

**CASE HEN PHẾ QUẢN**  
**GIẢNG VIÊN BS CAO PHẠM HÀ GIANG**  
**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

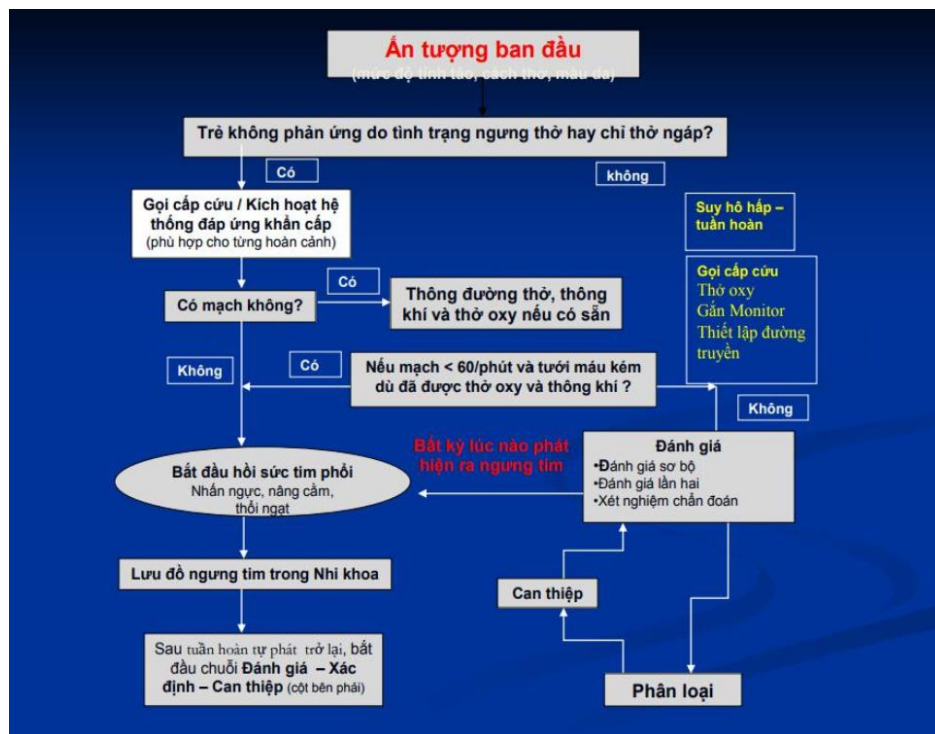
**LÝ DO NHẬP VIỆN**

Bé trai sinh ngày 14/05/2018 Bình Dương. Nhập viện vì thở mệt 1 ngày.  
Đến khám ngày 29/02/2020

*Chị chỉ cho lý do nhập viện, sau đó hỏi các em muốn hỏi khám gì thì chị nói. Phía dưới là những thông tin các bạn tự đặt câu hỏi và chị trả lời.*

**BỆNH SỬ**

Bệnh 1 ngày: Bé thở mệt ngày càng nặng hơn. Thở mệt là tình trạng cấp cứu nên tiếp cận xử trí cấp cứu đúng lưu đồ



**(1) Tiếp cận cấp cứu appearance: Tri giác, kiểu thở, tím không ?**

- Bút rút môi hồng nhạt với khí trời
- Co lõm ngực nặng, không phập phồng cánh mũi, kh lõm hõm ức, co gồng cơ thẳng bụng, kéo dài thì thở ra. Thở khò khè. SpO2 90%
- *Hỏi liên có hít sặc gì không ?*

## **(2) Xử trí lần đầu**

- Gắn oxy liều cao nhất 6l/ph liên vì không ngộ độc O2 đâu, thở chút cấp cứu rồi đánh giá lại kh sợ ngộ độc.
- **Gắn sau 1ph là SpO2 lên liên**, chờ 5ph không lên là không đáp ứng rồi đó.
- Mục tiêu 94-98%
- Lên không được thì hỗ trợ bằng pp khác: Mask, CPAP ...
- Giả sử như nó đạt được 95%-96% sau 1ph liên thì sao ?

## **(3) Đánh giá lần 2.**

### **(3.1) Bệnh sử**

- Sốt
- Ho đàm không khạc được
- Khò khè qua nay, ăn uống không được, đi cầu kh được
- Từ đêm tới giờ quấy khóc nhiều
- Đi tiểu được

### **(3.2) Khám**

- Còn bút rút còn co lõm ngực nặng
- Sốt 38 độ C ở nhà → BV 37.5 độ không thuốc gì cả
- SpO2 95%
- Mạch 170 l/ph, SRT <2s
- NT 60l/ph

- Phổi nghe ran ngáy ran rít lan tỏa 2 phế trường

#### **(4) Phun khí dung liên**

- Tối đây nghĩ con hen cấp mức độ nặng nên Combivent luôn thay cho Ventolin
- Combivent ½ ống + Ventolin ½ ống + NaCl đủ 4ml PKD với oxy 8l/ph
  - + Hãy chú ý ống Combivent là 500microgam / 2.5mg
  - + Mà liều sẽ dùng là 250microgram Ipra + Salbutamol 2.5mg
  - + Nên sẽ dùng ½ ống Combivent là 250microgram + 1.25mg Salbutamol
  - + Cộng ½ ống Ventolin hàn lượng 2.5mg Salbutamol để đủ 2.5mg Salbutamol. Ventolin có cả chế phẩm ống 5mg hay ống 2.5mg.
- Trong thời gian chờ phun khí dung 3 lần cách nhau 20ph là thời gian em tiếp cận đánh giá tiếp.

