

**CASE VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN**  
**GIẢNG VIÊN BS CAO PHẠM HÀ GIANG**  
**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**LÝ DO NHẬP VIỆN**

Bé gái sinh ngày 12/10/2019 (tới nay là 6 tháng tuổi) nhà ở Đồng Nai. Nhập viện vì khò khè, bệnh 2 ngày.

*Chị chỉ cho lý do nhập viện, sau đó hỏi các em muốn hỏi khám gì thì chị nói. Phía dưới là những thông tin các bạn tự đặt câu hỏi và chị trả lời.*

**BỆNH SỬ**

- Sổ mũi → Ho → Khò khè trong 2 ngày
  - Ho, không có khạc đàm ra
  - Không sốt
  - Khò khè, cả ngày, không thay đổi theo tư thế
  - Tay chân không lạnh, không tím
  - Tiêu ít hơn bình thường
  - Quấy khóc hơn bình thường
  - Bú ít hơn: Ngày tầm 900ml, bú bình
- Khám tại BV Nhi đồng 2
- Chẩn đoán không rõ
  - Thuốc Erythromycin 250mg 1/2g x 3
  - Có phun khí dung ở bệnh viện, về nhà không phun

**TIỀN CĂN CÁ NHÂN**

*[Tự nghĩ] Bản thân: Theo thứ tự thời gian Sinh đẻ → Dinh dưỡng → Chứng ngứa → Tâm vận → Bệnh tật. Nhớ đơn giản: Sinh xong thì được lấy máu xét nghiệm rồi cho cho bú, sau đó tiêm lao ngay, lớn tốt không dị ứng bệnh tật gì.*

**- Sản khoa:**

- + Sức khỏe mẹ khi mang thai
- + Con thứ mấy
- + Đủ/non/già tháng (tuần tuổi thai), sanh thường/mổ/hút/kèm: Nếu có thì

lý do gì ?

+ Cân nặng lúc sanh, sau sanh có khóc/ngạt? Apgar?

+ Chăm dưỡng nhi bao lâu? Có thở oxy qua cannula/NCPAP/thở máy?

**- Dinh dưỡng?**

+ Bú mẹ / Sữa công thức

+ Ăn dặm

+ Chế độ ăn trước khi bệnh / trong khi bệnh

**- Chủng ngừa:** trong và ngoài chương trình TCMR

- TCMR: Lao, BH, HG, UV, HiB, VGB (Quinvaxem), BL, Sởi

- TCDV: Rotarix, Cúm, Sởi-Quai bị-Rubella, Thủy đậu, VNNBB, VGA, Pneumo 23, Meningo AC, Typhim, Cervarix/Gardasil

**- Phát triển thể chất, tâm thần, vận động?**

+ Có chậm phát triển về thể chất, tâm thần, vận động hay không

**- Dị ứng:** thuốc, thức ăn, khác

**- Bệnh tật:** nội/ngoại khoa, cấp/mãn tính, bẩm sinh/mắc phải, điều trị thế nào?

Kết quả ra sao?

*Ca này*

- Sản khoa ? Con 2 CNLS 2kg sinh 34 tuần

+ Con thứ mấy: Thứ 2

+ Đủ tháng hay non tháng ? 34 tuần

+ Lý do sanh non: Ngôi mông

+ Cân nặng lúc sanh ? 2kg

+ Nằm dưỡng nhi bao lâu ? Nằm viện sơ sinh thở oxy cannula sau chiều đèn 1 tuần. Chưa ghi nhận bất thường khác.

- Chủng ngừa:

+ TCMR: Lao, VGB, 1 mũi 5 trong 1

+ Thiếu bại liệt

- Phát triển tâm vận: Biết lật, chưa nói được

- Dinh dưỡng hiện tại

+ Ngày 8 cữ sữa mỗi 3 tiếng, 120ml mỗi cữ.

+ CN 7.5kg CC 63cm

- Bệnh tật gì không ? Chưa từng nhập viện

- Chưa tc dị ứng thuốc thức ăn

# LỊCH TIÊM CHỦNG THƯỜNG XUYÊN

Theo quyết định số 845/2010/QĐ-BYT ngày 17/03/2010 của Bộ Y tế, từ năm 2010, lịch tiêm chủng thường xuyên trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng áp dụng như sau:

STT	Tuổi của trẻ	Vắc xin sử dụng
1	Sơ sinh	- Tiêm vắc xin Viêm gan B (VGB) mũi 0 trong 24 giờ đầu sau sinh - Tiêm vắc xin BCG Phòng bệnh lao
2	02 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 1 (vắc xin 5 trong 1) - Uống vắc xin bại liệt lần 1
3	03 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 2 - Uống vắc xin bại liệt lần 2
4	04 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 3 - Uống vắc xin bại liệt lần 3
5	09 tháng	- Tiêm vắc xin sởi mũi 1
6	18 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván mũi 4 - Tiêm vắc xin sởi - rubella (MR)
7	Từ 12 tháng tuổi	- Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 1 - Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 2 (hai tuần sau mũi 1) - Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 3 (một năm sau mũi 2)
8	Từ 2 đến 5 tuổi	- Vắc xin Tả 2 lần uống (vùng nguy cơ cao) (lần 2 sau lần một 2 tuần)
9	Từ 3 đến 10 tuổi	- Vắc xin Thương hàn tiêm 1 mũi duy nhất (vùng nguy cơ cao)
<b>Vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ</b>		
<b>Phụ nữ có thai; nữ tuổi sinh đẻ</b>		- Tiêm càng sớm càng tốt khi có thai lần đầu hoặc nữ 15-35 tuổi ở vùng nguy cơ mắc UVSS cao.
		- 1 tháng sau mũi 1
		- 6 tháng sau mũi 2 hoặc trong thời kỳ có thai sau
		- 1 năm sau mũi 3 hoặc trong thời kỳ có thai sau
		- 1 năm sau mũi 4 hoặc trong thời kỳ có thai sau

