

CBL-SUY HÔ HẤP TRẺ EM-BS LIÊM

Tóm tắt bệnh án:

Bé trai, 20 tháng tuổi, nhập cấp cứu vì khàn giọng và thở rít.

Thấy bé bứt rứt, môi tái/khí trời, SpO₂ 93%. Chi ấm, CRT <2s, mạch quay đều rõ, 170 lần/p, tim đều rõ. Thở rít ngay cả khi không quấy khóc, thở co lõm hõm ức và cơ ức đòn chũm 28l/p, thì hít vào kéo dài, âm phế bào giảm vùng đáy phổi 2 bên.

Xử trí ban đầu:

Nếu suy hô hấp:

- Thông thoáng đường thở: tôn trọng tư thế bệnh nhân, hút đàm nhớt nếu có, đặt NKQ nếu cần, bóp bóng qua mask...
- Thở oxy
- Lập đường tuyến tĩnh mạch (ca này chưa vội)
- Mặc monitor theo dõi: SpO₂, nhịp tim. (theo dõi nhịp thở nữa).

Nếu suy tuần hoàn:

- Ấn ngực nếu cần

Nếu ngưng hô hấp tuần hoàn:

- Tiến hành CPR
- Bóp bóng qua mask, đặt NKQ

Bệnh sử:

N1-2 sổ mũi, ước trong, ho ít, sốt nhẹ 37,5-38 độ. Ngày 3 sổ mũi giảm, ho tăng dần, ho khan, khàn giọng và thở rít tăng dần, quấy khóc, ăn uống kém nên nhập CC.

Bệnh sử và thăm khám dựa trên nhóm nguyên nhân:

- Tắc nghẽn hô hấp trên
- Tắc nghẽn hh dưới
- Nhu mô phổi
- Bất thường kiểm soát thần kinh



CBL Y6


TIẾP CẬN SUY HÔ HẤP Ở TRẺ EM

PHÂN MÔN HSCC
BỘ MÔN NHI ĐHYD TP.HCM




MỤC TIÊU

1. **Nhận diện** được bệnh nhi **suy hô hấp.**
2. Biết cách **tiếp cận chẩn đoán** bệnh nhi suy hô hấp.
3. Biết cách **xử trí ban đầu** bệnh nhi suy hô hấp.
4. Biết cách **sử dụng các dụng cụ cung cấp oxy và hỗ trợ thông khí.**
5. Phân tích được các **xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán suy hô hấp.**
6. **Chuyển viện an toàn** bệnh nhi suy hô hấp.



TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG



- ✓ Bé trai, 20 tháng tuổi, địa chỉ TPHCM.
- ✓ Nhập cấp cứu vì khàn giọng và thở rít.

Khi bệnh nhân ở cấp cứu mà bị khàn giọng và thở rít thì tiếp cận như thế nào?

Ấn tượng đầu tiên

- Appearance: trương lực cơ, tương tác, ánh mắt, lời nói/khóc, biểu lộ của trẻ khi được an ủi vỗ về
- Breathing: tăng công thở, giảm hoặc ngưng thở, âm thở bất thường
- Circulation: màu sắc da niêm

A-B-C-D

Airway:

- Đường thở thông thoáng

Breathing

- Tần số thở và kiểu thở
- Gắng sức hô hấp
- Di động và giãn nở lồng ngực
- Âm thở bất thường ở phổi và đường thở
- Độ bão hòa oxy

Circulation:

- Nhịp tim và tần số
- Mạch
- CRT
- Màu sắc da và nhiệt độ

- Huyết áp

Disability:AVPU

Exposure



CÂU HỎI THẢO LUẬN 1



✓ Bạn dự định sẽ làm gì khi tiếp cận với bệnh nhi này?

Tiếp Cận Bệnh Nhi Nghi Ngờ Suy Hô Hấp Tại Cấp Cứu
Không Theo Những Bước

HỎI BỆNH SỬ, TIỀN AN = THĂM KHÁM =>
CHẨN ĐOÁN => TIÊU PH => TIÊN LƯỢNG

Như Các Bệnh Lý Thông Thường Khác
Tại Các Khoa Phòng



TERMINOLOGY



1

- **Respiratory distress**
- Respiratory distress is a condition of **abnormal respiratory rate or effort.**

2

- **Respiratory failure**
- Respiratory failure is a clinical state of **inadequate oxygenation, ventilation, or both.**

3

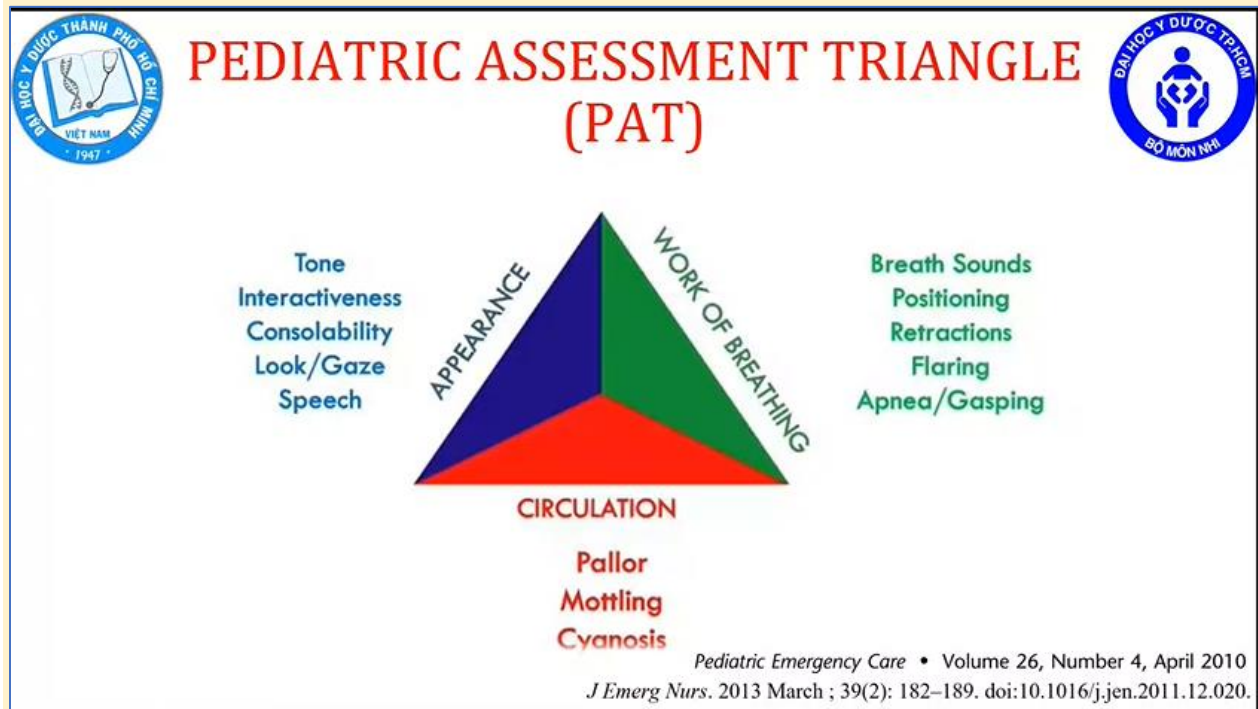
- **Respiratory arrest**
- Respiratory arrest simply means the **absence of breathing.**

Nguy kịch hô hấp: bệnh nhân có sự gắng sức co kéo cơ hô hấp để đảm bảo hô hấp của bệnh nhân, nghĩa là vẫn đảm bảo được Oxy cho cơ thể được.