#### **(5) Bé ổn rồi mới hỏi tiếp**

##### **(5.1) Tiền căn cá nhân**

- Con thứ 2 sinh 3 kg đủ tháng
- Ghi nhận dị tật ASD Hậu môn kh có
- Rất nhiều khò khè trước đây, hay vào mùa
- 4 tuần vừa qua
  - + Có thức giấc ban đêm
  - + Trong vòng 1 tuần có khò khè ban ngày. Cách đây 3 tuần có bị khò khè bị 1 tuần tự phun khí dung ở nhà 7 ngày luôn
  - + Ít chạy chơi
  - + Thuốc tự mua ventolin lúc đỡ lúc không
  - + Qua phun 3 lần 6h chiều 10h đêm 3 giờ sáng
- Bé chưa ghi nhận dị ứng

- CN 10.5kg CC 89cm
- Đi được rồi, nói được rồi
- Chưa từng được chẩn đoán hen

**- Nhập viện 5 lần rồi → Hỏi ngay có giấy xuất viện không**

- + Hậu môn kh có đã phẫu thuật
- + ASD chỉ theo dõi
- + Lần nào cũng phun khí dung: lúc có lúc không
- + Lần cuối cách đây 4 tháng, có thở CPAP lần đó

**(5.2) Tiền căn gia đình**

- Ba bị dị ứng tôm cua

**GIẤY RA VIỆN CỦA BỆNH NHÂN**

(1)

- Vào viện lúc : 09:12 ; 05/08/2018 ; Hà Tĩnh ; Có giá trị từ: 14/05/2018

- Chẩn đoán: Viêm phổi, ASD, Không hậu môn đã phẫu thuật, ho gà ; Ra viện lúc : 10:28 ; 17/08/2018

- Phương pháp điều trị: asasea

- Ghi chú: Toa về, tái khám PK nhiễm sau 03 ngày

(2)

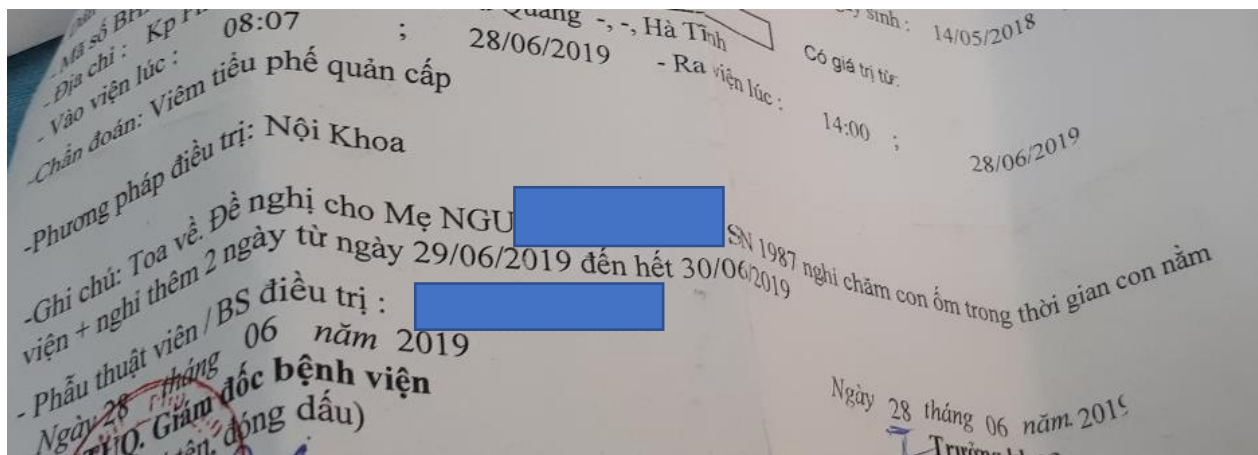
Vào viện lúc : 13:20 ; 15/03/2019 ; Vũ Quang ; Hà Tĩnh ; Có giá trị từ: 14/05/2018

Chẩn đoán: Viêm phổi ; Ra viện lúc : 16:00 ; 23/03/2019

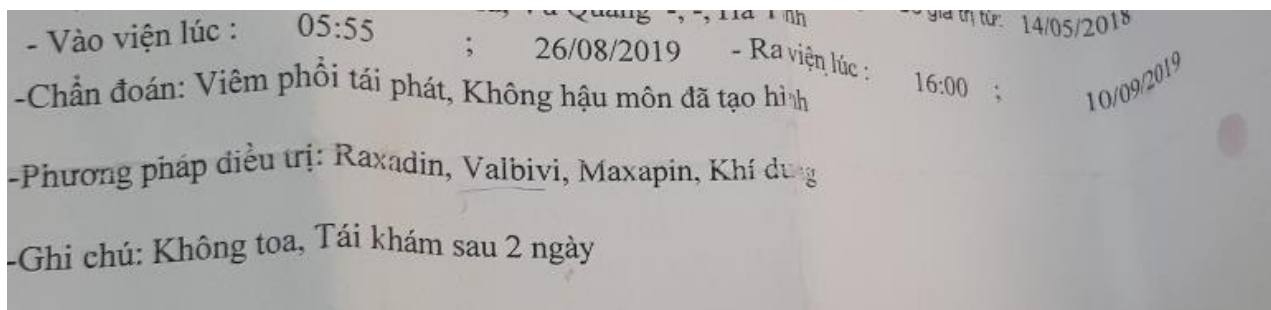
- Phương pháp điều trị: Ceftriaxone, Klacid, Khí dung

