CBL – VMN – CHỊ PHƯƠNG

Graphical user interface

Description automatically generated

Trong vòng 5-10s phải đánh giá cái nhìn đầu tiên để xem có cấp cứu không, không dài hơn nha.   
Appearance: nhìn vô bn coi có tỉnh, bức rức, li bì  
Breathing: nhìn coi thở ntn: thở nông, thở co lõm  
Circulation: coi môi hồng hay tím  
Nếu 1 trong 3 mà yes 1 cái là cần đưa ra vấn đề cần cấp cứu, hỗ trợ oxy, lập đường truyền, mắc monitor.

Sau đó là mới đến Primary assessment:  
Airway  
Breathing  
Circulation  
Disability  
Exposure: ban da, chấn thương

Sau đó bệnh nhân ổn định rồi, thì mới đến secondary assessment là hỏi bệnh sử, khám lâm sàng. Vì vậy ngay từ đầu là không có đánh giá Glasgow liền; muốn đánh giá Glasgow thì phái đánh giá BN coi bn có ngủ, tỉnh, đánh giá đau này nọ; vì vật cái nhìn đầu tiên ABC là rất quan trọng. Vì vậy BV bs toàn ghi là em bé tỉnh, tỉnh rồi mới nêu trchung cơ năng rồi tim phổi. Chứ nhìn vô mà thấy không ổn rồi (môi tín, thở ngáp cá) thì phải cấp cứu chứ hỏi bệnh làm gì.   
Tiếp theo là ca này ổn, mình hỏi bệnh được, phải hỏi đau đầu có định hướng và coi coi có tin được hay không?

Timeline

Description automatically generated with medium confidence

Cách thể hiện đau đầu ở các lứa tuổi là khác nhau. Những trẻ tiểu học, mẫu giáo thì có thể kêu nó khai dù tuổi này cũng có thể biết nói dối rồi tuy nhiên là coi như là cỡ 4-5 tuổi trở lên là có thể hỏi bệnh rồi; còn trẻ nhỏ tuổi hơn thì có thể biểu hiện quấy khóc cho việc đau đầu.   
Tiếp theo là mình hỏi để định hướng, hỏi 7 tính chất đau đầu, hỏi coi đau đầu tiến triển hay không, có xảy ra khi có hoàn cảnh đặc biệt hay không ( do đồ ăn, tiếng ồn, ánh sáng, mùi; có tiền triệu trước khi đau đầu hay không?)

A picture containing timeline

Description automatically generated

Tiến triển: nghĩa là càng ngày càng nhiều, hay là đau hoài vậy, hay đau rồi giảm

Timeline

Description automatically generated

Đau đầu khởi phát khi có tình huống đặc biệt: như khi có tiếng ồn, khi có ánh sáng mạnh, khi có âm thanh lớn, khi có mùi lạ

Tiền triệu trước cơn đau đầu: ví dụ trong Migrain có buồn nôn, ảo giác trước khi đau đầu

Đau trong tăng áp lực nội sọ là đau làm đánh thức bệnh nhân, buổi sáng đau nhiều hơn trong ngày.  
Triệu chứng đi kèm đau đầu: co giật, sốt, nổi ban da. Ví dụ sốt xuất huyết: 3 ngày đầu sốt rất cao, nổi ban da, vùng dịch tễ SXH.

Triệu chứng tăng giảm: đau đầu giảm khi nhắm mắt, khi ngồi nghỉ.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated with medium confidence

Sxh: đau đầu kèm sốt cao trong 3 ngày đầu kèm ban xh. Tiền sử đau đầu trong gia đình có ý nghĩa trong các đau đầu nguyên phat như migraine.

Em bé nhìn máy tính hoài , học tập stress cũng đau đầu được.

Graphical user interface, application, Teams

Description automatically generated

3 nhóm đau đầu:  
- Nguyên phát  
- Thứ phát   
- do thần kinh sọ khác.

Các chính là bn này có đau đầu thứ phát hay không vì nó sẽ có nguyên nhân gây ra vấn đề này? Nếu khi tìm hết nguyên nhân gây đau đầu thứ phát không có rồi thì mình nghĩ đau đầu nguyên phát và đau đầu do bệnh thần kinh sọ khác. Chủ yếu hôm nay là mình đi tìm đau đầu thứ phát hay không?.

