

**BÀI TẬP VỀ NHÀ – CASE VIÊM PHỔI
GIẢNG VIÊN BS CAO PHẠM HÀ GIANG
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

1. Tóm tắt bệnh án

BN nam, 5 tháng 9 ngày, nhập viện vì ho khò khè, bệnh 2 ngày

a. TCCN:

- Ho, khò khè 2 ngày
- Sốt 38.7 độ C (đã hết sốt >24h)
- Chảy mủ tai
- Tiêu 4 lần/ngày phân nhão - loãng
- Tiêu khá

b.TCTT

- Thở co lõm ngực 55 l/p
- Phổi ran ngáy, ẩm
- Mủ tai P nhiều.
- CN 8.0kg

c. Tiền căn:

- Viêm phổi,
- + Điều trị nội trú 9 ngày, chích kháng sinh 1 cử / ngày, PKD 4 cử/ngày.
- + Bé hết ho khó thở nên được xuất viện cách đây 8 ngày.
- Chưa ghi nhận dị ứng thuốc
- Chứng ngừa lao, 1 mũi TCMR (nghĩ là 5 trong 1)

2. Đặt vấn đề

(1) HC nhiễm trùng hô hấp dưới Sốt vì ca này sốt có thể do (1) hô hấp (2) viêm tai giữa nên để sốt khách quan hơn.

(2) HC tắc nghẽn hô hấp dưới

(3) Chảy mủ tai phải

(4) Tiêu loãng 4 lần / ngày

(5) Tiền căn

- Viêm phổi

+ Điều trị nội trú 9 ngày, chích kháng sinh 1 cử / ngày, PKD 4 cử/ngày.

+ Bé hết ho khó thở nên được xuất viện cách đây 8 ngày.

3. Chẩn đoán sơ bộ

- Viêm phổi bệnh viện liên quan chăm sóc y tế, mức độ nặng, chưa biến chứng – Theo dõi tiêu chảy cấp – Theo dõi Viêm tai giữa – Theo dõi Gerd.

Viêm phổi hay VTPQ bội nhiễm ? VP vì tiền căn nhập viện vì VP 1 tuần trước

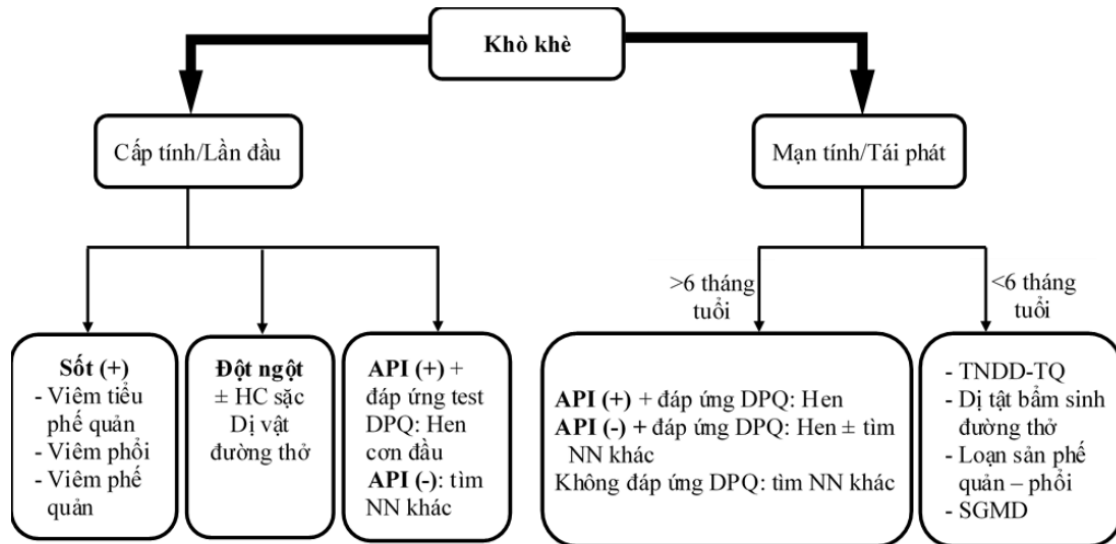
- Ở ca này bệnh cảnh diễn tiến nhanh trong 2 ngày, trong đỉnh tuổi của VTPQ nên nếu không có tiền căn từng nhập viện vì viêm phổi cách đây 1 tuần thì đưa chẩn đoán VTPQ bội nhiễm lên hợp lý hơn
- VP chỉ nhanh như vậy khi nhiễm tác nhân độc lực cao hoặc VP trên một cơ địa đặc biệt gì đó
- Nhưng ca này có tiền căn nhập viện cách đây 1 tuần vì vp. Nghĩ lần này có liên quan tới viêm phổi đợt trước nên đưa chẩn đoán viêm phổi lên sơ bộ là hợp lý.