*Dự án TCMR*

## TIỀN CĂN GIA ĐÌNH

*[Tự nghĩ] Gia đình: Dự ứng, bệnh lây và bệnh kh lây*

### - Bệnh lý của anh chị em ruột, cha mẹ:

+ (1) Dự ứng (hen, VX, VMDU, chàm...)

+ (2) Bệnh lây: bệnh truyền nhiễm

+ (3) Bệnh không lây: bệnh di truyền

*Ca này*

- Ba hay hút thuốc lá
- Đứa đầu khò khè, được chẩn đoán hen suyễn
- + Đứa đầu mấy tuổi, chẩn đoán, điều trị ổn kh ?
- + ND2 năm 1 tuổi
- + Lâu lâu cũng kho khè

## **KHÁM**

*[Tự nghĩ] Tổng quát và Khám vùng*

### **1) Tổng quát**

- Cân nặng: kg, chiều cao: cm, đánh giá dinh dưỡng
- Tính diện tích da: Mosteller:  $BSA (m^2) = \sqrt{\frac{\text{cân nặng kg} \times \text{chiều cao cm}}{3600}}$
- Sinh hiệu: mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở
- Da niêm, lông, tóc, móng
- Hạch bạch huyết

### **2) Khám vùng**

- Đầu mặt cổ - Mắt - Tai mũi họng
- Ngực: tuần hoàn, hô hấp
- Bụng: gan mật, tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục
- Tiết niệu sinh dục
- Thần kinh, cơ xương khớp tứ chi

### **3) Yêu cầu**

- Khám đầy đủ theo thứ tự từ trên xuống dưới
- Khám đầy đủ theo thứ tự nhìn sờ gõ nghe

*Ca này*

- Tỉnh môi hồng chi ấm mạch rõ
- M 150l/ph NT 52l/ph Nhiệt độ 37.2 độ SpO2 95%
- CN 7.5 kg CC 63 cm
- Dấu véo da (-)
- Thóp phẳng, họng sạch
- Thở co lõm ngực vừa, kh co lõm hõm trên ức, không phập phồng cánh mũi
- Khò khè thì thở ra, kh thở rên
- Thở đều, co gồng cơ thẳng bụng

- Khám phổi ran ngáy, ran ẩm to hạt, phế âm đều, thì thở ra kéo dài
- Tim bình thường
- Bụng bình thường, gan 2cm dưới hạ sườn, lách không sờ được
- Cơ xương khớp bình thường
- Cổ mềm, không dấu tk định vị

### **Tắc nghẽn hô hấp dưới**

- Trong vp cũng có tắc nghẽn hô hấp dưới do đàm nhớt, tuy nhiên kh tắc nhiều nên thì thở ra kéo dài sẽ không rõ
- Nếu tắc nghẽn rõ thì đi tìm những nguyên khác gây tắc nghẽn hơn là viêm phổi
- Vp cũng kh có ran rít do tắc nghẽn ít hơn

### **Ran ẩm nhỏ hạt**

- Âm chỉ có tồn thương thực thể tại chỗ, không thay đổi khi xoay trở vô đàm
- Còn ran ẩm to hạt có thể do đàm nhớt ứ đọng, có thể thay đổi theo tư thế ...

## **TÓM TẮT**

Bệnh nhân nữ 5 tháng 9 ngày tuổi nhập viện vì khò khè bệnh 2 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận

### **1. TCCN**

- Ho đàm, sổ mũi
- Khò khè
- Không sốt
- Quấy khóc hơn
- Bú ít hơn
- Tiểu ít hơn
- Khám BV nhi đồng 2
- + Phun khí dung 1 lần không đỡ
- + Điều trị ngoại trú Erythromycin 250mg 1/2v x 3 trong 2 ngày

### **2. TCTT**

- Sinh hiệu M150l/ph NT 52l/ph Nhiệt độ 37.2 độ C
- Co lõm ngực vừa
- Khò khè, thì thở ra kéo dài, co gồng cơ thẳng bụng
- Phổi ran ngáy ran ẩm
- Gan 2cm dưới hạ sườn
- ~~CN-CC bình thường không cần viết ra~~

### 3. TC

- **Sinh non 34w nằm viện sau sinh 7 ngày. CNLS 2kg. Chiều đèn, thở oxy.**
- Chứng ngừa không đầy đủ: thiếu bại liệt
- Anh trai được chẩn đoán hen
- Ba hút thuốc lá thường xuyên

- *Sanh non ghi rõ bao nhiêu tuần vì tuần có liên quan tiên lượng. <34 thì chưa trưởng thành phổi.>34w thì phổi trưởng thành rồi*

### **Tiếng khò khè**

*Xuất phát từ ngực, không phải từ cổ mũi. Những lần trước khò khè có được phun khí dung không, chẩn đoán là gì ?*

- Khò khè: tắc nghẽn đường thở trong lồng ngực, khuynh hướng tăng khi thở ra và giảm khi hít vào.
- + Khò khè đơn âm xuất phát từ chỗ hẹp đường thở lớn cố định ở trung tâm (hẹp khí quản, vòng mạch).
- + Khò khè đa âm xuất phát từ hẹp đường thở nhỏ lan tỏa, với nhiều mức độ khác nhau, nên âm sắc thay đổi (suyễn).