- Ghi chú: Toa về, Mẹ Nguyễn Thị Hoa (1987) nghỉ chăm con ốm trong thời gian con nằm viện và nghỉ thêm 2 ngày (Từ ngày 24/8/2019 đến hết ngày 25/8/2019)

(3)



(4)



### TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam 22 tháng tuổi nhập viện vì thì thở mệt, bệnh một ngày. Ghi nhận

#### 1. TCCN

- Sốt ho đàm nghẹt mũi
- PKD ở nhà 3 lần ngày hôm qua không bớt
- Thở mệt khò khè

#### 2. TCTT

- Bút rút, môi hồng nhạt với khí trời
- Mạch 170 l/ph, NT 60l/ph Nhiệt độ 37.5 độ
- SpO2 90%
- Co lõm ngực nặng, phập phồng cánh mũi, co cơ thẳng bụng, kéo dài thì thở ra
- Phổi ran ngáy ran rít lan tỏa 2 bên
- Viêm da dị ứng (hai chân có vết thâm): API (+) (1) Viêm da chính (2) Khò khè không liên quan cảm lạnh
- Bàn tay phải có 6 ngón

### 3. TC

- Không hậu môn lúc sinh đã phẫu thuật
- Nhập viện nhiều lần vì khò khè ghi nhận
- + 8/18 Viêm phổi ASD
- + 6/19 VTPQ cấp
- + 15/8/19 VP
- + 26/8/19 VP tái phát (cách đây 4 tháng) có thở CPAP
- 1 tháng qua
- + Thức giấc ban đêm
- + Khò khè 1 tuần liên tục, có phun khí dung
- + Không chạy chơi được lúc khò khè
- Ba dị ứng hải sản

*Ghi rõ các lần nhập viện của trẻ và nguyên nhân để xen tần suất tái phát*

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đặt vấn đề

1. SHH độ 2

2. HC tắc nghẽn đường hô hấp dưới

3. API (+)

4. Bàn tay 6 ngón

5. Sốt

6. Tiền căn

- ASD

- Không hậu môn đã phẫu thuật

- Khò khè tái phát nhiều lần

- Vp tái phát nhiều lần, lần cuối cách đây 4 tháng có thở NCPAP

- SHH độ 2 vì thở oxy SpO2 lên 95% nên SHH độ 2

- Nhìn tổng quát bệnh nhân có nhiều bất thường bẩm sinh, có thể có bất thường đường thở.

- Chị Giang thích phân độ suy hô hấp 1-2-3 hơn là nguy kịch hô hấp và suy hô hấp vì phân độ rõ giúp định hướng điều trị.

## NGUYỄN PHÚC

- Quan điểm mới không phân độ, chỉ chẩn đoán có SHH hay không vì SHH là 1 quá trình liên tục, ko phải đột ngột mà có giai đoạn bù trừ trước đó. SHH độ 1 ko phải SHH thực sự, chỉ là biểu hiện SHH hay giai đoạn tiền SHH hay bù trừ.
- Phân độ:
  - ✓ **1-khó thở** biểu hiện bằng **Thở nhanh** -> **Rút lõm** -> **Co kéo cơ hô hấp phụ** (đặc biệt là phập phồng cánh mũi), tri giác tỉnh, không tím, SpO2 bình thường, PaO2 (60-80mmHg)
  - ✓ **2:** cải thiện khi thở O2, PaO2 40-60mmHg, nhịp thở tăng 30-50%, biểu hiện tùy cơ chế:
    - **Thiếu O2:** thay đổi tri giác (kích thích, vật vã, bứt rứt -> lơ lơ mơ -> hôn mê) -> **thở rên** (âm trầm, êm dịu thì thở ra do nắp thanh môn đóng sớm nén khí lại tạo áp lực (+) cuối thì thở ra làm phế nang nở ra trao đổi khí tốt hơn, còn gặp trong xẹp phổi) -> **tím môi-tím tw** (khi Hb khử >3g%) -> **tím da,chi-tím ngoại biên** (khi Hb khử >4-6g%) **lưu ý** trẻ bị thiếu máu nặng vẫn ko tím môi dù thiếu O2 nặng
    - **Ứ CO2- Tam chứng ứ CO2 máu:** vã mồ hôi, nhịp nhanh, THA- biểu hiện bằng thay đổi tri giác, co lõm ngực nặng, phế âm giảm hoặc mất
  - ✓ **3:** ko cải thiện khi thở O2 (tăng FiO2 đến trên 61% vẫn ko đáp ứng), PaO2<40mmHg, nhịp thở tăng >50%, có 3 trường hợp (dùng khí máu động mạch để phân biệt, đơn giản hơn dùng SpO2)
    - Thiếu O2 quá nặng, phổi tổn thương quá nhiều.
    - SHH loại ứ CO2 (giảm thông khí)
    - Toàn chuyển hoá (ví dụ như trong tiêu chảy mất nước nặng, biểu hiện giống SHH, ko phải SHH, phân biệt nhờ khí máu động mạch hoặc SpO2)

