

# HỌC CÔ ĐIỂM LS HỒ HẤP

## ❖ Hen

1. Thực sự hen hay không?
  2. Cơn hen gì?
  3. Cắt cơn bằng cái gì? => Phải biết có bao nhiêu thuốc cắt cơn hen, bao nhiêu thuốc ngừa cơn
- Có thực sự hen hay không?
  - Xem có đủ 5 tiêu chuẩn hen hay không?
  - Phải phân biệt, loại trừ các nguyên nhân khác: VD có nhiều ca chẩn đoán hen nhưng ra dị vật đường thở.
  - Tiếp cận khò khè như thế nào? Cấp, Tái phát hay Mãn tính.
    - ✓ Cấp thì tính 2 chuyện: Có nhiễm trùng hay không NT
      - Không NT phải hỏi ngay có hội chứng xâm nhập hay không?
      - Nếu có NT thì nghĩ tới chuyện gì? Tùy theo lứa tuổi. VD: dưới 12<sup>th</sup> phải nghĩ viêm tiểu phế quản. Trên 12<sup>th</sup> thì nghĩ tới nhiều thứ ngoài VTPQ. VD như VP khò khè, Viêm thanh khí phế quản cấp.
    - ✓ Khò khè tái phát: Giữa các cơn khò khè hoàn toàn bình thường. Thường xảy ra trong bệnh lý suyễn.
    - ✓ Khò khè kéo dài, đó giờ chưa hết khò khè, xuất viện rồi nhưng vẫn còn khò khè. Khò khè mãn tính đi 2 nhóm bất thường cấu trúc và bất thường chức năng. Cấu trúc có gì, chức năng có gì => **Đọc thêm**
      - Đi thi với cô, cô cũng sẽ hỏi vậy đó? Ủa đứa này khò khè hả? Khò khè kiểu gì vậy em. Dạ cô cái này khò khè mãn tính. Khò khè mãn tính thì do cái gì em. Dạ cô có thể bất thường cấu trúc, bất thường chức năng. Bất thường chức năng cái thường gặp nhất là rối loạn hội chứng hít. Hội chứng hít gặp trong cái gì vậy em? Thường gặp nhất là **trào ngược**. Từ đó khi làm BA phải hỏi cách ăn uống sao? Cách cho bú sao, có trch nôn ói hay không? Không có cũng ko loại trừ được trào ngược. Hội chứng hít có thể rối loạn nuốt (có thể do bại não, hoặc do nó chưa trưởng thành, có thể gặp mấy đứa nhỏ khò khè tái tới tái lui, khò khè kéo dài do rối loạn nuốt). Chẩn đoán rối loạn nuốt bằng gì? Nuốt nội soi thấy được nước bọt trào qua khí quản. Hội chứng hít có thể gặp dị vật bỏ quên nằm hoài gây khò khè. Có thể do dò khí phế quản 1 cách âm thầm mik ko biết được.
      - Ngoài ra còn có những bệnh lý khác như bệnh viêm quánh niêm dịch, có thể bệnh SGMD bẩm sinh, loạn sản phế quản phổi, VTPQ tắc nghẽn hậu nhiễm. Đó là bên bất thường chức năng
  - Biện luận khò khè rất quan trọng. Khi đi LS, cô hỏi đứa này có phải VTPQ ko? Đủ tiêu chuẩn ko? Làm ơn phải nói tiêu chuẩn VTPQ: Lứa tuổi, HC nhiễm siêu vi, HC tắc nghẽn đường hô hấp dưới, Loại trừ những nguyên nhân khác