*Phác đồ Nhi đồng 2 năm 2016 bài Thở rít Khò khè*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

1. HC tắc nghẽn đường hô hấp dưới
  2. Sinh non 34 tuần. Chiều đèn thở oxy, dưỡng nhi 1 tuần.
  3. Chứng ngừa không đầy đủ
  4. Anh trai hen. Ba hút thuốc lá
- (+/-) Nhiễm siêu vi hô hấp trên

- *Chẩn đoán hen của anh trai ở đâu, có tin cậy không, triệu chứng ra sao, điều trị như thế nào có đáp ứng phun khí dung không.*

- Nếu API (+) thì ghi vô đặt vấn đề. Ca này API (-) nên chỉ ghi anh trai hen được rồi

### **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**

Viêm tiêu phế quản mức độ trung bình chưa biến chứng / Sinh non 34w

### **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Con hen phế quản mức độ trung bình
- VP cộng đồng có hội chứng tắc nghẽn

Bệnh nhân này tắc nghẽn rõ, ưu tiên đưa các bệnh tắc nghẽn lên trước dù không có yếu tố gợi ý hen

#### **- VTPO điển hình**

- + HCTN đường hô hấp dưới
- + Khò khè lẫn đầu
- + Độ tuổi 2-7 tháng
- + Khởi phát bệnh siêu vi trên
- + Diễn tiến nhanh

#### **- Hen**

- + **Có hội chứng tắc nghẽn nhiều**
- + Anh trai có hen
- + Hãy chú ý dưới 6 tháng rất ít chẩn đoán hen trừ khi có yếu tố đặc biệt

#### **- Viêm phổi tắc nghẽn vì**

- + Thở nhanh
- + **Có hội chứng tắc nghẽn ít**
- + VP tắc nghẽn đàm nhớt gây hẹp đường dẫn khí. Cũng có thể có ran ngáy nhưng sẽ không có kéo dài thì thở ra, co gồng cơ thẳng bụng. Co gồng cơ thẳng bụng kéo dài thì thở ra ... thì VP kh gây tắc nghẽn tới mức đó. Do đường dẫn khí lớn chứ nó

ít tới đường dẫn khí nhỏ → HCTN HH dưới thì nghĩ những bệnh lý gây tắc nghẽn rõ trước còn VP

+ Hãy nhớ không bao giờ chẩn đoán phân biệt rõ ràng được vtpq với vp trên lâm sàng ở bé <24 tháng tuổi. Mình phải

### **- Mức độ nặng VTPO ?**

- + Nặng có hỗ trợ hô hấp. BN này vẫn SpO2 95%
- + Mình sinh non chỉ là nguy cơ
- + Còn người ta đánh giá lâm sàng trước khi dùng tới những yếu tố khác.
- + Do đó ghi chẩn đoán VTPQ mức độ trung bình / Sinh non 34w thì rõ ràng hơn

### **- Mức độ trung bình**

- + Co lõm ngực vừa
- + Thở nhanh
- + Thở ra kéo dài

### **- Tiêu ít và Mất nước**

#### **+ Tiêu ít là dấu hiệu đầu tiên của mất nước**

- + Còn mấy cái trứng mắt này kia
- + Đây là yt quan trọng theo dõi dấu hiệu mất nước
- + Là dấu hiệu đánh giá chỉ định nhập viện
- + Mẹ nói ho ít nhưng sáng giờ kh có tiểu gì là nhập viện đó

## **BIÊN LUẬN HC TẮC NGHẼN HÔ HẤP DƯỚI**

Bé có khò khè, ran ngáy nên nghĩ bé có HC TNHHD , các nguyên nhân TNHHD

**Hen phế quản nhũ nhi:** Không nghĩ do bé có ho khò khè lần đầu, không ghi nhận tiền căn dị ứng, chàm hen ở bé và gia đình



**Viêm tiểu phế quản:** nghĩ nhiều do bé 2 tháng tuổi, khỏe khỏe, khó thở lần đầu, có triệu chứng nhiễm siêu vi trước đó, diễn tiến bệnh nhanh.

- *Tác nhân:* Bé 2 tháng tuổi, không suy giảm MD, không suy dinh dưỡng.

Bé có triệu chứng nhiễm siêu vi trước, ho đàm trắng trong và siêu vi là tác nhân thường gặp nên nghĩ nhiều là do siêu vi.

- *Mức độ:* Trung bình theo Stephen Berman do bé có thở nhanh theo tuổi.

