

VIÊM PHỔI

1 Có phải Viêm phổi hay không?

- HC NT

- HC NT hô hấp dưới - HC tổn thg nhu mô phổi

+ sốt

+ ho khạc đờm xanh

+ thở nhanh + co lõm ngực

+ rale nổ + rale ẩm.

- SHH.

* Lâm sàng

- HCNT: gặp / VP do VT

- SHH + thở nhanh, co lõm ngực

+ phát phòng cánh mũi

+ co kéo cổ liên sườn

+ tím trung ương

+ không bú được, bỏ bú

- Nghe: rale nổ, rale ẩm.

* Cận lâm sàng

① Xquang phổi

Đ: VP nặng / rất nặng

LS không điển hình VP ± nghi VP (sốt, ho ít, thở nhanh, không co lõm, không rale)

Full Đ ngoại trú

Có HCNT biểu hiện sơ về LS or CLS mà không tìm thấy ổ NT

Nghi ngờ có biến chứng.

→ VP điển hình: sốt, thở nhanh, ho, rale nổ → ΔVP: không cần Xquang

Tìm Δ xét

Xét nguyên nhân

Xét độ nặng.

H1đ: Thăm nhiễm PN (thg do VK)

Thăm nhiễm mô phổi (M.pneu; C.pneumo)

VP thg (Strep Pneumo, Klebsiella)

Li' khí và xep 1 tủy đốt or nặng: xep P-thuỷ

TD lg ít (H influenza)

Bong khí (Cten cẩu).

② CLS tìm tác nhân.

- ◊ Khạc đàm: thể > 10t, dễ ngoại nhiễm VK thq ml
- ◊ Hút dịch KQ (NTA: naso tracheal aspiration)

• Ctg tốt: có TB tru

< 10 TB Bmô

> 25 BC đa nhân / Q Trường

Soi tủa có VT.

- Cách làm: đưa ống ngỏ ba đầu hong, bắt BN ho, tré đó phun Nall 9%
- CP cần tìm tác nhân
 - ↳ VP lem đũa Ø
 - ↳ VP BV

◊ Nối sợi và rửa PQ (BAL: Broncho-alveolar lavage)

- Có lost nhất những xâm lấn, dễ BC

• CP

- ↳ VP k° đũa Ø

↳ VP BV

↳ VP rất nặng để đo mạng sống

- Đưa ống NS → phân thủy lợi linh, bơm Nall 9% rồi hút dịch trong đó

◊ PCR lấy từ đàm, BAL, máu để tìm VT, VR → nhanh nhất

◊ Chọc dịch ML, chọc ổ abscess cấy

◊ Huyết thanh chẩn đoán: hữu ích trong VP do C. pneumoniae, M. pneumoniae, S. pneumoniae

◊ Ngưng kết latex máu (nước biển)

◊ Cấy máu (+) 3-11%, VP nghi NTH / do hi độ máu tối

③ Bilan NT

CTM

- ↳ NEU ưu → VT ; LYM ưu → VR ; EOS ↑: Chlamydia Trachomatis
- ↳ TC ↑ (90% case)

2. Mức độ Viêm phổi

WHO VL: thở nhanh

VL nặng: co lõm ngực

VL rất nặng: tím tái, co giật, ko uống đc
liều - khó đánh thức
co lõm ngực nặng
SDD nặng

