**Trình bệnh VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN - BS Thảo**

BN nữ 26/9/2015 ( dưới 2 tháng tuổi)

NV 16/11/2015 vì ho khò khè . bệnh 7 ngày

N1: bé hắt hơi chảy mũi trắng trong , sốt nhẹ ko rõ độ

N2-3: bé ho khò khè , vướng đàm , ho nhiều sáng sớm và chiều tối ko liên quan bữa ăn, tư thế, sốt liên tục

38-39 độ. khám bs tư chẩn đoán VTPQ , đtrị kháng sinh ko rõ loại , hẹn tái khám sau 2 ngày

N4-7: ho khò khè không giảm , mẹ thấy lồng ngực co lõm nhiều , quấy khóc nhiều ⭢ NV NĐ 1 .

-Con 1 sanh hút 38 tuần 2,8kg khóc ngay ko ngạt . chưa ghi nhận khò khè , suyễn, VMDU , chàm , dị ứng . bú mẹ hoàn toàn .

-Lúc NV : 4,5 kg tỉnh môi hồng/ khí trời . mạch 132 l/ph. SpO2 97% , 37 độ C

Thở 54 l/ph co lõm ngực . phổi ran ngáy .

-Xử trí: tranforan 1g , PKD Ventolin 2,5mg + NaCl 0,9% đủ 3ml

-Khám lúc 7h 25/11. Thở 45 thở đều , 37 độ

**TTBA** : bệnh nhi nữ , dưới 2 tháng tuổi , nv vì ho khò khè N7

Chảy mũi rồi Ho vướng đàm khò khè , sốt

Ran ngáy , thở co lõm ngực

**ĐVĐ** 1/ HC tắc nghẽn hô hấp dưới

2/ HC nhiễm trùng hô hấp dưới : dữ kiện nào ?

3/ Đã sủ dụng KS 4 ngày ( thất bại vs điều trị ngoại trú)

4/ Suy hô hấp độ 1

-Khai thác để biết vướng đàm : lúc bé ho nghe có tiếng đàm.

-Nhiễm trùng là tác nhân nói chung gây viêm.

-Trong y văn không có hội chứng nhiễm siêu vi hô hấp trên , HC nhiễm trùng HH dưới

-Đvđ hội chứng NT hô hấp dưới là ngầm hiểu vi trùng để đánh kháng sinh

Nếu ko có nhiễm trùng ( vi trùng) thì sao 2 ngày đầu chỉ ho sổ mũi sốt nhẹ mà ngày 3 sốt cao 39 độ. 2 ngày đầu tác nhân là siêu vi , ngày 3 bội nhiễm vi trùng.

Trẻ < 2 th hoặc 3 tháng , tác nhân gây infection nghĩ đến ưu tiên là vi khuẩn vì trẻ có kháng thể của mẹ nên khả năng nhiễm siêu vi ít . ( IMCI phân loại ở trẻ < 2 tháng là VP nặng)

Hơn nữa VTPQ dưới 3 tháng là chỉ định nv chích KS

có nhiễm trùng : ngày 3 sốt cao

tại đường hô hấp dưới : ho, thở co lõm ngực , phổi nghe ran

-Không △ VTPQ bội nhiễm ( thời điểm khám bs tư) thành VTPQ

VTPQ chủ yếu do siêu vi , SV gây rối loạn MD tại niêm mạc đường hô hấp do đó vi trùng bội nhiễm lên nên ko có chuyện vi trùng sẽ đi ra để trở thành VTPQ .trừ khi đợt đó bé hết bệnh hẳn NM đg hô hấp đc phục hồi rồi bị 1 đợt mới (VTPQ tái phát) .

- Co lõm ngực này sinh lý hay bệnh lý ?