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán sơ bộ

- Con hen cấp mức độ nặng, biến chứng suy hô hấp độ 2, theo dõi bội nhiễm / Hen không kiểm soát – ASD – Suy dinh dưỡng – Không hậu môn đã phẫu thuật – Bàn tay 6 ngón – Theo dõi (1) trào ngược dạ dày (2) dị tật đường hô hấp (3) suy giảm miễn dịch

### 2. Chẩn đoán phân biệt

1. Viêm phổi mức độ nặng biến chứng suy hô hấp độ 2 / Hen không kiểm soát

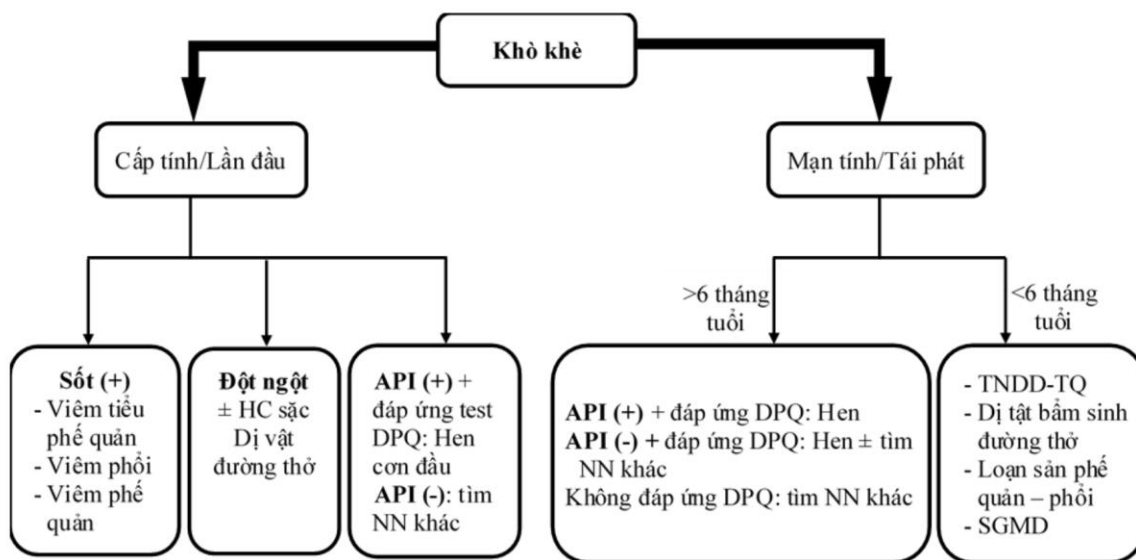
~~2. Dị vật đường thở~~

~~4. Viêm tiểu phế quản:~~ Bé đã khò khè quá nhiều lần

### 3. Chỉ định Cận lâm sàng

- Xquang ngực thẳng

- CTM CRP
- KMĐM
- Đường huyết
- Men gan, Bun Cre, Ion đồ
- Siêu âm tim chú ý ASD
- Siêu âm bụng tìm trào ngược dạ dày thực quản
- BK dịch dạ dày
- CT ngực (?)
- HIV (?) Cần sự đồng thuận từ người nhà



### **- Phù phổi cấp dù ít gặp nhưng kh loại trừ !**

- Bé này suy hô hấp diễn tiến nhanh

+ Hen phù hợp với API (+) Khó khè tái đi tái lại

+ (1) Phải nghĩ tới Viêm phổi diễn tiến nhanh do tác nhân độc lực cao như phế cầu

+ (2) Viêm phổi / cơ địa đặc biệt mạn tính – Đặc biệt nó tái phát viêm phổi

+ (3) Dị vật đường thở: Tắc nghẽn ngay góc carina nên nghe ran ngáy ran rít lan tỏa. .10 ca chỉ có 3 ca có hội chứng xâm nhập --> Xquang có tổn



thương phổi giải thích được kh, chỉ có ứ khí mà điều trị hoài không được thì phải đặt ra rồi. Đâu nói khả năng cao chỉ

+ (4) Phù phổi cấp: Suy hô hấp rất nhanh

- Mạn tính thúc đẩy nhanh: Bé này vào viện ra viện liên tục nhất là ở nhi đồng 2 mà lại không được chẩn đoán hen mà là viêm phổi viêm tiểu phế quản ... → Chắc chắn có gì đó đặc biệt rồi.

+ (1) Dị dạng đường thở: Tim, hậu môn, bàn tay sáu ngón → Nghi ngờ đường thở bất thường. Sao trước giờ không thấy như thế nhẹ. Nếu đứa trẻ không có nhiễm trùng thì không có lộ triệu chứng đó ra đâu, khi có nhiễm trùng thúc đẩy thì nó mới lộ ra.

+ (2) Suy giảm miễn dịch :

+ (3) Tật tim: Còn hay hết tâm soát tới nơi tới trốn chưa

+ (4) Lao phổi: VP tái phát khò khè

+ (5) Trào ngược dạ dày thực quản: Tần suất khò khè xuất hiện nhiều lúc nào. Tập trung sau 12 tháng bị hoài bị hoài là kh hợp rồi. Trước đó 12 tháng là độ tuổi tuyệt vời của trào ngược dạ dày thực quản → Ít nghĩ hơn mấy cái kia.

