

KINH NGHIỆM LÂM SÀNG HÔ HẤP

Nhi đồng 2

1. Học gì?

- Các bệnh mục tiêu (mức độ ưu tiên từ cao xuống thấp):

- Viêm phổi (VP)
- Suy hô hấp (SHH)
- Viêm tiểu phế quản (VTPQ)
- X-Quang phổi
- Hen phế quản

Lưu ý: bài suy hô hấp cần phải học trước khi đi trại, phần này là then chốt của trại hô hấp. Mình sẽ trình bày ngắn gọn học cái gì về suy hô hấp ở các mục bên dưới

- Các kỹ năng cần phải đạt được:

- Thăm khám (theo sườn bài bên dưới)
- Hỏi bệnh sử và tiền căn (quan trọng trong bệnh án)
- Một số kỹ năng phụ: khám da quy đầu, các dấu hiệu nhận định trẻ bị bệnh Down, các âm thổi ở tim, tính tuổi, tính cân nặng, loại sữa cần bổ sung cho bé này, (phòng 3 cô Hồng hỏi các điều này, sẽ trình bày ở mục đi trại với cô Hồng?)
- Kỹ năng đọc X-Quang (theo sườn bài của anh Tín, và file PDF bên dưới tài liệu này)
- Kỹ năng đọc Công thức máu (không thấy dạy, mà có thi cuối đợt thực tập, k biết có học ở trại nào k nữa :D.)
- Kỹ năng phun khí dung (nằm trong tờ mục tiêu cuối trại – Sẽ trình bày ở cách đi trực)
- IMCI (Integrated management of childhood illness): IMCI hô hấp

- Lưu ý: tất cả các bệnh mục tiêu và kỹ năng trên mình sẽ đều trình bày những ý chính cần phải nắm để đi và thi lâm sàng, tất cả đều là quan trọng, bỏ 1 kỹ năng cũng không được, vì thi cuối đợt thực tập anh Tín sẽ hỏi tất cả những thứ trên

2. Các lưu ý khi đi và học trại hô hấp:

a. Sáng vào làm gì?

- Máy giờ vào: trước 7:00 A.M, có thể bỏ cặp sách ở giảng đường lớn luôn, không cần bỏ cặp sách ở phòng để đồ đâu, đây là ưu tiên trại hô hấp nhé, thường hàng ngày 9h45 chúng ta sẽ học anh Tín (or chị Hà Giang) ở giảng đường này. Cả đợt chỉ có 1 bữa là không có học và được về sớm thôi.
- Trại Hô Hấp 1 ở đâu:
 - Từ ngoài vào: đi đường Nguyễn Du, vào cổng số 4, ngay ở phía bên tay trái cổng số 4 ở đường Nguyễn Du (cổng nhân viên, ra vào cổng này phải có đeo bảng tên và xuống xe dẫn bộ). Trại này có tên “HÔ HẤP 1”, các bạn đi sẽ thấy mấy bảng xanh chỉ qua khoa HÔ HẤP 1. Nếu nói BV NĐ 2 là 1 hình vuông thì khoa HÔ HẤP 1 nằm phía bên góc trên bên phải hình vuông đó.
 - Từ bộ môn đi ra: Vừa ra khỏi cửa bộ môn, nếu đi thẳng sẽ ra cổng Lý Tự Trọng, nhưng ta sẽ không đi thẳng, mà quẹo ngay qua bên tay phải, leo lên mấy bậc cầu thang, tới chỗ phơi đồ của thân nhân bệnh nhi, bạn mon men theo con đường mòn, đi thẳng ra bên ngoài cổng số 4 vừa đề cập ở trên (trên đường đi có căn tin bên tay phải, đi xúu thấy sân bóng bên tay trái, đi xúu có nhà giữ xe nhân viên cả 2 bên, đi lên xúu sẽ thấy khoa hô hấp bên tay phải).
- Theo lịch phân công phòng/giường ngày đầu, thì khi lên khoa, bạn nào vào phòng của bạn đó và lấy bệnh án làm, đợt của mình được phân công như sau:
 - Phòng 3 – cô Hồng – thường phòng này có 4 bệnh, và được phân công khoảng 8 người / phòng -> mỗi bệnh sẽ có 2 bạn phụ trách.

Link tải toàn bộ tài liệu: [Google Drive](#)

- Phòng 4 – anh Tín (người ta bảo anh Tín khó) – phòng này có nhiều bệnh, mỗi bạn sẽ phải theo dõi 1 bệnh
- Phòng 9 – chị Hà Giang (người ta bảo xinh nhất trại lun và hơi khó tính) – phòng này cũng như phòng anh Tín
- Đó là 3 phòng của 3 giảng viên phụ trách chúng ta, ngoài ra còn 3 phòng không có giảng viên nữa, các phòng này do các bác sĩ trẻ khác phụ trách. Thông thường chúng ta sẽ đi 3 ngày ở phòng không giảng viên, rồi 3 ngày sau sẽ đổi lại với 3 nhóm đi phòng có giảng viên.
- Vậy chỉ ra đi 7 ngày trại hô hấp, thì có 6 ngày đi phòng (5 ngày 9h30 phải học đến 11h đôi khi 12h mới xong bài) và ngày cuối là ngày thi.
- Phòng có giảng viên và không có giảng viên thế nào?
 - **Có giảng viên:** thì phải đến trước 7h00, ai đến sớm nhất thì vào thẳng chỗ để bệnh án của khoa, lấy bộ bệnh án của toàn phòng ra bàn sắt ở trước phòng mình để, tránh trường hợp mỗi người vào lấy lẻ tẻ gây rối đội hình đối phương và dễ lẫn lộn hồ sơ, tội các chị điều dưỡng đi kiểm (đã xảy ra rồi).
Khi có bệnh án trên tay, nếu khám lần đầu thì đọc sơ qua để nắm bệnh, sau đó nếu muốn học nhiều hơn thì vào hỏi bệnh sử và làm bệnh án bệnh nhân mình phụ trách luôn. Còn không thì mục tiêu của chúng ta đi từ 7h đến 9h sáng là **khám bệnh nhân** và ghi vào bệnh án. Xong nhiệm vụ là có thể nghỉ.
 - **Phòng 4 (anh Tín):** phải viết bệnh án theo mẫu anh đã hướng dẫn (sẽ trình bày bên dưới), viết sai ý hay sai trình tự là bị gọi lại hỏi han, trả lời không được là được ăn mắng, đôi khi đuổi về (nhưng nếu lì lợm thì ở lại lát xuống khoa học bài tiếp hehe, anh chỉ nói thế thôi chứ anh hiền lắm, toàn muốn tốt cho tụi mình thôi, vì phương châm anh Tín là *“không la là tụi em sẽ không nhớ”* vì thế anh Tín hay la để nhớ suốt đời được cái nào hay cái đó. Anh Tín sẽ hay nói điều này lúc dạy.)
Lưu ý ở phòng anh Tín: thường 7h30-8h anh sẽ đến khám bệnh, buộc các bạn phải làm cho xong, và khi anh đến, không cần phải nghe anh bảo gom hết bệnh án phòng 4 lại cho anh gì cả, mà tự động, tất cả các bạn đi phòng 4 phải gom lại và để lại cái bàn sắt ở bên dưới cầu thang (cái cầu thang để lên lầu 2 đó) cho anh khám – nếu không làm thế sẽ bị mắng và đuổi tất cả ở phòng 4 về nhà và từ đó về sau sẽ không được đi hô hấp và khám bệnh của anh nữa (lý do tại sao sẽ được anh nói khi sinh hoạt).
Sau đó anh sẽ đích thân đi mời bệnh nhân ra khám bệnh. Anh Tín khám rất kỹ, thường 15-20 phút/ bé lụng, cho nên các bạn có thể đứng chơi hay làm gì cũng được, anh cũng không muốn bu quanh anh đông quá, làm mấy bé sợ sợ, khóc thì khó khám. Nếu bạn nào phụ trách bé đang khám thì nên đứng lại gần để xem anh khám, rồi có hỏi gì hỏi luôn, anh sẽ trả lời cho, chứ anh chỉ khám thôi chứ không có dạy, vì thế bu bu lại cũng không học được gì đâu.
Anh Tín sẽ gọi bạn lại khi nào? Khi bạn viết sai phần khám trong bệnh án, hoặc khám mà khám sai dấu hiệu so với anh, anh gọi lại hỏi, có thể kêu khám lại, or la để mình rút kinh nghiệm
Phòng anh Tín không sao thuốc cho anh nhen, chỉ ghi phần khám của bạn thôi. Vì anh Tín chỉ đọc phần khám của bạn xem có nắm bài không thôi, rồi anh tự khám lại và ghi cái khám của anh lại ở một phần giấy mới.
 - **Phòng 3 (cô Hồng):** cô Hồng chỉ dạy rất tận tình, lần đầu gặp cô các bạn sẽ cảm thấy cô khó, nhưng cô rất thương sinh viên và chú ý đến y4 rất nhiều. Hàng ngày cô Hồng phải dạy cho anh chị CK.I và Y4. Cô thường đến lúc 8h00 (mình đi mình thấy thế nhen), có bữa cô không đến vì công

