HẰNG



<https://drive.google.com/file/d/1p87qAKH9PwnUkwh1mC9pNFmy1oa2e5cN/view>

Ghi âm bạch hầu

Giới thiệu

BH là bệnh lây, cấp tính

Do trực trùng Gram dương *Corynebacterium diphtheriae*

Nhiễm VT gây 2 thể lâm sàng hô hấp, da

BH hô hấp: dòng C.diphtheria sinh độc tố

Độc tố vào máu- viêm cơ tim, thần kinh, thận

Nguồn lây: người lành mang vi trùng hoặc người bệnh

Đường lây: hô hấp

Đối tượng: trẻ chưa có miễn dịch với bệnh

- Vùng họng thường là vi khuẩn gram dương cầu trùng, nhưng bạch cầu là trực trùng Gr(+)

- Vi trùng chỉ ở tại chỗ nhưng bệnh cảnh toàn thân, là do độc tố tiết ra đi vào máu → Gắn vào cơ quan đích, trong đó có 3 cơ quan đích: tim, thận, TK
→ khi có biểu hiện ở cơ quan đích ⇒ BH nặng
- LS chủ yếu bệnh cảnh hô hấp
- đối tượng trẻ chưa có miễn dịch, hoặc không đầy đủ

Thể lâm sàng

1. Bạch hầu mũi: nguồn lây quan trọng, ít biến chứng,
2. Bạch hầu họng: đau rát họng, giả mạc
3. Bạch hầu thanh quản: khàn giọng, khó thở thanh quản
4. Bạch hầu ác tính: sốt cao, đờ, nhiều giả mạc, cổ bạnh, biến chứng tim

Các biến chứng do giả mạc: suy hô hấp

Biến chứng do độc tố: tim, thận và thần kinh

4 thể LS của bạch hầu

- BH mũi: bệnh cảnh nhẹ nhàng ho, chảy nước mũi đục sệt sệt, gần như khó phát hiện
- BH hầu họng: thường gặp nhất
- BH thanh quản: thường là BH vùng họng đi xuống, giả mạc vi trùng lan xuống vùng thanh quản, tùy mức độ chít hẹp gây ra biến chứng suy hô hấp khó thở thanh quản độ 1, 2, 3, nặng hơn ngạt thở ngưng thở

→ 3 thể trên sốt nhẹ

- BH ác tính: sốt rất cao, vè mặt nhiễm trùng nhiễm độc, giả mạc lan ra rất nhanh, nhìn xa cổ to tưởng quai bị
 - Biến chứng tim mạch sớm, N2-3 vào viện đã có những biến chứng tim

Biến chứng bạch hầu:

Do độc tố

- gắn vào thận gây suy thận cấp
- gắn vào tim gây viêm cơ tim, hoại tử cơ tim, thoái hóa myelin, suy tim cấp, block nhĩ thất độ 3 gắn máy tạo nhịp
- thần kinh gây thoái hóa myelin ngoại biên gây yếu liệt chi, dây thần kinh nội sọ liệt vùng hầu họng, nuốt sặc, liệt thần kinh chi phối cơ hô hấp

Điều trị

1. Cách ly, báo dịch
2. Kháng độc tố (SAD): càng sớm càng tốt
3. Kháng sinh: Penicilline, Erythromycine hoặc Azithromycine
4. Theo dõi phát hiện các biến chứng
5. Chống bội nhiễm
6. Dinh dưỡng

Dự phòng trước (chủ động) và sau tiếp xúc (thụ động) với nguồn bệnh

ĐIỀU TRỊ

- đầu tiên kháng độc tố (SAD)
 - khi nghi ngờ trên LS có triệu chứng, giả mạc, chích ngứa không đầy đủ/ko chích ngứa, khi nghi ngờ chưa cần có bằng chứng vi sinh vẫn dùng SAD
 - SAD để trung hòa độc tố, nếu độc tố đã gắn cơ quan đích thì SAD không hiệu quả → Cho phép giết nhầm còn hơn bỏ sót

- thứ hai là kháng sinh càng sớm càng tốt

Mục tiêu xài KS

- Kháng sinh diệt vi trùng, người lành mang trùng
- Diệt vi trùng hầu họng để không tạo ra độc tố nữa