- *Biến chứng:*

+ Suy hô hấp cấp: Bé tỉnh, bú được, nhịp tim bình thường, không có thở co kéo, không thở co lõm, không thở rên, không tím trung ương → bé không có dấu hiệu suy hô hấp

+ Mất nước: Không có dấu mất nước

+ Viêm phổi: Có nghĩ do bé có HC NTHHD

**Viêm phổi có hội chứng tắc nghẽn:** có nghĩ vì có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới, hội chứng tắc nghẽn nhưng hội chứng tắc nghẽn rõ hơn.

**Di vật đường thở bỏ quên:** bé không có hội chứng xâm nhập trước đó, khỏe khỏe ở cả 2 bên phổi, diễn tiến bệnh từ từ nên không nghĩ.

## CHỈ SỐ DỰ ĐOÁN HEN

MODIFIED ASTHMA PREDICTIVE INDEX (m-API)

Trẻ khò khè >3 lần/3 năm đầu đời, nếu có

1 tiêu chuẩn chính : Cha mẹ hen

Viêm da dị ứng

Dị ứng với dị nguyên do hít

(phấn hoa, mạt nhà, ...)

hoặc

2 tiêu chuẩn phụ : Viêm mũi dị ứng

Khò khè không liên quan đến cảm lạnh

Eosinophiles > 4%

Dị ứng thức ăn

API(+) → nguy cơ phát sinh hen từ 6-14 tuổi tăng 4-10 lần

API(-) → 95% không bị hen

- Lưu ý đây là chỉ số dự đoán hen, tiếp tục tồn tại sau 6 tuổi kh phải yếu tố góp phần chẩn đoán hen.

- Anh chị bị hen không nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán. Chỉ có cha mẹ thôi

**Chẩn đoán phân biệt:** với tất cả nguyên nhân gây khò khè ở trẻ em, thường gặp nhất là:

- Hen phế quản ở trẻ nhũ nhi, trẻ có tiền căn ho khò khè tái đi tái lại 3 lần hoặc hơn, gia đình có tiền căn dị ứng hoặc bị hen phế quản, đáp ứng tốt với thuốc dẫn phế quản.
- Dị vật đường thở.
- Trào ngược dạ dày thực quản.
- Suy tim sung huyết, viêm cơ tim siêu vi.
- Ho gà: cần lưu ý trẻ < 3 tháng khi bị VTPQ có thể có biểu hiện ho dạng ho gà.

### **Phân loại độ nặng theo Stephen Berman [7]:**

#### Thể nhẹ:

- Nhịp thở dưới ngưỡng nhanh theo tuổi
- 60 lần/phút: < 2th, 50 lần/phút: 2-12th, 40 lần/phút: > 12<sup>th</sup> và
- Trao đổi khí tốt và
- Co lõm ngực nhẹ hoặc 0 co lõm ngực và
- Không có dấu hiệu mất nước

#### Thể trung bình:

- Nhịp thở tăng trên ngưỡng nhanh theo tuổi hoặc
- Co lõm ngực trung bình hoặc
- Thì thở ra kéo dài kèm với giảm trao đổi khí

#### Thể nặng:

- Nguy cơ cao: sinh non, < 12 tuần tuổi, tim bẩm sinh, loạn sản phế quản phổi, bệnh lý thần kinh cơ, suy giảm miễn dịch hoặc
- Nhịp thở > 70 lần/phút hoặc
- Co lõm ngực nặng hoặc
- Trao đổi khí kém hoặc
- Thở rên hoặc
- SaO<sub>2</sub> < 94% hoặc
- Có dấu hiệu mất nước hoặc nhiễm trùng toàn thân

#### Thể rất nặng:

- Ngưng thở hoặc
- Tím khi thở oxy hoặc
- Không thể duy trì PaO<sub>2</sub> > 50 mmHg với FiO<sub>2</sub> 80% hoặc
- Các dấu hiệu của sốc

## **CHẨN ĐOÁN BỘI/ĐỒNG NHIỄM**

- Sốt cao đột ngột / kéo dài
- Viêm tai giữa cấp chảy mủ
- Diễn tiến lâm sàng xấu nhanh
- CTM: BC tăng, đa nhân chiếm ưu thế
- CRP ↑ > 20 mg/l
- X quang phổi: thâm nhiễm tiến triển
- Cây bệnh phẩm (+)

## CÓ NHẬP VIỆN KHÔNG ?

Có nhập viện

- Bệnh nhân 5 tháng 9 ngày có mạch nhanh  $\geq 150$  l/ph [KH TRUNG THỰC]
- Bú kém [CHÍNH]
- Bé 34w nguy cơ diễn tiến nặng [THÊM]
- Xquang ghi nhận nhiễm trùng nên có thể cho nhập viện [MỚI VÔ CHƯA CLS]
- Các biểu hiện còn lại của thể trung bình nếu kh có mạch nhanh và xquang thì có thể điều trị ngoại trú.