Suy hô hấp cấp: khác distress ở chỗ là nó có hậu quả của distress rồi, nghĩa là bé có giảm oxy, hoặc giảm thông khí ứ CO₂ hoặc cả 2

Ngưng hô hấp: không có thở nữa.

Thế giới không phân độ suy hô hấp độ 1,2,3 nữa mà phân như này. Suy hô hấp là tình trạng nặng, tình trạng này cần cấp cứu ngay vì ở trẻ nhỏ chịu đựng kém và nguy cơ ngưng tim ngưng thở rất cao

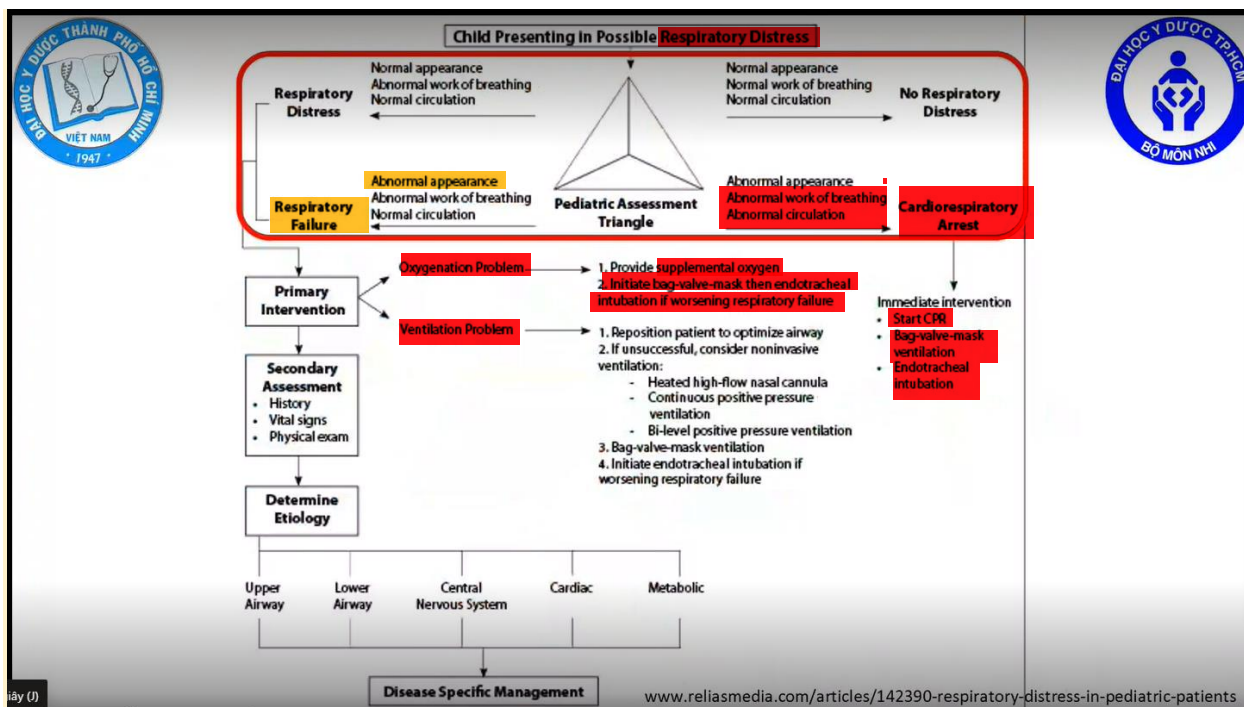


Appearance: tương lực cơ, tương tác của bé với bs và ba mẹ, tiếng nói, cách nhìn của bé, định hướng không gian thời gian của bé

Hô hấp: tiếng thở, tư thế, thở co kéo, phập phồng cánh mũi, ngưng thở hay thở ngáp cá

T tuần hoàn: xanh tái vã mồ hôi, tím, CRT

⇒ Đưa ra vấn đề cần cấp cứu ngay



Bệnh nhân ngưng tim ngưng thở không => có thì **thông khí bằng bóng mask ngay lập tức**, hoặc có trường hợp đặt **NKQ** luôn

Nếu bé nhìn bình thường, không co kéo gì, hô hấp tuần hoàn ổn => không có vấn đề gì cần cấp cứu ngay

APPEARANCE	
TABLE 1. Characteristics of Appearance: The "Tickles" (TICLS) Mnemonic	
Characteristic	Normal Features
Tone	Moves spontaneously Resists examination
Interactiveness	Sits or stands (age appropriate) Appears alert and engaged with clinician or caregiver Interacts with people, environment Reaches for toys, objects (eg, penlight)
Consolability	Stops crying with holding and comforting by caregiver Has differential response to caregiver versus examiner
Look/gaze	Makes eye contact with clinician Tracks visually
Speech/cry	Has strong cry Uses age-appropriate speech

Pediatric Emergency Care • Volume 26, Number 4, April 2010



ABNORMAL AIRWAY SOUND



Table 1
Common noises and the site of origin

Noise	Site of Origin
Wheeze	Intrathoracic airways
Rattle	Either or both intra- and extrathoracic airways
Stridor	Extrathoracic airways
Snore	Oro-naso-pharyngeal airway
Snuffle/snort	Nasal passages/naso-pharynx
Grunt	Alveoli/lung parenchyma

Pediatr Clin N Am 56 (2009) 1–17
doi:10.1016/j.pcl.2008.10.003

Khò khè nghĩ tắc nghẽn hô hấp dưới (đường hô hấp trong lồng ngực).