IMCI 2014

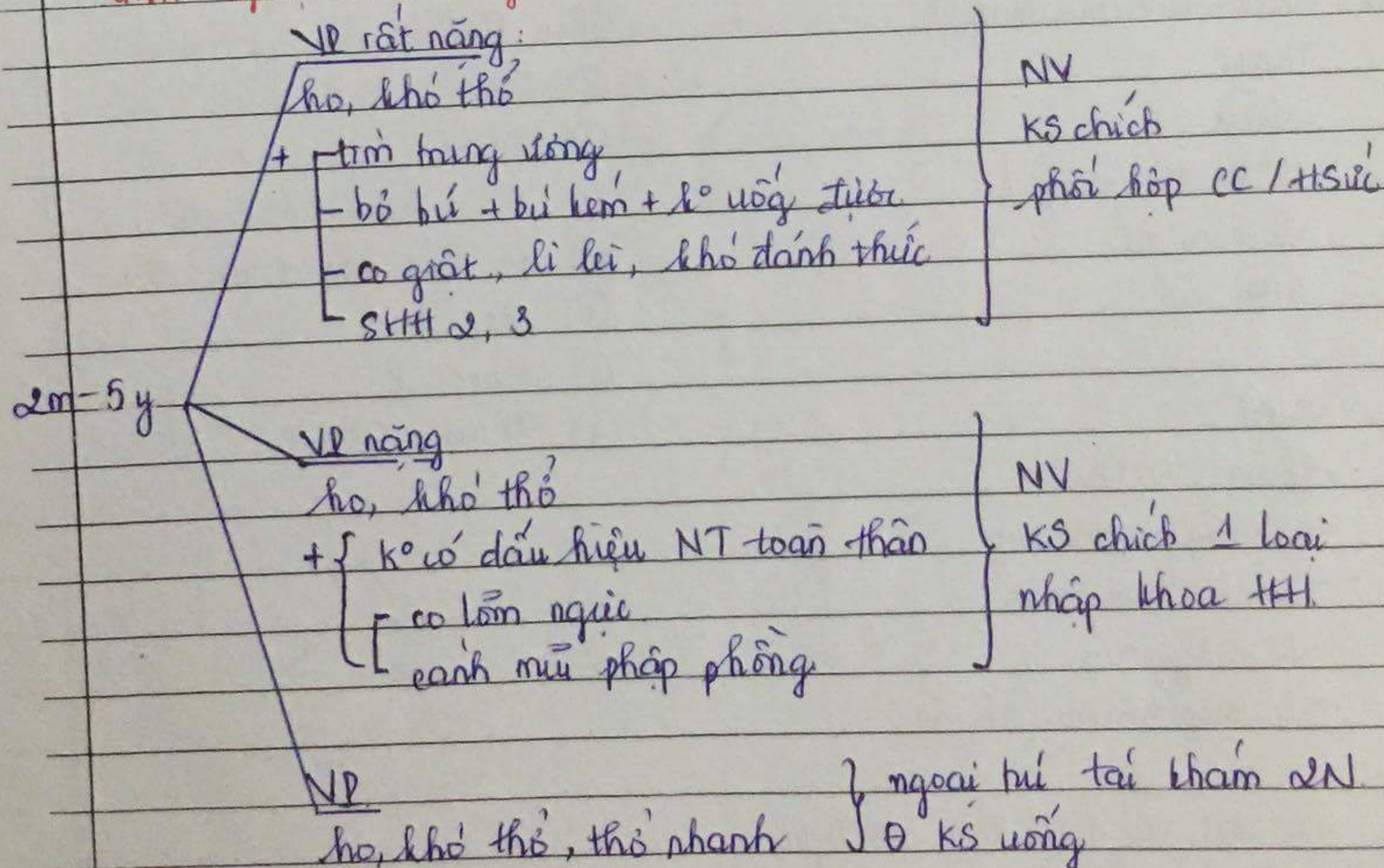
Bệnh rất nặng → có bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào

VL nặng or bệnh rất nặng → bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào
thở sát ở trẻ nằm yên

VL → Rút lõm or thở nhanh

Ho, or cảm lạnh → ko có dấu hiệu nguy hiểm or bệnh rất nặng

Kinh nghiệm lâm sàng



< 2m

- VL nặng
- VL rất nặng

3. Viêm phổi điển hình / k° điển hình ?

VL điển hình

- + khởi phát cấp tính
- + Mệt mỏi, khó thở, đau ngực
- + Sốt cao
- + Ho đàm
- + Rale phổi, giảm phế âm

VL k° điển hình

- + khởi phát từ từ
- + Ớn lạnh, nhức đầu, đau họng
- + Sốt nhẹ
- + Ho dai dẳng, ho đàm
- + Có or k° rale

4. Phân loại

Cấp: NTHH, ho < 30 ngày

Mạn: Ho, or TCLS ≥ 30 ngày

Chẩn đoán < > 2 lần / năm

tử lưu sinh → NV đồ bị ≥ 3 lần

được xác định bởi BS

có TCLS + Xquang

Kéo dài: TCLS, Xquang kéo dài > 1 tháng mà đã ② KS (thay 2 tuần)