- Khi có co lõm ngực vừa, kéo dài thì thở ra, co gồng cơ thẳng bụng là tăng công thở đáng kể rồi . Nói tóm lại co lõm ngực vừa là nhập viện. Trừ trường hợp nhà gần, mẹ chăm tốt, hẹn tái khám mỗi ngày. Còn co lõm ngực mà tiểu ít nhà lại ở Đồng Nai nữa thì nhập viện

- Và ngày 2-3 là đỉnh năng của VTPO. dễ vô suy hô hấp. Nên cho nhập viện

- Như vậy bé này nhập viện vì

+ Bú kém

+ Tiểu ít

+ Co lõm vừa, kéo dài thở ra, co gồng cơ thẳng viện

+ M150

+ Ngày bệnh 2-3

+ Sanh non

+ Nhà xa

- Bệnh nhân co lõm ngực vừa
- Xquang thâm nhiễm hoặc kèm yt khác thì có chỉ định NC
- Nếu chỉ co lõm vừa còn lại kh gì bất thường thì có thể không nhập viện

**Chỉ định nhập viện** trong những trường hợp sau:

- Trẻ dưới 3 tháng tuổi có thở nhanh hoặc mạch > 140 lần/phút [2].
- Trẻ ≥ 3 tháng tuổi có một trong những biểu hiện sau [2]:
  - Nhịp thở ≥ 70 lần/phút
  - Mạch ≥ 150 lần/phút
  - Tím tái
  - Thay đổi tri giác
  - Xếp phổi trên x quang
- Nguy kịch hô hấp trung bình-nặng: thở rên, phập phồng cánh mũi, co lõm ngực; nhịp thở >70/p, khó thở, tím tái [1]
- Giảm oxy máu: SpO2 < 90% [1]
- Ngưng thở [1]
- Vết nhiễm độc [1]
- Bú kém [1]
- Lơ mơ [1]

**CHỈ ĐỊNH CẬN LÂM SÀNG**

- Xquang ngực thẳng
- CTM, CRP
- Ion đồ
- Tri giác lơ đãng mới làm đường huyết. Bé này tỉnh thì làm đường huyết
- CTM CRP định hướng cho nhiễm trùng là cần thiết.
- Ion đồ nên làm vì bé có tiểu ít
- CTM ở bệnh nhân này chú ý eosinophil trong tiêu chuẩn API. Và thành phần bạch cầu, thường sẽ tăng lympho.
- CRP: Bn này co lõm vừa, cần làm để chẩn đoán sớm và cho ks điều trị nếu bị vp. Nếu trẻ chỉ co lõm ngực, kh nghĩ nặng hay vp thì không cần làm.
- Ion đồ chỉ làm khi có nguy cơ SIADH tức là thể nặng hoặc xem có rối loạn điện giải do không bú được hay tiêu chảy
- KMĐM nếu ứ CO2 nhiều. Phải có dấu hiệu lâm sàng như tri giác lơ đãng, vã mồ hôi .... Mới làm

## XQUANG



- Chụp tư thế nằm, thể trước sau
  - + Hít đủ sâu 6 sườn trước 8 sườn sau
  - Ứ khí
  - + Tăng sáng ở đáy phổi  $P > T$ : Chú ý tia cứng nên có thể đọc cũng kh đúng.
  - + **Vòm hoành dẹt (quan trọng)**
  - + Ứ khí 1 bên đẩy lệch tim, ứ khí 2 bên thì tim hình giọt nước
  - + Không dùng tiêu chuẩn dẫn rộng khoang liên sườn vì nó kh có tiêu chuẩn rõ ràng.
  - Rón phổi P đậm xóa bờ tim (đậm là  $>2\text{cls}$ )
    - Thâm nhiễm rón phổi P
  - Vòm hoành T bất thường
    - Nghi ngờ thâm nhiễm sau bóng tim T
    - Chưa loại trừ được viêm phổi
  - Quan trọng là tìm hình ảnh xẹp phổi → Chẩn đoán và điều trị
  - Dày thành phế quản kh quan trọng
- Handout: **Thâm nhiễm nhu mô phổi (30%) có trong VTPQ.** Còn 70% còn lại thì bội nhiễm mới có thâm nhiễm. Nhưng bệnh cảnh quá điển hình cho VTPQ nên mình ưu tiên chuẩn đoán VTPQ

## CTM SINH HÓA

BS chỉ định:   
 Chẩn đoán:   
 Loại mẫu: Máu   
 Thời gian lấy mẫu: 12:26:52 25/03/2020   
 Nhân viên lấy mẫu:   
 Khoa: Khoa Hô Hấp 1   
 Thời gian nhận mẫu: 12:36:50 25/03/2020   
 Nhân viên nhận mẫu: CN. Nguyễn Thị C   
 Chất lượng mẫu: Đạt

Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Trị số tham chiếu	QTXN/T
<b>Trình Phân Tích Tế Bào Máu Bằng Máy Đếm Laser</b>				
<b>WBC</b>	7.37 ✓	K/uL	(4.0 - 10.0)	QTXN.TBM.15/
%NEU	24.1	%	(37 - 80)	ELite 58
%LYM	57.8 ✓	%	(10.0 - 50.0)	ELite 58
%MONO	14.1	%	(0.0 - 12.0)	ELite 58
%EOS	3.5	%	(0 - 7)	ELite 58
%BASO	0.5	%	(0 - 2.5)	ELite 58
#NEU	1.78	%	(2.0 - 6.9)	ELite 58
#LYM	4.26	K/uL	(0.6 - 3.4)	ELite 58
#MONO	1.04	K/uL	(0.0 - 0.9)	ELite 58
#EOS	0.26	K/uL	(0.0 - 0.2)	ELite 58
#BASO	0.03	K/uL	(0.0 - 0.20)	ELite 58
<b>RBC</b>	4.15 ✓	M/uL	(3.9 - 5.8)	QTXN.TBM.
<b>HGB</b>	10.7 ✓	g/dL	(12.5 - 16)	QTXN.TBM.
<b>HCT</b>	29.8	%	(35 - 50)	ELite 58
MCV	71.8	fL	(83 - 92)	ELite 58
MCH	25.7	pg	(27 - 32)	ELite 58
MCHC	35.8	g/dL	(32 - 35.6)	ELite 58
RDW	14.2	%		ELite 58
<b>PLT</b>	168 ✓	K/uL	(130 - 400)	QTXN.TBM
MPV	9.5	fL	(7.2 - 11.1)	ELite 58

