Cas 1

Bé nam 2 tuổi, nhập viện vì sốt + ho

* 7 ngày, sốt cao lien tục 38,5 độ. Cách 5 ngày, ho khan, nhiều về sáng ko đàm, khám điều trị kháng sinh ko bớt 🡪 nhập viện
* Tiền căn: lúc 20 tháng, nhập viện chẩn đoán viêm phổi, theo dõi suyễn (phải hỏi có phun khí dung, thở oxy ko). Chưa khò khè, phun khí dung lần nào
* Khám: tỉnh, 38,3 độ, thở 50l/ph, ko co lõm, SpO2 95%, ran ẩm 2 phế trường

# Đặt vấn đề, chẩn đoán, biện luận

Vấn đề:

* Sốt kéo dài ngày thứ 7
* Hội chứng tổn thương nhu mô phổi (thở nhanh, ran ẩm) (hội chứng tổn thương nhu mô nghĩa là tổn thương tại nhu mô phổi; còn hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới thì tổn thương có thể ở phế quản 🡪 phế nang)
* Tiền căn viêm phổi cách nhập viện 4 tháng (nếu hỏi ra có thở O2 là viêm phổi nặng)
* Đã điều trị kháng sinh đường uống 7 ngày: cefaclor và azithromycin

Chẩn đoán: có viêm phổi ko? Mức độ? Cộng đồng/bệnh viện? biến chứng? bệnh nền

🡪viêm phổi cộng đồng tái phát/sốt kéo dài ngày thứ 7

# Xử trí, cận lâm sàng

điều trị viêm phổi:

* hỗ trợ hô hấp: bé này là suy hô hấp độ I nên ko thở O2, chỉ thông đường thở: hút đàm nhớt nếu đàm nhiều, cho uống nước nhìu
* điều trị nguyên nhân: ở nước thứ 3 như việt nam thì viêm phổi là phải cho kháng sinh, mặc dù có thể ko phải do vi trùng: xài do nghiên cứu cho thấy sử dụng kháng sinh càng trễ thì tử vong và biến chứng càng cao ở các nước đang phát triển (ở nước phát triển, nếu chưa nghĩ vi trùng thì ko cho kháng sinh, trong thời gian chờ thì làm những marker để coi có nhiễm trùng không; trong khi chờ thì phải cách ly; ở việt nam thì 2 điều trên ko thực hiện được); mặt khác có hiện tượng đồng nhiễm, nghĩa là một đứa có thể vừa nhiễm virus, vừa nhiễm vi trùng
  + Khi nào phối hợp kháng sinh
    - Dưới 2 tháng tuổi: ít nhất 2 loại; tác nhân viêm phổi đứng đầu là Strep nhóm B, trực khuẩn gram (-) đường ruột, Listeria monocytogen, Clamydia trachomatis: phổi hợp hoặc ampi + genta; hoặc cefa III + genta; hoặc ampi + genta + cepha III; phải phối hợp do nhiễm trùng ở trẻ dưới 2 tháng phải coi chừng nhiễm trùng huyết
    - >2 tháng: phổi hợp khi nghi nhiễm trùng huyết
  + Loại kháng sinh:
    - Nhiễm trùng ở đâu: Cộng đồng hay Bệnh viện. bé này là cộng đồng, sau đó coi tuổi pé. ở VN, lứa tuổi này (1-5 tuổi) hang đầu là phế cầu 🡪 Hib 🡪 mycoplasma pneumonia 🡪 kháng sinh lựa chọn: 1 trong 3
      * Penicillin G: chủ yếu trị phế cầu
      * Ampicillin: chủ yếu trị Hib
      * Cepha III: trị được cả 2 con; ở nhi đồng I chọn ceftriazone vì trong 3 loại này ceftriazone chỉ phải chích 1 cữ 1 ngày
    - Nếu dị ứng: lựa chọn đầu tiên là cloramphenicol
  + Thời gian điều trị kháng sinh: tổng thời gian 7-10 ngày; thời gian chích trung bình 5 -7 ngày. Đánh giá đáp ứng điều trị: ít nhất 48-72h sau, dựa trên tổng trạng (lừ đừ, ko ăn 🡪 chơi bình thường, ăn được), sốt (bớt hoặc hết), suy hô hấp, ran ở phổi, cận lâm sàng (CTM, CRP) (XQ phải 1 tuần sau mới đánh giá lại). Chuyển kháng sinh từ chích sang uống khi: lâm sàng cải thiện và thời gian chích kháng sinh phải đủ ít nhất 5-7 ngày. Trước khi ngưng kháng sinh nếu bilan nhiễm trùng ban đầu cao (ví dụ CRP cao), thì phải thử lại trước khi ngưng (còn nếu ban đầu CRP 20, lâm sàng diễn tiến tốt thì khỏi thử lại); mới vô XQ là viêm phổi thùy, thì trước khi ngưng thì phải chụp lại (còn nếu ban đầu viêm ít thì khỏi chụp lại)
  + VP nghi nhiễm trùng huyết: chọn b-lactam + aminoglycosid do tác dụng hiệp đồng
* phát hiện và điều trị biến chứng
* nước/điện giải/dinh dưỡng

viêm phổi không điển hình nghĩ đến khi:

* tuổi đến trường: >5 tuổi-lứa tuổi này hàng đầu vẫn là phế cầu, sau đó là vk ko điển hình
* lâm sàng mơ hồ, sốt nhẹ, kéo dài 1-2 tuần, đau cơ, tay, kết mạc
* để chẩn đoán vi khuẩn ko điển hình thì người ta ko dựa vào triêu chứng lam sàng mà phải xét nghiệm ra (huyết thanh chẩn đoán) hoặc điều trị luôn (ở nhi đồng I nếu >5 tuổi thì phổi hợp kháng sinh luôn: b-lactam + macrolide)

viêm phổi bệnh viện: tùy vào mỗi quốc gia và bệnh viện mà phổ vi trùng khác nhau 🡪 cuối mỗi năm ở nhi đồng phải báo cáo nhiễm con nào nhiều nhất, nhạy kháng sinh nào để điều trị. Năm vừa rồi hang đầu gram (-) là acinetobacter; gram (+) là staphylococcus coagulase (-)

* Khạc đàm: ít chính xác nhất; chỉ hiệu quả nếu là vi trùng lao, nấm, ký sinh trùng. Nếu ra các con vi trùng khác đều có thể là bội nhiễm
* Soi cấy dịch màng phổi, dịch ổ áp xe; cấy máu; huyết thanh chẩn đoán vk ko điển hình

Cas 2

BN nam, hơn 12 tháng tuổi, bệnh ngày 3

* Sốt 38,5, ho đàm, nôn sau ho
* Tỉnh, hồng, SpO2 95%, Thở co lõm ngực (chỉ có co lõm ngực, co lõm ngực nặng; ko có co lõm ngực vừa, nhẹ), thở nhanh 45l/ph; sinh hiệu ổn, phổi ran ẩm

Vấn đề:

* Hội chứng suy hô hấp độ I
* Hội chứng tổn thương nhu mô

Chẩn đoán: viêm phổi cộng đồng

Nếu dị ứng với b-lactam, chọn kháng sinh: nếu mức độ nhẹ cần dùng đường uống thì có thể cho macrolide; nếu nặng thì cho cloramphenicol

Bé bị viêm phổi nhiều hay ít là do:

* Môi trường (hút thuốc lá trong gia đình); Kinh tế xã hội
* Dinh dưỡng
* Chích ngừa
* Rửa tay khi chăm sóc em bé

🡪kiểm soát các yếu tố này để phòng ngừa viêm phổi

Tiên lượng viêm phổi:

* trước mắt
* Mức độ viêm phổi
  + Đáp ứng điều trị
  + Biến chứng
  + Bệnh nền
* Lâu dài
  + Bệnh nền
  + Lần này viêm phổi biến chứng như thế nào
    - Thở O2 kéo dài: 4 tuần trở lên

Viêm phổi cho xuất viện khi: lâm sàng cải thiện, thời gian điều trị kháng sinh phải đủ, bilan cận lâm sàng thấy dấu hiệu nhiễm trùng phải giảm; XQ phải cải thiện nhưng ko cần hết hoàn toàn

Học công thức tính năng lượng cần bổ sung cho pé (Kcal)

Cas 3

Tóm tắt ba: pé < 2 tháng, bệnh 3 ngày, dùng kháng sinh chích (ceftazidime), ho ra máu. Lừ đừ, thở 60 l/ph, đầu gật gù, co lõm ngực, ran ngáy và ẩm 2 bên; SpO2 95%, huyết động ổn

Vấn đề:

* Suy hô hấp độ I
* Ho ra máu

Ho ra máu: máu xuất phát từ đường hô hấp dưới. tiếp cận:

* Có phải ho ra máu hay ko: loại trừ nôn ra máu; chảy máu từ đường hô hấp trên
* Đánh giá huyết động để cấp cứu
* Suy hô hấp ko
* Nguyên nhân: viêm phổi; lao; rối loạn đông máu do thiếu vit K
  + Chụp XQ phổi để định hướng nguyên nhâ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ho ra máu | Nôn ra máu |
| Tiền triệu | Ho nhiều | Nôn |
| Tính chất máu | Đỏ tươi, lẫn bọt | Đỏ bầm, lẫn thức ăn |
| Đo pH | Kiềm | Acid |
| Đuôi khái huyết | Có | Ko |

Ho ra máu có 3 mức độ: dựa trên lượng máu và tình trạng huyết động học

* Nhẹ: lượng máu ít khoảng 5ml/ngày
* Vừa: 5-200ml
* Nhiều: >200ml

Đứa này để chọn lựa kháng sinh có thể cho chụp XQ phổi khẩn (5phut có liền)

