Contents

[Case 1: viêm thanh khí phế quản cấp 1](#_Toc103373742)

[Case 2: 1.3 VP BS Liêm 1](#_Toc103373743)

[Case 3: HEN BS GIAO 1](#_Toc103373744)

[Case 2.2 BS GIAO 1](#_Toc103373745)

# Case 1: viêm thanh khí phế quản cấp

Text

Description automatically generated with medium confidence

Chart, letter

Description automatically generated

Bé bất thường chủ yếu ở hệ hô hấp: môi tái/khí trời, SpO2 93%, thở co lõm hõm ức, cơ ức đòn chũm, thì hít vào kéo dài, âm phế bào giảm 2 bên. => bệnh nhân có nguy kịch hô hấp. Bệnh nhân chưa đủ tiêu chuẩn để nói suy hô hấp vì thở nhanh tăng công thở nhưng chưa ảnh hưởng các cơ quan khác nhiều

Text, letter

Description automatically generated Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Bệnh sử và khám nghĩ tắc nghẽn hô hấp trên vì: có thở rít, kèm các triệu chứng khàn giọng, khám thấy co cơ ức đòn chũm và lõm hõm ức, thì hít vào thở dài

Nguyên nhân tắc nghẽn hô hấp trên:

* Dị vật: khởi phát như thế nào (bệnh này 2-3 ngày rồi, nhưng cũng không loại trừ vì có những trường hợp dị vật không tắc nghẽn hoàn toàn thì cũng không gây bệnh cảnh cấp tính điển hình được)
* Phản vệ: yếu tố dị ứng, thường đi kèm phù mặt phù môi, mề đay.
* Bất thường giải phẫu bẩm sinh: đợt này khò khè thôi hay là có lâu rồi
* Viêm thanh khí phế quản: khàn tiếng, ho ông ỏng
* Viêm thanh thiệt:thường sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc rất rõ
* Áp xe thành sau họng: vẻ mặt nhiễm trùng nhiễm độc rất rõ, rất đừ, sốt rất cao

Text

Description automatically generated with medium confidence

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Dexa: liều 0,15-0,6mg/kg liều duy nhất trong 24h, sau đó đánh giá lại

Nếu sau khi phun khí dung Adre mà vẫn còn thở rít thì có thể lặp lại liều nữa. Và chắc chắn là trường hợp này nên cho nhập viện vì Viêm thanh quản cấp mức độ nặng, không thể nào cho bệnh nhân được trừ khi sau khi sau khi chích Dexa, PKD 1 liều Adre bệnh nhân khỏe hoàn toàn thì có thể cho về

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Text

Description automatically generated

# Case 2: 1.3 VP BS Liêm

Nữ 13 tháng, nhập cấp cứu vì thở mệt. Bệnh 1 ngày. Sáng cùng ngày nhập viện người nhà thấy bé hoàn toàn bình thường và mẹ vẫn đưa bé đi nhà trẻ. Chiều cùng ngày khi đón bé, mẹ thấy bé đừ, quấy khóc, khó thở, ho nhiều và ói ra thức ăn lẫn đàm, kèm sốt 38,5 độ C. => nhập cấp cứu.

Tiền căn: tiêm ngừa lao, 5 trong 1, sỏi, phế cầu đủ 3 mũi, cúm.

Em hơi đừ, tiếp xúc được, quấy khóc. Môi tím/khí trời, SpO2 85%. Chí ấm, CRT <2s. mạch quay đều rõ, thở rên, thở co lõm ngực 70 lần/p, phổi ran ẩm, nổ 2 bên, bụng mềm. gan lách không sờ chạm, thóp phẳng. Cân nặng 9kg

Đánh giá: bé bị suy hô hấp: do có ảnh hưởng cơ quan khác rồi. => đánh giá chuyển cấp cứu ngay lập tức  
BN này bệnh cảnh là giảm oxy mô là chính -> cung cấp oxy cho bn trước. CÒn về thông khí cho bn thì để tư thế thông đường thở và hút đàm nhớt cho bệnh nhân. BN này cho tư thế thông đường thở, ngửa đầu, hút đàm nhớt và cho thở oxy, mắc monitor và lập đường truyền là những việc đầu tiên mình làm cho bn này

Thở oxy: Do bé nặng, có tím, SpO2 85% => phải cung cấp FiO2 cao => khởi đầu mask có túi dự trữ, nếu đpá ứng thì giảm từ từ rồi chuyển qua canula, không tốt thì lên CPAP, bóp bóng mask, nội khí quản.