Ghi chú:   
 TP.HCM, giờ 12:42 ngày 25 tháng 3

- CTM: Vẫn là viêm tiểu phế quản theo dõi bội nhiễm. Như hôm qua chị có nói nghĩ vì trùng quan trọng trên Xquang và Lâm sàng.

- Theo dõi bội nhiễm



- + Còn dựa vào bệnh cảnh lâm sàng
  - + Và hướng tiếp theo sẽ là cho kháng sinh vì đứa này co lõm vừa bú kém ...
  - + Đã co lõm ngực vừa, xquang phải rõ ràng kh bội nhiễm mới kh cho kháng sinh.
- Còn phải cho kháng sinh mới an toàn.

## CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

**Viêm tiêu phế quản mức độ trung bình, theo dõi bội nhiễm / Sinh non 34 tuần**

- Handout: Thâm nhiễm nhu mô phổi (30%) có trong VTPQ. Còn 70% còn lại thì bội nhiễm mới có thâm nhiễm. Nhưng bệnh cảnh quá điển hình cho VTPQ nên mình ưu tiên chuẩn đoán VTPQ
  - Theo dõi bội nhiễm
  - + Còn dựa vào bệnh cảnh lâm sàng
  - + Và hướng tiếp theo sẽ là cho kháng sinh vì đứa này co lõm vừa bú kém ...
  - + Đã co lõm ngực vừa, xquang phải rõ ràng kh bội nhiễm mới kh cho kháng sinh.
- Còn phải cho kháng sinh mới an toàn.

**@VUONGYDS**  
**TIẾP CẬN NHỊ 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.

## HƯỚNG ĐIỀU TRỊ



- Chỉ định kháng sinh
- + Khi Xquang thâm nhiễm và bn mức độ trung bình có khả năng diễn tiến nặng, còn mức độ nhẹ ít khả năng diễn tiến nhanh thì có thể theo dõi sát có dấu hiệu gì không rồi mới cho kháng sinh
- KS uống hay chích cũng được
- + Xquang thâm nhiễm ít thì uống: Uống Augmentin 80-100mg/kg/ngày chia 2-3 lần một ngày.
- + Xquang thâm nhiễm nhiều thì chích
- VTPQ có khả năng diễn tiến SHH cao vào ngày 2-3 của bệnh nên cần để ý thời điểm này
- Loại trừ chẩn đoán hen: Test giãn phế quản
- + Khám trước khi phun
- + Cho phun khí dung Ventolin 3 lần cách nhau 20ph sau đó
- + Đánh giá sau lần phun cuối 20ph với cùng người khám ban đầu
- Coi bn phun có hiệu quả không
- + Hít sâu thở chậm
- + Mặt nạ sát mặt
- + Gõ lên thành bầu phun để hết thuốc
- Bù đủ dịch (Quan trọng nhất)

## **Y LỆNH ĐIỀU TRỊ**

- Nằm đầu cao
- Hút đàm nhớt:
  - + Nhỏ không hỉ mũi được
  - + Nhỏ không tự khạc được
  - + Co lõm vừa
- Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý
- Test dẫn phế quản
  - + (1) Tắc nghẽn rõ
  - + (2) VTPQ có thể cho test dẫn phế quản đáp ứng thì phun tiếp
- **Ceftriaxone 1g/1 lọ 560mg TMC**
  - + Kháng sinh tĩnh mạch: Vì mấy cái co lõm vừa, sanh non ....
  - + Bn này không khó thở do VP vì phim Xquang ít thâm nhiễm. Khó thở do vào ngày 2 của VTPQ
  - + Cái nào cũng được. Hợp lý hơn là uống vì Xquang kh tổn thương nhiều

+ Lựa chọn theo nhóm tuổi vì kh có yt gợi ý tác nhân: Lựa tuổi này là Cef3

+ Augmentin 250mg / gói với liều Augmentin 100mg/kg/ngày thì là Augmentin 250mg 1 gói x 3 (uống) dù không có trong phác đồ. Đánh được thêm nhóm Hib, Catar ... hơn là Amox đơn thuần. → Ưu tiên chọn Augmentin nhiều hơn.

- Giảm ho Astex 2.5ml x 3 (uống)

+ Coi xem ho có nhiều không

+ Nếu ho kh đánh kể thì thôi vì tuổi này chủ yếu sữa kh uống gì

+ PKD cũng giúp loãng đàm giảm kích thích giảm ho

+ Vì nó cũng làm dịu họng chứ đâu giảm ho đâu

- Chế độ ăn nhu cầu dịch 750ml (2/3 mức cơ bản của bé 900ml) → Tăng nhu cầu 10% → 850ml.

