**Trình bệnh VIÊM PHỔI dưới 5 TUỔI – BS Sơn**

* Bé trai 2 tuổi ( 9/9/2013) nv vì sốt và ho T11/2015

Cách nv 7 ngày , sốt 38- 38,5 độ , uống hạ sốt sau sốt lại .đi khám NĐ 1 chẩn đoán viêm họng cefaclor .Cách nv 5 ngày, còn sốt, ho khan ko đam, không khò khè , ho nhiều về sáng . khám NĐ 1 chẩn đoán viêm phế quản cấp : Azithromycin, Prednisone, salbutamol⭢ ho nhiều hơn nên nv

Tiền căn: Viêm phổi theo dõi suyễn T7/2015: khò khè , ho, sốt. Không phun khí dung

Không chàm, VMDU, dị ứng

Khám: 38,3 độ. SpO2 95% / khí trời . thở nhanh 50 lần ko co lõm . Phổi ran ẩm 2 phế trường.

**ĐVĐ** Sốt kéo dài N7

Hội chứng tổn thương nhu mô: ho, thở nhanh, phổi ran ẩm

Tiền căn Viêm phổi

Đã điều trị KS đường uống

* **△ sơ bộ**: Viêm phổi cộng đồng tái phát – Sốt kéo dài N7

Có VP ? mức độ ( trên 5 tuổi ko chia mức độ ) ? cộng đồng hay bệnh viện? tái phát hay kéo dài ?

-Rất nặng: dấu nguy hiểm toàn thân hoặc suy hô hấp độ 2

Nặng: rút lõm ngực

-tái phát: được xác định VP ≥ 2 lần trong 1 năm ( LS + XQ)

Kéo dài: triệu chứng lâm sàng và bất thường trên XQ phổi kéo dài trên 4 tuần dù đã điều trị KS

Theo WHO định nghĩa trên 2 tuần để tìm nguyên nhân. Trên 4 tuần là VP mạn

**Điều trị**

1/ Nhập viện vì: sốt kéo dài , VP tái phát, ko đáp ứng đtrị KS(thất bại sau 2 lần đtrị KS uống)

2/ko chỉ định thở oxy

3/ KS chích 1 loại: Penicilin G / Ampicilin / Cefa 3.

Ko cần tìm tác nhân vì chưa dùng KS chích

-ở VN là nước đang phát triển khi chẩn đoán VP là dùng KS dù ko bik vi trùng hay siêu vi và kết quả XN trả về trễ , có hiện tượng đồng nhiễm

cho KS là để đánh Vi trùng. KS đường chích khi: VP nặng/rất nặng; ko đáp KS uống/uống ko đc , VP có biến chứng, VP có mức độ nhiễm trùng nặng trên LS hoặc CLS( BC tăng quá cao, CRP tăng cao, XQ phổi thâm nhiễm rộng như VP thùy )

-Dưới 2 tháng tuổi chích kết hợp 2 loại Ampi + Genta / Cefo + Genta vì có nguy cơ NTH

Từ 2 tháng: phối hợp khi nghi ngờ NTH

-Chọn KS phù hợp dựa

1/ VP cộng đồng hay BV

2/ Lứa tuổi: 2 tuổi (1 đến 5 tuổi) hàng đầu Strepto, thứ 2 Hemophilus(ở VN ), Mycoplasma

⭢ Penicilin G / Ampicilin / Cefa 3.

Chọn Ceftri vì chích 1 cử / ngày vì bệnh đông. Peni chủ yếu phế cầu. Ampi: Hib . Cefa 3: 2 con

Nếu dị ứng B - lactam thì dùng Chloramphenicol

Tổng thời gian 7-10 ngày . chích có thể 5-7 ngày

Đánh giá điều trị 48-72h sau: tổng trạng, sốt, suy hô hấp, CTM,CRP. XQ chụp lại sau 1 tuần.

Chuyển đường uống khi chích đủ liều ít nhất 5 ngày ( ko dùng 1-2 ngày mà chuyển uống liền )/lúc xuất viện tùy tình trạng bé mà có cần uống sau đó không

Nếu lúc đầu VP thùy trc khi ngưng KS bắt buộc chụp lại XQ hoặc CTM , CRP ( XQ hchaajm hơn nên ko bắt hết hoàn toànco thể cho về ) Còn ban đầu nhẹ, đáp ứng thì ko chụp lại .