Thở rít: tắc nghẽn đường hh trên (ngoài lồng ngực)

Nghẹt mũi

Thể rên: tổn thương phế nang và nhu mô phổi



CIRCULATION TO THE SKIN



TABLE 3. Characteristics of Circulation to the Skin

Characteristic	Abnormal Features
Pallor	White or pale skin or mucous membrane coloration
Mottling	Patchy skin discoloration due to varying degrees of vasoconstriction
Cyanosis	Bluish discoloration of skin and mucous membranes

Adapted from American Academy of Pediatrics.¹⁵

Pediatric Emergency Care • Volume 26, Number 4, April 2010

Tuần hoàn xem xanh, tái, niêm, lòng bàn tay, da có vấ mờ hô tím đồ bông không

Lưu ý: đánh giá CRT thì phải đánh giá ở vùng **da trung tâm** (ngực chẳng hạn), đánh giá đầu chi có thể sai do bé có thể lạnh quá gây co mạch hoặc sốt quá.



CÂU HỎI THẢO LUẬN 2




✓ Các em đánh giá **PAT** bệnh nhi này như thế nào?


TABLE 4. Relationship of the PAT Components to Physiological Categories

Component	Stable	Respiratory Distress	Respiratory Failure	Compensated Shock	Decompensated (Hypotensive) Shock	CNS/Metabolic Dysfunction	Cardiopulmonary Failure
Appearance	Normal	Normal	Abnormal	Normal	Abnormal	Abnormal	Abnormal
Work of breathing	Normal	Abnormal	Abnormal	Normal	Normal/Abnormal	Normal	Abnormal
Circulation to the skin	Normal	Normal	Normal/Abnormal	Abnormal	Abnormal	Normal	Abnormal






PAT




- ✓ Em **bứt rứt**
- ✓ Môi tái/ khí trời, **SpO2 93%**
- ✓ Chi ấm, CRT <2s
- ✓ Mạch quay đều, rõ, **170l/p**
- ✓ Tim đều rõ
- ✓ **Thở rít ngay cả khi không quấy khóc**

- ✓ **Thở co lõm hõm ức và cơ ức**
- đòn chũm 28 l/p, thì hít vào kéo dài**
- ✓ **Âm phế bào giảm vùng đáy phổi 2 bên**




Bé bất thường chủ yếu ở hệ hô hấp: môi tái/khí trời, SpO2 93%, thở co lõm hõm ức, cơ ức đòn chũm, thì hít vào kéo dài, âm phế bào giảm 2 bên. => bệnh nhân có **nguy kịch hô hấp**, bệnh nhân chưa đủ tiêu chuẩn để nói suy hô hấp vì thở nhanh tăng công thở nhưng chưa ảnh hưởng các cơ quan khác nhiều. Bệnh nhân nguy kịch hô hấp và suy hô hấp xử trí ban đầu như nhau. Với bệnh nhân nguy kịch hô hấp mà không xử trí tốt thì sẽ chuyển qua suy hô hấp hoặc ngưng thở rất nhanh.

Xử trí ban đầu




CÂU HỎI THẢO LUẬN 3




✓ Các em sẽ xử trí ban đầu bệnh nhi này như thế nào?

Pediatric Respiratory Emergencies By Type




ACLS Online Since 1998


Always Start With The Basics




Position to maintain patent airway



Suction as needed



Pulse oximetry oxygen if indicated



ECG monitor if indicated

ĐỢT 1-TUẦN 2

Đầu tiên là phải **tôn trọng tư thế của bệnh nhân**, làm sao cho bệnh nhân thông thoáng đường thở, có những bệnh nhân nằm được thì cho nằm, có đứa nào phải ngồi mới thở được thì để bé ngồi vì mình đè bé xuống thì bé có thể tử vong. Đứa còn tỉnh táo thì thường sẽ tự tìm được 1 tư thế dễ chịu


Thứ 2 là nếu có đàm nhớt nhiều quá thì phải **hút đàm nhớt ra**

Cung cấp oxy: tùy theo đánh giá . **Thở hức ngưng thở, hoặc suy hô hấp mà kèm sốc nữa thì đặt nội khí quản sớm hơn**. Bệnh lý **bất thường thần kinh**, không kiểm soát được đường thở, **thở không đều, thông khí không đảm bảo thì mình đặt nội khí quản luôn** mà không cần thở oxy gì trước đó (ý là không nhất thiết bắt đầu từ thấp lên cao như từ canula-mask-ncpap-nkq). Với những bệnh nhân như thế này thì ở nước ngoài , **đầu tiên vô thường cho oxy qua mask, nếu ổn thì hạ xuống canula**, nếu không đáp ứng thì NCAP, NKQ vì nội khí quản phải chuẩn bị 1 thời gian, còn mask chuẩn bị nhanh còn hơn cả canula nữa, **mask khởi đầu 6L-10L** thì tùy.

Gắn monitor

Với bệnh nhân ban đầu là **hô hấp thôi thì không nhất thiết là lập đường truyền liền**.

3 cái quan trọng cần theo dõi là : SpO2, nhịp thở, nhịp tim. Chỗ nào tốt thì có EtCo2, nhưng hiếm lắm.



PRIMARY INTERVENTION

Specific therapy based on probable cause

Respiratory failure

Position of comfort

Airway aspiration, if needed


Oxygen supplementation in concentrations sufficient to keep SaO₂ at 94%

Assessment to check the need of support ventilation: noninvasive, support ventilation with bag-mask device, invasive

