

**CASE VIÊM MÀNG NÃO MỦ**  
**GIẢNG VIÊN BS NGUYỄN THUY MINH THU**  
**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

*In nghiêng là phần giảng viên giảng. Còn lại giảng viên đồng ý*

**1. Hành chánh**

Họ tên: Giới: nam

Sinh ngày 30.12.2019

Địa chỉ: Long Thuận, Long Điền, An Giang

Nhập viện: 20h- 8.3.2020

2 Lý do nhập viện: Sốt

**3. Bệnh sử:**

Bệnh 6 ngày

N1- N2 sốt --> điều trị Bs tư, không giảm

N3-N5: nhập bv Huyện Nhơn Trạch, không rõ chẩn đoán, điều trị thuốc uống ◇ không giảm

N6: sốt cao liên tục 39-40 độ C --> nhập viện Nhi Đồng 2

Trong 6 ngày bệnh trên: bé vẫn bú được, ít chơi hơn, không co giật, không ho, không ói, tiêu tiểu bình thường

**4. Tiền căn**

Tiền căn bản thân: con 2/2, sinh mổ vì vết mổ cũ, đủ tháng, sau sinh ở với mẹ ngay, chưa nhập viện lần nào

Tiền căn gia đình: không ghi nhận bệnh lý

**5. Tình trạng lúc nhập viện**

Tỉnh, môi hồng, mạch rõ, chi ấm, tim đều, phổi thô, bụng mềm, thóp phồng, không ban tay chân

DHST: Mạch 170 l/p, Nhiệt độ 38,5 độ C, nhịp thở 40 l/ phút, Huyết áp: không đo, Cân nặng 6kg, chiều dài 60cm

**GIẢI CASE LÂM SÀNG**

*In nghiêng là phần giảng viên giảng  
Còn lại giảng viên đồng ý*

## **1. Tóm tắt bệnh án (nêu những triệu chứng cơ năng và thực thể quan trọng)**

Bệnh nhi nam 2 tháng 9 ngày tuổi, nhập viện vì sốt 6 ngày.

- (1) Triệu chứng cơ năng

+ Sốt cấp tính, cao liên tục 39-40 độ, điều trị bệnh viện huyện không giảm.

+ Bú được không co giật không ói (em có nên ghi vô không ?)

- (2) Triệu chứng thực thể

+ Bé tỉnh môi hồng mạch rõ chi ấm

+ Sinh hiệu: Mạch 170l/ph - HA không đo – Nhiệt độ 38.5 độ C – Nhịp thở 40l/ph

+ Cân nặng 6kg chiều dài 60cm

+ Thóp phồng

## **2. Đặt vấn đề (nêu hội chứng)**

- Sốt cấp tính

- Hội chứng màng não

## **3. Chẩn đoán sơ bộ**

- Viêm màng não mủ.

*(1) Tại sao mình đưa viêm màng não mủ lên làm chẩn đoán sơ bộ*

*- Nếu như bệnh nhân có co giật rồi loạn ý thức thì co giật là giai đoạn trễ.*

*- Rối loạn ý thức chẩn đoán khó ở em bé nhỏ. Chỉ lừ đừ li bì thôi, khóc nhiều ít chơi*

*- Bệnh bé này có ít chơi hơn cái này có quan trọng không ?*

*(2) Phổi thô ?*

*+ Thực ra khi mình biện luận mình có hai thời điểm.*

- + Thời điểm lúc nhập viện và lúc khám.
- + Lúc nhập viện triệu chứng cơ năng của bệnh nhân là bệnh sử: Khai sao ghi như vậy. Triệu chứng thực thể mình ghi hồ sơ bs khác khám.
- + Khi mình khám, sẽ có diễn tiến sau nhập viện làm bệnh sử. Còn thực thể là cái mình khám.
- + Tại thời điểm nhập viện thì mình chưa rõ phổi thô là cái gì, nhưng sau đó mình khám thì cần để ý cái này.
- + Có nhiều cái rất ẩn ở em bé nhỏ nên đây là chẩn đoán phân biệt cần đặt ra thêm. Viêm đường hô hấp trên thì có thể đưa vô viêm màng não
- Nghĩ con vi trùng gây là viêm phổi và viêm màng não mủ. Thông tin này (1)

#### **4. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm màng não siêu vi (2)
- Viêm não màng não (1)
- Viêm phổi (3)

*Lưu ý cơ địa trẻ 2 tháng sốt liên tục rất ít nghĩ siêu vi đầu. Dịch não tủy cần làm thêm PCR dành cho siêu vi*

#### **5. Đề nghị cận lâm sàng**

- CTM, CRP, cấy máu
- Siêu âm xuyên thóp
- Nếu Sa thóp bình thường → Chọc dò dịch não tủy: Sinh hóa, tế bào, vi khuẩn, PCR siêu vi (Viêm não nhật bản, EB, HSV ...)
- Glucose ion đồ cùng lúc với chọc dò
- AST ALT Bun Cre
- Xquang phổi

### - Tổng phân tích nước tiểu

(1) Nếu mình làm glucose ion đồ cùng lúc chọc dò thì là chẩn đoán viêm màng não. Còn nếu mình bấm đường bất kỳ ngay lúc nhập viện thì do mình sợ hạ đường huyết.