Loại KS

- Penicilline và Erythromycine ưu tiên hàng đầu
nếu dị ứng thì Azithromycin
- Khi nghi ngờ nhập ở khoa nặng có cách ly vì lây qua đường hô hấp
- Dinh dưỡng, theo dõi

DỰ PHÒNG

- Dự phòng chủ động là vaccine
- Thụ động ví dụ nv y tế, sv tiếp xúc bn bạch hầu, sẽ xài kháng sinh để diệt vi trùng
 - VK mới vô tới họng chưa phóng độc tố là mình xài KS diệt liền

CÚM

TIẾP CẬN SỐT & SUY HÔ HẤP

BỘ MÔN NHIỄM- ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM
ThS.BS LÊ THỊ THÚY HẰNG

https://drive.google.com/file/d/1DX-6mqZI2-ZpGd-srfg1prwvJL6rfHSE/view?usp=drive_link

Ghi âm cúm

<https://prod-files-secure.s3.us-west-2.amazonaws.com/aff592dd-835b-4c5a-be11-ee6a730c158c/4b9c5012-47ee-4270-97fa-67feb43bc9fb/Cum.m4a>

Nguyên nhân gây nhiễm trùng đường hô hấp: vi khuẩn, siêu vi, lao, tác nhân mới

Hàng năm có khoảng 3-5 triệu trường hợp bệnh nặng và khoảng 290.000 - 650.000 ca tử vong do cúm.

Bệnh cúm thường diễn tiến tự khỏi nhưng có thể đưa đến nhiều biến chứng nặng, gây tử vong đặc biệt ở những cơ địa có nguy cơ cao

Phân độ cúm mùa

Hiện tại ở VN các siêu vi cúm gây bệnh cúm mùa thường gặp là cúm A/H1N1, A/H3N2 và cúm B.

Cúm chưa có biến chứng (cúm nhẹ): hội chứng cúm đơn thuần.

Cúm có biến chứng (cúm nặng)

- Siêu cúm gây bệnh cúm mùa: thường gặp cúm A/H1N1, cúm A/H3N2 và cúm B
 - cúm A rất nhiều loại
- phần lớn cúm là nhẹ, chỉ có HC cúm đơn thuần và thường BN có thể tự khỏi
- đặc biệt khi có bệnh nền, nếu không hỗ trợ có thể tử vong

Các đối tượng nguy cơ dễ mắc cúm biến chứng

- Người ≥ 65 tuổi, đặc biệt trong các viện dưỡng lão, người có bệnh nội khoa mạn tính.
 - TE hay NL có bệnh mạn tính về tim mạch, phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hay suyễn), thận, bệnh hemoglobine, thiếu máu, bệnh biến dưỡng mạn tính kể cả tiểu đường, suy giảm miễn dịch (do thuốc hoặc nhiễm HIV), bệnh giảm khả năng khạc đàm và bảo vệ đường hô hấp (rối loạn tri giác, tổn thương tủy sống, co giật hay bệnh thần kinh cơ).
 - Đặc biệt những người đã phải nhập viện trong những vụ dịch cúm xảy ra trước đây.
 - TE sử dụng Aspirin lâu dài, nguy cơ xảy ra HC Reye
 - Người lớn béo phì với BMI ≥ 40
 - Phụ nữ có thai kỳ ở vào tam cá nguyệt thứ 2 hay 3 trong mùa dịch cúm
- bệnh nội khoa mạn tính THA, ĐTĐ, bệnh phổi mạn tính

- TE sử dụng Aspirin lâu dài thường là trẻ bị TBS

slide này quan trọng nhất bài, có **1 trong các yếu tố trên thì dùng kháng siêu vi**

Sử dụng thuốc điều trị đặc hiệu?

Đối với bệnh cúm mùa: điều trị thuốc kháng siêu vi được dành cho các trường hợp nhiễm cúm (ngghi ngờ hoặc xác định) có biến chứng hoặc có yếu tố nguy cơ.