Specific therapy based on probable cause

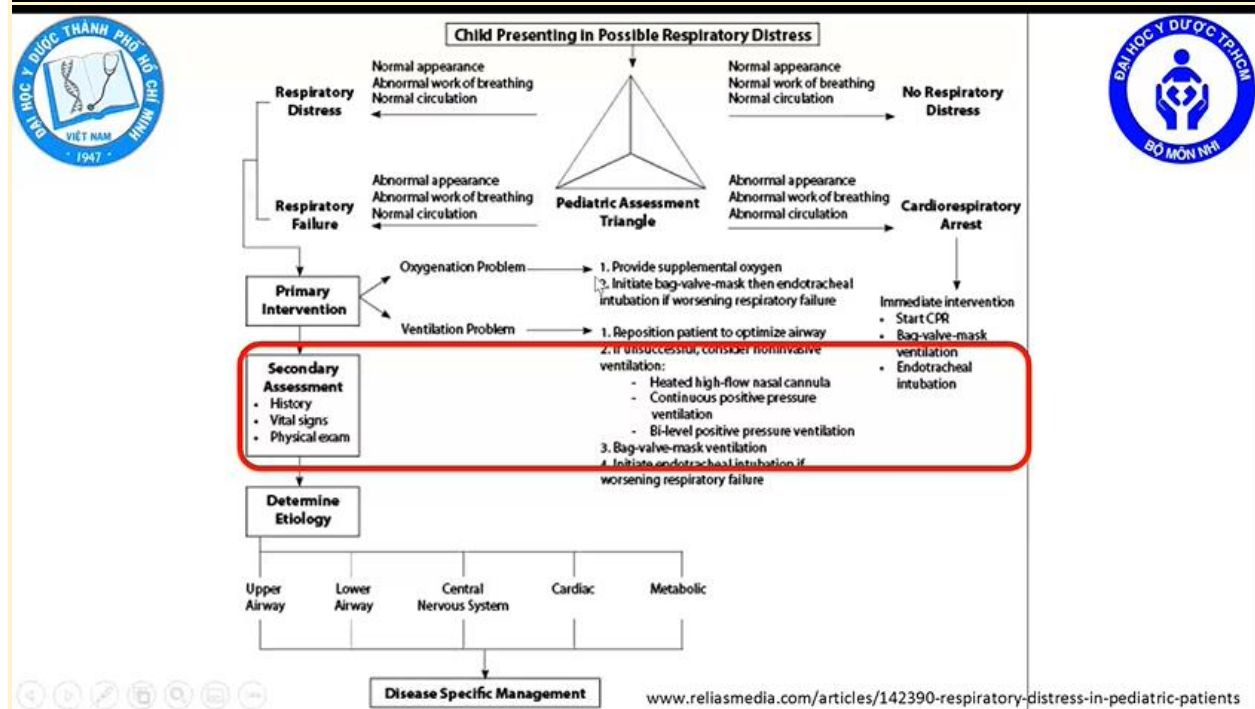
Cardiopulmonary failure

Chest compression, if indicated



1. Sick or not sick?
2. ABC
3. Clinical assessment
4. Working diagnosis
5. Interventions
6. Reassessment
- Call a friend...

Rev Med Minas Gerais 2013;23(2): 193-199



Sau Primary Intervention sẽ tới secondary assessment (bao gồm hỏi bệnh sử, khám lâm sàng kỹ càng)



BỆNH SỬ



- ✓ Bé trai, 20 tháng tuổi, địa chỉ TPHCM.
- ✓ Nhập cấp cứu vì khàn giọng và thở rít. Bệnh diễn tiến 3 ngày
- ✓ N1-2: Bé sổ mũi, nước trong, ho ít, sốt nhẹ 37,5 - 38°C.
- ✓ N3: Sổ mũi giảm, ho tăng dần, ho khan, khàn giọng và thở rít tăng dần, quấy khóc, ăn uống kém => nhập viện tại khoa CC.
- ✓ Trong quá trình bệnh bé tiêu tiểu bình thường.



TIỀN CĂN



- ✓ PARA : con1/1, PARA 1001, sinh mổ, đủ tháng.
- ✓ Phát triển tâm vận: Chạy được, nói được từ đôi.
- ✓ Dị ứng: Không.
- ✓ Chủng ngừa: Tiêm ngừa đầy đủ theo chương trình TCMR
- ✓ Nhập viện 1 lần lúc 10 tháng tuổi với chẩn đoán là viêm tiểu phế quản nặng.
- ✓ Gia đình: bố bị suyễn từ nhỏ, hiện tại đã hết.
- ✓ CN: 13 kg CC: 90 cm



KHÁM



- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| ✓ Em búrt rút | ✓ Thở co lõm hõm ức và cơ ức |
| ✓ Môi tái/ khí trời, SpO2 93% | đòn chũm 28 l/p, thì hít vào kéo |
| ✓ Chi ấm, CRT <2s | dài |
| ✓ Mạch quay đều, rõ, 170l/p | ✓ Âm phế bào giảm vùng đáy phổi |
| ✓ Tim đều rõ | 2 bên |
| ✓ Thở rít ngay cả khi không quấy khóc | ✓ Bụng mềm |
| | ✓ Gan lách không sờ chạm |

Bệnh sử và khám nghĩ **tắc nghẽn hô hấp trên** vì: có thở rít, kèm các triệu chứng khàn giọng, khám thấy co cơ ức đòn chũm và lõm hõm ức, thì hít vào thở dài.

✓ Em cần hỏi thêm gì trong phần bệnh sử, tiền căn và muốn khám thêm gì?

- Nguyên nhân tắc nghẽn hô hấp trên:
- Dị vật: khởi phát như thế nào (bệnh này 2-3 ngày rồi, nhưng cũng không loại trừ vì có những trường hợp dị vật không tắc nghẽn hoàn toàn thì cũng không gây bệnh cảnh cấp tính điển hình được)
- Phản vệ: yếu tố dị ứng, thường đi kèm phù mắt phù môi, mề đay.
- Bất thường giải phẫu bẩm sinh: đợt này khò khè thôi hay là có lâu rồi
- Viêm thanh khí phế quản: khàn tiếng, ho ông ông
- Viêm thanh thiệt: thường sốt cao, vè mặt nhiễm trùng nhiễm độc rất rõ
- Áp xe thành sau họng: vè mặt nhiễm trùng nhiễm độc rất rõ, rất dữ, sốt rất cao

Khám

- Màng trắng, áp xe thành họng,



CÂU HỎI THẢO LUẬN 4



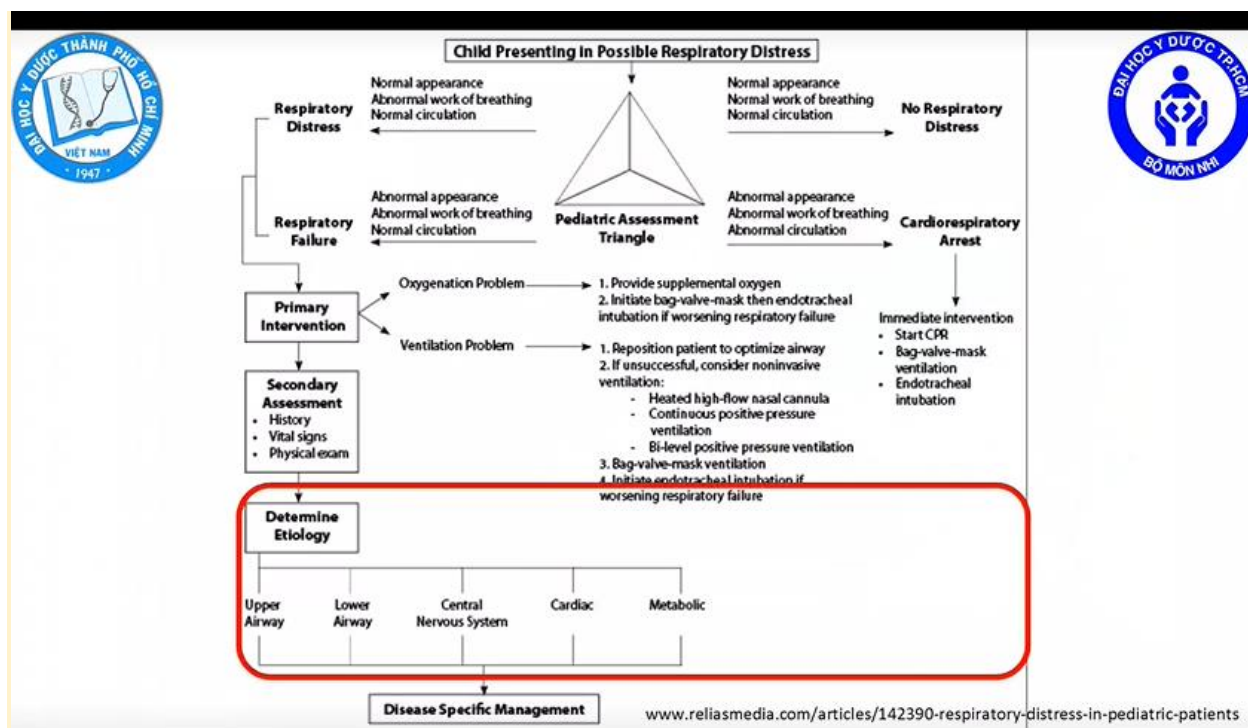
✓ Em cần hỏi thêm gì trong phần bệnh sử, tiền căn và muốn khám thêm gì?