Cas 4

Bệnh án: pé nam 9 tuổi, bệnh 9 ngày

* 1-3: ho đàm vàng, sốt ko rõ nhiệt độ
* 4-9: hết sốt, ho nhiều, khó thở nhiều, đau ngực P nhẹ tăng khi hít thở và ho. Ngày thứ 7, Nhập bv Tỉnh có điều trị kháng sinh chích 3 ngày, ko thở O2, điều trị ko giảm 🡪 người nhà tự xin chuyển Nhi đồng
* Khám: thở 35 l/ph, co kéo, môi hồng, SpO2 96%, huyết động ổn, ran ngáy + ẩm. hội chứng 3 giảm 1/3 dưới phổi P. trong 6 ngày nhập viện có được thở O2

# Đặt vấn đề, biện luận, chẩn đoán

Vấn đề: bn nam 9 tuổi bệnh 9 ngày, nhập viện vì ho khó thở, bệnh có các vấn đề sau

* Suy hô hấp độ II: mấy cái triệu chứng thở nhanh, co kéo, SpO2 phù hợp với suy hô hấp độ I, nhưng có thở O2 nên đặt suy hô hấp độ II.
* Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới: anh này nói là hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới có cả ran ngáy luôn, nên không ghi hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới
* Hội chứng 3 giảm 1/3 dưới phổi P
* Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
* Đã điều trị kháng sinh chích 3 ngày

Chẩn đoán: viêm phổi – suy hô hấp độ II – tràn dịch màng phổi – theo dõi nhiễm trùng huyết

Nguyên nhân gây hội chứng 3 giảm ở trẻ em: theo thứ tự thường gặp

* Tràn dịch màng phổi: dịch, mủ, máu, dịch dưỡng chấp
* áp xe phổi giai đoạn sau (giai đoạn đầu là viêm đông đặc, sau là hóa mủ)
* xẹp phổi
* Dày dính màng phổi
* Hang lao bội nhiễm, kém phổi bội nhiễm
* Thoát vị hoành
* U trung thất/u phổi
* Nấm phổi

Nguyên nhân vừa có hội chứng 3 giảm và hội chứng nhiễm trùng: 3 cái thường gặp

* Viêm phổi kèm tràn dịch mp
* Tràn mủ màng phổi
* Áp xe phổi

Chụp XQ hỗ trợ phân biệt 3 cái này (có thể dùng siêu âm thêm)

# Xử trí, cận lân sàng

* Co kéo nặng: co kéo cơ ức đòn chũm, phập phồng cánh mũi, cơ liên sườn

XQ của pé: đám mở đồng nhất 2/3 dưới phổi P, xóa bờ tim, có đường cong Daumoiseux mất góc sườn hoành, không kéo không đẩy cấu trúc lân cận, ko hình ảnh khí phế quản đồ 🡪 viêm phổi, tràn dịch màng phổi.

Tràn dịch màng phổi:

* Ít: mờ góc sườn hoành
* Vừa: dưới ½ phổi
* Lượng nhiều: trên ½ phổi, đẩy lệch trung thất

Nếu lượng nhiều mà ko đẩy trung thất: nếu khó phân biệt thì cho chụp XQ tư thế nằm nghiêng hoặc cho đi siêu âm

* Tràn dịch kèm xẹp phổi
* Chỗ mờ đó là viêm chứ ko phải tràn dịch
* Chỗ mờ là áp xe

Siêu âm trên bé này: xẹp phổi + tràn dịch màng phổi lượng nhiều 🡪 cho đi chọc dò (nếu XQ tràn dịch lượng nhiều + đẩy lệch trung thất có thể cho đi chọc dò luôn; còn nếu ko đẩy lệch phải siêu âm trước)

Kết quả chọc dò trên bé này: dịch màu đỏ, cấy ko mọc,soi âm tính, tế bào: nhiều bạch cầu, 65% đa nhân, glucose 1,71 mmol/l, LDH 2400 UI/L (>200 nghi dịch tiết), protein 5g/dL 🡪 dịch tiết

Viêm phổi không điển hình: có thể biểu hiện viêm phổi kẽ, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi, phế quản phế viêm…

Kháng sinh cho nhóm ko điển hình: macrolide là số 1, quinolon, tetracylin

Cas này có thể do viêm phổi ko điển hình, lao (cho cấy dịch dạ dày, PCR lao dịch màng phổi)

# Linh tinh

XQ thấy: đám mờ không đồng nhất, giới hạn với tim ko rõ, không giới hạn ở một thùy hay phân thùy nào: viêm phế quản phổi (phế quản phế viêm): nhiễm trùng gram (-) như HI, nhiễm khuẩn bệnh viện hay có hình ảnh này