VP ko điển hình: lứa tuổi đến trường trên 5 tuổi thứ vẫn là phế cầu,thứ 2 là VK ko điển hình . chẩn đoán dựa XN vi sinh huyết thanh chẩn đoán hoặc nghi ngờ điều trị KS luôn

-VP bệnh viện: tùy mỗi quốc gia và bệnh viện phổ VK khác nhau

-bé này sốt kéo dài 7 ngày

Tìm tác nhân khi: ko đáp ứng điều trị KS chích, nghi tác nhân đặc biệt như lao hay VP ko điển hình, VP kéo dài

Tiêu chuẩn vàng là Nội soi rửa dịch PQ PN ⭢ hút dịch soi cấy hoặc PCR

NTA đưa catheter tới ngã ba hầu họng , em bé phải ho: dễ ngoại nhiễmVT thường trú

Khạc đàm thường chỉ chính xác vs Lao, nấm, KST , vi trùng khác có thể là ngaoji nhiễm

Huyết thanh chẩn đoán

Chọc ổ áp xe

* Bé trai 12 tháng tuổi(17/11)nv vì sốt ,ho N3

3 ngày: sốt 38,5 độ có đáp ứng hạ sốt, ho đàm,

Khám: tỉnh 110 lần. 38,5 độ .thở 45 lần co lõm ngực . SpO2 95%/khí trời. Phổi ran ẩm

**ĐVĐ** Hội chứng SHH độ 1

HC tổn thương nhu mô

**△ sơ bộ :** VP cộng đồng mức độ nặng

**Xử trí** 1/Nhập viện

2/Kháng sinh chích 1 loại: giống trên

3/thuốc ho, hạ sốt

**Phòng ngừa**

Môi trường sống - Kinh tế xã hội -Dinh dưỡng - Chích ngừa – tránh khói thuốc lá – rửa tay khi chăm sóc trẻ

**Tiên lượng**

-Trước mắt dựa mức độ VP, đáp ứng điều trị không, biến chứng , bệnh nền( bệnh tim BS, loạn sản phổi, bại não, tạo xương bát toàn, bệnh phổi mạn …)

-Lâu dài: bệnh nền trị được ko, biến chứng( thở oxy lâu dài trên 4 tuần có thể gay xơ phổi)

**Dinh dưỡng**

Bé thở nhanh 60-70 làn vẫn ăn uống đc nhưng tho nhanh quá nên cho ăn qua sonde . nếu ko đủ dịch thì cho dịch truyền ko kéo dài

* Trào ngược gây viêm phổi/VP tái phát /kéo dài

-ko dùng thuốc: trào ngược sinh lý vài tháng đầu khuyên bà mẹ cho, bú ngồi, nằm đầu cao 30 độ( góc tâm vị gập lại ít trào lên), chia nhiều lần nhỏ mối lần bú ít lại, dùng sữa tỷ trọng cao

-dùng thuốc

* Viêm tiểu phế quản bội nhiễm điều trị như viêm phổi
* Ho ra máu phân biệt vs nôn ra máu? tiền triệu có biểu hiện ho/nôn , máu đỏ tươi lẫn bọt/ đỏ bầm lẫn thức ăn, đo pH kiềm/axit ( lâm sàng ko làm)

Trường hợp ho sau đó nôn ra máu thì hơi khó

Có rối loạn huyết động học ? ⭢ cấp cứu

Nhẹ <5ml . vừa 5-200ml/ ngày. Nhiều > 200ml . tùy trọng lượng em bé đánh giá

Có suy hô hấp?

Ho ra máu = từ đg hô hấp dưới . khi ho ra máu;phải loại trừ nôn ra máu, đg hô hấp trên

Nguyên nhân: viêm phổi, thiếu vitamin K

**VIÊM PHỔI trên 5 TUỔI**

Bé trai 9 tuổi ở Cai Lậy Tiền Giang nv vì ho, sốt N9

N1-3: ho đàm vàng đặc không lẫn máu, kèm sốt ngày 3 cử ko rõ nhiệt độ, giảm khi uống hạ sốt

N4 -9: hết sốt, ho nhiều hơn kèm khó thở, giảm khi ngồi, đau ngực ko lan đau tăng khi ho. N6 của bệnh bế đi khám , BV Cai Lậy △ VP có chích KS 3 ngày ko rõ loại.người nhà thấy ko giảm xin chuyển NĐ 1

Khám : M 100 lần 37 độ. thở 34 lần , co kéo cơ hô hấp phụ . SpO2 96% /khí trời . nghe ran ngáy ran ẩm.