Link tải toàn bộ tài liệu: [Google Drive](#)

tác ở trường, nên sẽ có chị bác sĩ nội trú đến khám phòng 3 giúp cô, nếu được mấy buổi này các bạn nên buồn thay vì vui mừng, vì cô Hồng dạy rất nhiều lúc khám. Cô Hồng không dạy mình trên giảng đường về các bài trong khoa Hô Hấp mà cô dạy toàn bộ SV Y4 thực tập **NG2 bài Bệnh án** lúc đầu thôi.

Phòng 3 hoạt động thế này: thấy bóng dáng cô đến thì gom bệnh án lại để ở cái bàn cô chỉ để, sau đó các bạn vào gọi mẹ đưa các bé ra khám bệnh. Từng mẹ bế em sẽ ra ngồi trước cô để khám.

Cô sẽ hỏi câu hỏi quen thuộc, “em sinh viên Y4 nào phụ trách bé này?” (nếu không ai đã khám cô sẽ xử lý cả nhóm, nếu lúc đó không có mặt sẽ bị đánh vắng không phép, vì cô không để bệnh nhân chờ bạn đâu). Em Y4 trình diện xong là phải làm và trả lời các việc sau:

- “Em đếm nhịp thở của bé cho tui?” – Cầm đồng hồ trên tay, vén áo bộc lộ ngực, **bé phải nằm yên mới được đếm** nếu bé không nằm yên nói cô: “bé không nằm yên, đếm luôn nhe cô?” (vì quy tắc đếm nhịp thở bé phải nằm yên mới chính xác)
Đếm xong cô hỏi “Bé này thở nhanh không?” – Tiêu chuẩn của thở nhanh bạn xem phần IMCI của mình bên dưới nhen.
- “Bé này bao nhiêu tháng tuổi rồi?” – Phải nắm sát tình hình của bé, sinh ngày mấy, tới ngày hiện tại là bao nhiêu tuổi rồi, phải tính chính xác cho cô nhé. VD bé sinh ngày 14/03/2015, cô sẽ tính thế này: đến ngày 14/05 này là 2 tháng tuổi, nay là 12/05, trừ ra sẽ là 1 tháng 28 ngày tuổi.
- “Thóp bé này thế nào?” – Khám thóp của bé bằng cách vuốt từ thóp sau ra thóp trước, nếu thóp trước nhô lên thì mình bảo cô là thóp nhô, nếu không có thì bảo là thóp phẳng. Nếu khám thấy thóp nhô thì phải lấy thước dây đo kích thước 3 chiều của nó và nói với cô.
- “Em đọc phim X-Quang này cho tui” – Phần đọc X-Quang mình sẽ nói cách đọc, nhưng lưu ý khi cô hỏi lúc này phải trả lời các bất thường có trên phim cho cô, chứ không có đọc chi tiết cái này bình thường cái kia b/th nhé. Sau khi đọc xong phải nói chẩn đoán trên phim X-Quang của mình luôn. Cô biết các bạn chưa học X-Quang anh Tín, thì các bạn cũng phải đọc cho được nhé, không được cũng không sao, cô sẽ chỉ, nhưng cố gắng mô tả bất thường cho cô: “em thấy có đám mờ ở ...”, nói sai thì cô mới chỉ tiếp, nói đúng thì nói hoài luôn :))
- “Em khám da quy đầu và xem tinh hoàn xuống chưa cho tui?” – --
-- Khám da quy đầu thì mở tả của em bé ra, có thể rửa tay trước khám, **không đeo găng tay nhé**, rồi dùng ngón trỏ bàn tay trái đè và cố định phần da ku phía trên của bé, tay phải nặn da quy đầu bé ra, nếu nặn ra được thì kết luận “**Da quy đầu không hẹp**”, nhìn thấy bã trắng thì nói “**Da quy đầu bé dơ**” rồi dặn mẹ “vệ sinh cho bé, để thế này dơ quá, dùng tăm bông vệ sinh cho bé nhe”, mẹ ừ ừ rồi xong.

Khám xem tinh hoàn xuống bìu chưa: dùng 2 ngón trỏ và giữa của bàn tay trái bợ dưới tinh hoàn của bé, sau đó dùng ngón trỏ hoặc ngón cái tay phải rà theo lần bên xuống bìu, nếu thấy có 2 khối bên dưới bìu thì kết luận “2 tinh hoàn đã xuống bìu”, nếu chỉ 1 bên thì nói “Tinh hoàn trái đã xuống bìu, tinh hoàn phải chưa”,..

Link tải toàn bộ tài liệu: [Google Drive](#)

Tại sao lại rà theo, vì quy tắc là tinh hoàn đi từ bụng xuống bìu, mình rà theo đường đi của nó, một số trường hợp các bạn sẽ sờ thấy tinh hoàn đang xuống bìu, còn 1 cục cứng cứng ở trong ống bẹn lun á. Thường thì 2 tháng tuổi sẽ xuống đủ 2 viên. Có đưa xuống 1 viên còn 1 viên nữa, các bạn phải mô tả thực tế nhé.

- “Đọc công thức máu này cho tui” – Cái này phải biết các giá trị bình thường của các trị số trong CTM theo tuổi của bé, không có so sánh cái cột bình thường trong CTM nhé, vì mỗi độ tuổi có một giá trị bình thường khác nhau, nếu không biết thì nói cô là “em không biết tuổi này bé có bạch cầu bình thường là bao nhiêu..” còn không thì im lặng tỏ vẻ mặt ngu ngơ muốn học hỏi cho cô thương để cô chỉ :D
- “Em nghe thấy rale gì?” – Nếu thấy rale ẩm thì phải trả lời cho cô là rale **ẩm nhỏ hạt hay to hạt** nữa nhé (các bác sĩ khác thì không có, chỉ cần nói ẩm là được)

- **Phòng 9 (chị Hà Giang):** phòng này không đi nên không biết, vì nó ở trên lầu. Nhưng nghe nói cũng dễ.

- **Phòng không giảng viên:** các phòng này có thể nhờ các chị bác sĩ ký giùm chỉ tiêu trại. Các phòng này thì đến trễ cũng được, không viết vào bệnh án cũng được, nhưng các bệnh án trong phòng phải nên được làm hết, và sao thuốc giùm các chị bác sĩ luôn càng tốt, các phòng này khá dễ và hỏi han các chị thoải mái. Áp lực trại hô hấp chỉ có 3 ngày ở phòng có giảng viên thôi, 3 ngày này rất thú vị và vui vẻ ^^.

b. Viết vào bệnh án cái gì vào buổi sáng?