- Suyễn có 5 tiêu chuẩn nhưng tiêu chuẩn chốt vẫn là loại trừ những nguyên nhân khác.
- Cơn này cơn gì?
  - ✓ Mốc để mik nói nhẹ, TB, nặng là dựa vào **nhịp thở, co lõm và SpO2**.  
SpO2 < 92% là nặng hết, bất kể cái gì. Ngoài ra có nhịp thở, co lõm hoặc không.
- Nhẹ, TB, Nặng sẽ cắt cơn theo kiểu nhẹ, Tb, nặng. Cô sẽ hỏi có bao nhiêu thuốc cắt cơn trên cái đời này, có bao nhiêu thuốc ngừa cơn là phải biết. Tác dụng phụ của các thuốc đó? Những yếu tố nào làm đứa nhỏ dễ tử vong, yếu tố tăng nặng nguy cơ suyễn, 7-8 yếu tố gì đó làm nhẹ xử như Tb, Tb xử như nặng, nặng là hết mik với nó vì nó dễ chết.
- Đối với suyễn chỉ định phòng ngừa cho trẻ dưới 5t, trên 5t là khi nào => **Đọc**
  - ✓ 2 chuyện nhớ: Hen khởi phát do siêu vi: VIA, mik sẽ chọn Montelukast, nếu đa yếu tố khởi phát chọn ICS. Nhiều đó đủ rồi, ko cần đi sâu nữa, đó là dưới 5t.
  - ✓ Trên 5t có LABA cộng vô nhưng nó rất là chuyên khoa luôn, thành ra ko cần nhớ.
  - ✓ ICS tốt nhất nhưng tác dụng phụ nhiều
  - ✓ Cập nhật gần đây 2020, Montelukast có tác dụng phụ ảnh hưởng trên tinh thần của đứa nhỏ, làm đứa nhỏ gặp ác mộng, quấy khóc, hoặc đứa lớn có ý định tự vẫn, nhưng cái đó rất rất thâm luôn nhưng FBA vẫn cảnh cáo mik, nhưng mik sử dụng vẫn ko thấy gì :v Giống như Bactrim có Stephen Joinson nhưng S.J cũng ko nhiều
- Trong Suyễn có 2 chuyện cần làm rõ. 1 là chỉ định dùng kháng sinh, 2 là chỉ định dùng Corticoid. => **Đọc**

### ❖ Viêm tiểu phế quản

- VTPQ cái gì cần thiết? Dĩ nhiên là chẩn đoán sao lại là VTPQ, chẩn đoán các nguyên nhân gây khò khè, tác nhân gây bệnh VTPQ có gì đặc biệt, đặc biệt nhất vẫn , thường thường là RSV nhưng gây khó chịu nhất là con adeno. Vi trùng có 2 con vi trùng có thể biểu hiện VTPQ đó là ho gà và Mycoplasma nó sẽ biểu hiện LS giống VTPQ.
- Phân độ VTPQ độ nhẹ, TB, nặng, trong sách có. Như vậy chỉ định nhập viện VTPQ khi nào? => **Về đọc**. TB nặng trở đi là phải NV. Có yếu tố nguy cơ là NV, có mất nước là NV. Có 3 thứ đó thôi
  - ✓ Phát hiện dấu mất nước ở trẻ VTPQ dựa vào gì? Không dựa vào mắt trũng, thở nhanh,... mà dựa vào tiểu ít. Phát hiện bằng cách là thấy tã không ướt. do mất nước qua nhịp thở và nó bỏ bú rồi. (VD đêm qua giờ bình thường thay 6 cái tã mà giờ hơn có cái nào là mất nước, phải nhập viện rồi)
- VTPQ chỉ định KS khi nào? Chỉ định PKD khi nào? Ko phải VTPQ nào cũng phun hết. Và khi có chỉ định phun rồi, phun có đáp ứng thì phun tiếp, ko đáp ứng thì ko phun.