(2) Ngay thời điểm nhập viện có dấu hạ đường huyết không ?

- Chưa cần bấm đường → Đường này là đường khi chọc dò.

(3) Xét nghiệm dịch não tủy

- TB:

+ Có viêm hay không viêm.

+ Tăng HC trong xuất huyết hoặc là giãn mạch.

+ Tăng BC trong viêm. Do vi trùng thì chủ yếu Neutrophil. Do siêu vi thì chủ yếu là Lymphocyte. Có vi khuẩn đặc biệt là vi khuẩn nhưng tăng Lympho là lao

- Sinh hóa

+ Protein > 0.4mg/dl viêm dữ nghĩ tới vi trùng

+ Chỉ số đường: Đường dnt/máu mà <0.5 thì nghĩ nhiều tới vi trùng lao hoặc vi trùng thường. Đường dnt.máu >0.5 thì nghĩ siêu vi

+ Chỉ số lactate: Tăng trên 4 trong vi khuẩn và đặc biệt vi khuẩn này là kỵ khí vì vi khuẩn này kh có kreb, glucose sẽ theo đường yếm khí đưa ra lactate → Tăng lactate trong dịch não tủy là vi khuẩn kỵ khí. Vi khuẩn hiếu khí thì lactate không tăng vì nó cũng có kreb. Siêu vi cũng không tăng.

- TB học: Vi khuẩn

+ Có nhiều cách thực hiện tế bào học

+ Latex là xn ngưng kết kháng nguyên, chỉ cho biết 4 tác nhân phế cầu não mô cầu hib và ecoli. Đối với tác nhân khác không cho mình thấy → giới hạn. Lợi ích là nhanh trong 4 giờ.

+ Soi là rõ gram âm gram dương, định hướng chẩn đoán. Nhuộm Nelson cho lao → Phổ rộng hơn nhưng thời gian lâu hơn.

+ XN tốt nhất là cấy (chuẩn vàng) định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ. Nhưng sẽ âm tính khi đánh kháng sinh trước.

- Đầu tay là (1) tb (2) sinh hóa → vi trùng hay siêu vi. Tiếp sẽ làm latex cho nhanh, cấy bắt buộc rồi

## **6. Xử trí lúc nhập viện (Y lệnh thuốc, theo dõi và dinh dưỡng)**

- (1) Kháng sinh: Ampicillin + Cefotaxime + Gentamycin
  - + Cefotaxime: 200mg/kg/ngày, chích tĩnh mạch, chia 4 lần.
  - + Ampicilline: 200mg/kg/ngày, chích tĩnh mạch, chia 4 lần.
  - + Gentamycin 5 mg/kg/ngày, chia 3 lần, pha trong dung dịch glucose 5%, truyền tĩnh mạch trong 30 phút mỗi lần. → Tiêm bắp ?
- (2) Hạ sốt:
  - + Paracetamol 10 – 15 mg/kg/lần × 4 – 6 lần/ngày
  - + Lau mát khi nhiệt độ >38.5oC
- (3) Dinh dưỡng: Chăm sóc cấp II – 3 tháng sữa mẹ
- Theo dõi
  - + Lâm sàng: Đo vòng đầu mỗi ngày, cân nặng, sinh hiệu và các dấu hiệu thần kinh
  - + Cận lâm sàng: Chọc dịch não tủy lại sau 48h

### *Y lệnh*

- Gồm 4 phần. Y lệnh về xét nghiệm (1) điều trị (2) theo dõi (3) dinh dưỡng (4)
- Thực tế cho y lệnh điều trị trước khi có kết quả xét nghiệm. Sau đó sẽ chỉnh sửa lại.
- Kháng sinh: Ampicillin Cefotaxime Vancomycin. Sơ sinh Cefotaxime Trẻ lớn Ceftriaxone.
- + Cefo 200mg/kg 1.2
- Dinh dưỡng