Khai thác sử dụng hóa chất, thuốc liên quan đau đầu

Đau đầu do ntrung: không chỉ ntrung hệ tktw nah, do virus hay tai xoang gì cũng có thể đau đầu nha.

A screenshot of a computer

Description automatically generated

Amphe là ma túy đá. Nhi cỡ mười mấy tuổi là có đứa xài rồi nha 😊

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Text, letter

Description automatically generated

Có thì nghĩ là thứ phát để đi tìm nguyên nhân đi.   
Chị đọc y chang bảng này bằng tiếng việt

Ca này bé này có 3 dấu hiệu được đánh dấu sao đỏ đó

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Nôn ói mà có dịch vàng dịch xanh thì phải khai thác vấn đề nội khoa của nôn ói chẳng hạn

Graphical user interface, text

Description automatically generated

CHỈ CHÍCH THEO TCMR THÔI NHA

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Đặt vấn đề:vấn đề của BN là thứ có sẵn trên bn, không phải nói là em nghĩ bn có gì hết.

Tiếp cận sốt:   
- Có sốt hay không: nhiệt độ đo ở hạu mon là trên 38 độ C; nhiệt độ nách/trán từ 37.5; phải hỏi người nhà coi đo dụng cụ gì đo ở đâu.   
- sôt cấp tính có nguyên nhân hang đầu là do nhiễm trùng (90%); cáp tính là dưới 7 ngày; sốt kéo dài thì khác nha.  
- Tổn thương trung tâm điềui nhiệt thì sốt, sau đó phải tìm nguyên nhân làm tổn thương  
\_ Nhiễm trùng ở đây lá bao gồm vi khuẩn. virus, kst, nấm,…. Tiêu chuẩn vàng phân biệt vẫn là vi sinh.

CÁC LỖ TỰ NHIÊN LÀ HAY NTRUNG NHẤT, ĐÓ LÀ mắt, tai mũi họng, tiết niệu, sinh dục. Từng chỗ thì cứ hỏi triệu chứng tại chỗ thôi. Da là cơ quan có diện tích lớn nhât cơ thể, da phải khám và bộc lộ đủ nha

CÓ BN có nhọt da ở mông, khúc sau là ra vmn do stap aureus luôn.   
- VNTMNT: thường mạn nhưng có thể vô sớm

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Bé này sốt + đau đầu, câu hỏi đặt ra là có viêm màng não hay không?

Graphical user interface

Description automatically generated

Câu trả lời là không chỉ có viêm màng não nha.

Những nguyên nhân gây sốt + đau đầu:   
Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Encephalitis: viêm não

Graphical user interface, application

Description automatically generated

Cờ đỏ trong khám

THA: có thẻ là nguyên nhân đau đầu làm THA hoặc là tha đau đầu  
Chậm phát triển: có thể là do tổn thương tuyến yên, do u chèn ép tuyến yên chẳng hạn  
Tăng vòng đầu/ thóp phồng: đầu nước, ntrung hệ tktw  
Dấu màng não không kèm sốt: xhn , nếu xhn mà tổn thương trung tâm điều nhiệt thì có thể  
Bướu máu ở mặt có thể liên quan đến bướu máu ở bướu gan và não, ban xh ở da có thể liên quan đến xh não   
Lupus có thể có tổn thương tk nữa nên cần tìm sang thương da.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

CƠ địa cũng ảnh hưởng đến bệnh nhân mà , luôn phải để ý BMI. Sdd nặng cũng là 1 dạng của suy giảm miễn dịch.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Luôn coi cơ địa bệnh nhân có béo phì hay không? Xài app PEDZ

Graphical user interface, application

Description automatically generated

A picture containing text, person, indoor, underpants

Description automatically generated

Dấu kernig: kĩ thuật rất quan trọng do ảnh hưởng đến kết quả. Thực hiện khi bệnh nhân nằm ngửa, cái gối và hông đều ở 90 độ hết, nếu không duỗi quá 135 độ và bn kháng lại thì đau

Text

Description automatically generated with medium confidence

Có thể thực hiện dấu cổ gượng kèm Brudzinski luôn.