Viêm phổi bệnh viện hay liên quan chăm sóc y tế

- BV là trong 48h sau nhập viện hoặc trong 1 tuần sau xuất viện.
- Liên quan y tế là trong 90 ngày
 - Ca này khởi phát triệu chứng lại trong 6 ngày sau nhập viện nên nghĩ bệnh viện hàng đầu.

Nên theo dõi trào ngược

- Nên theo dõi trào ngược vì bé <12 tháng là đỉnh tuổi của trào ngược
- Khò khè tái phát nhanh phải có lý do
- Siêu âm bụng tìm trào ngược. Mới có 1 tuần về bị viêm phổi lại liền rồi



Handout bộ môn

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tiểu phế quản bội nhiễm, mức độ trung bình – Theo dõi tiêu chảy cấp – Theo dõi Viêm tai giữa.
- Viêm phổi cộng đồng
- Hen bội nhiễm

Viêm phổi cộng đồng

- Chỉ nói rõ chẩn đoán phân biệt với viêm phổi cộng đồng. Chứng tỏ giờ cũng ít dùng khái niệm viêm phổi liên quan chăm sóc y tế
- Chắc là VP cộng đồng có yt nguy cơ kháng thuốc
- Về coi lại

Hen bội nhiễm

- Ca này sốt nặng nên ít nghĩ sốt do mình cái viêm tai giữa, nghĩ do hen bội nhiễm nhiều hơn.
- Nhưng nếu sốt nhẹ nhẹ có thể do hen kh bội nhiễm + viêm tai giữa giải thích cho sốt.

5. Biện luận ĐẦY ĐỦ CHI TIẾT

Chỉ không sửa biện luận

Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới

BN có ho, sốt, thở nhanh, phổi có ran ẩm 2 bên nên nghĩ có HC nhiễm trùng hô hấp dưới. Các nguyên nhân NTHHD là:

Viêm phổi: nghĩ nhiều vì bé có sốt ho khò khè. Khám thấy có ran ẩm, co lõm ngực nặng.

- *Viêm phổi cộng đồng hay bệnh viện:* BN nằm viện 8 ngày, xuất viện cách đây 9 ngày nên nghĩ nhiều là viêm phổi liên quan chăm sóc y tế: điều trị KS tĩnh mạch và nằm viện >48 giờ trong 90.

- *Viêm phổi tái phát:* Tiêu chuẩn VP tái phát là: Khi có từ 2 đợt viêm phổi trong vòng 1 năm hoặc 3 đợt viêm phổi trong bất cứ thời gian nào và X-quang phổi bình thường giữa các đợt -> ca này chưa ghi nhận Xquang lúc ra viện bình thường, chưa đủ tiêu chuẩn. Có thể là (1) Viêm phổi đợt trước điều trị chưa hết hẳn hoặc (2) đợt lần này là tái phát thực sự.