- ✓ Chỉ định PKD : VTPQ nặng. Nặng mà 2 tháng thì ko phun do nó làm giãn cơ vòng thực quản. Không đáng phun mà phun, nó trào ác liệt, tại vì nó dẫn cơ vòng thực quản dưới. SABA có tác dụng dẫn tất cả các cơ vòng. Nó ko trào mik phun nó trào ác liệt nữa. Hiểu hơn. Vậy nên **không có chuyên phun ở trẻ dưới 6 tháng**. Vậy chỉ định phun khi nghi ngờ suyễn mới phun, vậy khi nào nghi ngờ suyễn? Đây là đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VTPQ nhưng nó bị lần này lần thứ 2 rồi, thì mik cứ phun thử. Những đứa VTPQ lần đầu nhưng mà nó có yếu tố nguy cơ suyễn đc quyền phun. VD như ba má nó suyễn, có chàm da thì phun. Phun bớt thì phun tiếp, không bớt thì thôi, chứ ko có đề đưa nào cũng ra phun nghe hơn :v
- ✓ VTPQ ko có chỉ định Corticoid. Bất cứ giá nào cũng không cho.
- ✓ KS trong VTPQ cũng giống như VP cộng đồng mắc phải
- VTPQ có hội chứng tăng tiết ADH ko thích hợp, lí do tại sao?=> **Về đọc**
- Tam chứng ứ CO2 trên LS là tam chứng gì => **về đọc**
- VTPQ chỉ định thở oxy khi nào? CPAP khi nào? => **Về đọc**
- VTPQ diễn tiến theo mấy kiểu? 2 kiểu: hoặc là hết, hoặc là chết. Kiểu thứ 3 kéo dài do con Adeno, nó rất à lèng nghềng luôn.
- Y6 thi với cô, cô cũng hỏi như thế đó. Về soạn lại hết nha :v

## ❖ Viêm phổi

- Quan trọng nhất vẫn là tác nhân gây bệnh theo lứa tuổi.
- Cô sẽ hỏi câu 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi là như thế nào? Dĩ nhiên VP phải có NT, nhưng thừa biết tác nhân gây viêm phổi ở trẻ dưới 12 tháng đa số là do siêu vi, nhưng nó rất dễ bội nhiễm thêm vi trùng thường.
  - ✓ Vậy tác nhân gây bệnh theo lứa tuổi là như thế nào? Thừa cô lứa tuổi này chủ yếu là siêu vi, lứa tuổi này chủ yếu là phế cầu, lứa tuổi này chủ yếu là gì đó, tùy mấy em...
- Chỉ định nhập viện khi nào? Có cột viêm phổi nhẹ và viêm phổi nặng. Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ < 2 tháng tuổi đều là viêm phổi nặng, cần phải NV gấp. Tuy nhiên có 1 loại viêm phổi không cần phải NV đó là VP không sốt, dưới 3 tháng là do Chlamydia trachomatis. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi không sốt do Chlamydia trachomatis là như thế nào? => **Về đọc**
  - ✓ Một cái VP không sốt, cũng y chang như vậy mà phải nhập viện, đó là viêm phổi do ho gà. Vậy tiêu chuẩn như thế nào? Ho gà là bắt buộc phải nhập viện vì lí do nó sẽ có cơn ngưng thở.
  - ✓ Vậy mik sẽ có 2 tình huống: 1 là ngoại trú, 1 là nhập viện. Chỉ định nhập viện khi nào? Coi lại: Hoặc là VP nặng, hoặc là nó nhỏ quá, thất bại với điều trị ngoại trú là phải nhập viện.
  - ✓ Ngoại trú á. Một đứa nhỏ, Lứa tuổi nào điều trị KS gì? => **về đọc**
  - ✓ Nội trú nhập viện thì lứa tuổi nào điều trị KS gì, nhất là lứa tuổi từ 6 tháng-5 tuổi. Hàng đầu nó vẫn là Hib và phế cầu. Vậy cô hỏi phế cầu sử dụng KS gì là phải nhớ, bình thường, đầu miệng của mình là Penicillin, Penicillin cho

phế cầu, Ampicillin cho Hib. Nhưng thực tế LS là nó khác hết trơn. Toàn bộ là xài C3 hết. Nhưng mà hỏi phế cầu là phải nói Penicillin. Như vậy tại sao xài trật lất z, tại sao xài mạnh tay z, tại vì người ta sợ kháng thuốc. Nhưng mà Kháng thuốc thì phải có chứng minh. Người ta nói tỉ lệ kháng thuốc ở VN khá cao, nhưng mà không có con số. Mấy anh chị làm đề tài nghiên cứu với cô thì thấy tỉ lệ kháng thuốc của phế cầu với penicillin khá cao 60, 70%, thậm chí là 80%.