Diagram

Description automatically generated with low confidence  
CÓ chắc là mấy dấu này dương thì là viêm màng não hay không-> còn nguyên nhân khác nữa, ví dụ : bn có vấn đề cơ vùng cổ thì cổ gượng vẫn dương tính được, kernig có nhưng có thể là có vấn đề cơ xương khớp và dây chằng vùng chân.

Table

Description automatically generated with low confidence

Giá trị tiên đoán dương và độ khả dĩ dương.

Độ khả dĩ thì trên 1 là có ý nghĩa,2-5 là trung bình thấp, 5-10 là trung bình cao, trên 10 là rất cao

Table

Description automatically generated

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Độ khả dĩ dương trung bình của kernig hay Bruzinski là 4.5, là khá cao. Nên khi có thì khả năng viêm màng não rất cao, còn khi không có thì khả năng viêm màng não thấp………?? Để còn phân biệt lâm sàng còn những trường hợp không rõ ràng nữa.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Ca này không phải nhũ nhi nhưng vẫn phải biết. Nhũ nhi phải tìm trchung toàn thân

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Dịch bảng này  
Khi theo dõi nth mà không loại trừ vmn thì phải chọc dò tủy sống, trừ khi có ổ nhiễm trùng khác rất rõ rang rồi thì mới cân nhắc không chọc  
Nếu tiêu chảy vùa thôi mà bn sốt rất cao thì coi chừng có ntrung hệ tktw

Graphical user interface, application

Description automatically generated

Graphical user interface, text, website

Description automatically generated

Text

Description automatically generated with medium confidence

LS không chắc do vi khuản hay virus thì cứ nghĩ là do vi khuẩn trước vì vmn vi khuẩn là cấp cứu nội khoa. NGhĩ vạy đi để xử trí cho nhanh, xài kháng sinh cho nhanh rồi ngưng hay điều chỉnh sau cũng được. Chờ kết quả dnt cuxgn 2-3h. chờ kết quả cấy thì 3-5 ngày, vậy là quá trễ cho bn rồi.

LS có chấm xuất huyết kèm nghi ngờ vmn thì có nth, DIC rồi nên phải làm đông máu toàn bộ và cho kháng sinh sớm trong 1 giờ đầu.

Diagram

Description automatically generated with medium confidence

Trước khi chọc dò thắt lưng thì phải hỏi là có chống chỉ định chọc hay không?  
Nếu ccđ với chọc dò thì phải cho kháng sinh trước rồi đánh giá và tìm cách loại bỏ các ccđ đó ra, nào ổn thì chọc dò

GIờ đi đến có chỉ định CT không trước đã. Vì:

* SGMD thì triệu chứng không có rõ ràng, không thấy dấu thần kinh khu trú rõ luôn, không có TALNS rõ , nhưng NK TKTW diễn tiến rất nhanh luôn, có thể có áp xe trong não rồi. SGMD thì tỉ lệ gặp sang thương khu trú rất nhiều nên cần chụp CT trước mặc dù chưa rơi vô chống chỉ định chọc dò thắt lưng. Sơ sinh mới sinh ra thì mình không xác định được nó có SGMD hay không đâu, vì muốn cđ SGMD thì phải có biểu hiện lâm sàng kéo dài, xét nghiêm kháng thể, và xét nghiệm gen. còn trẻ lớn thì nó đã được chẩn đoán SGMD rồi thì nó khác.
* Dấu TK khu trú là bắt buộc chụp CT
* Dấu tăng áp lực nội sọ là bắt buộc chụp CT trước chọc dò
* Co giật
* BN thay đổi tri giác thì không khám được dấu tk khu trú nữa , ví dụ hôn mê thì không khám được kích thích đau, hôn mê mà tổn thươn vùng cảm giác đi thì mình cũng không khám được kích thích đau nên không đúng. Vì vậy, chỉ định chụp CT trước chọc dò thắt lưng là như vậy.

Siêu âm xuyên thóp thì có thì có giá trị chẩn đoán, còn nó bình thường thì không giúp loại trừ được do nó không nhạy bằng chụp CT.