Sau đó khám: M 120 , 39 độ , thở 46 lần, co kéo . HC 3 giảm

**ĐVĐ** HCsuy hô hấp độ 2: thở nhanh trên 50% trị số bth SpO2 96%

HC nhiễm trùng hô hấp dưới: sốt ho đàm vàng, ran ẩm

HC 3 giảm ½ phổi phải

HC đáp ứng viêm toàn thân

Đã điều trị KS chích 3 ngày

**△ sơ bộ**

-HC 3 giảm: TDMP( tràn dịch, mủ, máu, dịch dưỡng chấp) ,áp xe phổi gđ sau hóa mủ ( gđ đầu đông đặc) , xẹp phổi, dày dính MP, hang lao bội nhiễm, kén phổi bội nhiễm( mức khí dịch) , TV hoành, u trung thất u phổi, nấm phổi

-HC 3 giảm + HC nhiễm trùng: VP kèm TDMP, áp xe phổi, tràn mủ MP,…

⭢ chụp XQuang để phân biệt 3 bệnh này

X quang ca này: mờ đồng nhất 2/3 dưới phổi phải, có xóa bờ tim, ko đẩy lệch trung thất , ko có khí phế quản đồ; Đường cong Damoiseau, mờ góc sườn hoành.

TDMP lượng vừa nhiều thường đầy lệch trung thất. nên chỗ mờ đó co thể là kèm xẹp phổi hoặc viêm/áp xe chứ ko fai tràn dịch

⭢ siêu âm/ chụp tư thế nằm nghiêng phải nếu dịch nhiều sẽ trải đều.

Siêu âm: xẹp toàn bộ phổi. TDMP phải lượng nhiều ,không hồi âm⭢ vừa kéo vừa đảy nên trung thất đứng yên

Chọc dò màng phổi : dịch đỏ, BCĐNTT 65% . Glucose 1.71 mmol/l . LDH 2432.1 U/L . protein 5g/dl

Lấy DMP làm PCR lao

KS theo lứa tuổi: phế cầu, tới VK ko điển hình ⭢đtrị cả Myco và phế cầu .PCR ca này ra Mycoplasma

Ceftri và Clarithro , sau đó chuyển Cipro + Vanco

KS trị VK ko điển hình: Macrolid, Cipro/Levo, Tetracyclin

Ban đầu đã dùng Azithro + PCR ra Myco mà ko đáp ứng: có thể do dùng chưa đủ liều/ ko đơn thuần nhiễm con Mycoplasma.

**Tình huống thi:** bé trai 3 tuổi , 10kg, đc BV Long An chuyển vs △ VP nặng . bệnh 7 ngày

N1-4: sốt cao liên tục, ho, sổ mũi.Khám Bs tư △ và đtrị ko rõ

N5 -7: ho nhiều, thở mệt nên nv Long An đtrị Cefotaxim chích 3 ngày . vẫn còn sốt cao liên tục nên chuyển viện .

Lúc nv : tỉnh vẻ đừ. môi hồng/khí trời . SpO2 95% . M 140 lần. 39 độ. thở 50 lần co lõm ngực. Phổi ran ẩm nổ 2 bên

Tiền căn: ko ghi nhận bất thường

1/ ĐVĐ , chẩn đoán sơ bộ và pb , xử trí ban đầu( gồm cả chế độ ăn)

2/ sau 2 ngày nhập viện trẻ đừ. môi tái/khí trời. SpO2 87% . M 160 lần. 39 độ. thở 56 lần co lõm ngực . Phổi ran ẩm nổ 2 bên . Bụng mềm , gan 2 cm dưới bờ sườn .

CTM: BC 28 000/mm3 Neu 80%, Lym 20% . CRP 120 mg/l

Xquang: tổn thương dạng đám mờ 2 phế trường (phải nhiều hơn trái)

ĐVĐ , chẩn đoán, xử trí tiếp theo