### **Hỏi bệnh sử xoáy vô trọng tâm vì ca này nhập viện nhiều lần ng nhà chán chả trả lời mấy đâu**

- 1 tháng nay khò khè không → Đánh giá độ hen

- Trước lần đó cách đó bao lâu → Cách đây 2 tháng bị khò khè cho thuốc uống phun khí dung → TB 1 tháng bị khò khè một lần. Mùa bệnh sau mùa mưa, cái này sau Tết kh phải mùa bệnh. Đứa này ngoài mùa còn bị nhiều như vậy, trong mùa sẽ bị nhiều hơn

### **Giả sử SpO2 95% mà lâm sàng như vậy thì xếp cơn hen gì ?**

- Đánh giá nhanh

- Hen nhẹ là không có khó thở đáng kể, tri giác bình thường

- Hen trung bình, SpO2 vẫn đủ 90-95%, chạy chơi được

- Hen nặng cơ kéo nặng giảm  $SpO_2$

→ Nếu chỉ  $SpO_2$  95% thì xếp trung bình nặng mức mé chuyển nặng. Nếu đánh chữ trung bình thì nhẹ quá, nặng thì quá mức chẩn đoán trung bình nặng.

Bé này viêm phổi tái phát, hãy nghĩ về những yt nguy cơ của điều đó. VP hai lần gần đây nhập viện kế bên nhau, giống như là viêm phổi kéo dài → Cần tìm mấy cái này

### 1.3 Các yếu tố nguy cơ

- Bất thường sản xuất kháng thể hoặc bạch cầu đa nhân.
- Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải.
- Bệnh xơ nang.
- Dị tật bẩm sinh tại đường hô hấp.
- Dẫn phế quản bẩm sinh.
- Bất động lồng chuyên.
- Dò khí - thực quản.
- Trào ngược dạ dày - thực quản.
- Tăng lưu lượng máu lên phổi: tim bẩm sinh có shunt trái phải.
- Mất phản xạ ho: hôn mê, bại não, ...
- Chấn thương, gây mê, hít là các yếu tố thúc đẩy viêm phổi.

Handout bộ môn

## **HANDOUT BỘ MÔN**

### **Nguyên nhân khó khè**

#### **3.1 Khò khè cấp tính**

- Hen
- Viêm tiểu phế quản
- Viêm phế quản
- Viêm thanh khí quản
- Viêm khí quản do vi trùng
- Dị vật đường thở cấp

#### **3.2 Khò khè mạn tính hay khò khè tái phát**

##### **3.2.1 Bất thường cấu trúc**

- Mềm sụn khí quản
- Vòng mạch máu chèn ép
- Hẹp khí quản/ màng ngăn khí quản
- Nang, khối u, hạch trung thất chèn ép
- Tim to chèn ép

### 3.2.2 Bất thường chức năng

- Hen
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Hít sặc tái phát
- Suy giảm miễn dịch
- Bất hoạt lông chuyển
- Loạn sản phế quản phổi
- Dị vật phế quản bỏ quên
- Bệnh phổi mô kẽ

## CẬN LÂM SÀNG

Chỉ định Cận lâm sàng

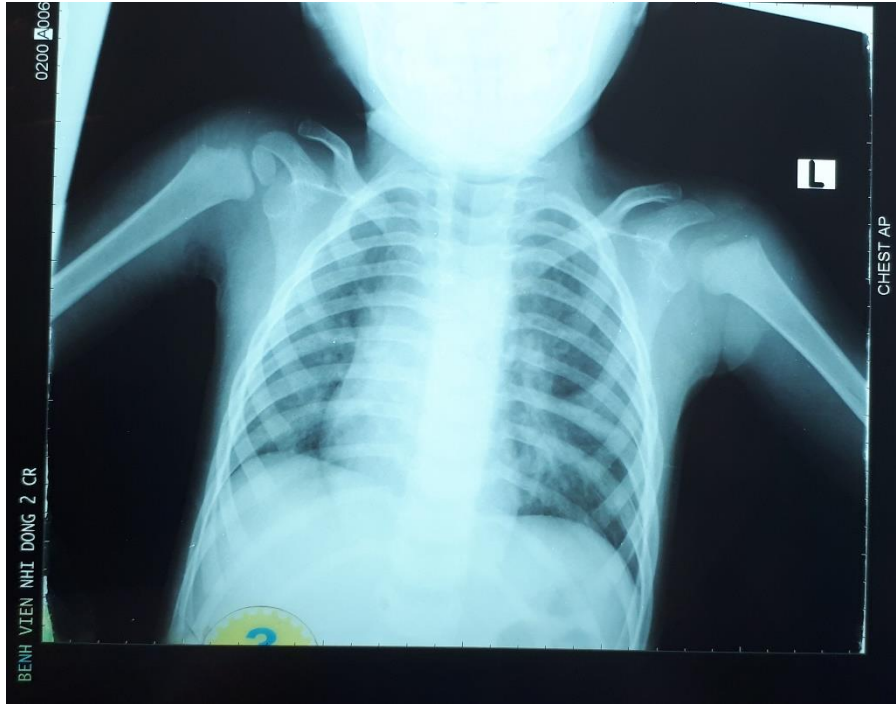
Cấp để chẩn đoán

- Xquang ngực thẳng
- CTM CRP
- Định lượng kháng thể IgG, IgM, IgA, C3 C4 *Cái này làm liền được*
- KMĐM
- Men gan, Bun Cre, Ion đồ, Glucose
- BK dịch dạ dày
- NTA:
- + Viêm phổi nặng
- + Viêm phổi tái phát