Nếu không có chống chỉ định của chọc dò thắt lưng thì mình chọc dò xong rồi mới cho kháng sinh. Sau khi chọc xong thì mình thấy máu sắc luôn mà, nhưng màu sắc trong cũng không loại trừ được vi trùng, nên chị hay sử mấy bạn chẩn đoán viêm màng não mủ thành viêm màng não do vi khuẩn, vì ngày xưa đó, viêm màng não chẩn đoán rất trễ, khi chọc dịch ra thì thấy toàn mủ luôn nên có câu kinh điển là viêm màng não mủ. Hiện tại, chẩn đoán sớm , dịch não tủy vẫn tỏng, có khi mờ, thì tế bào vẫn có thể rất cao. TB 1000 dnt có thể mờ, hoặc trong luôn, nên cần dựa vào tb và sinh hóa nữa. Còn việc chò kết quả dịch não tủy về thì cũng 2-3 tiếng mới có, nên mình cần cho kháng sinh ngay trong vòng 1h đầu tiên khi có khả năng. Nên tỏng trường hợp không lấy được dnt, hoặc có ccđ chọc dò, thì mình lấy máu cấy máu xong rồi cho kháng sinh liền. Khi kết quả dịch não tủy về thì xem diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân, nếu viêm màng não do siêu vi thôi thì ngưng kháng sinh, nếu viêm màng não do vi khuẩn thì tùy chỉnh kháng sinh theo lâm sàng, theo kết qủa dnt và vi sinh về.

Viêm màng não mà chưa loại được vi khuẩn thì phải cho kháng sinh. Nếu BS rất nhiều kinh nghiệm, nhìn vô là nghĩ virus thì có thể không cho kháng sinh, nhưng trong lúc đó phải theo dõi sát bệnh nhân, nhưng Y6 thì làm vậy rất nguy hiểm cho bệnh nhân, nên không nên làm như vậy. Guideline cũng khuyến cáo như vậy. nên cho 1 liều kháng sinh luôn thì cũng không ảnh hưởng gì bệnh nhân cả.

CCĐ chọc dò thắt lưng:

* Tại sao tổn thương cột sống cổ lại là ccđ tuyệt đối của chọc dò thắt lưng. VÌ khi chọc dò thì bn cần cong lưng lại để giãn 2 đốt sống ra để đâm kim vô được, nên chỉ cần tổn thương cột sống cố hay bất kì cột sống ở đoạn nào cũng ảnh hưởng hết. Nếu có tổn thương cột sống mà cong lưng lại thì làm tổn thương nặng lên, làm chèn ép vô tủy sống, có thể ảnh hưởng tủy và gây liệt cho bệnh nhân.
* Dấu thần kinh khu trú: ví dụ như co giật khu trú là dấu tk khu trú rồi. 1-2 tuổi thấy khóc mà méo miệng 1 bên thôi, hoặc tay nghoe nguẩy nhưng chỉ 1 bên thôi chẳng hạn, kích thích đau mà rút tay bên này nhưng không rút tay bên kia. Sơ sinh là vẫn có thể khám được rồi. Nhiều khi nhìn vô thấy nó nhẽo… là biết nó liệt dây thần kinh thị rồi?????. Lúc nó khóc mà miệng méo 1 bên, mà 2 mắt đều mở thì còn phân biệt được liệt mặt trung ương hay ngoại biên nữa mà.

Diagram

Description automatically generated with low confidence

VMN có thể viêm đến tủy sống vùng thất lưng luôn nha.

Diagram

Description automatically generated

Graphical user interface, application

Description automatically generated

Đại thể: xem địch đục-mờ-trong vàng hay hồng

Máu đại thể không đông thì đừng nghĩ chạm mạch, mà coi chừng có xh não đó. Chọc ra 2-3 lần đều ra máu như vậy, tri giác tệ hơn nhưng thực là là XHN nha, CT ra XH não luôn.