HỎI BỆNH SỬ VÀ KHÁM DỰA TRÊN PHÂN NHÓM VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG

1. Đường hô hấp trên.
2. Đường hô hấp dưới.
3. Nhu mô phổi.
4. Hệ bơm

SIGNS AND SYMPTOMS

Upper airway obstruction	Lower airway obstruction	Lung tissue disease	Abnormal breathing control
Increased inspiratory effort	Increased expiratory effort	Expiratory grunt	(tachypnea alternating with bradypnea)
Hoarseness or dry cough	Prolonged expiratory phase	Crackling	Variable breathing effort
Stridor (often inspiratory, but may be biphasic), snoring and gargling	Wheezing (commonly expiratory, but may be biphasic)	Reduction of vesicular murmur	Artificial respiration
Inadequate chest elevation		Hypoxemia (may be refractory to supplementary oxygen)	Central apnea (apnea with no respiratory effort)
Insufficient air intake by auscultation			



CÂU HỎI THẢO LUẬN 5

✓ Nguyên nhân suy hô hấp của bệnh nhi này là gì?

Upper airway obstruction	Lower airway obstruction	Lung tissue disease	Abnormal breathing control
Increased inspiratory effort	Increased expiratory effort	Expiratory grunt	(tachypnea alternating with bradypnea)
Hoarseness or dry cough	Prolonged expiratory phase	Crackling	Variable breathing effort
Stridor (often inspiratory, but may be biphasic), snoring and gurgling	Wheezing (commonly expiratory, but may be biphasic)	Reduction of vesicular murmur	Artificial respiration
Inadequate chest elevation		Hypoxemia (may be refractory to supplementary oxygen)	Central apnea (apnea with no respiratory effort)
Insufficient air intake by auscultation			

HỘI CHỨNG TẮC NGHE HÔ HẤP TRÊN:
Ho, khàn giọng, thở rít, giảm thông khí phổi, thở chậm, kéo dài thì hít vào.




CÂU HỎI THẢO LUẬN 6



✓ Chẩn đoán sơ bộ tại thời điểm nhập khoa cấp cứu là gì?


Δsb: VIÊM THANH QUẢN CẤP MỨC ĐỘ NẶNG, SUY HÔ HẤP.

- Hội chứng nhiễm siêu vi hô hấp trên => hội chứng tắc nghẽn hô hấp trên mức độ nặng.
- Suy hô hấp.



SEVERITY OF CROUP

Westley Croup Severity Score



Clinical Feature	Assigned Score
Level of consciousness	Normal, including sleep = 0 Disoriented = 5
Cyanosis	None = 0 With agitation = 4 At rest = 5
Stridor	None = 0 With agitation = 1 At rest = 2
Air entry	Normal = 0 Decreased = 1 Markedly decreased = 2
Retractions	None = 0 Mild = 1 Moderate = 2 Severe = 3

Score	Severity	Description	Management
≤ 2	Mild	<ul style="list-style-type: none"> Occasional barking cough No stridor at rest Mild or no retractions 	<ul style="list-style-type: none"> Home treatment (antipyretic, fluids, mist) Outpatient: Single dose PO dexamethasone
3 to 7	Moderate	<ul style="list-style-type: none"> Frequent barking cough Stridor at rest Mild to moderate retractions No or little distress or agitation 	<ul style="list-style-type: none"> Single dose PO dexamethasone Nebulized epinephrine Hospitalization not generally needed
8 to 11	Severe	<ul style="list-style-type: none"> Frequent barking cough Stridor at rest Marked retractions significant distress and agitation 	<ul style="list-style-type: none"> Single dose PO/IM/IV dexamethasone Repeated doses of nebulized epinephrine pm Inpatient admission usually required Improved after corticosteroid and nebulized epinephrine
≥ 12	Impending respiratory failure	<ul style="list-style-type: none"> Depressed level of consciousness Stridor at rest Severe retractions Poor air entry Cyanosis or pallor 	<ul style="list-style-type: none"> Single dose PO/IM/IV dexamethasone Repeated doses of nebulized epinephrine pm ICU admission usually required May require intubation

<https://www.grepmed.com/images/5127/peds-diagnosis-score-severity-pediatrics>

0-3-8-12

SEVERITY OF CROUP

Westley Croup Severity Score

Clinical Feature	Assigned Score
Level of consciousness	Normal, including sleep = 0 Disoriented = 5
Cyanosis	None = 0 With agitation = 4 At rest = 5
Stridor	None = 0 With agitation = 1 At rest = 2
Air entry	Normal = 0 Decreased = 1 Markedly decreased = 2
Retractions	None = 0 Mild = 1 Moderate = 2 Severe = 3

ht

SEVERITY OF CROUP

Score	Severity	Description	Management
≤ 2	Mild	<ul style="list-style-type: none"> Occasional barking cough No stridor at rest Mild or no retractions 	<ul style="list-style-type: none"> Home treatment (antipyretic, fluids, mist) Outpatient: Single dose PO dexamethasone
3 to 7	Moderate	<ul style="list-style-type: none"> Frequent barking cough Stridor at rest Mild to moderate retractions No or little distress or agitation 	<ul style="list-style-type: none"> Single dose PO dexamethasone Nebulized epinephrine Hospitalization not generally needed
8 to 11	Severe	<ul style="list-style-type: none"> Frequent barking cough Stridor at rest Marked retractions significant distress and agitation 	<ul style="list-style-type: none"> Single dose PO/IM/IV dexamethasone Repeated doses of nebulized epinephrine prn Inpatient admission usually required Improved after corticosteroid and nebulized epinephrine
≥ 12	Impending respiratory failure	<ul style="list-style-type: none"> Depressed level of consciousness Stridor at rest Severe retractions Poor air entry Cyanosis or pallor 	<ul style="list-style-type: none"> Single dose PO/IM/IV dexamethasone Repeated doses of nebulized epinephrine prn ICU admission usually required May require intubation