- *Tác nhân:*

+ BN viêm phổi liên quan chăm sóc y tế / viêm phổi tái phát, kèm viêm tai giữa, bệnh cảnh cấp tính, nghĩ nhiều do vi khuẩn điển hình là S.pneumonia hoặc H.Influenzae type b, ít nghĩ vi khuẩn không điển hình và siêu vi

- + Bé chỉ được chích 1 mũi 5 trong 1 (có Hib) nên nghĩ có thể là S.pneumonia nhiều hơn.
- + Có yếu tố nghĩ vi khuẩn kháng KS do BN được điều trị KS trong vòng 90 ngày gần đây, nằm viện >5 ngày.
- *Mức độ*: Co lõm ngực nặng, nhiệt độ 38.6 độ C → Mức độ nặng.
- *Biến chứng*:
 - + Suy hô hấp cấp: Bé tỉnh, bú được, nhịp tim bình thường, không có thở co kéo, không thở co lõm, không thở rên, không tím trung ương → bé không có dấu hiệu suy hô hấp
 - + Nhiễm trùng huyết: Bé tỉnh, không sốt cao kéo dài nên hiện chưa nghĩ.
 - + Tràn dịch/Tràn mủ màng phổi: Khám không ghi nhận hội chứng 3 giảm nhưng không loại trừ
- **Viêm tiểu phế quản bội nhiễm**: Có nghĩ vì bé nhập viện do ho khò khè ngày 2, khám ghi nhận ran ngáy ran ẩm, trong lứa tuổi dịch tễ của viêm tiểu phế quản.
- **Hen phế quản bội nhiễm**: Ít nghĩ trẻ không có tiền căn khò khè, ho tái đi tái lại, gia đình không có ghi nhận mắc bệnh hen
- **Lao phổi**: Ít nghĩ do bé không có hội chứng nhiễm lao chung (sốt về chiều, chán ăn, sụt cân), gia đình không ai mắc bệnh, đã được chích Lao gần đây.

Vấn đề khác

- Chảy mủ tai: kèm theo sốt, tiêu loãng, theo dõi viêm tai giữa bên phải
- Tiêu loãng ngày 4 lần: theo dõi tiêu chảy cấp

6. Bệnh nhân có chỉ định nhập viện không?

Nhập viện vì

- (1) Viêm phổi nặng, có yếu tố nghi ngờ kháng kháng sinh
- (2) Nhập viện để sử dụng kháng sinh tĩnh mạch

7. Đề nghị CLS: kèm lí do làm CLS đó

- Xquang ngực thẳng: Xác định viêm phổi, định hướng nguyên nhân
- CTM CRP: Đánh giá tình trạng viêm nhiễm trùng, định hướng nguyên nhân, theo dõi điều trị
- NTA ngay thời điểm nhập viện: Xác định tác nhân và kháng sinh đồ
- *Cấy dịch mủ tai*
- Men gan, Bun Cre: Đánh giá trước dùng kháng sinh tĩnh mạch
- Ion đồ: Bé có tiêu loãng
- **Cấy máu: Với một ca nghi ngờ yếu tố nhiễm trùng bệnh viện phải cấy máu**