5. Biến chứng

Phổi: Cơan dịch / mũ mưng ①

TKMP

Abcess

LC số PQ / mưng ①

VL hoại tử

STHH cấp

Chức năng thận

① STHH

② NTH

③ RL nước - điện giải

④ RL thối bại toàn thân

⑤ Xẹp ①

⑥ Abcess ①

⑦ TKMP, TDMP

khác: VMN

Abcess TKTW

↓ mưng ngoài tim

↓ nốt tâm mạc

↓ xương tủy

↓ khớp nhiễm khuẩn

Hệ thống HIC đi về toàn thân / NTH

HIC tại huyết, ure huyết

6. Bệnh nền kèm theo : (Yếu tố nguy cơ VD tái phát)

SGMD \leftarrow BS: TC gót có trẻ chết sớm

Mắc phải: test nhanh HIV, thuốc LCMID, SDD nặng hơn sở

Trẻ em BS: cao áp phổi ng phát ~~ở~~ thủ phát \rightarrow SÂ tìm

Trẻ em ngược DD-TQ \leftarrow ở ở sữa

vấn minh

khô khê tẻ cón, \uparrow sau bú

\rightarrow SÂ bụng theo dõi trào ngược
khi ăn no

Loạn sản IQ phổi: toàn thể D_2 kéo dài

Loạn xq bất toàn, bất sản sụn

Mất phản xạ ho: hôn mê, bại não

7 Yếu tố thuận lợi của viêm phổi

Như tháng, nhẹ cân, suy dinh dưỡng, thiếu Vit A, k° phòng sốt cũ

Môi trường sống đông đúc, vệ sinh kém, ô nhiễm không khí

Hoàn cảnh kinh tế xã hội thấp

Cho mẹ hút thuốc, khói bụi trong nhà

Thời tiết lạnh

k° biết cách chăm sóc trẻ

ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI

1. Chỉ định nhập viện

Viêm phổi nặng or rất nặng

Viêm phổi thất bại điều trị ngoại trú

nghe có biến chứng

hèm 1 bệnh nặng (TBS, TC cấp, thiếu máu)

dấu hiệu NT nặng về LS or CLS (bị ăn NT, X quang)

không uống được

Sốt $\geq 38.5^\circ\text{C}$, ho kéo dài > 1 tháng

nhả xạ

GD muốn

2. Điều trị ngoại trú: KS uống

2 tháng - 5 tuổi

+ VT thở gấp: phế cầu, H. influenza

+ KS đầu tay: amoxicillin 90mg/kg/ngày chia 3 lần x 2 ngày
augmentin

→ Hẹn tái khám 2 ngày đánh giá đáp ứng kháng.

• LS cải thiện tốt → tiếp tục điều trị đủ 5-7 ngày

• Giảm một phần or không giảm → đổi KS qua lựa chọn thứ 2

• Nặng lên → NV

+ KS thứ hai: CL uống Cefuroxime 30mg/kg/ngày chia 2 lần
Cefaclor

C3 uống Cepodoxime

→ Hẹn tái khám 2 ngày và dặn dò

• LS cải thiện → tiếp tục điều trị đủ thời gian

• LS không cải thiện → đánh giá thất bại KS uống → NV, KS khác

> 5 tuổi

+ Nghi phế cầu → Amoxicillin 90mg/kg/ngày chia 3 uống

+ VK không điển hình → Macrolide - Azithromycin 10mg/kg/ngày x 1 x 5d.