Xử trí ban đầu:

* Đặt tư thế ổn định đường thở
* Hút đàm nhớt nếu cần
* Oxy mask có túi dự trữ 10 L/p
* Lắp monitor theo dõi
* Thiết lập đường truyền tĩnh mạch

Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới: Ho, thở rên, thở mệt, tím tái, ran ẩm, nổi, sốt

Chẩn đoán sơ bộ: Viêm phổi nặng diễn tiến nhanh, suy hô hấp, theo dõi nhiễm trùng huyết:

* Hc nhiễm trùng hô hấp dưới
* Suy hô hấp diễn tiến nhanh (<48h)
* Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + rối loạn tri giác

Nguyên nhân: 2 nguyên nhân phải nghĩ tới ở ca này là VP do virus (covid, cúm), hít sặc (acid dạ dày đi vô đường hô hấp thì gây viêm phổi rất là nhanh). Ca này đã tiêm phết cầu, 5 trong 1, cúm rồi nên cần lưu ý hít sặc

Nguyên tắc điều trị:

* Cấp cứu: suy hô hấp-hỗ trợ hô hấp: nên đổi qua CPAP càng sớm càng tốt
* Đặc điệu: kháng sinh Ampicillin
* Triệu chứng: hạ sốt, giãn phế quản (nếu khó thở nhiều dùng ventolin)
* Hỗ trợ: dinh dưỡng (sonde/truyền tĩnh mạch), giữ ấm, chống hạ đường huyết

Khi này đặt sonde dạ dày: bé mê vẫn nuôi ăn qua sonde dạ dày được. BN shh hoặc rl huyết động thì mới không cho ăn qua đường ruột ( do sợ thiếu máu ruột nên không hấp thu được); hoặc bơm thức ăn vô mà nó ọc ra hết thì lúc đó chuyển qua đường truyền tĩnh mạch

Ho, khò khè nhiều: có thể thêm ventolin

* Theo dõi:

Đa số các dụng cụ oxy lưu lượng cao đều cung cấp áp lực dương cho bn hết

Khi nào thì thở thông khí áp lực dương : khi bn có bly nhu mô phổi làm giảm compliance phổi thì dùng dụng cụ oxy có áp lực. Ca này thì nếu cho thở mask thôi thì oxy có thể cải thiện nhưng công hô hấp thì không.

Ca này viêm phổi: đổi qua CPAP càng sớm càng tốt để giảm công hô hấp cho bn nữa

Điều trị cụ thể:

* Nằm đâu cao 30 độ, hút đàm nhớt mũi miệng
* Thở CPAP 6cmH2O, FiO2 60%
* Kháng sinh: Ceftriaxone 1g => 720mg TMC + Azithromycine
* Tạm nhịn, đặt sonde dạ dày, mắc monitor theo dõi nhịp tim, SpO2 liên tục.
* Xét nghiệm: KMĐM, X quang ngực thẳng, tổng phân tích tế bào máu, CRP, đường huyết mao mạc, điện giải đồ, chức năng thận, gan, cấy máu

Hiện tại thì ampi bị phế cầu kháng rát là nhiều, dù chích phế cầu rồi vẫn có thể bị nhiễm phế cầu( nhiễm type khác)

Vì VP nặng, cho nằm hồi sức rồi + tỉ lệ kháng KS cao ở VN nên chọn Cefa 3 + Azithromycin

case này cho cấy đàm

chú ý case này: VP do cúm (hỏi nhà có ai bị cúm, cúm gà, cúm vịt,..) phải hội chẩn BS Nhiễm để quyết định điều trị kháng cúm với Tamiflu

Nếu công hô hấp không cải thiện thì tăng Fio2

Ca này thì nghĩ nhiều do siêu vi, cúm thì cho Tamiflu, nên nhớ 1 điều là các bn viêm phổi nặng thế này thì có thể có đồng nhiễm nha, nên khởi đầu điều trị luôn có kháng sinh, đánh giá lại 48-72h nếu thấy không phải do vkhuan thì có thể ngưng sau. Ca này còn có thể nhiễm mycoplasma nữa mà.

CLS: bổ sung thêm cấy đàm

Lẽ ra mấy bạn phải hỏi: coi chừng bn có cúm hay không? Khi đó phải hỏi trong nhà có gà vịt, ai bị hay không? VÌ khi đó thì phải hội chẩn bs nhiễm để cho Tamiflu cho bệnh nhân.

Kết quả cận lâm sàng: pH 7,3. PaCO2 37mmHg, PaO2 69mmHg, HCO3 17mmol/L, AaDO2 312, BE -8,4, FiO2 60%

Đọc: toan chuyển hóa tăng AG. Giảm thông khí nhẹ. Giảm oxy máu chưa được điều chỉnh, theo dõi ARDS => KL: kết quả khí máu phù hợp với chẩn đoán viêm phổi nặng, SHH, nhiễm trùng huyết

Xử trí: xem xét đặt NKQ.

Giảm oxy máu chưa được điều chỉnh do pao2 <80.

