

## Note case thi cuối trại – chị Thảo

**Bệnh sử:** nam, 10 tháng, vào viện vì khó thở

- N1-2: trẻ sốt nhẹ, ho, sổ mũi, bú bình thường
- N3: còn sốt, ho nhiều đàm, bú giảm
- N4: khó thở  $\Rightarrow$  khám

**Tiền căn:**

- Sinh non 35 tuần, CNLS = 2400g, sau sinh nằm viện 1 tuần không thở oxy.
- Gđ không ai hen. Ba hút thuốc lá. Anh trai bị viêm mũi họng.

**Kết quả khám:**

- Bé tỉnh, CN=9kg, CC=74cm.
- M: 136l/phút, t: 37,7°C, NT: 58l/phút
- Thở co lõm ngực nặng, môi hồng vừa, SpO<sub>2</sub> = 92%
- Phổi ran ngáy, ran ẩm hai phế trường

**Đặt vấn đề:**

- Khò khè lần đầu
- Hội chứng nhiễm siêu vi hô hấp trên
- Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới
- Suy hô hấp độ 2
- Tiền căn sinh non

**Chẩn đoán:**

- Viêm tiểu phế quản nặng
- Viêm phổi nặng
- Không nghĩ hen do: khò khè lần đầu, ngoài khò khè không có yếu tố nào khác.

**Đề nghị CLS:** Xquang ngực, CTM. Lý do:

- Xquang ngực: tìm nguyên nhân dẫn đến biểu hiện nặng để có xử trí thích hợp (xẹp phổi, đông đặc, ứ khí dẫn đến tràn khí...), tìm sang thương gợi ý tác nhân gây bệnh...
- CTM: lympho ưu thế - siêu vi, neutron ưu thế - vi trùng, eos ưu thế do *C.trachomatis* không phù hợp do bệnh nhi không có các yếu tố nguy cơ của viêm phổi do *C.trachomatis*.

**Xquang ngực:**

1. Hành chính: không có thông tin

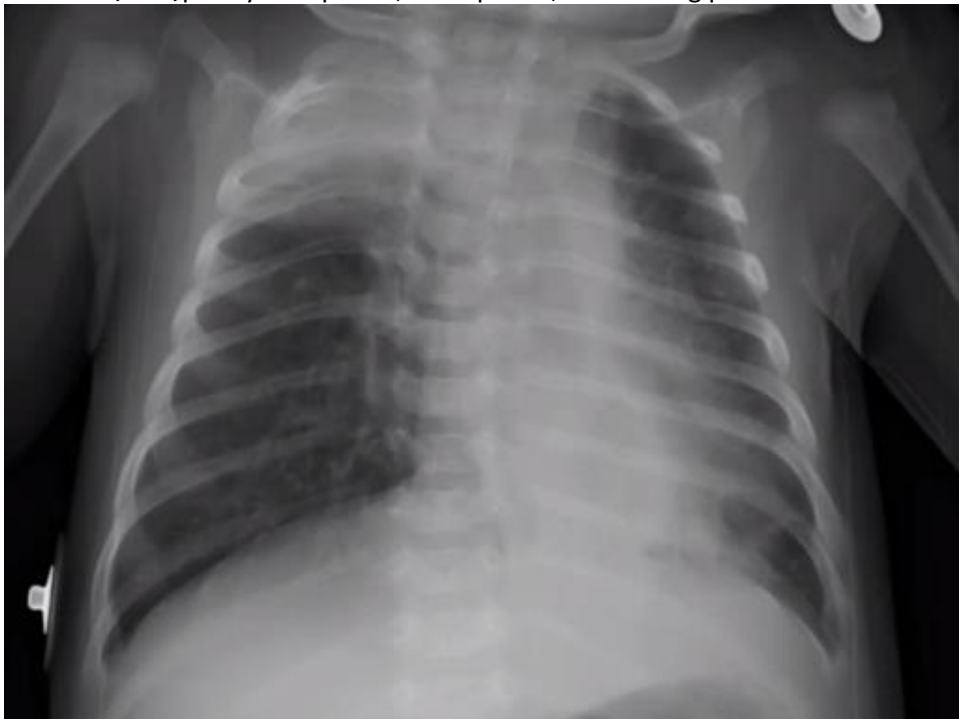
2. RIPE

- R: phim xoay
- I: bé hít đủ sâu
- P: phim nằm (do bé 10 tháng)
- E: Cường độ tia tốt, thấy rõ khoảng gian sống

3. ABCDEFGH:

- A: bình thường
- B: bình thường
- C: nằm nên bóng tim to, mờ k đánh giá được chỉ số tim/lồng ngực
- D: vòm hoành hạ thấp, dấu vòm hoành đôi bên P  $\Rightarrow$  ứ khí phổi P (kèm theo do bé nhỏ tuổi thường không hợp tác nên khi đánh giá phim hít đủ sâu nên nghĩ do ứ khí chèn vòm hoành chứ không phải do bé tự hít)
- E: bờ tim T mờ
- F: ứ khí phổi P

4. Kết luận: xếp thùy trên phổi P, ứ khí phổi P, tổn thương phổi T



## Điều trị

### 1. Thở CPAP (do bệnh nhân xẹp phổi)

Nếu phổi xẹp k suy hô hấp  $\Rightarrow$  phần phổi xẹp k đáng kể, hỗ trợ bằng vltl

Nếu phổi xẹp có suy hô hấp nặng  $\Rightarrow$  CPAP càng sớm để tạo áp lực dương hỗ trợ mở phổi

### 2. Dùng kháng sinh

Dùng ampicillin, penicillin ở trẻ chủng ngừa đủ (là được chủng ngừa đủ những tác nhân gây viêm phổi thường gặp ở lứa tuổi này – phế cầu, H.I. – mà TCMR chỉ có HI không có phế cầu) và ở vùng dịch tễ kháng thuốc thấp (VN là vùng dịch tễ kháng thuốc cao)

Cefotaxim 450mg x 4 tiêm TM

### 3. Truyền dịch

Bé này không mất nước, không cần truyền dịch

### 4. Hạ sốt

Chỉ uống khi có sốt, khoảng cách tối thiểu 4h

10-15mg/kg – tối đa 75mg/kg/24h

### 5. Giảm ho

Trẻ em  $\Rightarrow$  thuốc giảm ho thảo dược

### 6. VTPQ nặng $\Rightarrow$ có chỉ định phun khí dung

2.5 ml Ventolin 2.5mg/2.5ml + 1.5ml NaCl 0.9%

Phun tối đa 3 lần/1h đánh giá lại, nếu không đáp ứng thì ngưng không phun nữa, đáp ứng thì phun lại mỗi 4-6h