Erythromycin 50 chia 4 lần/ngày x 5-7d

Clarithromycin 15 chia 2 lần/ngày x 7-10d

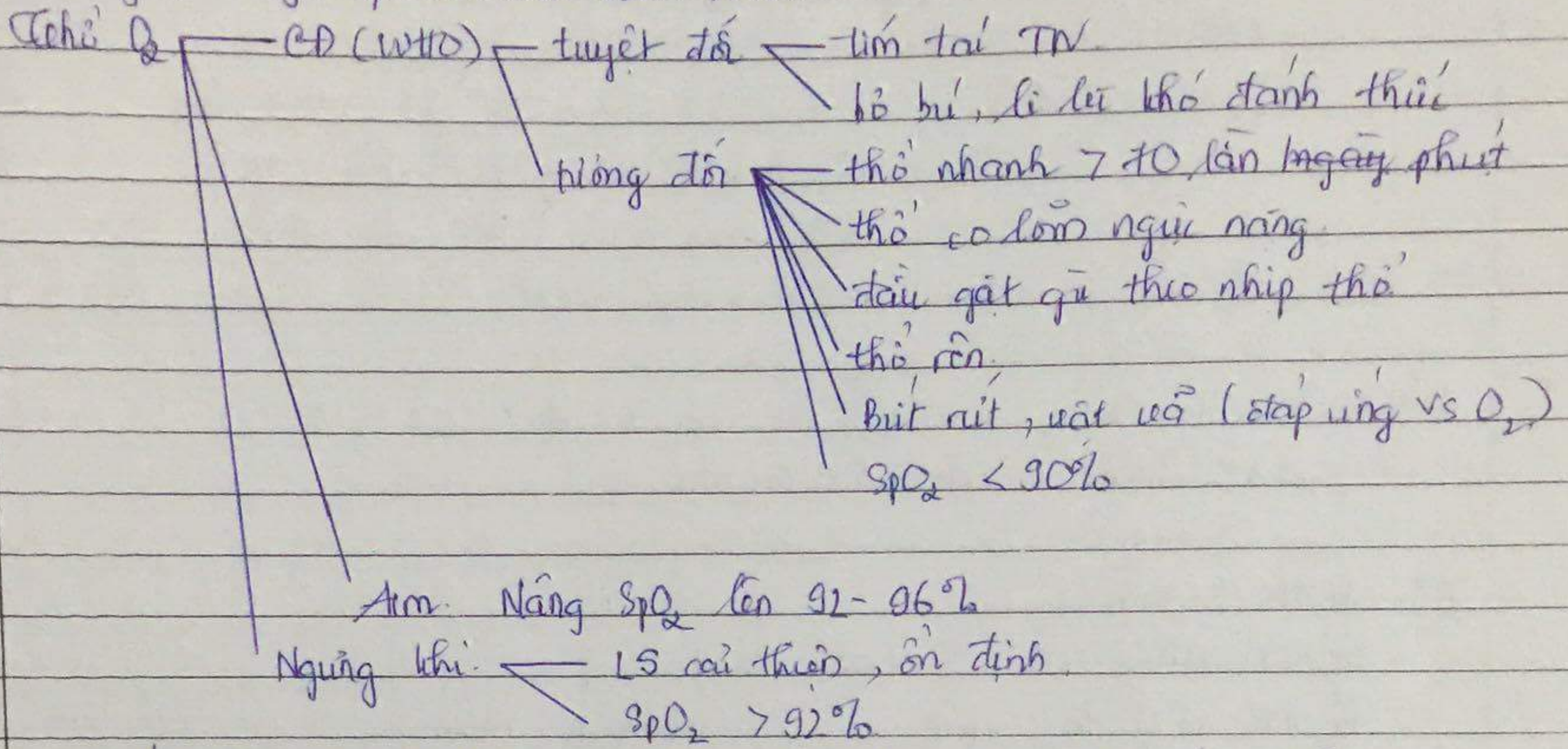
+ kháng Macrolide → quinolone (L)

3. Điều trị nội trú

Hỗ trợ hô hấp

Nằm đầu cao 30°

Thông thoáng đường thở: hút đàm nhớt

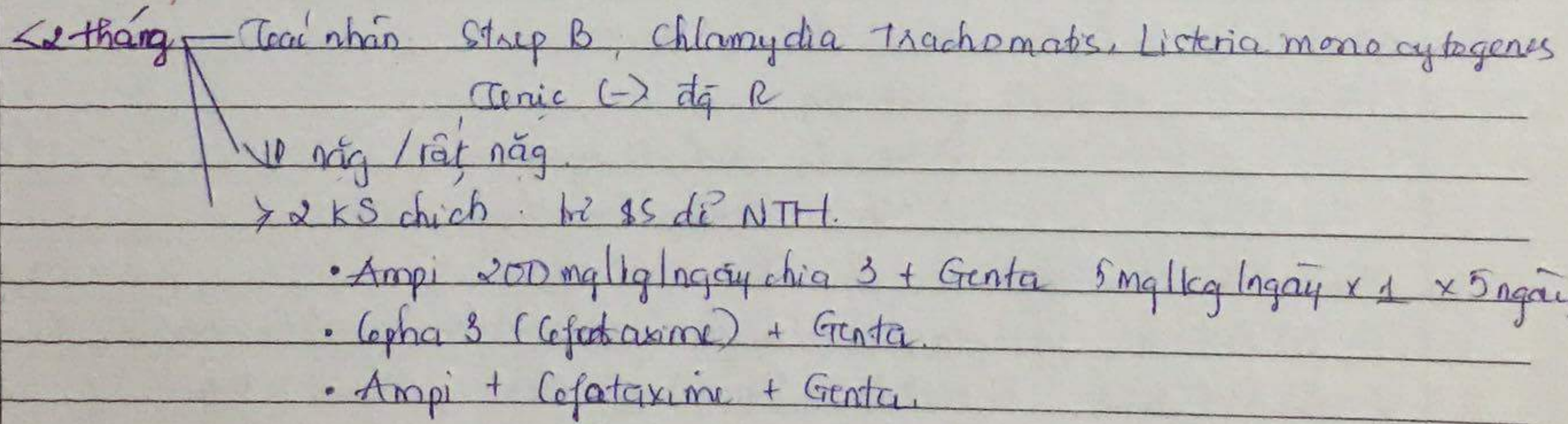


Thuốc dẫn PQ: khi bé khó thở, sút lõm ngực, rate tăng nhanh.

