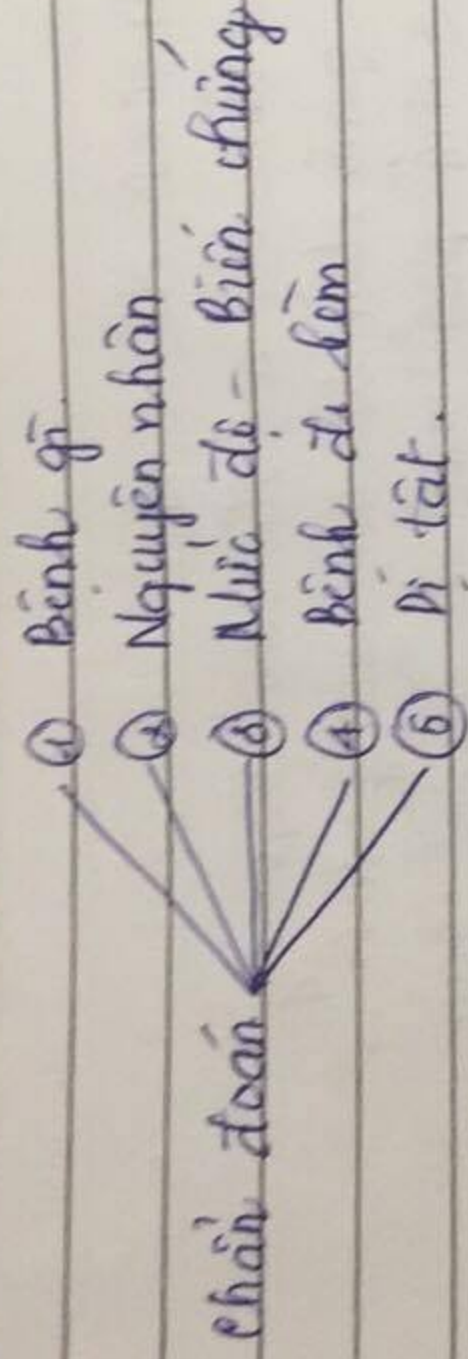


BOSS. TÍN



A. HC Nhiễm trùng hệ hô hấp dưới

① Có hay không? - Thanh - khí - phế quản

phế quản

Chẩn phế quản

phế nang

phế quản + phế nang

Mô tế

② Đau qđ

③ Năng hay nhẹ

④ Điều trị như?

⑤ Có VL / VTPQ hay không?

- Bệnh sử ⑥ Trich nặng hơn ho, khó khê, thờ nhank hơn → gò ý VL

⑦ Sốt: VL có thể sốt hay không sốt, sốt có thể VL hay bệnh?

⑧ Trĩ có sốt cao + quấy khóc → có bệnh ở trẻ → dễ xác định

↘ không có bệnh NTHH dưới: Xq phổi

NTT dưới: TPTNT

↳ mang nạo: 2 cái tiêu

↳ 10 → COTS

Ko đặc trưng hì HC nhiễm trùng do có 4 mức độ.

① Trĩ VL toàn thân SIRS

② N° nặng: HC Trĩ VL TT + ③ NT

③ NT nặng.

④ Shock NT

- Khám

SHH nặng

Trich đặc hiệu < pale n° , rate 1 tuần L., đông đặc 1 tuần L.

→ bsĩ chỉ gò ý, khám 16 tháng thấy bệnh thiếu phải điều trị Xq P.

② bài qđ?

① VTPQ, RSV (Trẻ nhỏ do VPD do đđ thể nặng)

② PQPN: Hemophilus

③ Chú ý: Phế cầu

④ NSH: VK ko đ hình: Mycoplasma, Chlamydia, Rickettsia, Legionella

* VTPQ bội nhiễm: Uế khí + như mđ

* Vđ thủy dưỡn - thđ do hút sữa (GERD) → XN₀ sđ bụng
thđ ko do phđ ^{cầu} (ở Varicella ko hết)

③ Năng lực?

ke' mất Các yk' ảnh hq

Vđ năng lực < lâu dài

+ Δ đc ko đ

(bệnh hìn thđ sẽ tái phát)

+ đ đc ko đ

+ BC nặng hiem

ngủng hìn ngủng thđ

STHH: ngủng thđ

Shock NT: nguy TH

+ đ đc uq đ

+ bình nển

+ li chũng?