Bút rút => 5đ

Môi tái, chưa tím => 0đ

Thở rít khi nằm yên => 2đ

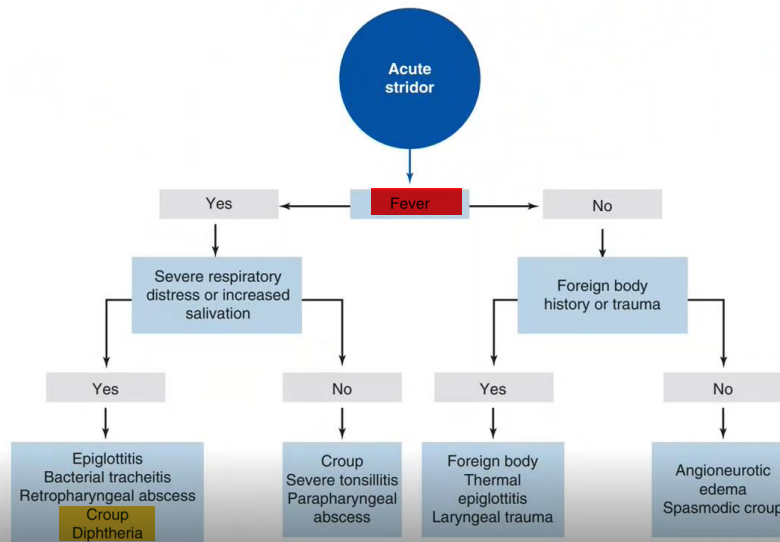
Giảm thông khí => 1 đ

Cơ kéo cơ hô hấp => 2,3đ

⇒ Tổng 10,11đ: nặng



ACUTE-ONSET STRIDOR



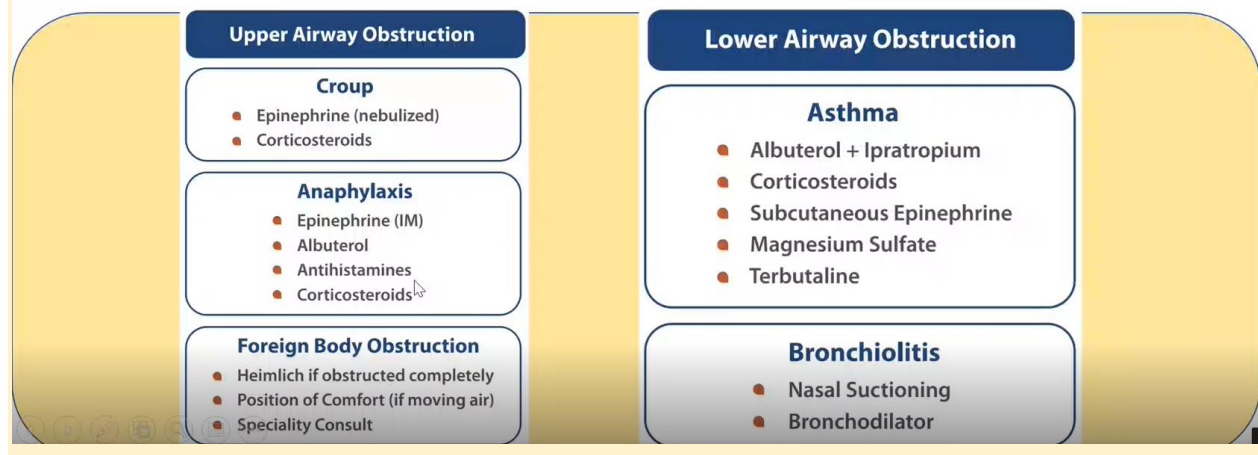
Croup: viêm thanh khí quản

Sau đó đánh giá xem có vẻ mặt nhiễm trùng không, tư thế, giả mạc (ngũ bạch hầu). Bệnh nhân này thấy chích ngừa đủ nên không nghĩ HiB và bạch hầu.

Hội chứng nhiễm siêu vi rõ, sốt không cao, bệnh nhân giảm sốt rồi, không có vẻ mặt nhiễm trùng, bệnh nhân ho khan nữa nên nghĩ nhiều là viêm thanh quản do siêu vi, hầu hết viêm thanh khí quản là do siêu vi.

Sau đó mình đánh giá mức độ nặng viêm thanh khí quản nhờ thang điểm Westly, rồi xử trí theo độ nặng (cái này có thể đánh trên app được)

✓ Trình bày nguyên tắc điều trị bệnh nhi này?



Croup: Điều trị chủ yếu Adre PKD , và Corticoid thôi

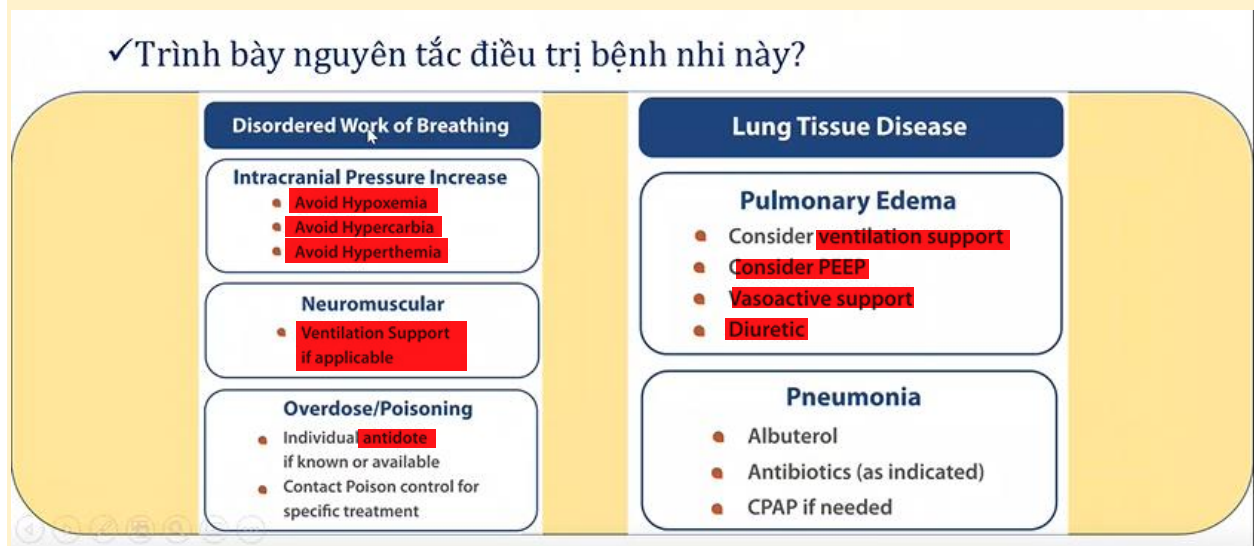
Phản vệ: phải cho Adre tiêm bắp, Anti Histamin, Corticoid, nặng có thể cho Albuterol giãn phế quản