Sinh lý khi nhẹ + không thở nhanh + em bé vẫn khỏe mạnh ( do LN yếu)

Ghi nhận lúc nv là co lõm ngực thg là co lõm ngực vừa

-Ko có chỉ định thở oxy : SHH độ 1

Có CĐ và đáp ứng : SHH độ 2

Ko cải thiện : SHH độ 3

**Biện luận**

-Nghĩ nhiều VTPQ vì : 2 tháng tuổi , khò khè lần đầu tiên , triệu chứng nhiễm siêu vi hô hấp trên trước đó , khò khè , khám phổi có ran ngáy ( HC tắc nghẽn hô hấp dưới)

-Bệnh lý cấp tính nói chung dưới 2-3 tuần . ko có khái niệm nhiễm siêu vi hô hấp trên < 3 ngày mới đúng , 4 ngày vẫn được ( thường 1-2 ngày vì cần thời gian)

Tiêu chuẩn △ VTPQ

Dưới 24 tháng đb là dưới 12 tháng

Ho sổ mũi trước rồi khò khè

Khò khè lần đầu

Khám có hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới

-Nghĩ bội nhiễm: sốt cao 39 độ , diễn tiến bất thường ( không giảm mà nặng lên đặc biệt là đã dùng kháng sinh rồi) .

diễn tiến bất thường này có thể do : bội nhiễm / trào ngược kèm theo làm cho bé đáp ứng điều trị bội nhiễm nên hết sốt nhưng vẫn còn ho khò khè.

Nghĩ bội nhiếm và bé có 1 triệu chứng đáp ứng ( hết sốt) nên có thể do trào ngược kèm theo làm ho khò khè ko bớt .

-Trào ngược nếu có chỉ la kèm theo chứ ko là chẩn đoán pb vi ko giải thích được bệnh .

⭢△: VTPQ bội nhiễm theo dõi trào ngược dạ dày thực quản .

**Xét nghiệm** : XQ ngực thẳng , CTM , siêu âm bụng ( RGO 3 lần trong 5 phút là có trào ngược )

**Điều trị**

-Cho nhập việp vì < 3 tháng tuổi , ko đáp ứng điều trị ngoại trú, nằm đầu cao

- VTPQ trung bình . co lõm ngực do tắc nghẽn . cho thử ventolin bé này cung đc ( nếu là chị thì chị ko thử)

lâm sàng thường phun Ventolin khi trẻ có co lõm ngực + thở nhanh, hoặc co lõm ngực nặng để đánh giá đáp ứng với phun .

liều Ventolin trong VTPQ : tối thiểu 1.25 đến 1.5 ko cần thiết 2.5 ( do cơ chế co thắt rất ít) còn trong suyễn co thắt là chính .dùng ½ ống .

-chích kháng sinh : < 2 tháng tuổi dùng Cefotaxim .

tại sao ? vì < 2th có tán huyết sinh lý có thể tăng bili trong máu nhưng chưa tới mức vàng da trên lâm sàng nhưng nếu có Ceftriaxon cạnh tranh vs bili gián tiếp tăng nguy cơ gây vàng da cho trẻ hơn .

bilirubin gián tiếp tăng cao sau 1 tuần ít sợ bệnh lý bão do tăng bili( nhưng vẫn có thể có 5%)

Cefotaxim 200mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần . khi nào chia 3 hay chia 4 . kháng sinh Beta lactam tác dụng theo thời gian nếu chia nhiều lần thì hiệu quả sẽ nhiều hơn ( ở trong máu lâu hơn) . chia 4 hiệu quả hơn chia 3 , ưu tiên cho bé nặng . bé này tiên lượng nặng nhưng ls ko nặng nên chia 3 đc .

phối hợp Gentamycin không ? sử dụng Genta: bệnh cảnh nặng như NTH kèm theo hoặc trẻ < 2 tháng biểu hiện NT toàn thân

ở ca này dùng hay không không quan trọng vì có thể do trào ngược kèm theo , tổng trạng nhiễm trùng ko nặng nề để xài thêm Genta . bé này ko dùng Genta vì : bú tốt , ko thở nhanh , ko co lõm , tổng trạng tốt kèm theo sử dụng sẽ tăng tác dụng phụ của thuốc ,chích bắp bé đau .

-giảm ho

-dặn dò: đầu cao 30 độ . bú mẹ theo nhu cầu

sau bú vác bé lênđúng tư thế ( đầu ở vai , bụng bé quay ra ngoài ko áp vào bụng mẹ ) ợ xong cho nằm xuống . vác bé mục đích là để đầu cao .

Nếu bú sữa ngoài CN x 10 /lần , < 6 tháng 110ml/kg/ngày

5kg thì nhu cầu NL là 500kcal/ngày

Sữa công thức 1 gần giống sua mẹ về NL và dinh dưỡng 650 -670 kcal/lít sữa .bé này cần 750-800ml. nên 75-80ml x 10 cử .