Từ từ làm:

- Siêu âm tim
- Siêu âm bụng
- **CT ngực: Dị tật đường thở và Dị vật đường thở (nếu không đáp ứng ban đầu thì làm CT)**
- HIV: Cần sự đồng thuận từ người nhà

## XQUANG NGỰC



- Đám mờ 1/3 giữa phổi trái, giới hạn không rõ, không khí ảnh đồ, xóa bờ tim, không phản ứng màng phổi, không co kéo đẩy lệch trung thất

- Tia mềm:

+ Độ tăng sáng giảm → CÓ THỂ Ứ KHÍ MÀ KHÔNG THẤY

+ Phim nhìn sẽ tổn thương nhiều hơn

- Hít: 9 sau 6 trước

- Tim hình bóng nước chỉ số 0.4

- Tim bị lệch sang phải:

+ Tư thế

+ Do phế trường tăng sáng đẩy lệch sang phải (cao nhất vì lần trước có thể đã chụp rồi)

+ Bất thường tim

→ Chụp lại Xquang sau bao lâu tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân, giả sử nó đáp ứng tốt thì từ từ chụp còn càng ngày càng nặng thì chụp

→ Chẩn đoán hen bội nhiễm phù hợp

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	CSBT
Khi Máu		
Nhiệt độ GDS	37.5	
Hb	chưa	
FiO2	60.0	
pH	7.339	(7.36-7.44)
pCO2	37.9	(36-44)
pO2	94.5	(80-100)
BE	-5.8	((-4)-(+4))
tCO2	21.0	
HCO3-	19.9	(22-26)
SatO2	96.7	(92-96)
AaDO2	294.3	

- Toan CH không tăng AG

- Khứ CO2

- Giảm O2 đã được điều chỉnh

TÊN XÉT NGHIỆM		KẾT QUẢ	CSBT	ĐƠN
Khoa :				
ng Phân Tích Tế Bào Máu Bằng				
BC		26.29	(4.0 - 10.0)	
%NEU		88.5	(37 - 80)	
%LYM		7.6	(10.0 - 50.0)	
%MONO		3.1	(0.0 - 12.0)	
%EOS		0.2	(0 - 7)	
%BASO		0.6	(0 - 2.5)	
#NEU		23.27	(2.0 - 6.9)	
#LYM		2.00	(0.6 - 3.4)	
#MONO		0.82	(0.0 - 0.9)	
#EOS		0.05	(0.0 - 0.2)	
#BASO		0.15	(0.0 - 0.20)	
BC		4.60	(3.9 - 5.8)	
GB		12.8	(12.5 - 16)	
CT		35.4	(35 - 50)	
MCV		77.0	(83 - 92)	
MCH		27.8	(27 - 32)	
MCHC		36.2	(32 - 35.6)	
RDW		14.0		
LT		277	(130 - 400)	
MPV		9.1	(7.2 - 11.1)	

- Trong hen nhiễm cho dù không bội nhiễm thì BC cũng tăng cao dù không có bội nhiễm. CRP cũng không tăng luôn.
- Trong giai đoạn cấp của hen có thể tăng BC vì đáp ứng viêm rất dữ dội. Hen không chỉ vì tăng BC và

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	CSBT	ĐƠN VỊ
CRP-hs	5.3	(<5)	
SGOT/AST	47	(<45)	
SGPT/ALT	19	(<40)	
Urê	3.9	(1.67-7.49)	
Creatinin	43	(20.33-88.4)	
Điện giải đồ (Na <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> , Cl <sup>-</sup> , CAtp)			
Na <sup>+</sup>	137	(135-145)	
K <sup>+</sup>	4.3	(3.5-5.1)	
Cl <sup>-</sup>	107	(95 - 110)	
Ca <sup>++</sup>	1.14	(1.1 - 1.45)	
Ca total	2.28	(1.75 - 2.7)	
Magnesium	0.90	(0.65-1.00)	
CHẤT LƯỢNG MẪU			
HT tán huyết	2+	Âm tính	
HT vàng	-	Âm tính	
HT đục	-	Âm tính	

**@VUONGYDS**  
**TIẾP CẬN NHỊ KHOA**  
**DRAFT VERSION**

Một sản phẩm của team  
[Youtube.com/VuongYDS](https://www.youtube.com/VuongYDS).

Tài liệu được thực hiện bởi những bạn sinh viên nên không tránh khỏi sai sót. Mong người đọc tự đánh giá nội dung. Xin chân thành cảm ơn.

Saigon 2020.