Dị vật phế quản: tư thế thông thoáng đường thở,

- Nếu tắc nghẽn đường thở mà bé không ho được thì **vỗ lưng ấn ngực với trẻ nhỏ, thủ thuật Heimlich với đứa lớn 8 tuổi trở lên**. Nếu làm **thủ thuật trên không được thì phải soi lấy dị vật** (dùng đèn soi thanh quản). Nếu **soi thất bại thì đẩy dị vật vô luân, phải đặt nội khí quản rồi nội soi gấp dị vật sau**.
- Những đứa **còn tỉnh táo, ho được thì để cho nó ngồi và khuyến khích bé ho**, nếu không ho được mới làm mấy thủ thuật trên thôi
- Nếu vô **mất tri giác luôn thì phải làm cấp cứu CPR** luôn.

Suyễn: phun giãn phế quản với Albuterol , nếu trung bình nặng thì Albu+Ipra , Corticoid. Nặng hơn thì có thể cho thêm Magnesium TM, Adre TDD, Terbutaline.

Viêm TPQ: thông thoáng đường thở, giãn phế quản nếu đáp ứng



Tăng áp lực NS: có thể đặt nội khí quản để kiểm soát tình trạng thông khí của bệnh nhân, kiểm soát thông khí là vấn đề quan trọng nhất. Tránh tình trạng tăng CO2 máu, tránh giảm Oxy, tránh giảm thân nhiệt, thậm chí có thể cho giãn cơ để kiểm soát thông khí

Ngộ độc: tách nguồn ngộ độc ra, ngộ độc qua đường dạ dày thì rửa dạ dày, có thể cho antidot nếu có.

Phù phổi: hỗ trợ hô hấp, có thể cho thở có PEEP (CPAP, BiPAP, có thể NKQ thở máy), lợi tiểu, vận mạch

Viêm phổi: chủ yếu hỗ trợ hô hấp (CPAP, BiPAP), kháng sinh. Nếu VP nặng có tắc nghẽn đường thở thì có thể cho thêm giãn phế quản.



CÂU HỎI THẢO LUẬN 8



✓ Cho y lệnh điều trị cụ thể bệnh nhi này?

1. Hạn chế kích thích, để trẻ nằm tư thế mà em cảm thấy thoải mái nhất có thể.
2. Thở oxy qua **canula không thở lại 6 L/ph.**
3. Khí dung **Adrenaline 1mg/1ml 5ml PKD với oxy 4 lít/phút.**
4. Dexamethasone 4mg: 1,5 ống TMC/TB **(0,15 – 0,6 mg/kg liều duy nhất).**
5. Tạm nhịn, xem xét truyền dịch cho trẻ để tránh mất nước, mắc monitor theo dõi nhịp tim, SpO2 liên tục.
6. Xét nghiệm: X-quang cổ thẳng.
7. Đánh giá lại bệnh nhân sau PKD adrenaline, có thể lặp lại nếu trẻ vẫn còn thở rít, xem xét cho nhập viện.

Bé này:

Quan trọng là phải hạn chế kích thích bệnh nhân, phải tôn trọng tư thế của bệnh nhân. Hạn chế làm gì xâm lấn cho bé (chích,...)

Thở oxy canula hoặc mask

Dexa: liều 0,15-0,6mg/kg liều duy nhất trong 24h, sau đó đánh giá lại

Nhịn: ăn xong sợ nó nặng hơn

Nếu sau **khi phun khí dung Adre mà vẫn còn thở rít thì có thể lặp lại liều nữa.** Và chắc chắn là trường hợp này nên cho nhập viện vì Viêm thanh quản cấp mức độ nặng, không thể nào cho bệnh nhân được trừ khi sau khi sau khi chích Dexa, PKD 1 liều Adre bệnh nhân khỏe hoàn toàn thì có thể cho về.

Sau khi phun khí dung bé giảm bú rít, môi hồng với oxy canula, SpO2 99%, CRT 2s, chi ấm, mạch chậm lại 155 lần, thở đều 36 lần, co kéo nhẹ, không thở rít khi nằm yên, thở rít nhẹ khi khóc, thông khí đều 2 bên, thông khí 2 đáy phổi tốt hơn, bụng mềm, ăn uống được. bé được theo dõi tại cấp cứu.



DIỄN TIẾN (tt)



✓ Sau 2 giờ

- Em kích thích và quấy khóc nhiều.
 - Môi hồng/oxy canula, SpO2 95%
 - Chi ấm, CRT <2s
 - Mạch quay rõ 175 l/p
 - Tim đều, rõ 175 l/p
 - Thở đều 25 l/p, co kéo nhẹ hõm ức và cơ ức đòn chũm mức độ vừa.
 - Thở rít ngay cả khi nằm yên, giảm thông khí 2 đáy phổi, thì hít vô kéo dài
 - Bụng mềm.
- => **Người nhà lo lắng yêu cầu chuyển tuyến.**



CÂU HỎI THẢO LUẬN 9



✓ Bạn sẽ làm gì tiếp theo với bệnh nhi này?

- Điều trị?
 - Xét nghiệm?
 - Chuyển viện?
1. Tiếp tục thở oxy/canula,
 2. Lắp lại phun khí dung với adrenaline.
 3. Giải thích thân nhân tiếp tục điều trị tại bệnh viện và cho trẻ nhập viện.
 4. Hỏi kỹ lại bệnh sử, tiền căn, thăm khám lại kỹ hơn nếu còn nghi ngờ các nguyên nhân gây tắc nghẽn hô hấp trên khác.



1. Sick or not sick?
 2. ABC
 3. Clinical assessment
 4. Working diagnosis
 5. Interventions
 6. Reassessment
- Call a friend...

Hiện tại thì cũng không làm thêm xét nghiệm gì đâu. Mình tiếp tục thở oxy canula và lắp lại PKD Adre lần 2, mình giải thích cho người nhà 1 cách rõ ràng. Nhưng mình cũng cẩn thận xem xét lại xem có chẩn đoán khác không (tại lúc mình chẩn đoán là viêm thanh khí quản), hỏi lại kỹ bệnh sử, xem lại X quang, khám lại (đây là bước reassessment)



KẾT LUẬN

1. Dùng PAT để nhận diện bệnh nhi suy hô hấp và xử trí ngay.
2. Thực hiện can thiệp ngay trước khi hỏi bệnh sử và khám chi tiết.
3. Chọn lựa dụng cụ cung cấp oxy và thông khí phù hợp tùy tình trạng bệnh nhi
4. Hỏi bệnh sử và khám dựa trên 4 nhóm nguyên nhân chính.
5. Trong quá trình điều trị phải thường xuyên đánh giá lại bệnh nhi.
6. Không quên gọi giúp đỡ khi cần thiết.
7. Đảm bảo chuyển viện an toàn cho bệnh nhi suy hô hấp.