+ Bú mẹ theo nhu cầu vì bé vẫn đang bú được

+ **TALNS thì dinh dưỡng chú ý cái gì ? Hạn chế dịch nhập, lượng dịch vô chỉ khoảng 2/3 nhu cầu cơ bản.** Có những Th sau. Làm đường huyết hạ đường huyết, hạn chế dịch nhập kh cho em bé bú thì phải nuôi ăn tĩnh mạch hoặc sonde dạ dày bơm sữa qua sonde và kiểm tra đường huyết. Giới hạn dịch nhập nhưng vẫn phải đảm bảo năng lượng cho em bé → Cần theo dõi đường huyết

- Theo dõi

+ Lâm sàng: Sinh hiệu, đo vòng đầu mỗi ngày,

+ Cận lâm sàng: Đường huyết, dịch não tủy sau 48h

bệnh án vmn y6.pdf - Foxit Reader

File Home Comment View Form Protect Share Connect Help Extras Find

Tools: Hand, Select, Snapshot, Clipboard, Fit Page, Fit Width, Actual Size, Fit Visible, Reflow, Rotate Left, Rotate Right, Typewriter, Highlight, From File, From Scanner, From Clipboard, Blank, PDF Sign, Link, Bookmark, File Attachment, Image Annotation, Audio & Video

Start bệnh án vmn y6.pdf 福昕PDF转Word

### 6 Diễn tiến từ lúc nhập viện đến lúc khám (8.3 → 12.3.2020)

Em còn sốt cao liên tục, li bì từ 8.3.2020 đến 12.3.2020

Các kháng sinh đã được dùng

Ceftriaxone 100mg/kg/ngày x 2 ngày (từ 8.3→9.3.2020)- thay bằng Meropenem 120mg/kg/ngày (từ ngày 10.3.2020 đến 12.3.2020)

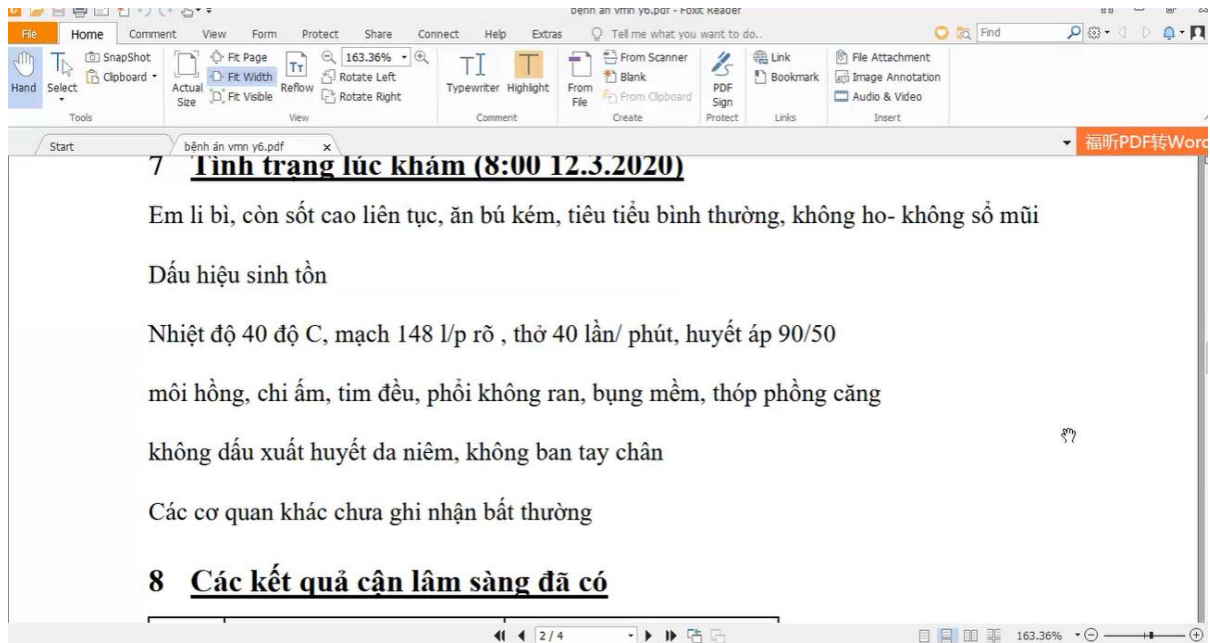
Amikacin 15mg/kg/ngày x 5 ngày (từ 8.3.2020 → 12.3.2020)

Vancomycin 60mg/kg/ngày x 5 ngày ((từ 8.3.2020 → 12.3.2020)