- Các bạn làm toàn diện theo các bước khám theo trình tự sau, nếu sai anh Tín sẽ la, và nên viết theo trình tự trình bày bên dưới là đủ, và để các chị bác sĩ kiểm tra lại và sửa chữa cho dễ. Viết lung tung mà sai, em bé có chuyện gì là bác sĩ chịu trách nhiệm, tội người ta.
- Trình tự bên dưới cũng là cái mà anh Tín sẽ dạy, trực đêm hay thi cuối trại cũng sẽ thi cái bảng này, có thể có thiếu sót, các bạn khi học nên sửa lại nếu thấy sai nhen:

1. Tổng trạng:

Ví dụ: Em tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng với khí trời, đầu chi ấm

Tổng quát: Em [tỉnh | ngủ | li bì], tiếp xúc [tốt | khá], da niêm [{hồng | tím với khí trời}] || {hồng với thở oxy qua [canula | NCPAP | thở máy] với SpO₂ là **%}, đầu chi [ấm | lạnh]

Lưu ý:

- Da niêm hồng: là mang ý nghĩa bé không thiếu oxy, một số em bé dân tộc thiểu số da niêm tím tái, nhưng đó là bình thường do màu da của bé thôi, trừ khi có biểu hiện lâm sàng của thiếu máu thì mới nói da niêm tím, còn không các trường hợp này nhìn tím nhưng mình vẫn nói là hồng luôn nhen.
- Nếu thật sự **da niêm bé tím tái, và có các dấu hiệu thiếu oxy máu** thì ngay lập tức phải dẫn mẹ và bé xuống các cô điều dưỡng nhờ đo SpO₂ giùm ngay, nếu giảm SpO₂ thì phải ngay lập tức báo bác sĩ trực để đưa đi cấp cứu liền. Vì đây là dấu hiệu nguy hiểm đến tính mạng bé cần xử trí gấp mà sinh viên y4 có thể giúp được. **Anh Tín lưu ý điều này rất kỹ lưỡng, không sẽ bị đuổi khỏi đợt thực tập này luôn.** Lưu ý điều này vì đã từng có sinh viên Y6, khám bé thấy tím tái, ghi vào hồ sơ, rồi bỏ đi chơi mà không xử lý gì, lát sau bé trụy mạch, cấp cứu không kịp...
- Thêm cái nữa là nếu bé đang thở oxy (ở phòng cấp cứu hoặc phòng 2): thì phải mô tả da niêm hồng với thở oxy qua .. SpO₂ là .. nữa nhe. Cái này mấy bạn đi trực và thi cuối trại nên chú ý, thì trực thì đi cấp cứu, thi cuối trại sẽ thi khám ở Cấp cứu or Phòng 2 này.

2. Sinh hiệu:

- **Mạch:** bắt mạch quay

- Huyết áp: **/**mmHg, nếu bé nhỏ quá thì khỏi ghi mục này. Khi thì thầy cô có hỏi nói bé nhỏ quá không đo được huyết áp. Thông thường HA ta không có ghi
 - Nhiệt độ: hỏi mẹ có cập nhiệt không, nếu có báo nhiệt, nếu không thì hỏi bé có sốt không, nếu không sốt ghi 37°C
 - Nhịp thở: lấy đồng hồ ra, bộc lộ ngực bé, kê lại gần và đếm trong 1 phút.
3. Triệu chứng cơ năng mà mẹ khai:
- **Ho**: còn? Đỡ bao nhiêu phần so với hôm qua? Bao nhiêu cơn? Sau ho có [ói, nôn, đau ngực, bụng,..] không?
 - **Khó thở**
 - **Bú** được không? Ngủ ngon không? Chịu chơi không?
 - **Sốt**
 - **Đi tiêu**: phân lỏng? bao nhiêu lần? lượng phân?
 - **Đi tiểu**
4. Khám thực thể:
- Khám hô hấp trước:
 - Nhìn: Ví dụ: lồng ngực [cân đối | lõm | hình ức gà | hình thùng], di động [đều | không] theo nhịp thở, không sọc mỡ cũ, không tuần hoàn bàng hệ, không xuất huyết dưới da. Không rút lõm lồng ngực.
 - Quan trọng trong phần nhìn là nhìn xem có dấu “**Rút lõm lồng ngực không?**” (Co rút lồng ngực, co lõm lồng ngực) phải ghi vào bệnh án dù có hay không, bé <2^{tháng} thì rút lõm lồng ngực mức độ nhẹ và trung bình là bình thường, trên 2^{tháng} thì mọi rút lõm lồng ngực đều là bất thường. (cô Hồng hay hỏi cái này, vì phòng của cô bé 1 tháng mấy tuổi nhiều lắm). Phân loại mức độ co rút lồng ngực: nhẹ, vừa, nặng: *nhẹ là nhìn kỹ mới thấy rút lõm, vừa là nhìn vào 1 cái là thấy rút lõm, và nặng là rút lõm thấy rất là sâu.* Đây là dấu hiệu quan trọng trong đánh giá IMCI nữa đó.
 - Sờ rung thanh & gõ: bé nhỏ quá thì khỏi làm
 - Nghe 2 cái:
 - Bằng lỗ tai: xem có tiếng thở rít, tiếng khò khè không?
 - Bằng ống nghe: có tiếng ran ngáy, ran rít, ran nổ, ran ẩm không? [vị trí, thì hít vào thở ra,..]
 - Tim mạch: tim đều, rõ, không âm thổi. (Nếu có bất thường thì mô tả như học bên tim, nên chú ý các em bé mà trong bệnh án có ghi “tim bẩm sinh”, thì nên chú ý nghe âm thổi của bé: tứ chứng falo, còn ống động mạch, thông liên thất, thông liên nhĩ,..)
 - Tiêu hóa: bụng mềm, không đau, gan lách không sờ chạm, không sọc
 - Tiết niệu – sinh dục: khám tinh hoàn đã xuống bìu chưa, khám huyệt da quy đầu không.. ở phần cô Hồng đã nói cách khám.
 - Thần kinh cơ xương khớp: cổ mềm, thóp phẳng, không dấu thần kinh định vị
 - RHM, Tai-M-Họng: họng sạch (kêu bé há họng ra lấy que khám và đèn Flash điện thoại khám, thường ta không làm, chỉ bác sĩ mới làm việc này khi cần thiết mà thôi, ta chỉ kêu bé thè lưỡi ra coi thể nào nếu dơ thì ghi lưỡi dơ)

Đó là toàn bộ phần khám, nhìn thì nhiều nhưng ghi ra thì ít hơn lắm, khi ghi vào bệnh án thì nên sao thuốc giùm bác sĩ luôn, phòng anh Tín thì khỏi sao thuốc vì anh Tín ghi lại phần khám hoàn toàn. Ghi bệnh án phòng cô Hồng phải ghi ngắn gọn lại, cái gì không có thì không ghi, không bất thường thì không ghi nhe (nên tham khảo các phần các bạn trước ghi rồi học hỏi chép theo).

Sao thuốc là làm gì?

Mục này có chỗ cần chú ý: một số tên thuốc trước nó có đánh số khoanh tròn, số này ý nghĩa là số ngày dùng kháng sinh, bạn sao các thuốc này thì lấy số lần trước thêm 1 vào. VD: ngày trước cho

(2) Astex

Thì ngày nay bạn ghi: (3) Astex....

Một số kháng sinh mình đã thấy xài nhiều như: Astex, Rociphin thì có đánh số.

Các bạn sao đến khúc ghi “CS III BT cơm..” thì dừng, đừng sao hàng này, để bác sĩ viết nhen. Đó có nghĩa là chăm sóc cấp 3, BT là gì cũng k nhớ nữa,.. mà không biết thì đừng ghi nhé.

3. Các bệnh học ở trại Hô hấp:

Mục này bạn học ở quyển “TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG Y KHOA – Dành cho Y4 và chuyên tu 3” từ trang 136 đến trang 168 (bài Oxy liệu pháp không thấy học, nhưng vẫn nên đọc cho biết, vì đôi khi cũng có nghe anh Tín hồi lúc giảng). Mình xin tóm tắt chút chút lại như sau, học ít chữ k học nhiều đâu. Mỗi bài nó phân ra 3 phần rõ rệt gồm:

- Định nghĩa
- Chẩn đoán: trên lâm sàng, và cận lâm sàng
- Điều trị

Khi đi trại các bạn sẽ thường gặp nhất 3 bệnh được chẩn đoán hoài đó là VP, và VTPQ, nhưng cả 2 bệnh này ban đầu bệnh nhân nhĩ đều có SHH, vì thế đây là 3 bài bắt buộc phải biết và rành rẻ. Tụi mình thi tình huống lâm sàng cuối trại là thi một tình huống VP và SHH độ 2, sau đó là phải điều trị và xem biến chứng. Mình sẽ nói phần thi thể nào cho các bạn sau, mục tiêu mình muốn nhấn mạnh là đi trại hô hấp ít nhất 3 bài này phải nắm và nó cũng thi cuối trại luôn.

a. Suy hô hấp:

- Định nghĩa: hệ hô hấp không đủ khả năng duy trì oxy cho cơ thể, làm giảm Oxy hoặc tăng CO₂ máu.
- Chẩn đoán: khi đặt vấn đề trong bệnh án thì bạn phải ghi rõ độ của SHH, ví dụ đặt vấn đề là: “Suy hô hấp độ 2”
 - Suy hô hấp có 3 độ, độ 1+2 là còn bù, độ 3 là mất bù, phân loại dựa vào 4 tiêu chí: da niêm, tri giác, tim mạch, hô hấp
 - SHH độ 1: da niêm hồng với khí trời
 - SHH độ 2: da niêm tím với khí trời, nhưng không tím với oxy. (ở trên có nói rồi, nếu khám mà thấy bé tím là cho đi lại điều dưỡng đo SpO₂ liền, nếu SpO₂ giảm là đi cấp cứu thở Oxy, lúc này mình mới đánh giá lại)
 - SHH độ 3: da niêm tím ngất dù đã cho oxy rồi
 - Đó là 3 cái tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá bệnh nhân có SHH không, tuy nhiên cần kết hợp thêm các phần sau để khẳng định hơn chẩn đoán:
 - Tri giác:
 - SHH độ 1: tỉnh táo
 - SHH độ 2: bé lờ lợ, vật vã, bứt rứt không yên
 - SHH độ 3: hôn mê, lơ mơ
 - Tim:
 - SHH độ 1 và độ 2: nhịp nhanh, có tăng HA
 - SHH độ 3: Nhịp nhanh + mạch yếu, hoặc nhịp chậm + hạ HA (mang ý nghĩa SHH độ 3 là mất bù)
 - Hô hấp:
 - SHH độ 1: nhịp thở nhanh, có khó thở nhẹ
 - SHH độ 2: nhịp thở nhanh, khó thở, co kéo cơ hô hấp phụ
 - SHH độ 3 (mất bù rồi): NT nhanh hoặc chậm, có hoặc không co kéo cơ hô hấp phụ vì đã mệt cơ hô hấp. Đôi khi có các cơn ngừng thở >15 giây nhận thấy khi đếm nhịp thở.
 - Nói chi tiết thể thôi chứ thường mình dựa vào nhịp thở để đánh giá thôi, thường thì 2 cái tính chất đầu là da niêm, tri giác là mình đã phân loại được rồi, sau đó cố tìm các dấu hiệu về tim mạch và hô hấp ủng hộ thôi, chứ khám hết và nhớ hết thì mệt lắm.

- Cận lâm sàng đọc thêm sách, khi sửa bệnh án anh Tín sẽ hỏi các bạn về SpO_2 , SaO_2 , PaO_2 , $PaCO_2$, mình không có rành lắm:
 - SpO_2 : nồng độ oxy bão hòa trong máu mao mạch (đo bằng cái máy chọt vào ngón tay á), thông thường 94%-100%. Công thức: $HbO_2/(Hb+HbO_2)$, các bạn thấy công thức rất dễ, đó là lượng (Hemolôbin đã bão hòa O_2) chia cho (Hb chưa bão hòa + Hb đã bão hòa)
 - SaO_2 là độ bão hòa oxy máu động mạch, cái này chuẩn hơn cả SpO_2 vì $SaO_2 = HbO_2/(Hb+HbO_2+metHb+HbCO_2)$ nhìn sơ là biết SaO_2 chuẩn hơn và thấp hơn SpO_2 từ 1-2% rồi
 - Người ta thấy có sự tương quan của mấy thằng trên thế này: từ $SpO_2 \Rightarrow SaO_2 \Rightarrow PaO_2$ thường $SpO_2 > 95\% \Rightarrow SaO_2 \sim 93-94\% \Rightarrow PaO_2 > 60 \text{ mmHg}$
 - Không nhớ rõ lắm, học anh tín sẽ dạy kỹ hơn nhe. Phần này dễ đánh giá hơn, vì máy SpO_2 có sẵn ở bệnh viện, đo 1 cái là đoán được, từ đó cũng có 2 type SHH, là SHH giảm O_2 và SHH tăng CO_2
- Điều trị suy hô hấp có 4 bước chính (thì hỏi cái này): trang 141-142, lưu ý thì hô hấp học kỹ điều trị nhé, thuốc gì, liều bao nhiêu phải thuộc, đừng có nói Y6 mới học mà giờ không học nhe, học được chừng nào hay chừng đó thôi, trại tiêu hóa mình đang đi cũng phải học điều trị nữa đó.
- b. Viêm phổi:
 - Tiêu chuẩn chẩn đoán:
 - Có 1 trong 3 hội chứng: Nhiễm siêu vi đường hô hấp trên, nhiễm trùng, triệu chứng về tiêu hóa
 - Và các triệu chứng cơ năng cũng như thực thể ở phổi
 - Học trang 136-137
 - Phần điều trị trang 138, gồm 4 bước (cái này tụi mình đã thi):
 - Chống suy hô hấp: phía trên
 - Chống nhiễm trùng: xài kháng sinh nếu nghi là vi khuẩn, không làm gì cả nếu nghi là siêu vi. Khi nào nghi là VK hay siêu vi? Dựa trên bảng phân loại mấy con trang 138 theo độ tuổi đó.
 - Điều trị rối loạn đi kèm: hạ sốt nếu có sốt, giảm ho thảo dược nếu có ho, dẫn phế quản (phun khí dung, thuốc? liều lượng?) nó khô khè, bù nước điện giải nếu có tiêu chảy mất nước.
 - Điều trị biến chứng
- c. Viêm tiểu phế quản (đọc sách nhé)
- d. X-Quang: phần này có quy trình đọc, phải đọc đúng quy trình mới có điểm. Lúc thi cuối đợt thực tập cũng thế

Đọc X-Quang theo trình tự 4 bước sau:

1. **Hành chánh** (trên phim có gì đọc đó, nếu bệnh nhân mình biết thì đọc dạng như bên dưới):
Bệnh nhân “Minh Khôi”, 3 tháng tuổi, phòng 3, giường 17
2. **Chất lượng phim:**
 - Không trầy xước
 - Không ố vàng
 - Phân biệt được các đậm độ: khí, xương, mô mềm
 - Thực hành: đưa phim lên xem có trầy xước gì không, phim ố vàng thường là phim cũ trên 2 năm, anh sẽ đưa 1 phim ố vàng ra cho các bạn đọc khi dạy bài này. Phân biệt được các đậm độ thì vừa nói vừa chỉ: “khí” ở bên ngoài phim (màu đen xì), “mô mềm” chỉ ở đám cơ ngay dưới nách, “xương” là chỉ xương nào cũng được.
3. **Thông số kỹ thuật phim:**
 - Phim chụp đứng hay nằm
 - Phim chụp đối xứng không
 - Đang ở thì hô hấp nào: hít vào hay thở ra

- Cường độ tia: tia mềm, tia vừa phải, tia cứng

Thực hành:

- Phim đứng hay nằm xét 3 điều:
 - Có mức nước hơi dạ dày không? Lên mạng xem hình nó nhe. Cần phân biệt với “Bóng hơi dạ dày”, mức nước hơi, là mức nước mà, nên nó thẳng như mặt nước, bờ rõ lắm. Nếu có **“mức nước hơi dạ dày”** không cần xét gì thêm, **kết luận ngay đây là phim đứng**.
 - “Hai bên thân đốt sống **cổ 7** hợp với gai sống hình dấu **ấ**” là nằm, còn “Hai bên thân đốt sống **cổ 7** hợp với gai sống hình dấu **ớ (â)**” là đứng – *Nhớ: ấ mờ ăm nờ ăm năm huyền nằm* – Phần này có thể nói câu “Gai sống hợp với 2 bên thân đốt sống **cổ 7** hình dấu [ấ | ớ]”, mình không nhớ rõ lắm, do học phần này k có ghi bài, nãy h là nhớ lại thôi. Nhớ là nói đúng câu nhé, nói sai là anh la đó
 - Xương bả vai nằm [trong | ngoài] 2 phế trường
- Phim chụp đối xứng không mình xét 2 điều:
 - “Đường nối các gai sống theo đường thẳng”: là đối xứng, nếu bị lệch phía nào là bé sẽ xoay về phía đó
 - “Khớp ức đòn đối xứng nhau qua đường giữa”
 - Nói 2 cái đó xong thì kết luận: “phim này chụp đối xứng”, sách ghi là chụp thẳng hay xoay, 2 cái như nhau cả thôi nhen, bạn đọc thêm sách để hiểu thêm, còn khoa hô hấp anh Tín xài chữ “đối xứng”
- Nói “bé hít vào tối đa”, khi thỏa các tiêu chí:
 - Nói “đếm thấy 9 cung sườn trước, 6 cung sườn sau”: nhiều bạn chưa biết cung sườn trước và sau đâu =)) giống mình, bữa lên đọc đếm lộn mới kinh. Cung sườn trước là những cung sườn chúi xuống dưới nhiều lắm, nằm ở mép lồng ngực. Cung sườn sau là các cung sườn nằm ngang mà đập vào mắt bạn đầu tiên khi nhìn bộ sườn. Sau khi xác định xong sườn trước sườn sau, bạn hãy đếm, quy tắc đếm là **đếm từ x.sườn 1 trở xuống, đến x.sườn không bị cơ hoành che, dù che 1 xiu cũng không được đếm**. Nếu đi phòng 3 cô Hồng có nhấn mạnh điều này nhé. Nếu thỏa mãn, 6 trước, 9 sau thì kết luận như trên nhé. Nhớ là cung sau luôn nhiều hơn cung trước nhe, xác định sai cung sườn trước hay sau, là bạn sẽ thấy kỳ kỳ.
 - Nói “đang chụp thì thở ra” khi không thỏa 9 cung sườn trước, 6 cung sườn sau.
 - Nhưng theo lý thuyết là thế nhé, đó là dành cho mấy bé biết “hít vào hết sức đi em!” khi chụp X-Quang, còn mấy em bé tí hon, chưa biết gì, thì người chụp X-Quang sẽ để ý xem bé hít vào khi nào, rồi ấn nút chụp thôi, nên nó cũng hên xui lắm. Tiêu chuẩn do đó cũng giảm xuống là “8 sau, 5 trước” thôi là cũng kết luận bé ở thì hít vào rồi. Anh tín sẽ nói điều này lúc dạy, nên ghi nhớ lúc thi.
- Nói “Tia vừa phải”, “tia cứng”, “tia mềm” dễ lắm:
 - Điểm chuẩn là đốt sống ngực thứ 4: xác định bằng cách xác định xương sườn thứ 4 (đếm hồi nãy á)
 - Nếu từ đốt sống ngực thứ 4 trở xuống phần ngực và bụng, không thấy các thân đốt sống, nói “Đây là tia mềm do..”
 - Nếu từ đốt sống ngực thứ 4 trở xuống đến phần ngực phía trên cơ hoành thấy rõ, nhưng phần xương sống bên dưới bụng không thấy rõ, thì nói là “Tia vừa phải do..”
 - Nếu thấy rõ toàn bộ hệ xương sống trong lồng ngực và dưới bụng, kết luận “Tia cứng”
 - Mấy loại tia có ý nghĩa nhiều khi xét tổn thương phổi. Nếu đi với cô Hồng, cô sẽ có nói điều này. Mình ví dụ 1 cái thôi nhe: “Em thấy đây là tia cứng, mà bên trong phế trường vẫn còn thấy nhiều đám mờ, thì trên thực tế nó tổn thương dữ dội lắm rồi đó, chứ ở tổn thương ít sao”, đó là một ví dụ về ứng dụng của tia cứng tia mềm trong xác định và đánh giá tổn thương phổi. Nếu tia cứng quá thì cũng khó nhận định được các tổn thương nhỏ mà mờ.
 - Thông thường các phim sẽ chụp ở dạng tia vừa phải

4. **Điền đọc phim:** quy tắc đọc của anh Tín là quy tắc hình số 6 như sau (đúng số 6 nhé), và nhớ là đọc tới đâu chỉ tới đó:
- {Mô mềm}, {xương bả vai, xương sườn, xương đòn, xương cột sống} không thấy tổn thương
 - Ôi trời, tới đây lại nhớ lại là có cái file PDF mà mình đã chụp lúc trước, mình sẽ đưa nó xuống bên dưới file này cho các bạn tham khảo, rất đầy đủ và chi tiết cách đọc phim X-Quang mà anh Tín dạy, phải học kỹ X-Quang nhe, thi cuối đợt thực tập chắc chắn có đọc X-Quang đó, đọc sai quy trình là về vườn nhé.

Mà quên, file PDF có những thứ:

1. Tiếp cận trẻ ho
 2. Viêm tiểu phế quản (VTPQ)
 3. Viêm phổi (VP)
 4. IMCI (trong file PDF này): IMCI phiên bản 2011 khá cũ so với bản IMCI 2014 mà mình làm, bạn chỉ nên tham khảo phần này trong file PDF thôi
 5. Tiếp cận trẻ khó thở
 6. X-Quang tim phổi (khá hay và toàn diện về X-Quang, đọc xong là tự tin đi đọc X-Quang phổi lun á)
- Nhưng đó chỉ là phần hô hấp, trong file pdf này còn cả phần tiêu hóa, tim mạch, trại trẻ em lành mạnh nữa, cực kute nhé. Nên đọc trước trong file này trước khi đi trại nhen.

Phần bên dưới sẽ là các trình bày các phần mà trong file PDF không có, gồm:

- Hướng dẫn 5 bước trong bệnh sử, và tiền căn sẽ coi ở đâu để tránh thiếu khi làm bệnh án.
- Cách đi trực đêm và giao ban buổi sáng
- Cách làm chỉ tiêu lâm sàng nộp sau thi
- Cách thi cuối trại
- Đề thi tình huống lâm sàng của mình
- IMCI thi chị Hà Giang (IMCI 2014)
- Link download file PDF lâm sàng nhi đồng 2

A. Hướng dẫn 5 bước trong bệnh sử, và tiền căn sẽ coi ở đâu để tránh thiếu khi làm bệnh án:

Bệnh sử phải trình bày theo 5 phần rõ ràng nhe, ai làm bệnh án trình nên để ý cái này nhen, bệnh án thi cuối trại cũng thế:

1. Khởi phát và diễn tiến các triệu chứng: phần này không ghi dạng nội khoa “Cách nhập viện 4 ngày...”, mà ghi dạng “Ngày 1-2: bé ho nhẹ, sốt,.. Ngày 3-4: bé...” Ghi rõ triệu chứng và các dấu chứng liên quan mà mình nghĩ đến nhiều nhất. Dựa trên “Tiêu chuẩn chẩn đoán” bệnh mà bạn đang khám để khai thác phần này
2. Đã khám ở đâu chưa? Nếu có thì điều trị thuốc gì? Kết quả ra sao?
3. Tình trạng lúc nhập viện: ghi ra theo cái hồ sơ bệnh án mà bác sĩ cấp cứu khám
4. Xử trí lúc nhập viện: ghi lại luôn
5. Diễn tiến sau nhập viện: TCCN cũ giảm hay tăng, có triệu chứng nào mới xuất hiện không,...