TB: coi số lượng, thành phần, Neutro hay Lympho

Sinh hóa:

Table

Description automatically generated

Glucose dnt dưới 40 thì có nhiêu khả năng là vk, vì bình thường đường huyết máu khoảng 7-100,. Dưới 20 thì tiên lượng bn khá là xấu (đường huyết dnt thường từ ½ trở lên là 40 trở lên, nên đường huyết dnt thấp là vi khuẩn rất nhiều, vk nhiều nên sử dụng glucose nhiều nên glucose giảm). Glucose càng thấp thì tiên lượng càng xấu

Protein trong VMN do VK thì tăng do tb viêm tới, cơ thể phải huy động Cytokin, ĐTB tới, tạo bãi chiến trường bản chất là Protein hết nên protein tăng. Tăng bạch cầu do bc tới thôi.

Nếu bệnh nhân có sử dụng kháng sinh trước đó thì kết quả dnt ntn? ( lỡ dùng trước đó vài cử haowcj vài ngày thôi, chứ không phải xài dài ngày nha)

Kháng sinh uống hay tĩnh mạch thì cả 2 đều ảnh hưởng vi sinh (cấy, nhuộm Gram đó). VMN do não mô cầu thì sau 1h xài ksinh tĩnh mạch thì đã sạch khuẩn trong dnt rồi, VMN do phế cầu thì trong vòng 4h đã sạch khuẩn rồi.

Tế bào có thể ảnh hưởng, nhưng ít ảnh hưởng nhất.

Đạm bớt tăng có thể bớt tăng so với giá trị thật thôi, chứ nó vẫn tăng, đường bớt giảm nhưng so với giá trị thực thôi chứ cũng không về bình thường

Nên dù dùng kháng sinh trước đó thì kết quả sinh hóa cũng không che mờ chẩn đoán viêm màng não do vi khuẩn của mình. Kết quả sinh hóa sẽ định hướng cho mình chẩn đoán viêm màng não do VK. Nó ảnh hưởng kết quả vi sinh.

Khi dùng KS 2-3 ngày rồi thì tế bào chuyển qua ưu thế Lympho.

Bé vô triệu chứng viêm màng não luôn, chưa cải thiện gì hết, đã được điều trị kháng sinh vài cữ trước đó, kết quả dnt về bình thường luôn mà mình nói là bé này VMN do vi khuẩn đã được điều trị KS trước đó nên dnt có sinh hóa về bình thường như vậy là KHÔNG PHẢI nha. Vậy là mình phải xem dấu viêm màng não có phải do nguyên nhân khác hay không.

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generatedNếu chưa dùng ksinh thì lactate dnt có độ nhạy và đặc hiệu cao ( trên 3,5 hoặc 4 thì khả năng vmn do vkhuan là rất cao) trong việc phân biệt vmn do ntrung thường và không do ntrung tác nhân thường( aseptic, lưu ý lao cũng thuộc aseptic luôn nha).

Tế bào đơn độc trên 1000 thì khả năng vi khuẩn là rất cao. ( nhưng dưới 1000 thì không có giá trị loại trừ nha)

Trong lao: Đạm tăng rất cao, đượng giảm rất thấp, tế bào tăng không thương ứng, nên thường có câu phân ly đạm-tế bào ( gặp trong guillan barre nữa). Nhưng không có nghĩa là đạm tăng mà tb gimar dâu nha, đạm tăng , tb cũng tăng nhưng tăng ít. Trong vi khuẩn thường thì đạm và tế bào thường tăng tương ứng (nghĩa là đạm tăng cao và tế bào cũng tăng cao tương ứng luôn). Ví dụ Lao chọc ra tb vài chục hay 100 trở lại chẳng hạn, mà đạm nhiều tới 1,5-2g/L, thậm chí 3-4g/L luôn. Ví dụ ca nào đạm tăng rất cao ví dụ 4g/L, đường giảm rất thấp còn 0,5-1mmol/L thôi mà điều trị hoài không đáp ứng phải coi có lao không cho đến khi có bằng chứng ngược lại.

Ví dụ tb 200, đạm 0,8g/L, Glucose 30 (=1/2 máu chẳng hạn), lactate 5 thì kkhả năng VMN do VK là rất cao.

A picture containing graphical user interface

Description automatically generated

Một đứa vô mà thấy đừ, xét nghiệm ra CRP cao, bạch cầu tăng cao gợi ý tác nhân vi trùng.