➤ Viêm phổi điều trị có thất bại không? Có chết không? Lí do tại sao VP điều trị thất bại?

✓ Không đáp ứng với thuốc. Vậy chứng minh gì con vi trùng gì không đáp ứng với thuốc.

- Câu hỏi của cô là các biện pháp tìm vi trùng gây bệnh trong VP là có bao nhiêu biện pháp? Lấy cái bệnh phẩm đó ntn? Từ khi lấy được bệnh phẩm, có bao nhiêu biện pháp để phát hiện ra vi trùng. **Về tìm.**
- Lấy bệnh phẩm bằng mấy cách, rồi phát hiện ra bằng cách nào. Thường lấy bệnh phẩm ra thì người ta sẽ soi tươi, cấy, PCR.
- Mấy cách: Nhìn mặt tui nè: Đầu tiên làm phết mũi sau tìm siêu vi, mùa Covid tìm siêu vi đó. Đi xuống khi quản có 3 cách:
- Cách đầu tiên ít xâm lấn nhất là NTA. (Đoạn này cô chỉ, Hậu nhìn theo tay cô nên không chắc nha, đọc thêm nha: Đo kích thước từ tai đến miệng, sẽ bằng chiều dài từ miệng đến nắp thanh môn), đưa xuống chút xíu nữa sẽ đụng nắp thanh môn, nó sẽ gây ra ho, làm văng đàm từ trong khí quản ra và mik hút ra. Như vậy mình có thể hút lộn nước bọt trong đường đi. Tiêu chuẩn vàng của nó là gì? 1 là phải có tế bào trụ, chứng tỏ tế bào lấy từ trong khí quản ra. 2 là ít tế bào biểu mô lát tầng, đừng có lấy nước bọt trong miệng. 3 là Bạch cầu nhiều, chứng tỏ mik lấy trúng đàm. 4 là phải soi tươi có vi trùng. Soi tươi không có vi trùng mà cấy ra vi trùng thì vi trùng ở phòng XN à. Nghe hơ?
- Cái thứ 2, chính xác nhất mà nấy cũng thích là BAL: Rửa phế quản, phế nang nhưng mà nó xâm lấn vì nó cần phải nội soi, đưa nhỏ phải ngủ chút xíu. Người lớn thì dễ rồi.
- Cái thứ 3 là mở nội khí quản rồi mik đặt gọi là ETA hút nội khí quản, hoặc là nó mở khí quản qua khí quản gọi là ETA endo tracheal aspiration, ngon rồi, khỏi thắc mắc luôn nhưng quá nặng.
- Đi xuống dưới nữa là chọc dò màng phổi nếu nó có dịch thì quá đỡ. Giá nào có tràn dịch thì cũng ráng mà chọc.
- Đi vô sâu nữa là sinh thiết phổi, rất là ít làm vì nó rất là xâm lấn.
- Đi ra khỏi phổi là bao tử. Tìm BK trong dạ dày bằng các biện pháp: soi tươi hoặc là Gene Xpert, vv.
- Đi ra khỏi bao tử là nằm trong máu. Có 2 chuyện cấy máu hoặc huyết thanh chẩn đoán trong những trường hợp VKKĐH. Tui hỏi có đến đó là thấy vừa lòng ời :v