Tiền căn thì các bạn tham khảo phần lượng giá thi của trại hô hấp trong tập photo “HƯỚNG DẪN THỰC TẬP LÂM SÀNG Y4” trang 13. Nhưng cần chú trọng đến các vấn đề:

- Học phần lịch tiêm chủng để hỏi cho đúng lịch chủng ngừa của bé
- Chú ý khai thác kỹ phần dị ứng của bé
- Tiền căn gia đình:
 - Khai thác các bệnh lý lây lan trong gia đình: cảm cúm,.. **lao**,..
 - Khai thác các bệnh lý không lây như về miễn dịch, dị ứng
 - Khai thác kỹ môi trường sống của bé: nhiều khói bụi, thuốc lá

Link tải toàn bộ tài liệu: [Google Drive](#)

- Tóm lại hỏi về: sưng, viêm mũi dị ứng, viêm da dị ứng
- Hình bên dưới là phần tiền căn tham khảo trong bệnh án của bạn Vũ Ngọc Hải mà anh Tín cho là được:

B. Cách đi trực đêm và giao ban buổi sáng:

- Thời gian: trực từ 17h00 đến 22h00 về, nếu xong chỉ tiêu có thể về sớm. Có thể đến trễ cũng được, không khuyến cáo việc này, vì hum bữa mình trực là trực chị bác sĩ dễ tính, nếu đêm đó gặp anh Tín hay chị Hà Giang thì mình không chắc nhé. Và cũng nên vào sớm để được nhận các bé phun khí dung cho chỉ tiêu 2, vì từ 18h30 về sau hình như không còn cho phun khí dung nữa.
- Đề cập sách ở đâu? - Bạn vào thẳng khoa Hô hấp 1 (không xuống bộ môn nhé), đi vào chỗ mấy chị điều dưỡng, quẹo qua trái (trái: chỗ để bệnh án để lấy lúc sáng, phải: phòng cấp cứu và phòng sinh hoạt điều dưỡng trực), đi thẳng vào vách tường rồi để cặp bên dưới cái bảng viết lông màu trắng, để dưới bàn.
- Đem theo gì: khuyến cáo nên đem khẩu trang y tế để vào phòng cấp cứu khám, khi thực hiện mục tiêu 1. Không có khẩu trang cũng được, có thể xin mấy chị điều dưỡng, or lên lấy khẩu trang để ở cái tủ ngay sau cánh cửa sau phòng cấp cứu. Mấy chị khó sẽ la mình khi tự ý lấy, mấy chị dễ thì hậm hực thôi. Vào cấp cứu nên đeo khẩu trang, nhưng sáng giao ban thấy anh Tín hông có đeo cũng vào được luôn. Tùy lòng hảo tâm của các bạn thôi, nếu muốn các bé đã nặng thêm nặng nữa thì khỏi đeo vào luôn.
- Làm gì lúc trực: không phải đứng chơi không rỗi hết giờ về đâu nha. Đêm trực bạn phải nhanh chóng hoàn thành các chỉ tiêu khi đi trại hô hấp gồm:
 - Tiếp nhận và khám 1 trẻ nhập cấp cứu
 - Thực hiện phun khí dung cho 3 trẻ trong khoa
 - Đọc một phim X-Quang
- Nếu xong cả 3 chỉ tiêu bạn có thể về, nếu xong 2 cái đầu cũng có thể về vì chỉ tiêu X-Quang bạn có thể viết tên bé mà mình theo dõi làm bệnh án buổi sáng, rồi đưa bác sĩ ký giùm cũng được.
- Tóm lại trong đêm trực, bạn phải hoàn thành ít nhất 2 mục tiêu đó, làm xong đưa bác sĩ trực ký rồi xin được về. (Anh Tín cho phép điều đó)
- Ký vào đâu hi? – Cả nhóm đi photo cái tờ chỉ tiêu trại hô hấp ra, rồi điền vào, không cần phải kẻ ra giấy đâu nhe, vừa xấu vừa mất thời gian của các bạn nữa.
- Mục tiêu 1: Tiếp nhận và khám một trẻ nhập cấp cứu:
 - Mục tiêu này khá dễ, nói 1 trẻ mới nhập cấp cứu cho oai chứ thật ra có khi cả đêm không 1 bé, hướng chỉ là 6-7 người đi trực. Vì thế chỉ tiêu này được mặc định đổi lại là khám một bé trong phòng cấp cứu, khá dễ hén. Cứ vào hỏi bệnh, nhớ ghi cân nặng, tuổi của bé, tính chính xác để hôm sau giao ban. Khám y chang làm bệnh án buổi sáng thôi.
 - Khám xong ra cái bàn phía sau phòng cấp cứu lấy hồ sơ bệnh án của bé đó, đọc or chụp hình lại về nghiên cứu thêm để hôm sau giao ban. Nhưng quan trọng lấy bệnh án đây là nhìn xem bác sĩ chẩn đoán gì trong bệnh án để ghi vào tờ giấy mục tiêu
 - Sau khi có đủ thông tin, lấy giấy chỉ tiêu ra điền các thông tin của bé đó vào (Tên, tuổi – ngày nhập viện – Phòng cấp cứu/ giường – Chẩn đoán)
 - Kết thúc mục tiêu 1, mà ghi xong thì đừng đưa ký liền nhe, làm xong mục tiêu 2 phun khí dung, or xong luôn hết hãy ký. Hay nói cách khác là khi nào về thì xin ký và xin về.
- Mục tiêu 2:
 - Cái này làm tích tãt trong 2 phút ;+))
 - Nhóm nào trước khi đi trực sẽ được anh Tín tụ họp ở phòng phun khí dung (vừa bước vào hành lang, quẹo qua phải, cái phòng ngang cuối đường là phòng phun khí dung) và hướng dẫn cách pha thuốc và phun, học skill Nhi cũng có dạy rồi.
 - Đến giờ phun khí dung (mình thấy là 16h30, 17h00, 17h30, 18h00, 18h30, sau 18h30 không thấy phun nữa) các bạn sẽ nghe loa lớn của khoa thông báo tên chừng 10 bé đi phun khí dung,

Link tải toàn bộ tài liệu: [Google Drive](#)

các bé này sẽ lên khoa, sau đó được chỉ điều dưỡng pha thuốc vào mask, rồi cầm mask đã có thuốc đi vào phòng khí dung

- Nhiệm vụ của các bạn không phải pha thuốc ở trên khoa đâu, mà đi ra phòng phun khí dung, chờ mẹ mang mask và bé tới, xếp chỗ cho mẹ ngồi, và gắn dây + bật khí chạy cho mẹ. Sau đó lại hỏi:
 - Họ tên bé
 - Tuổi (nếu nhỏ hỏi sinh ngày mấy để tự tính tuổi)
 - Phòng / Giường (hay quên cái này lắm nhe)
 - Ngày nhập viện
 - Cột thứ 4 – Ngày thực hiện (Liều thuốc – nước pha): các bạn ghi 1 dòng cho cả 3 bé thế này: Ventolin 2,5 mg pha đủ với 30 ml NaCl 0,9%
 - Chữ ký bác sĩ cũng chỉ ký 1 chữ cho cả 3 bé luôn
- Làm và ghi cho đủ 3 bé rồi ra, cho người khác làm
- Vì giờ phun là có giới hạn, nên vào sớm sẽ được ghi sớm và về sớm
- Vậy là xong 2 chỉ tiêu, bạn có thể xin ký và về được rồi, nếu biết làm thì chưa đầy 30' bạn có thể về được rồi đó
- Chỉ tiêu 3 thì đơn giản, có 2 cách để hoàn thành:
 - Cách 1: ngay trong đêm trực luôn, bạn ghi thông tin mà mình khám bé ở phòng cấp cứu đó, ghi vào mục tiêu này và kết thúc chương trình bằng cách đưa bác sĩ trực ký cả 3 mục
 - Cách 2: như đã nói ở trên, khám bé phòng mình, đưa bác sĩ khám ký giùm luôn
 - Mục chẩn đoán điền cái gì? – Đa số các bạn chưa đọc file PDF X-Quang sẽ không biết chẩn đoán là gì đâu, nhưng bá đạo hơn là có cái chiều ở đây. Trước mỗi bao phim X-Quang màu cam đều có 1 tờ giấy đọc phim của bác sĩ X-Quang, lấy tờ giấy đó, xem chẩn đoán của người ta là gì, viết vào. Trong tích tắc vài giây là xong chỉ tiêu 3 này, haha.
 - Nếu ký chỉ tiêu 3 theo cách 2 thì không cần phải đọc lại phim, cứ đưa bác sĩ phòng nhờ ký giùm, mấy chị sẽ ký giùm mà không có nề hà 1 câu gì cả, có chị Huệ ở trên lầu, chị Trịnh Thị Kim Huệ ó, dễ thương vô cùng, có đứa còn chưa ghi gì vào mục chỉ tiêu 3 này, chị cũng cười và ký luôn, còn nói “trời ơi, nó chưa ghi luôn chứ, thằng này giang hồ thiệt =))” Các bạn nào đi trên lầu mà chưa đi trực đó, thì cũng nên đưa chị ký trước, chứ để lâu giống đi Sản thì mệt lắm đó.
- **CUỐI CÙNG LÀ GIAO BAN BUỔI SÁNG:**
 - Mình không biết với chị Hà Giang thế nào, chứ mình trực và giao ban với anh Tín. Nhưng cả 2 đều cần buổi sáng bạn phải vào bé đó khám lại, vì anh chỉ xem thực trạng của bé lúc giao ban thôi, chứ không coi tình trạng ran rít, ran ngáy của bé hôm qua đâu nhe. Anh sẽ đi đến từng bé mà các bạn trình cho anh, các bạn đọc cái mình đã khám (đọc theo cái sườn khám ở bên trên nhé), xong anh sẽ khám lại xem mình có khám đúng không, nếu không đúng anh sẽ kêu nghe lại.. rồi chỉ bảo, chứ không có la đâu, các bạn cố gắng hết sức thôi nhe.
 - Sáng thường anh khám bệnh phòng xong, khoảng 8h30 - 9h10 anh mới giao ban với các bạn đã trực đêm qua ở phòng cấp cứu.
 - Như đã nói rồi, bạn phải khám lại buổi sáng, viết vào tờ giấy và kêu anh đến giường bé mình khám, đứng đọc cho anh nghe, không cần phải học thuộc đâu nhe :D. Anh sẽ khám lại.... Rồi đến bạn khác.. cứ thế mà tiếp tục. Có gì hay anh sẽ chỉ dạy các bạn.

