

CASE VIÊM PHỔI
GIẢNG VIÊN BS CAO PHẠM HÀ GIANG
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

LÝ DO NHẬP VIỆN

Bệnh nhân nữ, sinh ngày 16/6/2017 (tối nay là 34 tháng), nhà ở Bình Dương.
Nhập viện vì ho sốt 5 ngày qua.

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

Ngày 1 của bệnh 5 ngày trước	Ngày 2 của bệnh 4 Ngày trước	Ngày thứ 5 của bệnh Hôm nay
+ Sổ mũi, ho khan, sốt 38 độ. + Đi khám bác sĩ tư được cho cefuroxim 125mg x 2 lần (uống trong 2 ngày) và Augmentin 250mg 1g x 3 lần (uống trong 3 ngày)	+ Chuyển ho đàm, vẫn sốt 38-39 độ, sổ mũi	+ Triệu chứng không thuyên giảm + Sốt 38-19 độ. Uống hạ sốt rồi nhập viện

- *Tính chất sốt: Sốt kèm lạnh run gì hay không ? Thuốc gì, liều ra sao, một ngày uống thuốc bao nhiêu lần, lần gần đây nhất là bao lâu ?*

TIỀN CĂN

- Con thứ 2 đủ tháng, CNLS 2.8kg
- Đã từng nhập viện 1 lần vì viêm phổi cách đây 1 năm. Chỉ chích thuốc rồi xuất viện sau đó.
- Chích ngừa theo lịch tiêm chủng mở rộng, chưa chích phế cầu
- Đi được, nói thành câu
- Không dị ứng thuốc thức ăn
- Gia đình không ai lao, hay có triệu chứng hô hấp gần đây
- Ăn được cơm
- CN 14kg CC 89cm

1. *Lần nhập viện trước: Hỏi kỹ về lần nhập viện trước (1) Triệu chứng gì ?(2) Chẩn đoán gì ? (3) Độ nặng như thế nào ? (3) Điều trị như thế nào ?*

3. *Tiền căn dinh dưỡng: Cụ thể là đang ăn cái gì, bao nhiêu bữa ... để cho dinh dưỡng bé ở đợt bệnh này hợp lý.*

2. *Lịch tiêm chủng mở rộng: Liên quan tới những tác nhân gây viêm phổi: Phế cầu, Hib. Bé này chưa chích phế cầu.*

LỊCH TIÊM CHỦNG THƯỜNG XUYÊN

Theo quyết định số 845/2010/QĐ-BYT ngày 17/03/2010 của Bộ Y tế, từ năm 2010, lịch tiêm chủng thường xuyên trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng áp dụng như sau:

STT	Tuổi của trẻ	Vắc xin sử dụng
1	Sơ sinh	- Tiêm vắc xin Viêm gan B (VGB) mũi 0 trong 24 giờ đầu sau sinh - Tiêm vắc xin BCG Phòng bệnh lao
2	02 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 1(vắc xin 5 trong 1) - Uống vắc xin bại liệt lần 1
3	03 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 2 - Uống vắc xin bại liệt lần 2
4	04 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 3 - Uống vắc xin bại liệt lần 3
5	09 tháng	- Tiêm vắc xin sởi mũi 1
6	18 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván mũi 4 - Tiêm vắc xin sởi - rubella (MR)
7	Từ 12 tháng tuổi	- Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 1 - Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 2 (hai tuần sau mũi 1) - Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 3 (một năm sau mũi 2)
8	Từ 2 đến 5 tuổi	- Vắc xin Tả 2 lần uống (vùng nguy cơ cao) (lần 2 sau lần một 2 tuần)
9	Từ 3 đến 10 tuổi	- Vắc xin Thương hàn tiêm 1 mũi duy nhất (vùng nguy cơ cao)
Vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ		
Phụ nữ có thai; nữ tuổi sinh đẻ		- Tiêm càng sớm càng tốt khi có thai lần đầu hoặc nữ 15-35 tuổi ở vùng nguy cơ mắc UVSS cao. - 1 tháng sau mũi 1 - 6 tháng sau mũi 2 hoặc trong thời kỳ có thai sau - 1 năm sau mũi 3 hoặc trong thời kỳ có thai sau - 1 năm sau mũi 4 hoặc trong thời kỳ có thai sau

Dự án TCMR

KHÁM

- Tỉnh, hồng, không phù, **không dấu xuất huyết** chi ẩm mạch rõ
 - Sinh hiệu M 140 l/ph Nhiệt độ 38.6 độ C NT 48l/ph SpO2 không đo
 - Họng amidan sưng to đỏ, không xuất huyết
 - Thở co lõm ngực nhẹ co lõm hõm ức nhẹ, không co gồng cơ thẳng bụng.
- Không phập phùng cánh mũi, đầu không gật gù theo nhịp thở, không thở rên.
- **Dấu véo da mất nhanh, CRT <2s**
 - Khám phổi: Ran ẩm to hạt P > T thì hít vào
 - Bụng mềm không điểm đau khu trú
 - Cơ quan sinh dục không viêm tấy
 - **Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị**
 - Sức cơ 5/5

1. Một bé sốt gợi ý nhiễm trùng, ca này gợi ý ổ ở phổi rồi nhưng không được bỏ qua những chỗ khác

- Sốt ngày 3-5 có: sốt xuất huyết không ?
- Sốt ngày 3-5 có viêm màng não không ?

2. Dấu véo da và CRT quan trọng trong bệnh cảnh viêm phổi. Còn trong những bệnh hô hấp khác không thực sự quan trọng. Liên quan tới phân độ nặng VP.

TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ 34 tháng tuổi nhập viện vì sốt ho ngày 5. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

1. TCCN

- Ho khan chuyển ho đàm
- Sổ mũi
- Sốt > 38 độ
- Không cải thiện với điều trị ngoại trú với cefuroxim 2 ngày, augmentin 3 ngày

2. TCTT

- Tỉnh tiếp xúc tốt
- M150 HA kh đo NT48 Nhiệt độ 38.6 độ C
- **Véo da mắt nhanh, CRT <2s**
- Thở đều, co lõm ngực nhẹ, kh thở rên, kh phập phồng cánh mũi
- Phổi ran âm phải > trái thì hít vào
- Họng amidan sưng đỏ
- CN 14kg CC 89cm

3. TC

- Chích ngừa theo lịch tiêm chủng mở rộng. Chưa chích phế cầu
- Nhập viện vì viêm phổi 1 năm trước, điều trị ks tĩnh mạch 1 tuần
- **Đơn thuốc đang sử dụng**
- + **Cefuroxim 125mg x 2 lần x 2 ngày)**
- + **Augmentin 250mg 1g x 3 lần x 3 ngày**

1. Véo da mắt nhanh, CRT <2s (Viêm phổi thì ghi cái này vô, mấy cái hô hấp khác không cần ghi cũng được)

2. Điều trị đúng liều, đúng thuốc vô thì xử trí sẽ khác. Để nói không đáp ứng kháng sinh thì phải (1) đúng kháng sinh (2) đúng liều. Kháng sinh liều Cefuroxim không đủ, liều của Augmentin đủ → Nói ca này không đáp ứng điều trị kháng sinh sau 48h là hợp lý vì liều Augmentin đủ nhưng nó không cải thiện lâm sàng.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt vấn đề

1. HC nhiễm trùng hô hấp dưới
2. Amidan sưng đỏ
3. ~~Tiêm chủng không đầy đủ~~
4. ~~Nhập viện vì VP 1 năm trước~~

1. Không cần đặt vấn đề nhập viện vì viêm phổi 1 năm trước

- TC viêm phổi trên 1 năm thì không cần đặt lại vì không liên quan lần này nữa
- Đặt TC viêm phổi trước đó khi

- + Bệnh lần trước nặng nề, cần đặt khí quản định hướng một nguyên nhân nào đó
- + Mới ăn đây 1 tháng gợi ý tái phát do nguyên nhân nào đó

2. Tiêm chủng

- Không cần đặt rõ ra
- Ghi trong phần biện luận cũng được.

CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Chẩn đoán sơ bộ

Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, ~~ngày 5~~, chưa biến chứng – Viêm amidan
Không cần ghi ngày 5, sốt xuất huyết thì mới ghi rõ ngày như vậy

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chẩn đoán phân biệt

- ~~Viêm tiểu phế quản bội nhiễm, ngày 5~~ – ~~Viêm amidan~~ Bé này trên 24 tháng rồi nên không nghĩ viêm tiểu phế quản nữa
- ~~Viêm phế quản~~ – ~~Viêm amidan~~. Không nghĩ viêm phế quản ở ca này

Không nghĩ viêm phế quản vì có những yếu tố sau đây

- Viêm phế quản là tổn thương khí quản phế quản. Mức độ nhẹ hơn viêm phổi, chưa có tổn thương phế nang
- Đôi khi có thể chẩn đoán phân biệt với viêm phổi
- Triệu chứng cơ năng khá giống: sốt, ho nhiều có đàm, hơi thở nhanh
- + Khác ở chỗ (1) thở nhanh ít hơn
- Triệu chứng thực tế khác:

+ (2) Không co lõm ngực. Có co lõm ngực thì viêm phổi rồi (tổn thương tới nhu mô), không còn là viêm phế quản nữa

+ Có thể nghe được ran ẩm, ran ngáy vì cơ chế ran ẩm là đàm nhớt còn ran ngáy là do tắc nghẽn bệnh lý gì có tăng tiết đàm nhớt cũng gây tắc nghẽn đường dẫn khí được. (3) Nhưng không nghe được ran nổ vì cái đó là ran của tổn thương của phế nang, của viêm phổi rồi

- Về điều trị: Nếu là viêm phổi thì kháng sinh sẽ dùng cao hơn liều viêm phế quản

- SXH

+ Sốt ngày 3-7 luôn phải khám để loại nguyên nhân khác như: sxh, nhiễm trùng tiểu, tcm ...

+ Ban da này khám thiếu đó

+ Dấu xuất huyết da niêm: chấm xuất huyết,

+ SXH thì ngày 3 là thường xo Xh da niêm rồi. Ca này không có nên ít nghĩ, nhưng vẫn phải coi CTM xem TC có giảm không (thể dưới lâm sàng)

- Nhiễm trùng tiểu

+ Thứ 1 sốt và triệu chứng hô hấp tương đương không? Nếu hô hấp rõ ràng, xquang về phim rõ ràng vp thì ổn. Nếu phim bình thường mà sốt thì phải đi tìm nguyên nhân khác gây sốt. Trong đó có nhiễm trùng tiểu.

+ Thứ 2 điều trị đáp ứng rồi thì thôi.

+ Thứ 3 độ tuổi này cũng ít NT tiểu hơn rồi

Chẩn đoán mức độ nặng vì

-(1) Sốt cao trên 38.5 độ.

+ Đặc biệt sau khi đã được điều trị với kháng sinh trước đó. Nếu kh điều trị có thể đợt này còn nặng nề hơn và mọi triệu chứng sẽ rõ ràng hơn.

+ Nãy chị cũng nói nhiệt độ ở nhà là 38-39 độ C. Tức là triệu chứng sốt nhiều chứ không ít.

~~– (2) Nhịp tim nhanh 3 tuổi thì khoảng 120–130 sốt 38.5 độ thì nhịp tim lên tầm 135–145. Ca này 150 lần / phút~~

+ Mạch là chỉ số nhạy nhưng không đặc hiệu.

+ Giới hạn trên là khi im, không khóc lóc. Còn lúc bé này stress mạch sẽ khó.

+ Dựa trên tiêu chuẩn mạch phải đánh giá ít nhất 3 lần đúng tiêu chuẩn nằm im 10ph.

+ Đứa này vừa sốt vừa đang tỉnh táo thì mạch đó bình thường nên đây không phải yếu tố chẩn đoán mức độ nặng

- Tóm lại: Nếu một đứa bé y chang như thế này nhưng mà không co lõm ngực, chỉ có mình sốt 38.5 độ mà không có điều trị gì trước thì có thể phân nhẹ được. Việc phân nặng nhẹ cần nhìn trên bối cảnh lâm sàng chung.

- Nhiễm trùng huyết: Nghĩ tới khi Tổng trạng nhiễm trùng nhiều

+ (1) Tri giác lơ đãng

+ (2) Sốt cao > 39 độ C kéo dài 3 ngày

+ Khi đó nên theo dõi biến chứng nhiễm trùng huyết

+ Để đề nghị thêm cấy máu. Cấy lúc sốt khả năng dương tính sẽ cao

+ Bé này tỉnh dù có sốt → Chưa cần theo dõi ở thời điểm hiện tại

Học phân độ 2 độ như handout hay phân độ 3 độ như phác đồ nhi đồng 2 ?

- Dùng phân độ 2 độ. Còn phân độ 3 độ là phân độ cũ: Nhẹ là kháng sinh đường uống. Nặng là kháng sinh đường tĩnh mạch

- Học theo handout của bộ môn.

1.5.2 Theo độ nặng

Bảng 1.2. Độ nặng của viêm phổi mắc phải cộng đồng [5], [6].

Viêm phổi nhẹ	Viêm phổi nặng
Nhiệt độ $<38,5^{\circ}\text{C}$	Nhiệt độ $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$
Khó thở nhẹ hoặc không khó thở	Khó thở trung bình – nặng
Tăng nhịp thở nhưng ít hơn ngưỡng nhịp thở xác định khó thở trung bình – nặng Co lõm ngực nhẹ hoặc không co lõm ngực	Nhịp thở >70 lần/phút ở nhũ nhi, >50 lần/phút ở trẻ lớn hơn Co lõm trên ức, gian sườn, hạ sườn trung bình/nặng (<12 tháng) Khó thở nặng (≥ 12 tháng) Thở rên Phập phồng cánh mũi Ngưng thở Thở nông nhiều
Không thở rên Không phập phồng cánh mũi Không ngưng thở Thở nông nhẹ	
Màu da bình thường	Tím tái
Tri giác bình thường	Tri giác thay đổi
Ăn bình thường, không ói	Không ăn (nhũ nhi) hoặc mất nước (trẻ lớn)
Nhịp tim bình thường	Nhịp tim tăng
Thời gian phục hồi màu da <2 giây	Thời gian phục hồi màu da ≥ 2 giây
$\text{SpO}_2 \geq 92\%$	$\text{SpO}_2 < 90\%$

Handout bộ môn bản update 2019

Chỉ định nhập viện vì

- (1) Thất bại với điều trị nội trú sau 48h kháng sinh uống
 - (2) Viêm phổi nặng như phân loại phía dưới
- Cần nhập viện để điều trị kháng sinh tĩnh mạch

Chỉ định nhập viện [2], [3], [4], [8]

- Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng tuổi. Tuy nhiên, nếu trẻ dưới 2 tháng viêm phổi không sốt nghĩ viêm phổi do *Chlamydia trachomatis* hay do siêu vi, và tổng trạng trẻ tốt thì có thể không cần nhập viện.
- Viêm phổi nặng
- Vết mặt nhiễm trùng, nhiễm độc

- Có bệnh đi kèm tiên lượng sẽ làm viêm phổi nặng thêm: bệnh lý tim mạch, bệnh thần kinh cơ, suy giảm miễn dịch.
- Có biến chứng: tràn dịch màng phổi, áp xe phổi.
- Nghi ngờ hoặc đã xác định viêm phổi do vi khuẩn có độc lực mạnh như: *S.aureus* hoặc *Streptococcus* nhóm A.
- Thất bại điều trị ngoại trú: diễn tiến xấu hơn sau 48-72 giờ điều trị kháng sinh đường uống
- Gia đình không thể theo dõi và chăm sóc tại nhà.

Handout bộ môn

Nghĩ tác nhân gì ?