8. Kết quả Cận lâm sàng

8.1 Xquang

1. Kỹ thuật chụp.

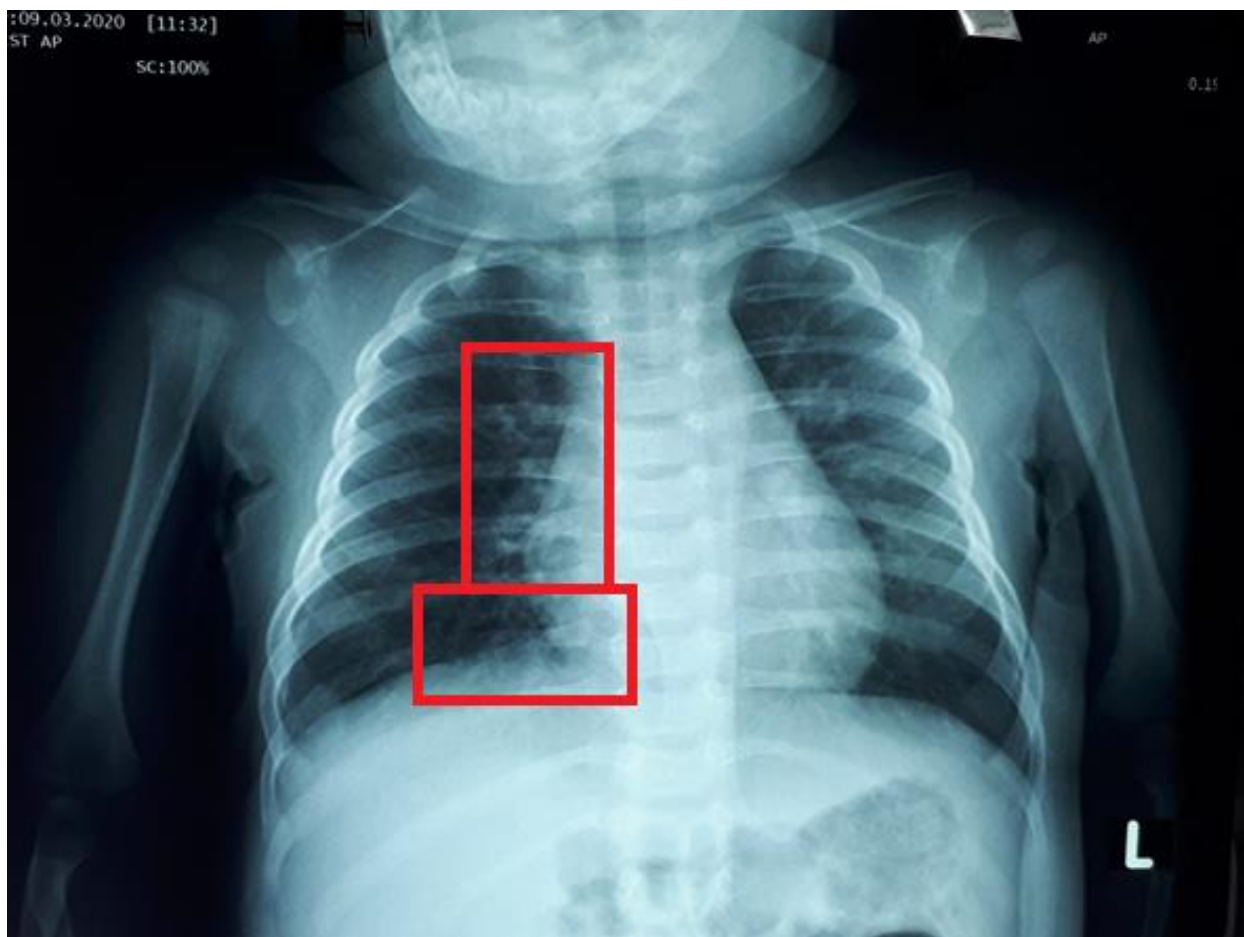
- Phim chụp ở tư thế nằm, thế trước sau
- Thì hít vào đủ sâu: 9 cung sườn sau, 6 cung sườn trước
- Tia cứng: Thấy rõ các đốt sống sau bóng tim
- Đối xứng qua đường giữa



2. Đọc phim X-quang:	
2.1 Mô mềm	<ul style="list-style-type: none"> - Không tràn khí dưới da - Không u.
2.2 Xương	<ul style="list-style-type: none"> - Cột sống không lệch - Không gãy xương
2.3 Vòm hoành	<ul style="list-style-type: none"> - Vòm hoành bên phải còn đường cong sinh lý - Vòm hoành bên trái còn đường cong sinh lý - Vòm hoành trái thấp hơn vòm hoành phải khoảng 1 khoang liên sườn
2.4. Trung thất:	- Chỉ số tim lồng ngực = 0,5
2.5. Rốn phổi:	- Rốn phổi hai bên không rõ
2.6 Nhu mô phổi:	<ul style="list-style-type: none"> - Đám mờ ở vị trí đáy phổi phải cạnh bờ tim phải, giới hạn không rõ, xóa bờ vòm hoành phải, không có hình ảnh khí phế ảnh đồ, không co kéo đẩy lệch trung thất, không có phản ứng màng phổi - <i>Thâm nhiễm cạnh bờ tim phải từ trên xuống dưới</i>