Thuốc loãng đàm: tốt nhất là nước

Vật lý trị liệu: Xquang có xẹp!

Điều trị KS



2 tháng - 5 tuổi

Triệu chứng: Phế cầu, Hib, Tụ cầu, Ho gà, VK ko đ hình.

④ VL nặng: 1 KS chính

• Penicillin G, Ampicillin, C₃ → ít củ, có thể dị ứng → test.

• Bôn: Peni G or Ampi → ko đ củ → C₃.

• C₃ ngay hi đầu — đỡ đượ KS chính kó củ, ko rõ loại

Vũg dịch tế² kháng Phế cầu, Hib

Chứa chứa ngừa, Phế cầu Hib

• Dị ứng β -lactam → Chloramphenicol.

④ VL rất nặng / nặng + NTH (sốt cao, liê đứ, CRP ↑, BC ↑)

→ ≥ 2 KS chính: Cephaz + Genta.

④ VL do tụ cầu.

• HCNT, NĐộc sủ, ↑ nhanh nặng.

Ổ NT: nốt da, viêm, abcess mô mềm.

Genta + Oxacillin

④ VL do VK ko đ hình.

> 5 tuổi

Triệu chứng: Phế cầu, VK ko đ hình, Tụ cầu

Nhập viện + KS chính

VL nặng

VL nặng fail ở ngoại trú

VL có Xquang tổn thq n / kíp 2

Chọn KS ban đầu nhằm vào Phế cầu và ko đ hình.

④ Phế cầu: β -lactam, nếu dị ứng β -lactam → Chloramphenicol.

④ ko đ hình: Macrolide → Quinolone, Tetracycline (> 8 tuổi)

→ thq đượ G chính + Macro (u)

Nếu ngoại trú đỡ đượ Macro → ko đượ nq.

④ Tụ cầu: Oxacillin

đánh giá đáp ứng vs KS chích sau 48-72h

- ① Tốt - Công lực đầu: BC / CRP cao / thấp
XQ: tổn thương / ít
LĐ: hết sốt, hết khó thở, ko BC
Tổng tlg Đ: 10-14 ngày
Chích 5-5 ngày → đố sag KS uống uống loại.

- ② Bất 1 phần, ko tốt: em ho, cơn sốt,
KS đố 5-7 ngày → đánh giá lại

CTM, CRP

Xquang

LS

→ qđinh đố KS

→ nếu ko giảm

→ Δ VP fail Đ KS / VP ko đố Đ

- ③ Bệnh nặng lên → Xđ nguyên nhân

Nguyên nhân đố kèm / ko đố

- ① VP có BC

+ đlgia dựa vào LS + CLS

+ Xquag sau 1w: tổn thg mới / thay đố nhữg nghi ngờ BC → chụp ngay

+ đố KS → Đ BC

- ② đố đố nhân, nhữg VK khác C.

+ LS ko nặng lên → Xquag → đố KS

+ LS nặng lên → đố ngay

+ đố rừu khác C₃ → Vancomycin 10mg/kg / liều x 4 liều

pha Dextrose 5% + 3ml/kg

bổm bryn TMC 3ml/kg / giờ

+ Gr(-) khác C₃ → Quinolone (Cefepime 400mg 10mg/kg / ai x 2 ai
pha quốg hên)

- ③ bệnh đố kèm

SIGN - BS

mắc phải - test HIV.

Chăm BS

GERD

④ k° đượ tác nhân / bô nhiễm

✓ k° đ hình, siêu vi, NTB, lao...

→ Xquag lại → VNô tìm tác nhân

→ tở KS

⊕ Gr (+) Vancomycin

⊕ Gr (-) Quinolone

⊕ k° rō → Vanco + Quino

⊕ NTB: E. coli, Klebsella, Pseudomonas → Ceftriaxone

⊕ Lao: bítan lao (VS, INR, BK dịch dd 3 lần, CT ngày).

⑤ k° phỏ VD

- thườ sỏ phỏ, phỏ biế h, thỏat vi hoỏnh

Xquag k° thay đổ gđ khi 0 KS → CT-scan

+ Điều hị BC

+ Điều trị hỏ thỏ.

4. Phòng ngừa

- Chườg ngừa đầ đầ

- Tránh xúc vs ng cỏm cỏm

Tránh hút thuốc, khỏ bụi hong nhỏ.

Bu' me

Giữ cỏm

Rủa tay thườg