## **HƯỚNG ĐIỀU TRỊ**

Chẩn đoán tại thời điểm hiện tại

Cơn hen cấp mức độ nặng, biến chứng suy hô hấp độ 2, bội nhiễm / Hen không kiểm soát – ASD – Suy dinh dưỡng – Không hậu môn đã phẫu thuật – Bàn tay 6 ngón – Theo dõi (1) trào ngược dạ dày (2) dị tật đường hô hấp (3) suy giảm miễn dịch

7. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

- a. HỖ TRỢ HÔ HẤP
- b. ĐIỀU TRỊ CẮT CƠN
- c. ĐIỀU TRỊ BỘI NHIỄM
- d. GIẢM HO, GIẢM SỐT
- e. BÙ NƯỚC VÀ DINH DƯỠNG CHO BÉ
- f. THEO DÕI BIẾN CHỨNG NẶNG VÀ XỬ TRÍ KỊP THỜI
- g. ĐIỀU TRỊ PHÒNG NGỪA

8. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

- a. NẤM ĐẦU CAO
- b. THỞ OXY QUA CANNULA 6L/PHÚT
- c. CEFTRIONE 1G/1 LỌ 800MG X 1 TMC
- d. (VENTOLIN 2.5MG/2.5ML ½ ỨNG + COMBIVENT 0.5MG, 2.5MG/2.5 ML ½ ỨNG PHA VỚI NACL 0.9% ĐỦ 4 ML) X 3 PKD CÁCH MỖI 20 PHÚT THỞ VỚI OXY 8L/PHÚT → ĐÁNH GIÁ LẠI SAU MỖI LẦN PKD
- e. SOLUMEDROL 40MG/LỌ 10 MG X 4 TMC
- f. (PULMICORT 0.5MG/2ML 1 ỨNG + NACL 0.9% ĐỦ 4ML) PKD
- g. EFTICOL 0.9% 6 GIỌT X 6 NHỎ MỖI BÊN MŨI
- h. HO ASTEX 2.5ML X 3
- i. CHĂM SÓC CẤP 3, CHÁO 3BT – X
- j. THEO DÕI SINH HIỆU, SPO2, THỞ CO LỖM, TRI GIÁC MỖI 4 GIỜ

**(1) Kháng sinh tĩnh mạch**

- Không suy hô hấp
- Có suy hô hấp phải điều trị tích cực ưu tiên Kháng sinh tĩnh mạch
- Tại sao dùng Cef mà không phải Ampicillin ?
- + Bn này chủng ngừa đủ, cho Ampicillin cũng được, cho Cef3 cũng được

**(2) Solumedrol**



- Liều HC 5 chia 4
- Liều methylprednisone 1-2mg/kg/ngày chia 2 lần hoặc chia 4 lần. Trên ls thường chia 2 lần.
- Phải dùng vì hen nặng, kh phải vì nghi sgmd mà kh dùng
- Sgmd chưa chết liền nhưng hen nặng kh dùng cor kh giảm viêm được thì shh chết được đó

### (3) Đánh giá đáp ứng PKD

- Cải thiện tăng công thở là quan trọng: Chỉ cần có cải thiện là có đáp ứng
- + Giảm co lõm
- + Giảm thở
- + Tri giác đỡ dễ chịu hơn
- + Kh cần giảm thiệt nhiều mới kêu có đáp ứng
- + Vô nặng r ran kh giá trị vì tắc nhiều r. Con hen nhẹ thì kh có tăng công thở, chỉ có khò khè nên mới dùng tới hen

### **(4) Nói kh đáp ứng phải đánh giá kỹ thuật phun**

- Quấy khóc
- + Đưa bé khóc đẩy mạnh hơi ra ngoài thì thuốc kh có thời gian lắng đọng.
- + Cho ba mẹ dỗ thôi kh cho thuốc gì cả, an thần giãn cơ nó đã shh rồi
- Mặt nạ kín không
- Thuốc đúng liều không
- Gỡ bình cho nó hết thuốc
- Em phải trực tiếp ngồi canh kh phải đi cho điều dưỡng làm. Cái này quan trọng vì kh đáp ứng sẽ đổi chẩn đoán.

### **(5) Luôn dùng SABA ???**

- Vì cái này là thuốc cứu mạng cho bé
- Phun xen kẽ ?
- Pulmicort liều cao là thuốc cắt cơn kh phải

#### **(6) Hút đàm nhớt**

- Đang khó thở theo tác chỉnh lực hút lên làm khó thở hơn nữa
- **Thiếu oxy gắn oxy vô rồi hút đàm đúng như A-B-C thôi**
- Thở trước đi rồi hút đàm sau

#### **(7) Ho**

- Cho cũng được kh cho cũng được
- Do cho phun khí quản nó dễ chịu rồi

#### **(8) Dinh dưỡng ghi rõ hơn ra**

- Nhu cầu dịch 100ml/kg → bé này 1l
- Ngày ăn 3 bữa là chính
- Sữa giờ phụ
- Cháo ngày 3 bữa, sữa ngày 3 hộp, uống thêm nước

#### **(9) Chỉ định phòng ngừa**

- Hen nặng
- Tái phát 1 tháng 1 lần, giờ ngoài mùa. Vô mùa còn nhiều hơn nữa
- Điều trị thử
- + Máy lần trước chưa có lần nào bác sĩ ghi theo dõi hen cả
- + Nên có thể bệnh cảnh chưa rõ ràng

- + *Đứa nhỏ này có thể cần điều trị thử*
- + *Khoảng 2 tháng coi có đạt không*
- *Kiểu hen liên quan dị ứng thì ưu tiên ICS và vô căn nặng và điều trị thử đều ưu tiên ICS*
- *Hen siêu vi hen gắng sức thì có thể Kháng Leuotrien*