+ Lựa tuổi này 100ml/kg thì 7/5kg là 750ml

+ Đây là lượng dịch bé cần

+ Nếu thường bé bú được hơn thì cho bé bú hơn

+ Còn nếu bé bú ít hơn thì cố gắng đạt mức này

+ Tăng 10% vì nó tăng công thở → 900ml / ngày

+ Y lệnh: 110ml sữa x 8 cữ

- Theo dõi nước tiểu (quan trọng với VTPQ) và sinh hiệu mỗi 6 tiếng

+ Cân tã cho bé gái vì kh hứng được nước tiểu

## XUẤT VIỆN

- Khi hết co lõm ngực, thở kh nhanh, triệu chứng ho cải thiện, ks đường uống được. Khò khè có thể vẫn còn sau 1-2 tuần.

## NOTE CỦA ANH THÁI BẢO PHẦN ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC CHỈ SỬA

### 9. HƯỚNG XỬ TRÍ:

· HỖ TRỢ HÔ HẤP:

i. NÀM ĐẦU CAO

ii. HÚT ĐÀM NHỚT: KO HỈ MŨI, KO KHẠC ĐÀM, CO LỖM VỪA

iii. LÀM LOÃNG ĐÀM BẰNG NHỎ NƯỚC MUỐI SINH LÝ

· TEST DẪN PHẾ QUẢN LÀ ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI PHUN KHÍ DUNG, SAU ĐÓ PHUN KHÍ DUNG 3 LẦN CÁCH 20 PHÚT VÀ CÙNG NGƯỜI KHÁM ĐÁNH GIÁ LẠI NHA. ĐÁP ỨNG LÀ DƯƠNG TÍNH: 2 LÝ DO

i. TẮC NGHẼN HÔ HẤP DƯỚI RÕ MỨC ĐỘ NHIỀUàCHẨN ĐOÁN HEN TRÊN VIÊM PHỔI ĐÓ

ii. VTPQ NẾU TEST DPQ DƯƠNG TÍNH CHO PHUN TIẾP CŨNG HIỆU QUẢ CHO BÉ ĐÓ

iii. NẾU DƯƠNG TÍNH THÌ SAO:

1. VTPQ BỘI NHIỆM - THEO DÕI HEN

2. NẾU ĐIỀU TRỊ KO ĐÁP ỨNG TRONG 2-3 NGÀY TIẾP THEOàTHEO DÕI CÓ CẦN THÊM CORTICOID KO

3. NẾU ĐÁP ỨNG: PKD 4 HAY 6 LẦN TUỖY ĐÁP ỨNG CỦA NÓ

4. NẾU TỐT KO LOẠI HẸN HEN CỦA BÉ NÀY, KO BIẾT BÉ CÓ CƠ ĐỊA HEN HAY DỊ ỨNG: CÓ THỂ PHUN NẾU ĐÁP ỨNG ĐƯỢC

· KHÁNG SINH:

i. CEPHA 3: 75MG/KGà 562.5 MG

1. CHƯA TIÊM NGỪA PHẾ CẦU, 1 MŨI 5 TRONG 1

2. KHÁNG SINH TĨNH MẠCH HAY UỐNG:

a. BÉ UỐNG ERY CHƯA ĐÚNG MỖI ĐIỀU TRỊ 1 NGÀY CHƯA ĐỦ ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG

b. DƯỚI 2 THÁNG UỐNG KO ĐƯỢC CHỨ 5 THÁNG HƠN THÌ UỐNG ĐƯỢC NHA

c. DẤU HIỆU CẦN CẤP CỨU MỖI KHÁNG SINH TM: SUY HÔ HẤP, BIẾN CHỨNG NẶNG NỮA, VIÊM PHỔI MỨC ĐỘ NẶNG (KHÁNG SINH TĨNH MẠCH

d. VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN NGÀY 2-3 GÂY KHÓ THỞ  
NHIỀU CHO BÉ NGÀY 2-3 LÀ HỢP LÝ, THÂM NHIỄM X  
QUANG KO NHIỀU:

i. NẾU VIÊM PHỔI ĐƠN THUẦN KS TĨNH MẠCH  
LÀ ĐÚNG

BÉ SINH NON, CO LỖM NGỰC VỪA CÁC KIỂU

ii. VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN BỘI NHIỄM MÀ UỐNG  
ĐƯỢC

iii. ỦNG HỘ KS UỐNG: KHÓ THỞ KO ĐƠN THUẦN  
DO VIÊM PHỔI NẶNG MÀ CÓ VAI TRÒ VTPQ,  
THẬT SỰ KHÓ THỞ TỪ NGÀY 2-3 (KÈM SHH) NÊN  
CHO KHÁNG SINH UỐNG, BÉ 5 THÁNG UỐNG  
ĐƯỢC

iv. KS TĨNH MẠCH: NHỎ, BÚ KÉM, SINH NON, BÚ  
KÉM

· GIẢM HO THẢO DUỢC: HO ASTEX

· BÙ NƯỚC, DINH DƯỠNG:

i. DINH DƯỠNG: 750 ML SỮA

## **10. Y LỆNH CỤ THỂ:**

· **NẤM ĐẦU CAO**

· **CEFTRIONE 1G/1 LỌ 560MG X 1 TMC**

???? AUGMENTIN 100MG/KG/NGÀY (AMOXICILLIN CŨNG ĐƯỢC,  
KO ĐÁNH ĐƯỢC HIB VÀ M.CATARRHALIS à UÙ TIÊN AUGMENTIN  
NHIỀU HƠN)