### 7 Tình trạng bệnh nhân (8.3.2020)

01:11:50

2 / 4 163.36%

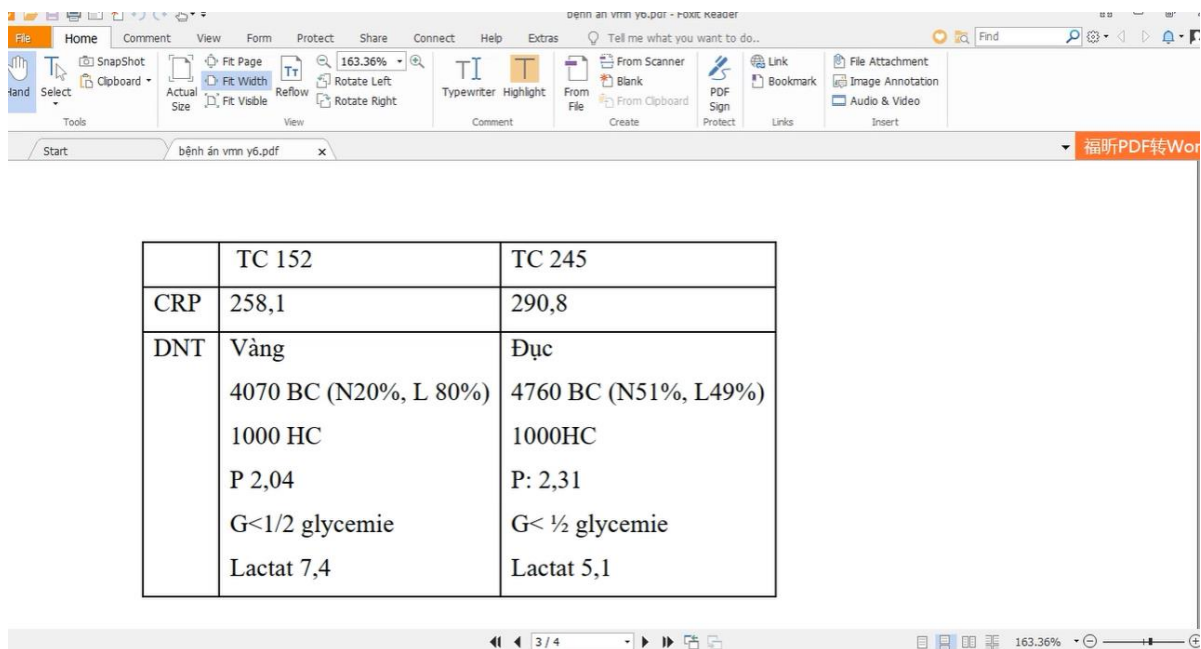
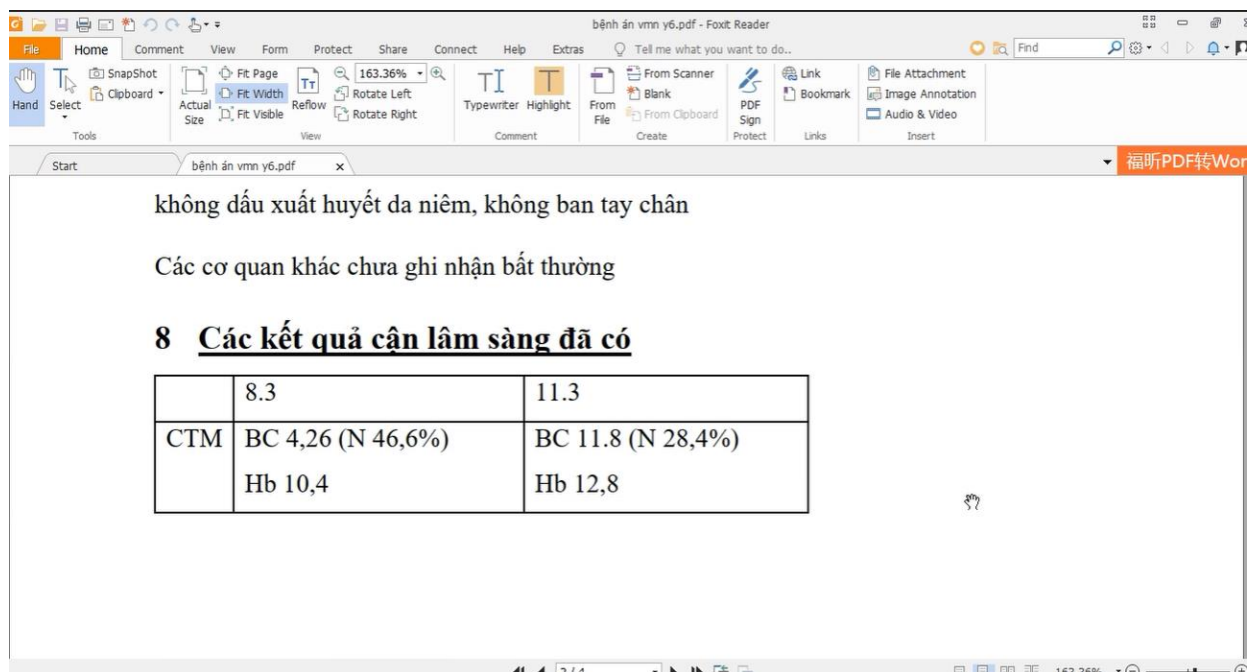