Toan chuyển hóa phù hợp nhiễm khuẩn huyết, tăng lactate máu

PaO2/FiO2 <200 => ARDS

Ca này có thể chỉnh CPAP lên 7-8cm trước khi đặt nội khí quản nhưng không được tăng quá lâu (không thể để bn PaCO2>60 kéo dài được), mình chỉ đẩy CmH2O trong vòng khoảng 1-2h mà không đáp ứng điều trị thì đặt NKQ ngay, KMĐM này gợi ý đặt NKQ luôn.

Sau 30h, em hơi đừ, môi tái/CPAP, SpO2 92%, chi ấm, CRT >2s, mạch quay rõ 190 lần/p, tìm đều rõ, thở đều 62 lần/phút, co lõm ngực, phổi ran ẩm nổ 2 bên. CRP 1,2mg/L. CTM BC 15k, Neu 75%

Xử trí tiếp theo:

* Đặt nội khí quản thở máy
* Thêm Vancomycin
* Kiểm tra lại KMĐM
* Giải thích thân nhân tiếp tục điều trị tại bệnh viện cho đến khi tình trạng bệnh nhi ổn hơn
* Điều tra lại dịch tễ cúm và làm xét nghiệm, điều tri dịch tễ covid 19
* Xét nghiệm thêm tác nhân không điển hình, nếu có điều kiện làm PCR đàm để chẩn đoán tác nhân

 Khi bn không đáp ứng với thở oxy:

* VP nặng biến chứng: TDMP,TKMP: khi đó phải đặt dẫn lưu ra thì bệnh nhân mới ổn. PHải chụp lại xquang
* Tác nhân sai (tầm soát tác nhân siêu vi)
* Tác nhân đúng mà kháng thuốc (thêm vancomycin)

# Case 3: HEN BS GIAO

Bé gái 30 tháng, nhập viện vì khó thở.

Bệnh 2 ngày với sốt 38 độ, ho khan, chảy mũi trắng trong, khò khè tăng dần. Tối ngày nhập viện, em quấy, khó thở, không sặc=> khó thở, tím nên nhập viện. Tiền căn dị ứng đậu phộng, khò khè 3 đợt, có PKD/bs tư, đáp ứng, hết sau 2-3 ngày.

Bé tỉnh, đừ, môi tím.thở oxy canula, SpO2 88%, mạch 180, thở co lõm ngực khoảng 52 lần/phút, thì thở ra kéo dài, I/E là 1/3. Sau khi thở oxy qua canula thì SpO2 95%, mạch 171. Khò khè, phổi ran ngáy lan tỏa 2 bên, phế âm hơi giảm. Tim đều 170 lần/p, mạch quay đều rõ, chi ấm, CRT<2s, huyết áp 80/50mmhg. Bệnh nhân tỉnh, đường huyết bình thường, không sốt, không sang thương da.

Xử trí ban đầu: thở oxy qua canula hoặc mask rồi đi tìm nguyên nhân

Chẩn đoán sơ bộ: cơ hen mức độ nặng

CĐPB: viêm phổi nặng

Xử trí:

* Nằm đầu cao 30 độ
* Thở oxy qua mặt nạ
* Combivent ½ ống + ventoline 1,5mg 3 lần cách nhau 20 phút
* PKD pulmicort 1mg + NS đủ 3mL với oxy 6L/p
* Hydrocortisone/methylprednisolone TMC
* Tạm nhịn

Khí máu động mạch lúc nhập viện: pH 7.37, PaO2 100mmhg (FiO2 40%), PaCO2 35mmHg, HCO3 18mmHg, BE -5mmol, AG 16 => toan CH có kiềm hô hấp bù trừ

Xử trí KMĐM: Với khí máu này mình không cần làm gì thêm nữa, Oxy đủ rồi, CO2 không tăng, toan này không có chỉ định bù toan. Mình chỉ cần điều trị giãn phế quản thật tốt là được, khí máu sẽ tự cải thiện. Thử lại KMĐM sau 3-6h

Lưu ý: Hen thì đầu tay là GPQ, chứ dùng CPAP là fail rồi. mới đầu vô thì cứ cho thở oxy canula thôi hoặc mask có túi

Những xử trí chuyên biệt:

* TKMP:

# Case 3.1 BS Liêm

Bé trai 30 tháng, nhập cấp cứu vì khó thở và đừ. Bệnh 7 ngày

Ngày 1-5 bé sổ mũi, nước trong, không go, khôn sốt, ăn uống tốt. Ngày 6-7: sổ mũi giãm, ho đàm tăng dần kèm thở mệt, quấy khóc, ăn uống kém => khám tại BV được phun khí dung Ventoline x 2 cũ thì có giảm thở mệt, sau đó 1h thì thở mệt nhiề hơn => nhập viện tại khoa CC. trong quá trình bệnh bé không sốt, tiêu tiểu bình thường.