AUGMENTIN 250MG/ 1GÓI 1 GÓI X 3 UỐNG

· TEST DẪN PHẾ QUẢN:

(VENTOLIN 2.5MG/2.5ML + NACL 0.9% 2ML) X 3 PKD CÁCH NHAU  
20 PHÚT

· EFTICOL 0.9% 6 GIỌT X 6 NHỎ MŨI MỖI BÊN

· HO ASTEX 2.5ML X 3 UỐNG: (CHAI SIRUP)

i. DƯỚI 6 THÁNG VẪN ƯU TIÊN UỐNG SỮA KO CẦN THÊM CÁI GÌ  
NỮA

ii. HO ĐÁNG KÊ CHO ĐƯỢC, HO ÍT KHỎI CẦN

iii. PHUN KHÍ DUNG CŨNG LOÃNG ĐÀM, DẪN PQ GIẢM HO CŨNG  
OK RỒI

iv. HO CŨNG LÀM DỊU HỌNG CHỨ KO GIẢM HO NHIỀU

· DINH DƯỠNG: 100MLKG SỮA/NGÀY àNHU CẦU CƠ BẢN 750ML THÊM  
10% DO NÓ TĂNG CÔNG THỞ NỮAà900ML/NGÀY: CHIA 8 CỬ

110 ML SỮA CÔNG THỨC 1 X 8 CỬ

i. 900 ML HOÀN TOÀN SỮA KO PHẢI NƯỚC GÌ HẾT

ii. VÍ DỤ BÉ BÙ HƠN LƯỢNG CỦA EM THÌ CHO BÚ THÊM

iii. NẾU BÚ KO ĐỦ 900ML NÊN CHO SONDE DẠ DÀY

iv. BÚ DƯỚI 2/3 NHU CẦU NÊN CHO SONDE DẠ DÀY ĐẢM BẢO  
LƯỢNG DỊCH: LƯỢNG DỊCH MÀ CÒN DO BÉ: NẾU CHO DỊCH ÍT  
MÀ TIỂU TỐT THÌ KHÁC, NẾU CHO ĐỦ MÀ TIỂU ÍT THÌ COI  
CHỪNG (SIADH, CƠ ĐỊA CỦA NÓ)àTHÊM DỠI THÊM TRONG THỜI  
GIAN NÀM VIỆNà6 TIẾNG SAU KIỂM TRA XEM BÉ CÓ BÚ, UỐNG  
ĐƯỢC COI CÓ CẦN ĐẶT SONDE DẠ DÀY KO

v. NHIỀU KHI NÓ NHỎ MŨI NÓ BÚ KO ĐƯỢC: GIAI ĐOẠN NÀY NÓ  
KO THỞ MIỆNG HIỆU QUẢ NỮA ĐÓ. GIẢI QUYẾT NGHỆT MŨI CÓ  
KHI BÉ BÍ TỐT HƠN ĐÓ

vi. TRUYỀN TM KHI KO DUNG NẠP UỐNG: NÔN ÓI, BỤNG  
CHƯỚNG, THỞ MỆT DÙ ĐÃ HỖ TRỢ HÔ HẤP NHIỀU (KO HỖ TRỢ  
HÔ HẤP THÌ KO ĐẶT RA ĐƯỜNG TM MÀ ƯU TIÊN UỐNG)

vii. KHI NÀO SIADH – THƯỜNG VTPQ NẶNG, TRUNG BÌNH ÍT XẢY  
RA – KO NÊN GIẢM  $\frac{3}{4}$  DỊCH

- Chăm SÓC CẤP 3

- THEO DÕI TRI GIÁC, NHIỆT ĐỘ, NHỊP THỞ, (TÌNH TRẠNG TĂNG CÔNG THỞ) CO LỖM NGỰC, SP02, LƯỢNG NƯỚC XUẤT NHẬP, NƯỚC TIỂU/6 GIỜ

- i. GIAI ĐOẠN ĐẦU CO LỖM NHIỀU NÊN MỖI 6 GIỜ ĐI, TRONG 18 GIỜ

- 1. TUỖ VÀO BAO LÂU THAY TÃ 1 LẦN MÀ ĐO LƯỢNG NƯỚC TIỂU

- ii. BÉ GÁI KO HÙNG NƯỚC TIỂU ĐƯỢC->CÂN TÃ CHO NÓ

11. Dặn dò người nhà:

- Theo dõi nhịp thở, khò khè, dấu hiệu nặng (li bì, bỏ bú, co lõm ngực, tím tái, bú kém,...)

- Bù dịch và dinh dưỡng đầy đủ cho bé

- Rửa tay thường xuyên, hạn chế tiếp xúc qua lại với bé khác

- Thay đổi tư thế bé thường xuyên, xen kẽ vỗ lưng bé

- Sau bú , bồng bé lên 1 lúc cho bé ợ sau đó mới cho nằm

- Cho bé uống nước ấm hay sữa ấm

- Tránh khói thuốc lá