VMN vô bắt buộc cấy máu vì VMN chưa điều trị kháng sinh thì kết quả cấy máu ra dương 80-90% lận. Cấy dnt không ra thì còn kết quả cấy máu để định hướng kháng sinh sau này.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Bạch cầu >10 BC/uL nên nghĩ có VMN. Viêm màng não do tác nhân gì thì: có bạch cầu ưu thế Neutro, đạm >1g/L, đường < ½ so với đường huyết, lactate>3.5mmol/L nên nghĩ VMN do vi khuẩn.

Luôn đọc kèm theo đơn vị nha

Graphical user interface, text

Description automatically generated

Bạch cầu tăng, CRP cao phù hợp nhiễm trùng.

Na giảm nhẹ: tiếp cận theo kiểu giảm natri ưu trương hay nhược trương hay đẳng trương. Giảm natri này có thể do nôn ói, bé có NT TK trung ương nên hạ natri có thể do SIADH (không mất muối nhưng dịch không thải ra ngoài nên Natri bị pha loãng), bệnh não mất muối.

Natri giảm nhẹ này thường không gây triệu chứng lâm sàng, nếu gây triệu chứng lâm sàng thường Natri giảm nhiều <125 hoặc 120mmol/L

Table

Description automatically generated

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Với trường hợp Đạm tăng, đường giảm, tăng BC thì 90% khả năng VMN do VK là hơn 90% , dù chưa có kết quả vi sinh.

Graphical user interface, application

Description automatically generated

Biến chứng liên quan đén SIADH cứ để đó.

Graphical user interface, application

Description automatically generated

Quan tâm những vấn đề gì: (1h33:45s)  
Graphical user interface, application

Description automatically generated

Phế cầu, não mô cầu phải hỏi thêm do không có trong tcmr. Tùy thoe tình trạng suy gan suy thận rồi điều trị.

A picture containing table

Description automatically generated

A picture containing table

Description automatically generated

Đánh ks phủ được não mô cầu và phế cầu khi chưa có kháng sinh đồ. Vancoumycin+ ceftriaxone/cefotaxime

A picture containing table

Description automatically generated

A picture containing text

Description automatically generated

Nếu tên biệt dược là vanco thì cứ giữ nguyên, còn nếu tên biệt dược là valacin thì nhớ mở hoặc ra mà ghi thêm

BN này 18 kg: liều vanco là 60mg/kg chia cho 4-> 1 lần cho là 0,27g. Vanco thì là 5mg/1ml( kháng sinh khác thì có thể tỉ lệ khác nha) , lấy 270mg chia cho 5 thì ra được 55ml . Truyền trong 1 giờ

Shape, circle

Description automatically generated

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Theo dõi các triệu chứng sốt., xu hướng phải giảm dần  
CO giật: giảm hay là hết  
Đối với viện hàn lâm nhi khoa hoa kỳ: không nhát thiết chọc dò dnt sau 48h  
Tuy nhiên đối với thực hành lâm sàng: luôn phải chọc dò kiểm tra lại sau 24-48h vì ở mình thì nguồn nhân lực không đủ để theo dõi sát,

Nếu có biến chứng sau khi cho ks thì phải đổi kháng sinh.

Graphical user interface, text

Description automatically generated

Graphical user interface

Description automatically generated with medium confidence

Làm theo hướng dẫn này nha.

Graphical user interface, text, table

Description automatically generated

Nếu kết quả khang sinh đồ về mà nhạy penicillin thì ngưng vancou và bắt đầu xài peni hoặc là tieps tục ceftri và ngưng vanco thôi ( coi bảng).

Lưu ý là nhạy trung gian hoặc kháng cef thì vẫn tiếp tục cef nha

* Ca này là tiếp tục vanco và ceftriaxone luôn.

Text

Description automatically generated

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Gram âm: quan trọng việc cấy ra âm, sau khi cấy ra âm thì phải tiếp tục ít nhât 2 tuần dù có thể đã qua 3 tuần rồi.

Phải lưu ý là không biến chứng nha. Chứ cho biến chứng như tụ mủ thì khac nữa, sdh học sau

Graphical user interface

Description automatically generated

Trường hợp có cải thiện lâm sàng nha.