Can thiệp đầu tiên:

Thông thoáng đường thở

Cung cấp oxy

Mắc monitor theo dõi

Đánh giá tiếp: xem suy hô hấp rối loạn ở đâu, nguyên nhân là gì, xử trí => đánh giá lại

Nhớ: luôn luôn giải thích kĩ càng cho người nhà: bệnh gì? Điều trị ra sao?

Nếu cần chuyển viện: cần đảm bảo an toàn trước khi chuyển viện.

ĐỢT 1-TUẦN 2

Pretest: câu viêm thanh thiệt, sao lại diễn tiến 5 ngày, và tuổi bé 20 tháng. Có phù hợp không?

19. Bé trai 20 tháng tuổi, đến khám vì sốt cao và khó thở. Bệnh 5 ngày nay, bé sốt 38,5 – 40,5°C, khóc khan tiếng, khó thở tăng dần và ăn uống kém. Khám: bé đừ, môi tái, chi ấm, mạch rõ 164 lần/phút, nhiệt độ: 39,5°C, nhịp thở 26 lần/phút, SpO₂: 92%, thở co lõm ngực, lõm hõm trên ức, nghe tiếng thở rít khi ngồi yên, phổi không ran, chảy nước miếng nhiều và ngồi tư thế ngửa đầu về phía trước. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì? *

(0.5/0.5 Điểm)

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=-Miz6oh0D0aitEEurd6ov6FI5ECJ41JEnhuYeVInmhJUNzhQWVIOSTVlSkVINzk5ODhBQVdES...> 7/8

14:20, 25/11/2021

PRETEST CBL SUY HỒ HẤP NHÓM 3

- ☐ Viêm khí quản
- ☒ Viêm thanh thiệt cấp
- ☐ Dị vật đường thở
- ☐ Viêm thanh quản cấp



Trên đời không có gì không thể hết, nhưng cái diễn tiến và tuổi này không phải là cái quyết định, quan trọng nhất là dựa vô lâm sàng. Vì đôi khi mình nghĩ lứa tuổi đó ít xảy ra, nhưng không phải là không có.

Ví dụ như sốt xuất huyết mình nói không thể sốc ở ngày 3 được, nhưng anh từng gặp sốc ở ngày 2 rồi, có những bệnh nhân ngày 8, ngày 9 mới sốc.

Sách nói: sức cản đường thở bị ảnh hưởng bởi đường thở song song?

Này anh không rõ :v

Những bệnh nhân viêm phổi, viêm TPQ không đáp ứng thở canula thì dùng NCPAP. Vậy mình dùng Mask được không?

Không vấn đề gì cả, vấn đề là bệnh nhân không đáp ứng với oxy lưu lượng thấp và những dụng cụ không cung cấp được áp lực cho bệnh nhân thì mình có thể dùng dụng cụ cung cấp hỗ trợ hô hấp và cung cấp oxy luôn ổn định và hắng định hơn (đó chính là NCPAP). Thở mask thất bại thì cũng có thể dùng NCPAP vậy (anh hiểu sai ý bạn Phần hỏi rồi :v)

CPAP: chỉ định ở những **bệnh nhân giảm compliance phổi** vì nó đỡ công thở cho bệnh nhân, mở phế nang ở cuối kì thở ra. Nên bệnh nhân bị **viêm phổi nặng thì nên dùng** để giảm công hô hấp, cải thiện công thở, giảm xẹp phổi

ĐỢT 1-TUẦN 2

Khái niệm dụng cụ cung cấp FiO2 lưu lượng cao và thấp, cao là cung cấp FiO2 ổn định như Venturi, NCPAP, thở máy. BẠN thắc mắc mask túi không thở lại cũng đưa FiO2 sao cũng nói là thấp?

Chuyện thấp hay cao **không phụ thuộc lưu lượng là bao nhiêu, mà quan trọng lưu lượng đó có ổn định hay không**. Thực ra ngta nói có thể tối đa lên 9x % với điều kiện bệnh nhân phải tự thở với lưu lượng rất cao, thở với thì hít vô rất kéo dài thì lưu lượng mới đạt lên FiO2 9x %.

Những dụng cụ cung cấp lưu lượng thì FiO2 tương đối hằng định, không bị ảnh hưởng bởi vấn đề thông khí của bệnh nhân.

Bé gái 2 tuổi ngạt nước hồ bơi,

14. Bé gái 2 tuổi, **ngạt nước hồ bơi**, nhập cấp cứu trong tình trạng GCS 9 điểm, **SpO2 85%**, mạch 158 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg, thở 46 lần/phút co kéo, tim đều, phổi ran ẩm 2 bên, bụng mềm, không ghi nhận chấn thương bên ngoài. Xử trí thích hợp nhất cho trẻ là? *

- ☐ Oxy qua cannula 6 lít/phút
- ☐ Oxy qua mask không thở lại 10 lít/phút
- ☒ CPAP qua cannula mũi với áp lực 8-10 cmH2O

Đặt nội khí quản giúp thở

Ca đó đặt nội khí quản vì: Thứ nhất là suy hô hấp. Thứ 2 là **glassgow với bé ngạt nước dưới 12 điểm là đặt NKQ rồi** (khác với những một số chỉ định khác như: **bệnh nhân mê Glasgow dưới 8 là đặt**, với **Tay chân miệng GCS dưới 10 điểm là đặt**, **ngạt nước GCS dưới 12 đ là đặt**).

Phải xét nhiều yếu tố vì khi chỉ định một cách đơn thuần nếu bệnh nhân chỉ SHH thôi mà bé chưa đủ để đặt NKQ, nếu vấn đề tri giác không thôi mà tri giác đó chưa đủ để đặt NKQ. Khi phối hợp cả 2 vấn đề **vừa SHH vừa rối loạn tri giác thì chỉ định NKQ sớm hơn**. (cái này đang nói chung tất cả trường hợp)

Dụng cụ đo EtCo2 có một sốt thiết bị riêng, có những cái giống như máy đo SpO2 vậy, có cái gắn vô amsy thở có cái Sensor để đo.

CBL này: nếu người nhà vẫn nhất quyết đòi chuyển thì mình vẫn phun Adre trước cho bé trong lúc làm giấy chuyển, và chuẩn bị thêm Adre phun trên đường đi nữa.