2.7 Tóm lại có những bất thường sau	(1) Tổn thương nhu mô - Đám mờ ở vị trí đáy phổi phải cạnh bờ tim phải, giới hạn không rõ, xóa bờ vòm hoành phải, không có hình ảnh khí phế ảnh đồ, không co kéo đẩy lệch trung thất, không có phản ứng màng phổi. - <i>Thâm nhiễm cạnh bờ tim phải từ trên xuống dưới</i>
2.8 Cảm nghĩ:	<u>Kết hợp lâm sàng và các dữ kiện khác nghĩ bệnh cảnh:</u> <u>Phù hợp viêm phổi hơn viêm tiểu phế quản bội nhiễm</u>

Xquang này tổn thương thâm nhiễm ít khá nhẹ nhàng, nên nghĩ có vp do vi trùng rồi nhưng vi trùng này không phải vi trùng bệnh viện.



8.2 CTM

- Bạch cầu: Tăng. Trẻ 5 tháng tuổi lympho thường gấp đôi neutro. Ca này neutro / lympho > 1/2 nên có tăng neutro. Phù hợp với viêm phổi do tác nhân vi trùng.

- Hồng cầu: Không thiếu máu. Nhưng ghi nhận HC nhỏ nhược sắc.
- Tiểu cầu: Bình thường

CTM và XQ giúp mình nghĩ vi khuẩn rồi nhưng không phải bệnh viện dữ dội.

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	ĐƠN VỊ
Tổng Phân Tích Tế Bào Máu Bằng Máy Đếm Laser (Máy:)			
BC	13.44	(4.0 - 10.0)	K/uL
%NEU	35.4	(37 - 80)	%
%LYM	56.8	(10.0 - 50.0)	%
%MONO	6.9	(0.0 - 12.0)	%
%EOS	0.5	(0 - 7)	%
%BASO	0.4	(0 - 2.5)	%
#NEU	4.76	(2.0 - 6.9)	%
#LYM	7.64	(0.6 - 3.4)	K/uL
#MONO	0.93	(0.0 - 0.9)	K/uL
#EOS	0.06	(0.0 - 0.2)	K/uL
#BASO	0.05	(0.0 - 0.20)	K/uL
RBC	4.02	(3.9 - 5.8)	M/v
HGB	10.5	(12.5 - 16)	g/dL
HCT	30.8	(35 - 50)	%
MCV	76.6	(83 - 92)	fL
MCH	26.0	(27 - 32)	pg
MCHC	33.9	(32 - 35.6)	g/dL
RDW	14.6		%
PLT	337	(130 - 400)	K
MPV	9.8	(7.2 - 11.1)	fL
Ngày nhận mẫu: 13:20 09/03/2020			
Ngày nhập mẫu: 13:25 09/03/2020			

8.3 Sinh hóa

- CRP: tăng kết hợp lâm sàng và Xquang gợi ý nhiều có tác nhân phế cầu.
- Man gen, Bun Cre, Ion đồ bình thường.

Chẩn đoán:

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	MÃ QT - T
CRP-hs	31.9	(<5) mg/l	QTXN.HS.14
SGOT/AST	35	(<45) U/L	QTXN.HS.04
SGPT/ALT	20	(<40) U/L	QTXN.HS.02
Ure	1.1	(1.67-7.49) mmol/L	QTXN.HS.35
Creatinin	36	(20.33-88.4) μ mol /L	QTXN.HS.12
Điện giải đồ (Na ⁺ , K ⁺ , Cl, CAtp) (Máy:)			
Na ⁺	136	(135-145) mmol/L	QTXN.HS.2
K ⁺	4.5	(3.5-5.1) mmol/L	QTXN.HS.2
Cl ⁻	105	(95 - 110) mmol/L	QTXN.HS.1
Ca total	2.55	(1.75 - 2.7) mmol/L	QTXN.HS.0
CHẤT LƯỢNG MẪU			
BT tán huyết	-	Âm tính	
BT vàng	-	Âm tính	
BT đục	-	Âm tính	
Ngày nhận mẫu: 13:51 09/03/2020 Ngày nhập mẫu: 13:46 09/03/2020 Ghi chú:			

TP HCM, Ngày 09 tháng 03 năm 2020

@VUONGYDS
 TIẾP CẬN NHI KHOA
 DRAFT VERSION

Một sản phẩm của team
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.