Bé < 10kg 15ml/kg/lần x 10 cử /ngày đảm bảo đủ NL ( dạ dày bé nhỏ thể tích 15-20ml/kg )

Bé trong tuổi sơ sinh ý thức bú đêm ko có nên nếu để bé ngủ tới sáng thì sẽ hạ đường huyết . nên phải cho bé bú . cần lưu ý trào ngược .

Trẻ ngoài tuổi sơ sinh ( > 3 tháng ) có nhu cầu bú đêm bé sẽ bú , ko gọi bé dậy đề bú .

Điều trị TNDD quan trọng là gì ?

-Bé này điều trị sau 5 ngày không cải thiện nên đổi KS Cefepim .

**Đánh giá đáp ứng sau điều trị 48 -72h**

Bé này còn cái trào ngược nên BS muốn điều trị xem sao do đó 5 ngày mới đổi KS

Vấn đề là bé này viêm phổi thật sự do vi trùng hay điều trị trào ngược chưa ổn .ls bé vân khò khè ( hỏi lại cách cho bú có đúng không ) ko thì đổi KS hoài thì bé vẫn khò khè .

Nguyên tắc phải tìm tác nhân vì lần 2 là tiếp tục điều trị mù rồi ko đợi KS đồ . nên lần 2 phải tìm tác nhân để nếu ko đáp ứng lần 3 có kq KSĐ để điều trị theo đó. Cấy đàm NTA

Xquang ngày 16: thâm nhiễm rải rác

Ngày 20 : viêm nhiều hơn có thể do vi trùng ko đáp ứng hoặc trào ngược kèm theo gây viêm nhiều hơn.

Bé này nghĩ bội nhiếm do sốt , diễn tiến bất thường . nhưng nếu bé vô ngày 3 : ls, xquang ( thâm nhieecm rải rác ) khó phân biện do siêu vi hay vi trùng , bé < 2 tháng nên nv chích KS . chỉ khi XN vi sinh là siêu vi thì mới chắc chắn để ko xài KS .

Motilium : số ml = số kg chia 4

**NGOÀI LỀ**

**Suyến**

-Đo FEV1 sau phun thuốc , nếu >12 % hoặc trên 200ml là có đáp ứng test dãn PQ .Ko có khái niệm đáp ứng ko hoàn toàn .

-Nếu đáng giá suyễn nhẹ PKD ở nhà rồi đến vs mình mà chưa ra cơn thì phân loại trung bình cho PKD Combivent và uống corticoid .

Nếu chưa điều trị tại nhà vô phân loại là nhẹ - trung bình . Phun Ven tolin mà ra thì giãn cử , không ra combivent và corticoid .

Cho dù suyễn cơn trung bình mà đáp ứng phun liều đầu thì cũng ko cần cho corticoid uống ( trẻ <5 tuổi).

nếu cơn nhẹ thường phun ventolin sẽ ra cơn . nếu ko ra cơn thì đó là cơn trung bình rồi .

cơn nhẹ ko cho corticoid uống. uống 1 đợt 3-5 ngày .

nếu cơn hen nhẹ mà có yếu tố nguy cơ nặng ( tiên lượng nặng ) thì xử trí như cơn hen trung bình – nặng .

-Bé nam 17 tháng tuổi , sanh nhẹ cân . 3 tháng trước khò khè được phun khí dung , sau đó có bớt ko ? , để đánh giá đáp ứng thuốc dãn PQ .

N1: có ho sổ mũi . N2 : khò khè sốt , bỏ bú , lừ đừ ⭢ NV nhập cấp cứu đc PKD 2 lần , còn lừ đừ , còn thở co lõm , hết thở nhanh ( tình trạng trước phun và sau phun thuốc ntn ? )

+ Chỉ cần có Khò khè 1 lần trong tiền căn , nay khò khe tiếp là khò khè tái phát ( bệnh hết rồi bệnh lajilaf tái phát . bệnh còn tới bây giờ là kéo dài )

**△** : Khò khè có đáp ứng thuốc dãn PQ ko

Yếu tố nguy cơ suyễn : cơ địa dị ứng , gđ : không có

Khò khè lần 2 vẫn có thể là VTPQ

Loại trừ NN gây khò khè khác .