- (1) Phế cầu

- + Bệnh cảnh nặng ngay từ ngày đầu
- + Dù đã điều trị
- + Chưa chích phế cầu
- + Độ tuổi này phế cầu nhiều hơn mấy con kia
- + Bỏ sót bệnh sẽ nặng

- (2) Kh điển hình

- + Giống siêu vi
- + Sốt nhẹ
- + Thường có khò khè
- + Kh có điều trị đặc hiệu, kh diễn tiến nhanh

- (3) Siêu vi

- + Ít nghĩ siêu vi vì bệnh cảnh sẽ nhẹ nhàng, không có sốt hoặc sốt nhẹ
- + Một số siêu vi gây nặng nề như cúm H5N1 thì 1-2 ngày sẽ vô suy hô hấp (viêm phổi diễn tiến nhanh
- + Thường là kèm theo khò khè vì khò khè gặp ở tác nhân siêu vi nhiều hơn là tác nhân vi khuẩn
- + Kh có điều trị đặc hiệu, kh diễn tiến nhanh

Bảng 1.1. Nguyên nhân vi sinh gây viêm phổi cộng đồng theo lứa tuổi [4]

Sơ sinh	1-6 tháng	6-12 tháng	1-5 tuổi	>5 tuổi
Group B Streptococcus Enteric Gram âm RSV	Siêu vi <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Bordetella pertussis</i>	Siêu vi <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>S. aureus</i> <i>Moraxella catarrhalis</i>	Siêu vi <i>M. pneumoniae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>C.pneumoniae</i>	Siêu vi <i>M. pneumoniae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>C.pneumoniae</i>

Handout bộ môn

CHỈ ĐỊNH CẬN LÂM SÀNG

Chỉ định Cận lâm sàng

- (1) Xquang ngực thẳng
- + Ở bn này vp là rõ ràng
- + Phải coi phim coi tác nhân gì chứ kh phải xác định viêm phổi
- (2) CTM, CRP: Xem phản ứng viêm và theo dõi điều trị
- (3) Men gan, Bun Cre: Chuẩn bị cho kháng sinh đường tĩnh mạch

Không làm cls thừa

- Ion đồ: Khi nào có gợi ý đường mất như kèm tiêu chảy kèm ói, bệnh lý gây tăng SiADH kết hợp
- Glucose

- + Bé tỉnh
- + Ăn uống được mà
- Chức năng gan thận
- + Kháng sinh đường tĩnh mạch
- + Còn kh có chỉ định có thể làm

- Cấy đàm khạc: làm khi trẻ > 5 tuổi khạc được đàm, tuy nhiên dễ ngoại nhiễm vi khuẩn thường trú.

- Hút dịch khí quản (NTA)

- + Phun khí dung với nước muối ưu trương → Kích thích ho rồi hút đàm, ít tin cậy vì dễ làm với vi khuẩn thường trú mũi.
- + Can thiệp, có thể gây chảy máu
- + Thọc ống vô khó chịu
- + Nên phải có chỉ định mới làm

2.2.3 Xét nghiệm vi sinh

Các mẫu bệnh phẩm tìm tác nhân vi sinh gây bệnh đường hô hấp gồm có:

- Phết mũi sau tìm tác nhân siêu vi hô hấp
- Dịch hút khí quản qua mũi (NTA: nasotracheal aspiration): đối với trẻ nhỏ, chất lượng mẫu NTA tốt khi có tế bào tru, chứa >25 bạch cầu đa nhân và <10 tế bào lát trong một quang trường, soi tươi có vi khuẩn. Tuy nhiên, mẫu NTA ít có giá trị.

Handout bộ môn

- Chỉ định NTA

- + (1) VP đã thất bại với điều trị ban đầu, để có cơ sở đánh kháng sinh: 48-72h không đáp ứng với kháng sinh tĩnh mạch.
- + (2) VP có biến chứng suy hô hấp, áp xe Làm luôn nếu bệnh nặng vì 3-5 ngày sau mới có kết quả.
- + (3) Bệnh nhân VP bệnh viện cho làm luôn lúc đầu

+ (4) Bn có cơ địa đặc biệt như suy giảm miễn dịch vì nó sẽ gặp những tác nhân khác bắng. Như hít sặc đường tiêu hóa gram âm, nhược cơ tim phổi mạn coi tác nhân là gì

- Nội soi qua dịch rửa phế quản

+ Nội soi và rửa phế quản (BAL): tiêu chuẩn vàng nhưng xâm lấn → thực tế không làm.

+ Chỉ làm khi có chỉ định riêng của Nội soi như: Tìm dị thường đường thở ... +
Chỉ kh làm với mục tiêu đơn thuần để tìm tác nhân

+ Vì cái này rất xâm lấn. Cần gây mê và có nguy cơ của gây mê

- Procalcitonin

+ Không đầu tay vì nó tốn kèm

+ Làm CRP trước

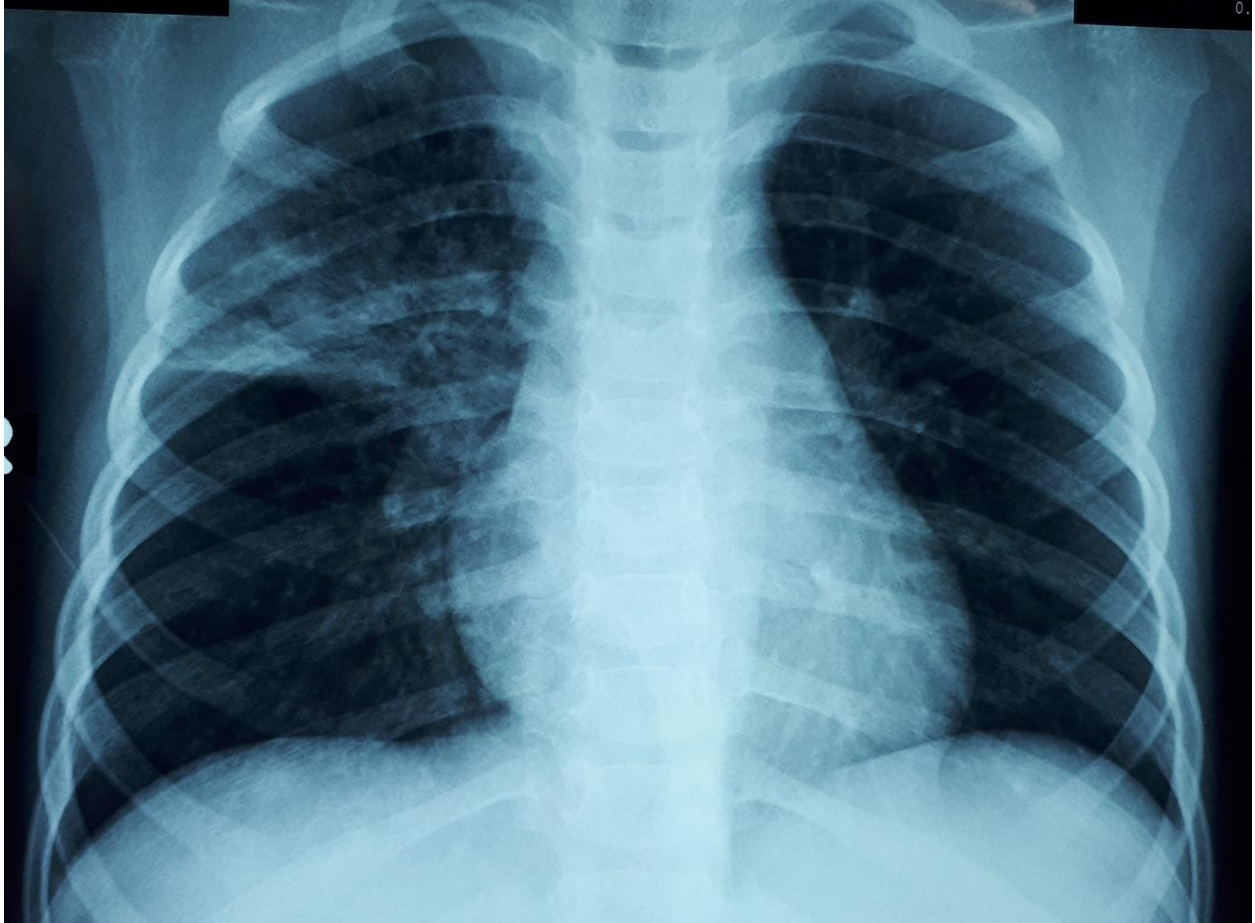
- Siêu âm ngực

+ Độ nhạy và độ đặc hiệu chỉ có giá trị trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi hoặc áp xe phổi hoặc u phổi