+ li tất qđ ≠ ko đ

VTPQ có tiêu chuẩn nặng

④ Điều hi ntn?

Vđ: (1) thđ hệ hđ hấp

(2) KS: 3 rules w KS diệt đc VK đ

(3) KS thâm nhập đc vào mđ NT đ

(4) CS đtđ BN chịu đc KS (đi uq, suy gan, suy thận)

Nghĩ tổ tái nhàn? (tính hướng NT ở đầu: BV công đng)

Đuối

CS đtđ: SGMP, down, bại não

LS: nhọt da, STHH nhàn, GERD, TKMD, TDMD

Xquang qđ y' con qđ thì viêm chđ nào

ko biết tái nhàn → NTA (hút dịch KQ)

(trả ong qua ngđ bđ hẫu, hqng → nấp thanh mđn → kích ho → mở máy hủ

→ hủ vng tđt máy → ~~hủ~~ ^{hủ} mđi súi ong tđt hủ ra

(3) đ YTTĐ (4) đ BC (5) VTL hệ hấp, dinh đđ

8. Điều trị

A. Nội khoa

Phát hiện và xử trí sớm hơn

Không quên cân nặng = propofol (u) 0,5 - 1,5 mg/kg (u) mỗi giờ

Giữ vs tăng năng

Không VNTMT khi làm thủ thuật hay PT (u) KS h' và sau làm)

Điều trị thiếu p. tăng chốt (thiếu p. rất dễ bị TBMN nữa)

Hct, Hgb, RBC bt, cho (u) de

Xử trí sớm hơn

- Cần thể gối ngực (↑ kháng lực ngoại biên)

- O₂ mask có bù dự trữ

- Nhập CC

- An thần: Morphine sulfate 0,1 mg/kg/lần TDD hay TB (có sẵn an thần)

Diuretic 0,2 mg/kg/lần TM

Ketamine 0,25 - 1 mg/kg TM hay TB

- Chống toan NaHCO₃ 1 mEq/kg/lần TM

- Propofol 0,1 - 0,2 mg/kg/lần (max 5mg/lần)

Pha vs n' cất 112 TMC

Nếu ko quá 112 còn lại TM trong 5-10p

- Co mạch Phenylephrine HCl 0,01 mg/kg TMC

0,1 mg/kg TDD hay TB

Metoxamine (Vasoxyl) 0,1 mg/kg TM

HA tăng > 20% HA bré đúng

- Chuyển dịch điện giải

- Giảm nê, PT cấp cứu nếu ko quá

phải thuật toán thì

$< 3-4m$ hay $(N < 2,5 \text{ kg})$ lên với hòm thuyên $h^{\circ} \text{ k'ood}$ $dc_1 = c_1'$

- thiếu sản vòng van and (còn làm kansanular patch the PT viết đi)

Các nhân ME qua nhỏ

• có kính no và kthuat tót. > 3m

• có kinh nguyệt và không tới: > 3m

bắt thq m rãnh, thiề' sớ' van đlip > 1 tuổ' vớ'ng

ED \times từ làm BTS > 6-12 tháng.

PT ← Mổ sống buồng trứng thất (P)

ông ở thất (P) - anh khi có bất thý anh vớh (71 tuổi)

Chỉ vọng sau PT / Risk factor

thiếu sản ứng vận ~~đ~~ và thân đ

77BH chủ phố 7

chạy máu, hàn phẩu: TOP "giã", đã thz.

guy bin tam tho' to the jail

Block h̄m all $\angle 117$

loay nhịp thất hiểm gấp.

Date

No.

No.

