**NOTE HÔ HẤP – CÔ DIỄM**

**VIÊM PHỔI**

**1) Tiếp cận một trẻ ho/khó thở:**  
 - Bước đầu xem trẻ có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân không, nếu có => nhập cấp cứu. Nếu trẻ có tím, bú kém do khó thở, rối loạn tri giác v.v… => nhập cấp cứu cho thở oxy  
 - Nếu trẻ không có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân, và có thở co lõm ngực => cho nhập viện để điều trị kháng sinh đường tiêm  
 - Nếu trẻ chỉ có thở nhanh => có thể cho điều trị ngoại trú với kháng sinh đường uống  
 - Triệu chứng thở nhanh đơn thuần ở trẻ (mà không kèm sốt, ho, khó thở, rale phổi) có thể gặp trong toan chuyển hóa do đái tháo đường hoặc bệnh lý ống thận

**2) Nghĩ đến trẻ có viêm phổi do Chlamydia trachomastis khi:**  
 - Không sốt  
 - Tăng Eosinophils trong máu  
 - Sanh ngã âm đạo  
 - Trẻ < 3 tháng tuổi  
 - XQ phổi có tổn thương mô kẽ

**3) Nghĩ đến trẻ có ho gà khi:**  
 - Bạch cầu máu tăng rất cao (có thể đến 60 000/mm3), trong đó lympho tăng cao (có thể chiếm 90%)  
 - Ho liên tục, dữ dội, ho đỏ mặt, kèm ói ra đàm nhớt, cuối mỗi lần ho có tiếng “óc” (như gà gáy :v )  
 - Ho có thể kéo dài 100 – 200 ngày

**4) Dị ứng với Amoxicillin:** (Amoxicillin có sinh khả dụng 100%)  
 Phản ứng dị ứng có 2 type:  
 - Type 1: phản ứng quá mẫn xảy ra nhanh trong 1 – 2 giờ, gây sốc phản vệ => đổi qua dùng Macrolide hoặc Quinolone (sinh khả dụng 60 – 80%)  
 - Type 2: phản ứng quá mẫn chậm sau vài ngày => đổi qua Cefdinir (sinh khả dụng < 60%)

**5) Lựa chọn kháng sinh viêm phổi:**  
 - Haemophilus influenza: Ampicillin  
 - Phế cầu: Penicillin  
 - Viêm phổi bệnh viện do Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella: Ceftazidime  
 - Phế cầu kháng C3: Dalacin, Vancomycin, Levofloxacin (Levofloxacin thì chủ yếu tác động lên vi khuẩn Gram (+) hơn Gram (-), trong khi Ciprofloxacin thì tác động chủ yếu lên Gram (-) hơn so với Gram (+) nên Ciprofloxacin chủ yếu dùng trong nhiễm trùng đường tiêu hóa)  
 - MRSA: Vancomycin/Clindamycin/Linezolid + Aminoglycoside  
 (Đầu tay là Vancomycin, nếu dị ứng Vancomycin thì dùng Clindamycin, nếu điều trị thất bại cả 2 => dùng Linezolid)  
 - Nhiễm trùng huyết do tụ cầu: Daptomycin  
 - Vi khuẩn yếm khí: Clindamycin hoặc Cepha 4 hoặc Carbapenem (Cepha 4 thì diệt cả Gram (+) và (-) và yếm khí nhưng yếu hơn Carbapenem)  
 - Viêm phổi do tụ cầu diễn tiến nặng lên: Clindamycin kết hợp Vancomycin, nếu không đáp ứng thì chuyển qua Linezolid kết hợp Aminoglycoside  
 - Vi khuẩn không điển hình: Macrolide (đầu tay), Quinolone, Tetracycline (không dùng ở trẻ em), Daptomycin  
 - Nếu viêm phổi > 10 ngày cần nghĩ đến lao (dùng kháng sinh đều không đáp ứng)  
 - Hiệu ứng kháng sinh:  
 + Beta-lactam kết hợp Aminoglycoside: 1 + 1 > 2 !!!  
 + Clindamycin kết hợp Macrolide: 1 + 1 < 1 !!!  
 - Macrolide “hiệu quả” trong điều trị vi khuẩn không điển hình do: vi khuẩn không điển hình không có vách tế bào, Macrolide tan trong mỡ có thể xuyên qua màng tế bào vi khuẩn để đi vào trong ức chế tiểu đơn vị ribosome 50S của vi khuẩn, đồng thời còn có hiệu ứng “Con ngựa thành Troia” (bạch cầu “nuốt” kháng sinh Macrolide vào trong và chỉ nuốt được kháng sinh Macrolide duy nhất, sau đó chuyên chở đến vi khuẩn để “diệt” !!! Nhưng Macrolide chỉ “kiềm khuẩn” nên tác dụng diệt khuẩn không mạnh, cần vài ngày để hiệu quả ;) )

**6) Viêm phổi trên cơ địa suy giảm miễn dịch:** bệnh nặng, có thể tiến triển nhanh qua các cơ quan khác như viêm tai giữa, viêm màng não   
 - Suy giảm miễn dịch bẩm sinh  
 - Suy giảm miễn dịch mắc phải:  
 + Suy dinh dưỡng  
 + Hậu sởi: giảm IgA, IgG, IgM rất nhanh sau sởi, cần thời gian 6 – 12 tháng để phục hồi  
 + HIV  
 + Điều trị thuốc ức chế miễn dịch

**7) Các đường lây truyền viêm phổi:**  
 - Hít (inhalation) không khí từ xa: virus, vi khuẩn không điển hình  
 - Hít gần (qua dịch tiết): phế cầu  
 - Tự hít (aspiration) từ trên xuống (từ miệng xuống): HI, phế cầu  
 - Tự hít từ dưới lên (từ dạ dày lên – bệnh trào ngược dạ dày thực quản): Gram (-), kỵ khí

**VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN**

- Tam chứng ứ CO2: tim nhanh, huyết áp tăng, vã mồ hôi => cho thở NCPAP  
 (Ở trẻ nhỏ thì khó đo huyết áp nên chỉ dựa vào 2 triệu chứng là tim nhanh và vã mồ hôi, nhưng 2 triệu chứng này có thể gặp trong hạ đường huyết, nên khi thấy 2 triệu chứng này cần đo đường huyết mao mạch Dextrostix để loại trừ hạ đường huyết)  
 - Cơ chế SIADH trong viêm tiểu phế quản: tăng áp lực dương trong lồng ngực => giảm hồi lưu máu tĩnh mạch về tim => giảm tưới máu đến thận => tăng tiết ADH giả tạo  
 - Trẻ > 6 tháng tuổi, có ba mẹ bị hen, hay chàm da v.v… bị khò khè lần đầu => cho phun khí dung, nếu đáp ứng thì tiếp tục