8.4 Kháng sinh đồ

- Chất lượng mẫu tốt vì có > 25 bạch cầu và < 10 tế bào biểu mô

- Tác nhân *Streptococcus pneumoniae*: phù hợp với lâm sàng, xquang và ctm
- Kháng amoxicillin, cefotaxime nghĩ là nguyên nhân gây viêm phổi cho trẻ lần này.
- Nhạy levofloxacin, linezolid, vancomycine: Xem xét sử dụng những kháng sinh này để điều trị.

Khảo sát trực tiếp

ĐẠI THỂ	nhảy đục
TẾ BÀO BIỂU MÔ	< 10
BẠCH CẦU	> 25
BARLETT	+3 Mẫu tin cậy

Vi khuẩn: *Streptococcus pneumoniae*

Kháng sinh	Nhạy	Trung gian	Kháng	Không nhạy	Ghi chú
Amoxicillin			MIC: > 8 µg/ml		
Chloramphenicol	MIC: ≤ 2 µg/ml				
Clindamycin			MIC: > 1 µg/ml		
Cefotaxime			MIC: > 2 µg/ml		
Erythromycin			MIC: > 4 µg/ml		
Cefepime		MIC: 2 µg/ml			
Linezolid	MIC: ≤ 1 µg/ml				
Levofloxacin	MIC: 1 µg/ml		MIC: 1 µg/ml		
Meropenem					
Moxifloxacin	MIC: ≤ 0.25 µg/ml		MIC: > 8 µg/ml		
Penicillin G			MIC: > 2/38 µg/ml		
Trimethoprim/Sulfamethoxazole			MIC: > 8 µg/ml		
Tetracycline					
Vancomycin	MIC: ≤ 0.5 µg/ml				

Ngày/giờ có kết quả: 10:07, 10/03/2020

09 giờ 46, Ngày 11 tháng 03 năm 2020
Khoa Xét Nghiệm

Kháng định VP cộng đồng: Phế cầu là tác nhân cộng đồng, Xquang cũng ít tổn thương, BC không tăng ưu thế lympho gì mà là neutro. Bỏ được chẩn đoán bệnh viện. Con phế cầu này cũng gây chảy mủ tai hợp lý quá rồi.

9. Hướng điều trị

a. Chẩn đoán xác định

- Viêm phổi liên quan chăm sóc y tế, mức độ nặng, chưa biến chứng, do phế cầu – Theo dõi tiêu chảy cấp – Theo dõi Viêm tai giữa.

b. Hướng điều trị

1. Nhập viện, nằm phòng ngoài

2. Hỗ trợ hô hấp:

- Nằm đầu cao 30 độ

- Thông thoáng đường thở: nhỏ mũi với NaCl 0.9%

3. Bù dịch:

- Nhu cầu dịch $8\text{kg} \times 100 = 800\text{ ml}$

- Thêm 10% vì (1) công dụng loãng đàm (2) có tiêu loãng: Khoảng 900 ml

- Bú mẹ cần đảm bảo lượng dịch này: Khoảng 110ml x 8 cữ / ngày.

4. Dinh dưỡng: Bú sữa mẹ theo nhu cầu

5. Nhiễm trùng: kháng sinh chích theo kháng sinh đồ

6. Điều trị hỗ trợ:

- Giảm ho: thảo dược

- Hạ sốt khi sốt $\geq 38,5$ độ C : Paracetamol

7. Theo dõi: Tri giác M, HA, nhiệt độ, nhịp thở, co lõm ngực, nước tiểu/ 6h

8. Dặn dò

10. Y lệnh điều trị cụ thể, bao gồm cả chế độ dinh dưỡng (ghi rõ chế độ ăn), theo dõi, chế độ chăm sóc (cấp 1/2/3)

- Nhập viện, nằm phòng ngoài

- Nằm đầu cao 30 độ

- Vancomycin 0,5g/20 mL 3.2ml pha Dextrose 5% đủ 16 ml x 4 BTDD trong 1 giờ.