C. Cách làm chỉ tiêu nộp sau thi: cái này hướng dẫn trong đêm trực rồi, các bạn nào trực mấy ngày cuối thì nên hoàn thành chỉ tiêu X-Quang trước khi đi phòng nhe.

D. Cách thi cuối trại:

- ✓ Thi cuối trại gồm 3 phần thi rõ rệt:
 - Thi tình huống lâm sàng
 - Thi khám: tùy theo phân nhóm, 1 nhóm sẽ thi IMCI với chị Hà Giang, 1 nhóm sẽ thi khám như trực đêm với anh Tín.
 - Làm bệnh án nộp

✓ Phân bố điểm: 3đ - 4đ - 3đ

✓ **Phần thi: tình huống lâm sàng (3đ):**

- Đây là phần khá vui và thú vị, phần này mình được 0,4đ/3đ vì không học bài. Thi phần này xong mới có kinh nghiệm phải học gì ở hô hấp luôn, ngộ lại mới thấy dễ quá mà mình thi ngu quá.
- Sáng đúng 7h00, chị Hà Giang hoặc anh Tín (ai cho đề sẽ đến) đến và đọc đề để ghi, các bạn phải tự chuẩn bị giấy thi.
- Câu hỏi gồm 3 câu hỏi rõ rệt, các bạn sẽ được mình nhớ đề và ghi sau khi trình bày xong 2 phần thi còn lại bên dưới. Viết xong đề, anh sẽ đọc lại đề 1 lần cho dò lại, sau đó mới đọc câu hỏi
- Đọc câu 1 chờ 3 phút, trả lời xong qua câu 2, đọc xong lại chờ 2 phút cho các bạn trả lời rồi qua câu 3, chờ 2 phút trả lời rồi thu bài trong 2 phút.
- Cách thi này khó hơn, vì mình không chủ động được thời gian so với cách thi thông thường là đọc đề và câu hỏi trước để sau đó làm bài. Và cũng khó hỏi hạn lắm, vì anh Tín coi thi mà.

✓ **Phần thi: khám (4đ), xảy ra sau khi làm xong phần tình huống và lên trại**

- Với chị Hà Giang: các bạn lên phòng 9 trên lầu, ngồi chờ chị đến, khám bệnh phòng 9 xong rồi cho thi
- Với anh Tín, các bạn phải chia nhóm 3 người trước, rồi xuống chờ ở bàn sắt chỗ khám bệnh của anh. Anh đến thì đưa danh sách cho anh, anh sẽ phân công nhóm 3 người đó đi khám một bé nào đó và ghi kết quả vào một tờ giấy nộp lại cho anh. Hum bữa thấy anh phân công vào phòng cấp cứu để thi. Khá dễ đúng không. (Mình không thi anh Tín, nhưng chỉ quan sát thấy như thế mà thôi, còn chi tiết thế nào thì mình không rõ lắm)
- Mình sẽ trình bày cách thi với chị Hà Giang như sau:
 - Lên trại chờ chị đến, khi nào chị cho thi thì chị kêu, cứ theo chị, khỏi phải nói gì cả (vì chị làm ngơ các bạn đó ^^), chị sẽ lên khám bệnh phòng, đến lúc rồi kêu Y4 lại cho thi.
 - Chị sẽ lấy danh sách, kêu 1 lúc 2 người, kêu bệnh nhân lại cho khám và đánh giá IMCI (các bước đánh giá IMCI mình sẽ trình bày bên dưới). Bệnh nhân để thi là có giới hạn, bạn nào thi trước thì sẽ được thi IMCI
 - Nếu hết bệnh nhân IMCI thì cũng nhóm 2 bạn sẽ được chị chỉ định đi khám một bé nào đó, ghi vào giấy và chờ chị đến đọc trình cho chị, chị sẽ khám lại và cho điểm. Giống y chang như giao ban buổi sáng. Nếu may mắn mà thi khám này đó, thì cứ làm theo như cách khám của anh Tín, nghe đúng nửa, bạn sẽ được điểm cao lắm. Mình thấy mấy đứa toàn 3đ/4đ không luôn.
 - Vậy là thi chị Hà Giang, cần phải tốt 2 kỹ năng: đánh giá IMCI và Khám lâm sàng
 - Biết phải thi gì rồi phải không, học trước đi, còn chờ gì nữa.

✓ **Phần thi: làm bệnh án (3đ)**

- Với chị Hà Giang chị sẽ phân 5 người đầu là 1 nhóm, 5 người kế là 1 nhóm,... rồi bảo "Các em xuống dưới đi tìm 1 bệnh nhập viện mới 1 2 ngày, và điều kiện chiều nay không xuất viện rồi làm bệnh án mai nộp."
- Với anh Tín: thì cũng thế, nhưng nhóm làm bệnh án chỉ có 3 người thôi.
- Chị Hà Giang đôi khi còn chỉ định bạn phải đi tìm đích bệnh "VTPQ" để làm nữa
- Phần này nghe mấy bạn bảo mặc định 2đ/3đ mà mấy anh chị không có đọc bệnh án, mình cũng không biết sao nữa, nhưng mình không tin lắm điều này.

E. Đề thi tình huống lâm sàng của mình

- Mình không nhớ rõ lắm nhe, mang máng thôi, tại học ngu mà, đề như sau (quyên rồi, khi nào nhớ mình ấy tiếp, quan trọng là biết thi gì thôi nhen):

- Bé gái, 4 tháng tuổi, nhập viện vì ho

Ngày 1 + 2:

Ngày 3 + 4

- Câu 1: Những vấn đề hiện có trên bệnh nhân này
- Câu 2:
 - Kết quả X-Quang:
 - Kết quả Siêu âm:
 - Chẩn đoán xác định và hướng điều trị là gì?
- Câu 3: Sau 2 tuần điều trị bé bớt ho, không sốt, còn thở khò khè nhẹ. Những khả năng có thể xảy ra?
- Đáp án (chưa xong):
 - Câu 1: (xong)
 - Suy hô hấp độ 2
 - Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới
 - Hội chứng tắt nghẽn đường hô hấp dưới
 - Câu 2: (xong)
 - Chẩn đoán xác định: Viêm phổi nặng - Suy hô hấp độ 2
 - Xử trí:
 - Thở Oxy qua Cannula liều lượng 0,5 lít/ phút (không nhớ ảnh độc liều nhiều nữa)
 - Kháng sinh Penicillin đường tiêm tĩnh mạch
 - Giảm ho bằng thảo dược an toàn, hạ sốt, bù dịch NaCl 0.9%
 - Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ bú đầy đủ
 - Câu 3: (3 khả năng, chưa xong)
 - Vi khuẩn đã đề kháng thuốc
 - Lao
- Lý giải, theo mình thôi nhe, học ngu lắm:
 - (1) Bé có suy hô hấp do:
 - Da niêm tím với khí trời nhưng hồng với oxy => gợi ý là suy hô hấp độ 2
 - Từ đo tìm thêm các dấu chứng tri giác:
 - Hô hấp: có nhịp thở nhanh (80l/p >), có thở khò khè
 - Tim mạch: có nhịp tim nhanh, HA tăng
 - (1) [Có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới](#): ho đàm, ran rít, hội chứng đáp ứng viêm hệ thống ($t^o > 38^oC$, nhịp thở $> 20l/p$, Bạch cầu tăng $> 12 \times 10^9$ lít)
 - (1) Có hội chứng tắt nghẽn đường hô hấp dưới: khó thở thì thở ra, ran rít, rút lõm lồng ngực
 - (2) Chẩn đoán xác định:
 - Viêm phổi nặng: vì hội đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VP (tự xem nhen).
 - (2) Xử trí VP qua 4 bước như trong sách:
 - Chống suy hô hấp: cho thở oxy qua cannula (đọc bài Liệu pháp oxy)
 - Chống nhiễm trùng: VP thì thường xài Penicillin đường uống hoặc TM, nhưng bé này có ói, nên xài TM, vì uống vào nó ói thuốc ra hết thì công cốc.
 - Điều trị các rối loạn đi kèm: ho, sốt, tiêu chảy nên bù dịch
 - Điều trị biến chứng: bé chưa có
 - Bước này nói thêm về cách chăm sóc và dinh dưỡng cho bé: cho bú đầy đủ
 - (3) Điều trị đúng bài rồi nhưng sau 2 tuần bé vẫn còn.. nên có các khả năng xảy ra:
 -