Graphical user interface, timeline

Description automatically generated with medium confidence

Graphical user interface

Description automatically generated

Diagram

Description automatically generated

Vai trò của dexa: kháng viêm để giảm tính thấm màng não, giảm phù não, giảm tăng ALNS.

Timeline

Description automatically generated

Nhi không phải người lớn thu nhỏ, nên lưu ý các ý trong bảng vàng này. Riêng bn này của mình thì có tiêm chủng theo tcmr rồi-> vai trò của dexa ít  
Nếu dexa không có tdung phụ thì còn ráng cho để vớt vát, đằng này nó không có rõ nên không cho.  
Cho dexa có thể làm giảm sốt nên khi bé sốt lại thì mình không biết nó sốt lại do nguyên nhân gì ( do biến chứng hay do ngưng dexa), rồi tdung phụ của corticoid nữa.

Graphical user interface, text, timeline

Description automatically generated

Mất thính lực phải tầm soát sau xuất viện, mỗi 2-4 tuần gì đó vì vde này gặp rât là nhiều.

Table

Description automatically generated

Diagram

Description automatically generated

PHải phòng ngừa ngay từ đầu  
Có 2 cách:  
- Tiếp xúc với người bệnh sợ quá thì làm gì đẻ không bệnh  
- Phải có kháng thể ngay từ đầu

Graphical user interface, text

Description automatically generated

Phòng ngừa thụ động

Text, table

Description automatically generated

Dự phòng sau tieps xúc chỉ khuyến cáo với hib và não mô cầu thôi.

Text

Description automatically generated with low confidence

Phòng ngừa chủ độgn vẫn là tốt nhất-> nên chích vaccine.

Rât cần chích nha. Lỡ các bạn không bệnh mà các bạn đem vi khuẩn về cho người thân thì nguy hiểm lắm.

Timeline

Description automatically generated

Phải xài ksinh sớm nhất có thể

Kinh nghiệm ở đây là theo thống kê, nghiên cứu nha

Câu hỏi:  
- Nếu bé có chích ngừa não mô cầu (B,C và A,U,W) và phế cầu ( rất nhiều type nên có thể rơi vô phế cầu không có vaccine) rồi thì khasgn sinh có thay đổi gì không ?   
- Nêu bé vô mà có sốt hay thóp phồng ( trẻ dưới 18 tháng mới có thóp) thì cho đi siêu âm hay là CT? nếu có thóp thôi mà không có dấu tkinh khac thì cứ siêu âm thóp, chọc dò thwast lưng chứ không cần chụp CT liền. VÌ trẻ còn thóp thì có thể là nơi giả tự nhiên nên vẫn có thể chọc dò TL được  
- Trẻ nhũ nhi nếu không được chích vitamin K1 sau sinh thì cuxgn không loại trừ xh não. Trẻ nhũ nhi xh não thì có thể da xanh, thiếu máu, thóp phồng, thì lúc đó đi chụp CT. Còn nếu trẻ chỉ có thóp phồng và mình chỉ nghi vmn thôi thì lúc đó chọc được không cần chụp CT.

* Lâm sàng chưa cải thiện mà vi sinh chưa có: có 2 hướng  
  - Là có thể do nó kháng vancou-. Tăng bậc vancou  
  - DO tác nhân khác: có thể xài carbapenem ( chọn mero chứ không chọn imi vì nó làm giảm co giật nên làm ls khó đánh giá hơn) kèm vanco để phủ hết các tác nhân
* Nôn ói mà giống nôn vọt thì sao-> quan trọng là khám coi nó có tỉnh, dấu tkinh khu trú hay không để coi có cần chụp CT trước chọc dò hay không.

* Nếu kết quả vi sinh về kháng mà lâm sàng cải thiện thì cứ xài; nhưng mà cái giả định này không thực tế, phải hy hữu lắm luôn. Hiếm khi nào mà kháng trên xn mà không khám trên lâm sàng lắm. LÂM SÀNG LÀ QUAN TRỌNG NHẤT.
* Vancou mà ngưng được thì ngưng để giảm sự kháng của nó sau này