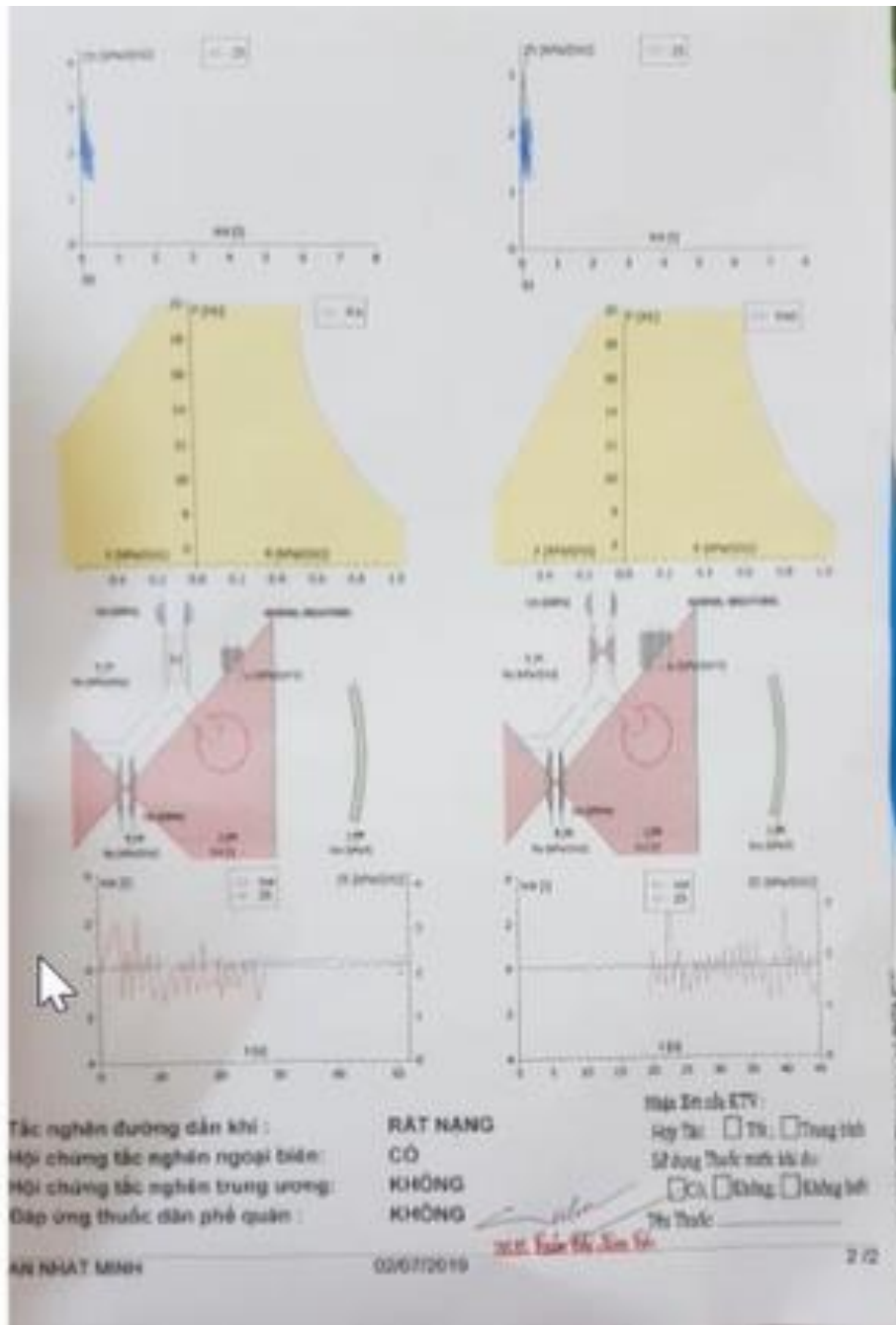
#### **(10) Bắt đầu liệu trung bình**

- *Do nó vô cơn hen nặng ngay từ đầu*
- *Điều trị thử cũng dùng liệu trung bình chứ kh phải liệu thấp. Do liệu thấp kh đáp ứng kh biết do kh phải hen hay*
- *Flixotide sáng 1 nhất chiều 1 nhất*
- *Serotide*
- *Qua buồng đệm có mask*

#### **(11) Dẫn dò yếu tố ngừa**

- *Mạt nhà: Giặt đồ kỹ*
- *Các yếu tố kích thích như thời tiết*

#### **(12) Hô hấp ký hay Dao động xung ký**



- Hỗ trợ thôi kh có quyết định chẩn đoán
- VP có thể tắc nghẽn nhưng kh đáp ứng giãn phế quản
- Dao động xung ký của bé này hen nhưng lại ghi kh đáp ứng giãn
- Chỉ tham khảo thôi kh quyết định
- Kh cần học

## **TIỀN LƯỢNG**

### **Hiện tại trung bình**

- Đang có suy hô hấp. Hen mức độ nặng
- Nhiều bệnh nền
- VP tái phát nhiều lần
- Đưa này phun xong 3 lần bột tỉnh táo → Nghĩ nhiều hen

### **Nặng**

- Là có thể tử vong đó