**@VUONGYDS**  
**TIẾP CẬN NHI KHOA**  
**DRAFT VERSION**

Một sản phẩm của team  
[Youtube.com/VuongYDS](https://www.youtube.com/VuongYDS).

Tài liệu được thực hiện  
bởi những bạn sinh viên  
nên không tránh khỏi sai  
sót. Mong người đọc tự  
đánh giá nội dung. Xin  
chân thành cảm ơn.

Saigon 2020.





bệnh án vmn y6.pdf	
4070 BC (N20%, L 80%) 1000 HC P 2,04 G<1/2 glycemie Lactat 7,4	4760 BC (N51%, L49%) 1000HC P: 2,31 G< ½ glycemie Lactat 5,1

Siêu âm thóp (8.3) bình thường

TPT N tiểu (8.3) bình thường

chưa có kq cấy máu và DNT

*Chị share lại phần biện luận dịch não tủy khi này để các bạn biện luận cho dễ.*

	trong	Mờ	Mủ	máu
Tế bào	Bạch cầu tăng ưu thể lymphocyte	Bạch cầu tăng	Bạch cầu tăng: Ưu thể neutrophil	Hồng cầu tăng
Sinh hóa	Protein: bình thường (<0,4) Đường > ½ đường máu Lactat: bình thường (<4)		Protein: tăng (>0,4) Đường < ½ đường máu Lactat: tăng (>4)	Protein: bình thường (<0,4) hoặc tăng Đường > ½ đường máu Lactat: bình thường (<4)

Lưu ý:

- viêm màng não lao: tế bào giống viêm màng não nước trong + sinh hóa giống viêm màng não mủ

*Chẩn đoán xác định*

- Viêm màng não mủ

- Có duy nhất một duy trùng làm **lympho tăng lên là lao hoặc viêm màng não mủ**  
**cụt đầu là đã điều trị rồi**

+ Dịch não tủy đường giảm đạm tăng lactate tăng, tb lymphocyte thì yêu cầu nhuộm Nelson để loại vi khuẩn lao ngay đó.

+ Nếu không phải lao thì là do vi trùng khác. Bên bệnh viện nghĩ phé cầu nên họ chích vancomycin. Tuy nhiên sau khi chích không đáp ứng gì hết. Chọc dò CRP vẫn tăng BC vẫn tăng → Viêm màng não mủ kém đáp ứng điều trị

+ Phải tìm hiểu coi tại sao viêm màng não mủ kém đáp ứng điều trị như thế ? (1) Có thể do phổ kháng sinh không đúng → Thêm Rifapicin (2) Chụp lại CT coi có biến chứng gì không mà kháng sinh không vô được, tìm tụ dịch hay tràn dịch không (3) HIV cơ địa suy giảm miễn dịch, nhớ có thì có tác nhân hiếm như nấm mình cần đánh kháng nấm.

+ Tóm lại (1) Rifapican trong phé cầu kháng thuốc (2) CT tụ dịch tràn dịch tụ mủ thì phải dẫn lưu chứ ks không vô được ổ mủ (3) HIV coi cơ địa suy giảm miễn dịch nhiễm tác nhân hiếm gặp → Đổi chiến lược điều trị, vì nó không đáp ứng kháng sinh thường như nấm, ký sinh trùng.

- Chưa loại được suy giảm miễn dịch chưa dùng Dexamethasone.

+ Nếu một bé bình thường khám thấy tăng áp lực nội sọ . Thì có dùng kh ?

+ Có nhiều cách như thở oxy nằm đầu cao giảm dịch nhập. Cái này không xâm lấn.

+ Thuốc thì HiB mới dùng Dexa, khác thì NaCl 3% ưu trương hoặc manitol lợi niệu thẩm thấu.

+ Điều quan trọng là có TALNS kh rồi