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN IMCI

- Cô hỏi: “IMCI” là viết tắt từ gì?
 - ✓ Integrated Management of Childhood Illness: ý nghĩa là Xử trí (Management) lồng ghép (Integrated) các bệnh (illness) ở trẻ em (of Childhood)
- Trước khi đánh giá IMCI phải làm gì để không bị out từ vòng giữ xe?
 - ✓ Phải xét các điều kiện của việc đánh giá IMCI. IMCI chỉ và chỉ được đánh giá khi thỏa các điều kiện sau:
 - Mục tiêu IMCI: giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi => chỉ áp dụng với trẻ dưới 5 tuổi => phải hỏi tuổi của bé trước
 - Chỉ đánh giá IMCI khi em bé đến khám với chúng ta lần đầu tiên (VD bé vào cấp cứu, bé vào phòng khám bv lần đầu tiên,...)
- ĐÁNH GIÁ (Bắt đầu từ đây khi thi chị Hà Giang cuối trại)
 - ✓ Hỏi (3 điều):
 - Tuổi? – Nếu trên 5 tuổi, ngừng việc đánh giá ngay
 - Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: (NUỐT – NÔN – GIẬT - BÌ)
 - **NUỐT**: Bé có ăn uống được không, bé có bỏ bú không?
 - **NÔN**: bé có nôn tất cả không?
 - Nôn tất cả là ăn bất kỳ thứ gì vào cũng ói ra, hoặc là bú xong có ói không?
 - Nếu mà bà mẹ bảo là có nôn thì mình phải hỏi tiếp là **Có lần nào mà nó ăn xong nhưng không nôn không?**
 - **GIẬT**: Có co giật ở nhà, và tại lúc khám không
 - **BÌ**: Có ngủ li bì khó đánh thức không? => Cái này không có hỏi mẹ, mà phải đánh giá ngay lúc khám, vì nếu ở nhà đã từng li bì mà giờ không còn li bì nữa thì đã qua cơn nguy hiểm rồi.
 - Có ho hoặc khó thở không?
 - Nếu có: hỏi tiếp bao nhiêu ngày rồi. Từ kết quả này đánh giá ho kéo dài không?
 - > 14 ngày: ho kéo dài
 - ≤14 ngày: ho cấp tính
 - Ho kéo dài thì sao?
 - Thì nên tầm soát các bệnh nguy hiểm gây ho kéo dài: suyễn, ho gà, lao,...
 - ✓ Khám: (4 bước)
 - Đếm nhịp thở trong 1 phút: mở áo, kê đồng hồ lại gần ngực và đếm trong 1 phút. *Lưu ý: không đếm khi bé không nằm yên*
 - Sau khi có nhịp thở nhận xét ngay đây có phải thở nhanh không?

– < 2 ^{tháng} tuổi	– > 60 ^{lần} /phút
– 2 ^{tháng} - 12 ^{tháng} tuổi	– > 50 ^{lần} /phút
– 12 ^{tháng} – 5 ^{tuổi}	– > 40 ^{lần} /phút
– ≥ 5 ^{tuổi}	– > 30 ^{lần} /phút
 - Có co lõm (rút lõm) lồng ngực không? hít vào đáng lẽ ngực phồng lên, đằng này lại xẹp xuống. Xem video để hiểu hơn: <https://youtu.be/9cDBV749zcg?t=1m17s>
Lưu ý: chỉ xem khi bé nằm yên
 - Nghe tiếng **thở rít** không? ghé tai vào miệng trẻ nghe thử có âm thanh thô ráp thì **hít vào** -> Nhớ: rít là hít
 - Nghe tiếng **khò khè** không? ghé tai vào miệng trẻ nghe thử có âm thanh thô ráp thì **thở ra** -> dùng ống nghe là sẽ bị đá ra liền nhé.
 - Sau phần này **nếu có khò khè, kết hợp với thở nhanh hoặc kết hợp với rút lõm lồng ngực** phải cho trẻ phun khí dung nhanh 3 lần liên tiếp, mỗi lần cách

Link tải toàn bộ tài liệu: [Google Drive](#)

nhau 15-20 phút rồi mới đếm nhịp thở coi có giảm không và xem còn rút lõm lồng ngực không rồi mới đánh giá và phân loại lại. (Nhớ điều này nhé, nhưng thường mình thì thì không có điều này xảy ra vì nghe thường các bé thở êm, không có khò khè, nhịp thở cũng ổn)

4. SAU HỎI VÀ KHÁM XONG – PHẢI **PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ**

✓ Nếu có ít nhất **1 TRONG 4 DẤU HIỆU NẶNG TOÀN THÂN** hoặc **THỞ RÍT KHI NÀM YÊN**:

1. Phân loại: Viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng
2. Xử trí theo các bước:
 - Tiêm bắp Ceftiazone
 - Chuyển viện gấp

✓ Nếu có **CO LÕM NGỰC** hoặc **THỞ NHANH**:

1. Phân loại: viêm phổi
2. Xử trí:
 - Kháng sinh uống 5 ngày (Amoxicillin)
 - Xét nếu có:
 - Khò khè -> thuốc dẫn phế quản (hoặc phun khí dung)
 - Ho > 14 ngày -> tầm soát và đánh giá nhanh bé có các bệnh: lao, ho gà, suyễn,..
 - Cho thuốc giảm ho thảo dược an toàn
 - Dẫn nếu có các triệu chứng nặng thêm như: sốt, ho nặng hơn, thở nhanh hơn, khó thở hơn, bé kém hoặc không uống được.. thì phải quay lại khám ngay. Nếu nhà xa thì đến cơ sở y tế gần nhất để khám.
 - Dẫn dò tái khám sau 3 ngày nếu không cải thiện.

✓ Nếu **KHÔNG CÓ CÁC DẤU HIỆU TRÊN**:

1. Phân loại: ho hoặc cảm lạnh
2. Xử trí: như **viêm phổi** nhưng **không cho kháng sinh**. (nói ra rõ như ở trên)

❖ Nhiều bạn sẽ quên bước xử trí nếu trẻ có ho và khò khè lắm, nên để ý nhé

G. Các tài liệu download:

- Toàn bộ file quan trọng:
<https://drive.google.com/folderview?id=0B6mw8fM87VYLWWZ3MWd1WE5tNzA#list>
- IMCI all 2014:
<https://drive.google.com/open?id=0B6mw8fM87VYLaTg3azluVUczTTA&authuser=0>
- (NHI) Tài liệu ôn tập lâm sàng Y4 Nhi Đồng 2.pdf: (file PDF mình nói ở trên)
<https://drive.google.com/open?id=0B6mw8fM87VYLUjdfN1RZUk0&authuser=0>
- (NHI) KINH NGHIỆM LÂM SÀNG HÔ HẤP 1 NHI ĐỒNG 2: (tài liệu này) ở link thư mục trên
- (NHI) Hình chụp phim X-Quang các bé phòng 6
- Và còn nhiều tài liệu hô hấp hay nữa để các bạn download ở thư mục trên