Date

Cơ chế dẫn truyền

- Phòng NTMNT suốt đời

- Hệ thống VA huy muối để nên cân

- Phụ thuộc mức 6-12m. Đặc biệt khi còn VSD tồn lưu, tác nhân dễ thoát thất (P)

Loại PMD 1 RLNT

- Hệ vận hành

Hệ vận hành

PT lại khi có TUS, hệ 3 lá năng, RL CN thất L, dẫn thất (P) hiện

- RLNT 1L

Hệ vận hành, chống mất, ngắt gờ y

to ECG Holter, test gờ y, nút để A

Đ = pace maker

Nhịp nhanh thất do P thất, nửa chửa fail

Block AV Nhịp (đợt III), RL CN nút xoang

PDA làm \downarrow độ $\theta \rightarrow$ tăng áp ANP \rightarrow bệnh tim

VNTMINT

Chẩn đoán lâm sàng

8 Điều trị

⊛ Nội khoa

- Dùng bằng thuốc \downarrow huyết áp / trẻ SS đủ thấp

TH suy tim: lòn hiên, digoxin, dẫn mạch

\downarrow huyết áp nếu tăng áp

Không ngừa VNTMINT trong tlg chữa đống.

* Tổng bảg dung cụ

- ĐK: PDA type A B C

ĐK < 10 mm, chứa tải shunt.

tỉ lệ shunt tồn lưu sau 12h: 5-15%

PDA < 4 mm → đóng = cốt < PDA đóng hoàn sau 1 năm 59%

PDA đóng hoàn sau 1 năm 95%

A-10 mm → đóng = Amplatz → thông 100%

KT sau đóng = S&H: 1d 1m 3m 12m

Lưu: K° cần gây mê or Ngăn gây mê ngắn

Hg nằm yên và phục hồi ngắn

K° uo.

Nhược: shunt tồn lưu, chuyển tải PDL, tan huyết, hẹp MIP (T)

tái nghẽn PNC và mạch đùi

* Tổng PDA = phải thuật

⇒ PDA chứa tải shunt; K° đóng đc = dung cụ

P² - cốt 0MM. PDA nhỏ, ngắn, vị trí bất thg.

cốt 0MM

BC - khăn bông do tồn thg TK quét ng.

liệt ở hoành (T)

TPDL đã hấp

tại thông / cốt 0MM

K° cần theo dõi nếu K° BC, K° sống VN TMLNT

* Thuật

< 15 N : Thapsosfen 10mg/kg (u) → 5mg/kg (u) sau 24, 48h.

* Nội khoa

Hạn chế dịch nhập 20 ml/kg (ngày)

+ Furosemide 1mg/kg x 2-3 lần (ngày 1^o)

+ Digoxin ít có hiệu quả, nguy cơ ngộ độc cao

Tráng dạm: - Indomethacin; 3 liều, cách 12h

< 48h 0,2 0,1 0,1 mg/kg

2-7N 0,2 0,2 0,2

7-7N 0,2 0,25 0,25

→ có thể lặp lại 1 đợt 7 ngày nếu pO_2 tăng (sau 1h)

CCĐ: BUN > 25 mg/dl; Cr > 1,8 mg/dl

TC < 20K/mm³, XH

VRuột khí, ↑ bilirubin

Thyroxen 3 liều cách nhau 24h

Liều 10-5-5 mg/kg (1)

Lưu ý: ít gây thiếu niên so vs indomethacin
Số ảnh hưởng tiêu máu não.

No.

Date

Thông tin

① VSD có bề lớn, shunt TP gây lớn thất T or như T or $Q_p/Q_s \geq 2$
siêu âm $PMVC > 4mm$

+ $CN \geq 5kg$: thông tim vữa đóng = đúng cu

+ $CN < 5kg$, kèm thất TBS \neq cần PT tim nhỏ, có thể xem một đóng bằng dụng cụ vs kỹ thuật hybrid trong lúc PT

② VSD phần màng lớn, shunt TP, gây lớn thất T hay như T or $Q_p/Q_s \geq 2$
 $CN \geq 5kg$, siêu âm $PMVC > 2mm$

③ VSD nhỏ + phần màng (siêu âm $PMVC > 2mm$) } lỗ còn trong bị đóng (78t)
cơ bít (siêu âm $PMVC > 4mm$)

OT Higgins là TC VNTMNT

→ Aspirin 5mg/kg/đl 6 tháng

Tai tham, theo dõi LS + SA tim: 1w-1m-3m-6m-12m.