Nếu nghĩ đến Dị vật đường thở : hội chứng xâm nhập có ko ?

1 ngày trước bệnh bé có chơi vs hạt bắp cho gà ăn sau đó ho sổ mũi …

Lúc chơi xong bé có ho sặc sụa tím tái không ?

Chơi vs gà hay bắp ? Bắp để gần chuồng nuôi gà hay có bụi : đánh gia môi trường xung quanh có yếu tố nào làm bé lên cơn suyễn ko ?

Có thể bé chơi vs bắp hít phải cái j đó làm bé lên cơn

Từ trc tới h chơi vs bắp như vậy bao h chư a? nếu chơi nhiều lần rồi mà những lần trc ko bị j mà lần này lên cơn là vô lý . nếu chưa bao h chơi mà lần này chơi lại lên cơn thì có thể nghĩ đến suyễn .

Nếu lâm sàng ko loại trừ đc DVĐT thì chụp XQung sẽ thấy ứ khí khu trú vùng có dị vật , vùng khác hoàn toàn bình thường , khò khè khu trú . nhưng nếu diễn tiến 2 -3 ngày thì ko còn khò khè khu trú và x quang cũng ko thấy ứ khí khu trú .

⭢ Khò khè phun thuốc có ra cơn ko . nếu ko : suyễn ko đáp ứng , dị vật , VTPQ .

Ls nghĩ nhiều đến j . nếu ls ko rõ hội chứng xâm nhập thg thì ko nội soi phế quản .

Nếu điều trị suyễn / VTPQ hoài mà ko hết thì hội chẩn tai muci họng để nội soi phế quản .

Montelukat (VAA /IAA có đợt giữa các đợt sẽ khỏe ) , để ngừa cơn . vè nhà có xài tiếp , sau 3 tháng ngưng . ( ko bik mấy từ viết tắt đó nghe đúng không)

VAA cảm ho sổ mũi xài 1- 2 tuần khỏe thì ngưng ( sau khi đã xài 1 đợt ngừa cơn ổn ngưng rồi ) xài từng đợt

IAA ?? khi nào gắng sức mới lên cơn

Còn trg hợp đa yếu tố thì ko bik khi nào lên nên phải dùng hằng ngày , duy trì để bệnh nhân tốt nhất , ko rõ thời gian . liều thấp nhất ngắn nhất mà bé ổn .

API âm tính : thg 1 năm sau đó theo dõi

API dương tính : là suốt đời vì 70% lớn lên sẽ tái phát .

TL khò khè tái phát cho trẻ dưới 3 tuổi nguy cơ khò khè lâu dài hay ko , sau 3 tuổi hết hay ko hết

Còn trẻ khởi phát khò khè sau 3 tuổi , trẻ có cơ địa thì bị suốt đời , còn ko có cơ địa thì chỉ có 20% cản thiện .Do đó API xài cho trẻ dưới 3t .

**Case lâm sàng**

Bé trai 15 tháng tuổi . sốt khò khè .phổi ran ẩm

Thở 50 lần , mạch 130 .BC 15000 . sốt 39 độ

SIRS có : sốt , BC tăng + ổ NT gợi ý -> theo dõi NTH

Chẩn đoán xác định NTH là cấy máu .

**Suy hô hấp**

Suy hô hấp chỉ định nghĩa dựa trên KMĐM : giảm oxy máu hoặc tăng CO2 máu . trên lâm sàng phân đọ dựa trên kinh nghiệm , thầy cô trẻ ít xài .

ĐN: Giảm O2 máu PaO2 dưới 60 hoặc PaCO2 trên 40 ( bình thường 40 ± 5 )

Phân độ nặng của giảm oxy máu : bịnh thường 90 ± 10

80-60 : hypoxia nhẹ ko có ý nghĩ suy hô hấp

60-40 : trung bình

Dưới 40 : nặng

Lấy mốc 50 vì sơ sinh bình thường PaO2 máu ko cao 50-60 là đủ . vì Hb ở trẻ là HbF khả năng vận chuyển oxy cao và tốt hơn HbA do đó độ hòa tan oxy trong máu ko cần nhiều