- ✓ Điều trị 1 cái VP thất bại vì lí do vi trùng kháng thuốc. Có thể là Gram +, Gram -, có thể không điển hình, có thể yếm khí, có thể nấm, có thể lao. Xong rồi bay qua có thể do cơ địa. Có bao nhiêu cơ địa:
  - Thứ nhất là SGMD,
  - Thứ 2 là cao áp phổi,
  - Thứ 3 là cơ địa TNDDTQ
  - Thứ 4 cơ địa dị tật
  - Thứ 5 dị vật
  - Thứ 6 cơ địa tăng miễn cảm phế quản, tăng đáp ứng phế quản, ví dụ như cơ địa tự miễn.
- ✓ SGMD có 2 nhóm là bẩm sinh và mắc phải. Bẩm sinh có gì? Mắc phải có gì?
- ✓ Cao áp phổi có nguyên phát và thứ phát. TBS có shunt. Thứ phát nguyên phát là ntn? Tự soạn ra
- ✓ Về VKKĐH thì cả đời không cấy ra nó, do đó chỉ có Huyết thanh chẩn đoán với lâm sàng thôi. Như vậy cô sẽ hỏi LS của anh điển hình và không điển hình khác nhau như thế nào? Về soạn.
- ✓ Điều trị VPKĐH khác VP điển hình chỗ nào. Về soạn. VKKĐH xài Macrolide, quinolone, và Part Tetracycline??? :v, Tại sao mik xài những KS đó. VKKĐH nó sẽ kí sinh nội bào trong tb của mik, những nhóm KS đó có khả năng đi vô trong. **Fluoroquinolones, Tetracycline**
- ✓ Macrolide tan trong mỡ tốt nên qua được màng tế bào. Con VK có cái thành tế bào, tiếp đến cái màng, vô trong nữa là nhân tế bào. Nhóm  $\beta$ -lactam, cefotaxim, imipenem, vancomycin tác động nên thành tế bào. Macrolide tác động lên trong cái ruột, VD tổng hợp ribosom 50S, 80S gì gì đó. Vì VKKĐH không có cái thành nên sử dụng macrolide tác động trong tổng hợp tế bào là được những đó không phải lí do chính.
- ✓ Lí do chính là gì? Thành phế nang có lớp dịch lót phế nang, bên dưới là các tế bào phế nang. Streptococ nó cứng lắm, nên chỉ nằm ở trên lớp lót thôi, còn con không điển hình, nó mềm, nó xuyên vô, nó nằm trong những tế bào phế nang. Những tế bào phế nang được bọc bởi lớp photpholipid vì vỏ tb là photpholipid, bản chất của nó là mỡ.
  - ⇒ Như vậy những KS nào tan trong nước, nó chỉ có thể nằm trong cái dịch lót của mô thôi, nó sẽ tác động đến những vi khuẩn cứng, nằm ở ngoài nước. Còn những KS nào tan trong mỡ, thì nó xuyên qua màng tế bào, chui vô trong tế bào phế nang, nó mới diệt khuẩn. Anh VKKĐH ảnh chui vô đó ảnh nằm, nên dù có xài tới carbapenem cũng không tác động được VKKĐH.
- ✓ Tan trong nước nên thải qua thận gây độc thận. Tan trong mỡ thải qua gan nên độc gan. Tuy nhiên quinolone qua gan với thận luôn, nên độc cả 2. Ceftriaxon độc cho thận, gan luôn. Ceftriaxon không xài cho trẻ sơ sinh vì ảnh hưởng đến tổng hợp bilirubin. Dưới 1 tháng là chống chỉ định, dưới 3 tháng là cần thận khi xài ceftriaxon.

- Tất cả các loại KS cô đều hỏi tác dụng phụ. VD Cefotaxim sợ gì em? Nhắm mắt nói với cô là sợ sốc phản vệ là đúng hết á. Vậy nên phải biết xử trí sốc phản vệ. Thứ 2 thái qua thận nên độc thận. Vậy phát hiện sớm độc thận bằng cách nào? TPTNT thấy Đạm niệu tăng. Đừng có nói với cô là nước tiểu ít, đừng nói là Bun, Cre tăng nghe chưa, nó trễ lắm.