+ Còn chẩn đoán viêm phổi thường đâu có ý nghĩa bằng Xquang

KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

XQUANG PHỔI



CHI SỬA

- Đọc cái gì bất thường thôi
- Tôn thương đám mờ chú ý mô tả đủ 7 tính chất
- 1 Đám mờ không đồng nhất
- 2 Thùy trên phổi phải
- 3 Bờ trên không rõ. Bờ dưới giới hạn rõ bởi rãnh liên thùy bé → Thùy trên P phải. Nếu kh có rãnh liên thùy bé thì chỉ nói 1/3 trên giữa dưới chứ kh xác định rõ đc thùy trên
- 4 Kh có khí ảnh đồ
- 5 Kh gây di lệch trung thất
- 6 Kh xóa mờ bóng tim
- 7 Kh gây phản ứng màng phổi

Khi có đám mờ, mô tả đủ 7 tính chất:

- Đồng nhất?
- Vị trí? Theo 1/3 trên/giữa/dưới (chia theo cung sườn trước số 2 và 4)
- Giới hạn rõ?
- Hình ảnh khí phế quản đồ? -> đặc trưng cho **TT phế nang**
- Di lệch trung thất? (co kéo, đẩy)
- Xóa bờ tim không? (dấu hiệu Silhouette: nếu tổn thương xóa bờ tim thì phải ở cùng mặt phẳng với tim: thùy giữa phổi P, lưỡi phổi, đoạn trước thùy trên, phần dưới khe phổi,..)
- Gây phản ứng màng phổi? (TDMP, TKMP)

- *Kết luận: Viêm phổi đông **1/3 trên** phổi P nghĩ do phế cầu*

+ *Tác nhân siêu vi kh điển hình ít gây cái này*

+ *Kh ghi rõ thùy trên vì cái này kh đồng nhất lắm. Vp thùy thường sẽ mờ đồng nhất cả một thùy đó.*

3. Khảo sát X quang ngực theo ABCDE

- **A** (Airway - đường dẫn khí): khảo sát khí quản, phế quản gốc trái và phải, phế quản trung gian
- **B** (Breathing - hô hấp): xem 2 phổi có nở đều, so sánh các vùng phổi, bờ của mỗi phổi, 4 bóng mờ ở vị trí nhĩ phải, thất trái, vòm hoành phải và trái.
- **C** (Circulation - tuần hoàn): khảo sát kích thước tim, mạch máu lớn, trung thất và rốn phổi
- **D** (Disability - tổn thương):
 - Khảo sát gãy xương đòn, sườn, bả vai, cột sống...
 - Đông đặc/ Bóng mờ
 - Khí phế quản đồ
 - Xẹp phổi

Handout bộ môn update kiểu này nhưng vẫn thích cách đọc từ ngoài vào hơn. Chị cùng không giảng theo hướng này.

xét nghiệm	Kết quả	Trị số bình thường	Đơn vị
Phân Tích Tế Bào Máu Bằng Máy Đếm Laser (Máy: 2)			
BC	6.82	4.0 - 10.0	K/uL
%NEU	65.9	37 - 80	%
%LYM	23.0	10.0 - 50.0	%
%MONO	8.28	0.0 - 12.0	%
%EOS	2.17	0 - 7	%
%BASO	0.67	0 - 2.5	%
#NEU	4.49	2.0 - 6.9	%
#LYM	1.57	0.6 - 3.4	K/uL
#MONO	0.57	0.0 - 0.9	K/uL
#EOS	0.15	0.0 - 0.2	K/uL
#BASO	0.05	0.0 - 0.2	K/uL
BC	4.15	3.9 - 5.8	M/uL
IGB	11.7	12.5 - 16	g/dL
ICT	37.4	35 - 50	%
MCV	90.1	83 - 92	fL
MCH	28.1	27 - 32	pg
MCHC	31.2	32 - 35.6	g/dL
RDW	9.89		%
CT	194	130 - 400	K/uL
PCT	0.15		%
PDW	17.6		
MPV	7.47	7.2 - 11.1	fL
y nhận mẫu: 09:02 06/03/2020			
y nhập mẫu: 09:07 06/03/2020			
chú:			
Người thực hiện		TP.HCM, Ngày 06 tháng 03 năm 20	
		Khoa Xét Nghiệm	

- Ở Bn này quan tâm BC giảm trong nt nặng và TC giảm trong nt nặng hoặc sốt xuất huyết.

- BC HC TC bình thường

- BC bình thường: Xn máu kh còn điển hình vì đã kháng sinh trước đó. Không vì cái này mà nghĩ tới tác nhân phè cầu ít hơn và nghĩ tới siêu vi nhiều hơn.

XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	MÃ QT - THIẾT
2-hs	84.6	(<5) mg/l	QTXN.HS.14 - Arc
DT/AST	29	(<45) U/L	QTXN.HS.04 - Arc
PT/ALT	11	(<40) U/L	QTXN.HS.02 - Arc
	3.1	(1.67-7.49) mmol/L	QTXN.HS.35 - Arc
eatinin	52	(20.33-88.4) μ mol /L	QTXN.HS.13 - Arc
ẤT LƯỢNG MẪU			
tán huyết	-	Âm tính	
vàng	-	Âm tính	
đục	-	Âm tính	
nhận mẫu: 09:23 06/03/2020			
nhập mẫu: 09:18 06/03/2020			
chú:			
		TP.HCM, Ngày 06 tháng 03 năm 20	
		Khoa xét nghiệm	

- CRP tăng CRP gợi ý nhiễm trùng, phù hợp với phế cầu

- Siêu vi và Vk kh điển hình thì CRP kh tăng cao

- Trong VP CRP > 35 sẽ gợi ý vi trùng. Càng cao càng gợi ý.

- CRP có vai trò trong theo dõi điều trị. Thực tế đánh ks nó có thể ảnh hưởng hoặc không. Cho dù CRP 5 thì vẫn nghĩ phế cầu do lâm sàng và xquang

- Định hướng tác nhân: Ls và xquang đã nghĩ tới vi khuẩn thì dù CTM, CRP không ủng hộ vẫn nghĩ, kể cả trong TH chưa đánh kháng sinh trước đó. Xn CTM và CRP là thứ yếu cho định hướng tác nhân thôi.