+ Tại thời điểm nhập viện thì vẫn cho **KS VP bệnh viện là kháng sinh đánh Gram âm**. Lúc đó chưa có NTA chưa xác định được tác nhân thì cứ đánh theo kinh nghiệm. Chọn lựa Cef thế hệ thứ 4 / Imipenem vì chưa có bằng chứng gì hết → Đánh bao vây.

+ Xquang về nghĩ VP cộng đồng, CTM nghĩ VP cộng đồng, NTA ra tác nhân mới đổi kháng sinh là Cụ thể bệnh nhân này

+ Bữa chỉ có nói Vancomycin không xài một mình phải dùng kèm với Ceftriaxone phòng ngừa kháng kháng sinh Vanco. Nếu kháng tới Vanco thì gram dương kh còn KS gì nữa rồi.

+ Khởi đầu vô mình dùng Cef thế hệ 4 là Cefepime mà đáp ứng tốt thì cứ chích dù kết quả NTA về cái này nhạy ở mức độ trung gian

+ Đáp ứng lâm sàng là quan trọng, nếu đáp ứng tốt thì giữ còn không tốt thì đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Không phun khí dung: Bé này API (-) và <6 tháng thì không nhất thiết phải phun khí dung. Chú ý: Trên lâm sàng bác sỹ nghe có ran ngáy, co lõm ngực là hay cho PKD nhưng đó là không chính thống, đi thì cứ chính thống mà làm. Kể cả Viêm phổi khò khè cũng không có chỉ định phun khí dung.

- Astex 100ml 1 lọ siro 2.5ml x 3 (uống)

- Hapacol 250mg/gói ½ gói x 4 (uống) khi sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$

- Efticol 0.9% nhỏ 6 giọt mỗi bên mũi x 6.

- Dinh dưỡng: Sữa công thức 110ml x 8 cữ / ngày.

- **ORS + Kẽm theo phác đồ A nữa vì bé có tiêu chảy**

- Chăm sóc cấp 3

- Theo dõi: Tri giác, M, HA, nhiệt độ, nhịp thở, co lõm ngực, nước tiểu/ 6h

11. Dẫn dò người nhà điều gì?

- Giữ vệ sinh hạn chế nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện:

+ Hạn chế nguy cơ tiếp xúc xung quanh như bế qua chơi với bé kể bên.

+ Rửa tay thường xuyên

- Rơ lưỡi, vệ sinh miệng hàng ngày cho trẻ.

- Nếu tai trẻ bị chảy mủ, bạn cần làm sạch tai cho trẻ. Dùng bông tăm lau nhẹ nhàng, không lau quá sâu, có thể khiến tai bị tổn thương.

- Vỗ lưng xoay trở thường xuyên cho bé ho hiệu quả. Không cho bé nằm hoài.
- Dẫn dò dẫu hiệu nặng: Bỏ bú, nôn tất cả mọi thứ, lì bì, co giật, thở mệt
- Đưa bé đi khám tư vấn dinh dưỡng về vấn đề thừa cân sau khi hết đợt bệnh

12. Tiên lượng

Tiên lượng tốt

- Không ghi nhận yếu tố nguy cơ nặng
 - + Trẻ quá nhỏ < 3 tháng.
 - + Có bệnh tim bẩm sinh đi kèm, nhất là có cao áp phổi.
 - + Có bệnh phổi mãn tính: loạn sản phế quản phổi.
 - + Suy giảm miễn dịch
- Xác định được tác nhân và kháng sinh nhạy cảm

13. Phòng ngừa

- Bảo đảm vệ sinh môi trường nhất là khu vực chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ.
- Trẻ phải được bú mẹ và ăn dặm đúng.
- Tiêm chủng phòng bệnh cho trẻ đúng lịch qui định. Đặc biệt là chủng ngừa các tác nhân thường gây viêm phổi theo tuổi: virus cúm, á cúm, thủy đậu, Hemophilus influenza týp b, phế cầu, não mô cầu, ...
- Tránh khói thuốc lá.
- Phát hiện và xử trí kịp thời các trường hợp nhiễm khuẩn hô hấp cấp.
- Khi có người mắc bệnh, cách ly kịp thời để tránh lây lan cho trẻ