Đối với cúm gia cầm A/H5N1: điều trị thuốc kháng siêu vi được dành cho các trường hợp nhiễm cúm (ngghi ngờ hoặc xác định)

- Các trường hợp cúm mùa nhẹ thì gần như ko có chỉ định xài kháng siêu vi
- nhiễm cúm mà nghi ngờ hay xác định có biến chứng (ví dụ Suy hô hấp) hoặc có yếu tố nguy cơ, cơ địa bệnh nặng hay nguy cơ chuyển nặng, cơ địa DTD, THA, già trên 65 tuổi, trẻ em có bệnh nền ⇒ sử dụng kháng siêu vi
- đối với cúm gia cầm cúm **A/H5N1** nhẹ nhưng xác định là **cúm A/H5N1** thì **phải dùng** kháng siêu vi

1. X-quang phổi
2. CTM, CRP, ko tốt bằng PCT (CRP TH ở gan, max 48h, PCT TH ở tuyến cận giáp, max 24h)
Cụ thể chẩn đoán:
- CTM: bạch cầu tăng trong vi khuẩn, giảm hoặc bình thường với virus
- X-quang phổi: siêu vi đi theo máu đi khắp nơi, đi theo đường máu tới phổi nên lan toả 2 bên
- Khu trú: vi khuẩn khu trú 1 thùy, 1 vùng
- PCR:
+ phát mũi họng (siêu vi) → tổ hơn làm test nhanh
+ đàm (vi khuẩn) → tổ hơn làm test nhanh
- CRP: tăng 48h giờ sau nhiễm trùng; Procalcitonin tăng 24h sau nhiễm trùng → bệnh nhân mới vào thì nên làm procalcitonin.
- Nhuộm đốm CRP:
+ Vi là phản ứng viêm nên vi khuẩn hay siêu vi đều có thể tăng. Tạo ra ở gan nên nhiều khi bị bệnh gan thì không tăng.
- Đánh giá biến chứng tại phổi: X-quang, khi máu động mạch Bartlett's grading system.
Tư cầu là vi khuẩn gây viêm phổi biến chứng nhanh
Cúm có thể gây biến chứng gan, tim, cơ

- Viêm phổi bội nhiễm vi khuẩn. Chọn lựa kháng sinh sẽ dựa trên kết quả nhuộm Gram và cấy mẫu bệnh phẩm (chất tiết đường hô hấp như đàm hay dịch hút qua ống thông khí quản). Nếu NN của viêm phổi do vi khuẩn chưa rõ, chọn lựa KS ban đầu loại phổ rộng, có hiệu quả với các tác nhân thường hay gây bệnh *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*.
- **Nghỉ ngơi tại giường, dinh dưỡng thích hợp.**
• Ko có tụ cầu dùng C3, Fluro trị đơ r
• MSSA: đầu tay Oxacillin
• MRSA: Vanco → tỉ lệ tụ cầu kháng Methicillin bnhieu?

- **Điều trị đặc trị:** 5 loại thuốc kháng siêu vi cúm.
➢ Nhóm ức chế M2: Amantadine và Rimantadine hiệu quả đối với cúm A.
➢ Nhóm ức chế Neuraminidase: Zanamivir, **Oseltamivir**, Peramivir có hiệu quả cho cả hai loại cúm A và B. ở vnam chỉ có cái niu

Chốt: BN có biến chứng suy hô hấp, sợ ARDS => **bắt buộc điều trị đặc trị**
- **Chỉ định Tamiflu**
○ Cúm dịch/ đại dịch
○ Cúm gia cầm A/H5N1 chưa bc
○ Cúm mùa bc
○ Cúm mùa chưa bc/ bệnh nhân nguy cơ cao bc

Oseltamivir (Tamiflu)

Liều Oseltamivir tính theo tuổi và cân nặng. Thời gian Rx 5 ngày

TE \geq 12 tháng và \leq 13 tuổi:	≤ 15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày,
	>15-23 kg: 45 mg x 2 lần/ngày
	> 23-40 kg: 60 mg x 2 lần/ngày
	> 40 kg: 75 mg x 2 lần/ngày
TE < 12 tháng: 0-1 tháng:	2 mg/kg x 2 lần/ngày
	> 1-3 tháng: 2,5 mg/kg x 2 lần/ngày
	> 3-12 tháng: 3 mg/kg x 2 lần/ngày

NL và TE > 13 tuổi: 75 mg x 2 lần/ngày

Có thể gây ói, ảnh hưởng tâm thần kinh ở trẻ em

cần chỉnh liều trên BN suy thận

Activate Windows