- Tóm lại : Ca này nghĩ nhiều phế cầu do

- + (1) Lâm sàng nhiễm trùng rõ, diễn tiến nhanh
- + (2) Xquang có đám mờ thùy trên phù hợp phế cầu
- + (3) CRP tăng cao > 35

ĐIỀU TRỊ

Suggested Antibiotic Dosages for the Treatment of Community-Acquired Pneumonia

Penicillin 200,000 U/kg per day IV q4h or q6h (if resistant strains are to be covered, up to 400,000 U/kg per day, for 7–10 days)

Ampicillin 50 mg/kg per day PO q6h, for 7–10 days and 100–200 mg/kg per day IV q6h for 7–10 days

Amoxicillin 80–90 mg/kg per day PO q12h, for 5 days (if resistant strains are to be covered, dose can be increased up to 100 mg/kg per day)

Amoxicillin/clavulanate 40 mg/kg per day PO of amoxicillin for 5 days

Oxacillin/nafcillin 150 mg/kg per day IV q6h, maximum 12 g/day, for 14–21 days

Cefuroxime 30 mg/kg per day PO q12h, for 5–7 days and 150 mg/kg per day IV q8h, for 7–10 days

Ceftriaxone 50–75 mg/kg per day IM/IV qd, for 7–10 days

Cefotaxime 200 mg/kg per day IV q8h, for 7–10 days

Cefprozil 15–30 mg/kg per day PO q12h, maximum 1 g/day, for 7–10 days

Cefdinir 14 mg/kg per day PO q12h, for 7–10 days

Cefpodoxime proxetil 10 mg/kg per day PO q12h, maximum 400 mg/day, for 7–10 days

Azithromycin 10 mg/kg per day PO qd, for 3–5 days

Clarithromycin 15 mg/kg per day PO q12h, maximum 1 g/day, for 5–7 days

Erythromycin 40 mg/kg per day PO q6h, for 5–7 days

Vancomycin 40–60 mg/kg per day IV q6h, for 7–10 days (14–21 days for *Staphylococcus aureus*)

Gentamicin 7.5 mg/kg per day IM/IV q8h, for 7–10 days

Liều kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng theo KENDIG's 2019. Cần nhớ các kháng sinh được tô vàng.

- Chẩn đoán sơ bộ Viêm phổi bao gồm: Cộng đồng/bệnh viện (một số thể đặc biệt nếu có, vd: Viêm phổi kéo dài/Viêm phổi tái phát/Viêm phổi hít/Viêm phổi diễn tiến nhanh...) - mức độ - biến chứng.
- Trong biện luận cần có phần biện luận tác nhân.
- Biện luận tác nhân Viêm phổi cần phối hợp BỆNH CẢNH LÂM SÀNG + Tuổi.
- Cần nhớ: bảng tác nhân gây viêm phổi theo tuổi.
- Cần biết hàm lượng (250mg, 500mg, 625mg, 1g), các dạng bào chế (viên/gói/huyền dịch/sirop), một số biệt dược của nhóm kháng sinh amoxicillin (clamoxyl, amoxicillin..), amoxicillin/acid clavulanic (augmentin, klamentin, midantin, claminat...).

ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU BÉ NÀY

Bảng 3.1. Điều trị ngoại trú theo kinh nghiệm trẻ VPCĐ.

Tuổi	KHÁNG SINH
2th-5 tuổi*	Ưu tiên: - Amoxicillin + 90 mg/kg/ngày chia 3 lần, 7-10 ngày
	Phác đồ thay thế cho bệnh nhân dị ứng với penicillin hoặc beta-lactam
	- Azithromycin + Ngày 1: 10 mg/kg + Ngày 2 đến 5: 5 mg/kg/ngày - Clarithromycin 15 mg/kg/ngày 2 liều; cho 7-10 ngày - Cefprozil 30 mg/kg/ngày/2 liều, cho 7-10 ngày - Cefuroxime 30 mg/kg/ngày/2 liều, cho 7-10 ngày
5-16t	- Azithromycin + Ngày 1: 10 mg/kg + Ngày 2 đến 5: 5 mg/kg/ngày

- Trước khi nhập viện bé được điều trị kháng sinh uống Cefuroxim 125ml 1 gói x 2 trong 2 ngày. Augmentin 250mg 1 gói x 3 trong 3 ngày.

- Augmentin 250mg (Amoxicillin 250mg + axit clavulanic 31.25mg)

+ Lưu ý Amox đơn thuần dùng liều 80-90.

+ Amox thêm Clavulanate thì liều 40/kg/ngày được rồi

Amoxicillin 80–90 mg/kg per day PO q12h, for 5 days (if resistant strains are to be covered, dose can be increased up to 100 mg/kg per day)

Amoxicillin/clavulanate 40 mg/kg per day PO of amoxicillin for 5 days

- Với cân nặng 14kg và liều ưu tiên 40mg/kg ngày thì tổng liều 1 ngày là $40 \times 14 = 560$. Bé uống Augmentin 250mg 1 gói x 3 là đủ liều rồi → Không đáp ứng thì gọi là thất bại điều trị ngoại trú được rồi.

- Viêm phế quản thì dùng liều Augmentin 40-50mg/kg được rồi. Còn viêm phổi thực tế sẽ dùng liều 80-90mg như Amox đơn thuần thì phổ biến hơn (ý này chưa rõ, nhưng hình như chị giảng nói vậy, phía dưới là hình note bạn khác)

HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG:

- KHÁNG SINH TĨNH MẠCH VÌ VIÊM PHỔI NẶNG, ĐÃ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH UỐNG KHÔNG HIỆU QUẢ - BÉ NÀY ĐÃ UỐNG ĐỦ LIỀU ĐƯỜNG UỐNG CHƯA
- ĐIỀU TRỊ ĐÚNG VIÊM PHỔI ƯU TIÊN
 - o AMOX 80-100 MG/KG
 - o AUGMENTIN VÌ PHỔI HỢP ACID CLAVULANIC 40-50, NHƯNG NẾU VIÊM PHỔI TRÊN LÂM SÀNG CÙNG AUGMENTIN NHƯNG LIỀU AMOX 80-100 → CÓ THỂ AUGMENTIN 500MG 1 GÓI X 2 ĐÓ → VIÊM PHỔI ƯU TIÊN LIỀU CAO HƠN
 - o VIÊM PHẾ QUẢN LIỀU AUGMENTIN NHƯ CŨ ĐƯỢC 40-50
 - o BỆNH NHÂN NÓI ĐỦ LIỀU LÀ CÓ VẊ ĐỦ ĐÓ VÌ LIỀU 40-50

HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

- Đặc hiệu: Kháng sinh đường tĩnh mạch

+ Kháng sinh tĩnh mạch vì viêm phổi nặng (1) không đáp ứng điều trị sau 48h (2) Bé đã dùng kháng sinh trước: tiền căn hồi thiếu, trước đó 1 tháng bé có uống kháng sinh (3) Bé chích ngừa chưa đủ phế cầu (4)

+ Liều 50-75mg / kg /ngày. Lâm sàng dùng liều cao 75mg / kg vì nước mình tỷ lệ kháng thuốc cao. Nếu có NTH có thể lên tới liều 100 là liều điều trị của NTH

+ Theo lứa tuổi này đầu tay sẽ là Cef3 +- Macrolide vì hai tác nhân hàng đầu là phế cầu và viêm phổi kh điển hình

+ Ca này đã định hướng rõ phế cầu ít nghĩ tới viêm phổi kh điển hình nên dùng một mình Cef thế hệ 3 được rồi

- Hạ sốt Hapacol 250mg 1 gói uống khi sốt mỗi 6-8h

- Giảm ho long đàm

+ Giảm ho tuổi nhỏ kh dùng thuốc ho ức chế trung ương. Vì ho là phản ứng có lợi tổng suất đàm. Ức chế ho thì đàm nhớt ứ đọng xấu.

+ Long đàm kh chỉ định cho trẻ dưới 2 tuổi. Trên 2 tuổi thì đánh giá bé ho khạc được mới cho. Hen suyễn kh cho long đàm sẽ làm nặng hơn cơn suyễn. Bé kh ho khạc được cũng kh cho long đàm vì thuốc cắt đàm làm nó loãng ra, giờ kh ho được nó cũng ứ tiếp.

+ Chỉ ưu tiên thuốc ho thảo dược, nó ít giảm ho mà chỉ giúp dịu họng đỡ đau. Kh cho thuốc ho thảo dược có mật ong cho trẻ dưới 12 tháng

+ Ngoài ra có pp giảm ho hiệu quả hơn là cung cấp đủ dịch. Việc này quan trọng vì nó giúp làm loãng đàm nhớt. Ho dễ tổng suất đàm hơn, ho ra đàm r thì nó kh bị ứ lại kích thích ho hoài

→ Bắt buộc coi nhu cầu dịch đưa bé bao nhiêu để cho rõ dịch bao nhiêu

Ví dụ ngày 1000ml, cháo bao nhiêu, sữa bao nhiêu, bao nhiêu nước.

