CBL-SUY HÔ HẤP-BS DAO

Bé gái, 40 tháng tuổi nhập viện vì khó thở. (chị cho xem clip bé thở)

Những triệu chứng bạn khám được ở bệnh nhi trên là gì

Bé tỉnh, có tiếp xúc được, không quá bứt rứt => bé hơi bất thường xíu

Appearance: không tím, nhìn cũng không cấp cứu lắm, nếu cặp thì SpO2 không dưới 80% đâu

Breathing: thở nhanh, thở co kéo, còn thở ngực bụng nghịch thường thì không rõ ràng (vì ở em bé tư thế ngồi bụng dội ra phía trước nên triệu chứng này không phải đặc trưng của thở bungj ngực nghịch thường). Thì thở ra kéo dài, I/E ít nhất là 1:2 hoặc 1:2,5 (đối với những ca tắc nghẽn hô hấp dưới thường I/E khoảng 1:2 hoặc 1:3).

Circulation:

* Bệnh nhân có suy hô hấp tuần hoàn, cần kích hoạt cấp cứu và gắn monitor theo dõi

Theo quy trình tiếp cận PALS, bạn sẽ thực hiện gì tiếp theo cho bệnh nhân này?

Câu hỏi này chị đi qua nhanh vì đã học thầy Luân rồi.

A picture containing graphical user interface

Description automatically generated

Khí trời: SpO2 88%, ,mạch 180L/p

Oxy canula: SpO2 95%, Mạch 170 l/p

Câu 3: cần xử trí gì tiếp theo? Giải thích

A picture containing diagram

Description automatically generated

Đường thở bệnh nhân không tắc, nhưng nói thông thoáng hay hẹp thì chưa biết

Hô hấp: thở nhanh, thở co lõm ngực, kéo dài thì thở ra, SpO2 <94%

Tuần hoàn: nhịp tim 180 L/p , sau khi thở oxy còn 170l/p cũng nhanh theo tuổi

Câu 4: phân loại nhóm nguyên nhân suy hô hấp cho bệnh nhi này? Kết luận những vấn đề của bệnh nhân sau khi tiếp cận ban đầu theo PALS và xử trí tương ứng?

Graphical user interface, table

Description automatically generated

Dù là tắc nghẽn hô hấp hay bệnh nhu phổi thì mình cũng phải cung cấp oxy, với mức độ suy hô hấp này mình chỉ cần cung cấp Oxy lưu lượng thấp mà thôi.

Nếu tắc nghẽn hô hấp dưới do hen thì phun GPQ, nếu dị vật đường hô hấp bỏ quên thì lấy dị vật, nếu do sốc phản vệ thì dùng Adrenalin

Table

Description automatically generated

Câu 5: cần làm gì để tim nguyên nhân cho bệnh nhân này?

Phải hỏi bệnh sử mới biết được: Đối với suyển và phản vệ thì bệnh cảnh khác nhau. Với phản vệ thì xảy ra đột ngột, diễn tiến nặng đột ngột sau khi tiếp xúc dị nguyên, đặc biệt là dị nguyên dễ gây phản vệ, gần đây cần để ý vaccin.

Text

Description automatically generated

Timeline

Description automatically generated with low confidence

Timeline

Description automatically generated

Nghĩ tắc nghẽn hô hấp dưới thì bắt buộc chụp X quang

X-ray of a person's face

Description automatically generated with medium confidence

Tăng sáng 2 phế trường, ứ khí trên vòm hoành, khoang liên sườn 2 bên giãn rộng => phù hợp với hen

Đối với dị vật đường thở bỏ quên thì ứ khí khu trú, có vùng không ứ khí, khám thì dễ bị lầm là ran ngáy lan tỏa hai bên vì lồng ngực bé nhỏ mà ống nghe thì to. Nên mình dễ chẩn đoán thành suyễn, lúc đó mình điều trị phun khí dun, Mg sulfate, mà bệnh nhân không đáp ứng, suy hô hấp nặng lên, phải đặt nội khí quản. Nên đây là 1 ví dụ về chẩn đoán lầm và điều tị lệch hướng làm bé chịu những điều trị nặng nề, nếu mình phát hiện ra sớm thì mình hổi chẩn tai mũi họng gắp dị vật ra là bé ổn.

Câu 6: Nguyên nhân tắc nghẽn hô hấp dưới của bệnh nhân là gì? Bạn hãy điều trị cấp cứu theo nguyên nhân?

Thở oxy qua canula ở bệnh nhân này 4l/p hay 6 cũng được hết.

Ventolin: liều phụ thuộc cân nặng là 0,15mg/kg, tối thiểu 2,5mg, max 5mg => bệnh nhân này cần 2,5mg

Combivent 2,5mg/2,5mL

Budesonde (Pulmicort 1mg/2mL, hoặc 0,5mg/2mL)

Thực tế ngta phổi hợp Budesonde vào combivent vào cữ thứ 1 và 3

Hydrocortisone 5mg/kg, hoặc Methylprednisolon 1-2mg/kg (thường dùng 1)

Nếu hen cơn nặng và bội nhiễm thì phải cho thêm kháng sinh

Diagram

Description automatically generated

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Table

Description automatically generated

Graphical user interface, text

Description automatically generated with medium confidence Diagram, text

Description automatically generated Graphical user interface, text, application

Description automatically generated with medium confidence Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Bệnh nhân suy hô hấp cần đạt 80-100mmHg.Nếu dưới 80mmHg thì tăng lên, nếu trên 100mmHg thì giảm xuống. Để đơn giản,nếu cần tăng O2, thì nếu bn đang thở Canula thì mình tăng FiO2, nếu bn đang thở CPAP thì mình có thể tăng PaO2 bằng cách tăng áp lực chứ không phải chỉ tăng O2. Bn thở máy thì có những cách là tăng PaO2…(mở sách ra )

Bệnh nhân này có thể giữ hoặc giảm xuống xíu.

Khí máu này có toan chuyển hóa: Toan chuyển hóa là hậu quả của 1 đoạn trước đó (trước nhập viện, trước thở oxy) nên thiếu oxy có thể làm toan chuyển hóa. Còn PaO2 100mmHg này là mới thôi, toan chuyển hóa cải thiện từ từ, chưa về bình thường nhanh vậy đâu, cơ thể cần bù trừ qua hệ đệm, nhanh nhất là hô hấp, hệ đệm trong máu, và thận.

Còn PaO2 cải thiện rất nhanh và tức thì, nhưng toan chuyển hóa thì cải thiện sau.

Vì sao không có toan hô hấp: hệ hô hấp điều hòa CO2 nhanh nhất, đến H+, sau đó O2. Với bệnh nhân này khi tắc nghẽn thì CO2 chưa kịp tăng, mà O2 đã giảm => kích thích trung tâm điều hòa hô hấp ở thân não, kích thích hệ tk ở xoang cảnh => kích thích thở nhanh, gây tăng thông khí, nên CO2 thải ra ngoài nhanh, nên CO2 không tăng. Nên trong xuyển nhẹ trung bình nhiều trường hợp CO2 không tăng mà còn thấp nữa. Còn xuyễn nặng, phế âm mất dần, ran ngáy khó nghe, nghĩa là diễn tiến SHH tăng dần, Co2 không thải tối được , dù có thở nhanh. Hen mà thử khí máu ra CO2 tăng thì hen này chuyển sang gđ sau rồi.