Tiền căn: dị ứng thịt gà, tiêm ngừa đầy đủ, khò khè tái đi tái lại nhiều lần: khò khè 3-4 lần, mỗi lần khoảng 1 tuần, được chẩn đoán viêm tiểu phế quản, viêm họng, từng được chỉ định PKD nhưng không hợp tác, chưa từng nhập viện trước đó. Gia đình có mẹ bị hen hồi nhỏ hiện đã hết.

Cân nặng 12kg

Khám: Bé hơi đừ, tiếp xúc được. Môi tái/khí trời, SpO2 85%, chi ấm, CRT <2s, mạch quay đều rõ 170 lần/phút, tim đều rõ, khò khè nghe rõ bằng tai, thở co lõm ngực 52 lần/phút, đều, phổi ran ngáy, rít 2 bên, nhiệt độ 37 độ

Vị trí tổn thương: tắc nghẽn hô hấp dưới: ho, khò khè, thở mệt, ran rít-ran ngáy

Chẩn đoán sơ bộ: hen cơn nặng lần đầu, suy hô hấp

Nguyên tắc điều trị:

* Cắt cơn hen với PKD SABA, ÍCS
* Corticoid toàn thân
* Điều trị nguyên nhân: nhiễm siêu vi-theo dõi
* Xử trí suy hô hấp: thở oxy
* Kế hoạch sau khi bệnh nhân ổn: điều trị duy trì với ICS

Y lệnh cụ thể:

* Nằm đầu cao
* Thở oxy qua mask không thở lại 10L/p
* Khí dùng
  + Combivent 500mcg/2,5mg => ½ ống
  + Salbutamol 2,5mg/2,5mL => ½ ống
  + Natriclorua 0,9% đủ 4mL
  + PKD với oxy 6L/p
  + Phun 3 cũ cách nhau 20 phút
* Methylprednisolone 12mg x 2 (TMC/6h)
* Tạm nhịn, mắc monitor theo dõi nhịp tim, SpO2 liên tục
* Xét nghiệm: khí máu động mạch, X quang ngực thẳng, tổng phân tích tế bào máu, CRP, đường huyết mao mạch, điện giải đồ

Kết quả CLS:

KMĐM pH 7.311, PaCO2 42mmHg, PaO2 120mmHg, HCO3 20.6, SaO2 98,2%, BE -5.4, FiO2 40%.

Kết quả: toan hô hấp + toan chuyển hóa tăng AG. Giảm thông khí. Giảm oxy máu đã được điều chỉnh. => KMĐM phù hợp với chẩn đoán suyễn cơn nặng

Xử trí: tiếp tục dùng GPQ, đánh giá lại lâm sàng bệnh nhi

Sau 1 giờ, Em hơi đừ, môi hồng/oxy canula, SpO2 96%, chi ấm, CRT <2s, mạch quay rõ 175L/p, tim đều rõ , thở đều 58 lần/phút, co kéo nặng, phổi ran ngáy, ran rít.

CTM BC 13,1K, Neutri 75,7%, TC 435k/uL => người nhà yêu cầu chuyển viện

Xử trí:

* Ngưng thở oxy/canula => chuyển NPAP 5cmH2O, FiO2 40%
* Dãn cữ PKD Ipratropium mỗi 4h
* Dãn cữ PKD Salbutamol mỗi 1h
* Phối hợp Magnesium sulfate TTM/ hoặc Theophylline
* Kiểm tra lại KMĐM
* Giải thích thân nhân tiếp tục điều trị tại bệnh viện cho đến khi tình trạng bệnh nhi ổn hơn.

Trước đây thì ngta nói NCPAP chống chỉ định với bn suyễn có tình trạng ứ khí, hoặc bn có TKMP chưa dẫn lưu, nhưng thực tế bây giờ ngta thấy rằng thở NIV (CPAP/BiPAP) vẫn có hiệu quả với bn suyễn. Khi đường thở bn đang co thắt, bẫy khí trong đó khí bị ứ lại không ra được thì có thể dùng áp lực vừa phải khoảng 4 – 6cmH2O để giữ cho những đường thở nhỏ mở ra để khí có thể lưu thông ra ngoài được. Nếu dùng áp lực cao quá thì khí bị bẫy trong đó không ra được mà còn làm tăng tình trạng bẫy khí gây nguy cơ TKMP. Như vậy với bn suyễn nặng mà không đáp ứng với PKD ban đầu và oxy mask/cannula thì có thể cho thở CPAP với áp lực khởi đầu khoảng 4 – 6cmH2O, FiO2 thấp ≈ 40% thôi thì có hiệu quả. BiPAP thì có hiệu quả hơn NCPAP nhưng thường BiPAP hiếm hơn, NCPAP thì nhiều bv có hơn.