+ Ngày đầu nhập viện ưu tiên đủ nước cho bn hơn là năng lượng. Vì khi này nó đang chán ăn. Bù dịch trc đã r ngày sau bù dinh dưỡng

Y LỆNH CU THỂ

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Nhập viện- Nằm đầu cao- (1) Ceftriaxone 1g TMC |
|--|

- Hapacol 250mg 1 gói x 4 (uống)
- Prospan 100ml 1 lọ 2.5ml x 4 (uống)
- Nước muối 6 giọt / lần mỗi bên mũi x 6 lần / ngày
- Dinh dưỡng: Ghi rõ ra bao nhiêu cháo sữa nước
- Theo dõi: sinh hiệu, spO2 mỗi 12h, các dấu hiệu nặng
- Chăm sóc cấp 3

- Nhập viện

- Nằm đầu cao

~~- Hút đàm nhớt~~

+ Rất khó chịu

+ Ống tời khí quản luôn r có hệ thống áp lực âm hút

+ Chỉ hút khi có khó thở gắng sức nhiều co lõm vòm suy hô hấp ...

+ Ưu tiên hút cho những bé <12 tháng kh biết hỉ mũi khạc đàm

+ Có thể nói mẹ nhỏ nước muối sinh lý r đồ hút mũi ng nhà thuốc

- Kháng sinh

+ Ưu tiên thuốc tĩnh mạch trước

+ (1) Ceftriaxone 1g TMC ~~1-lọ + NaCl 0.9% 100ml~~ → ~~TTM XXX giọt/phút~~
 vì liều dưới 1000g thì chích 1 lần, còn liều 1500g thì chia đôi sao cho 1 lần
 chích kh quá 1g. Con nít Ceftri chỉ tiêm mạch chậm chứ không có truyền.
 TMC là 10ph mới hết 1 ống. Y lệnh cụ thể không ghi 7-10 ngày vì y lệnh mỗi
 ngày

Bảng 3.2. Chọn lựa kháng sinh cho VPCĐ dựa theo tuổi và lâm sàng .

Tuổi / Lâm sàng	Nội trú
Sơ sinh	Ampicillin + Gentamycin
3 tuần – 3 tháng, thâm nhiễm mô kẽ, vết mặt không nhiễm độc	Macrolides
4 tháng – 4 tuổi	Penicillin/Ampicillin ± Macrolides (đã chủng ngừa đầy đủ) Cefotaxim hay Ceftriaxone ± Macrolides (chưa chủng ngừa đủ)
≥5t: thâm nhiễm phế nang, TDMP, vết mặt nhiễm độc	Peni/Ampi ± Macrolides Cefotaxim hay Ceftriaxone ± Macrolides (chưa chủng ngừa đủ)
≥5t: thâm nhiễm mô kẽ	Macrolides ± β lactam
Viêm phổi hoại tử (ngghi do <i>S. aureus</i>)	Oxacillin/nafcillin; Vancomycin ± Cephalosporin

Bảng 3.3. Kháng sinh điều trị đặc hiệu viêm phổi do phế cầu.

Tác nhân	Kháng sinh chích	Kháng sinh uống (điều trị giảm bậc hoặc nhiễm trùng nhẹ)
<i>Streptococcus pneumoniae</i> với MIC cho Penicilin ≤ 2.0 µg/mL	Ưu tiên: - Ampicillin - Penicillin Thay thế: - Ceftriaxone - Cefotaxime - Clindamycin - Vancomycin	Ưu tiên: - Amoxicillin liều cao Thay thế: - Cephalosporin 2, 3 (Cefpodoxime, Cefuroxime, Cefprozil) - Levofloxacin uống, nếu nhạy cảm - Linezolid uống
<i>Streptococcus pneumoniae</i> kháng penicillin, với MICs ≥ 4,0 µg/mL	Ưu tiên: - Ceftriaxone Thay thế: - Ampicillin - Levofloxacin - Linezolid - Clindamycin - Vancomycin	Ưu tiên: 1 trong 2 thuốc - Levofloxacin uống - Linezolid uống Thay thế: - Clindamycin uống

- Hạ sốt: Hapacol 250mg 1 gói uống khi sốt 6-8h
- Thuốc ho: Thảo dược Prospan .. về tự lên mạng coi thuốc
- Nước muối 6 giọt / lần mỗi bên mũi x 6 lần / ngày
- Dinh dưỡng: **Đọc lại chưa rõ lắm**
 - + Ghi rõ ra bao nhiêu cháo sữa nước
 - + Bù nước là quan trọng nhất do ngày đầu nó chưa ăn được
 - + Cần hỏi rõ ngày thường ăn uống thế nào để hướng dẫn cho phù hợp
- Theo dõi
 - + Sốt ho thở gắng sức
 - + Theo dõi sinh hiệu, spO2 mỗi 12h
- Chăm sóc cấp 3
 - + 1 chỉ nhân viên y tế trong ICU
 - + 2 là nhân viên người nhà
 - + 3 người nhà

- Dẫn dò cách chăm sóc

- + Quan trọng nhất là giữ vệ sinh hạn chế nguy cơ nhiễm trùng bv: Hạn chế nguy cơ tiếp xúc xung quanh như bế qua chơi đùa kể bên. Rửa tay thường xuyên để người nhà biết
- + Vô lăng xoay trở thường xuyên cho bệnh nhân lưu thông đàm tốt, ho đẩy đàm ra hiệu quả hơn. Kh nói là ng nhà cho bé nằm hoài vì nghĩ bệnh thì cho nằm nghỉ
- + Đồ ăn nước uống nên là đồ ấm để giúp bé dễ chịu, giảm đàm, dịu họng giảm đau họng.
- + Dẫn dò dấu hiệu nặng: bỏ bú, li bì, co giật, nôn mọi thứ

- Tiêu chuẩn xuất viện

- + Hết sốt 2 ngày (48 giờ)
- + Triệu chứng ho giảm
- + Kh còn co lõm ngực
- + Nhịp thở còn 41-42 cũng đc kh nhất thiết phải dưới ngưỡng thở nhanh
- + Triệu chứng ho trên đà giảm. Mọi thứ giảm mà ho còn nhiều thì chưa được xv vì có khi còn nền gì đó mà chưa giải quyết được
- + Chuyển qua kháng sinh đường uống được khi (1) Ăn uống được (2) Hết sốt 48 giờ (3) Triệu chứng lâm sàng đã cải thiện (4) Hết co lõm ngực.
- + Tuy nhiên đưa trẻ này đã điều trị ks uống r kh đáp ứng r mới vô. Thì điều trị kháng sinh tĩnh mạch đủ ngày chứ đừng vội chuyển kháng sinh đường uống. Ít nhất là 5 ngày. Chuyển đường uống thay vì 40-50 thì phải là 100.

@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:

- ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG:
 - KHÁNG SINH TĨNH MẠCH VÌ VIÊM PHỔI NẶNG, ĐÃ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH UỐNG KHÔNG HIỆU QUẢ - BÉ NÀY ĐÃ UỐNG ĐỦ

LIỀU ĐƯỜNG UỐNG CHỮA

- ĐIỀU TRỊ ĐÚNG VIÊM PHỔI UUU TIỀN
 - o AMOX 80-100 MG/KG
 - o AUGMENTIN VÌ PHỐI HỢP ACID CLAVULANIC 40-50, NHƯNG NẾU VIÊM PHỔI TRÊN LÂM SÀNG CŨNG AUGMENTIN NHƯNG LIỀU AMOX 80-100→CÓ THỂ AUGMENTIN 500MG 1 GÓI X 2 ĐÓ→VIÊM PHỔI UUU TIỀN LIỀU CAO HƠN
 - o VIÊM PHẾ QUẢN LIỀU AUGMENTIN NHƯ CŨ ĐƯỢC 40-50
 - o BỆNH NHÂN NÓI ĐỦ LIỀU LÀ CÓ VẼ ĐỦ ĐÓ VÌ LIỀU 40-50 NHƯNG THƯỜNG HỌ ĐIỀU TRỊ LIỀU CAO HƠN NỮA

-NHẬP VIỆN, NẪM PHÒNG NGOÀI
NẪM ĐẦU CAO,
HÚT ĐÀM NHỚT??

- THAO TÁC HÚT ĐÀM NHỚT KHÓ CHỊU LẮM→CÓ CÁI ỚNG DÀI VỚI HỆ THỐNG HÚT ÁP LỰC THÔI→KHI BÉ THỞ GẮNG SỨC NHIỀU, THỞ NHANH CO LỖM NGỰC VỪA HAY SUY HÔ HẤP MỚI HÚT CHO NÓ→BÉ MÌNH KO CẦN HÚT ĐÀU (BÉ NÀY BIẾT HỈ RỒI ĐÓ, KO TĂNG CÔNG THỞ)→UUU TIỀN BÉ NHỎ KO BIẾT HỈ MŨI KO BIẾT KHẶC ĐÀM NÊN CÓ CHỈ ĐỊNH HÚT ĐÀM
- NÊN CHO NHỎ MŨI VỚI NƯỚC MŨI SINH LÝ→KÈM CÁI HÚT MŨI QUẦY THUỐC TÂY TỰ
→NHỎ 6 GIỌT NHỎ 1 LẦN, NGÀY 6 LẦN MỖI BÊN MŨI (2 BÊN 1 LẦN 12 GIỌT)
- HÚT ĐƯỢC RỒI

CEFTRIONE 1 G 1 LỌ (75MG/KG) + NAACL 0.9% 100ML →TTM XXX
GIỌT/PHÚT (7-10 NGÀY)

Ổ BÉ THÌ 1 GAM TMC, NẾU 1.5 GAM THÌ CHIA ĐÔI RA, CHÍCH 1 LẦN KO QUÁ 1 GAM NHA

CEFTRIONE 1G 1 LỌ (75MG/KG) TMC (ẤN TỪ TỪ 10 PHÚT NHA KHÁNG SINH TM UUU TIỀN ĐẦU, SAU ĐÓ MỚI CORTICOID GÌ ĐÓ

- /UUU TIỀN CEFTRIAXONE LIỀU 75 MG/KG/NGÀY→NẾU NHIỄM TRÙNG MÁU HAY VMN THÌ CÓ THỂ LÊN 100 MG/KG/NGÀY
- CÓ THÊM MACROLIDE KO:
 - o KO XÀI VÌ HIỆN TẠI LÂM SÀNG, X QUANG ỨNG HỘ PHẾ

CẦU QUÁ CAO→VK KO ĐIỂN HÌNH THẤP LẮM→UÙ TIÊN KHÁNG SINH THIÊN VỀ PHẾ CẦU KO PHỐI HỢP MACROLIDE LIỀN NHA

- KO CÓ X QUANG, CHO Y LỆNH SỚM CÓ THỂ PHỐI HỢP 2 NHÓM, NẾU VỀ RỒI NHƯ CA NÀY KO CÓ BẰNG CHỨNG KO ĐIỂN HÌNH→KO XÀI MACROLIDE
- PHẾ CẦU VÀ KO ĐIỂN HÌNH NHƯ NHAU KHẢ NĂNG→PHỐI HỢP
- PHẾ CẦU KHẢ NĂNG CAO →CEFTRIAXONE

- TẠI SAO KO LỰA AMPI:

- CÁCH ĐÂY 1 THÁNG ĐÃ KHÁNG SINH
- BÉ CHƯA CHÍCH NGỪA ĐỦ PHẾ CẦU
- KHÁNG SINH TRƯỚC ĐÂY AMOX CÙNG NHÓM AMPI NÊN ÍT XÀU

HẠ SỐT: HAPACOL 250MG 1 GÓI UỐNG KHI SỐT – 6-8 GIỜ

GIẢM HO: THUỐC HO ASTEX, PROSPAN LIỀU BAO NHIÊU→TỰ KIỂM TRA

- TUỔI NHỎ KO ỨC CHẾ HO TRUNG ƯƠNG: DEXTROMETHOPHAN, CODEIN, PROMETHAZINE

→ HO PHẢN XẠ TỐT TỔNG XUẤT ĐÀM, KO NÊN XÀI ỨC CHẾ HO NHA

- LONG ĐÀM LOÃNG ĐÀM KO CHO TRẺ DƯỚI 2 TUỔI
- HO KO BIẾT KHẮC ĐÀM Ở TRẺ LỚN THÌ KO CHO, NGUY HIỂM THÌ NHIỀU MẢNH ĐÀM CÒN VƯỞNG LẠI ĐÓ
- HEN KO CHO LONG ĐÀM VÌ LÀM NẶNG HƠN HEN
- CHO HO THẢO DƯỢC LÀM DỊU HỌNG THÔI, KO GIẢM HO LONG ĐÀM NHIỀU, MẬT ONG
- KO CHO TRẺ DƯỚI 12 THÁNG HO THẢO DƯỢC

BÙ DỊCH CHO BÉ→LOÃNG ĐÀM NHỐT HIỆU QUẢ, HO DỄ TỔNG XUẤT ĐÀM HƠN→THIẾU DỊCH ĐÀM NHỐT DÍNH KO TỔNG XUẤT ĐƯỢC→HO HOÀI→ĐỒNG NHẤT KO HIỆU QUẢ→XEP PHỔI NHIỀU

BẮT BUỘC COI NHU CẦU DỊCH BÉ NHỎ LÀ BAO NHIÊU ĐỂ TÍNH TOÁN NHA→Y LỆNH CỤ THỂ

VÍ DỤ 1 NGÀY 1000ML THÌ UỐNG BAO NHIÊU NƯỚC, TRUYỀN DỊCH NTN, CHÁO SỮA NTN

NGÀY ĐẦU UÙ TIÊN NHIỀU DỊCH HƠN NHIỀU ĂN, CHỈNH NƯỚC TRƯỚC CHỈNH NĂNG LƯỢNG XONG ĐÓ

CHĂM SÓC CẤP 3 – CHÁO 3BT:

CẤP CỨU – CS2 VỪA NGƯỜI NHÀ VỪA NHÂN VIÊN
CS 1 HỒI SỨC LÀ NHÂN VIÊN CHĂM SÓC

- NGÀY NHIỀU CHÁO, NHIỀU SỮA, NHIỀU NƯỚC GHI RA

THEO DÕI:

- SỐT, HO, THỞ GẮNG SỨC, BAO LÂU 1 LẦN

DẶN DÒ NGƯỜI NHÀ:

- CÁCH CHĂM SÓC: HẠN CHẾ NHIỄM TRÙNG BỆNH VIỆN-> BỆNH GIẢM KO TIẾP XÚC TRẺ ĐANG BỆNH
- RỬA TAY THƯỜNG XUYÊN
- NHIỄM X TRÙNG BỆNH VIỆN NẶNG HƠN COVID
- THEO TÁC VỖ LUNG->NHỎ BỆNH THƯỜNG NẪM->XOAY TRỞ THƯỜNG XUYÊN, VỖ LUNG CŨNG LÀ THAO TÁC LOÃNG ĐÀM NHỐT ĐÓ
- ĐỒ ĂN THỨC UỐNG CŨNG ẨM NÊN GIÚP LƯU THÔNG ĐÀM NHỐT TỐT
- DẶN DÒ DẤU HIỆU ĐỨA NHỎ CẦN BÉ XUỐNG CHO KHÁM LIỀN: DẤU HIỆU NẶNG
- KHI NÀO XUẤT VIỆN:
 - o HẾT SỐT >48 GIỜ MỚI AN TOÀN
 - o TRIỆU CHỨNG HO TRÊN ĐÀ XU HƯỚNG GIẢM:
 - VÍ DỤ CÁC TRIỆU CHỨNG KHÁC ĐANG GIẢM MÀ SỐT
 - o KO CÒN CƠ LỖM NGỰC NỮA →BẮT BUỘC ĐÓ
 - o THỞ DƯỚI NGUỒN THỞ NHANH THEO TUỔI->BÉ NÀY 40 MÀ 41 42 VẪN ĐƯỢC XUẤT VIỆN NHÀ
 - o TRIỆU CHỨNG HO HAY CÁI GÌ BÉ THAN PHIỀN TRÊN ĐÀ GIẢM:
 - PHẢI COI LẠI ĐIỀU TRỊ GIẢI QUYẾT CÁI HO TỐT->CÓ KHI CÒN CÁI NỀN GÌ ĐÓ MÌNH CHƯA GIẢI QUYẾT
 - o CHUYỂN KHÁNG SINH UỐNG KHI NÀO:
 - KHI ĂN UỐNG ĐƯỢC
 - HẾT SỐT 48 GIỜ TRỞ LÊN, TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG TRÊN ĐÀ CẢI THIẾN
 - CÓ KHI HẾT CƠ LỖM NGỰC NỮA
 - BÉ NÀY CHÚ Ý ĐÃ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH UÔGS KO ĐÁP ỨNG ĐÓ
 - BÉ NÀY NHẮM ĐÔI KS UỐNG ĐƯỢC KO:
 - ƯU TIÊN NHẤT UỐNG LÀ AUGMENTIN ĐƯỢC

RỒI

- CEFIXIME KO NẴM TRONG VIÊM PHỔI
 - ĐẶT BÚT VIÊM PHỔI LÀ AUGMENTIN HAY CEFUROXIM CHỨ KO PHẢI CEFIXIME HAY CÁI KHÁC NHA
 - NẾU ĐÃ DÙNG NHƯ BÉ NÀY KO ĐÁP ỨNG KS UỐNG→AN TOÀN KS TM ĐỦ NGÀY CHO NÓ CHỨ KO QUA UỐNG (HAY ÍT NHẤT 5 NGÀY KHÁNG SINH TM THẤY ĐÁP ỨNG TỐT-→ LIỀU UỐNG 80-100 AUGMENTIN NHA (AN TOÀN 7 NGÀY VỀ SỚM
- KHÓ THỞ TRUNG BÌNH NẶNG LÀ CO LỖM TRUNG BÌNH TRỞ LÊN
 - KO ĂN HAY BỎ BÚ LÀ CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN NHƯNG PHẢI COI LÝ DO→NẾU DO NGHỆT MŨI THÌ HÚT MŨI COI ĂN ĐƯỢC KO, NẾU ĐƯỢC THÌ OK
 - COI THÊM BÉ TỰ ĂN UỐNG ĐƯỢC KO→KO TIN NGƯỜI NHÀ
 - MẤT NƯỚC LÀ NẶNG RỒI NHA
 - AMOX VIÊM PHỔI CHIA 2-3 LẦN ĐỀU ĐƯỢC
 - OXACILLIN CHỈ NHIỄM TRÙNG DA THÔI, NGHĨ VIÊM PHỔI TỰ CẦU THÌ VANCO DO NẶNG LẮM

Note anh Thái Bảo. Để đây đọc thêm.

THỰC TẾ ĐIỀU TRỊ

Với điều trị kháng sinh chích tĩnh mạch như trên. Thực tế bệnh nhân này hết sốt sau 2 ngày nhưng vẫn ho nhiều còn co lõm thở mệt.

- Khi này

+ (1) Thêm bước kháng sinh nữa là Cef + Macrolide

+ (2) Chụp lại Xquang

- Bệnh nhân có dấu hiệu kh đáp ứng ks thì đánh ks khác vào phế cầu mạnh hơn

+ Levofloxacin dùng ở trẻ em có thể tổn thương sụn nên ít dùng ở trẻ <12 tháng còn >12 tháng vẫn dùng được. Bao phủ luôn Vk không điển hình. Không cần phổi

hợp macrolide. Dùng Levo sẽ phù hợp hơn Cef3 + Macrolide ở bn này vì mình nghĩ phế cầu nhiều hơn là phế cầu + kh điển hình

+ Vancomycin ở bn nặng sốt cao thì dùng vanco + ceftri + macrolide vì vanco chỉ có tác dụng với gram dương. Chú ý thêm macrolide chủ có đường uống

Bảng 3.3. Kháng sinh điều trị đặc hiệu viêm phổi do phế cầu.

Tác nhân	Kháng sinh chích	Kháng sinh uống (điều trị giảm bậc hoặc nhiễm trùng nhẹ)
<i>Streptococcus pneumoniae</i> với MIC cho Penicilin $\leq 2.0 \mu\text{g/mL}$	Ưu tiên: - Ampicillin - Penicillin Thay thế: - Ceftriaxone - Cefotaxime - Clindamycin - Vancomycin	Ưu tiên: - Amoxicillin liều cao Thay thế: - Cephalosporin 2, 3 (Cefpodoxime, Cefuroxime, Cefprozil) - Levofloxacin uống, nếu nhạy cảm - Linezolid uống
<i>Streptococcus pneumoniae</i> kháng penicillin, với MICs $\geq 4,0 \mu\text{g/mL}$	Ưu tiên: - Ceftriaxone Thay thế: - Ampicillin - Levofloxacin - Linezolid - Clindamycin - Vancomycine	Ưu tiên: 1 trong 2 thuốc - Levofloxacin uống - Linezolid uống Thay thế: - Clindamycine uống

Phía trên có bảng này rồi mà để thêm lần nữa đọc cho nhớ

Bảng 3.6. Kháng sinh điều trị viêm phổi do vi khuẩn không điển hình.

Kháng sinh tĩnh mạch	Điều trị uống (điều trị giảm bậc hoặc nhiễm trùng nhẹ)
<p>Ưu tiên:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azithromycin TM (10 mg/kg vào ngày 1 và 2; chuyển uống nếu có thể) <p>Thay thế:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarithromycin TM - Levofloxacin 	<p>Ưu tiên:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azithromycin (10 mg/kg vào ngày 1, sau đó 5 mg/kg/ngày từ ngày 2 – ngày 5. <p>Thay thế:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarithromycin - Erythromycin - Doxycycline (thanh thiếu niên) - Levofloxacin

CÁU HỎI THÊM CUỐI BÀI

1. Viêm phổi nặng:

- Tiêu chí bỏ ăn: Khám coi trực tiếp vì có khi người nhà khai quá lên

2. Liều amoxilin mẫu thuận giữa hình chị gửi và handout

+ 2-3 lần đều được

+ Thường trong viêm phổi chia 3

3. Staph

+ Oxa chỉ dùng cho nt da

+ Vanco dùng cho vp

+ Tuy nhiên thi lý thuyết thì cứ theo bài mà làm nha: chị cười tức là thi lt thì cứ chọn như bài lý thuyết là Oxacillin còn lâm sàng dùng Vancomycin.

Bảng 3.5. Kháng sinh điều trị đặc hiệu viêm phổi do tụ cầu.

Tác nhân	Kháng sinh tĩnh mạch	Kháng sinh uống (điều trị giảm bậc hoặc nhiễm trùng nhẹ)
<i>Staphylococcus aureus</i> nhạy Methicillin	Ưu tiên: - Oxacillin Thay thế: - Clindamycin - Vancomycin	Ưu tiên: - Cephalexin Thay thế: - Clindamycin
<i>Staphylococcus aureus</i> kháng Methicillin nhưng còn nhạy Clindamycin	Ưu tiên: - Vancomycin - Clindamycin Thay thế: - Linezolid	Ưu tiên: - Clindamycin Thay thế: - Linezolid
<i>Staphylococcus aureus</i> kháng Methicillin và Clindamycin	Ưu tiên: - Vancomycin Thay thế: - Linezolid	Ưu tiên: - Linezolid Thay thế: Không có